



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AKILCI İLAÇ
KULLANIMI FARKINDALIĞI VE FARMAKOFOBİ DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zeynep Selin TURHAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2025

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AKILCI İLAÇ
KULLANIMI FARKINDALIĞI VE FARMAKOFOBİ DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zeynep Selin TURHAN

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar

Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA – 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, araştırmamın her aşamasında desteğini hissettiğim, mesleki anlayışını ve çalışma prensiplerini örnek alacağım tez danışmanı hocalarım Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU ve Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimim süresince yardım ve ilgisini esirgemeyen, her konuda destekçi olan kıymetli hocalarım Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra YAKA'ya teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık süresince birlikte çalıştığım değerli meslektaşlarıma; destekleri, sevgileri ve anlayışları için bölüm sekreterimiz sevgili Birsen BATAŞ'a, bölüm hemşiremiz sevgili Nurcan BÜYÜKDEMİR'e teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde çok büyük emekleri ve fedakarlıkları olan sevgili babam Özgür KARAGÜL'e, sevgili annem Gülderen KARAGÜL'e ve canım kardeşim Hüseyin Berke KARAGÜL'e destekleri için sonsuz teşekkür ederim.

Sevgisi, desteği ve özverisi ile her zaman yanımda olan değerli eşim Hamdi TURHAN'a, bana dünyadaki en güzel duyguyu tattıran biricik oğlum Kerem TURHAN'a, tanıştığımız günden beri destekçim olan başta sevgili annem Ayla TURHAN olmak üzere TURHAN ailesine her zaman yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Zeynep Selin TURHAN

KASIM – 2025

ÖZET
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AKILCI İLAÇ
KULLANIMI FARKINDALIĞI VE FARMAKOFOBİ DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Zeynep Selin TURHAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2025

Amaç: Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların doğru endikasyonda, uygun doz, süre ve maliyetle güvenli biçimde kullanılmasını amaçlayan bir yaklaşımdır. Kronik hastalıkların artışıyla beraber sık karşılaştığımız polifarmasi kavramı bu süreci zorlaştırırken; bireysel ve kültürel inançlardan kaynaklanan farmakofobi ise tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, yetişkin bireylerin akılcı ilaç kullanımı farkındalık düzeyleri, farmakofobi eğilimleri, polifarmasi durumları ve ilaç inançları değerlendirilerek, bu faktörlerin tedaviye uyum üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın evrenini, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzerindeki 407 yetişkin oluşturdu. Literatür doğrultusunda oluşturulan anket formunda; sosyodemografik özellikleri, ilaç kullanım deneyimlerini ve farmakofobi durumlarını değerlendirmeye yönelik soruların olduğu bilgi formu, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ), Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği (AİKFÖ) ve İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği (İHİÖ) yer aldı. Anket uygulamaları, 2023 yılı Şubat–Mart ayları arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirildi. Veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 22.0 programı kullanılarak analiz edildi; $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 400 bireyin yaş ortalaması $40,27\pm 13,14$ (min=19, maks=72) yılı. Katılımcıların %60,3’ü (n=241) kadın, %68,3’ü (n=273) evli, %43,7’si (n=175) yükseköğretim eğitim düzeyine sahipti. Bireylerin %65’i (n=260) hekim önerisi olmadan, çoğunlukla ağrı kesici ilaçlar [%53,5 (n=214)] kullanmaktaydı. Katılımcıların %39,5’inde (n=158) kronik hastalık bulunmaktaydı. Polifarmasi oranı %15,2 (n=24) olup, polifarmasinin tedaviye uyum ile bireylerin ilaçlara yönelik inanç ve tutumları üzerinde anlamlı etkisi

saptanmadı. Katılımcıların %50,7'si (n=203) son aldığı tedaviyi düzensiz kullandığını veya hiç kullanmadığını belirtti; bu durumun en sık nedeni “unutkanlık” [%24,5 (n=98)] olarak belirlendi. MTUÖ'ye göre bireylerin %44,7'sinin (n=179) tedaviye uyumunun orta düzeyde olduğu ve sosyodemografik değişkenlerle anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptandı (p>0,05). Katılımcıların AİKFÖ ortalama puanı 57,50±9,43 olup, farkındalık düzeyi ortalamanın üzerindeydi. Eğitim düzeyi yükseldikçe “doğru kullanım şekli farkındalığı” artmaktaydı (p<0,01). Sağlık çalışanlarında “doğru ilaç” ve “doğru kullanım şekli” farkındalığı yüksek iken; “doğru bilgilendirilme” farkındalığı düşüktü (sırasıyla p=0,046, p=0,015, p=0,012). Polifarmasi olanların AİKFÖ toplam puanı (41,52±5,92) polifarmasi olmayanların puanından (45,07±7,66) düşük bulundu (p=0,036). Katılımcıların %57,3'ü (n=229) “akılcı ilaç kullanımı” kavramını daha önce duymadığını belirtti. İHİÖ'ye göre “spesifik endişe” (13,14±3,81) ve “genel zarar” (10,84±3,38) inancı yüksek bulundu. Kronik hastalığı olan katılımcıların “spesifik-gereklilik” (15,49±4,09) ve “spesifik-endişe” (14,82±3,25) alt boyut puanları kronik hastalığı olmayanlardan (sırasıyla 11,43±4,23, 12,04±3,76) yüksek bulundu (p<0,001). AİKFÖ puanları ile ilaçlara ilişkin gereklilik, endişe, aşırı kullanım ve zarar inançları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Tedaviye uyumu düşük olan bireylerde “ilaçların aşırı kullanıldığı” inancının (11,33±3,33) daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,01).

Sonuç: Araştırma, bireylerde akılcı ilaç kullanımı farkındalığının ortalamanın üzerinde olmasına rağmen bu farkındalığın ilaç kullanım davranışlarına tam yansımadığını göstermiştir. Reçetesiz ilaç kullanımının yaygınlığı ve tedaviye uyumun düşüklüğü, akılcı ilaç kullanımının davranışsal boyutunda eksiklikler bulunduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyinin yükselmesi akılcı ilaç kullanımı farkındalığını olumlu yönde etkilerken; ilaçlara ilişkin olumsuz inançlar ve endişeler tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir. Akılcı ilaç kullanımının bilgi, tutum ve davranış boyutlarını kapsayacak şekilde güçlendirilmesi, toplum temelli eğitim ve farkındalık çalışmalarının yaygınlaştırılması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, Farkındalık, Farmakofobi, Polifarmasi, Tedaviye uyum, İlaç inançları

ABSTRACT
**ASSESSMENT OF RATIONAL DRUG USE AWARENESS AND
PHARMACOPHOBIA AMONG ADULTS ATTENDING A UNIVERSITY HOSPITAL**

Dr. Zeynep Selin TURHAN

SPECIALISATION THESIS

KONYA-2025

Aim: Rational drug use is an approach that aims to ensure the safe use of medicines with the correct indication, appropriate dose, duration, and cost. The increasing prevalence of chronic diseases and the resulting polypharmacy make this process more challenging, while pharmacophobia arising from individual and cultural beliefs may negatively affect treatment adherence. This study aimed to evaluate adults' levels of awareness regarding rational drug use, tendencies toward pharmacophobia, polypharmacy status, and beliefs about medications, as well as to examine the effects of these factors on treatment adherence.

Materials and Methods: The population of this descriptive study consisted of 407 adults aged 18 years and older who applied to the outpatient clinics of Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine Hospital. The questionnaire form, developed in line with the literature, included a demographic information section assessing sociodemographic characteristics, medication use experiences, and pharmacophobia status, as well as the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), the Rational Drug Use Awareness Scale (RDUAS), and the Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ). The questionnaires were administered by the researcher through face-to-face interviews between February and March 2023. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, version 22.0, and a p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: The study included 400 participants with a mean age of 40.27 ± 13.14 years (range: 19–72). Of the participants, 60.3% (n=241) were female, 68.3% (n=273) were married, and 43.7% (n=175) had a higher education level. A total of 65% (n=260) reported using medications without a physician's recommendation, most frequently analgesics [53.5% (n=214)]. Chronic disease was present in 39.5% (n=158) of the sample. The prevalence of polypharmacy was 15.2% (n=24); however, polypharmacy was not significantly associated with treatment adherence or beliefs and attitudes toward medications. Overall, 50.7% (n=203) of participants

stated that they used their most recently prescribed treatment irregularly or not at all, with “forgetfulness” identified as the most common reason [24.5% (n=98)]. According to the MMAS, 44.7% (n=179) demonstrated moderate adherence, and no significant relationship was found between adherence and sociodemographic variables ($p>0.05$). The mean RDUAS score was 57.50 ± 9.43 , indicating an above-average awareness level. Higher education was associated with increased awareness of the “correct method of use” ($p<0.01$). Healthcare professionals exhibited higher awareness regarding the “correct medication” and “correct method of use,” whereas their “adequate information awareness” scores were lower ($p=0.046$, $p=0.015$, and $p=0.012$, respectively). Participants with polypharmacy had significantly lower overall awareness scores (41.52 ± 5.92) compared to those without polypharmacy (45.07 ± 7.66) ($p=0.036$). More than half of the participants (57.3%, n=229) reported that they had not previously heard of the concept of “rational drug use.” Based on the BMQ, elevated levels of “specific concern” (13.14 ± 3.81) and “general harm” (10.84 ± 3.38) beliefs were observed. Participants with chronic diseases demonstrated significantly higher “specific-necessity” (15.49 ± 4.09) and “specific-concern” (14.82 ± 3.25) scores than those without chronic diseases (11.43 ± 4.23 and 12.04 ± 3.76 , respectively) ($p<0.001$). A significant positive correlation was identified between RDUAS scores and beliefs related to medication necessity, concerns, perceived overuse, and perceived harm. Additionally, individuals with low treatment adherence exhibited significantly higher “general overuse” beliefs (11.33 ± 3.33) ($p<0.01$), suggesting a stronger perception that medications are used excessively.

Conclusion: The study revealed that although individuals’ awareness of rational drug use was above average, this awareness was not fully reflected in their medication use behaviors. The widespread use of over-the-counter medications and the low level of treatment adherence indicate deficiencies in the behavioral dimension of rational drug use. While higher education levels positively influenced awareness of rational drug use, negative beliefs and concerns about medications adversely affected treatment adherence. Strengthening rational drug use in terms of knowledge, attitude, and behavior, as well as expanding community-based education and awareness programs, is of great importance.

Keywords: Rational drug use, Awareness, Pharmacophobia, Polypharmacy, Treatment adherence, Medication beliefs

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı ve Önemi	3
2.2. Dünyada Akılcı İlaç Kullanımının Tarihsel Gelişimi	3
2.3. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımının Tarihsel Gelişimi	4
2.4. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri.....	5
2.5. Akılcı İlaç Kullanımında Paydaşların Rolü	7
2.6. Aile Hekimliği ve Akılcı İlaç Kullanımı	8
2.7. Farmakofobi	9
2.8. Polifarmasi.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	11
3.1. Araştırmanın Şekli	11
3.2. Araştırmanın Evreni	11
3.3. Araştırmanın Örneklemi	11
3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri	11
3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam.....	11
3.6. Veri Toplama Araçları	11
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	12
3.6.2. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	12
3.6.3. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği	13
3.6.4. İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği	13
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	14
4. BULGULAR	15
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi	15
4.2. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach’s Alpha Değerleri.....	19
4.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	19
4.3.1. MTU Düzeyleri ile Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	20

4.3.2. MTU Düzeyleri ile Hastaların Tedaviye Uyumları ve Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	21
4.4. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği (AİKFÖ) ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	22
4.4.1. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği (AİKFÖ) ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Çalışanı Olma ve Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması.....	23
4.4.2. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sağlık Durumu ve Akılcı İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	24
4.4.3. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Hastaların Tedaviye Uyumları ve Daha Önce Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumuna İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması	25
4.5. İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği (İHİÖ) ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	26
4.5.1. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Çalışanı Olma ve Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması	27
4.5.2. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	29
4.5.3. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Hastaların Tedaviye Uyumları ve Daha Önce Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumuna İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması	30
4.6. MTUÖ, AİKFÖ ve İHİÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi	32
4.6.1. MTUÖ'den Alınan Puanlar ile AİKFÖ ve İHİÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	33
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ	43
7. ÖNERİLER.....	44
8. KAYNAKLAR.....	45
9. EKLER	48
EK-1. Etik Kurul Onay Formu	48
EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....	49

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	16
Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulgular	17
Tablo 3. Katılımcıların Tedaviye Uyumu, Olası Farmakofobi Sebepleri ve Akılcı İlaç Kullanımlarına İlişkin Bulgular	18
Tablo 4. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri	19
Tablo 5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi	19
Tablo 6. MTU Düzeyleri ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	20
Tablo 7. MTU Düzeyleri ile Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	21
Tablo 8. MTU Düzeyleri ile Hastaların Tedaviye Uyumu ve Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	22
Tablo 9. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	23
Tablo 10. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Çalışanı Olma ve Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması	24
Tablo 11. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sağlık Durumu ve Akılcı İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	25
Tablo 12. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Hastaların Tedaviye Uyumu ve Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumuna İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması.....	26
Tablo 13. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	27
Tablo 14. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Çalışanı Olma ve Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 15. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	30
Tablo 16. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Tedaviye Uyumu ve Daha Önce Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumuna İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması.....	31
Tablo 17. AİKFÖ ve Alt Boyut Puanları ile İHİÖ Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Korelasyon ve Regresyon Analizi	32
Tablo 18. MTUÖ'den Alınan Puanlar ile AİKFÖ ve İHİÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	33

SİMGELER VE KISALTMALAR

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

AOİK: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

MTU: Morisky Tedavi Uyum

AİKF: Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı

AİKFÖ: Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği

İHIÖ: İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

INRUD: International Network for the Rational Use of Drug

TİTCK: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

E-reçete: Elektronik reçete

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde modern tıbbın vazgeçilmez araçlarından biri olan ilaçlar, hastalıkları önleme, tedavi etme ve yaşam kalitesini yükseltme işlevleriyle yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Ancak ilaçların etkili ve güvenli olabilmesi, yalnızca uygun endikasyonda, doğru dozda, yeterli süreyle ve uygun maliyetle kullanılmasıyla mümkündür. Bu yaklaşım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "akılcı ilaç kullanımı" olarak tanımlanmıştır (1). İlaçların akılcı kullanımı; ilaçların doğru, uygun ve yerinde seçilmesini, doz ve süresinin klinik gereksinimlere ve kılavuzlara uygun olmasını, hasta, toplum ve sağlık sistemi açısından en düşük maliyetle temin edilmesini, doğru şekilde dağıtılmasını ve hastalar tarafından uygun biçimde kullanılmasını ifade eder (2). Bu bağlamda, akılcı ilaç kullanımı kavramı, bireylerin ve sağlık sistemlerinin ilaçları bilinçli, etkili ve güvenli bir şekilde kullanmalarını teşvik eden önemli bir sağlık politikası hedefidir.

Bununla birlikte, ilaç kullanımına dair bilinç düzeyinin artmasıyla bazı bireylerde ilaçlara karşı gereksiz ve aşırı bir korku hali gelişebilmektedir. Farmakofobi, tedaviye uyumu olumsuz etkileyerek hastalıkların kronikleşmesine veya komplikasyonların artmasına neden olabilmektedir (3). Bu durum, akılcı ilaç kullanımına karşıt bir tutumun oluşmasına ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamasına yol açmaktadır.

Çoklu ilaç kullanımı anlamına gelen 'polifarmasi' kavramıyla ilgili kesin bir ortak görüş olmamakla birlikte çok sayıda tanımlama yapılmıştır. Literatürde polifarmasi genellikle bir bireyin aynı anda beş veya daha fazla ilacı kullanması durumu olarak tanımlanmakta olup; özellikle yaşlı bireylerde, multimorbid (çoklu hastalığı olan) popülasyonlarda ve kronik hastalık yönetiminde sıklıkla karşımıza çıkan bir klinik durumdur (4).

Dünya genelinde yaşanan nüfusla birlikte polifarmasi prevalansı giderek artmaktadır. Türkiye'de de benzer şekilde, yaşlı bireylerde reçete başına düşen ortalama ilaç sayısının yüksek olduğu bildirilmektedir (5). Polifarmasi bazı durumlarda kaçınılmaz olsa da gereksiz veya yanlış kombinasyonlar sonucu ilaç etkileşimleri, yan etkiler, morbidite ve mortalitede artış gibi ciddi sonuçlar doğurabilir. Polifarmasi hem farmakofobiyi tetikleyebilecek hem de akılcı ilaç kullanımını zorlaştırabilecek bir risk faktörü olarak dikkat çekmektedir.

Polifarmasi, gereksiz ya da aşırı ilaç kullanımını; farmakofobi ise ilaç tedavisine yönelik kaygı ve kaçınmayı tanımlamaktadır. Bu iki kavram, ilaç kullanımında birbirine zıt uçları temsil

etmekte olup, her ikisi de tedavi sürecinde olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Dolayısıyla akılcı ilaç kullanımı yaklaşımı hem polifarmasiden kaynaklanan riskleri azaltmayı hem de farmakofobi nedeniyle gerekli tedaviden kaçınılmasının önüne geçmeyi amaçlamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemine ilk başvuru noktası olarak sadece hastalıkların tanı ve tedavisinde değil, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında temel bir role sahiptir. Aile hekimliği uygulaması kişiye özel, bütüncül, sürekli ve kolay erişilebilir sağlık hizmeti sunmayı amaçlarken; ilaçların doğru ve etkili kullanımını sağlamada da merkezi bir konumdadır. Aile hekimi, hastanın hem mevcut klinik durumunu hem de sosyal, psikolojik ve ekonomik bağlamını değerlendirebilen; ilaca yönelik inanç, tutum ve beklentileri göz önünde bulundurarak kişiye özel tedavi planlaması yapabilen sağlık profesyoneli.

Aile hekimliği pratiğinde polifarmasi ve farmakofobi, ilaç kullanımına ilişkin birbirine zıt ancak klinik açıdan benzer derecede önemli sorunlardır. Polifarmasi, özellikle multimorbid yaşlı popülasyonda gereksiz ve uygunsuz ilaç yükünü artırırken, farmakofobi tedavi uyumunu azaltarak kronik hastalıkların yönetimini güçleştirmektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde akılcı ilaç kullanımı yaklaşımı, söz konusu iki uç arasında denge kurmayı, hasta merkezli bakım anlayışıyla ilaç kullanımını optimize etmeyi ve toplum düzeyinde sağlık okuryazarlığını güçlendirmeyi hedeflemektedir.

Bu tez çalışmasında; bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki farkındalık düzeylerini belirlemek, farmakofobik eğilimlerini ve polifarmasi durumlarını incelemek amaçlandı. Elde edilen veriler, toplumun ilaç kullanım alışkanlıklarına dair bir değerlendirme sunmanın yanı sıra, sağlık politikaları ve eğitim programları açısından da yol gösterici olacaktır. Böylece, bireylerin bilinçli ilaç kullanımı yönünde teşvik edilmesi, gereksiz ilaç korkularının giderilmesi ve polifarmasinin olumsuz etkilerinin azaltılması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı ve Önemi

Akılcı ilaç kullanımı (AİK), bireylerin klinik gereksinimlerine uygun ilaçları, doğru dozda, uygun sürede ve en düşük maliyetle almalarını sağlayan çok boyutlu bir sağlık yaklaşımıdır. Bu tanım ilk kez DSÖ tarafından 1985 yılında yayımlanan “The Rational Use of Drugs” başlıklı raporda yapılmıştır. AİK; etkili, güvenli, ekonomik ve kolay ulaşılabilir ilaç kullanımını hedefleyen sistematik bir süreci ifade eder (1, 6). Ayrıca akılcı ilaç kullanımı hastaya doğru teşhisin konulmasıyla başlayan, hastalığın belirlenmesi, tedaviye yönelik hedeflerin belirlenmesi, alternatifler arasından en etkili tedavinin seçilmesi, tedaviyle uyumlu reçete yazılması, tedaviden önce hastaya bilgiler verilmesi, tedaviden sonra ortaya çıkan durumların izlenmesiyle son bulan bir süreçtir (7).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK), yukarıda verilen tanımlara göre akılcı kullanıma uygun olmayan ilaç kullanımını ifade etmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygın örnekleri; bir hasta için gereğinden fazla sayıda ilacın kullanılması (polifarmasi), hastalara gereksiz ilaç reçete edilmesi, uygun olmayan antibiyotik kullanımı, oral alım daha uygun olacak iken enjeksiyonun tercih edilmesi, klinik kılavuzlara uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, belirlenen ilaç tedavisine hastalar tarafından uyulmaması ve hastaların kendilerini –sıklıkla reçete ile satılan ilaçlarla- uygunsuz tedavi etme çabalarıdır (8, 9). DSÖ verilerine göre Dünya genelinde tüm ilaçların %50'sinden fazlası uygunsuz şekilde reçete edilmekte, dağıtmakta veya satılmakta; hastaların %50'si ise ilaçları doğru şekilde kullanamamaktadır. Dahası, dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri temel ilaçlara erişimden yoksundur (8).

2.2. Dünyada Akılcı İlaç Kullanımının Tarihsel Gelişimi

Akılcı ilaç kullanımı kavramı, DSÖ'nün öncülüğünde 1970'li yıllarda ilaçlara erişim sorunları ve ilaç israfının artmasıyla gündeme gelmiştir. DSÖ, 1977'de yayımladığı “Temel İlaçlar Listesi” ile toplum sağlığı için vazgeçilmez ilaçları tanımlamış ve bu adım AİK yaklaşımının temelini oluşturmuştur (10).

Kenya'nın Nairobi kentinde düzenlenen “Akılcı İlaç Kullanımı Uzmanlar Konferansı”, kavramın dönüm noktası olmuştur. Konferans sonunda AİK, “Hastaların klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine uygun ilaçları, yeterli süre ve dozda, en düşük maliyetle almaları” şeklinde tanımlanmıştır (1).

DSÖ 1990'lı yıllarda, eğitim materyalleri, reçeteleme kılavuzları ve ulusal ilaç politikalarıyla kavramın yaygınlaşmasını desteklemiş; bu kapsamda “İlaçların Akılcı Kullanımı için Uluslararası Ağ” (International Network for the Rational Use of Drugs (INRUD) gibi uluslararası iş birliği ağları oluşturulmuştur. Bu dönemde yapılan çalışmalar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde antibiyotiklerin gereksiz reçetelenmesi, polifarmasi ve hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluğu gibi akılcı olmayan ilaç kullanım çıktılarının yaygın olduğunu göstermiştir (8, 11).

İki binli yıllara gelindiğinde ise DSÖ, “Akılcı İlaç Kullanımının Teşvik Edilmesi: Temel Bileşenler (Promoting Rational Use of Medicines: Core Components)” raporuyla, ülkelerin akılcı ilaç kullanımını sağlamak için uygulaması gereken temel bileşenleri tanımlamıştır. Bunlar arasında; ulusal ilaç politikalarının oluşturulması, temel ilaç listelerinin güncellenmesi, kanıta dayalı klinik kılavuzların geliştirilmesi, sürekli mesleki eğitim programlarının yürütülmesi, ilaç kullanımını izleme ve denetleme sistemlerinin kurulması, ilaç bilgilendirme ve halk eğitimi faaliyetlerinin artırılması yer almıştır (8).

İlerleyen yıllarda artan antimikrobiyal direnç nedeniyle AİK, küresel bir öncelik haline gelmiştir. DSÖ'nün 2011 tarihli “Dünya İlaç Durumu” raporu, akılcı olmayan ilaç kullanımının küresel ölçekte yaygın olduğunu ve ilaç harcamalarının sürdürülemez biçimde arttığını ortaya koymuş; 2015'teki “Küresel Antimikrobiyal Dirençle Mücadele Eylem Planı” ile AİK uluslararası bir zorunluluk haline gelmiştir (12, 13).

Günümüzde akılcı ilaç kullanımını yalnızca doğru reçeteleme değil; aynı zamanda ilaçlara adil erişim, hasta güvenliği, farmako-ekonomik sürdürülebilirlik ve sağlık politikalarının güçlendirilmesi boyutlarıyla ele alınmaktadır. Özellikle elektronik reçeteleme sistemleri, farmakovijilans uygulamaları ve toplumsal farkındalık kampanyaları, dünyada yaygın olarak kullanılan stratejiler arasındadır.

2.3. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımının Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de AİK çalışmaları, DSÖ’nün 1980’lerde başlattığı küresel girişimlere paralel olarak başlamıştır. 1993’te Sağlık Bakanlığı tarafından “Akılcı İlaç Kullanım Alfabetesi” isimli kitap yayımlanmış, 1996’da Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde AİK dersi müfredata girmiş ve kavram ilk kez akademik düzeyde ele alınmıştır (14).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile AİK, sağlık politikalarının öncelikli alanı haline gelmiş; hekim, eczacı ve hemşirelere yönelik eğitimler artırılmış, halkı bilinçlendirme kampanyaları başlatılmış; özellikle antibiyotiklerin bilinçsiz kullanımına karşı kamu spotları ve bilgilendirici materyaller geliştirilmiştir (15). Antibiyotiklerin reçetesiz satışının yasaklanması ve elektronik reçete (e-reçete) sisteminin uygulanmaya başlanmasıyla, ilaç kullanım verilerinin izlenmesi ve uygunsuz reçetelemelerin önlenmesi kolaylaşmıştır (16).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı Daire Başkanlığı 2010'da kurulmuş, 2014–2017 ve 2018–2022 dönemlerini kapsayan Ulusal Eylem Planları ile çalışmalar kurumsal bir çerçeveye oturtulmuştur. Bu planlarda akılcı antibiyotik kullanımı, polifarmasiyle mücadele, farmakovijilansın güçlendirilmesi ve toplumsal farkındalığının artırılması temel hedefler olarak belirlenmiştir (17, 18).

2.4. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri

Akılcı ilaç kullanımının sağlanabilmesi için yalnızca doğru ilaç seçimi yeterli değildir; aynı zamanda sistematik bir karar süreci ve hasta merkezli bir yaklaşım gerekir. DSÖ tarafından tanımlanan akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri, sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılar (1). Bu ilkeler, ilaç tedavisinin sadece farmakolojik etkinlik açısından değil; etik, ekonomik ve toplumsal boyutlarıyla da değerlendirilmesini sağlar.

2.4.1. Doğru Tanı ve Klinik Değerlendirme

Akılcı ilaç kullanımının ilk ve en kritik adımı doğru tanıdır. Tanı süreci; anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin bütüncül değerlendirilmesini içerir. Yanlış veya eksik tanıya dayalı olarak başlatılan farmakoterapi, yalnızca etkisiz olmakla kalmaz, aynı zamanda hastaya zarar verebilir ve gereksiz sağlık harcamalarına yol açar.

2.4.2. Etkinlik ve Güvenlik Açısından Uygun İlaç Seçimi

Uygun ilaç seçimi; kanıta dayalı tıp verilerine, ulusal tedavi rehberlerine ve güncel farmakolojik bilgilere dayanmalıdır. Seçilen ilacın hastalığın patofizyolojisine uygun olması, hastanın yaşına, cinsiyetine, eşlik eden hastalıklarına ve kullandığı diğer ilaçlara göre bireyselleştirilmesi gerekir. Ayrıca advers ilaç reaksiyonlarının önlenmesi ve ilaç etkileşimlerinin dikkate alınması, güvenli kullanım açısından önemlidir (19).

2.4.3. İlaç Dozu, Uygulama Yolu ve Tedavi Süresinin Doğru Belirlenmesi

İlacın farmakokinetik-farmakodinamik özellikleri göz önünde bulundurularak, hastanın yaşına, kilosuna ve organ fonksiyonlarına uygun olacak şekilde etkinlik, güvenlik, hasta konforu ve uygun maliyet çerçevesinde doğru doz ve uygulama yolu belirlenmelidir. Özellikle çocuklar, yaşlılar, gebeler ve böbrek/karaciğer yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması büyük önem taşır. Tedavi süresi ise hastalığın akut ya da kronik oluşuna göre değişmekte olup ne gereğinden kısa tutulmalı ne de gereğinden uzun sürdürülmelidir. Toksikite ve direnç gelişimi riski açısından tedavi süresinin doğru belirlenmesi önemlidir.

2.4.4. Maliyetin Göz Önünde Bulundurulması

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından maliyet-etkin tedavilerin tercih edilmesi önemlidir. Ancak burada en ucuz ilaç değil; etkinliği ve güvenliği kanıtlanmış, maliyeti düşük olan ilaç tercih edilmelidir. Bu yaklaşım, kaynakların etkin kullanılmasına ve ilaç israfının önlenmesine katkı sağlar (20).

2.4.5. Hastanın Bilgilendirilmesi ve Eğitimi

Tedavinin başarısı yalnızca hekimin tedavi planına değil, hastanın bu plana uyum göstermesine de bağlıdır. Bu nedenle hastaya; ilacın ne işe yaradığı, nasıl ve ne zaman kullanılacağı, olası yan etkileri, ilaç-ilaç/ilaç-gıda etkileşimleri, tedavi süresi ve uyumun önemi konularında anlaşılır ve sade bir dille bilgi verilmelidir. Bu süreçte hasta-hekim iletişimi, akılcı ilaç kullanımının vazgeçilmez bir parçasıdır (21).

2.4.6. Tedavinin İzlenmesi ve Geri Bildirim

Akılcı ilaç kullanımı döngüsel bir süreçtir ve tedavinin izlenmesi, beklenen etkinin ve tedavi başarısının sağlanıp sağlanmadığını değerlendirmek için zorunludur. Hastanın tedaviye yanıtı izlenmeli, gerekirse ilaç değişikliği veya doz ayarlaması yapılmalı; yan etkiler değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın tedaviye uyumu izlenmeli ve gerektiğinde yeniden bilgilendirme yapılmalıdır. Tedaviye uyumsuzluk en sık gözden kaçan tanı olduğundan, tedavi rejimi değiştirilmeden önce hastanın tedaviye uyumu değerlendirilmelidir (21).

2.5. Akılcı İlaç Kullanımında Paydaşların Rolü

AİK multidisipliner yaklaşım gerektiren, hekim-hasta ilişkisinden başlayarak ulusal ilaç politikalarına kadar genişleyen bir süreçtir. Bu sürecin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi, farklı düzeylerde sorumluluk üstlenen paydaşların iş birliğini gerektirir. Akılcı ilaç kullanımında hekim, hemşire, eczacı, diğer sağlık profesyonelleri, ilaç endüstrisi, halk (hasta, hasta yakını vb.), meslek örgütleri, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler/eğitim kurumları, medya ve devlet sorumluluk sahibi taraflardır (14).

Akılcı ilaç kullanımında hekim, eczacı ve hasta üçgeninin ilk basamağı hekimdir. Hekimin güvenli ilaç seçimi çok önemlidir ve göz önüne alması gereken koşullar aşağıdaki gibi sıralanabilir (22):

- Teşhisin doğru konulması
- Tedavide ilaç gerekip gerekmediğine karar verilmesi
- İlaçların etki mekanizmalarının, yan etkilerinin ve kontrendikasyonların ve etkileşmelerinin bilinmesi
- Hastaya uygun dozun ayarlanması
- Hasta uyumunun dikkate alınması
- Tedavi maliyetinin hastanın satın alma gücü açısından değerlendirilmesi
- İlacın kolay bulunabilirliği

Aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili genel bilgi ve davranış düzeylerini inceleyen bir çalışma, hekimlerin hastanın isteği doğrultusunda ilaç yazma eğiliminin yüksek olduğunu göstermiştir (23). Bu durum, AİK için bir engel olarak tanımlanmaktadır.

Hasta ve yakınları, hekime gereksiz ilaç yazdırmayarak, hastalıklarıyla ilgili tanılarının doğru konulmasına yardımcı olarak, tedavilerinin düzenlenmesinde sürece etkin katılarak, sağlık profesyonellerince yapılan önerilere ve uyarılara uyarak, AİK ile ilgili toplumsal düzeyde gösterilen çabaya katılım sağlayarak AİK sürecine önemli katkılar sağlayabilir (24).

Ancak hastaların reçetesiz ilaç kullanmaları, yakınlarının tavsiyesiyle ilaç kullanmaları, yakınlarına ilaç tavsiyesinde bulunmaları, evde artık ilaç buldurmaları, önceki şikayetine benzer bir durum yaşadığında önceki tedavisinden kalan ilacı kullanmaları, kendilerine önerilen tedavideki doz ve süreye dikkat etmemeleri gibi olumsuz davranışlar AİK sürecinin başarısız yönetilmesine sebep olmaktadır. Ankara'da bireylerin ilaç tüketim özelliklerinin incelendiği bir

araştırmada; komşu tavsiyesi ile ilaç kullanma oranı %28, eczaneden reçetesiz ilaç temin etme oranı %33,8, evde biriken ilaçlardan kullanım oranı %24,9 ve evde en sık bulunan ilaç grubu analjezik ilaçlar (% 83,1) olarak tespit edilmiştir (25).

Eczacılar, ilacın doğru dozda ve uygun koşullarda hastaya ulaştırılmasını sağlayan, tedavinin etkinliği ve güvenliği açısından danışmanlık sunan paydaşlardır. Akılcı ilaç kullanımında ise hastalara ilacın kullanım şekli, tedavi süresi, olası yan etkiler ve ilaç-ilaç/ilaç-gıda etkileşimleri hakkında bilgi vererek tedaviye uyumu artırırılar. Ayrıca farmakovijilans kapsamında advers ilaç reaksiyonlarının bildirilmesi, polifarmasiye bağlı risklerin yönetilmesi ve ilaç israfının önlenmesi konularında kilit bir rol üstlenirler (14, 26).

2.6. Aile Hekimliği ve Akılcı İlaç Kullanımı

Aile hekimliği, sağlık sistemlerinde bireylerin ilk başvuru noktası olan; her yaş, cinsiyet ve sağlık sorunuyla ilgilenen, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla sunan bir disiplindir. Bu disiplin, yalnızca bireysel sağlık gereksinimlerini değil; aynı zamanda aile, toplum ve çevresel faktörleri de göz önünde bulundurarak bütüncül bir bakış açısıyla hizmet vermektedir. 2023 yılında WONCA Europe tarafından güncellenen “Avrupa Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Tanımı”, aile hekimliğinin mesleki rol ve sorumluluklarını yeniden çerçevelemiş; sağlık hizmetlerinde kişi merkezli yaklaşım, süreklilik, toplum yönelimi ve bütüncül değerlendirme gibi kavramları ön plana çıkarmıştır (27).

“Bütüncül yaklaşım” çekirdek yeterliliğine “ilaç reçetesi yazmaya ya da yazmamaya karar verirken, tanı testleri, tarama ve koruyucu aktiviteleri seçerken akılcı seçimler yapmak” ifadesi eklenmiştir (28). Özellikle birinci basamak düzeyinde sunulan sağlık hizmetlerinde, kaynakların etkin ve verimli kullanımı vurgusu dikkat çekicidir. Bu vurgu, AİK ilkeleriyle doğrudan ilişkili olup, aile hekimlerinin reçeteleme süreçlerinde hasta yararı, güvenlik, etkinlik ve maliyet-etkinlik dengesini gözetmelerini zorunlu kılmaktadır.

Bu bağlamda toplum yönelimi ve bütüncül yaklaşım, akılcı ilaç kullanımının aile hekimliği pratiğinde ne derece merkezi bir konumda olduğunu göstermektedir. Birinci basamakta görev yapan aile hekimleri kolay ulaşılabilir olmaları, akut ve kronik sağlık sorunlarının büyük kısmını yönetebilmeleri, süreklilik ve kişi-merkezli ilişkileri nedeniyle toplumun ilaç kullanım kararlarında merkezi bir role sahiptir (24).

2.7. Farmakofobi

Farmakofobi, Yunanca kökenli bir fobi türüdür; 'pharmakon' ilaç, 'phobos' ise korku anlamına gelir. Dolayısıyla farmakofobi, ilaç kullanımından veya farmakolojik tedavilerden duyulan korku ya da kaçınma davranışı ile karakterize edilen bir durumdur (3). Bireylerde farmakofobi, ilaçların yan etkilerinden zarar göreceği, bağımlılık gelişeceği ya da tedavinin beklenmedik olumsuz sonuçlar doğuracağı yönündeki yoğun endişelerle kendini gösterebilir (29). Bu durum tedaviye uyumsuzluk, reçeteli ilaçların kullanılmaması, tedavi sürecinin yarıda bırakılması veya alternatif/kanıta dayalı olmayan yöntemlere yönelme gibi klinik açıdan olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde farmakofobi, tedavi başarısını doğrudan tehdit eden bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

İlaçlara yönelik korku, bireylerin ilaç uyumu ve farmakoterapiye bağlılık düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durumun kökeninde tek bir neden bulunmama ile birlikte, çeşitli bireysel ve çevresel etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Özellikle hatalı ya da yüksek doz ilaç kullanımına bağlı gelişen olumsuz deneyimlere tanıklık edilmesi, bu tür korkuların ortaya çıkmasında tetikleyici bir unsur olabilmektedir. Ayrıca bireylerin internet üzerinden edindikleri yanlış veya eksik bilgiler, içinde buldukları sosyal çevrenin ve kültürel değerlerin ilaç kullanımına yönelik tutumları, olası alerjik reaksiyonlara dair kaygılar ya da ilacın fiziksel özelliklerine bağlı (örneğin tabletin büyüklüğü) endişeler, farmakofobinin hasta kaynaklı sebepleri arasında değerlendirilmektedir (3, 29).

İlaç uyumu ve doğru ilaç kullanımı; tedavinin tam ve zamanında gerçekleşmesi, hastalığın olumsuz etkilerinin azaltılması, hastalığın nüks etmesinin önlenmesi ve ölüm sıklığının düşürülmesi açısından önemlidir. Kültürel faktörler, ailesel ve bireysel inanç özellikleri, hastalık veya ilaç hakkındaki yaygın inanışlar gibi etkenler hastaların ilaç tedavisine yaklaşımlarını şekillendiren faktörlerdendir (30, 31).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri bir yandan akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda gereksiz ilaç kullanımını sınırlamaya çalışırken, diğer yandan farmakofobi nedeniyle tedavisini reddeden ya da yarım bırakan hastaların tedaviye uyumunu artırma sorumluluğu taşımaktadır. Bu noktada etkili iletişim, hasta eğitimi, yan etki yönetimi ve güven ilişkisi kurma hem AİK hem de farmakofobiyle mücadelede kritik rol oynamaktadır.

2.8. Polifarmasi

“Çoklu ilaç kullanımı” anlamına gelen polifarmasi terimi hakkında literatürde kesin bir evrensel tanım olmamakla birlikte; genellikle aynı anda birden fazla ilacın kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Klinik çalışmalarda kullanılan en yaygın tanım: beş ve daha fazla ilacın aynı anda kullanılmasıdır. Bununla birlikte bazı çalışmalar dört ve üzeri ilaç kullanımını da polifarmasi olarak değerlendirmektedir (32).

Yaşlanmayla birlikte kronik hastalık sayısı da artmaktadır ve bu durum beraberinde çoklu ilaç kullanımını getirmektedir (33). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Yaşlı Profili Araştırması 2023 verilerine göre, en az bir kronik hastalığa sahip 65 yaş üstü kişilerin oranını %78,7 olarak açıklamıştır (34). Rize’de 1081 hastanın iç hastalıkları polikliniğine başvuru nedenlerinin retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada; 731 (%67,7) hastada en az bir ilaç kullanımı olduğu ve 145 (%13,4) hastada 5 ve daha fazla ilaç kullanımının olduğu belirlenmiştir (35).

Hastaların kullandıkları ilaçların tamamının doktor tarafından görülmemesi, farklı hekimlerce muayene edilen hastalara çok sayıda ilaç yazılması veya hekimlerin fazla sayıda ilaç yazma eğilimi, semptomlara yönelik tedaviye ilaç eklenmesi, eski ilacın kesilip yeni ilaçları başlama eğilimi, hastaların fazla ilaç beklentisi, yaşlı hastaların çevreden temin ettikleri ilaçları kullanma eğilimi ve çok sayıda reçetesiz ilaç kullanımı polifarmasinin nedenleri olarak sıralanabilir (36, 37)

Geriatrik bireylerde sıklıkla gözlenen polifarmasi; potansiyel olarak uygun olmayan ilaç kullanımı riskinde artış, ilaç uyumsuzluğu, etkisi aynı olan ilaçların farklı reçetelerde tekrar yazılması, ilaç-ilaç etkileşimleri, daha yüksek sağlık hizmetleri maliyetleri ve istenmeyen ilaç reaksiyonları dahil olmak üzere birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir (38) (39).

Polifarmasi, aile hekimliği pratiğinde hem kaçınılmaz bir gerçeklik hem de hasta güvenliği açısından ciddi bir risk faktörüdür. Aile hekimi, hastasını sürekli ve bütüncül yaklaşımla takip eder ve kullandığı ilaçları düzenli gözden geçirme fırsatı vardır. Farklı branşlardan yazılan reçeteler nedeniyle oluşan ilaç karmaşasını yönetebilir. Sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler (ilaç erişimi, sağlık okuryazarlığı, ilaç korkusu) polifarmasi yönetiminde aile hekiminin dikkate alması gereken boyutlardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri yetişkinler oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmaya %5 hata payı, %95 güven aralığı ile en az 384 kişi dahil edilmesi gerektiği hesaplandı; ancak boş bırakılan ya da eksik doldurulan anketler olabileceği düşünülerek %10 artışla yaklaşık 400 kişi alınması planlandı.

Bu araştırma için hesaplanan örneklem büyüklüğüne yaklaşık iki ayda (2023 Şubat-2023 Mart) ulaşıldı. Belirtilen sürede 407 katılımcıya ulaşıldı. Toplanan anketler değerlendirildi, eksik doldurulan anketler (7 adet) çalışma dışı bırakıldı ve kalan 400 tane anket çalışmaya dahil edildi.

3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- Ana dili Türkçe olmamak, Türkçe okuyup anlayamamak
- Görme, işitme engeli olmak

3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 16.12.2022 tarih ve 2022/4080 sayılı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi etik kurulu onaylıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen ve dört bölümden oluşan anket formu kullanıldı.

- 1- Sosyodemografik Bilgi formu
- 2- Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
- 3- Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği

4- İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği

Oluşturulan anket formu araştırmacı tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı (Ek-1).

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bireyi tanıtıcı, ilaç kullanım deneyimlerini ve farmakofobiyi sorgulayan soruların bulunduğu anket formu, konuyla ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlandı. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu ve kronik bir hastalığı olup olmadığı, bir günde kullanması gereken ilaç sayısı, genel olarak sağlığını nasıl değerlendirdiği, hangi sıklıkla sağlık kuruluşuna başvurduğu, hekim önerisi olmadan ilaç kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa ne tür ilaçları kullandığı ve nereden temin ettiği, hekimin önerdiği ilaçların ne kadar süre kullanılması gerektiği, en son aldığı tedavi için hekim tarafından önerilen ilaçları düzenli kullanıp kullanmadığı, düzensiz kullandıysa veya hiç kullanmadıysa bunun nedenleri, önerilen ilacı/ilaçları önerilen dozdan fazla kullanıp kullanmadığı, akılcı ilaç kullanımı kavramını daha önce duyup duymadığını sorgulayan 22 tane sorudan oluşmaktaydı.

Bilgi formunda yer alan: “En son aldığımız tedavi için size önerilen ilaçları hiç kullanmadığımız veya düzensiz kullandığımız oldu mu?” sorusuna (ankette yer alan 18. soru) farmakofobiyi sorgulamak için yer verildi. Bu soruya katılımcının yanıtı evet ise, bir sonraki soruda (ankette yer alan 19. soru) olası farmakofobi nedenleri sorgulandı.

3.6.2. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

Ölçek, 1986 tarihinde Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (40). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan ölçeğin iç tutarlılık/güvenirlik katsayısı Cronbach $\alpha=0,620$ olarak bulunmuştur (41).

Ölçek, farmakolojik tedavi uyumunu ölçen, iki seçenekli dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu soruların ardında yatan düşünce, bağılıktan kopmanın unutkanlık, dikkatsizlik, kendini daha iyi hissedince ilacı bırakma veya ters bir olay yaşamaya bağlı olabileceği savıdır.

Sorular ‘evet/hayır’ şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne ‘hayır’ denmişse farmakolojik tedavi uyumu yüksek, bir veya iki soruya ‘evet’ denmişse farmakolojik tedavi

uyumu orta, üç veya dört soruya ‘evet’ denmişse farmakolojik tedavi uyumu düşük olarak değerlendirilir (40).

3.6.3. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği

Erişkinlerde akılcı ilaç kullanımı farkındalık ölçeği Aktaş ve Selvi tarafından 2019 yılında geliştirilmiştir (42). Ölçek 15 maddeden oluşmakta ve ilk 8 soru birinci bileşeni, 9-12. sorular ikinci bileşeni, son 3 soru ise üçüncü bileşeni oluşturmaktadır.

Doğru bilgilendirilme farkındalığı: Birinci bileşende yer alan maddeler doğru miktar, yeterli bilgilendirme ve yakınların ilaç tavsiyelerinin dikkate alınmamasına ilişkin farkındalık ile ilgilidir.

Doğru ilaç farkındalığı: İkinci bileşende yer alan maddeler doğru ilaca hekim önerisi dışında ulaşılamayacağına ilişkin farkındalık ile ilgilidir.

Doğru kullanım şekli farkındalığı: Üçüncü bileşende yer alan maddeler ise ilaçların doğru kullanım şekli ve doğru zamanlama ile alakalı olduğu ile ilgilidir.

Ölçekte yer alan her bir madde, “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Tamamen Katılıyorum” şeklinde 5’li Likert tipi dereceleme ölçeği yardımıyla puanlanmıştır. Olumlu ifadelerde cevaplar “Kesinlikle Katılmıyorum”dan başlayarak “Tamamen Katılıyorum” seçeneğine doğru birden beşe doğru; olumsuz ifadelerde (birinci bileşen) ise tersi kodlama ile puanlanmıştır. AİK Farkındalık Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan ise 75’dir. Ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach Alfa katsayısı 0,830 olarak hesaplanmıştır (42).

3.6.4. İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği

Bireylerin kendilerine reçete edilen ilaçlar hakkındaki ve genel olarak ilaçlar hakkındaki kişisel görüşlerini ölçmek amacıyla Horne tarafından (1999) geliştirilmiştir (43). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çınar ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmış, Cronbach alfa katsayısı: Spesifik Gereklilik 0,810; Spesifik Endişeler 0,670; Genel Zarar 0,670; Genel Aşırı Kullanım 0,650 olarak bildirilmiştir (44).

Ölçek; spesifik ve genel olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Spesifik bölüm; Spesifik Gereklilik ve Spesifik Endişeler olmak üzere on madde, iki alt bölümden oluşmaktadır. **Spesifik gereklilik boyutu**, hastaların ilaçlarının gerekliliği ve önemi hakkındaki görüşünü

değerlendirirken; **spesifik endişe boyutu**, hastaların kendi ilaçlarının potansiyel zararı ve yan etkileri hakkındaki inançlarını içermektedir. Alt boyutlar 5-25 arasında puanlanmaktadır. Gereklilik boyutundaki yüksek puan, hastaların ilaçlarının kendileri için önemli olduğunu düşündüğü anlamına; endişe boyutundaki yüksek puan, hastaların kendi ilaçları hakkında endişe duydukları anlamına gelmektedir.

Genel bölüm; Genel Zarar ve Genel Aşırı Kullanım olmak üzere sekiz madde, iki alt bölümden oluşmaktadır. **Genel-aşırı kullanım boyutu**, hastaların ilaç kullanımının kapsamını nasıl algıladığını değerlendirmekte ve **genel-zarar boyutu**, hastaların genel olarak ilacın zararlı doğası hakkındaki inançlarını göstermektedir. Son iki boyutun puanları 4-20 arasındadır ve her boyutun yüksek puanı genel olarak ilaçlar hakkında olumsuz bir algı anlamına gelmektedir.

Beşli Likert tipindeki ankette her bir ifade 1-kesinlikle katılmıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçekte her bir alt bölüm için ortalama puan aralığı 1-5 arasındadır. Anket toplam puanı hesaplanmamakta, bölüm puanları ile değerlendirilmektedir. Bölümlerden alınan yüksek puanlar, bölümün temsil ettiği kavramlara ilişkin inancın daha güçlü olduğunu ortaya koymaktadır.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0” kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Nümerik değişkenlerde normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda “Student-t Testi”, üç ve daha fazla olan gruplarda “One Way ANOVA Testi” uygulandı. Verileri normal dağılan ve değişkenleri homojen olan verilerin kendi içinde anlamlılığını değerlendirmek için “Post Hoc Analiz” de “Tukey Testi” kullanıldı. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Ölçekler arasındaki ilişkileri saptamak için “Pearson” korelasyon analizi kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen 400 bireyin yaş ortalaması $40,27 \pm 13,14$ (min=19, maks=72) yılıdır. Katılımcıların %60,3'ü (n=241) kadın, %68,3'ü (n=273) evli ve %43,7'si (n=175) yükseköğretim eğitim düzeyine sahiptir.

Çalışmaya katılanlardan 142 kişi aylık gelirini belirtmemiş olup, aylık gelirler incelendiğinde; %10,5'inin (n=42) gelirinin çalışma yapıldığı dönemdeki asgari ücretten düşük, %54,0'ının (n=216) asgari ücretten yüksek olduğu saptandı. Bireylerin %85,0'ı (n=340) sosyal güvencesi olduğunu belirtti.

Bireylerin %60,3'ünün (n=241) yaşadığı yer herhangi bir sağlık kuruluşuna yürüme mesafesindeydi, %86,8'i (n=347) sağlık çalışanı değildi ve %67,2'sinin (n=269) ailesinde sağlık çalışanı bulunmuyordu.

Çalışmaya katılanların %39,5'inin (n=158) hekim tarafından tanı konulmuş, sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir kronik hastalığı vardı, kronik hastalığı olanların kullandığı ilaç sayısının median değeri 2, min-maks değeri 1-8 idi.

Kullandığı ilaç sayısı 5 ve üstünde olan hastalar polifarmasi olarak kabul edildi. Hastaların %15,2'sinde (n=24) polifarmasi vardı (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Ort±SD/Ortanca	Min-Maks
Yaş (yıl)	40,27±13,14	19-72
Kullanılan ilaç sayısı	2	1-8
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	241	60,3
Erkek	159	39,7
Medeni durum		
Evli	273	68,3
Bekar	127	31,7
Eğitim durumu		
İlköğretim	109	27,3
Ortaokul/lise	116	29,0
Yükseköğretim	175	43,7
Aylık gelir durumları*		
Asgari ücretin altında	42	10,5
Asgari ücretin üstünde	216	54,0
Sosyal güvence		
Var	340	85,0
Yok	60	15,0
Yaşamları yerin sağlık kuruluşuna yakınlığı		
Yürüme mesafesinde	241	60,3
Yürüme mesafesinde değil	159	39,7
Sağlık çalışanı olması durumu		
Evet	53	13,2
Hayır	347	86,8
Ailesinde sağlık çalışanı varlığı		
Var	131	32,8
Yok	269	67,2
Kronik hastalık durumu		
Var	158	39,5
Yok	242	60,5
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	158	39,5
Kullanmıyor	242	60,5
Polifarmasi**		
Var	24	15,2
Yok	134	84,2

*142 kişi belirtmedi. Asgari ücret olarak 2023 yılında belirtilen net asgari ücret olan 8.506,80 TL baz alınmıştır.

**Kullanılan ilaç sayısı 5 ve üstünde olanlar polifarmasi olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların algılanan sağlık durumuna verdikleri cevaplar analiz edilirken bazı gruplarda belirgin olarak az sayıda katılımcı olması nedeniyle gruplar arası birleştirmeye gidildi. Algılanan sağlık durumu “kötü, orta, iyi” olarak üç kategoride incelendi. Bireylerin %58,8’i (n=235) sağlık durumunu iyi olarak algıyordu.

Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı 5 alt grupta değerlendirildi ve %64'ü (n=256) şikayeti olduğunda hekime başvuruyordu.

Katılımcıların %65'i (n=260) hekim önerisi olmadan ilaç kullanıyordu; kullanılan bu ilaç türleri 6 alt grupta değerlendirildi. En sık kullanılan ilaç grupları sırasıyla; ağrı kesiciler [%53,5 (n=214)], soğuk algınlığı ilaçları [%28,2 (n=113)], vitaminler [%20,5 (n=82)] idi. Katılımcıların %63,5'i (n=254) bu ilaçları eczaneden temin ediyordu. Katılımcıların %64,8'i (n=259) ilaçları hekimin önerdiği süre kadar kullanmayı uygun görüyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulgular

	n	%
Algılanan sağlık durumu		
Kötü	22	5,4
Orta	143	35,8
İyi	235	58,8
Sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı		
Ayda bir kere	37	9,2
Üç ayda bir kere	45	11,3
Altı ayda bir kere	38	9,5
Yılda bir kere	24	6,0
Şikayeti oldukça	256	64,0
Hekim önerisi olmadan ilaç kullanma durumu		
Evet	260	65,0
Hayır	140	35,0
Hekim önerisi olmadan kullanılan ilaç türleri*		
Vitaminler	82	20,5
Soğuk algınlığı ilaçları	113	28,2
Ağrı kesiciler	214	53,5
Antibiyotikler	18	4,5
Mide koruyucular	56	14,0
Diğer**	3	0,75
İlaçların temin edildiği yer*		
Eczane	254	63,5
İnternet	9	2,3
Komşu/arkadaş	20	5,0
İlaçların kullanım süresine ilişkin görüş		
İlaç bitene kadar	46	11,4
Şikayeti geçene kadar	95	23,8
Hekimin önerdiği süre kadar	259	64,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **Kas gevşetici, antidepresan, antihistaminik ilaç

Katılımcıların %50,7'si (n=203) en son aldığı tedaviyi düzensiz kullanmış/hiç kullanmamıştı. İlaçları düzensiz kullanma/hiç kullanmama sebepleri olası farmakofobi sebepleri olarak değerlendirildi ve 11 alt grupta incelendi. En sık üç sebep sırasıyla; unutkanlık [%24,5 (n=98)], ilacın yan etkileri hakkında endişelenme [%22,5 (n=90)] ve sürekli ilaç kullanımına bağlı kötü ruh hali [%10,5 (n=42)] idi. Hastaların %6'sı (n=24) ilacı önerilen dozdan daha fazla miktarda kullanmıştı.

Araştırmaya katılan bireylerin %57,3'ü (n=229) akılcı ilaç kullanımı kavramını daha önce hiç duymamıştı. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi almak istenilen konular 5 alt grupta incelendi. En çok bilgi almak istenilen üç konu sırasıyla; ilaçların etkisi ve yan etkisi [%73,3 (n=293)], ilaçların kullanımı (saat, doz, süre) [%51 (n=204)] ve ilaçla birlikte uyulması gereken diyet [%48 (n=192)] idi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Tedaviye Uyumu, Olası Farmakofobi Sebepleri ve Akılcı İlaç Kullanımlarına İlişkin Bulgular

	n	%
En son aldığı tedaviyi düzensiz kullanma/hiç kullanmama durumu		
Evet	203	50,7
Hayır	197	49,3
İlaçları düzensiz kullanma/hiç kullanmama sebepleri*		
İlacı gereksiz bulma	28	7,0
Doktora güvenmeme	13	3,3
Yan etkiler hakkında endişelenme	90	22,5
Bağımlılık yapmasından korkma	24	6,0
Sürekli ilaç kullanımına bağlı kötü ruh hali	42	10,5
Unutkanlık	98	24,5
Radyo/Tv/Sosyal medya/İnternette edinilen bilgiler	29	7,2
Çevredekilerin ilaç hakkında olumsuz deneyimleri	16	4,0
Şu anda içinde bulunulan durum	7	1,8
İlacı bağı özellikler	25	6,3
Diğer	8	2,0
İlacı önerilen dozdan fazla miktarda alma durumu		
Evet	24	6,0
Hayır	376	94,0
Akılcı ilaç kullanımı kavramını duyma durumu		
Evet	119	29,7
Hayır	229	57,3
Hatırlamıyor	52	13,0
Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi almak istenilen konular*		
İlaç etkisi, yan etkisi	293	73,3
İlaçların kullanımı (saat, doz, süre)	204	51,0
İlaçları saklama/İMHA etme	154	38,5
İlaçla birlikte uyulması gereken diyet	192	48,0
İlaçların reçetelenme ve temin edilme süreci	106	26,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

	Madde Sayısı	Median (Min – Maks)	Ort ± SD	Cronbach's alpha
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	4	2 (0-4,0)	2,23±1,23	0,538
Akılci İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği	15	59 (28-75)	57,50±9,43	0,818
Doğru bilgilendirilme farkındalığı	8	32 (10-44)	30,60±6,25	0,809
Doğru ilaç farkındalığı	4	15 (4-20)	14,64±3,97	0,806
Doğru kullanım şekli farkındalığı	3	12 (3-15)	12,26±2,75	0,832
İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği	18	49 (18-80)	47,58±10,84	0,819
Spesifik-gereklilik	5	13 (5-25)	13,04±4,62	0,771
Spesifik-endişe	5	13 (5-25)	13,14±3,81	0,634
Genel-aşırı kullanım	4	11 (4-20)	10,56±3,42	0,685
Genel-zarar	4	11 (4-20)	10,84±3,38	0,684

4.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Katılımcıların %44,7'sinin (n=179) MTUÖ'ye göre farmakolojik tedaviye uyumu orta olarak bulundu, %44,3'ünün (n=177) ise farmakolojik tedaviye uyumu düşük olarak bulundu (Tablo 5).

Tablo 5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi

	n	%
Tedavi uyumu yüksek (0 puan)	44	11,0
Tedavi uyumu orta (1 ve 2 puan)	179	44,7
Tedavi uyumu düşük (3 ve 4 puan)	177	44,3

Tedavi uyum düzeyleri ile katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir durumları, sosyal güvence durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,263, p=0,269, p=0,339, p=0,908, p=0,256, p=0,910), (Tablo 6).

Tablo 6. MTU Düzeyleri ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

	Morisky Tedavi Uyum			p
	Yüksek n(%)	Orta n(%)	Düşük n(%)	
Yaş				
30 yaş ve altı	15(12,7)	50(42,4)	53(44,9)	0,263
31-40 yaş	10(10,0)	36(36,0)	54(54,0)	
41-50 yaş	9(10,0)	45(50,0)	36(40,0)	
51 yaş ve üstü	10(10,9)	48(52,2)	34(37,0)	
Cinsiyet				
Kadın	22(9,1)	107(44,4)	112(46,5)	0,269
Erkek	22(13,8)	72(45,3)	65(40,9)	
Medeni durum				
Evli	26(9,5)	122(44,7)	125(45,8)	0,339
Bekar	18(14,2)	57(44,9)	52(40,9)	
Eğitim durumu				
İlköğretim	14(12,8)	50(45,9)	45(41,3)	0,908
Ortaokul/lise	13(11,2)	50(43,1)	53(45,7)	
Yükseköğretim	17(9,7)	79(45,1)	79(45,1)	
Aylık gelir durumları*				
Asgari ücretin altında	7(16,7)	21(50,0)	14(33,3)	0,256
Asgari ücretin üstünde	25(11,6)	90(41,7)	101(46,8)	
Sosyal güvence				
Var	38(11,2)	153(45,0)	149(43,8)	0,910
Yok	6(10,0)	26(43,3)	28(46,7)	
Yaşanılan yerin sağlık kuruluşuna yakınlığı				
Yürüme mesafesinde	21(8,7)	118(49,0)	102(42,3)	0,055
Yürüme mesafesinde değil	23(14,5)	61(38,4)	75(47,2)	
Sağlık çalışanı olması durumu				
Evet	7(13,2)	24(45,3)	22(41,5)	0,828
Hayır	37(10,6)	155(44,7)	155(44,7)	
Ailesinde sağlık çalışanı varlığı				
Var	18(13,7)	65(49,6)	48(36,6)	0,086
Yok	26(9,7)	114(42,4)	129(48,0)	
Kronik hastalık durumu				
Var	18(11,4)	73(46,2)	67(42,4)	0,835
Yok	26(10,7)	106(43,8)	110(45,5)	
Düzenli ilaç kullanma durumu				
Kullanıyor	18(11,4)	73(46,2)	67(42,4)	0,835
Kullanmıyor	26(10,7)	106(43,8)	110(45,5)	
Polifarmasi				
Var	3(12,5)	13(54,2)	8(33,3)	0,616
Yok	15(11,2)	60(44,8)	59(44,0)	

*142 kişi kendisine ait aylık gelir durumunu belirtmedi.

4.3.1. MTU Düzeyleri ile Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

MTU düzeyleri ile katılımcıların algılanan sağlık durumu, sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı, hekim önerisi olmadan ilaç kullanma durumu, ilaçların kullanım süresine ilişkin

görüşleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı [sırasıyla p=0,868, p=0,604, p=0,315, p=0,120] (Tablo 7).

Tablo 7. MTU Düzeyleri ile Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	Morisky Tedavi Uyum			p
	Yüksek n(%)	Orta n(%)	Düşük n(%)	
Algılanan sağlık durumu				
Kötü	2(9,0)	10(45,5)	10(45,5)	0,868
Orta	14(9,8)	61(42,7)	68(47,6)	
İyi	28(11,9)	108(46,0)	99(42,1)	
Sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı				
Ayda bir kere	3(8,1)	14(37,8)	20(54,1)	0,604
Üç ayda bir kere	4(8,9)	25(55,6)	16(35,6)	
Altı ayda bir kere	6(15,8)	18(47,4)	14(36,8)	
Yılda bir kere	1(4,2)	11(45,8)	12(50,0)	
Şikayeti oldukça	30(11,7)	111(43,4)	115(44,9)	
Hekim önerisi olmadan ilaç kullanma durumu				
Evet	25(9,6)	114(43,8)	121(46,5)	0,315
Hayır	19(13,6)	65(46,4)	56(40,0)	
İlaçların kullanım süresine ilişkin görüş				
İlaç bitene kadar	4(8,7)	22(47,8)	20(43,5)	0,120
Şikayeti geçene kadar	8(8,4)	34(35,8)	53(55,8)	
Hekimin önerdiği süre kadar	32(12,4)	123(47,5)	104(40,2)	

4.3.2. MTU Düzeyleri ile Hastaların Tedaviye Uyumları ve Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

En son aldığı tedaviyi düzensiz kullanan/hiç kullanmayanların %58,6'sının (n=119) MTUÖ'ye göre ilaç uyumu düşük iken; en son aldığı tedaviyi düzenli kullananların %52'sinin (n=104) MTUÖ'ye göre ilaç uyumları orta düzeyde bulundu (**p<0,001**).

İlacı önerilen dozdan fazla miktarda alanların %58,3'ünün (n=14) ilaç uyumu düşük iken; ilacı önerilen dozdan fazla almayanların %44,9'unun (n=169) ilaç uyumu orta bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,135).

Akılcı ilaç kavramını duymayanların %48'inin MTUÖ'ye göre ilaç uyumu düşük iken; akılcı ilaç kavramını duyanların %53,8'inin (n=64) ve akılcı ilaç kavramını hatırlamayanların %40,4'ünün (n=21) ilaç uyumu orta olarak bulundu (**p=0,020**) (Tablo 8).

Tablo 8. MTU Düzeyleri ile Hastaların Tedaviye Uyumluları ve Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	Morisky Tedavi Uyum			p
	Yüksek n(%)	Orta n(%)	Düşük n(%)	
En son aldığı tedaviyi düzensiz kullanma/hiç kullanmama durumu				
Evet	9(4,4)	75(36,9)	119(58,6)	<0,001
Hayır	35(17,8)	104(52,8)	58(29,4)	
İlacı önerilen dozdan fazla miktarda alma durumu				
Evet	0(0,0)	10(41,7)	14(58,3)	0,135
Hayır	44(11,7)	169(44,9)	163(43,4)	
Akılcı ilaç kullanımı kavramını duyma durumu				
Evet	8(6,7)	64(53,8)	47(39,5)	0,020
Hayır	25(10,9)	94(41,0)	110(48,0)	
Hatırlamıyor	11(21,2)	21(40,4)	20(38,5)	

4.4. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği (AİKFÖ) ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

AİKFÖ alt boyutları ve ölçeğin toplamından alınan puanlar ile katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumları ve aylık gelir durumları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Eğitim durumu ilköğretim olanların ‘doğru kullanım şekli farkındalığı’ alt boyut puanı ($11,70\pm 3,20$), eğitim durumu yükseköğretim olanların puanından ($12,81\pm 2,29$) anlamlı olarak düşüktü ($p=0,003$). Eğitim durumu ortaokul/lise olanların ‘doğru kullanım şekli farkındalığı’ alt boyut puanı ($11,94\pm 2,80$), yükseköğretim eğitilmiş olanların puanından ($12,81\pm 2,29$) düşüktü ($p=0,022$). Sosyal güvencesi olanların ‘doğru kullanım şekli farkındalığı’ alt boyut puanı ($12,37\pm 2,68$), sosyal güvencesi olmayanlara göre yüksekti ($p=0,044$) (Tablo 9).

Tablo 9. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

	Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	Doğru İlaç Farkındalığı	Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	AİKFÖ Toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaş				
30 yaş ve altı	17,39±6,11	14,71±3,70	12,76±2,30	44,87±6,48
31-40 yaş	18,58±6,77	14,69±3,67	12,25±2,64	45,52±7,47
41-50 yaş	17,33±5,74	14,83±4,09	11,98±2,84	44,15±9,19
51 yaş ve üstü	16,38±6,07	14,33±4,52	11,89±3,21	42,60±8,48
p**	0,108	0,851	0,091	0,065
Cinsiyet				
Kadın	17,30±5,56	14,90±3,73	12,29±2,55	44,50±7,20
Erkek	17,66±7,11	14,26±4,30	12,20±3,03	44,12±8,89
p*	0,593	0,129	0,738	0,656
Medeni durum				
Evli	17,34±6,23	14,63±4,20	12,07±2,92	44,06±8,57
Bekar	17,65±6,20	14,66±3,46	12,65±2,31	44,97±6,23
p*	0,648	0,936	0,051	0,229
Eğitim durumu				
İlköğretim ^a	18,10±6,21	14,18±4,15	11,70±3,20	43,99±8,91
Ortaokul/Lise ^b	17,61±6,65	14,61±3,75	11,94±2,80	44,17±8,37
Yükseköğretim ^c	16,92±5,91	14,96±4,00	12,81±2,29	44,69±6,90
p**	0,285	0,277	0,003^{ac};0,022^{bc}	0,735
Aylık gelir durumları				
Asgari ücretin altında	16,33±6,09	14,83±4,10	12,45±2,73	43,61±7,78
Asgari ücretin üstünde	16,92±6,21	14,66±4,15	12,50±2,70	44,08±7,72
p*	0,571	0,807	0,917	0,719
Sosyal güvence				
Var	17,49±6,29	14,67±4,05	12,37±2,68	44,54±7,88
Yok	17,15±5,84	14,50±3,54	11,60±3,04	43,25±8,06
p*	0,691	0,756	0,044	0,242

*Bağımsız örneklerde t testi kullanılmıştır. **Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. AİKFÖ: Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği

4.4.1. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği (AİKFÖ) ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Çalışanı Olma ve Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması

AİKFÖ alt boyutları ve ölçeğin toplamından alınan puanlar ile katılımcıların yaşadığı yerin sağlık kuruluşuna yakınlığı arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Sağlık çalışanı olan katılımcıların ‘doğru bilgilendirilme farkındalığı’ alt boyut puanı ($15,45±5,10$) sağlık çalışanı olmayanlara göre düşük iken ($p=0,012$); doğru ilaç farkındalığı ($15,66±3,76$) ve doğru kullanım şekli farkındalığı ($13,11±2,31$) anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p=0,046$, $p=0,015$). Polifarmasi olanların AİKFÖ toplam puanı ($41,52±5,92$), polifarmasi olmayanlara göre ($45,07±7,66$) anlamlı olarak düşüktü ($p=0,036$) (Tablo 10).

Tablo 10. AİKFO ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Çalışanı Olma ve Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması

	Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	Doğru İlaç Farkındalığı	Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	AİKFO Toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaşanılan yerin sağlık kuruluşuna yakınlığı				
Yürüme mesafesinde	17,21±6,08	14,75±3,82	12,31±2,71	44,28±7,76
Yürüme mesafesinde değil	17,79±6,42	14,47±4,20	12,18±2,81	44,45±8,1
p*	0,356	0,489	0,648	0,827
Sağlık çalışanı olması durumu				
Evet	15,45±5,10	15,66±3,76	13,11±2,31	44,22±6,70
Hayır	17,74±6,32	14,49±3,99	12,12±2,79	44,37±8,09
p*	0,012	0,046	0,015	0,901
Ailesinde sağlık çalışanı varlığı				
Var	17,31±6,42	14,64±4,08	12,38±2,89	44,33±8,21
Yok	17,50±6,12	14,65±3,93	12,20±2,68	44,36±7,77
p*	0,768	0,982	0,538	0,977
Kronik hastalık durumu				
Var	17,31±5,93	14,77±3,87	12,44±2,39	44,53±7,50
Yok	17,52±6,41	14,56±4,04	12,13±2,96	44,23±8,18
p*	0,739	0,613	0,267	0,705
Düzenli ilaç kullanma durumu				
Kullanıyor	17,31±5,93	14,77±3,87	12,44±2,39	44,53±7,50
Kullanmıyor	17,52±6,41	14,56±4,04	12,13±2,96	44,23±8,18
p*	0,739	0,613	0,267	0,705
Polifarmasi				
Var	15,34±4,74	14,43±4,35	11,73±2,49	41,52±5,92
Yok	17,67±6,07	14,82±3,81	12,57±2,37	45,07±7,66
p*	0,820	0,661	0,124	0,036

*Bağımsız örneklerde t testi kullanılmıştır. AİKFO: Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği

4.4.2. AİKFO ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sağlık Durumu ve Akılcı İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Sağlık kuruluşuna altı ayda bir sıklıkla başvuranların ‘doğru kullanım şekli farkındalığı’ alt boyut puanı (13,26±2,00) sağlık kuruluşuna yılda bir kere başvuranlardan (11,37±3,92) anlamlı olarak yüksek bulundu (**p=0,019**).

Hekim önerisi olmadan ilaç kullananların ‘doğru bilgilendirilme farkındalığı’ alt boyut puanı (18,00±6,24) hekim önerisi olmadan ilaç kullanmayan katılımcıların puanından (16,40±6,05) anlamlı olarak yüksek bulundu (**p=0,014**). İlaçları “şikayeti geçene kadar”

kullanıcıların ‘doğru bilgilendirilme farkındalığı’ alt boyut puanı (19,14±7,21), ‘hekimin önerdiği süre kadar’ kullanıcıların puanından (16,62±5,68) anlamlı olarak yüksek ($p=0,002$); ‘doğru ilaç farkındalığı’ ve ‘doğru kullanım şekli farkındalığı’ alt boyut puanları ise düşüktü (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sağlık Durumu ve Akılcı İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	Doğru İlaç Farkındalığı	Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	AİKFÖ Toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Algılanan sağlık durumu				
Kötü	16,22±5,19	13,68±4,58	11,04±3,48	40,95±8,90
Orta	17,53±5,74	14,76±4,02	12,20±2,74	44,51±8,01
İyi	17,50±6,58	14,66±3,89	12,40±2,66	44,57±7,71
p*	0,640	0,489	0,081	0,116
Sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı				
Ayda bir kere	16,81±6,96	14,70±4,08	12,05±2,95	43,56±8,69
Üç ayda bir kere	16,84±5,76	15,11±3,77	12,97±1,58	44,93±6,28
Altı ayda bir kere	17,94±6,13	14,60±3,90	13,26±2,00	45,81±6,52
Yılda bir kere	20,20±6,22	13,20±4,85	11,37±3,92	44,79±11,06
Şikayeti oldukça	17,30±6,17	14,69±3,92	12,09±2,80	44,10±7,91
p*	0,206	0,434	0,019	0,696
Hekim önerisi olmadan ilaç kullanma durumu				
Evet	18,00±6,24	14,51±4,01	12,23±2,76	44,76±7,70
Hayır	16,40±6,05	14,88±3,91	12,30±2,73	43,58±8,26
p**	0,014	0,380	0,831	0,155
İlaçların kullanım süresine ilişkin görüş				
İlaç bitene kadar ^a	18,52±6,14	14,52±4,06	11,73±2,97	44,78±9,23
Şikayeti geçene kadar ^b	19,14±7,21	13,08±4,37	11,48±2,87	43,71±9,26
Hekimin önerdiği süre kadar ^c	16,62±5,68	15,24±3,65	12,63±2,59	44,50±7,10
p*	0,002^{bc}	<0,001^{bc}	0,001^{bc}	0,654

*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. **Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. AİKFÖ: Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği.

4.4.3. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Hastaların Tedaviye Uyumluluğu ve Daha Önce Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumuna İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması

En son aldığı tedaviyi düzensiz kullanan/hiç kullanmayanların doğru ilaç farkındalığı alt boyut puanı (15,05±3,64), en son aldığı tedaviyi düzenli kullananların aldığı puandan (14,22±4,25) anlamlı olarak yüksekti ($p=0,038$).

Akılcı ilaç kavramını duyduğunu belirten katılımcıların doğru kullanım şekli farkındalığı alt boyut puanı (12,81±2,54), daha önce akılcı ilaç kavramını duymadığını belirten katılımcıların puanından (12,04±2,82) anlamlı olarak yüksekti ($p=0,035$) (Tablo 12).

Tablo 12. AİKFÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Hastaların Tedaviye Uyumluluğu ve Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumuna İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması

	Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	Doğru İlaç Farkındalığı	Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	AİKFÖ Toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
En son aldığı tedaviyi düzensiz kullanma/hiç kullanmama durumu				
Evet	17,59±6,28	15,05±3,64	12,38±2,40	45,03±6,92
Hayır	17,29±6,16	14,22±4,25	12,12±3,06	43,64±8,77
p*	0,634	0,038	0,342	0,080
İlacı önerilen dozdan fazla miktarda alma durumu				
Evet	19,37±7,81	14,37±3,69	12,00±2,75	45,75±7,44
Hayır	17,32±6,09	14,66±3,99	12,27±2,75	44,26±7,94
p*	0,117	0,730	0,634	0,373
Akılcı ilaç kullanımı kavramını duyma durumu				
Evet ^a	16,55±5,87	15,01±4,03	12,81±2,54	44,38±7,07
Hayır ^b	17,59±6,44	14,49±4,04	12,04±2,82	44,13±8,44
Hatırlamıyor ^c	18,80±5,79	14,48±3,55	11,94±2,76	45,23±7,35
p**	0,079	0,483	0,035^{ab}	0,666

*Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. **Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. AİKFÖ: Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği.

4.5. İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği (İHİÖ) ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

51 yaş ve üstündeki katılımcıların spesifik-gereklilik alt boyut puanı (14,67±4,70), 30 yaş ve altında olan katılımcıların puanından (11,79±4,48) yüksekti ($p<0,001$). 30 yaş ve altındaki katılımcıların spesifik-endişe alt boyut puanı (12,07±3,71) 51 yaş ve üstündeki katılımcıların puanından (14,00±3,52) anlamlı olarak düşüktü ($p=0,002$).

Kadın katılımcıların spesifik-gereklilik alt boyut puanı (13,41±4,65) erkek katılımcıların puanından (12,47±4,53) yüksekti ($p=0,046$). Evli bireylerin spesifik-endişe alt boyut puanı (13,39±3,76) bekar katılımcıların puanından (12,59±3,87) yüksek bulundu ($p=0,048$). İlköğretim mezunu katılımcıların spesifik-gereklilik (14,34±4,81), spesifik-endişe (14,04±3,91), genel-zarar (11,51±3,55) alt boyut puanları; yükseköğretim mezunlarının

spesifik-gereklilik (12,25±4,30), spesifik-endişe (12,41±3,34), genel-zarar (10,28±3,08) puanlarından anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,008$) (Tablo 13).

Tablo 13. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

	Spesifik-gereklilik	Spesifik-endişe	Genel-aşırı kullanım	Genel-zarar
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaş				
30 yaş ve altı ^a	11,79±4,48	12,07±3,71	9,84±3,58	10,19±3,23
31-40 yaş ^b	13,24±4,57	13,56±3,81	11,15±3,53	11,01±3,47
41-50 yaş ^c	12,77±4,30	13,20±3,98	10,95±3,31	11,46±3,28
51 yaş ve üstü ^d	14,67±4,70	14,00±3,52	10,45±3,07	10,88±3,46
p**	<0,001^{ad}; 0,025^{cd}	0,020^{ab}; 0,002^{ad}	0,026^{ab}	0,053
Cinsiyet				
Kadın	13,41±4,65	18,37±3,55	10,62±3,25	10,78±3,33
Erkek	12,47±4,53	17,89±3,95	10,46±3,67	10,93±3,45
p*	0,046	0,203	0,646	0,650
Medeni durum				
Evli	13,28±4,66	13,39±3,76	10,69±3,32	10,95±3,53
Bekar	12,51±4,50	12,59±3,87	10,26±3,62	10,59±3,02
p*	0,125	0,048	0,241	0,326
Eğitim durumu				
İlköğretim ^a	14,34±4,81	14,04±3,91	11,11±3,20	11,51±3,55
Ortaokul/Lise ^b	13,00±4,65	13,39±4,19	10,54±3,42	11,06±3,53
Yükseköğretim ^c	12,25±4,30	12,41±3,34	10,22±3,53	10,28±3,08
p**	0,001^{ac}	0,001^{ac}	0,103	0,008^{ac}
Aylık gelir durumları				
Asgari ücretin altında	14,07±4,27	14,14±3,23	10,85±2,79	11,14±3,11
Asgari ücretin üstünde	12,42±4,46	12,57±3,78	10,18±3,55	10,46±3,45
p*	0,029	0,013	0,179	0,238
Sosyal güvence				
Var	13,00±4,55	13,03±3,83	10,47±3,39	10,82±3,43
Yok	13,23±5,01	13,76±3,68	11,05±3,58	10,93±3,10
p*	0,726	0,170	0,232	0,822

*Bağımsız örneklerde t testi kullanılmıştır. **Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. İHİÖ: İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği.

4.5.1. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Çalışması Olma ve Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması

Sağlık çalışması olan katılımcıların spesifik-gereklilik (11,86±4,13), spesifik-endişe (12,11±3,48), genel-aşırı kullanım (9,47±3,41) alt boyut puanları sağlık çalışması olmayan katılımcıların spesifik-gereklilik (13,21±4,67), spesifik-endişe (13,29±3,84), genel-aşırı kullanım (10,72±3,40) puanlarından anlamlı olarak düşük bulundu (sırasıyla $p=0,047$, $p=0,035$, $p=0,013$).

Kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan katılımcıların spesifik-gereklilik (15,49±4,09) ve spesifik-endişe (14,82±3,25) alt boyut puanları kronik hastalığı olmayan katılımcıların spesifik-gereklilik (11,43±4,23) ve spesifik-endişe (12,04±3,76) puanlarından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 14).

Tablo 14. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Çalışanı Olma ve Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması

	Spesifik-gereklilik	Spesifik-endişe	Genel-aşırı kullanım	Genel-zarar
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaşanılan yerin sağlık kuruluşuna yakınlığı				
Yürüme mesafesinde	12,99±4,60	12,90±3,69	10,37±3,47	10,75±3,35
Yürüme mesafesinde değil	13,11±4,66	13,50±3,97	10,84±3,34	10,98±3,42
p*	0,797	0,119	0,175	0,506
Sağlık çalışmanı olması durumu				
Evet	11,86±4,13	12,11±3,48	9,47±3,41	10,34±2,92
Hayır	13,21±4,67	13,29±3,84	10,72±3,40	10,91±3,44
p*	0,047	0,035	0,013	0,246
Ailesinde sağlık çalışmanı varlığı				
Var	12,80±4,70	12,49±3,69	9,66±3,46	10,23±3,17
Yok	13,15±4,58	13,45±3,84	11,00±3,32	11,13±3,44
p*	0,472	0,018	<0,001	0,012
Kronik hastalık durumu				
Var	15,49±4,09	14,82±3,25	10,53±3,18	11,01±3,54
Yok	11,43±4,23	12,04±3,76	10,57±3,58	10,73±3,27
p*	<0,001	<0,001	0,908	0,417
Düzenli ilaç kullanma durumu				
Kullanıyor	15,49±4,09	14,82±3,25	10,53±3,18	11,01±3,54
Kullanmıyor	11,43±4,23	12,04±3,76	10,57±3,58	10,73±3,27
p**	<0,001	<0,001	0,908	0,417
Polifarmasi				
Var	15,56±4,07	13,91±2,84	10,13±2,73	10,13±3,33
Yok	15,46±4,12	14,97±3,31	10,60±3,26	11,17±3,58
p*	0,912	0,149	0,513	0,196

*Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. İHİÖ: İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği.

4.5.2. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Algılanan sağlık durumu orta olan katılımcıların spesifik-gereklilik (14,44±4,10) ve spesifik-endişe (14,13±3,37) alt boyut puanları algılanan sağlık durumu iyi olanların spesifik-gereklilik (11,97±4,59) ve spesifik-endişe (12,42±3,87) puanlarından anlamlı olarak yüksekti (**p<0,001**). Algılanan sağlık durumu kötü olan katılımcıların ise spesifik-gereklilik alt boyut puanı (15,27±5,06) algılanan sağlık durumu iyi olanların puanından (11,97±4,59) anlamlı olarak yüksekti (**p=0,003**).

Sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı ayda bir kere olan katılımcıların spesifik-gereklilik (15,83±4,56) ve spesifik-endişe (15,59±3,36) alt boyut puanları; sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı yılda bir kere olan katılımcıların spesifik-gereklilik (11,50±4,26) ve spesifik-endişe (11,70±3,02) puanları ve sağlık kuruluşuna şikayeti oldukça başvuranların spesifik-gereklilik (12,30±4,41) ve spesifik-endişe (12,67±3,90) puanlarından anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla **p=0,002**, **p=0,001**, **p<0,001**, **p<0,001**).

İlaçları şikayeti geçene kadar kullanmayı uygun görenlerin genel-aşırı kullanım alt boyut puanı (11,86±3,21) ilaçları hekimin önerdiği süre kadar kullanmayı uygun görenlerin puanından (10,10±3,42) anlamlı olarak yüksek bulundu (**p<0,001**) (Tablo 15).

Tablo 15. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Sağlık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	Spesifik-gereklilik	Spesifik-endişe	Genel-aşırı kullanım	Genel-zarar
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Algılanan sağlık durumu				
Kötü ^a	15,27±5,06	14,31±4,34	11,18±3,14	11,95±3,88
Orta ^b	14,44±4,10	14,13±3,37	10,69±2,95	11,09±3,13
İyi ^c	11,97±4,59	12,42±3,87	10,42±3,70	10,58±3,45
p**	<0,001 ^{bc} ;0,003 ^{ac}	<0,001 ^{bc}	0,511	0,106
Sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı				
Ayda bir kere ^a	15,83±4,56	15,59±3,36	10,83±2,75	11,18±3,47
Üç ayda bir kere ^b	15,13±4,21	14,22±3,38	10,22±2,92	10,46±2,87
Altı ayda bir kere ^c	13,76±4,96	13,52±3,39	10,18±4,31	10,97±3,73
Yılda bir kere ^d	11,50±4,26	11,70±3,02	10,83±3,44	11,20±3,74
Şikayeti oldukça ^c	12,30±4,41	12,67±3,90	10,61±3,46	10,80±3,38
p**	<0,001 ^{ae} ;0,001 ^{be} ;0,002 ^{ad} ;0,012 ^{bd}	<0,001 ^{ae} ;0,001 ^{ad}	0,854	0,860
Hekim önerisi olmadan ilaç kullanma durumu				
Evet	12,88±4,72	12,92±3,86	10,62±3,36	10,76±3,40
Hayır	13,32±4,42	13,55±3,71	10,45±3,54	10,99±3,34
p*	0,372	0,117	0,631	0,515
İlaçların kullanım süresine ilişkin görüş				
İlaç bitene kadar ^a	13,95±3,98	13,43±3,46	10,47±3,25	11,23±3,48
Şikayeti geçene kadar ^b	12,64±5,04	13,72±4,03	11,86±3,21	11,23±3,38
Hekimin önerdiği süre kadar ^c	13,02±4,56	12,87±3,78	10,10±3,42	10,62±3,35
p**	0,285	0,154	<0,001 ^{bc}	0,233

*Bağımsız örneklerde t testi kullanılmıştır. **Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. İHİÖ: İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği.

4.5.3. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Hastaların Tedaviye Uyumluluğu ve Daha Önce Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumuna İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması

En son aldığı tedaviyi düzensiz kullanan/hiç kullanmayanların spesifik-gereklilik (13,90±4,61) ve spesifik-endişe (13,81±3,64) alt boyut puanları tedaviyi düzenli kullanan katılımcıların spesifik-gereklilik (12,15±4,47) ve spesifik-endişe (12,45±3,88) puanlarından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$).

Akılcı ilaç kavramını daha önce duyduğunu belirten katılımcıların spesifik-gereklilik (12,10±4,35), spesifik-endişe (12,02±3,12) ve genel-aşırı kullanım (9,44±3,36) alt boyut puanları; akılcı ilaç kavramını daha önce duymadığını belirtenlerin spesifik-gereklilik (13,55±4,73), spesifik-endişe (13,67±3,99) ve genel-aşırı kullanım (10,99±3,37) puanlarından anlamlı olarak düşük bulundu (sırasıyla $p=0,015$, $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 16).

Tablo 16. İHİÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ile Katılımcıların Tedaviye Uyumluları ve Daha Önce Akılcı İlaç Kavramını Duyma Durumuna İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması

	Spesifik- gereklilik Ort±SD	Spesifik- endişe Ort±SD	Genel-aşırı kullanım Ort±SD	Genel- zarar Ort±SD
En son aldığı tedaviyi düzensiz kullanma/hiç kullanmama durumu				
Evet	13,90±4,61	13,81±3,64	10,88±3,15	11,07±3,44
Hayır	12,15±4,47	12,45±3,88	10,22±3,66	10,59±3,31
p*	<0,001	<0,001	0,055	0,156
İlacı önerilen dozdan fazla miktarda alma durumu				
Evet	12,00±4,42	13,54±3,85	11,33±2,95	10,70±2,88
Hayır	13,10±4,63	13,11±3,81	10,51±3,45	10,85±3,41
p*	0,256	0,598	0,256	0,841
Akılcı ilaç kullanımı kavramını duyma durumu				
Evet ^a	12,10±4,35	12,02±3,12	9,44±3,36	10,24±3,09
Hayır ^b	13,55±4,73	13,67±3,99	10,99±3,37	10,94±3,44
Hatırlamıyor ^c	12,94±4,43	13,34±4,00	11,23±3,21	11,76±3,55
p**	0,015 ^{ab}	<0,001 ^{ab}	<0,001 ^{ab} ;0,004 ^{ac}	0,018 ^{ac}

*Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. **Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. İHİÖ: İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği.

4.6. MTUÖ, AİKFÖ ve İHİÖ Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

‘AİKFÖ-Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı’ alt boyutu ile ‘İHİÖ- Genel Aşırı Kullanım’ alt boyutu korelasyon açısından karşılaştırıldığında aralarında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,363$, $p=0,000$); ‘AİKFÖ-Doğru İlaç Farkındalığı’ alt boyutu ile ‘İHİÖ- Genel Aşırı Kullanım’ alt boyutu korelasyon açısından karşılaştırıldığında aralarında negatif yönde düşük düzeyde ($r=-0,175$, $p=0,000$) anlamlı korelasyon tespit edildi (Tablo 17).

Tablo 17. AİKFÖ ve Alt Boyut Puanları ile İHİÖ Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki Korelasyon ve Regresyon Analizi

		İHİÖ Spesifik- Gereklilik	İHİÖ Spesifik-Endişe	İHİÖ Genel-Aşırı Kullanım	İHİÖ Genel-Zarar
AİKFÖ- Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	r	0,040	0,103	0,363	0,233
	p	0,430	0,039	<0,001	<0,001
AİKFÖ- Doğru İlaç Farkındalığı	r	0,123	0,161	-0,175	-0,134
	p	0,014	0,001	<0,001	0,007
AİKFÖ-Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	r	0,142	0,184	-0,103	-0,042
	p	0,004	<0,001	0,039	0,398
AİKFÖ Toplam	r	0,142	0,226	0,162	0,101
	p	0,004	<0,001	0,001	0,043

AİKFÖ: Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği, İHİÖ: İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği.

4.6.1. MTUÖ'den Alınan Puanlar ile AİKFÖ ve İHİÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

MTUÖ'ye göre tedavi uyumu düşük olan bireylerin "İHİÖ Genel-Aşırı Kullanım" alt boyut puanları (11,33±3,33); MTUÖ'ye göre tedavi uyumu yüksek ve orta olan bireylerin puanlarından (9,22±3,91 ve 10,12±3,22) anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,002$) (Tablo 18).

Tablo 18. MTUÖ'den Alınan Puanlar ile AİKFÖ ve İHİÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	MTUÖ- Tedavi Uyumu Yüksek ^a	MTUÖ- Tedavi Uyumu Orta ^b	MTUÖ- Tedavi Uyumu Düşük ^c	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	p [*]
AİKFÖ- Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	17,68±6,96	16,78±5,84	18,05±6,36	0,149
AİKFÖ- Doğru İlaç Farkındalığı	14,79±3,70	14,87±4,08	14,37±3,94	0,481
AİKFÖ-Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	11,88±3,08	12,48±2,71	12,12±2,70	0,309
AİKFÖ Toplam	44,36±8,10	44,13±7,93	44,56±7,88	0,880
İHİÖ Spesifik-Gereklilik	12,18±4,69	12,86±4,69	13,42±4,52	0,221
İHİÖ Spesifik-Endişe	13,45±4,22	12,68±3,74	13,52±3,75	0,099
İHİÖ Genel-Aşırı Kullanım	9,22±3,91	10,12±3,22	11,33±3,33	0,001^{ac}; 0,002^{bc}
İHİÖ Genel-Zarar	10,09±3,90	10,79±3,04	11,07±3,55	0,221

*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. AİKFÖ: Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği, İHİÖ: İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeği, MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

5. TARTIŞMA

Akılcı ilaç kullanımı ve farmakofobi, küresel düzeyde önemli halk sağlığı sorunları olmasına rağmen, bu iki olgunun birlikte değerlendirildiği ve kapsamlı bir yaklaşımla ele alındığı çalışmalar literatürde sınırlı sayıdadır. Bu çalışma, yetişkin bireylerin akılcı ilaç kullanımı farkındalık düzeylerini, farmakofobi durumlarını, polifarmasi oranlarını ve ilaçlara ilişkin inançlarını aynı örneklemede bir arada değerlendirerek; bu faktörlerin tedaviye uyum üzerindeki etkilerini inceleyen nadir çalışmalardan biridir. Çalışma bulguları, toplumda akılcı ilaç kullanımı farkındalığının ortalamanın üzerinde olduğunu göstermekle birlikte, bu farkındalığın davranışa tam olarak yansımadağını ortaya koymaktadır. Katılımcıların beşte üçünün hekim önerisi olmadan ilaç kullanması ve yaklaşık yarısının reçete edilen tedaviyi düzensiz veya hiç kullanmaması, farkındalık ile uygulama arasındaki önemli boşluğa işaret etmektedir.

Literatürde polifarmasi için net bir eşik değer bulunmamakla birlikte; Delahara ve ark. (1989–2019) meta-analiz çalışmalarında, en sık kullanılan eşik değer beş ilaç olduğunu belirlemiştir (45). Sunulan çalışmada, kullandığı ilaç sayısı beş ve üzerinde olanlar polifarmasi olarak kabul edilmiş olup, polifarmasi oranı %15,2 bulundu. Benzer şekilde, Yaylacı ve ark. polifarmasi oranını %13,4 bulmuştur (35). Öztürk ve Uğraş ile Wang ve ark.'nın meta-analiz çalışmalarında ise polifarmasi oranı (sırasıyla %38,0, %39,1) daha yüksek bulunmuştur (46, 47). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, polifarmasi konusunun genellikle yaşlı popülasyonun dahil edildiği araştırmalarda ele alındığı görülmüştür. Yaşlanma ile birlikte artan kronik hastalık yükü ve buna paralel olarak polifarmasi sıklığındaki artış göz önünde bulundurulduğunda; literatürde bildirilen polifarmasi oranlarının çalışmamızda elde edilen oranlara kıyasla daha yüksek olmasının, büyük ölçüde çalışmalara dahil edilen popülasyonun yaş grubundaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sunulan çalışmada beş kişiden üçünün hekim önerisi olmadan ilaç kullanması, oldukça yüksek olarak değerlendirildi. Hatipoğlu ve Özyurt ile Yaman ve Demirci'nin çalışmalarında reçetesiz ilaç kullanımı oranları da yüksek olarak bildirilmiştir (48, 49). Çalışmadaki katılımcıların hekime danışmadan en sık kullandığı ilaç grubu ağrı kesiciler olurken; antibiyotik kullanım oranı düşük bulundu. Özçelikay'ın çalışmasında da ağrı kesicilerin hekim önerisi olmadan en sık kullanılan ilaç grubu olduğu, antibiyotik kullanım oranının daha düşük olduğu bildirilmiştir (50). Hatipoğlu ve Özyurt ise hekime danışmadan ağrı kesici kullanım oranını daha yüksek saptamıştır. (49). Toplumda, AİK ilkeleriyle çelişecek düzeyde yaygın ağrı kesici

kullanımı endişe vericidir. Bu durumun, ağrı kesicilerin reçetesiz temin edilebilmesi, yan etkilerinin düşük olduğuna dair yanlış algı ve düşük maliyetleriyle ilişkili olduğu düşünülebilir. Buna karşılık, hekime danışmadan antibiyotik kullanımının diğer ilaç gruplarına göre düşük kalması ise antibiyotiklerin reçetesiz alınamamasından ve akılcı antibiyotik kullanımına yönelik kamu spotlarının etkili olmasından kaynaklanabilir.

Çalışma bulgularına göre bireylerin yarısından fazlası eczaneden reçetesiz ilaç temin etmektedir. Bilgili ve Karatay eczaneden reçetesiz ilaç temin etme oranını daha düşük bulmuştur (25). Deniz de benzer şekilde katılımcıların yarısının eczaneden reçetesiz ilaç satın aldığını belirlemiştir (51). Çoğu ilacın reçetesiz alınabilmesi, bazı ilaçların fiyatının düşük olması, muayene katılım payının ödenmek istenmemesi, bazı ilaçların geri ödeme listesinden çıkarılması, ilaç kullanım alışkanlıkları, ilaç firmalarının tanıtım çalışmaları (reklam, broşür, afiş gibi) gibi faktörlerin, bireylerin hekime başvurmadan eczaneden reçetesiz ilaç temin etmesinde etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmadaki katılımcıların beşte üçü, ilaçları “hekimin önerdiği süre kadar” kullanırken; beşte birinin ise “şikayetleri geçtiğinde ilaç kullanmayı bıraktığı” saptandı. Özçelikay da katılımcıların dörtte üçünün hekimin önerdiği tedavi süresine tamamen uyduğunu, kalanının “hastalık belirtileri geçtiğinde ilaç kullanmayı bıraktığını” belirtmiştir (50). Deniz, katılımcıların yarısının hekimin önerdiği süreden önce ilaç kullanmayı bıraktıklarını rapor etmiştir (51). İlaç tedavisinin hekim tarafından belirlenen süreden daha erken sonlandırılması; hastalığın yeniden ortaya çıkmasına, ilaçlara karşı direnç gelişimine, sağlık hizmetlerinin gereksiz ve tekrarlayan biçimde kullanılmasına ve dolayısıyla sağlık harcamalarının artmasına yol açabilmektedir (52).

Çalışmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısı, hekim tarafından en son düzenlenen tedaviyi düzensiz kullandığını veya hiç kullanmadığını ifade etmişti. Katılımcıların bu tutumlarının olası farmakofobi nedenleri incelendiğinde; en sık bildirilen gerekçe “unutkanlık” olurken, “kullanılan ilacın yan etkilerine ilişkin endişeler” ikinci sırada yer almıştı. Demirbaş ve Kutlu’nun çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerde gerçekleştirdiği çalışmada, hastaların yarısından azının ilaçlarını düzenli olarak kullanmadıkları, düzenli kullanmayanlarda ise bu durumun unutkanlıktan kaynaklandığı belirtilmiştir (53). Vermeire ve ark.’nın 25 yıllık literatür taramasına dayanan derleme çalışmasında, hastaların yaklaşık %30–50’sinin tedaviye tam olarak uymadığı ifade edilmiştir. Tedavi uyumsuzluğuna yol açan etmenler arasında ise “yan etki korkusu” gibi hastaların giderilememiş endişelerinin önemli rol oynadığı saptanmıştır (54).

Donovan ve ark. hastaların yan etki riskini azaltmak veya tedavileri için etkili olan en düşük ilaç dozunu bulmak amacıyla ilaç alımlarını azalttıklarını saptamıştır (55). Tedaviye uyumsuzluğun en sık karşılaşılan nedenlerinden biri olarak öne çıkan “unutkanlık”, çoğunlukla geriatrik popülasyonda belirgin şekilde tespit edilmekle birlikte, tüm yaş gruplarında tedavi uyumunu olumsuz etkileyen başlıca engel olmaya devam etmektedir. İlaçların olası yan etkilerine yönelik endişelerin, tedaviye uyumu azaltan ve farmakofobi ile ilişkilendirilebilecek önemli bir etken olduğu görülmektedir.

Farmakofili ise farmakofobinin aksine bireyin ilaç kullanımına yönelik olumlu tutum sergilemesi, ilaç almaktan çekinmemesi ve gerektiğinde ilaç kullanmaya istekli olması durumu olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu tutumun, gereksiz ya da uygunsuz ilaç kullanımını teşvik ederek akılcı ilaç kullanımı ilkeleriyle çelişebileceği öngörülmektedir. Sunulan çalışmada bireylerin %6’sında farmakofili eğilimi saptanmıştır. Benzer şekilde, Yaman ve Demirci’nin çalışmasında da katılımcıların %3,4’ü ilaçları önerilen dozun üzerinde kullandığını belirtmiştir (48). Çalışmada elde edilen bu oran, toplumun belirli bir kısmında ilaca aşırı güven ve ilaçla çözüm arayışının sürdüğünü göstermektedir. Bu durum, özellikle reçetesiz ilaç kullanımı, antibiyotiklerin uygunsuz talebi veya tedaviye gereksiz ek ilaçların eklenmesi gibi akılcı olmayan ilaç kullanım örüntülerini besleyebilir. Dolayısıyla farmakofili eğiliminin düşük oranda dahi olsa varlığı, sağlık politikaları açısından eğitim, danışmanlık ve farkındalık programlarında dikkate alınması gereken bir unsur olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmaya katılanların yarısından fazlası, “akılcı ilaç kullanımı” kavramını daha önce hiç duymadığını veya duymuşsa bile hatırlamadığını belirtmiştir. Bu bulgu, toplumda akılcı ilaç kullanımına ilişkin farkındalığın istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı kapsamında en fazla bilgi almak istedikleri konuların sırasıyla: “ilaçların etkileri ve yan etkileri”, “ilaçların doğru kullanımı (saat, doz, süre)” ile “ilaç kullanımı sırasında uyulması gereken diyet kuralları” olduğu saptandı. Bu veri, bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi gereksinimlerinin, özellikle tedavi güvenliği ve uygulama süreçlerine yoğunlaştığını göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Sunulan çalışmada katılımcıların farmakolojik tedaviye uyum düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre katılımcı grubun tedaviye tam uyum sağlamadığı söylenebilir. Dünya ve ark. tarafından İstanbul’da kronik hastalığa sahip bireylerle yürütülen çalışmada, tedaviye uyum daha yüksek saptanmıştır (56). Benzer şekilde tedavi uyumunun sıklıkla kronik hastalığı bulunan bireylerde, farklı ilaç gruplarına yönelik değerlendirildiği

çalışmalarda genel olarak bireylerin tedaviye tam uyum göstermediği ortaya konulmaktadır (56, 57).

Kronik hastalığa sahip bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek olduğunun gözlenmesi; buna karşın polifarmasinin tedaviye uyum üzerinde belirleyici bir etkisinin bulunmaması, çalışmanın ilginç sonuçlarındandı. Bu bulgu, kronik hastalığı olan bireylerin sürekli tedavi gereksinimi nedeniyle ilaç kullanım alışkanlıklarının daha yerleşik hale gelmesiyle açıklanabilir. Yılmaz ve Çolak da polifarmasinin tedaviye uyum üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşmıştır (58). AlHewiti kronik hastalığa sahip bireylerde yürüttüğü çalışmada, birden fazla komorbiditesi bulunan ve çoklu ilaç kullanan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (59).

Katılımcıların algıladıkları sağlık durumlarının, tedaviye uyum düzeylerini etkilemediği bulundu. Bu bulgu, tedaviye uyumun bireylerin sağlıklarına ilişkin öznel algılarından etkilenmediğini; bunun yerine hastalık farkındalığı, tedaviye yönelik tutum, inanç ve motivasyon gibi daha karmaşık psikososyal faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer biçimde, bireylerin sağlık algısı yüksek olsa dahi tedaviye uyum düzeylerinin her zaman yüksek seyretmediği bildirilmiştir (57).

Katılımcıların akılcı olmayan ilaç kullanımı kapsamına giren “hekim önerisi olmadan ilaç kullanımı” ve “ilaçların kullanım süresine ilişkin görüşleri” ile tedaviye uyum düzeyleri benzer bulundu. Yılmaz ve Çolak ise reçetesiz ilaç kullanan yaşlıların tedaviye uyum düzeyinin, reçetesiz ilaç kullanmayanlara göre anlamlı olarak düşük olduğunu bulmuştur (58). İlhan ve ark. Ankara’da yaptıkları çalışmada, toplumda hekim önerisi olmadan ilaç kullanımının oldukça yaygın bir sorun olduğunu belirtmektedir (60). Bireylerin hekim önerisi olmadan ilaç kullanma eğiliminin toplumda yaygın olmasına karşın, bu davranışın tedaviye uyum düzeyini açıklamada tek başına yeterli bir değişken olmadığı düşünülebilir.

En son reçete edilen tedavisini düzensiz kullanan veya hiç kullanmayan katılımcıların tedaviye genel uyum düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi. Bu öngörülebilir bulgu, ilaç tedavisinde süreklilik ve düzenli kullanımın, tedaviye genel uyumun sağlanmasında belirleyici bir etken olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca farmakofili eğilimi gösteren katılımcıların tedaviye uyum düzeyleri de daha düşüktü. İlaçlara karşı aşırı olumlu tutum sergileyen bireylerde, tedaviye ilişkin beklentilerin gerçekçi olmaması veya kendi tedavi sürecini yönlendirme eğiliminin artması, tedavi planına bağlılığı olumsuz etkileyebilmektedir. Bu

sonuçlar, tedaviye uyumun azalmasında yalnızca ilaç korkusunun (farmakofobi) değil, ilaçlara aşırı güven (farmakofili) durumunun da etkili bir faktör olabileceğini destekler niteliktedir.

Akılcı ilaç kullanımı kavramını daha önce duyduğunu belirten katılımcıların tedaviye uyumları daha yüksekti. Her ne kadar akılcı ilaç kullanımı kavramını duymuş olmanın, tek başına katılımcıların bu konudaki bilgi düzeyini veya farkındalığını tam olarak yansıtmadığı bilirse de bu durumun, bireylerin ilaç tedavisine yönelik daha bilinçli ve olumlu tutumlar geliştirmesinde etkili olabileceği düşünülebilir. Dolayısıyla, akılcı ilaç kullanımı farkındalığının artırılmasının, tedaviye uyumun güçlendirilmesi ve ilaç kullanımına ilişkin doğru davranışların teşvik edilmesi açısından önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ortalamanın üzerindeydi. İskender ve ark. ile Çınar ve ark.'nın çalışmalarında ise orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (61, 62).

Akılcı ilaç kullanımı farkındalığı katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre değişmemektedir. Çınar ve ark. da üniversite öğrencilerinde cinsiyetin akılcı ilaç kullanımı farkındalığı üzerinde etkili bir değişken olmadığını belirtmiştir (62). Tosun ve Hoşgör ise Sivas'ta kadınların, 30 yaş ve altındaki bireylerin, bekârların ve üniversite mezunlarının daha yüksek akılcı ilaç kullanımı farkındalığına sahip olduklarını ifade etmiştir (63). İskender ve ark. ise erkeklerin ve lisans mezunlarının akılcı ilaç kullanımı farkındalığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (61).

Çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe, “ilaçların doğru kullanım şekli farkındalığı” artmaktaydı. Bu bulgu, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte bireylerin ilaçların doğru ve bilinçli kullanımına yönelik farkındalıklarının arttığını, dolayısıyla akılcı ilaç kullanım ilkelerine daha fazla uyum gösterdiklerini düşündürmektedir. Literatürde de benzer şekilde artan eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığını artırarak, ilaçların uygun doz, süre ve endikasyonda kullanılmasına katkı sağladığı belirtilmektedir (61, 63).

Polifarmasi saptanan katılımcıların, akılcı ilaç kullanımı farkındalığının daha düşük olduğu saptandı. Birden fazla ilacın eşzamanlı kullanımı, ilaçların doğru ve bilinçli kullanımına ilişkin farkındalığı olumsuz yönde etkiliyor olabilir. İskender ve ark. ise polifarmasinin akılcı ilaç kullanımı farkındalığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşmıştır (61). Ancak Duman ve Karadağ'ın yaşlı yetişkinlerde akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, günlük alınan ilaç sayısı arttıkça akılcı ilaç kullanımı düzeyinin arttığı

bildirilmiştir (64). Bu durum, yaşlı bireylerin kronik hastalıklar nedeniyle düzenli ilaç kullanımına alışkın olmaları ve tedavi süreçlerine ilişkin farkındalıklarının daha gelişmiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Sonuçlar arasındaki bu farklılığın, örneklem grubunun yaş dağılımı, hastalık profili ve ilaç kullanım alışkanlıklarındaki değişkenliklerle açıklanabileceği kanaatindeyiz.

Sağlık kuruluşuna altı ayda bir başvuranların ilaçları “doğru kullanım şekli farkındalığı” daha yüksekti. Ulaşılan bu sonuç, düzenli sağlık başvurularının bireylerin hekim ve eczacıdan bilgi alma olasılığını artırdığını, tedavi süreçlerinin gözden geçirilmesine ve yanlış kullanım davranışlarının erken dönemde düzeltilmesine olanak sağladığını düşündürmektedir. Sağlık sistemiyle sık ve düzenli etkileşim içinde olmanın, akılcı ilaç kullanımı farkındalığını olumlu etkilediği söylenebilir. Ancak Tosun ve Hoşgör’ün çalışmasında, “bir yılda hastaneye başvuru sayısı” değişkeninin akılcı ilaç kullanımı farkındalığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (63).

Çalışmada dikkat çekici bir bulgu da hekim önerisi olmadan ilaç kullanan katılımcıların ilaçlarla ilgili bilgiye doğru yerden ulaşma farkındalığının daha yüksek olmasıydı. Bu çelişkili gibi görünen bulgu, aslında bilgi sahibi olma ile doğru davranışa dönüştürme arasındaki kritik boşluğu ortaya koymaktadır. Yüksek bilgilendirilme farkındalığına sahip bireylerin, kendilerini yeterince bilgili gördükleri için profesyonel tıbbi danışmanlık almadan ilaç kullanma konusunda daha özgüvenli oldukları düşünülebilir. Bu durum, kısmi bilgiye sahip bireylerin yetkinliklerini olduğundan fazla değerlendirmesi ile açıklanabilir. Bu bulgu, akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin sadece bilgi aktarımına değil, bilgi kaynaklarının güvenilirliği, profesyonel danışmanlığın önemi ve öz-tedavinin riskleri konularına da odaklanması gerektiğini göstermektedir. Nitekim Uçman ve Uysal, reçetesiz ilaç kullanan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin düşük olduğunu bildirmiştir (65). Çınar ve ark. reçetesiz ilaç kullandığını belirten üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin düşük; ancak farkındalık düzeylerinin ise daha yüksek olduğunu saptamıştır (62).

İlginç sonuçlardan biri de ilaçları “şikayeti geçene kadar” kullanan katılımcıların “doğru bilgilendirilme” farkındalığının daha yüksek olmasıydı. Buna karşın, “doğru ilaç farkındalığı” ve “doğru kullanım şekli farkındalığı” ise daha düşüktü. Bu durum, bireylerin kendi semptomlarına veya deneyimlerine dayanarak ilaç kullanımı konusunda öznel bir farkındalık geliştirdiklerini, ancak ilaçların doğru endikasyon, doz ve süreye göre kullanılmasına ilişkin bilgilerin eksik kaldığını işaret edebilir. Benzer şekilde Uçman ve Uysal da reçete edilen ilacı

gereken süreden önce bırakan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin daha düşük olduğunu bildirmiştir (65).

Çalışmada, en son aldığı tedaviyi düzensiz kullanan veya hiç kullanmayan bireylerin doğru ilaç farkındalıkları, tedavisini düzenli kullananlardan belirgin yüksek bulursa da akılcı ilaç kullanımı farkındalıkları düşüktü. Bu durumun, tedaviye uyumsuz davranış sergileyen bazı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerini, gerçekte olduğundan daha yüksek algılamalarından kaynaklanabileceği düşüncesindeyiz. Dolayısıyla, bireysel farkındalık algısının her zaman doğru ilaç kullanım davranışıyla paralel ilerlemediği söylenebilir. Nitekim Güner'in yaşlı bireylerde yaptığı deneysel çalışmada, akılcı ilaç kullanımı farkındalığını artırmaya yönelik müdahalelerin, tedaviye uyumu arttırdığı bildirilmiştir (66).

Katılımcıların ilaçlara ilişkin “spesifik endişe” ve “genel zarar” inancının yüksek olması, ilaç kullanımına yönelik belirgin bir kaygı ve olumsuz algı taşıdıklarının göstergesi olabilir. Literatür tarandığında farklı sonuçlar içeren çalışmalara rastlanmaktadır. Yılmaz ve Çolak kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ilaçlara yönelik gereklilik inancının daha baskın olduğunu; AlHewiti ise Suudi Arabistan'da benzer şekilde gereklilik ve aşırı kullanım inançlarının kronik hastalığı olan bireylerde yaygın olduğu bildirmiştir (58, 59). Bu farklılık, çalışma grubuna dahil olan bireylerin yaş, sağlık durumu ve ilaç kullanım deneyimi gibi özelliklerinden kaynaklanabilir. Dolayısıyla, ilaçlar hakkında inançların bireysel, kültürel ve klinik faktörlerden etkilendiği söylenebilir. Nitekim sunulan çalışmada da ileri yaştaki katılımcıların ilaçların gerekliliğine olan inançları ve ilaçlara ilişkin endişe düzeyleri yüksekti.

Kadınlar ilaçların gerekliliğine erkeklere kıyasla daha çok inanmaktaydı. İlaçlar hakkında evlilerin bekarlardan daha fazla endişe taşıdıkları görüldü. Yılmaz ve Çolak kadınların ilaçların gerekliliğine ilişkin inançlarının daha yüksek olduğunu, bekar yaşlı bireylerin ise ilaçlar hakkında daha fazla endişe duyduklarını bildirmiştir (58).

Dikkat çekici sonuçlardan biri de eğitim düzeyi düştükçe; ilaçların gerekliliğine olan inancın, ilaçlarla ilgili endişelerin ve ilaçların zararlı olduğuna ilişkin inancın artmasıydı. Bu bulgu, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, ilaç kullanımı konusunda daha fazla tereddüt ve olumsuz algı geliştirebileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde Lemay ve ark. Kuveyt'te birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürüttükleri araştırmada, eğitim düzeyi düştükçe bireylerin ilaçlara yönelik olumsuz inançlara sahip olma olasılığının arttığını belirtmişlerdir (67). Aksine Yılmaz ve Çolak eğitim düzeyinin bireylerin ilaçlara yönelik inançları üzerinde

belirleyici bir etkisinin olmadığını bildirmiştir (58). Bu farklı sonuçlar, bireysel ve demografik özelliklerin ilaçlara yönelik inanç ve tutumları değiştirebileceğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada, sağlık çalışanı olan veya ailesinde sağlık çalışanı bulunan katılımcıların ilaçların gerekliliğine, aşırı kullanımına, zararına ve ilaçlarla ilgili endişelere yönelik inançları daha düşüktü. Benzer şekilde, Huiskes ve ark. da sağlık çalışanlarının hasta bireylere kıyasla ilaçların gerekliliği ve endişe boyutlarına ilişkin inançlarının daha düşük olduğunu bildirmiştir. Bu durum, sağlık alanında bilgiye erişimin ve sağlık okuryazarlığının yüksek olmasının, ilaçlara yönelik olumsuz inanç ve kaygıları azalttığını düşündürülebilir (68).

Bu çalışmada, polifarmasinin bireylerin ilaçlara yönelik inanç ve tutumları üzerinde etkisi bulunamamış olsa da kronik hastalığı olanların ilaçların gerekliliğine dair inançlarının ve ilaç kullanımıyla ilgili endişelerinin daha fazla olduğu görüldü. Kronik hastalığa sahip bireylerin sürekli tedavi gereksinimi nedeniyle ilaç kullanımına ilişkin farkındalıklarının arttığını, ancak bu durumun ilaçlara yönelik kaygı düzeylerini de yükseltebileceğini yansıtıyor olabilir.

Kendi içinde tezat gibi duran başka bir sonuç da katılımcıların sağlık algısı kötüleştikçe ve sağlık kuruluşuna başvuru sıklıkları arttıkça, ilaçların gerekliliğine yönelik inançlarının ve ilaç kullanımıyla ilgili endişelerinin de artıyor olmasıydı. Sağlık durumunu olumsuz algılayan bireylerin tedaviye daha fazla gereksinim duyması ve ilaçlara yönelik farkındalıklarının artmasıyla birlikte, tedavi sürecine dair kaygılarının da güçlenmesi durumu oluşmuştu. Ayrıca, ilaçları “şikayeti geçene kadar” kullanmayı uygun gören katılımcıların, ilaçların aşırı kullanıldığına ilişkin inançlarının “hekimin önerdiği süre kadar” kullananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özellikle ilaçların gereğinden fazla reçetelendiğine veya gereksiz kullanıldığına inanan bireylerin, tedaviye tam uyum göstermeme eğiliminde olabileceği; bunun da akılcı ilaç kullanımı açısından önemli bir risk faktörü oluşturabileceği söylenebilir.

Diğer bir tezatlık ise en son aldığı tedaviyi düzensiz kullanan veya hiç kullanmayanların, ilaçların gerekliliğine ilişkin inançlarının ve ilaç kullanımıyla ilgili endişelerinin, tedaviyi düzenli kullananlardan daha yüksek olmasıydı. Çınar ve ark. ise tedaviye uyumlu hastalarda ilaçların gerekliliğine dair inancın anlamlı derecede yüksek olduğunu; buna karşın uyumsuz hastalarda ilaçlar hakkında endişe, aşırı kullanım ve zarar inançlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (69). Sunulan çalışmada sorgulanan, “en son alınan tedaviyi düzensiz kullanmanın veya hiç kullanmamanın” tedaviye genel uyumu yansıtmada yetersiz olacağı öngörülse de

ilaçlara karşı duyulan kaygı ve tereddütlerin, tedaviye uyumu olumsuz etkilediği sonucuna varılabilir.

Sonuç olarak; çalışmadaki katılımcıların akılcı ilaç kullanımını farkındalığı arttıkça ilaçları doğru kullanma, olası riskleri değerlendirme ve aşırı veya yanlış kullanım konusunda eleştirel bir bakış açısı geliştirme eğilimlerinin de güçlendiği söylenebilir. Bu sonuç, akılcı ilaç kullanımını farkındalığının, yalnızca bireysel davranışları değil, aynı zamanda ilaçlara yönelik tutum ve inançları da şekillendirdiğini ortaya koymaktadır (8).

Tedaviye uyumun en önemli belirleyicilerinden biri, hastaların ilaçlara ve genel olarak tıbbi uygulamalara yönelik inançlarıdır (54). Nitekim bu çalışmada, tedaviye uyumu düşük olanların ilaçların aşırı kullanıldığına dair inançları yüksekti. Bu sonuç, ilaçlara yönelik olumsuz inançların tedaviye güveni azaltarak, uyumu olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürdeki çalışmalar da benzer şekilde, ilaçların aşırı kullanıldığına dair inancın ve ilaçlara yönelik olumsuz inançların tedaviye uyumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (58, 59, 67).

Bu çalışmanın kısıtlılıkları; araştırmanın tek merkezde ve polikliniklere başvuran bireyler ile yürütülmesi nedeniyle genellenebilirliğinin sınırlı olması, verilerin özbildirime dayanması sebebiyle özbildirim temelli ölçümlerin doğruluk sınırlılıkları ve toplumsal onay eğilimi içerebilmesi, kesitsel tasarımın nedensel çıkarımlara izin vermemesi ve kullanılan ölçeklerin objektif klinik ölçümlerle desteklenmemiş olmasıdır. Ayrıca verilerin belirli bir zaman aralığında toplanmış olması, mevsimsel ya da dönemsel değişkenlerin ilaç kullanım davranışları üzerindeki olası etkilerinin değerlendirilememesine yol açabilir.

6. SONUÇ

Yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki farkındalık düzeylerini, farmakofobik eğilimlerini, polifarmasi durumlarını, ilaçlara ilişkin inançlarını değerlendiren ve bu faktörlerin tedaviye uyum üzerindeki etkilerini inceleyen bu çalışmada;

- Katılımcıların %65'inin hekim önerisi olmadan ilaç kullandığı ve reçetesiz en sık kullanılan ilaç grubunun "ağrı kesiciler" olduğu belirlendi.
- Katılımcıların yaklaşık yarısının reçete edilen tedaviyi düzensiz kullandığı veya hiç kullanmadığı; bu durumun en sık nedeninin ise "unutkanlık" olduğu saptandı.
- Akılcı ilaç kullanımı farkındalık düzeyinin literatürle uyumlu olarak ortalamanın üzerinde olduğu; eğitim düzeyi ve sosyal güvencesi olma durumunun farkındalık düzeyini arttırdığı bulundu.
- Sağlık çalışanlarında "doğru bilgilendirilme farkındalığı" düşük; ancak "doğru ilaç" ve "doğru kullanım şekli" farkındalıklarının yüksek olduğu görüldü.
- Katılımcıların polifarmasi oranı %15,2 olup, polifarmasi varlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığını olumsuz etkilediği belirlendi.
- Katılımcıların ilaçlara ilişkin inançları İHIÖ ile değerlendirildiğinde; spesifik inanç boyutunda "endişe", genel inanç boyutunda ise "zarar" inancının öne çıktığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi düştükçe ve yaş arttıkça, ilaçların gerekliliğine ve zararlı olabileceğine ilişkin inançların arttığı gözlemlendi.
- Sağlık çalışanı olan veya ailesinde sağlık çalışanı bulunan bireylerin, ilaçlar hakkında olumsuz inanç ve kaygı düzeyleri daha düşük bulundu.
- Kronik hastalığı olan bireylerin ilaçların gerekliliğine dair inançlarının ve ilaçlarla ilgili endişelerinin, kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görüldü.
- Bireylerin tedaviye uyum düzeyleri orta düzeyde bulunmuş, sosyodemografik özelliklerin ve polifarmasinin tedaviye uyum üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, ilaçların aşırı kullanıldığına inanan bireylerde tedaviye uyumun daha düşük olduğu görüldü.

7. ÖNERİLER

Bu çalışmanın bulguları, toplumda akılcı ilaç kullanımı farkındalığının istenilen düzeyde olmadığını, reçetesiz ilaç kullanımının yaygın olduğunu ve ilaçlara ilişkin inançların tedaviye uyumu etkileyebildiğini göstermiştir. Bu sonuçlar ışığında, toplumun farklı yaş ve eğitim düzeylerine uygun bilgilendirme ve farkındalık programlarının yaygınlaştırılması önem taşımaktadır. İlaçların etkileri, yan etkileri, doğru doz ve süreyle kullanımı konusunda halkın sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim çalışmaları planlanmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, akılcı ilaç kullanımının desteklenmesi açısından kritik bir konumdadır. Aile hekimlerinin hasta görüşmelerinde ilaçlara ilişkin inanç, tutum ve korkuları sorgulaması; farmakofobi veya polifarmasi açısından risk taşıyan bireyleri tanıyarak gerekli danışmanlığı sunması yararlı olacaktır. Polifarmasi riski taşıyan özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerde, tedavi planlarının düzenli olarak gözden geçirilmesi ve gereksiz ilaç yükünün azaltılması önerilmektedir.

Hastalık ve ilaç inançları, klinik uygulamada hasta ile birlikte ele alınması gereken değiştirilebilir faktörlerdendir. Literatürde yer alan çok sayıda çalışma, ilaçlar hakkındaki olumsuz inançların tedaviye uyumun önünde güçlü bir engel oluşturduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, ilaç uyumunu ve tedavi başarısını artırmak için hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hastaların ilaçlara ilişkin inanç ve endişelerine önem vermeleri gerekmektedir.

Reçetesiz ilaç satışlarının daha etkin biçimde denetlenmesi ve eczanelerde danışmanlık temelli hizmet modellerinin güçlendirilmesi de akılcı ilaç kullanımını destekleyecek önemli adımlardandır. Gelecekte yapılacak araştırmalarda, farklı sosyodemografik gruplarda ilaç inançları, farmakofobi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi derinlemesine inceleyen, nicel ve nitel yöntemleri bir arada kullanan çalışmalara yer verilmesi önerilmektedir.

Sonuç olarak, akılcı ilaç kullanımı farkındalığını artırmaya, gereksiz ilaç korkularını azaltmaya ve polifarmasinin olumsuz etkilerini önlemeye yönelik bütüncül temelli eğitim ve politika yaklaşımları; toplum sağlığının korunması ve tedavi etkinliğinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

8. KAYNAKLAR

1. Organization WH. The rational use of drugs: report of the conference of experts, Nairobi, November 25–29, 1985. World Health Organization, Geneva Available at Available at <http://appswho.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054epdf>. 1987.
2. Kshirsagar NA. Rational use of medicines: Cost consideration & way forward. Indian Journal of Medical Research. 2016;144(4):502-5.
3. Gazerani P. Pharmacophobia and pharmacophilia in analgesic use. Taylor & Francis; 2017. p. 341-4.
4. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert opinion on drug safety. 2014;13(1):57-65.
5. Bayram D, Vızdıklar C, Aydın V, İşli F, Akıcı A. Birinci basamakta reçeteleme trendi ve sık karşılaşılan tanılara ait reçetelerin incelenmesi: Türkiye verisi. Cukurova Medical Journal. 2020;45(2):695-708.
6. Organization WH. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs (Nairobi, Kenya, 25-29 November 1985). Report by the Director-General. A39/12 Part I WHO <https://appswho.int/iris/handle/10665/162006>. 1986.
7. Taşdemir S. Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2013;1(1):1-5.
8. Organization WH. Promoting rational use of medicines: core components. Promoting rational use of medicines: core components2002.
9. Le Grand A, Hogerzeil HV, Haaijer-Ruskamp FM. Intervention research in rational use of drugs: a review. Health policy and planning. 1999;14(2):89-102.
10. Drugs WECotSoE. The selection of essential drugs: Report of a WHO expert committee. 1977.
11. Hart C, Kariuki S. Antimicrobial resistance in developing countries. Bmj. 1998;317(7159):647-50.
12. Holloway K, Van Dijk L. Rational use of medicines. Geneva: WHO; 2011; 2011.
13. Organization WH. Global action plan on antimicrobial resistance. Global action plan on antimicrobial resistance2015.
14. Akıcı A, Toklu HZ. Eczacılar Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 2013 SGK Yayın No: 107, ss: 6-27; 2013. 6-27 p.
15. Bakanlığı S. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara. 2003.
16. Yiğit E, Uğur H, Keleşmehmet H, Alsan Ş, Çetin T. Elektronik reçete uygulaması hakkında kalitatif bir değerlendirme. The Journal of Turkish Family Physician. 2019;10(1):2-17.
17. Aksoy M, Alkan A, İşli F. Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri. Türkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics. 2015;3(1):19-26.
18. Bakanlığı TS. Akılcı ilaç kullanımı ulusal eylem planı 2014-2017. Ankara, Sağlık Bakanlığı. 2014.
19. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational use of medicines—a summary of key concepts. Pharmacy. 2016;4(4):35.
20. Bayram D, Aydın V, Gelal A, Aksoy M, Akıcı A. Generic drug prescribing in primary care: A nationwide analysis. International Journal of Clinical Practice. 2021;75(8):e14284.
21. Manmohan T, Sreenivas G, Sastry V, Rani ES, Indira K, Ushasree T. Drug compliance and adherence to treatment. Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. 2012;1(3):142.
22. Unit P, Organization WH. The role of the pharmacist in the health care system: report of a WHO consultative group, New Delhi, 13-16 December 1988. 1990.
23. Kokaçya SH, Erdem M, Tiryaki ÜM. Akılcı İlaç Kullanımı: Hatay'da Aile Hekimlerinin Bilgi ve Davranışları. Turkish Journal of Family Practice. 2020;24(4):184-95.
24. Kalaça S, Akıcı A. Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. 2013. In: Sağlık Hizmeti Sunanların ve Hizmet Alanların Akılcı İlaç Kullanımındaki Rollerini [İnternet]. Ankara: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 2013 SGK Yayın No: 93: 5-37.
25. Bilgili N. Sait Yazıcı Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin ilaç tüketimi ile ilgili bazı uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2005;12(1):39-48.

26. Toklu H, Dülger GA. Akılcı ilaç kullanımı ve eczacının rolü. *Marmara Pharmaceutical Journal*. 2011;15(3):89-93.
27. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practice/Family Medicine. In: Evans P, editor. 2023.
28. Saatçı E. Editorial. *Turkish Journal of Family Practice*. 2023;27(2):vii-x.
29. Özer Ö, Şar S. Farmakofobi: İlaç Korkusu Durumu ve Diğer Sağlık Korkuları Üzerine Bir Araştırma. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*. 2019;43(2):209-19.
30. Petelinšek A, Korajlija AL. Predictors of pharmacophobia. *Health psychology research*. 2020;8(1):8853.
31. De las Cuevas C, de Leon J. Reviving research on medication attitudes for improving pharmacotherapy: focusing on adherence. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2017;86(2):73-9.
32. Doğrul RT, Kızırlanoğlu MC, Yavuz BB, Cankurtaran M. Polifarmasi ve Yaşlıda Akılcı İlaç Kullanımı Kavramı. *Türkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics*. 2016;2(2):1-6.
33. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik gelişim*. 2012;25(3):1-3.
34. TÜİK. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023. In: TÜİK, editor. <https://datatui.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-538092024>.
35. Yaylacı S, Aydın E, Varım C, Ösken A, Genç AB, Demir MV, et al. İç Hastalıkları Polikliniğine Başvuru Nedenleri, Kronik Hastalıklar ve Polifarmasi Oranları. *Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2016;8(1).
36. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2005;17(4):123-32.
37. Kutsal YG. Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi* 2006 (özel sayı):37-44. 2006.
38. Komiya H, Umegaki H, Asai A, Kanda S, Maeda K, Shimojima T, et al. Factors associated with polypharmacy in elderly home-care patients. *Geriatrics & gerontology international*. 2018;18(1):33-41.
39. Karaoğlu N, Karaoğlu MA. A study on the diseases of the elderly in the internal medicine outpatient clinic of a private hospital. *Turkish journal of Geriatrics*. 2009;12(3).
40. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;24(1):67-74.
41. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15(2).
42. Aktaş H, Selvi H. Erişkinlerde akılcı ilaç kullanımı farkındalık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;12(3):439-47.
43. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research*. 1999;47(6):555-67.
44. Cinar M, Cinar FI, Acikel C, Yılmaz S, Çakar M, Horne R, et al. Reliability and Validity of The Turkish Translation of The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ-T) in Patients with Behçet's Disease. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2016;75:1096.
45. Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2022;22(1):601.
46. Öztürk Z, Uğraş KG. Drug use and polypharmacy in elderly patients. *Anatol J Med*. 2017;27(2):103-8.
47. Wang Z, Liu T, Su Q, Luo H, Lou L, Zhao L, et al. Prevalence of polypharmacy in elderly population worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2024;33(8):58-80.
48. Yaman Z, Demirci HF. Akılcı ilaç kullanım farkındalığı üzerine bir araştırma. *Turkish Studies-Social Sciences*. 2021;16(1):395-405.
49. Hatipoğlu S, Özyurt BC. Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(4):1-8.

50. Özçelikay G. A pilot study on rational drug use. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*. 2001;30(2):9-18.
51. Deniz S. Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutum ve Davranışların Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2019;22(3):619-32.
52. Şantaş F, Demirgil B. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi*. 2017;5(1):35-48.
53. Demirbaş N, Kutlu R. Treatment adherence and self-efficacy levels of adults using multiple drugs. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(2):269-80.
54. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2001;26(5):331-42.
55. Donovan J, Blake D, Fleming W. The patient is not a blank sheet: lay beliefs and their relevance to patient education. *Rheumatology*. 1989;28(1):58-61.
56. Dünya CP, Çelik M, Çelik S. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Hastalığa Uyum, İlaç Uyumu, Acil Servis Ziyaret Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Medical Journal of Western Black Sea*.9(1):68-75.
57. Demirel M, Sukut Ö. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikolojik Sağlık, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon ile Tedaviye Uyum Arasındaki İlişki. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2024;6(1):49-56.
58. Yılmaz F, Çolak MY. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ilaç inancının ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*. 2018;3(2):113-21.
59. AlHewiti A. Adherence to Long-term Therapies and Beliefs About Medications. *International journal of family medicine*. 2014;2014(1):479596.
60. İlhan M, Aydemir Ö, Çakır M, Aycan S. Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. *Turkish Journal of Public Health*. 2014;12(3):188-200.
61. İskender MD, Özcan E, Gülsoy A, Uyan Y. Yetişkin bireylerde akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: kesitsel bir araştırma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2023;17(4):512-20.
62. Çınar İÖ, Kaplan KA, Karakoşlu FN. Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Bilgisi ve Farkındalığının İncelenmesi: Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2025;17(3):734-44.
63. Tosun N, Hoşgör H. A Research to Determine the Relationship Between e-Health Literacy and Rational Drug Use Awareness. *Cumhuriyet University Journal of Economics & Administrative Sciences/Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2021;22(2).
64. Duman İ, Karadağ S. Yaşlı Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Geriatric Bilimler Dergisi (Online)*. 2024;7(2).
65. Uçman T, Uysal N. Yetişkin bireylerde akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2021;3(2):126-33.
66. Güner TA. Yaşlı Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı, Farkındalığı ve İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiğini Artırmaya Yönelik Girişimler: Deneysel Bir Çalışma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2025;18(1):14-24.
67. Lemay J, Waheedi M, Al-Sharqawi S, Bayoud T. Medication adherence in chronic illness: do beliefs about medications play a role? Patient preference and adherence. 2018:1687-98.
68. Huiskes VJ, van den Ende CH, van Dijk L, Burger DM, van den Bemt BJ. Association between healthcare practitioners' beliefs about statins and patients' beliefs and adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2021;87(3):1082-8.
69. Çınar Fİ, Sinan Ö, Yılmaz S, Bağçivan G, Aydoğan I, Yalçın AG, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine in Patients with Ankylosing Spondylitis. *European Journal of Rheumatology*. 2020;8(1):20.

9. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:166

Toplantı Tarihi: 16 Aralık 2022

Karar Sayısı:2022/4080:(12244) N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ'ın "Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Yetişkinlerin Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı ve Farmakofobi Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 05.12.2022 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Dr. Zeynep Selin TURHAN'ın uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ
Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Zeynep Selin TURHAN, Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

ASLI GİBİDİR
16.12.2022

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı



EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Aşağıda size yönlendirilen sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamında; akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve farmakofobi (İlaç fobisi, farmakolojik tedavilerin kullanımından korkmak) durumlarını değerlendirmek amacı ile sorulmaktadır. Ankette isminiz yer almayacaktır ve tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Soruları size uygun yanıtları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1- Yaşınız:.....

2- Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3- Medeni durumunuz: Evli Bekar

4- Eğitim durumunuz:

İlköğretim Ortaokul/lise Yükseköğretim

5- Size ait aylık gelirinizi belirtiniz:.....

6- Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı? Var Yok

7- Yaşadığımız yerin sağlık kuruluşuna yakınlığı yürüme mesafesinde midir?

Evet Hayır

8- Sağlık çalışanı mısınız/mıydınız? Evet Hayır

9- Ailenizden biri sağlık çalışanı mı? Evet Hayır

10-Hekim tarafından tanı konulmuş, sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı? (şeker, tansiyon, romatizmal hastalık gibi.)

Evet Hayır

11-Yanıtınız evet ise, bir günde kullanmanız gereken ilaç sayısını lütfen belirtiniz:.....

12-Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

13-Ne sıklıkla bir sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?

Ayda bir kere Üç ayda bir kere Altı ayda bir kere

Yılda bir kere Şikâyetim oldukça

14-Hekim önerisi olmadan ilaç kullanır mısınız?

Evet Hayır (Cevabınız hayır ise 17. soruya atlayınız.)

15-Hekim önerisi olmadan hangi tür ilaçları kullanırsınız?

Vitaminler Soğuk algınlığı ilaçları Ağrı kesiciler

Antibiyotikler Mide koruyucular Diğer (Belirtiniz:.....)

16-Hekimin önerisi olmadan kullandığımız ilaçları nereden temin edersiniz?

Eczane İnternet Komşu/arkadaş

Diğer (Belirtiniz:.....)

17-Sizce hekimin önerdiği ilaçlar ne kadar süre kullanılmalıdır?

İlaç bitene kadar

Şikâyetim geçene kadar

Hekimin önerdiği süre kadar

Lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz...

MORISKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ		EVET	HAYIR
	İlaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıda yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki soruları "X" ile işaretleyiniz.		
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?		
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?		
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz oldu mu?		
4	Bazen ilacınızı aldığımızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?		

18-En son aldığınız tedavi için size önerilen ilaçları hiç kullanmadığınız veya düzensiz kullandığınız oldu mu? (Cevabınız hayır ise 20. soruya atlayınız.)

- Evet Hayır Hatırlamıyorum

19-Tedaviniz için önerilen ilaçları hiç kullanmamanızın veya düzensiz kullanmanızın sebepleri nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- İlacı gereksiz bulmam
 İlacı yazan doktora güvenmemem
 İlacın yan etkileri hakkında endişelenmem
 Bağımlılık yapmasından korkmam
 Sürekli ilaç kullanmanın bende yarattığı kötü ruh hali
 Unutkanlık
 İlaç hakkında duyduğum bilgiler (Radyo/Televizyon/Sosyal medya/İnternetten)
 Çevremdekilerin ilaç hakkındaki kötü deneyimleri
 Şu anda içinde bulunduğum durum (gebelik, adet görme, emzirme, ateş gibi.)
 İlaça bağlı özellikler (büyüklüğü, kokusu, tadı, uygulama yöntemi gibi.)
 Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)

20-Tedaviniz için önerilen ilacı önerilen dozdan (mikyardan) daha fazla kullandığınız oldu mu? Evet Hayır

21-Akılcı ilaç kullanımı kavramını daha önce duydunuz mu?

- Evet Hayır Hatırlamıyorum

22-Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili aşağıdaki konulardan hangisiyle/hangileriyle ilgili bilgi almak istersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- İlaç etkisi, yan etkisi
 İlaçların kullanımı (saat, doz, süre)
 İlaçları saklama/ imha etme
 İlaçlarla birlikte uyulması gereken diyet
 İlaçların reçetelenme ve temin edilme süreci

Lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz...

	Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun kutucuğu ‘X’ ile işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Şikâyetimiz geçmezse doktorun önerdiklerinin dışında başka tedaviler/ilaçlar da deneyebiliriz.					
2	Reçetede yazan ilaçların nasıl kullanılacağı (doz/miktar, aç/ tok karna vb.) doktor ya da eczacı dışındaki diğer sağlık çalışanlarına da danışılabilir.					
3	İlaçlar doktor önerisi dışında da güvenle kullanılabilir.					
4	Bize iyi gelen ilaçlar benzer şikâyetleri olan yakınlarımıza da iyi gelir.					
5	Yakınlarımızın ilaç tavsiyelerini dikkate almalıyız.					
6	Bize iyi gelen ilaçları diğer aile bireylerimizde de (çocuklarımız, ailenin yaşlı bireyleri, gebeler, vb.) güvenle kullanabiliriz.					
7	İlerde lazım olabileceği düşüncesi ile doktordan reçeteye ilaç eklemesi talep edilebilir.					
8	Doktora gitmeden önce, varsa evdeki ilaçları kullanarak öncelikle kendi kendimize iyileşmeye çalışmalıyız.					
9	Sağlık çalışanı da olsa (hemşire, eczacı, sağlık memuru vb.) doktor dışında hiç kimsenin ilaç tavsiyesi dikkate alınmamalıdır.					
10	Doktor önerisi dışındaki tedavi yöntemlerinin tamamı insan sağlığı açısından risklidir.					
11	Hangi ilacı kullanacağımıza yalnızca doktor karar vermelidir.					
12	İlaç kullanmanın gerekli olup olmadığına yalnızca doktor karar vermelidir.					
13	Başladığımız ilaçları önerilen zaman aralıklarıyla kullanmak bir zorunluluktur.					
14	İlaçlarımızı kullanmadan önce saklama koşullarını, beklenen yan etkilerini, vb. öğrenmek için ilaç kutusundan çıkan kâğıt (prospektüs) mutlaka okunmalıdır.					
15	Reçete yazılırken hâlihazırda kullanmakta olduğumuz ilaçları doktor sormamış olsa bile mutlaka söylenmelidir.					

Lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz...

İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (BMQ) Türkçe Versiyonu Bu ankette sizin için reçete edilen ilaçlarınız hakkındaki ve genel olarak ilaçlar hakkındaki kişisel görüşlerinizi sormak istiyoruz. Lütfen, fikrinizi en iyi yansıtan ifadenin yanına X işareti koyarak her bir cümleyi ne kadar kabul ettiğinizi belirtiniz. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur, kişisel görüşlerinizle ilgileniyoruz.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Şu anki sağlığım ilaçlarıma bağlıdır.					
2	İlaç almak zorunda olduğum için endişeleniyorum.					
3	İlaçlarım olmasa hayatım yaşanmaz olurdu.					
4	İlaçlarım olmasa çok hasta olurdu.					
5	Bazen ilaçlarımın uzun vadeli etkileri nedeniyle endişeleniyorum.					
6	İlaçlarım benim için bir sır gibi.					
7	Gelecekteki sağlığım ilaçlara bağlı olacak.					
8	İlaçlarım hayat düzenimi bozuyor.					
9	Bazen ilaçlara çok bağımlı olmaktan endişe ediyorum.					
10	İlaçlarım beni daha kötü olmaktan korur.					
11	Doktorlar çok fazla ilaç reçete ediyorlar.					
12	İlaç kullanan insanlar bazen tedavilerine ara vermelidir.					
13	İlaçların çoğu bağımlılık yapar.					
14	Doğal çareler, ilaçlardan daha güvenlidir.					
15	İlaçların yarardan çok zararı var.					
16	Tüm ilaçlar zehirdir.					
17	Doktorlar ilaçlara çok fazla güvenmektedir.					
18	Eğer doktorlar hastalarla daha fazla zaman geçirse, daha az ilaç reçete ederler.					

Katılımanız için teşekkür ederiz...