T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

EDİRNE MERKEZİNDE ANASINIFI VELİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARI

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Cüneyit COŞKUN

EDİRNE-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, sevgili eşim Sultan Pınar Coşkun'a, sevgili aileme ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**
GENEL BİLGİLER **3**
İLAÇ **3**
AKILCI İLAÇ KULLANIMI **3**
AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI **12**
ÇOCUKLARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI **16**
GEREÇ VE YÖNTEM **19**
BULGULAR **21**
TARTIŞMA **47**
SONUÇLAR **58**
ÖZET **60**
SUMMARY **62**
KAYNAKLAR **64**
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AİK **:** Akılcı İlaç Kullanımı

AOİK **:** Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

AİKYETÖ **:** Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz çağdaş tıp alanında en önemli tedavi şekillerinden biri ilaçla yapılan tedavidir. İlaçların toksik etkisi olabilir, hatta uygun olmayan kullanımlarda ölümlere neden olabilir. İlaçlar doğru kullanımlarda ise, toplumdaki bireylerin ve toplumun sağlığını bozan olumsuzlukları durdurup ortadan kaldırabilmektedir (1,2).

Akılcı ilaç kullanımı (AİK) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; "ilaçların klinik gereksinimlere uygun şekilde, uygun endikasyonlarda, kişisel gereksinimlere yönelik en uygun ilacı, kişisel gereksinimleri karşılayacak dozda, uygun zaman diliminde ve olabildiğince en düşük maliyet ile alınması" şeklinde tanımlanmaktadır (3). Yani, ilaçları doğru ve bilinçli kullanmaktır (4). AİK'nin temel ilkeleri uygun tedavi süresi, uygun maliyet, uygun doz ve uygun ilaçtır (5). Temel amaç ilaçların kullanımından dolayı ortaya çıkabilecek sosyal ve mali yükün azaltılması, fizyolojik, psikolojik ve sosyal zararları engelleyebilmektir (6). İlaçlar doğru tercih, doğru zaman ve doğru dozda kullanıldığında toplum sağlığının devam ettirilmesi ve yükseltilmesinde önemlidir (7).

Akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uyulmadan olan ilaç kullanımı, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) olarak tanımlanmaktadır (8). Bilinçsiz ve yanlış ilaç kullanımı toplum sağlığını etkileyen en önemli sorunlardandır; maalesef ilaçların yarıdan fazlası uygunsuz şekilde reçete edilip temin edilmektedir (9).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı tüm ülkelerde olmak üzere ve içinde bulunduğumuz gelişmekte olan ülkelerdeki önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. AOİK ülkemizin ve diğer ülkelerin sağlık maliyetlerinde önemli pay oluşturur. Gelişmiş ülkelerde toplumun eğitim düzeyinin yüksek seviyede olmasının, bilinçli olmayan ilaç kullanımını engellediği bildirilmektedir (10).

Hastaların tıbbi tedavisindeki ilaçların temin edilip, AİK'nin sağlanması temel insan hakları dahilindedir. DSÖ bu temel özelliği önemsemektedir. Ancak kullanılan ilaçların büyük çoğunluğu aslında AOİK şeklinde tüketilmektedir. Dolayısıyla, ilaçların kullanımında çok özenli davranılmasının önemi görülmektedir (8).

Hastasını muayene edip, durumunu inceleyip tanısını koyarak en uygun ilacı seçecek ve buna göre reçete düzenleyecek kişi hekim olduğu için, hekimler AİK'nin en önemli öğesini oluşturmaktadır. İlacın temin edilebileceği tek mesleki alan ise eczanelerdir. İlaçların reçeteli veya reçetesiz olduğuna bakılmaksızın hastaya ilacın temin edilmesi ve doğru dozda kullandırılması eczacının sorumluluklarındandır. Eczacının da AİK'de çok önemli payı vardır (11). Hastanın tedaviye uyum sağlaması, AİK'de en önemli etmenlerden birisidir. Tedaviye uyum hastanın reçete edilmiş ilaçları tavsiye edilen miktarda, zamanında ve önerilen şekilde kullanılmasıdır. Bu durumlara uyum olmadığında, tedavi verimliliği düşmektedir veya yok olmaktadır (12).

Kişilerin hekim önerisi olmadan kendi kendisini herhangi bir ilaçla tedavi etmeye çalışması da önemlidir. Birçok ülkede eczanelerden reçeteyle temin edilmesi gereken ilaçlar reçete olmaksızın alınabilmektedir. Türkiye'de reçetesiz satılabilen ilaçlar az sayıda olsa da, yeşil reçeteyle temin edilebilen morfin benzeri bazı ilaçlar ve psikotrop ilaçlar dışındaki birçok ilaç reçetesiz olarak eczanelerden temin edilebilmektedir. Bu uygun olmayan kullanımlar, doğru tanıyı koymada zorluklara, tedavide gecikmelere, ilaç dirençlerine, kişilerin gelirlerinin verimsiz şekilde kullanımına ve ilaç yan etkilerine neden olmaktadır (12).

Çocukluk hastalıklarının tedavisi için verilen ilaçlar, vitamin ve mineral takviyesi için verilen ilaçlar çok fazla kullanılmaktadır. Çocuklarda AİK bu yüzden çok daha önemli olmaktadır. Çocuklarda AİK'de, ebeveynlerin tutum ve davranışları çok önemlidir. Ebeveynlerin çocuklara ilaç verirken en çok yaptıkları hataların; ilacın gereğinden fazla veya eksik dozlarda vermeleri, tedavi zamanlamasını düzenleyememeleri, ilaçları uygun koşullarda saklayamamaları, ilaçları başka maddelerle ya da ilaçlarla birlikte vermeleri ve tedaviyi zamanından önce sonlandırmaları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (13).

Bu çalışma, Edirne ilinde çocuklarda AİK'de faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çocuklarda AİK'nin uygulanabilmesinde ebeveynlerin rolü büyüktür. Çocuklarından birincil derecede sorumlu olan ebeveynlerin AİK'ye yönelik tutumunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

İLAÇ

İlaç, dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinde önemli bir araçtır. İlaç tıp alanında kullanılan ve biyolojik etkinlikleri olan kimyasal madde ya da buna eşdeğer bitki veya hayvansal kaynaklı, belirli miktarlarda aktif madde içeren karışımlara denir (14). DSÖ 1985 yılında yapılan toplantıda ilaç tanımını "fizyolojik sistem ya da patolojik durumları, kullananın yararı doğrultusunda değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan ürün" olarak yapmaktadır (3).

Temelinde her ilaç toksik bir maddedir ve uygun olmayan kullanımlarda ölüme kadar varan ciddi hasarlar oluşturabilen bir üründür. Yanlış kullanımlarda ölüme bile neden olabilirken, doğru kullanımlarda insan sağlığını tehdit eden olumsuzlukları sonlandırabilmektedir. İlaçlar doğru seçim, doğru doz, doğru sürede uygulandığında insan ve toplum sağlığının sürdürülüp geliştirilmesinde vazgeçilmezdirler (7).

Dünya Sağlık Örgütü verilerinde ilaçların yarıdan fazlasının yanlış kullanıldığı vurgulanmaktadır. Türkiye'deki verilerin de, DSÖ sonuçlarıyla benzer olduğunu gösterilmektedir (15,16).

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Dünya Sağlık Örgütünün Nairobi'de 1985'de düzenlenen konferansında AİK, "hastaların kliniğine ve kişisel gereksinimlerine en uygun ilaçları, uygun dozlarda, uygun süre ve toplum açısından en uygun maliyet ile kullanmaları" şeklinde tanımlanmaktadır (3).

Yani, ilaç kullanımında doğruları uygulayıp bilinçli olmaktır (4). Tanımlamaya göre AİK'de dört temel ilke olan uygun maliyet, doğru tedavi süresi, doğru doz ve doğru ilaç üzerinde durulmaktadır (5).

İlaçların vücutta etkili olabilmesi için belirli konsantrasyona ulaşması gerekmektedir. İlaçların etkili olmasında, ilaç dozunun kişiye göre ayarlanması çok önemlidir. İlaç dozunun önemi kadar kullanım saatleri ve tedavinin hekimin planladığı tarihte sonlandırılması değerlidir. Doktorun reçete ettiği ilacın önerildiği zamanda ve dozda uygulanması, uyarılara dikkat edilmesi, sonuç olarak tedavideki uyum AİK'de gereklidir (17). AİK'de en temel amaç, yanlış ilaç kullanımıyla doğabilecek fizyolojik, biyolojik ve psikolojik zararların engellenebilmesi, sosyal ve mali yükün düşürülmesidir (6).

Akılcı ilaç kullanımı uygun ilacın, uygun dozda, doğru uygulama yoluyla, doğru tedavi zamanlamasıyla, hastaya gerekli bilgilendirme yapılarak maliyet uygunluğu dahilinde kullanılması ilkelerinin bütünüdür. AİK hastada kullanılan ilaçlarla ilgili tüm bilimsel doğruları kapsamaktadır (18).

Akılcı ilaç kullanım süreci, hastadan ayrıntılı anamnez alınıp hastanın şikayetlerinin doğru tanımlanması, hangi tedavinin uygulanacağına karar verilmesi, etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemi seçilmesi, daha sonra uygun bir tedavi yöntemi seçilip hastaya açık bir şekilde anlatılarak tedaviye başlanması ve tedavinin sonuçlarının değerlendirildiği bir yaklaşım gerektirmektedir. Hastalığa doğru tanı konmasından sonra, mevcut seçenekler arasından en doğru ilaç veya ilaçsız tedavi seçiminin belirlenmesi ve bunlara bağlı olarak ilacı yazacak kişi olan hekimin sorumluluğu ve davranışı AİK sürecinde en önemli bileşenlerdir. AİK ilkelerinin uygulanmasında hekim dışında, özellikle birey/hastalara olmak üzere, resmi otoritelere, diğer sağlık çalışanlarına, ilaç sektörüne ve eczacılara çok önemli roller düşmektedir (19,20).

Akılcı ilaç kullanımında temel dört öğe bulunmaktadır. "Uygunluk", hastanın bireysel özelliklerin test edildiği, ilacın hasta için uygunluğunun saptandığı ve tedavinin bireyselleştirildiği öğedir. "Güvenlilik", ilacın kontrendikasyon oluşturma oranı, yarar ve risk ilişkisinde risk oranı ölçülerek değerlendirilir. "Etkililik" ilaç kullanımının temel amacını gösteren kriterdir. İlacın uygunluğunu saptamak için kullanılan kriterler; yan etkiler, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaca ulaşımın kolaylığı, ilaç kullanım sıklığının fazla ya da düşük olması, ilaç kullanımının zor olmaması, enteral/parenteral kullanım, özel hasta gruplarında ilaç kullanım zorluğu veya kolaylığı olup olmaması, besin-ilaç etkileşimidir. "Maliyet", ilaçların tedavideki toplam maliyeti üzerinden hesaplanır ve ilaçların seçiminde maliyet kriteri için kullanılmaktadır. Maliyet kriteri değerlendirmesinde, geri ödeme sistemi, akut veya kronik hastalıklarda ilaç kullanımı, ilacın kutu maliyeti ya da reçete maliyeti, tedavi giderleri, ülkenin imkanları gibi kriterler kullanılmaktadır (21).

Akılcı ilaç kullanımında kişilerin uyum durumunu etkileyen faktörler arasında kişinin bilgisi, mental durumu, tedaviye olan bakışı, genel anlamda uyumu ve çoklu ilaç kullanımı yer almaktadır (17).

Akılcı ilaç kullanımında önem verilmesi gereken etmenler aşağıdaki gibi sıralanabilir (17):

1. İlaçların doz ve zamanlamasına uymak, tedavinin ne zaman sonlandırılacağı hakkında doktordan bilgi almak gerekir.
2. Tedavi sırasında uzak durulması gereken yiyecek ve içecekleri bilmek gerekir.
3. Doktor ve eczacılar uygulanacak tedavi hakkında kişileri bilgilendirmelidir.
4. İlaçların son kullanma tarihleri kontrol edilmelidir.
5. Her kişinin sağlık sorunu birbirinden farklıdır ve kişiye özgü tedavi gereklidir.
6. İlaçların prospektüs ve kutu üzerindeki uyarılara önem verilmelidir.

İlaç Seçim Kriterleri

İlaç seçim kriterleri etkinliği, uygunluğu ve güvenliği içermelidir. Tedavide doğru tanı esastır. İlaçlar hekimin değerlendirmesi sonucunda hastaya en uygun ilaç seçilerek, doğru tedavi süresinde, doğru uygulama yolu ve uygun dozda uygulanmalıdır. Tedavinin başarısı, advers etkiler ve hasta uyumu takip edilmelidir. Çoğunlukla ilaç etkileşimleri öngörülebilmektedir. Son olarak tedavinin maliyeti ve gerçekleştirilebilirliği mutlaka değerlendirilmelidir. DSÖ tarafından tedavi sürecine yardımcı olmak amacıyla hekimlere yönelik reçete yazma rehberi hazırlanmıştır. Rehbere göre ilaç seçim kriterleri maliyet, etkinlik, güvenlilik ve uygunluk olarak dört başlıkta toplanmıştır (22-25).

Etkililik: İlaç seçimi yapılırken bütün ilaç gruplarında dikkate alınması gereken ilk ve en önemli kriter etkililiktir. Etkililik kavramı ilacın farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklerini içinde barındırır. Farmakodinami ilacın canlı doku ve organlar üzerindeki etkilerini incelerken, farmakokinetik ilacın organizmaya girdikten sonra geçirdiği evreleri inceler. Etkililik sadece farmakodinamik özellikleri içermez. İlaç etkisinin en kısa zamanda başlaması yani farmakokinetiği de en az farmakodinamiği kadar önemlidir (22-25).

Güvenlilik (İlaçların yan etkileri): Bütün ilaçların etki mekanizmasının dolaylı sonucu olarak yan etkileri vardır. Bir ilacın etkinliğinin yanı sıra yan etkilerinin de olabileceği düşünülmelidir. Hastaneye başvuran hastalarda oluşabilecek bazı yan etkiler iyi bir anamnez sayesinde önlenebilir (22-25).

Uygunluk (İlaçların kontrendikasyonları): Uygunluk, ilaçların özellikle kontrendikasyonlarıyla ilgilidir. İlaçlar her hastaya özel olarak seçilmelidir çünkü her ilaç her hasta için uygun olmayabilir. Bu nedenle tedavi düzenlenmeden önce bir hasta için etken madde, dozaj, standart tedavi süresi ve kullanım yolunun uygun olup olmaması gibi bazı sorulara cevap bulunması gerekmektedir. Tedavide özellikleri iyi bilinen ve güvenirliği yüksek ilaçlar seçilmelidir. Tedaviye en uygun dozda başlanıp ilaç dozu az miktarda artırılmalıdır. Hastaya verilen ilacın dozu hastanın ilaca verdiği yanıta göre planlanmalıdır. Bu işlem tedavinin bireyselleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tedavi süreci düzenli olarak takip edilmelidir ve bu süreçte gereksiz olan ilaçlar çıkartılmalıdır. Yaşlılar, çocuklar, gebe olan kadınlar, emziren anneler, organ yetmezliği olanlar, herhangi bir alerjisi olanlar risk grubundadır. Risk grubunda olan kişilere ilaç verirken dikkat edilmesi gerekmektedir. Özellikle çocuk ve yaşlı hastalarda kişiye uygun dozda ilaç vermeye dikkat edilmelidir. Bazı ilaçlar için saklama koşullarına dikkat etmek gerekir. Yeni ilaçlar yeni sorunlar yaratabileceğinden dolayı, ilaç eklenmesi gerçek anlamda hastanın yaşam kalitesini artıracak ise tercih edilmelidir. Hastanın tedavisi düzenlenirken alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar araştırılmalı ve hasta hekim iletişimi ile tam başarılı tedavi sağlanmalıdır (22-25).

Tedavi maliyeti (İlaçların fiyatı): İlaçların maliyetlerini kimin tarafından karşılandığına bakılmaksızın maliyet hesabı mutlaka yapılmalıdır. Hekim hastaya vereceği ilaçları seçerken hastanın ekonomik durumunu göz önüne almalıdır. Birim ile toplam tedavi maliyetlerine de bakılmalıdır (22-25).

Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri

Akılcı ilaç kullanımı süreci hastaların sorunlarının büyük bir titizlikle tanımlanması, tedavi amaçlarının tespiti, farklı seçenekler içerisinde etkinliği üstün olan ve güvenilir tedavi yönteminin tercih edilmesi, sonrasında hastaya uygun olan reçete düzenlenerek hastalara verilecek olan anlaşılır bilgiler ve önerilerle tedaviye başlanması, tedaviden elde edilen sonuçların takibi ve değerlendirilmesi gibi çok sayıda süreci içine alan sistematik bir yaklaşımdır (26).

Dünya Sağlık Örgütünün AİK tanımına göre AİK ilkeleri doğru tanıya dayanma, uygun ilacın seçilmesi, tedavinin başarısının, hastanın uyumunun ve yan etkilerin izlemesi, polifarmaside, ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi, reçete edilen tedavinin maliyeti gibi sıralanmıştır (27).

Doğru tanıya dayanma: Akılcı ilaç kullanımı kararının verilmesinde en önemli hususların başında doğru tanı konulması yer almaktadır. Hekimler, tedavinin başarıya ulaşması için hastalarının yakınmalarını ve hastalık öyküsünü kendi bulguları ile bir araya getirerek ve gerektiğinde laboratuvar bulguları ile destekleyerek en doğru tanıyı koyarlar. Bu aşamada hekimlerin sahip oldukları bilgi ve deneyim doğru tanıya varmada önemli bir belirleyicidir (28,29). Hastaların hekimlere başvuru nedenleri arasında hastalığa ilişkin bir belirti, tedaviye uyumsuzluk, ilacın istenmeyen etkisi, biten ilaçların tekrar reçete edilmesi, koruyucu tedavi isteği ya da belirtilen tüm bu hususların kombinasyonu olabilir. İlaçla tedavi kararının verilmesinden önce başvuru nedenleri, hastaların diyeti, egzersizi gibi bazı yaşam tarzı değişikliklerinin göz önünde bulundurulması gereklidir (30-32). Günümüzde şikayetlerin ortadan kaldırılmasına yönelik uygulanan semptomatik tedaviler gereksiz ilaç kullanımını arttırmakta ve bu durum tedavi maliyetlerinin de ciddi boyutlara ulaşmasına yol açmaktadır (29,33).

Uygun ilacı seçme: Hekimler hastalarında tespit ettikleri klinik tabloya, patogenezine ve kliniğin nedenine yönelik etkili olan ilaçları seçerlerken öncelikli olarak “zarar vermeme" kuralını dikkate alırlar. İlaç seçiminde mevcut patolojik durum, muhtemel ilaç yan etkileri, hastada var olabilecek diğer patolojiler, cinsiyet, yaş, kilo, gebelik gibi farklılıklar, çalışma, eğitim, hobiler gibi hastanın günlük yaşam koşulları göz önünde bulundurulmalıdır. Hekimler tedavi hedeflerini en üst seviyede tutabilmek adına ilaçların etkililiğine, güvenirliğine, uygunluğuna ve maliyetine göre en uygun ilacı hastalara uygulamalıdır (34).

Tedavi başarısı, yan etkilerin ve hasta uyumunun izlenmesi: Akılcı ilaç kullanımı ilkelerinden bir diğeri doğru tedavinin başlanmasının ardından hastaların tedavi uyumları, oluşabilecek yan etkilerin ve tedaviye yanıtların izlenmesidir. Tedaviye uyumun artırılmasında hasta eğitimi, hekimin hastalara ayırdığı zaman, hastalara ilacın kullanımına yönelik yazılı materyaller önemli belirleyiciler arasındadır. İlaçla ilgili hekim tarafından yapılan bilgilendirme dışında, eczanelerde eczacıların, kliniklerde ise hemşirelerin bu sürece katılmaları ve hastanın ilaç alışkanlıklarıyla ilgili bilgi sahibi olunması tedavi başarısı, yan etkilerinin farkında olunması ve hasta uyumu için önemlidir. İlacın kullanılma amacı, ne zaman, nasıl kullanılacağı, tedavi süresi hastalara hekimler ve eczacılar tarafından anlatılmalıdır (28). AİK’nin başarısında, hastaların tedaviye olan uyumlarıyla sıkı ilişki içerisinde olup bunun için de hasta ve hasta yakınlarıyla iyi bir iletişim içinde bulunmayı gerektirmektedir (29).

Hastaların kullandıkları ilaçların yan etkilerinin hekimlerce takip edilmesi ve hastaya anlatılması gerekir. İlaçların istenmeyen etkisi doza bağlı toksik etkiler ile alerjik ve dozdan bağımsız idiosenkrazik etkiler, beklenmeden ortaya çıkan etkiler şeklinde alt gruplardan oluşur (28,29).

Çoklu ilaç kullanımında, ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi: Hastalıkların tedavisi sırasında çoklu ilaçların aynı anda kullanılması gerekebilir. Bu durum çoklu ilaç kullanımı ya da polifarmasidir. Çoklu ilaç kullanımı yalnızca ilaç etkileşimlerinin ve istenmeyen etkilerin ortaya çıkma ihtimalini artırmaz aynı zamanda ortaya çıkan AOİK şekilleri hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırır (35,36). Tedavide birden fazla ilaç kullanılıyorsa bitkisel ürünler ve gıda takviyeleri kullanılmamalıdır. Polifarmasiyi engellemek adına yapılabilecek en önemli davranış biçimi hasta-hekim işbirliğinin tam olarak sağlanması ve net bir şekilde hastanın bilgilendirilmesidir (37).

Reçete edilen tedavinin maliyeti: Akılcı ilaç kullanımında tedavinin bütçe oranının da akılcı olması gerekir. Hastalıkların tanı koyulması ve tedavi yönünden değerlendirilmeleri farmakoekonominin içinde yer alır (28). Farmakoekonomi günümüz dünyasında klinikte uygulanmakta olan bazı tedavi ve tanım yöntemlerinin maliyetlerine göre en verimli ve etkili olarak kullanılmaları ve bu şekildeki kullanımlarına dair yaklaşımların maliyet değerlendirilmesiyle ilgili olan klinik ekonomi dalıdır. Kaliteli tedavi hizmetlerinden, ilaçlardan ve yeni tıbbi teknolojilerden toplumun tüm bireylerinin faydalanması için kaynakların en uygun şekilde kullanılmasıyla alakalı çok sayıda araştırma yapılmıştır (29).

Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri

Akılcı ilaç kullanımı; izleme, yürütme ve planlama süreçlerinin hepsini kapsar. Tedavideki ilaçların etkili, güvenli ve ekonomik olarak kullanılması için belirli bir program çerçevesinde bütünlük sağlanması gerekmektedir. AİK'de sağlık çalışanlarının ve toplumun akılcı bir davranış ortaya koyması gerekmektedir. AİK'nin toplumda bir davranış şekline gelmesinde yeterli bilgi ve becerinin sahip olunması gerekmektedir (38).

Akılcılık ölçütleri tanı, tedavi ve profilaksi ile ilişkilidir. İlaç seçimi, ilaç yönetiminde akılcılık, reçete yazma süreci, ilaç tüketimi, reçete yanıtlama süreci, ilaç bilgi desteği ve ilaç lojistiğinin belirlenmesi akılcılık ölçütleridir (29,39).

İlaç seçimi: İlaçlar ihtiyaç halinde ulaşılabilir olmalıdır. İlaçlar bireysel olarak hastanın ihtiyaçlarına göre seçilmelidir. Bu yüzden piyasadaki ilaçlardan öncelikli olanların saptanması gerekmektedir. Toplumun öncelikli ilaçlarının seçiminde, mortalite ve morbiditeye neden olan veriler, hasta yükü dağılımı ve gerekli tedavi protokolleri ele alınmalıdır (40).

İlaç Lojistiğinin Belirlenmesi: İlacın alınması, saklanması, envanter denetimi ve ulaşım alt başlıklarından oluşmaktadır. İlaçların ulaşılabilirliği, finans yönetimi ve pazarlık yetisi gerektirir. Toplum sağlığı ve ekonomi için ödeme koşulları, kaynak, kalite ve maliyet arasında denge kurulmalıdır. Envanter denetimi ve depolama, ilaçların stabilitesi ve güvenliğinin sağlanmasının yanı sıra tedavide gereksinimlerin kesintisiz karşılanması için önemlidir. Dağıtım zinciri, ilaçların gerekli yerlere, zamanında ve iyi durumda ulaştırılmasını sağlayacak şekilde olmalıdır (40).

Reçete Yazma Süreci: Tanının konmasıyla başlayan bir süreçtir. Bu süreç hastanın tedavisinde ilaç ihtiyacının olup olmadığına karar verilmesi; tercih edilebilecek ilaçların etki, uygunluk, güvenli ve maliyet açılarından değerlendirilmesi, tedavinin düzenlenmesi ve takip edilmesi basamaklarından oluşur. Reçete yazma süreci, hekimlerin AİK'de doğrudan ilişkili oldukları süreç olarak tanımlanabilir (40).

Reçete Yanıtlama Süreci: Reçete yanıtlama süreci, AİK'de eczacıların devreye girdiği ve rollerinin en belirgin olduğu süreç olarak tanımlanabilir. Reçetenin doğru algılanmasıyla başlayan süreç; reçetedeki ilaçların verilmesi veya hazırlanması, hastanın bilgilendirilmesi, hekimle iletişim dahilinde tedavinin izlenmesi basamaklarından oluşur. Reçete yanıtlama süreci ticari kaygılar olmaksızın akılcılığa dayanmalıdır (40).

İlaçların Tüketimi: Akılcı ilaç kullanımında topluma düşen sorumluluk üç kesimden oluşmaktadır. Bu üç kesim toplum, sağlık çalışanları ve kitle iletişimcileridir. Bu üç kesimi hastalık, ilaç tedavisi ve sağlık konularında bilgilendirmek önemlidir. Toplumun ilaç tedavisine yönelik tutum ve davranışları kültürel özelliklerine göre şekillenir. Bu nedenle ilaç tüketimi konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılırken toplumun özellikleriyle ilgili gerçekler göz önüne alınmalıdır. Hastaların kendi kendilerini ilaçla tedavi etmeleri açısından temkinli olmak gerekmektedir (40).

İlaç Bilgisi Desteği: İlaç bilgisi desteğinin akılcılığı ile AİK birbirleriyle ilişkilidir. İlaç bilgisi, AİK ile ilgili kararların verilmesinde gereklidir. İlaç bilgisi, ulaşılabilir, doğru, eksiksiz, güncel, tarafsız ve uygulanabilir olmalıdır. Çeşitli kaynaklardan elde edinilen ilaç bilgisi AİK ölçütleri dahilinde değerlendirilmeli ve bilgiler güncel tutulmalıdır (40).

İlaç Yönetiminde Akılcılık: İlaç yönetimi, "Ulusal İlaç Politikası" doğrultusunda değerlendirilmelidir. İlaç yönetimiyle ilişkili tarafların aldığı kararlar devlet desteğiyle uygulamaya koyulmadır. Ulusal ilaç politikasında görev alan bütün sorumlular bilgi ve becerilerini bu yönde kullanmalıdırlar. AİK yukarıda sayılan bütün unsurların gerçekleştirilebilmesine bağlıdır. Bu nedenle ilaç yönetimi de akılcı yönde yapılmalıdır (40).

Akılcı İlaç Kullanımında Taraflar

Akılcı ilaç kullanımında sorumluluk taşıyan taraflar olarak hekim, eczacı, hemşire ve sağlık personeli, ilaç endüstrisi, hasta ve hasta yakınları, devlet, eğitim kurumları ve medya olarak sıralanabilir (29,41).

Hekimin sorumluluğu: Tanıyı koyan ve tedavideki ilaçları seçen kişi hekimdir ve hekim AİK'nin arz ayağında ilk sıradadır. İlaç yazabilme yetkisi, almış oldukları eğitim sonucunda sadece hekimlere verilmiştir ve bu yetki de sorumluluğu beraberinde getirmektedir. Aynı endikasyonda kullanılabilecek birbirinden tamamen farklı veya tamamen muadili olan birçok ilaç vardır. Hekim tanı koyduktan sonra hastası için en uygun ve en uygulanabilir olan ilacı tercih etmelidir. AİK'de hekimin dahil olduğu yer burasıdır. AİK sürecini başlatan hekimdir. Hekim farmakolojik bilgisinin yanı sıra ülkenin sağlık ve ilaç politikalarını, gerekli mevzuatları, Sağlık Bakanlığı'nın tutumunu bilmeli ve kanıta dayalı ilaç tercihlerinde bulunmalıdır (42). Hekim AİK'de birinci derecede sorumluluğa sahiptir. Hekimin sorumluluğunda olanlar doğru tanı konulması, ilaç gereksinimi için doğru karar verilmesi, uygun ilaç ve doz seçilmesi, tedavi başarasının değerlendirilmesi, tedavi maliyetini ayarlanması ve ilacın kolay temin edebilmesidir (41).

Eczacının sorumluluğu: Eczaneler, ilaçların yasal olarak temin edildiği yerlerdir. İlaç hazırlama ve hastalara verme yetkisi eczacılara aittir. Hastaların, ilaçları doğru kullanabilmesi için doğrudan eczacılar tarafından bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Eczacı kalfası ya da teknisyeninin hastaları ilaçlar hakkında bilgilendirme, ilaç tarif etme ve hastalara ilaç verme yetkileri yoktur. İlaçlar, reçeteli ve reçetesiz olarak verilebilen ilaçlar olmak üzere ikiye ayrılır.

Her iki gruptaki ilaçların gerek hastalara sunumu, gerekse hastaların bilgilendirilmesi ve reçete inceleme sorumlulukları eczacıya aittir. Hekim tarafından hastaya ilacın kullanımı ve saklanma koşuları anlatılmış olsa da eczacı hastaya yeterli düzeyde bilgi vermelidir. Reçetesiz ilaçların eczaneden temin edilmesi de eczacının sorumluluğundadır. Bu nedenle AİK'de eczacıların rolü büyüktür (43,44).

Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğu: Hastane ortamında AİK'de hekim, eczacı, hemşire ve diğer sağlık çalışanları önemli rol oynar (11). AİK'nin topluma yaygınlaştırılmasında önemli rolleri olan hemşirelik ve ebelik gibi mesleklerin görevleri arasında yer alan uygulamalar AİK açısından önem taşımaktadır. Bu uygulamalar kayıt ve izlem, reçete ve istem alma, ilaçların muhafaza edilmesi, ilaçların hastaya uygulanması, eğitim ve danışmalık ve atık yönetimidir (45).

Yetersiz bilgi ve deneyime sahip hemşirelerin AOİK sonuçlarına yol açabileceği, bilgi eksikliklerinin ve uygulama hatalarının hizmet içi eğitimlerle giderilmesi gerektiğini bildirmiştir (46).

Hasta ve hasta yakınlarının sorumluluğu: Hastalar AİK'nin talep ayağında birincil paydaştır. Hastaların doktora danışmadan ilaç kullanmaları, başkasına tavsiyede bulunmaları veya başkasının tavsiyesiyle ilaç kullanmaları, evde ilaç depolama alışkanlıkları, önceki deneyimlerine dayanarak evdeki ilaçlardan kullanmaları, hekim tarafından reçete edilen ilaçları zamanında almamaları, uygun doz ve tavsiye edilen süre kullanmamaları AOİK sorunlarını ortaya çıkarmakta ve sorumluluklar da bu konular hakkında olmaktadır (29). Ebeveynlerin AİK veya AOİK alışkanlıkları çocuklarına yönelik uygulamalarda da gözlenmektedir. Yürütülen çalışmalarda ebeveynlerin çocuklarına birden fazla ilaç vermesi gerektiğinde, yetişkin ilaçlarının çocuklarına kullanımında, ilacın ölçeğinin kullanılmadığı durumlarda, ilaçların besinlerle karıştırılarak verilmesi gibi uygulamalarda hatalı davrandıkları bildirilmiştir (47-49). Bu yanlış uygulamaların yanı sıra doktor önerisi olmadan çocuklara kullanılan reçetesiz ilaçların yan etkilerinin çocuğa vereceği zararların farkında olunmadığı gibi, reçetesiz antibiyotik kullanımından kaynaklanan çocuklarda antibiyotik direnci gibi ciddi sonuçlar ile karşılaşılabilmektedir (50-52).

Kurumsal sorumluluklar: Sağlık personelinden sağlık kuruluşlarına, Sağlık Bakanlığı'ndan geri ödeme kurumlarına, akademiden medyaya, sivil toplum kuruluşlarından bireylere kadar birçok kişi ve kuruluşun AİK'de sorumluluğu bulunmaktadır (36). Tüm

dünyadaki gibi ülkemizde de ilaç maliyetleri yıldan yıla artmakta, AİK'de ilaç harcamalarını kontrol etmek için sunulan farklı yöntemler arasında bulunmaktadır (29). İlaç kaynaklı sağlık harcamalarında Sağlık Bakanlığı tarafından alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin bireyler bilgilendirilmeli, toplumun bilgi düzeyini arttırıcı programlar hazırlanmalı, reklamlarla desteklenmeli ve alternatif ilaçlar arasında daha ucuz olanların yazımı konusunda gerekli önlemler alınmalıdır (36). Eğitimlerle edinilen bilgi ve uygulamaların kalıcı olmasını sağlamak için bu süreçlerin hazırlanacak düzenlemeler ile desteklenmesi gerekmektedir. Bu konuda geliştirilecek politikalar ile ilaçlardan istenilen yarara ulaşılması mümkün olabilecektir (16). İlaç atıklarının kontrollü bir şekilde toplanması, imhası ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi bir diğer kurumsal sorumluluklardandır (29,36).

AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı; AİK için yukarda anlatılan tanımlamanın ve AİK temel kriterlerinin tam tersi olarak tanımlanmaktadır (53). AOİK, Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sorunları arasında en önemli ve baş edilmesi zor olanlardandır. Ülkemizde sağlık için harcanan maliyetin büyük kısmını AOİK oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde eğitim seviyesinin yüksek olması ve daha fazla örgütlü toplumlar olması sebebiyle bilinçsiz ilaç kullanımının daha düşük olduğu belirtilmektedir (10). AOİK günümüzdeki sağlık sorunları arasında en baş sıralarda yer almaktadır. AOİK antibiyotiğe dirençli bakterilerde artışa ve bunun sonucu olarak tedavilerin etkinliğini ve başarısının azalmasına yol açmaktadır. Advers ilaç reaksiyonları topluma ve hastalara ciddi maliyetlere neden olmaktadır. AOİK ile ilgili çalışmalarda saptanan temel sorunlar arasında ilaçların doğru kullanılmaması, reçeteye ihtiyaçtan daha fazla ilaç yazılması, gerekli olmadığı halde kullanılan antibiyotikler, gereksiz olarak pahalı ilaç kullanımı gibi sorunlar yer almaktadır (54). DSÖ, kullanılan ilaçların çoğunun uygun olmayan şekilde reçetelendiğini, dağıtıldığını veya satıldığını belirtmektedir. Başka bir ifadeyle hastaların yaklaşık %50'sinin ilaçları doğru bir şekilde kullanmadığı belirtilmektedir (9). Endikasyona uygun olmayan veya endikasyon dışı ilaç seçimi ve buna bağlı olarak da yanlış tedavi uygulanması, etkinliği şüpheli olan ilaçların kullanılması, güvenli ilaç temin etme konularındaki yanlışlar ve ilacın hastaya uygun olmayan dozda, tedavi süresinde ve farmasötik şekliyle kullanılması AOİK'nin diğer özellikleri arasında yer almaktadır (53). AOİK kamu zararına harcamalara neden olmaktadır. Ülkemizde ilaç harcamalarına ayrılan pay sağlık harcamalarının yaklaşık %40'ını oluştururken bu oran avrupa ülkelerinde yaklaşık olarak %10- 15 dolayındadır (54).

Eğitim düzeyinin düşük olması, AOİK'nin nedenleri arasında birinci sıradadır. Bunu dışında AOİK'nin nedenleri arasında sosyokültürel ve ekonomik farklılıklar da sayılabilir. Bu nedenlerin birbirine olan etkileriyle problem daha kompleks hale gelmektedir (44). Gelişmekte olan ülkelerde ilaçların uygun olmadığı halde gereğinden fazla reçete edilmesi, tedavideki ilaçların hastalar tarafından doğru şekilde kullanılmaması, maliyeti daha fazla olan ilaçların tercih edilmesi, endikasyon dışı antibiyotik kullanımı ve oral tedavi yerine enjeksiyon tedavisinin önerilmesi AOİK örnekleridir (55). Literatüre bakıldığında AOİK'nin sonuçlarının birey ve toplum düzeyinde pek çok probleme neden olduğu belirtilmektedir. AOİK'nin sonucu olarak, gereksiz ve uygun olmayan ilaç kullanımı, ilaç direnci gelişmesi, yetersiz etki, toksik etki, uygusuz ilaç tercihi sebebiyle istenmeyen etkiler ve mali problemlerin geliştiği saptanmıştır (15,17). Reçetesiz ilaç alınması, ilacın etkisiz olacağına inanılması, ilaç maliyeti, prospektüslerin toplum tarafından anlaşılabilir olmaması, advers etkiye neden olması veya ilacın yan etki oluşturacağına inanılması, hoş olmayan formülasyonlardaki ilaçlar, ilacı kullanırken yaşanan fiziksel güçlükler, karışık tedavi planlaması, hastaların tedavideki uyum eksiklikleri AOİK'yi etkileyen etmenlerdir (17,28).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, gerekli olmadığı halde ilaç kullanmayı, ulaşılabilir ve etkili ilaç temininde aksaklıkları, uygunsuz tedavi ve ilaç planlamasını, etkisi konusunda şüphe duyulan ilaçları tercih etmeyi, tedavideki ilaç dozunun, tedavi süresinin ve ilaç kullanım şeklinin yanlış olmasını düşündürür (1).

Akılcı olmayan ilaç kullanımında karşılaşılan problemler, hastanın hekime danışmadan kendi kendine ilaç tedavisine başlaması, kişinin kullanmadığı ilaçları evde biriktirmesi, kişilerin hekimler dışında başkalarından ilaç önerisi alması ve başkalarına da ilaç önermesi, benzer şikayetlerde hekime danışmadan eskiden kullanılan ilaçların kullanılması, tedaviye hekimin önerdiği zamanda başlanmaması, ilacı yanlış dozda kullanma, tedavinin hekimin önerdiği zamandan önce sonlandırılmasıdır (56-58).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının temel etkileri; ilaç tedavisinde kalitenin düşmesi, bu nedenle ölüm ve hastalık oranlarının artması, ilaç direncinin gelişmesi, ilaç ulaşılabilirliğinde azalma, mali yüklerin artması, yan etki oranlarının artması, ilaç bağımlılığının artması, psiko-sosyal etkiler ve uygunsuz ilaç talepleridir (59).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Şekilleri

Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri olarak çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi), uygun olmayan tedavisel ilaç kan düzeyleri, antibiyotik profilaksisinin uygun olmayışı, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri, yanlış uygulama yöntemleri, gereksiz vitamin/mineral takviyesi, uzun

dönemli parenteral tedavi, hasta bilgilendirme konusundaki yetersizlikler, yanlış hazırlanma, yanlış saklama koşulları ve yanlış imha yöntemleri sıralanabilir (29,60).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri

Akılcı olmayan ilaç kullanımında sosyokültürel, ekonomik, yönetsel, eğitim gibi pek çok faktör yer almaktadır (61). AOİK'ye neden olan faktörler hastalardan kaynaklı, hekimlerden kaynaklı, eczacılardan kaynaklı, ilaç sağlamadan kaynaklı, sağlık sisteminden kaynaklı ve ilaç promosyonlarından kaynaklı olarak sıralanabilir (53).

Hastalardan kaynaklı faktörler: Hastanın uyumu, bireysel bir etmen olarak idiosenkrazi, hastanın bilişsel, fizyolojik, tedaviye bakışı gibi faktörlerden etkilenmektedir (62). İlaç bilgisindeki hatalar, yanlış inanış ve saplantılar, tedavideki beklenti ve taleplerin yanlışlığı, kişilerin hekim önerisi olmadan kendi kendine ilaç tedavisine başlaması hasta kaynaklı AOİK faktörleridir (53,58).

Hekimlerden kaynaklı faktörler: Eğitim ve bilgi yetersizliği, güncel kılavuzlara uymayan tedavi planlamaları, fazla iş ve hasta yükü, endikasyon dışı antibiyotik ve enjeksiyon tedavi seçeneklerinin tercih edilmesi, hastaya uygun olmayan dozlarda ilaç reçetelenmesi, ilacın yanlış veriliş yoluyla, yanlış dozda ve yanlış tedavi süresinde kullanımı, hastalara muayene için gerekli zamanı ayıramama, "doktor istediği ilacı yazabilir" gibi yanlış fikirlerin olması, iş yükü sebebiyle güncel bilgilere erişme veya kullanmada sorunlar, sosyal veya politik baskı, deneyimsizlik ve ilaç etkisi hakkında hatalı bilgiler hekim kaynaklı problemlerdir (60,63,64).

Eczacılardan kaynaklı faktörler: Gerek reçete edilen gerekse reçetesiz ilacı doğru doz ve doktorun önerdiği şekilde hastaya vermek ve hastanın ilaç tedavisi hakkında bilgilendirilmesini sağlamak hekime olduğu kadar eczacıya da ait bir sorumluluktur. Bu nedenle eczacılar AİK'de önemlidir. Eczacılardan kaynaklanan nedenlerde ilk sırada mezuniyet öncesi veya sonrasında yetersiz eğitim almaları yer almaktadır. Bunun yanında, geri ödeme sistemleri ve bürokrasiyle ilgili sorunlar, eczacının hastasıyla ilgili tıbbi öykü ve tedavisine yönelik bilgi almaya özen göstermemesi, iş yükü nedeniyle ilaç sunumuna yeterli zaman ayrılamaması, eczanedeki yardımcı elemanların reçeteyi karşılaması ve ilaç sunumu yapması, eczacının eczanede bulunmaması, yan etki bildirimleri hakkındaki bilgi eksikliği, maddiyat kaygısı veya düşünceleri, mesleki tatminsizlik, bilgi eksiklikleri, yanlış ilaçların hastaya

verilmesi, reçetesiz ilaç satılması, hekimin reçeteye yazdıklarını dikkate almamaları gibi sorunlar eczacı kaynaklı sorunlardır (60,63,64).

İlaç sağlama sistemlerinden kaynaklı faktörler: Eczanelerde reçetesiz ilaç satılması, gereken zamanda ve gerektiği kadar ilacın bulunamaması, güvenilir olmayan ve süresi dolmuş ilaçlar gibi faktörler ilaç sağlama sistemlerinden kaynaklı AOİK nedenleri arasında yer almaktadır (29,53). İlaç sağlama sistemlerinden kaynaklı nedenler şu şekilde sıralanabilir: provizyon ve geri ödemede yaşanan problemler, akademisyenlerin bilgilerini güncellememeleri, eczane hizmetlerinde standardizasyonun olmaması ve doğru eczacılık uygulamalarında teşvikin olmaması (62).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı nedenlerinden, temel ilaç listelerinin veya standart tanı ve tedavi kriterlerinin olmaması, uygunsuz ilaç politikaları ilk sıradadır (58). Etkisiz ya da etkisi olmayan ilaç politikaları, etkin olmayan denetim sistemi ve ruhsatlandırma gibi düzenleme sistemlerindeki yetersizlik, mevcut yetersizliği ve/veya yaptırım gücünün az olması, ilaç endüstrisinin etkisi ile ilaç fiyatlandırma sistemi ve denetimindeki boşluklar gibi faktörler sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmaları kaynaklı AOİK nedenleri arasındadır (29,53).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımında En Çok Hataların Yaşandığı İlaç Grupları

En çok hataların yaşandığı ilaç grupları antibiyotikler, kardiyovasküler etkili ilaçlar, antineoplastik ilaçlar, teofilin grubu ilaçlar, antikoagulan ilaçlardır (29,65).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları

Bu sorunlar arasında kalitedeki azalmayla birlikte ilaç tedavisini takiben morbidite ve mortalite oranlarının artması, ülkelerin maddi kaynaklarının yanlış kullanılmasıyla temel ilaçların bile temin edilememesine ve sağlık sektöründe maliyetlerin artmasıyla aciliyet arz eden veya temel ilaçlara karşı oluşan direnç sayılabilir. İlaç bağımlılığının artması ve endikasyon dışı hastaların ilaç talebinin artması toplumsal açıdan önemli sorunlardır. İlaçların gerektiğinden çok ya da yanlış şekillerde kullanılması, hem hasta güvenliğini riske atmakta, hem de kaynakların boşa harcanmasına yol açmaktadır. AOİK nedeniyle ortaya çıkan sorunları kısaca şu şekilde sıralayabiliriz (36,59);

-Hastaların tedaviye uyumunun bozulması ya da azalması

-İlaç etkileşimleri sebebiyle istenmeyen sonuçların ortaya çıkması, yan etkilerin artması

-Bazı ilaçlara karşı direnç gelişimi ve mikrobiyal direnç artışı, tedavi başarısının azalması

-Hastalık sürelerinin uzaması, hastalığın tekrarlaması

-Hastanede yatış sürelerinin uzaması
-Hastaların tedaviye olan güveninin azalması
-Fiyatları nedeniyle ilaçların temin edilebilirliğinin azalması
-Tedavi maliyetlerinin artmasıdır.

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımını Önlemek İçin Yapılabilecekler

Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemede yapılabilecekler aşağıdakiler gibidir (34):

1. Eğitim ve iletişim konularında müdahaleler, yönetsel müdahaleler,
2. Üniversitelerde mezuniyet öncesinde verilen eğitim,
3. Konferans, toplantı ve seminerlerin yapılması, toplumun bilinç düzeyinin arttırılması,
4. Belirlenmiş ilaçların sağlanması,
5. Hizmet içi eğitimler ve bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,
6. İlacı kullanım sırasında reçete denetimleri,
7. Standart tanı ve tedavi rehberleri, temel ilaç listelerinin oluşturulması,
8. Güvenli olmayan veya etkileri tam olarak bilinmeyen ilaçların yasaklanması,
9. İlaç kullanımında takiplerin yapılması ve geri bildirimlerin yapılmasını sağlamak,
10. Düzenleyici müdahaleler,
11. İlaçların sınıflandırılmasını sağlamaktır.

ÇOCUKLARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI

İlaç uygulamaları çocuklarda yetişkinlere göre farklılık göstermek ile birlikte sorumluluk da gerektirmektedir. İlaç uygulamasında çocuklar ile yetişkinler arasında fizyolojik farklılıklar, yaş, kilo gibi temel farklar vardır. Bu farklılıklar göz önünde bulundurularak, çocukların gelişim dönemlerinde uygulanacak ilaç dozları yetişkinlerdeki gibi standart olmamaktadır (17).

Çocukluk döneminde karşılaşılan hastalıkların tedavisinde ve vitamin desteği olarak ilaçlar bilinçsizce ve fazlaca tüketilmektedir. AİK'nin çocuklarda sağlanabilmesi için ebeveynlere büyük bir rol düşmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının tedavisinde ilaç verirken sıkça yaptıkları yanlışlar ilacın dozunun düzgün ayarlanamaması, ilaç dozlarının zamanlamasının yapılamaması, ilacın uygun olmayan koşullarda muhafaza edilmesi, başka maddeler veya ilaçlar ile birlikte verilmesi ve ilacın önerilen zamandan önce bırakılması ile ilgili olduğu belirtilmektedir (13). Çocuklarda ilaç uygulamalarındaki hatalar yetişkinler ile benzer oranlarda olmasına rağmen, hatalı uygulamaların çocuklara 3 kat daha fazla zarar verme ihtimali vardır (17,66).

Bir çalışmada reçetesiz antipiretik kullanan annelerin eczacıdan bilgi alma oranı %30 civarlarında iken, doktordan bilgi alma ve antibiyotikleri ölçeğe uygun şekilde ilaç dozunu verme ve reçeteye uygun şekilde tüketme oranlarının %70'lerde olduğu saptanmıştır (67). Yapılan başka çalışmada çocuklarının ateşi çıkması durumunda reçetesiz olarak ateş düşürücü ilaç kullanan annelerin %88,5 oranında olduğu, annelerin %46,8'inin kullandıkları ateş düşürücü ilaçların yan etkilerini bilmediği, %46,1'inin de bu ilaçların kullanımı ile ilgili aile üyelerinden veya akrabalardan bilgi edindiklerini ifade etmişlerdir (68).

Yapılan bir araştırmada annelerin çocuklarına ilaç içirirken %36,4 ünün bazen, %28,6'sının ise her zaman zorluk çektiği, birden çok ilaç kullanımında %50,7'sinin ilaçları art arda verdiği, %60,7'si çocuk ilacı kustuğunda tekrar ilaç vermediği, %55,7'si çocuk uyuduğu için ilacı vermeyip uyandığında verdiği tespit edilmiştir. Buna karşı olarak annelerin %76,4'ü çocuğuna ilaç uygulaması yapmadan önce ellerini yıkadığını, %90,7'si son kullanma tarihine dikkat ettiklerini, %69,3'ü çocukların tadını beğenmedikleri ilacı başka besinle karıştırmadıklarını, %92,9'unun ilacı vermeden önce çalkaladığını belirterek doğru kullanım ilkelerine uyduklarını göstermişlerdir(47).

Başka bir çalışmada evlerinde ecza dolabı bulunan annelerin oranının %72,7 olduğu, %65,3'ünün ise ilaçları doğru saklama koşulları ile ilgili eğitim gereksinimleri oldukları saptanmıştır (69).

Çocuklarla gerçekleştirilen bir çalışmaya göre katılımcıların %46,3'ünün reçete edilmeden ilaç kullandığı; bu ilaçların %56,7'sinin ağrı kesici, %20,5'inin solunum sistemi ilaçları ve %12,5'inin antibiyotik olduğu; katılımcıların %15'inin prospektüste yazanları anlamadığı, %16,6'sının prospektüsteki uyarılara ve ilacın yan etkilerine dikkat etmediği tespit edilmiştir (70).

Çocuklarda tedavi süresince dikkat edilmesi gerekenler aşağıda sıralanmıştır (36):

1. Hekimin kontrolü dışında ilaç tedavisine başlanmamalı ve ilacın dozu hekimin reçete ettiği şekilde uygulanmalıdır.
2. İlaçlar çocukların erişemeyeceği yerlerde muhafaza edilmelidir.
3. Çocuklar ebeveynlerinin gözetimi haricinde ilaç kullanmamalıdır. İlacın okulda kullanılması gerektiği zaman çocuklar mutlaka öğretmenlerinden yardım almalıdır.
4. Çocuklara göz damlası şeklinde ilaçlar kullanılırken dikkatli olunmalıdır.
5. Çocuklarda lokal ilaçların erişkinlere göre daha kolay emilmesi sebebiyle dikkat edilmelidir.
6. Çocuklarda asla başka hastaların ilaçları kullanılmamalıdır.
7. Doktorun önerisi olmaksızın ilaç tedavisine karşı alternatif bir seçenek tercih edilmemelidir.

8. Çocukların tedavisi esnasında korkularının yok edilmesine yardımcı olunmalı, sakinleştirildikten sonra, uygulama aşamaları çocuğun yaşına uygun anlayabileceği bir şekilde ifade edilmeli ve ardından ilacın doğru bir şekilde uygulamasına dikkat edilmelidir.
9. Bebeklere, oral sıvı ilaçlar genellikle enjektörle ve yavaş şekilde verilmeli, hekimin tavsiyesi olmaksızın tadı hoş olmayan ilaçlar yiyecekler eşliğinde verilmemelidir.
10. Oyun çocuklarına ilaç verildiği esnada kararlı olunmalı, ilacın tadıyla ilgili ve ağrı meydana gelebileceği ile ilgili doğru bilgilendirme yapılmalı ve güvenilir olunmalıdır.
11. Okul çağı çocuklarına farklı seçenekler sunarak tedaviye katılmaları istenmelidir.
12. İlaçlar başka odada hazırlanmalıdır. İlaç uygulaması bittiğinde, çocuğun etrafından tıbbi atıklar hızlıca uzaklaştırılmadır.
13. Yan etki olma ihtimali nedeniyle çocuklar ilaç uygulaması sonrasında gözlemlenmelidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, Edirne'de bulunan 26 anasınıfından çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere yapılmıştır. Okul öncesi dönemde çocukları olan ebeveynlerin AİK'lerini etkileyen değişkenlerin belirlenmesi, ebeveynlerin AİK'ye yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla kesitsel ve gözlemsel olarak tasarlanmıştır.

Çalışmamızın evrenini Edirne il merkezinde anaokuluna giden çocuğu olan ebeveynleri oluşturmaktadır. Edirne il merkezinde 26 anasınıfında çocuk sahibi 1637 anne mevcuttur. Çalışmada minimum örneklem hesaplanması için 2018 yılında Çınar ve ark.'ın (29) Kırklareli Pınarhisar'da yapmış oldukları AİK sıklığı %30 kullanılmıştır. Edirne il merkezindeki 26 anasınıfında, çalışmamızın %10'luk bir farkı anlamlı bulmak için 0,05 yanılma olasılığı ve %80 güçle 270 ebeveyne ulaşılması gerekliliği hesaplanmıştır. Olası olgu kayıpları göz önünde bulundurularak en az 416 ebeveyne ulaşılması planlanmıştır.

Etik kurul onayı (Ek-1) ve Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğü onayı (Ek-2) alındıktan sonra 14.03.2019-31.12.2019 tarihleri arasında Edirne İl Merkezinde bulunan anasınıflarında, çalışmayı kabul eden, gönüllü 715 ebeveyn ile görüşülmüştür.

Edirne il merkezindeki anasınıflarının birine giden çocuğa sahip olmak, öğrencinin ebeveyni olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak belirlenmiştir.

Edirne il merkezindeki anasınıflarına kayıtlı çocuğu olan ebeveynlere anketlerin doldurulması sağlanmıştır. Araştırmamızda ebeveynlerin kimlik bilgileri alınmamıştır. Araştırmaya katılacak olan bireyler bilgilendirilmiştir. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve katılımlarını isteyen bir

metin yardımıyla sağlanmış ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini bildiren ebeveynler çalışmaya alınmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket kullanılarak veriler toplanmıştır (Ek-3). Oluşturduğumuz ankette 26 sosyodemografik soru ve 40 soruluk Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (AİKYETÖ) kullanılmıştır. Ankette katılımcıların sosyodemografik bilgileri, çocuklarının kronik hastalık varlığı, çocuğa reçetesiz verilen ilaçlar, ilaç prospektüslerini okuyup ne anladıkları, AİK hakkında bilgi varlığı sorgulanmıştır. Ek olarak AİKYETÖ ankete dahil edilmiştir.

Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği

Çalışmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgi formu ve AİKYETÖ kullanılmıştır. Tarafımızca bu araştırma için oluşturulan sosyodemografik bilgi formu 26 sorudan oluşmaktadır. AİKYETÖ ise 28 olumlu, 12 olumsuz ifade içeren 40 maddeli (örnek madde 1: Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi sağlık çalışanlarından öğrenirim, örnek madde 2: Çocuğuma verdiğim ilacın ne için kullanılacağını bilirim gibi) beşli Likert tipi (1. Tamamen Katılıyorum, 2. Katılıyorum, 3. Kararsızım, 4. Katılmıyorum, 5. Kesinlikle Katılmıyorum şeklinde) bir ölçektir. Her bir maddeye 1 ve 5 arasında puanlar verilmiştir. Olumsuz ifade içeren maddeler 16, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40'ıncı maddelerdir. Negatif ifade içeren maddelerin puanları tersine çevrilerek kullanılacaktır. Ölçeğin geliştirilmesi ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Çelebi (17) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa katsayısı 0.887 olarak bildirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200'dür. En yüksek puan ebeveynlerin AİK'ye yönelik tutumlarının en üst düzeyde olduğunu gösterir (17).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

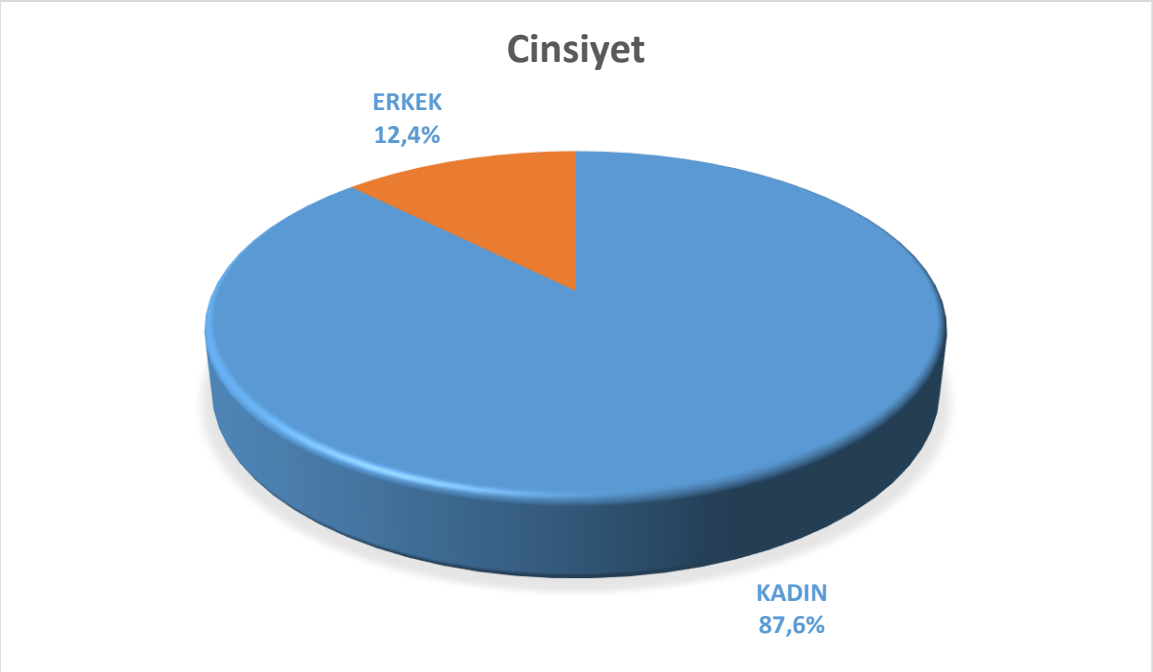
Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki değişkenlerin dağılımının değerlendirilmesinde görsel (histogram ve olasılık grafikleri), analitik (çarpıklık basıklık değerleri ve normallik testleri) kullanılmıştır. Normal dağılıma uymadığı için, çalışmamızda non-parametrik testler kullanılmıştır.

İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistiklerde Pearson chi square, Mann-Whitney U, Kruskall-Wallis H ve Kikare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

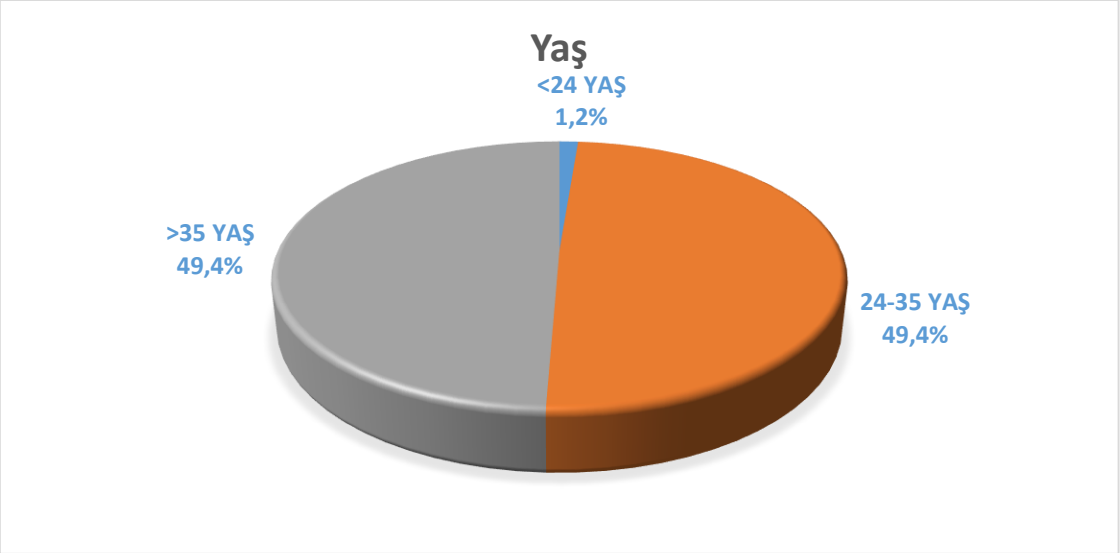
Araştırmamızda Edirne il merkezinde bulunan anasınıfında eğitim gören öğrencilerin velilerinin örneklemi hesaplanmış olup 626 anne (%87,6) ve 89 erkek (%12,4) olmak üzere 715 kişide yapıldı. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Katılımcıların cinsiyetlere göre dağılımı.

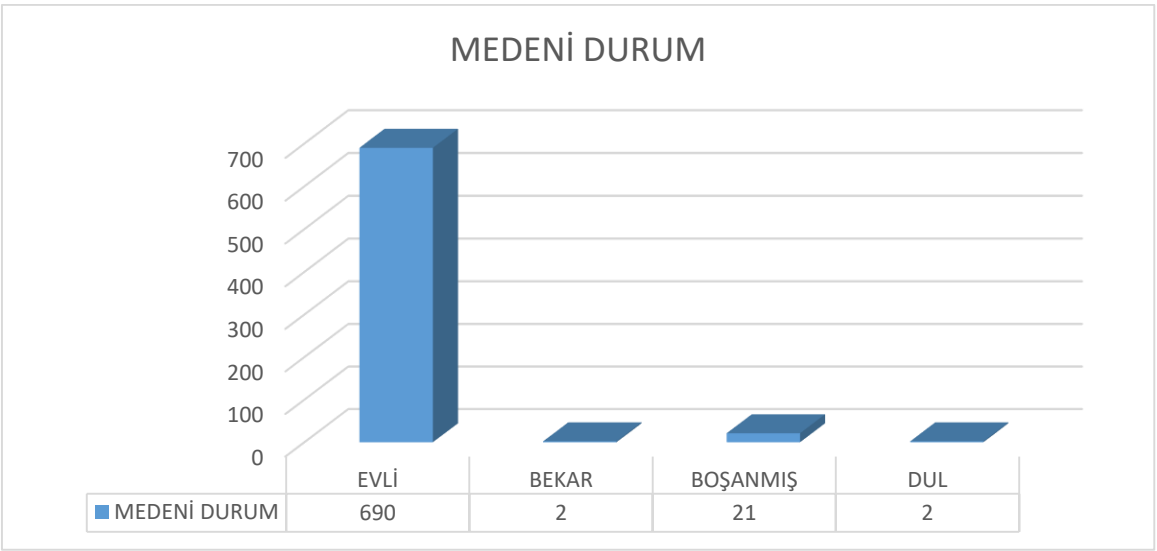
Katılımcıların yaş ortalaması 34,3±4,95 (minimum 22, maksimum 55) ayrıca ortanca değer 34 olarak hesaplandı. Yaş aralıkları incelendiğinde 24 yaş ve daha küçük olanlar 9 kişi (%1,2), 25-34 yaş arasında olanlar 353 kişi (%49,4), 35 yaş ve daha fazla olanlar ise 353 kişi

(%49,4) olarak saptandı. Katılımcıların yaş ortalamasına göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 2).



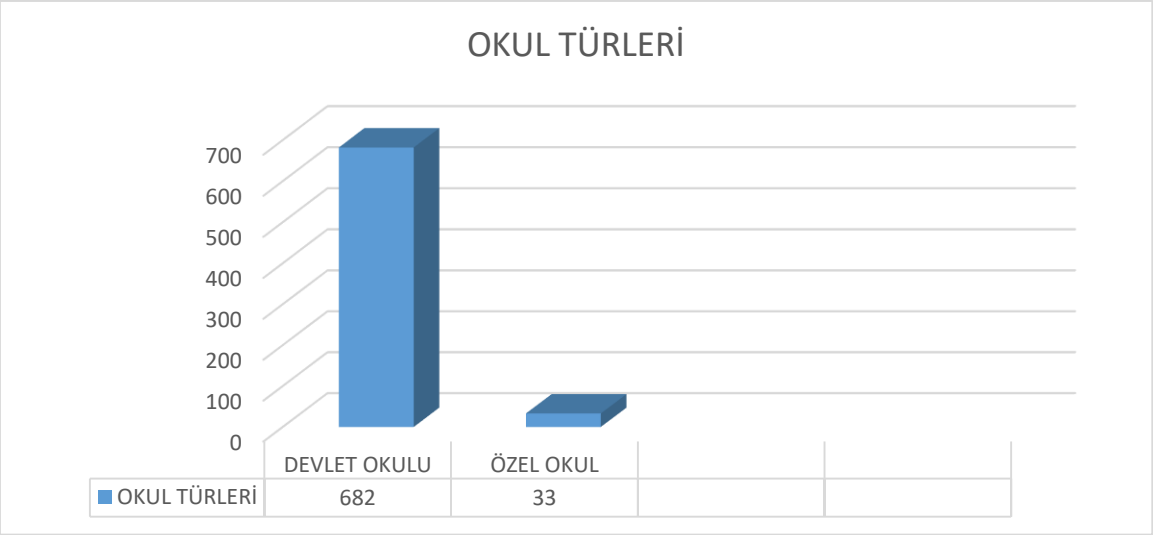
Şekil 2. Katılımcıların yaş ortalamasına göre dağılımı.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde evli olan 690 kişi (%96,5), bekar olan 2 kişi (%0,3), boşanmış olan 21 kişi (%2,9) ve dul olan 2 kişi (%0,3) saptandı. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı.

Katılımcıların çocuklarının okul türleri sorgulandığında 33 kişi (%4,6) özel okul, 682 kişinin (%95,4) çocuklarının devlet okulunda eğitim gördüğü saptandı. Katılımcıların çocuklarının okul türlerine göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 4).



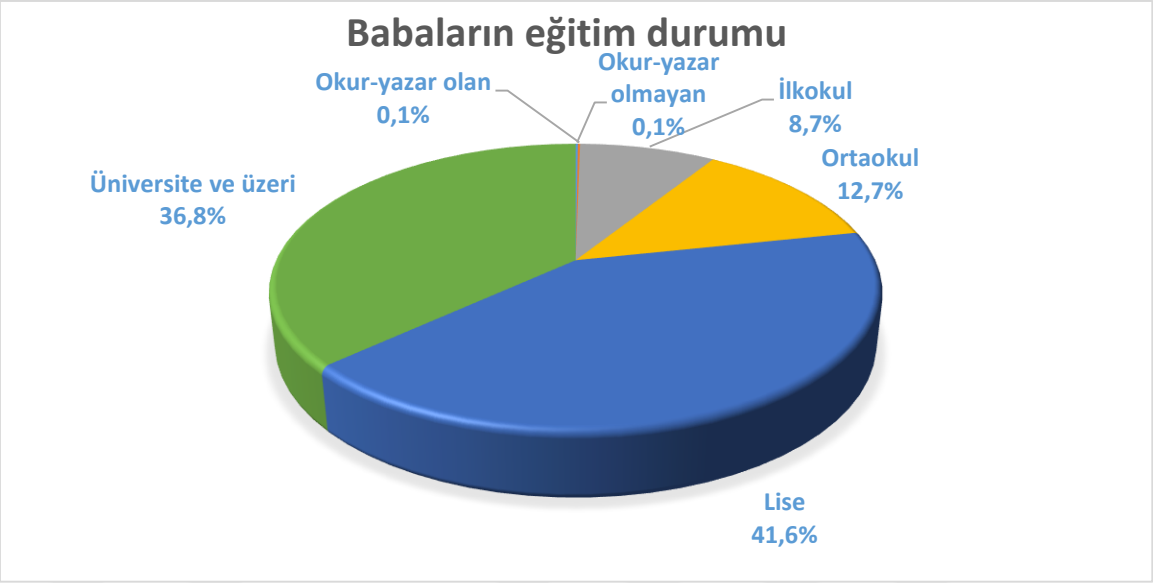
Şekil 4. Katılımcıların çocuklarının okul türlerine göre dağılımı.

Çocukların annelerinin eğitim durumu sorulduğunda okur-yazar olmayan 2 kişi (%0,2), okur-yazar olan 3 kişi (%0,4), ilkokul mezunu olan 80 kişi (%11,2), ortaokul mezunu olan 67 kişi (%9,4), lise mezunu olan 288 kişi (%40,3), üniversite ve üzeri mezunu olan 275 kişi (%38,5) saptandı. Annelerin eğitim durumuna göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. Annelerin eğitim durumlarına göre dağılımı.

Çocukların babalarının eğitim durumu sorulduğunda okur-yazar olmayan 1 kişi (%0,1), okur-yazar olan 1 kişi (%0,1), ilkokul mezunu olan 62 kişi (%8,7), ortaokul mezunu olan 91 kişi (%12,7), lise mezunu olan 297 kişi (%41,6), üniversite ve üzeri mezunu olan 263 kişi (%36,8) saptandı. Babaların eğitim durumuna göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 6).



Şekil 6. Babaların eğitim durumlarına göre dağılımı.

Çocukların annelerinin çalışma durumu sorulduğunda 371 kişi (%51,9) çalışmadığını, 344 kişi (%48,1) çalıştığını belirtti. Annelerin çalışma durumuna göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 7).



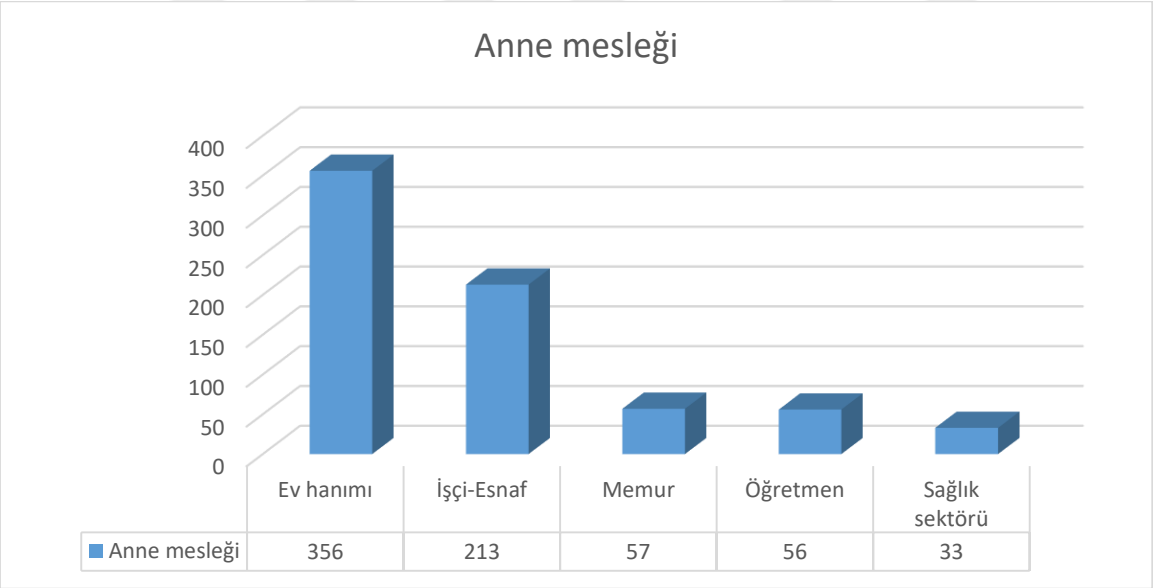
Şekil 7. Annelerin çalışma durumlarına göre dağılımı.

Çocukların babalarının çalışma durumu sorulduğunda 18 kişi (%2,5) çalışmadığını, 697 kişi (%97,5) çalıştığını belirtti. Babaların çalışma durumuna göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 8).



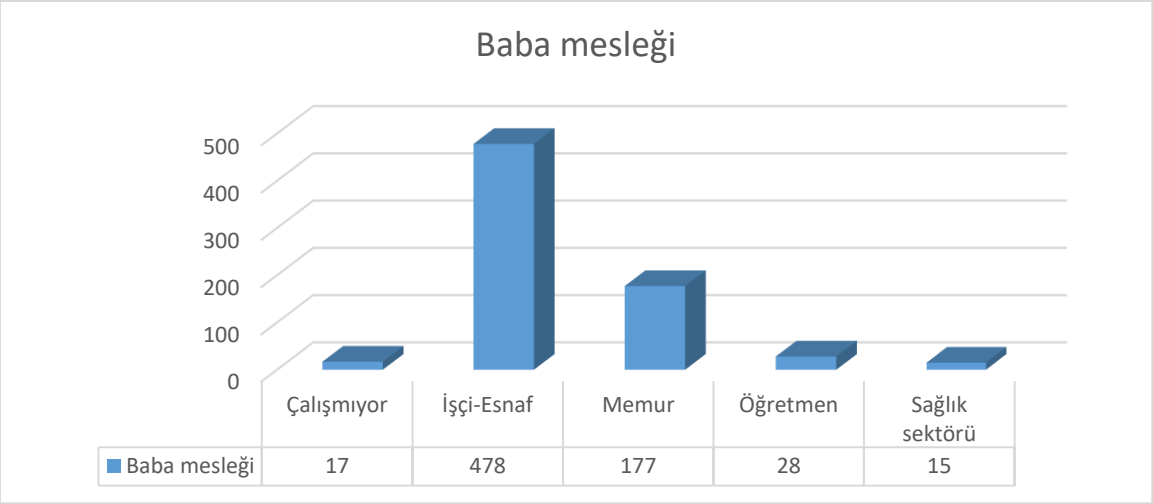
Şekil 8. Babaların çalışma durumlarına göre dağılımı.

Çocukların annelerinin mesleği sorgulandığında 356 kişi (%49,8) ev hanımı, 213 kişi (%29,8) işçi-esnaf, 57 kişi (%8) memur (öğretmen ve sağlık çalışanları hariç), 56 kişi (%7,8) öğretmen, 33 kişi (%4,6) sağlık sektöründe çalıştığını belirtti. Annelerin mesleklerine göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 9).



Şekil 9. Annelerin mesleklerine göre dağılımı.

Çocukların babalarının mesleği sorgulandığında 17 kişi (%2,3) çalışmıyor, 478 kişi (%66,9) işçi-esnaf, 177 kişi (%24,8) memur (öğretmen ve sağlık çalışanları hariç), 28 kişi (%3,9) öğretmen, 15 kişi (%2,1) sağlık sektöründe çalıştığını belirtti. Babaların mesleklerine göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 10).



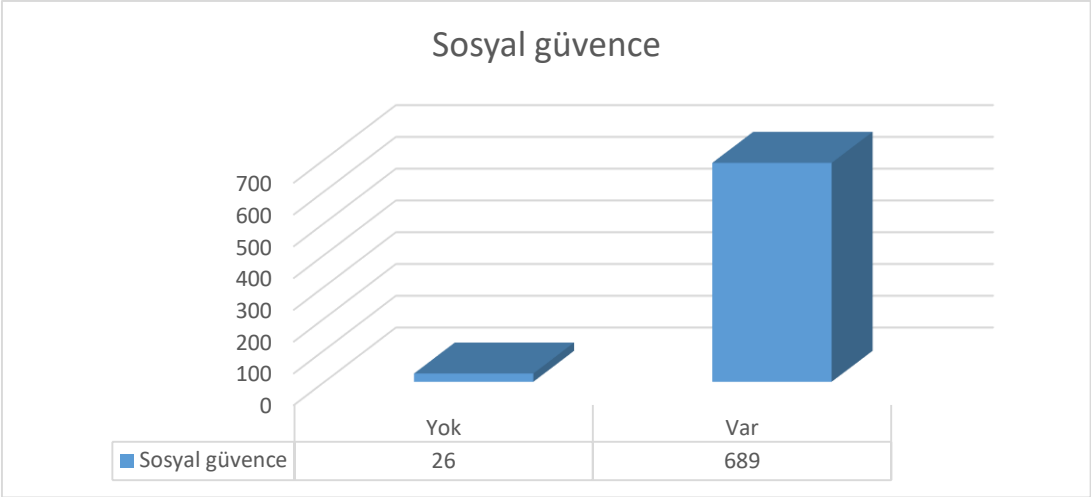
Şekil 10. Babaların mesleklerine göre dağılımı.

Katılımcılara hanelerinin aylık geliri sorulduğunda 123 kişi (%17,2) açlık sınırında, 468 kişi (65,5) yoksulluk sınırında, 124 kişi (%17,3) orta düzey gelirinde olduğunu beyan etti. Katılımcıların hane aylık gelirlerine göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 11).



Şekil-11. Katılımcıların hane aylık gelirlerine göre dağılımı.

Katılımcıların sosyal güvenceleri sorulduğunda 26 kişi (%3,6) yok, 689 kişi (%96,4) var şeklinde cevapladı. Katılımcıların sosyal güvencelerine göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 12).

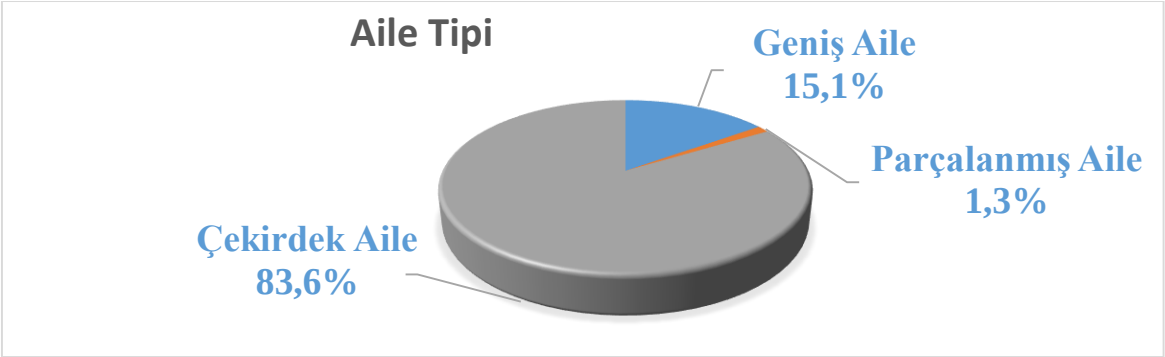


Şekil 12. Katılımcıların sosyal güvencelerine göre dağılımı.

Katılımcılara evde kaç kişi yaşadıkları sorulduğunda 2 cevabını veren 5 kişi (0,7), 3 cevabını veren 240 kişi (%33,6), 4 cevabını veren 320 kişi (%44,8), 5 cevabını veren 115 kişi (%16,1), 6 cevabını veren 27 kişi (%3,8), 7 cevabını veren 4 kişi (%0,6), 8 cevabını veren 3 kişi (%0,3), 10 cevabını veren 1 kişi (%0,1) saptandı.

Katılımcılara kaç çocukları olduğu sorulduğunda 1 cevabını veren 280 kişi (%39,2), 2 cevabını veren 362 kişi (%50,6), 3 cevabını veren 62 kişi (%8,7), 4 cevabını veren 7 kişi (%1), 5 cevabını veren 4 kişi (%0,5) saptandı.

Katılımcıların aile tipi sorgulandığında %83,6'sı (n=598) çekirdek aile tipine, %15,1'i (n=108) geniş aile tipine, %1,3'ü (n=9) parçalanmış aile tipine sahiptir. Şekil 13'te gösterilmiştir.



Şekil 13. Kişilerin aile tipine göre dağılımı.

Katılımcılara çocukların evde bakımıyla ilgilenen kişi sorulduğunda annelerin bakım verdiği 648 kişi (%90,6), babaların bakım verdiği 314 (%43,9), büyük annelerin bakım verdiği 271 kişi (%37,9), büyük babaların bakım verdiği 55 (%7,7), bakıcının bakım verdiği 14 (%2,0),

akrabanın bakım verdiği 9 (%1,3) olarak saptandı. Katılımcılara çocukların evde bakımıyla ilgilenen kişi sayısına göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 1).

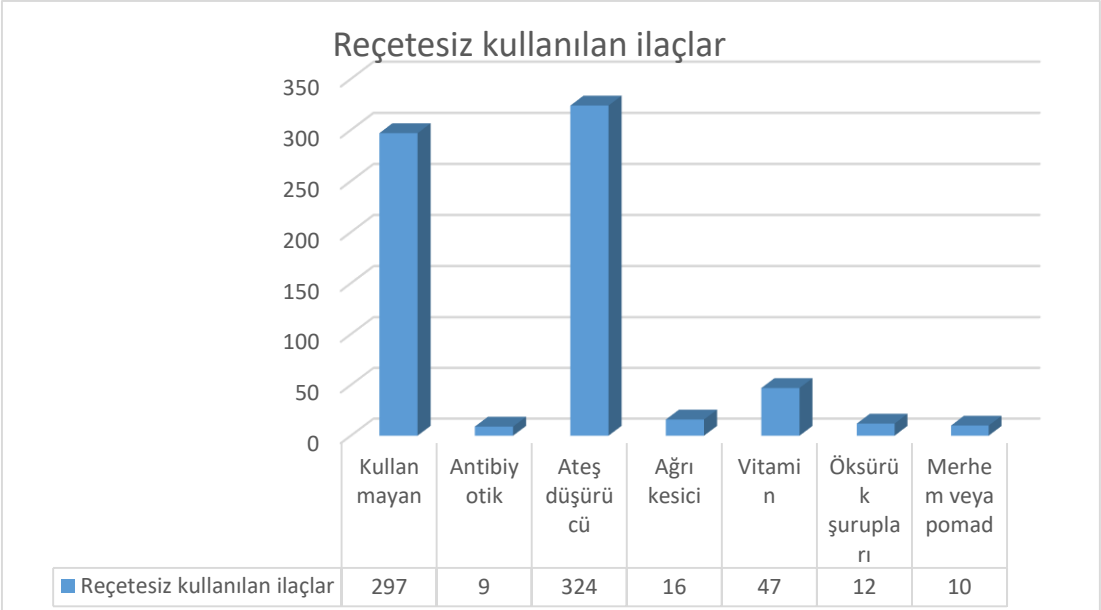
Tablo 1. Katılımcıların çocuklarının evde bakımıyla ilgilenen kişi sayısına göre dağılımı

		n	Bakım verenler içindeki oran	Çocuklara bakım verenlerin oranı
Bakım veren kişi	Anne	648	49,3	90,6
	Baba	314	24,0	43,9
	Büyük anne	271	20,7	37,9
	Büyük baba	55	4,2	7,7
	Bakıcı	14	1,1	2,0
	Diğer	9	0,7	1,3
Toplam		1311	100,0	183,4

Katılımcılara ‘çocuğunuzun devamlı takip gerektiren kronik bir hastalığı var mı’ diye sorulduğunda hayır cevabını veren 668 kişi (%93,4), evet cevabını veren 47 kişi (%6,6) tespit edildi. Kronik hastalıkları sorgulandığında 30 kişi (%63,8) astım-alerjik, 2 kişi (%4,3) kardiyojenik problemler, 5 kişi (%10,6) nefrolojik problemler, 2 kişi (%4,3) psikiyatrik problemler, 2 kişi (%4,3) nörolojik problemler ve 6 kişi (%12,7) diğer hastalıklar olarak gruplandırılmıştır.

Katılımcıların ‘çocuğunuzun devamlı kullandığı bir ilaç var mıdır’ diye sorulduğunda 684 kişi hayır (%95,7), 31 kişi (%4,3) evet cevabını verdi. Kullanılan ilaçlar sorgulandığında 25 kişi (%80,6) astım-alerji ilaçları, 3 kişi (%9,7) psikiyatrik ilaçlar, 3 kişi (%9,7) diğer ilaçlar şeklinde cevapladı.

Katılımcılara ‘çocuğunuza reçetesiz en sık verdiğiniz ilaçlar nelerdir’ diye sorulduğunda 297 kişi (%41,5) kullanmıyorum, 9 kişi (%1,3) antibiyotik, 324 kişi (%45,3) ateş düşürücü, 16 kişi (%2,2) ağrı kesici, 47 kişi (%6,6) vitamin, 12 kişi (%1,7) öksürük şurupları, 10 kişi (%1,4) merhem veya pomad şeklinde cevapladı. Katılımcıların çocuklarına reçetesiz verdiği ilaç gruplarına göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 14).



Şekil 14. Katılımcıların çocuğuna reçetesiz verdiği ilaç gruplarına göre dağılımı.

Katılımcılara 'yaşadığınız yere en yakın sağlık kuruluşu hangisidir' diye sorulduğunda 568 kişi (%79,4) aile sağlığı merkezi, 113 kişi (%15,8) devlet hastanesi, 30 kişi (%4,2) özel hastane, 4 kişi (%0,6) üniversite hastanesi şeklinde cevapladı.

Katılımcılara 'çocuğunuzun sağlık ihtiyacı halinde genellikle ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir' diye sorulduğunda 214 kişi (%29,9) aile sağlığı merkezi, 291 kişi (%40,7) devlet hastanesi, 98 kişi (%13,7) özel hastane, 105 kişi (%14,7) üniversite hastanesi, 7 kişi (%1) özel muayenehane olarak cevapladı. Katılımcıların çocuklarının sağlık ihtiyacı halinde ilk başvurdukları sağlık kuruluşuna göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 15).



Şekil 15. Katılımcıların çocuklarının sağlık ihtiyacı halinde ilk başvurdukları sağlık kuruluşuna göre dağılımı.

Katılımcılara ‘ilaç prospektüslerini okur musunuz’ diye sorulduğunda 6 kişi (%0,8) hayır, 93 kişi (%13) bazen, 616 kişi (%86,2) evet cevabını verdi.

Katılımcılara ‘ilaç prospektüslerini anlayabiliyor musunuz’ diye sorulduğunda 8 kişi (%1,1) hayır, 118 kişi (%16,5) bazen, 589 kişi (%82,4) evet cevabını verdi.

Katılımcılara ‘ilacın fiyatı arttıkça etkisinin daha fazla olduğunu düşünüyor musunuz’ diye sorulduğunda 574 kişi (%80,3) hayır, 116 kişi (%16,2) fikrim yok, 25 kişi (%3,5) evet cevabını verdi.

Katılımcılara ‘akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilginiz var mı’ diye sorulduğunda 266 kişi (%37,2) hayır, 246 kişi (%34,4) duydum ama fikrim yok, 203 kişi (%28,4) evet cevabını verdi. Katılımcıların AİK ile ilgili bilgi durumuna göre dağılımları aşağıda gösterilmiştir (Şekil 16).



Şekil 16. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi durumuna göre dağılımı.

Katılımcılara ‘size göre akılcı ilaç kullanımı hangi uygulamaları içerir’ diye sorulduğunda 561 kişi (%78,4) hastalığa uygun ilacı kullanma, 598 kişi (%83,6) doktorun önerdiği miktarda ilacı kullanma, 715 kişi (%100) ilaç içme saatlerinin düzenli olması, 117 kişi (%16,3) ilacı doğru uygulama yoluyla kullanma, 41 kişi (%5,7) maliyeti uygun olan ilacı kullanma şeklinde cevap vermiştir.

Akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinden katılımcıların ortalama aldığı puan 180,96±12,93 olarak hesaplandı. Ortanca değer 184 puan idi. Minimum puan 94, maksimum puan ise 200 olarak saptandı.

İlk ölçek geliştirme çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,880 olarak bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada AİKYETÖ Cronbach alfa katsayısı 0,890 olarak bulunmuştur.

İlk ölçek geliştirme çalışmasında "Doğru ve Bilinçli Kullanım" alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,894 olarak bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada "Doğru ve Bilinçli Kullanım" alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,922 olarak bulunmuştur.

İlk ölçek geliştirme çalışmasında "Etkili ve Güvenli Kullanım" alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,771 olarak bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada "Etkili ve Güvenli Kullanım" alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,808 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeğine verilen yanıtlar

		Kesinlikle Katılıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Katılmıyorum**		**Kesinlikle Katılmıyorum**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1	Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi sağlık çalışanlarından öğrenirim	399	55,8	266	37,2	13	1,8	27	3,8	10	1,4
2	Çocuğuma verdiğim ilacın ne için kullanılacağını bilirim	497	69,5	202	28,3	8	1,1	5	0,7	3	0,4
3	Çocuğuma yazılan reçeteyi kontrol ederim	486	68	202	28,3	19	2,7	4	0,6	4	0,6
4	Çocuğuma ilaçlarını önerilen şekilde veririm	576	80,6	136	19	3	0,4	-	-	-	-
5	Çocuğumun süspansiyon şeklindeki(sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını kullanma talimatında belirtildiği şekilde hazırlarım	613	85,7	102	14,3	-	-	-	-	-	-
6	Çocuğuma vereceğim ilaçların yan etkilerini bilirim	377	52,7	250	35	69	9,7	16	2,2	3	0,4
7	Çocuğuma vereceğim ilaçların son kullanma tarihine bakarım	589	82,4	120	16,8	5	0,7	-	-	1	0,1
8	Çocuğumun ilaçlarını kullanma talimatlarıyla birlikte saklarım	518	72,4	165	23,1	19	2,7	11	1,5	2	0,3
9	Çocuğuma vereceğim ilaçların bozulduğunu düşünürsem atarım	595	83,2	108	15,1	3	0,4	-	-	9	1,3
10	Çocuğuma başkalarının önerdiği ilacı kullanmam	563	78,7	115	16,1	10	1,4	8	1,1	19	2,7
11	Çocuğuma vereceğim ilaçların kullanma talimatlarını okurum	572	80	135	18,9	6	0,8	1	0,1	1	0,1
12	İlaçları çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım	564	78,9	131	18,3	9	1,3	8	1,1	3	0,4
13	Çocuğuma verdiğim ilaç yan etki yaparsa ilacı kullanmayı bırakırım	552	77,2	144	20,1	13	1,8	2	0,3	4	0,6
14	Çocuğuma reçetesiz ilaç vermem	484	67,7	173	24,2	27	3,8	27	3,8	4	0,6

Tablo 2 (Devam). Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeğine verilen yanıtlar

		Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15	Çocuğuma ilaçlarını önerilen süre kadar veririm	574	80,3	135	18,9	5	0,7	-	-	1	0,1
16	Çocuğuma birden fazla ilaç vermem gerekiyorsa ilaçları birbirine karıştırırım	414	57,9	220	30,8	37	5,2	21	2,9	23	3,2
17	Çocuğuma süspansiyon şeklindeki(sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını vermeden önce çalkalarım	601	84,1	110	15,4	-	-	2	0,3	2	0,3
18	Çocuğumun ilaçlarını saklarken kullanma talimatında yazan saklama koşullarına dikkat ederim	568	79,4	140	19,6	6	0,8	-	-	1	0,1
19	Çocuğumun ilaçlarını ışıktan korumak için kutusuyla birlikte saklarım	549	76,8	146	20,4	12	1,7	6	0,8	2	0,3
20	Çocuğuma ilaçlarını önerilen zaman aralıklarında veririm	583	81,5	130	18,2	-	-	1	0,1	1	0,1
21	İlaçların gereksiz kullanımı sağlığa zararlıdır	604	84,5	100	14	3	0,4	4	0,6	4	0,6
22	Çocuğuma kullandığım ilacın faydasını görmezsem doktora danışırım	501	70,1	199	27,8	9	1,3	3	0,4	3	0,4
23	Çocuğuma ilacını vermeden önce açlık-tokluk durumuna dikkat ederim	543	75,9	158	22,1	9	1,3	4	0,6	1	0,1
24	Çocuğuma ilacını kutudan çıkan ölçeği ile veririm	529	74	165	23,1	11	1,5	6	0,8	4	0,6
25	Çocuğuma ilaçlarını önerilen dozda/miktarda veririm	588	82,2	124	17,3	2	0,3	-	-	1	0,1
26	Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçları 10 gün içinde bitmezse kalan kısmını atarım	580	81,1	113	15,8	12	1,7	3	0,4	7	1
27	Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını hazırlarken kaynatılıp soğutulmuş su kullanırım	599	83,8	100	14	5	0,7	6	0,8	5	0,7
28	Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa doktora danışırım	580	81,1	128	17,9	5	0,7	-	-	2	0,3
29	Çocuğuma reçetesiz antibiyotik vermem	634	88,7	72	10,1	2	0,3	1	0,1	6	0,8
30	Çocuğum hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurmadan önce evde olan ilaçlardan veririm	202	28,3	226	31,6	83	11,6	158	22,1	46	6,4

Tablo 2 (Devam). Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeğine verilen yanıtlar

		Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
31	Çocuğum hastalandığında aynı etkiyi gösteren birden fazla ilacı dönüşümlü olarak kullanırım	189	26,4	190	26,6	91	12,7	155	21,7	90	12,6
32	Çocuğumun kapsül şeklindeki ilaçlarını kapsülü açarak veririm	301	42,1	194	27,1	138	19,3	42	5,9	40	5,6
33	Çocuğumda etkili olduğunu düşündüğüm ilacını başkasına öneririm	333	46,6	260	36,4	62	8,7	47	6,6	13	1,8
34	Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa kendi kendime çözüm ararım	395	55,2	255	35,7	22	3,1	30	4,2	13	1,8
35	Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi çevremden öğrenirim	417	58,3	254	35,5	22	3,1	16	2,2	6	0,8
36	Çocuğuma ilacını süt ile birlikte veririm	395	55,2	261	36,5	48	6,7	8	1,1	3	0,4
37	Çocuğumun tablet şeklindeki ilaçlarını ezerek veririm	339	47,4	219	30,6	98	13,7	40	5,6	19	2,7
38	Çocuğumda daha öncekine benzer şikayetler ortaya çıktığında kimseye danışmadan evdeki ilaçlardan veririm	297	41,5	247	34,5	89	12,4	66	9,2	16	2,2
39	Çocuğumun ilaç tedavisi bittikten sonra ilacının kalanını evde saklarım	216	30,2	188	26,3	102	14,3	175	24,5	34	4,8
40	Çocuğuma ilacını meyve suyu ile birlikte veririm	330	46,2	281	39,3	59	8,3	36	5	9	1,3

ÇOKLU KARŞILAŞTIRMALAR

Katılımcıların cinsiyetlerine göre AİK'ye yönelik tutum puanları incelendi. İki ortalama arasındaki fark, Mann-Whitney U metoduna göre istatistiki yönden anlamlı farklı saptandı (z=23,746; p=0,024). Kadınlarda ölçek puan ortalaması erkeklerden fazla olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Cinsiyet durumuna göre akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	MWU
Cinsiyet	**Kadın**	181,46	12,38	Z*=23,746 **p=0,024**
	Erkek	177,42	15,93	

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İki ortalama arasındaki fark, Mann-Whitney U metoduna göre istatistiki yönden anlamlı farklı saptandı (z= -3,166; p=0,02). Kadınlarda ölçek puan ortalaması erkeklerden fazla olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyet durumuna göre ölçeğin doğru ve bilinçli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	MWU
Cinsiyet	**Kadın**	141,86	9,00	Z*= -3,166 **p=0,02**
	Erkek	137,83	13,83	

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İki ortalama arasındaki fark, Mann-Whitney U metoduna göre istatistiki yönden anlamlı farklı saptanmadı (z= -0,393; p=0,694). Kadınlarda ölçek puan ortalaması erkeklerden fazla olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyet durumuna göre ölçeğin etkili ve güvenli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	MWU
Cinsiyet	**Kadın**	44,27	6,87	Z*= -0,393 p=0,694
	Erkek	44,17	6,33	

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların yaşa göre AİK'ye yönelik tutum puanları değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (x'=0,377; p=0,828). Yaşlara göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Yaş durumuna göre akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Yaş grubu	**≤24**	183,67	8,15	x^{2}*=0,377 p=0,828
	25-34	181,16	12,67	
	≥35	180,70	13,29	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların yaşa göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (x^2=0,950; p=0,622). Yaşlara göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Yaş durumuna göre ölçeğin doğru ve bilinçli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Yaş grubu	**≤24**	140,77	7,29	x^2*=0,950 p=0,622
	25-34	141,53	9,14	
	≥35	141,21	10,50	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların yaşa göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (x^2=3,059; p=0,217). Yaşlara göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Yaş durumuna göre ölçeğin etkili ve güvenli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Yaş grubu	**≤24**	47,66	3,12	x^2*=3,059 p=0,217
	25-34	44,28	6,61	
	≥35	44,15	7,04	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların medeni durumlarına göre AİK'ye yönelik tutum puanları değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (X=1,376; p=0,711).

Katılımcı annelerinin eğitim durumuna göre ölçek puanları incelendi. İstatistiki anlamda anlamlı farklılık saptandı (x^2=19,252; p<0,001). Kruskal-Wallis testi sonrası, eğitim durumları arasında ölçek puanlarının farklı olduğunu araştırmaya yönelik yapılan Post-hoc Tamhanes testi analiz sonucuna göre ilkokul ve altı eğitim durumu olanlar, lise eğitim durumu olanlara göre daha az puan almıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,004). İlkokul ve altı eğitim durumu olanlar üniversite ve üstü eğitim durumu olanlara göre daha az puan almıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003). Anne eğitim durumuna göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Anne eğitim durumuna göre akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Annenin eğitim durumu	**İlkokul ve altı**	175,49	15,68	x^{2}*=19,252 **p<0,001**
	Ortaokul	178,49	13,48	
	Lise	182,03	12,62	
	Üniversite ve üzeri	182,13	11,67	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcı annelerinin eğitim durumuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiki anlamda anlamlı farklılık saptandı (x^{2}=13,977; p=0,003). Anne eğitim durumuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puan ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Anne eğitim durumuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Annenin eğitim durumu	**İlkokul ve altı**	137,98	14,20	x^{2}*=13,977 **p=0,003**
	Ortaokul	139,19	9,75	
	Lise	141,69	9,45	
	Üniversite ve üzeri	142,60	8,13	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcı annelerinin eğitim durumuna göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiki anlamda anlamlı farklılık saptandı (x^{2}=13,034; p=0,005). Anne eğitim durumuna göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puan ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Anne eğitim durumuna göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Annenin eğitim durumu	**İlkokul ve altı**	42,10	8,32	x^{2}*=13,034 **p=0,005**
	Ortaokul	43,97	6,60	
	Lise	45,03	6,67	
	Üniversite ve üzeri	44,19	6,33	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcı babalarının eğitim durumuna göre ölçek puanları incelendi. İstatistiki anlamda anlamlı farklılık saptandı (x^2=14,510; p=0,002). Kruskal-Wallis testi sonrası, eğitim durumları arasında ölçek puanlarının farklı olduğunu araştırmaya yönelik yapılan Post-hoc Tamhanes testi analiz sonucuna göre ilkokul ve altı eğitim durumu olanlar, lise eğitim durumu olanlara göre daha az puan almıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,008). İlkokul ve altı eğitim durumu olanlar üniversite ve üstü eğitim durumu olanlara göre daha az puan almıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,023). Baba eğitim durumuna göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Baba eğitim durumuna göre akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Babanın eğitim durumu	**İlkokul ve altı**	175,84	13,93	x^2*=14,510 **p=0,002**
	Ortaokul	179,24	13,25	
	Lise	182,11	12,54	
	Üniversite ve üzeri	181,50	12,70	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcı babalarının eğitim durumuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiki anlamda anlamlı farklılık saptanmadı (x^2=6,922; p=0,74). Baba eğitim durumuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Baba eğitim durumuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanı karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Babanın eğitim durumu	**İlkokul ve altı**	139,21	10,62	x^2*=6,922 p=0,74
	Ortaokul	139,95	10,04	
	Lise	141,75	8,99	
	Üniversite ve üzeri	141,94	10,33	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcı babalarının eğitim durumuna göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiki anlamda anlamlı farklılık saptandı (x^2=16,733; p=0,001). Baba eğitim

durumuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Baba eğitim durumuna göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanı karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Babanın eğitim durumu	**İlkokul ve altı**	41,23	8,43	x^{2}*=16,733 **p=0,001**
	Ortaokul	43,90	6,53	
	Lise	45,03	7,15	
	Üniversite ve üzeri	44,24	5,79	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Çocukların annelerinin çalışma durumuyla ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (Z=67,577; p=0,172).

Çocukların babalarının çalışma durumuyla ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (Z=6,188; p=0,922).

Çocukların annelerinin mesleği ile ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (X^{2}=4,728; p=0,316).

Çocukların annelerinin mesleği ile doğru bilinçli kullanım alt ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptandı (x^{2}=10,267; p=0,036). Kruskal-Wallis testi sonrası, anne meslekleri arasında doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanlarının farklı olduğunu araştırmaya yönelik yapılan Post-hoc Tamhanes testi analiz sonucuna göre sağlık çalışanları çalışmayanlara göre (p<0,001) ve işçi-esnafa göre (p=0,002) ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulundu. Anne mesleğine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Anne mesleğine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Annenin mesleği	**Çalışmıyor**	136,05	10,23	x^{2}*=10,267 **p=0,036**
	İşçi-Esnaf	136,44	9,34	
	Memur	137,15	8,19	
	Öğretmen	138,92	6,73	
	Sağlıkçı	140,69	5,05	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Çocukların babalarının mesleği ile ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (X^2=3,759; p=0,440).

Katılımcıların ailelerinin gelir miktarına göre ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (X^2=6,362; p=0,042). Kruskal-Wallis testi sonrası, gelir miktarları arasında ölçek puanlarının farklı olduğunu araştırmaya yönelik yapılan Post-hoc Tamhanes testi analiz sonucuna göre orta düzey geliri olanların açlık sınırında olanlara göre ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,034). Ailenin gelir miktarına göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Ailenin gelir miktarına göre akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	**Standart Sapma**	**KW**
Gelir miktarı	**Açlık sınırı**	178,62	13,34	x^2=6,362 **p=0,042**
	Yoksulluk sınırı	181,12	13,13	
	Orta düzey	182,66	11,42	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların ailelerinin gelir miktarına göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (x^2=8,884; p=0,012). Ailenin gelir miktarına göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Ailenin gelir miktarına göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama	**Standart Sapma**	**KW**
Gelir miktarı	**Açlık sınırı**	140,17	9,80	x^{2*}=8,884 **p=0,012**
	Yoksulluk sınırı	141,07	10,23	
	Orta düzey	143,64	7,70	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların ailelerinin gelir miktarına göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (x^2=6,507; p=0,039). Ailenin gelir miktarına göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Ailenin gelir miktarına göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Gelir miktarı	**Açlık sınırı**	43,11	7,41	x^{2}*=6,507 **p=0,039**
	Yoksulluk sınırı	44,70	6,58	
	Orta düzey	43,74	6,88	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların sosyal güvence varlığı ile ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (Z=9,307; p=0,735).

Katılımcıların en uzun süre yaşadığı yer ile ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (X^{2}=0,199; p=0,905).

Katılımcıların çocuk sayısı ile ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (X^{2}=6,580; p=0,160).

Katılımcıların yaşadığı yere en yakın olan sağlık kuruluşuna göre ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (X^{2}=10,607; p=0,014). Kruskal-Wallis testi sonrası, sağlık kuruluşları ölçek puanlarının farklı olduğunu araştırmaya yönelik yapılan Post-hoc Tamhanes testi analiz sonucuna göre özel hastaneye yakın olanların aile sağlığı merkezlerine yakın olanlara göre ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,025). Ailenin yaşadığı yere en yakın sağlık kuruluşuna göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Ailenin yaşadığı yere en yakın sağlık kuruluşuna göre akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
En yakın sağlık kuruluşu	**ASM**	180,20	13,38	x^{2}*=10,607 **p=0,014**
	Devlet hastanesi	183,10	10,84	
	Özel hastane	185,70	9,34	
	Üniversite hastanesi	192,00	5,22	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların yaşadığı yere en yakın olan sağlık kuruluşuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (X^{2}=11,455; p=0,022). Ailenin yaşadığı yere en yakın sağlık kuruluşuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Ailenin yaşadığı yere en yakın sağlık kuruluşuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
En yakın sağlık kuruluşu	**ASM**	140,65	10,27	x²*=11,455 **p=0,022**
	Devlet hastanesi	143,58	7,54	
	Özel hastane	145,66	6,01	
	Üniversite hastanesi	146,50	2,08	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların yaşadığı yere en yakın olan sağlık kuruluşuna göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmadı (X^2=3,119; p=0,538). Ailenin yaşadığı yere en yakın sağlık kuruluşuna göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Ailenin yaşadığı yere en yakın sağlık kuruluşuna göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
En yakın sağlık kuruluşu	**ASM**	44,17	6,87	x²*=3,119 p=0,538
	Devlet hastanesi	44,30	6,77	
	Özel hastane	44,83	5,70	
	Üniversite hastanesi	50,50	3,87	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların çocuklarının sağlık ihtiyacı halinde ilk başvurduğu sağlık kuruluşu ile ölçek toplam puanı arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (X^2=8,508; p=0,075).

Katılımcıların çocuklarının sağlık ihtiyacı halinde ilk başvurduğu sağlık kuruluşu ile doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptandı (x^2=11,36; p=0,023). Kruskal-Wallis testi sonrası, sağlık kuruluşları ölçek puanlarının farklı olduğunu araştırmaya yönelik yapılan Post-hoc Tamhanes testi analiz sonucuna göre özel hastaneye başvuranların aile sağlığı merkezlerine başvuranlara göre ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,022). Katılımcıların çocuklarının sağlık ihtiyacı halinde ilk başvurduğu sağlık kuruluşuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Çocukların sağlık ihtiyacında ilk başvurulan sağlık kuruluşuna göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Çocukların sağlık ihtiyacında ilk başvurulan sağlık kuruluşu	**ASM**	135,50	11,11	x^{2}*=11,36 **p=0,023**
	Devlet hastanesi	135,34	9,06	
	Özel hastane	138,75	7,20	
	Üniversite hastanesi	137,90	8,48	
	Özel muayene	141,14	3,67	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların AİK bilgilerine göre ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (X^{2}=18,208; p<0,001). Kruskal-Wallis testi sonrası, bilgilerine göre ölçek puanlarının farklı olduğunu araştırmaya yönelik yapılan Post-hoc Tamhanes testi analiz sonucuna göre bilgim yok diyenlerin diğerlerine göre ölçek puanları anlamlı derecede düşük bulundu (p<0,001). AİK bilgisine göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Akılcı ilaç kullanım bilgisine göre akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Akılcı ilaç kullanım bilgisi	**Hayır**	177,93	14,51	x^{2}*=18,208 **p<0,001**
	Duydum ama fikrim yok	182,55	11,90	
	Evet	182,99	11,11	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların AİK bilgilerine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (X^{2}=15,987; p<0,001). AİK bilgisine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Akılcı ilaç kullanım bilgisine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Akılcı ilaç kullanım bilgisi	**Hayır**	139,49	11,50	x^{2}*=15,987 **p<0,001**
	Duydum ama fikrim yok	141,88	8,81	
	Evet	143,19	8,02	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların AİK bilgilerine göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (X^{2}=10,971; p=0,004). AİK bilgisine göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Akılcı ilaç kullanım bilgisine göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Akılcı ilaç kullanım bilgisi	**Hayır**	43,05	7,72	x^{2}*=10,971 **p=0,004**
	Duydum ama fikrim yok	45,34	5,86	
	Evet	44,52	6,33	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların çocuklarının kronik hastalıkları ile ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (X^{2}=2,327; p=0,802).

Katılımcıların çocuklarının sürekli kullandıkları ilaçları ile ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (X^{2}=1,034; p=0,596).

Katılımcıların aile tipine göre ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmadı (X^{2}=0,965; p=0,617). Aile tipine göre ölçek puanı ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Aile tipine göre akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Aile tipi	**Çekirdek**	44,35	6,61	x^{2*}=0,965 p=0,617
	Geniş	43,50	7,56	
	Parçalanmış	47,11	6,09	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların aile tipine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmadı (X^2=0,247; p=0,884). Aile tipine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Aile tipine göre doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Aile tipi	**Çekirdek**	136,80	8,76	x^{2*}=0,247 p=0,884
	Geniş	136,01	12,78	
	Parçalanmış	138,11	6,47	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcıların aile tipine göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmadı (X^2=3,383; p=0,184). Aile tipine göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları ortalamaları ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 28).

Tablo 28. Aile tipine göre etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puanları karşılaştırılması

		Ortalama	Standart Sapma	KW
Aile tipi	**Çekirdek**	44,35	6,66	x^{2*}=3,383 p=0,184
	Geniş	43,50	7,56	
	Parçalanmış	47,11	6,06	

*Kruskal-Wallis H Test istatistiği

Katılımcı annelerin eğitim durumuna göre prospektüs okuma durumları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmadı. Annelerin kategorize edilmiş eğitim

durumuna göre prospektüs okuma durumu ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 29).

Tablo 29. Anne eğitim durumuna göre prospektüs okuma durumu karşılaştırması

	Prospektüs okuma		
	Okumayan	**Okuyan**	
Eğitim durumu			
Lise ve altı	%13,7 (n=52)	%87,3 (n=327)	p=0,227*
Üniversite ve üstü	%11,3 (n=28)	%88,7 (n=219)	

*Ki-kare

Katılımcı babaların eğitim durumuna göre prospektüs okuma durumları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmadı. Babaların kategorize edilmiş eğitim durumuna göre prospektüs okuma durumu ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 30).

Tablo 30. Baba eğitim durumuna göre prospektüs okuma durumu karşılaştırması

	Prospektüs okuma		
	Okumayan	**Okuyan**	
Eğitim durumu			
Lise ve altı	%15,5 (n=12)	%84,5 (n=39)	p=0,561*
Üniversite ve üstü	%11,0 (n=7)	%89,0 (n=31)	

*Ki-kare

Katılımcı annelerin eğitim durumuna göre prospektüs anlama durumları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptandı (p=0,002). Beklendiği üzere, üniversite ve üstü eğitim durumu olan annelerin lise ve altı eğitim durumu olan annelere göre okuduğu prospektüsü daha fazla anladığı saptandı. Annelerin kategorize edilmiş eğitim durumuna göre okuduğu prospektüsü anlamalarını ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 31).

Tablo 31. Anne eğitim durumuna göre okuduğu prospektüsü anlamalarını karşılaştırması

	Prospektüs anlama		
	Anlamayan	**Anlayan**	
Eğitim durumu			
Lise ve altı	%16,2 (n=53)	%83,8 (n=274)	**p= 0,002***
Üniversite ve üstü	%7,7 (n=17)	%93,3 (n=202)	

*Ki-kare

Katılımcı babaların eğitim durumuna göre prospektüs anlama durumları incelendi. İstatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmadı. Babaların kategorize edilmiş eğitim durumuna göre prospektüs okuma durumu ve istatistiksel analiz sonuçları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 32).

Tablo 32. Baba eğitim durumuna göre okuduğu prospektüsü anlamalarını karşılaştırması

	Prospektüs anlama		
	Anlamayan	**Anlayan**	
Eğitim durumu			
Lise ve altı	%25,6 (n=10)	%74,4 (n=29)	p=0,987*
Üniversite ve üstü	%25,8 (n=8)	%74,2 (n=23)	

*Ki-kare

TARTIŞMA

İlaçlar doğru kullanımlarda, bireylerin veya toplumun sağlığını bozan olumsuzlukları durdurup ortadan kaldırabilmekteyken, uygun olmayan kullanımlarda ölümlere neden olabilir. AİK klinik gereksinimlere göre, uygun endikasyonlarda, kişisel gereksinimlere yönelik en uygun ilacın, uygun doz, uygun zamanda ve en düşük maliyetle alınmasıdır. Çocuklarda ilaç uygulamaları yetişkinden farklıdır. AİK herkes için önem teşkil etmekteyken, çocuklar için çok daha fazla öneme sahiptir. Çocuklar yetişkinlerin küçültülmüş hali olmayıp kendilerine özgü bir fizyolojiye sahiptir. Kullanılacak ilaçların etkinliği, farkodinamik ve farmakokinetik etkileri yetişkinlerden çok daha farklıdır. Çocuklarda AİK'de ebeveynler başroldedir. Çalışmamızda çocukla ilgilenen kişiler arasında ebeveynler, büyükanne ve büyükbaba, bakıcı ve yakın akrabalar bulunmaktadır. Kişiler kendileri için AİK'yi önemsemese de söz konusu çocuklar olduğunda daha titiz davranabilirler. Bu nedenle çocukları için doktorun önerdiği ilacı kullanma önermesi %100 işaretli bulunmuştur. Bu da AİK etkenlerinden olan doktorun önerdiği ilacı kullanma durumunun tamamen uygulandığı görülmüştür.

Çalışmamızda Edirne il merkezinde bulunan anasınıfında eğitim gören öğrencilerin velilerinden 715 kişiye ulaşılmıştır. Çelebi (17) tarafından yapılan AİKYETÖ geçerlik ve güvenirlik çalışması dışında bu ölçek ilk kez bizim tarafımızdan kullanılmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinden ebeveynlerin aldıkları ortalama puan 180,96±12,93 olarak bulundu. Ortanca değer 184 puan, minimum puan 94, maksimum puan ise 200 olarak saptandı. Çelebi'nin (17) Erzurum ilinde AİKYETÖ kullanılarak yaptığı çalışmada ölçek ortalama puanı 157,13±16.25 olarak saptanmıştır. Pınar'ın (28) Adana ilinde, Akılcı İlaç Kullanım Skoru (AİKS) kullanarak yaptığı çalışmaya göre çalışmaya katılanların ortalama puanı 100 üzerinden 68.36±13,51, en düşük 12,5 ve en yüksek 94,6 puan aldıkları saptanmıştır. Çelik'in (71) İstanbul ilinde akılcı ilaç kullanım skorunu

kullanarak yaptığı araştırmaya göre çalışmaya katılanların ortalama puanı 7,14±1,52, en düşük 3 ve en yüksek 10 puan aldıkları bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada ve literatürdeki diğer çalışmalarda ortalama puan yüksek olduğundan ebeveynlerin AİK'ye yönelik tutumlarının olumlu düzeyde olduğu ve bunun sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bir bölgede çalışmanın yapıldığından kaynaklandığı söylenebilir. Bizim çalışmayı yaptığımız bölgenin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi yüksek olmasına bağlı olarak AİKYETÖ'den daha yüksek skor saptanmıştır. Çelebi'nin (17) Erzurum'da AİKYETÖ'nün geliştirilmesi çalışmasında toplam ölçek puanı bizim çalışmamızdan daha düşük saptanmıştır. Çelebi'nin (17) çalışmasındaki ebeveynlerin yaklaşık %35'i üniversite mezunuydu. Bizim çalışmamızda üniversite mezunu oranı daha yüksek olduğu için toplam ölçek puanının daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızın evreni daha fazla olduğundan daha güvenilir olduğunu düşünmekteyiz. Pınar'ın (28) Adana ilindeki çalışmasında katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında yaklaşık %17'si üniversite mezunudur. Bu çalışmalar bizim çalışmamızla kıyaslandığında toplam ölçek puanlarının almış oldukları puana oranı bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ölçek puanının daha yüksek olmasının nedeni, çalışmayı yaptığımız bölgenin eğitim düzeyinin daha yüksek olması olabilir. Başka bir açıdan baktığımızda ise çocukları söz konusu olduğu zaman ebeveynlerin daha özenli ve daha bilinçli davranmaya çalıştıkları da düşünülebilir.

Çalışmamızda annelerin AİK'ye yönelik tutumları babalara göre daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Çalıkoğlu'nun (10), Bayram ve ark. (67), Pınar'ın (28) yaptığı çalışmalarda erkek ve kadın cinsiyetler ile AİK tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde bizim çalışmamızı destekler nitelikte Çelik'in (71) çalışmasında kadınların akılcı ilaç kullanım skorları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Çelebi'nin (17) yaptığı çalışmada ise babaların AİK'ye yönelik tutumları daha yüksek saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışmaların sonuçlarının farklılık göstermesinin sebebi sosyoekonomik durumların farklı olmasından, eğitim durumu farklılıklarından olabilir. Ayrıca çocuğun sağlık durumuyla daha fazla ilgilenmekte olan ebeveynin anne ya da baba olmasının aileden aileye farklılık göstermesinden dolayı da yapılan çalışma sonuçlarının cinsiyet açısından farklı sonuçlar alınmasının nedeni olabilir. Diğer bir açıdan düşünüldüğünde çalışmamıza katılmayı kabul eden babaların sayısal oranı annelerden çok daha düşük olduğu için bu konu ile ilgili net bir varsayımda bulunmak çok zordur. Daha güvenilir sonuçlar elde edebilmek için ileriki çalışmalarda katılımcı anne ve baba sayılarının eşit bir şekilde olmasına özen gösterilmelidir. Bu şekilde örneklemi hesaplanan çalışmaların sonuçları homojenitenin sağlanmış olması nedeniyle daha güvenilir olmaktadır. Çalışmamızda çocuğa bakım verenlerin

oranı en yüksek olan annelerdir. Toplumumuz ataerkil bir yapıyı benimsemiş olduğu için genellikle ailenin genel düşünce yapısı ya da toplum baskısı nedeniyle çocuk bakımından asıl sorumlu olacak kişinin anne olması gerektiği düşünülmektedir. Çocuğun sorumluluklarını çocuğa bakım verenlerin tümü alıyor olsa da sağlık ile ilgili önemli konularda annelerin diğerlerinden birkaç adım daha ön planda olduğu gözlenmektedir. Tüm bu nedenler düşünüldüğü zaman çalışmamızda annelerin AİKYETÖ'den babalara göre daha yüksek puan almaları aslında bizim hipotezleri kurarken düşündüğümüz ve beklemekte olduğumuz sonuçlardan biriydi.

Çalışmamızda, annelerin AİK'ye yönelik tutumlarından doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu skoru daha yüksek saptanmıştır. Çelebi'nin (17) yaptığı çalışmada yürüttüğümüz araştırmanın aksine babalarda doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamıza katılmayı kabul eden babaların sayısının annelerin sayısından çok düşük olması nedeniyle diğer çalışmadan farklı bir sonuç elde etmiş olabiliriz. Anne ve baba sayısal oranları birbirine eşit alınan bir çalışmada daha net sonuçlara varılabileceğini düşünmekteyiz. Bu ebeveynlere yönelik AİKYETÖ, alt ölçekleri olan doğru ve bilinçli kullanım, etkili ve güvenli kullanım ölçeklerinin başka çalışması olmadığından dolayı puanları kıyaslanacak başka çalışma literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamızda anne populasyonun babalardan fazla olması nedeniyle ölçekten alınan puanlar arasında fark olduğunu düşünmekteyiz. Ataerkil bir toplumda yaşamanın getirdiği, annelerin çocuklarıyla daha fazla ilgilenmesi beklentisinin katkısını güvenilir ve daha net bir şekilde açıklayabilmek amacıyla bundan sonra yapılması planlanan çalışmalarda anketi dolduracak katılımcı anne ve baba sayılarının eşit olarak alınması ve çalışmadaki karıştırıcı faktörlerin olabildiğince dışlanmasıyla daha güvenilir sonuçlar elde edileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda ebeveynlerin yaşa göre AİKYETÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çelik'in (71) yaptığı çalışmada kişilerin kendi AİK araştırılmış ve farklı skorlama kullanılmış olmasına rağmen yaptıkları skorlama ile katılımcı yaşları arasında bizim sonucumuzu destekler nitelikte anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızın aksine Güngörmüş (72), Sayan (73), Lusk ve ark. (74), Kuster ve Fong (75) çalışmalarında yaşın ilaç kullanımına ilişkin uygulamaları etkilediğini tespit etmişlerdir. Ancak bu çalışmalar bireyin kendisine yönelik kullandıkları ilaçlar ile ilgili tutumlarını ölçmek için yapılmış olan çalışmalardır. Bizim literatürdeki çalışmaların çoğunluğu ile farklı sonuç elde etmiş olmamızın sebebi olarak, AİK'yi değerlendirdiğimiz bireylerin kendileri ve çocukları konu olduğunda tutumlarının değişiklik gösterebildiğini, farklılaşmalar gösterebileceğini düşünüyoruz. Ayrıca bizim

çalışmamızda katılımcıların tümünü diğer çalışmalardan farklı olarak anasınıfı ebeveynleri oluşturduğu için ebeveynlerin daha genç olmaları, örneklem incelendiğinde uç değerlerde yaşların bulunmaması ve katılımcılarının çoğunluğunun belli bir yaş aralığında bulunmasından dolayı kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Ölçek puanı ile gruplandırılmış yaş dağılımı arasında anlamlı ilişki olmasa da ölçekten en yüksek puanı alan grubu 24 yaş ve altında olan ebeveynler oluşturmaktadır. Bunun sebebi olarak genç ebeveynlerin interneti daha aktif kullanması nedeniyle bilgiye daha kolay ulaşabiliyor olması ve yüksek sağlık okur-yazarlığı nedeniyle olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda ebeveynlerin medeni durumlarına göre AİKYETÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında ilişki saptanmadı. Çınar'ın (29), Çelik'in (71), Aleem ve ark.'nın (76), Haney ve Kudubeş'in (77) yaptıkları çalışmalarda kişilerin AİK'de medeni durumla anlamlı ilişki saptanmamış olup bizim çalışmamızı da desteklemektedir. Literatürde bizim çalışmamızdan farklı nitelikte Yapıcı ve ark. (12), Kaya ve ark. (78), Uğrak ve ark. (79), Haddad ve Ebada (32)'nın yapmış oldukları çalışmalarda bekarların evlilere oranla daha fazla AOİK eğiliminde bulundukları gözlemlenmiştir. Çalışmamızda medeni durum ile AİK'ye yönelik ebeveyn tutumu arasında anlamlı ilişki saptanmamasının nedeni çalışmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun evli bireylerden oluşması olarak değerlendirilmiştir. Parçalanmış aileye mensup ebeveynlerin ölçekten en yüksek puanı almasının sebebi olarak her iki ebeveynin de çocuklarına daha fazla düşkün olduğundan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Parçalanmış ailede yetişmiş kişilerin ebeveyn oldukları zaman bilinçaltında yaşanılanlar nedeniyle eşler arasında ya da diğer kişilerle aralarında güven duygusu ile ilgili sorunların yaşanıyor olması beklenen bir durumdur. Yaşanılan travmalar nedeniyle kişilerin kendi çocuklarının sağlığı üzerindeki endişeleri daha fazla olabileceğinden dolayı, ebeveynlerin çocuğunun sağlığı konusunda daha titiz davranacaklarını düşünmekteyiz. Diğer yandan bu ebeveynlerin endişelerinin abartı olması sonucunda durumun titizliğin, ilgilenmenin ötesinde bir hal alıp çocuk psikolojisi açısından sorun yaratacak bir duruma da dönüşebilme ihtimalinin unutulmamasının gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda annelerin eğitim durumlarının AİK'ye yönelik tutumlarını etkilemiş olduğu saptanmıştır. Üniversite ve üstü eğitimi olan annelerin toplam ölçek, doğru ve bilinçli kullanım, etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puan ortalamalarının ilkokul ve altı eğitim durumu olan annelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızı destekler nitelikteki Pınar'ın (28), Çalıkoğlu'nun (10), Çelebi'nin (17), Güngörmüş'ün (72), Nayir ve ark.'nın (80), Hatipoğlu ve Özyurt'un (54), Özkan ve ark.'nın (56) çalışmalarında da eğitim düzeyi arttıkça akılcı ve bilinçli ilaç kullanımının arttığı görülmüştür. Araştırmamızın sonuçları diğer

çalışmalar ile örtüşmektedir. Eğitim düzeyinin yükselmesiyle kişilerin sağlık sorumluluk düzeyinin artıyor olması, sağlık ile ilgili davranış ve tutumlar açısından da daha bilinçli ve duyarlı olmaya sebebiyet verdiği düşünülmüştür. Aynı zamanda bu tutumlarının ve bilgilerinin çocuklarının hayatlarında da kullanıyor olması da beklenilen bir sonuçtur.

Çalışmamızda babaların eğitim durumlarının AİK'ye yönelik tutumlarını etkilemiş olduğu saptanmıştır. Üniversite ve üstü eğitimi olan babaların toplam ölçek, etkili ve güvenli kullanım alt ölçek puan ortalamalarının ilkokul ve altı eğitim durumu olan babalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat babaların eğitim durumlarıyla doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Babaların eğitim düzeyinin yükselmesiyle sağlık bilincinin farkındalığının arttığı ve çocuklarında ilaçların akılcı, etkili ve güvenli kullanımının artış olduğu fakat doğru ve bilinçli kullanımı etkilemediği gözlemlenmiştir.

Yaptığımız araştırmada ebeveynlerin çalışma durumlarına göre AİKYETÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında ilişki saptanmadı. Sosyal güvence durumu çalışma durumuyla ilişkili olup, çalışmamızda sosyal güvence durumuyla AİK'ye yönelik ebeveyn tutumu arasında da anlamlı ilişki bulunmadı. Bizim çalışmamızı destekleyici özellikteki Çelik'in (71), Pınar'ın (28) çalışmalarında çalışma durumu ile AİK arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Literatürde bizim araştırmamızı desteklemeyen Hatipoğlu ve Özyurt'un (54), Akıcı ve ark.'nın (81), Haney ve Kudubeş (77) araştırmalarında çalışan kişilerde AİK'nin daha yaygın olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik durumu yüksek olan bir bölgede genellikle ebeveynlerin her ikisinin de çalışmakta olmasından dolayı çalışma durumunun ve aynı zamanda çalışmalarıyla doğrudan bağlantılı olan sosyal güvence durumunun AİK'ye etki etmeyeceğini düşünmekteyiz. Annelerin çalışma durumları arttıkça farkındalık düzeyinin daha artabileceğini düşünürsek AİKYETÖ puanının daha yüksek olması beklediğimiz bir sonuçtu. Ancak çalışmamızda çalışan ve çalışmayan anneler arasında AİKYETÖ bariz bir fark bulunmamaktadır. Bunun sebebi olarak çalışmayan annelerin de çalışan anneler kadar sağlık okuryazarlığının yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Babaların çalışma durumuna bakıldığında ise ölçek puanında anlamlı fark saptanmamasının nedeni çalışmayan oranının çok düşük olduğundan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Anne ve babalara ayrı veya sayılarının dengeli dağıldığı bir başka çalışmanın yapılması bize daha anlamlı ve güvenilir sonuçlar verebilir.

Yaptığımız çalışmada annelerin meslekleri ile AİKYETÖ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Fakat çalışmamızda annelerin mesleği ile doğru ve bilinçli kullanım alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Beklendiği üzere, sağlık çalışanı annelerin, çalışmayan ve işçi-esnaf olan annelere göre daha doğru ve bilinçli ilaç

kullandığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Çınar'ın (29), İlhan ve ark.'nın (31), Güneş'in (82), Yeniçeri'nin (83) çalışmalarında mesleği memur olan kişilerin daha akılcı ilaç kullandığı görülmüştür. Diğer çalışmalarda sağlık çalışanları muhtemel olarak memur sınıfına dahil edilmiş olup ayrı bir kategori olarak sağlıkçılar meslek grupları arasında yer almamıştır. Bizim yaptığımız çalışmada sağlıkçı ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanımını sorgulamak için memurlardan farklı bir grup olarak sağlıkçıları kategorize ederek kullandık. Her ne kadar ölçek toplam puanıyla meslek grubu arasında ilişki bulunmamış çıksa da, sağlıkçı ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanımı çalışmayan ebeveynlere göre daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda meslek gruplarından sağlıkçıların toplam ölçekle, etkili ve güvenli ilaç kullanımı alt ölçeğiyle anlamsız olmasının sebebi olarak sağlıkçıların evde halihazırda ilaç bulundurmaları ve ihtiyaç halinde doktora danışmadan ilaç tedavisine kendilerinin başlamasının neden olduğunu düşünmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada babaların mesleği ile AİKYETÖ ve alt ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda çocukların evde bakım veren kişi oranında babaların az olması nedeniyle çalışma durumuyla AİK tutumu arasında ilişki saptanmadığını düşünmekteyiz.

Yaptığımız araştırmada ailenin gelir durumunun ölçek toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları ile anlamlı ilişki olduğu ve orta düzey geliri olanların açlık sınırında olanlara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kullandığımız ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapıldığı Çelebi'nin (17) araştırmasında da geliri giderinden fazla olanların puan ortalamalarının diğer gruplara göre yüksek olduğu görülmüştür ve bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Literatürde Çalıkoğlu'nun (10), Hatipoğlu ve Özyurt'un (54), Çınar'ın (29), Aleem ve ark.'nın (76), Bian ve ark.'nın (84), Ekenler ve Koçoğlu'nun (85), Li ve ark.'nın (49) çalışmasında gelir düzeyi arttıkça AİK davranışının olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır. Ekonomik durumu iyi olan kişilerin refah düzeyleri, düşük olanlara göre nispeten daha yüksektir. Gelir düzeyi yüksek olan kişilerin kendi ve çocukları için sağlık harcamalarına ayırabilecekleri aile bütçesi daha fazla olmasıyla, bu kişilerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması ve sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek olması beklenen sonuçtur. Gelir düzeyinin yükselmesiyle kişilerin bilgiye ulaşımının arttığı ve sağlık hizmetlerinden daha etkili bir şekilde faydalandığı, böylece sağlık bilincinin ve AİK tutumlarının daha yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Gelir durumu ile gelişmişlik düzeyi arasında pozitif bir anlam olduğu düşünüldüğünde sağlık okuryazarlığının artması da beklediğimiz bir sonuçtur. Sağlık okuryazarlığının artması ile de ölçek ve alt ölçeklerden aldıklarını puanın yükselmesi beklediğimiz bir sonuçtur. Bu sebepten

çalışmamızda gelir düzeyi yüksek olan ailelerin ölçeklerden daha fazla puan alması beklediğimiz bir sonuçtur.

Araştırmamızda ebeveynlerin AİK tutumlarıyla en uzun süre yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatüre baktığımızda Pınar'ın (28), Güngörmüş'ün (72) ve Çınar'ın (29) çalışmalarında yaşam yeri ile ilaç kullanım tutum ve davranışı arasında anlamlı ilişki bulunmamış olup, bizim araştırmamızı desteklemektedir. Çalışmamızın aksine Türkoğlu'nun (86), Rouusounides ve ark.'nın (50), Ofori-Asenso and Agyeman'nın (87), Mao ve ark.'nın (88), Yeniçeri'nin (83) çalışmalarında kırsal alanda yaşayan bireylerin temel gereksinimlerden eğitim ve sağlıkta sınırlı olanaklara sahip oldukları; büyük çoğunluğunda ilaç kullanımı ile ilgili sorunların olduğu, akılcı antibiyotik veya AİK'lerinin, bilgi düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Bu farkın nedeni araştırma yaptığımız bölge il merkezi ve bu bölgenin kentsel bir alan olması, katılımcıların kırsal alanda ikamet etmemesi olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızda çocuk sayısı ile ebeveynlerin AİK tutumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çınar'ın (29) yaptığı araştırma bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup çocuk sayısı ile AİK arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Çelebi'nin (17), Hatipoğlu ve Özyurt'un (54) çalışmasında çocuk sayısının artmasıyla AİK'nin azaldığı görülmektedir. Bizim aksimize yapılan bu çalışmalarda sağlık bilinci ve AİK tutumunun deneyimler ile değiştiği, çocuk sayısı arttıkça sağlık çalışanı olmayan çevresindeki insanlardan edindiği yanlış bilgilerle bilinç ve tutumlarının azaldığı düşünülmektedir. Araştırmayı yaptığımız bölgede sağlığa ulaşımın kolay olması, sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek seviyede bulunmasının sonucunda ebeveynlerin sağlık bilinci ve AİK'nin çocuk sayısı üzerinden deneyimleriyle değişmediği, sağlık hakkında bilgilerin çevresindeki insanlar yerine sağlık çalışanlarından alındığı düşünülmektedir. Başka bir bakış açısıyla çocuk sayısının azalması, ailelerin çocuklara bireysel olarak göstermesi gerekli olan ilginin dağılmaması nedeniyle çocuğun sağlığı için daha ayrıntılı araştırma yaptıklarını düşünmekteyiz. Araştırmayı yaptığımız bölgede ailelerin çok çocuk sayısına sahip olmadıkları görülmüştür ve bundan dolayı AİK tutumlarının daha fazla olabilir.

Yaptığımız çalışmada yaşanılan yere en yakın sağlık kuruluşu ile AİKYETÖ, doğru ve bilinçli kullanım alt ölçeği arasında anlamlı ilişki olduğu ve özel hastaneye yakın olan ebeveynlerin aile sağlığı merkezlerine yakın olanlara göre ebeveyn AİK tutumları, doğru ve bilinçli ilaç kullanımları daha yüksek saptanmıştır. Bu durum, özel hastanelerin konum olarak genellikle şehrin merkezi ve gelişmiş semtlerinde olmasından dolayı özel hastaneye yakın oturan kişilerin gelir ve sosyoekonomik durumlarının daha yüksek olması sebebiyle

açıklanabilir. Başka bir fikir ise, aileler ile en kolay iletişim kurabilecek aile hekimlerinin artmış iş yükü nedeniyle ihtiyaca cevap vermelerinin zor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Aile Sağlığı Merkezi polikliniğinde bakılan günlük ortalama hasta sayısı ile aynı bölgede özel hastane polikliniğinde bakılan ortalama hasta sayılarının benzer olduğu bir bölgede yapılacak daha ayrıntılı bir çalışmanın gereksinimi doğmuştur.

Araştırmamızda ebeveynlerin çocukları için sağlık ihtiyacı duymaları halinde ilk başvurdukları sağlık kuruluşu ile ebeveyn AİK tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır; fakat doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ebeveynler arasında, çocuklarının sağlık ihtiyacı halinde ilk olarak özel hastaneye başvuranların aile sağlığı merkezlerine başvuranlara oranla daha doğru ve bilinçli ilaç kullandıkları bulunmuştur. Çalışmamızda kullandığımız AİKYETÖ'nün geçerlik güvenirlik çalışması olan Çelebi'nin (17) araştırmasında, çocuğu hastalandığında en sık üniversite hastanesi ve özel hastaneye başvuran ebeveynlerin daha fazla AİK olduğu görülmüş olup bu sonuç da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Yeniçeri'nin (83) çalışmasında ebeveynlerin çocukların sağlık ihtiyacı halinde en sık üniversite hastanesine başvuran kişilerin devlet hastanesine başvuran kişilere göre sağlık okuryazarlığı daha yüksek gözlemlenmiştir. Özel hastaneye başvurmakta olan ebeveynlerin doğru ve bilinçli kullanım puanının yüksek olmasının sebepleri olarak özel hastanelerde doktor başına düşen günlük hasta sayısının daha düşük olması, hastalara daha fazla zaman ayırabilme ve ilgilenilebilmesinin diğer yerlerde çalışan doktorlara oranla daha yüksek olması, ilaç kullanımına yönelik daha doğru ve detaylı bilgi verilebilmesi ve hastaların anlatılan bilgileri anlayıp anlayamadığını daha çok kavrayabildikleri ve bunun sonucunda da bilgilendirmenin daha iyi olması ihtimalinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. İlk olarak özel hastaneye başvurmakta olan ebeveynlerin aile sağlığı merkezlerine başvuranlara göre daha doğru ve bilinçli ilaç kullanmasının nedeni olarak bölgemizdeki aile hekimlerinin sorumlu oldukları total hasta sayılarının çok olmasına bağlı olarak günlük doktor başına düşen hasta yüklerinin fazla olması, hastalara ayrılmak zorunda olunan sürelerin yeterli düzeyde olamaması ve günlük doktor başına düşen başvuru sayısının da fazla olmasının bir sonucu olarak, aslında istenmeyen bir durum olduğunu düşünmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada ebeveynlerin AİK düzeyi düşünceleriyle ölçek toplam puan ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir. Akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgim yok diyenlerin, akılcı ilaç kullanımı bilgisi olduğunu belirtenlerin ve duymuş ama fikri olmayan ebeveynlere göre daha az AİK tutumlarının oldukları bulunmuştur.

Çalışmamızda ebeveynlerin çocuğunda kronik hastalık olma durumunun AİK tutumları üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Literatürde Çelebi'nin (17), Bayram ve ark.'nın (67),

Çınar'ın (29) araştırmalarında kronik hastalık durumuyla AİK arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ve bu bizim çalışmamızı desteklemektedir. Bu sonuçlarda bize ebeveynlerin AİK'leri için çocuklarında hastalık durumu bulunmasının zorunlu olmasının gerekmediği, ebeveynlerin hastalık durumu olmadan da AİK hakkında bilgi edindiklerini düşündürmektedir. Başka bir açıdan bakıldığında ise AİK bilgisi olmayan ebeveynlerin çocuklarında herhangi bir yeni tanı alan hastalık bulunması durumunda çocuklarına verecekleri ilaçlar ile davranış ve tutumlarını değiştirebilmektedirler. Bu iyi yönde bir gelişme olup AİK'yi de destekler nitelikte olabilir.

Yaptığımız araştırmada ebeveynlerin çocuklarının sürekli kullandıkları ilaç olma durumunun AİK tutumları üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Sürekli ilaç kullanma durumu kronik hastalıklarla ilişkilidir. Bunun nedeni olarak araştırmayı yaptığımız bölgenin merkezi bir yerleşim yeri olması, katılımcıların sosyoekonomik seviyesinin ve gelir düzeyinin yüksek olması sebebiyle sağlık hakkında bilgi edinmelerinin kolay olması, sağlık bilgi ve bilinç düzeylerinin yüksek olması, hastalık veya ilaç kullanma durumu olmadan da sağlık hakkında bilgi edinebildikleri de düşünülebilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin aile tipi ile toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ebeveynlerin aile tipinin AİK'ye yönelik tutumlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Literatürde Çelebi'nin (17), Hatipoğlu ve Özyurt'un (54), Çınar'ın (29), Akıcı ve ark'nın (89), Cheng ve ark.'nın (90) yaptıkları araştırmalarda çekirdek tipi aile yapısı olan ve ailedeki kişi sayısı düşük olanlarda daha fazla AİK olduğu görülmüştür. Literatürde yapılan çalışmalarda çekirdek ailelerin daha fazla akılcı ilaç kullandığı görülmektedir. Ancak çalışmamızın sosyoekonomik, sosyokültürel ve eğitim durumu düzeyi yüksek olmasından dolayı geniş ailelerde yer alan büyük ebeveynlerin de AİK'nin farkındalığından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışmamızda tek başına aile tipi AİK'ye etken değildir.

Katılımcılara 'çocuğunuza reçetesiz en sık verdiğiniz ilaçlar nelerdir' diye sorulduğunda en sık 324 kişi (%45,3) ateş düşürücü, 297 kişi (%41,5) reçetesiz ilaç kullanmıyorum olarak cevap vermiştir. Literatüre bakıldığında Hatipoğlu ve Özyurt'un (54) Manisa'da yaptığı çalışmada reçetesiz en sık kullanılan ilaç olarak ağrı kesiciler saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Yapıcı ve ark.'ın (12) yaptığı çalışmada reçetesiz ilaç kullanmama oranı en yüksek çıksa da en fazla ağrı kesici kullanıldığı saptanmıştır. Suluhan ve ark.'ın (68) yaptığı çalışmada annelerin reçetesiz ateş düşürücü ilaç kullanma oranı %88,5 saptanmıştır. Bu çalışmalar bireylerin kendileri için reçetesiz ilaç kullanmalarında en sık ağrı kesicileri kullandıklarını; ancak ebeveynlerin çocukları üzerinde bakıldığında en sık ateş düşürücü kullanıldığımı olduğu

görülmektedir. Bu da bireylerin ve çocukların en sık kendilerince basit olan semptomları gidermek için ilaç kullandıklarını göstermektedir. Genelde yetişkinler ağrılarını dindirmek için ağrı kesici kullansalar da, çocukların ateşlenme durumları ebeveynleri korkuttuğu ve daha sık karşılaşılan bir durum olduğu için çocuklarda yapılmış olan çalışmalarda reçetesiz kullanılan ateş düşürücüler daha fazla bulunmaktadır.

Çalışmamızda ilaç prospektüslerini okuyanların oranı %86,2 olarak bulunmuştur. Mete ve Ünal'ın (91) Kapadokya Bölgesinde yer alan Nevşehir, Niğde, Kırşehir, Kayseri ve Aksaray illerinde 18 yaş üzeri yetişkinler ile yaptığı araştırmada her beş katılımcıdan yaklaşık dördünün ilaçların prospektüslerini okuduğu belirlenmiş, en fazla sırasıyla ilacın endikasyonlarının, yan etkilerinin, kullanım şeklinin, uyarıların ve kontrendikasyonlarının okunduğu görülmüştür. Tutuk'un (92) Adana'da 0-12 yaş çocuğu olan annelerin AİK'lerini incelediği çalışmada annelerin %65,4'nün her zaman prospektüsü okuduğu görülmüştür. Yapıcı ve ark.'ın (12) Mersin'de birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışlarını incelediği çalışmasında katılımcıların %73,3'ü prospektüsü okuduğunu belirtmiştir. Çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızla benzer özelliktedir. Kişilerin ilaç ve kullanımı konusunda doğru ve tam olarak bilgilendirilmediği hallerde prospektüsün okunmasının önemi daha da artmaktadır. Bu sebepten dolayı özellikle de reçetesiz satın alınıp kullanılabilecek ilaç gruplarında prospektüsün, hastaların anlayabileceği bir dille yazılmış olması da çok önemlidir. Yaptığımız çalışmada ilaç prospektüslerini anlayabilme oranı %82,4 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Çınar'ın (29) Pınarhisar'da yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %30,9'unun prospektüsleri anladığı görülmüştür. Araştırmayı yaptığımız bölgenin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyinin yüksek olmasından dolayı bu farklılığın olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda annelerin ve babaların kategorize edilmiş eğitim durumlarına göre prospektüsleri okuma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Literatür incelendiğinde Tutuk'un (92), Pınar'ın (28), Yapıcı ve ark.'nın (12) yaptığı çalışmalarda bizim çalışmamızın aksine eğitim durumuyla prospektüs okuma arasında anlamlı ilişki saptandığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda katılımcılar ağırlıklı olarak lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olup bu çalışmalarda ise ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcı oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin eğitim düzeyi ağırlıklı olarak lise ve üstü olduğu için aralarında anlamlı bir ilişki çıkmadığını düşünmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada ilaç prospektüslerini anlayabilme oranı %82,4 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Çınar'ın (29) Pınarhisar'da yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %30,9'unun prospektüsleri anladığı görülmüştür. Araştırmamızda 'okuduğunuz

prospektüsleri anlayabiliyor musunuz' sorusu üzerinden anlama oranları değerlendirilmiş olup subjektif açıdan değerlendirilebilecek olan bir sonuç bulunmuştur. Bu değerlendirme farkından dolayı farklılığın olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda annelerin kategorize edilmiş eğitim durumlarına göre prospektüsleri anlayabilme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Eğitim düzeyi yükseldikçe annelerin okuduğu prospektüsleri anlama durumu artmıştır. Eğitim düzeyinin yükselmesiyle sağlık okuryazarlığı artmakta ve bilgiye daha kolay ulaşabilme olanakları sağlandığı için prospektüste yazılanları anlama oranlarının da daha yüksek çıkması beklediğimiz bir sonuçtur.

Araştırmamızda babaların kategorize edilmiş eğitim durumlarına göre prospektüsleri anlayabilme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Baba katılımcı sayısının çalışmamızda az olmasından dolayı anlamlı ilişki saptanmadığını düşünmekteyiz. Anne ve babalara ayrı veya sayılarının dengeli dağıldığı bir başka çalışmanın yapılması bize daha anlamlı ve güvenilir sonuçlar verebilir.

Çalışmamızda 'ilacın fiyatı arttıkça etkisinin daha fazla olduğunu düşünüyor musunuz' sorusuna katılımcılar arasında 574 kişi (%80,3) hayır cevabını verdi. Çınar'ın (29) Kırklareli Pınarhisar'da yapmış olduğu araştırmada da %74,1 oranında ilaç fiyatı arttıkça ilaç etkinliğinin arttığını düşünmemektedir ve bu sonuç bizim çalışmamıza benzer sonuç göstermektedir.

Ebeveynlerin sağlık okur-yazarlığını arttırmanın, bilginin daha kolay ulaşılabilir hale gelmesinin, doktorların hastalara gerekli olan süreyi yeteri kadar ayırabilmesinin sonucunda bilgilendirmenin tam bir şekilde yapılmasının, ebeveynlerin kendileri ve çocukları için ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgi sahibi olabilmelerinin sonucunda AİK'nin yaygınlaşabileceğini düşünmekteyiz.

SONUÇLAR

1. Ebeveynlerin çocukları için AİK durumlarını belirlemek amacıyla çalışmamızı gerçekleştirdik. Ebeveynlerin büyük bir kısmı çocuklarında reçetesiz ilaç kullanmamaktadır. Ancak reçetesiz ilaç kullanan ebeveynler, reçetesiz ilaç kullanmaması konusunda bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme ile AİK komponentlerininden birini sağlayabilmek adına ilk aşama gerçekleştirilmiş olur.
2. Ebeveynlerin AİK'ye yönelik bilinç düzeyinin arttırılması için çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmaların ebeveynlere en kolay ulaşabilir olan birinci basamak hekimleri tarafından yapılmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir. Bu sebeple birinci basamağa başvuran her ebeveyn AİK hakkında bilgilendirilmelidir.
3. Çalışmamız, AİKYETÖ'nün ilk çalışmalarından olmasından dolayı bu ölçeğin daha farklı yaş gruplarına ve farklı bölgelerde yaşayan ebeveynlere uygulanması önerilir.
4. Reçetesiz antibiyotik satışının ülkemizde olmaması ebeveynlerin evde olan antibiyotikleri kullanmasına engel olmamaktadır. Bu antibiyotik kullanımının sağlık bilinç düzeyi arttırılarak engellenmesi gerekmektedir. Bu yüzden ebeveyn bilgilendirilmeleri yapılmalıdır.
5. Doktorlar da AİK konusunda bilgilendirilmelidir. Doktorların hastaları değerlendirmeden sadece hastanın istekleri üzerine veya hasta ile münakaşa etmemek için reçete düzenlemesinin önüne geçilmesi gerekmektedir.
6. Akılcı ilaç kullanımının bir komponenti olan maliyet etkin kullanım ebeveynlere benimsetilmelidir. Maliyeti uygun ilaç kullanımının ülkemizin sağlık ekonomisi üzerine büyük pozitif etkisi olacağı düşünülmektedir. Bu yüzden ilaçların akılcı kullanımına tüm vatandaşlar yönlendirilmelidir.

7. Akılcı ilaç kullanımına tüm toplumu alıştırmak için hekimlere yönelik DSÖ'nün belirlediği rehberler ve temel ilaç listeleri geliştirilmiştir. Bu rehberler klinik olarak kanıtlanan ve en maliyet etkin olan terapötik yaklaşımı sunmaktadır. Klinik rehberlerin hekimler tarafından takip edilip, kullanımları yaygınlaştırılmalıdır.
8. Ülkemizdeki tüm bireyleri özellikle ebeveynleri, hekim önerisi olmaksızın reçetesiz ilaç kullanmaya yönelten etmenler ile ilgili araştırmalar arttırılmalı ve AİK'ye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
9. Akılcı ilaç kullanım oranını arttırmak için bireylerin ve ebeveynlerin reçetesiz eczaneden direk ilaç alımı engellenmeli, bunun yapılabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Aynı zamanda AİK'ye yönlendirebilmek için ebeveynlerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir.
10. Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında aile hekimlerinin rolü büyüktür. Aile hekimlerinin nüfus yoğunluğu, günlük baktığı kişi sayısı azaltılmalıdır. Böylece verilen hizmetin kalitesi arttırılabilir. Bu sayede tüm bireyler ve aileler daha iyi eğitilip toplumun AİK arttırılabilir.
11. Toplumun AİK konusunda medya üzerinden de halk bilinçlendirilmelidir. Reçetesiz ilaçların yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimi, doz aşımı halka medya ile anlatılmalıdır. Reçetesiz ilaç kullanımıyla çocuklarına zarar verebilecekleri medya tarafından halka tekrar tekrar duyurulmalıdır.
12. Çalışmamız yalnızca anasınıfına giden çocuğu olan velilere yapıldığı için diğer yaş gruplarındaki çocukların ebeveynlerine de yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Akılcı İlaç Kullanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından; "ilaçların klinik gereksinimlere uygun şekilde, uygun endikasyonlarda, kişisel gereksinimlere yönelik en uygun ilacı, kişisel gereksinimleri karşılayacak dozda, uygun zaman diliminde ve olabildiğince en düşük maliyet ile alınması" şeklinde tanımlanmaktadır. İlaç uygulamaları çocuklarda yetişkinlere göre farklılık göstermek ile birlikte sorumluluk da gerektirmektedir. Çalışmamızın amacı Edirne il merkezindeki anasınıfı ebeveynlerinin akılcı ilaç kullanım tutumlarını ve bunu etkileyen değişkenleri saptamaktır.

Çalışmamız, Edirne'de bulunan 26 anasınıfından 1637 ebeveyn arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 715 ebeveyne yapılmıştır. Etik kurul onayı (Ek-1) ve Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğü onayı (Ek-2) alındıktan sonra 14.03.2019-31.05.2019 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmamızda 26 sosyodemografik soru ve 40 sorudan oluşan akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeği kullanılmıştır. İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistiklerde Pearson chi square, Mann-Whitney U, Kruskall-Wallis H ve Kikare testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak anlamlı kabul edildi.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre akılcı ilaç kullanımı tutum puanları kadınlarda yüksek saptanıp istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,024$). Annelerinin eğitim durumuna göre ölçek puanları incelendiğinde, lise ve üstü olanların, ilkokul ve altı olanlara göre skor puanları yüksek ve istatistiksel anlamlıdır ($p<0,001$). Annelerin mesleği ile doğru bilinçli kullanım alt ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,036$). Sağlık çalışanlarının puanları çalışmayanlara göre ($p<0,001$) ve işçi-esnafa göre ($p=0,002$) anlamlı derecede yüksek bulundu.

Ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilinç düzeyi arttırılması için çalışmalar yapılmalıdır. Çalışmamızda kullanılan akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin

ilk çalışmalarından olmasından dolayı bu ölçeğin daha farklı yaş gruplarına ve farklı bölgelerde yaşayan ebeveynlere uygulanması önerilir. Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında aile hekimlerinin rolü büyüktür. Aile hekimleri halkı bilinçlendirmek için çalışmalar yapmalıdır.

Anahtar kelimeler: ilaç kullanımı değerlendirme, ebeveyn davranışı, koruyucu hekimlik, Aile hekimliği

PARENTAL ATTITUDE OF THE KINDERGARTEN STUDENTS' PARENTS TOWARDS WISE MEDICINE USAGE IN EDIRNE CITY CENTER

SUMMARY

World Health Organization defines the wise medicine usage as getting the most appropriate medication in accordance with clinical requirements, at proper indications and that fits to personal needs, at the amount that satisfies the personal requirements at the convenient time period and at the lowest possible cost. Medicine applications are different for children compared to the adults and it brings responsibility together. The aim of this study is to analyze the parental attitude of the kindergarten students' parents in Edirne city center towards wise medicine usage and identify the variables that affect this attitude.

The study was conducted on 715 parents who agreed to participate in the study among 1637 parents from 26 kindergartens in Edirne. It is performed between the dates 14.03.2019-31.05.2019 after getting the Ethics Committee approval (Appendix-1) and Edirne Provincial Directorate of National Education approval (Appendix-2). In the research, there was 26 socio-demographical questions and 40 questions about the parental attitude of Wise Medicine Usage Scale. For descriptive statistics; Pearson chi square, Mann-Whitney U, Kruskall-Wallis H and Chi-square tests are used. Statistical significance level is accepted as $p < 0,05$ to be meaningful.

According to the genders of the participants, wise medicine usage attitude score is defined higher for woman and this is found statistically significant ($p=0,024$). When the scale scores are analyzed, according to the education level of the mothers; the ones who are graduated from minimum high school got higher score than the ones have lower education (below high school) and statistically significant relationship is found ($p<0,001$). Also statistically significant

differences are identified between the occupation of the mothers and wise usage subscale (p=0,036). The ones who work for health care had significantly higher scale scores than the ones who don't work for health care (p<0,001) and also than the ones who work for labor and craftsman class (p=0,002).

To be able to increase awareness level of the parents toward wise medicine usage, studies should be done. The parental attitude scale for wise medicine usage explained in this study is on the firsts in this area so it is recommended to be applied for different age groups and for the parents who live in different regions. To provide the wise medicine usage, there is a big role for family doctors. Family doctors should educate people to be able to increase the awareness on this topic.

Key words: Drug utilization review, paternal behavior, preventive medicine, Family Practise.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S. Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı? Cumhuriyet Tıp Derg 2011;33(3):266-77.

2. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. TAF Prev Med Bull 2010;9(5):505-12.

3. World Health Organization [Internet]. The rational use of drugs: report of the conference of experts, 1985 [cited 2019 Aug 20]. Available from: https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf

4. Uzuntarla Y, Cihangiroğlu N. Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin analizi. TAF Prev Med Bull 2016;15(1):1-8.

5. Aşiret GD, Kahraman BB, Yeğenoğlu S, Akdemir N, Baydar T. Geriatrik hastalara hizmet veren hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve deneyimlerinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2013;16(4).446-53.

6. Ulusoy HB, Sumak T, Şahin S, Gültekin H. Kayseri'de pratisyen hekimlere verilen groningen modeli akılcı ilaç kullanımı eğitiminin değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi 2011;33(4):309-16.

7. Akıcı A, Uğurlu M, Kalaça S, Akıcı N, Oktay Ş. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde pratisyen hekimlerin ilaç seçiminin değerlendirilmesi. STED 2004;13(7):263-7.

8. Mollahaliloğlu S, Alkan A, Dönertaş B, Özgülcü Ş, Akici A. Türkiye'nin farklı illerinde yazılan reçetelerin ilaç kullanımı ilkeleri açısından incelenmesi. Marmara Medical Journal 2011;24(3):162-73.

9. World Health Organization [internet]. Antimicrobial resistance: a threat to global health security, 2000 [cited 2019 Aug 20]. Available from: https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2248e/s2248e.pdf

10. Çalıkoğlu O. Erzurum İl Merkezinde Çalışan Pratisyen Hekimler İle 20 Yaş ve Üzeri Kişilerin Akılcı İlaç Kullanım Boyutları ve Etkileyen Faktörler (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.

11. Şahingöz M, Balcı E. Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı. TAF Prev Med Bull 2013;12(1):57-64.

12. Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Derg 2011;38(4):458-65.

13. Uzun Ş, Arslan F. İlaç uygulama hataları. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(2):217-22.

14. Aktay G, Hancı İ, Balseven A. İlaç etkileşimleri ve hekim sorumluluğu. STED 2003;7:261-4.

15. Arslan LS, Semin S. Attitudes and practices of primary healthcare center patients about drug use in Turkey. Patient Education and Counseling 2006;62(2):250-9.

16. Aydın B, Gelal A. Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2012;26(1):57-63.

17. Çelebi A. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

18. Nepesova G. Edirne İl Merkezinde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların İlaç Kullanım Davranışlarının Araştırılması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.

19. Le Grand A, Hogerzeil HV, Haaijer-Ruskamp F. Intervention research in rational use of drugs: a review. Health Policy and Planning 1999;14(2):89-102.

20. World Health Organization [internet]. Guide to Good Prescribing, 1994 [cited 2019 Aug 20]. Available from: https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip23e/whozip23e.pdf

21. Gülhan R. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. Okmeydanı Tıp Dergisi 2013;29(2):100-1.

22. Eşkazan E. Akılcı ilaç kullanımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 1999:9-20.

23. Ambwani S, Mathur A. Chapter–2 rational drug use. Health Administrator 2006;19(1):5-7.

24. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü [internet]. Reçete yazma rehberi. [cited 2019 Aug 24]. Available from: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/receteyazma.pdf

25. İskit AB. Rational drug therapy. STED 2006;15(7):4-5.

26. Horn JR. Rational prescribing and prescription. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ (eds.). Basic and clinical pharmacology. 12th ed. New York: Mc Graw Hill Lange; 2012:1139-48.

27. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı [internet]. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu, 2012 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf

28. Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, Ünal İ. Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. TAF Prev Med Bull 2013;12(6):639-50.

29. Çınar AS. Pınarhisar'da Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler (tez). Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

30. Pınar N. Ülkemizde ilaç harcamaları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(1):59-65.

31. İlhan M, Aydemir Ö, Çakır M, Aycan S. Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. Turk J Public Health 2014;12(3):188-200.

32. Haddad M, Ebada ME. Demographic and socioeconomic characteristics of outpatients could modify their attitude towards misusing medications in northern Jordan. Journal of Public Health Research 2017;6(1):24-30.

33. Sağlık Bakanlığı [internet]. 2015 yılı bütçe sunumu, 2014 [cited 2019 Aug 12]. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/236,butcesunumupdf.pdf?0

34. Akbulut H. Konya İl Merkezinde Bulunan Sağlık Kurumlarında Üst Solunum Yolu Teşhisi İle Düzenlenen Reçetelerin Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

35. Kutsal YG. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 2006;9:37-44.

36. Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı [internet]. Topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı, 2013 [cited 2019 Aug 14]. Available from: http://www.tki.gov.tr/Dosyalar/Dosya/akilciilackul.pdf

37. Yıldırım AB, Kılınç AY. Yaşlı hastalarda polifarmasi ve ilaç etkileşimi. Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45(5):17-21.

38. Kuş E, Durna Z. Akılcı ilaç kullanımda hemşirenin rolü ve eğitimin önemi. Sağlık ve Toplum 2016;26(2):3-9.

39. Barutçu İA, Tengilimoğlu D, Naldöken Ü. Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi: Ankara ili metropol ilçeler örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2017;19(3):1062.

40. Sağlık Bakanlığı [internet]. Akılcı ilaç kullanımının alfabesi, 1993 [cited 2019 Jul 29]. Available from: http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebhaberler/eylul93/8.pdf

41. Altındiş S. Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. Journal of BSHR 2017;1(2):34-8.

42. Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu. Toplum ve Hekim 2004;19(5):359-63.

43. Yariş E. Tezgahüstü ilaç satılması ve ilaçta reklamla ilişkisi. Toplum Ve Hekim 2004;19(5):369-72.

44. Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. Turkish Journal Of Geriatrics 2006;9:15-8.

45. Ulupinar S, Akici A. Hemşirelik uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. Turkiye Klinikleri J Pharmacol 2015;3(1):84-93.

46. Pirinçci E, Bozan T. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin akılcı ilaç kullanım durumları. Fırat Med J 2016;21(3):129-36.

47. Yılmaz F, Arıkan D, Baklacı Ö, Bilmez A, Bülbül D. 0-2 yaş çocuğa sahip annelerin oral ilaç kullanım davranışlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(2):82-8.

48. Kılıç R, Kendir ÖT, Gökay SS, Çelik T, Özkaya AK, Yılmaz H. Çocuklarda ateş ile ilgili ebeveynlerin tutum ve davranışları. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2016;3:76-85.

49. Li R, Xiao F, Zheng X, Yang H, Wang L, Yin D, et al. Antibiotic misuse among children with diarrhea in China: results from a national survey. PeerJ 2016;4:e2668.

50. Rouusounides A, Papaevangelou V, Hadjipanayis A, Panagakou S, Theodoridou M, Syrogiannopoulos G, et al. Descriptive study on parents' knowledge, attitudes and practices on antibiotic use and misuse in children with upper respiratory tract infections in Cyprus. Int J Environ Res Public Health 2011;8(8):3246-62.

51. Kenesarı CK, Özçakar N. Annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımına ilişkin yaklaşımları: Kısa bilgilendirme ne kadar etkili? Türk Aile Hek Derg 2016;20(1):16-22.

52. Al-Shawi MM, Darwish MA, Wahab MMA, Al-Shamlan N. Misconceptions of parents about antibiotic use in upper respiratory tract infections: A survey in primary schools of the Eastern province, KSA. Journal of Family and Community Medicine 2018;25(1):5-12.

53. Parlak N. KOAH Akut Alevlenmesinde Kullanılan Antibiyotiklerin Akılcı Ilaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

54. Hatipoğlu S, Özyurt B. Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. TAF Prev Med Bull 2016;15(4):1-9.

55. Akıcı A, Uğurlu M, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. STED 2002;11(7):253-7.

56. Özkan S, Özbay O, Aksakal F, İlhan M, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(5):223-37.

57. Sütlar M. İlaç ve hasta hakları. Toplum ve Hekim 2004;19(5):364-8.

58. Sürmelioğlu N, Kıroğlu O, Erdoğdu T, Karataş Y. Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler. Archives Medical Review Journal 2015;24(4):452-62.

59. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. Drug-related problems in hospitals. Drug Safety 2007;30(5):379-407.

60. World Health Organization [internet]. World health statistics, 2010 [cited 2019 Jul 21]. Available from: https://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf?ua=1

61. Yılmaz M, Kırbıyıkoğlu Fİ, Ariç Z, Kurşun B. Bir diş hekimliği fakültesi hastanesi'ne başvuran bireylerin akilci ilaç kullanimlarinin belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014;2(1):39-47.

62. Toklu HZ. Eczacılık uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. Turkiye Klinikleri J Pharmacol 2015;3(1):74-83.

63. Özata M, Aslan Ş, Mustafa M. Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. II. Internetional Patient Safety Congress Özet Kitabı, Hyderabad, India. 2008:529-42.

64. Akıcı A, Alp Fİ, Ayanoğlu Dülger G, Elçioğlu K, Gümüşel B, Gündüz Ö, ve ark. Serbest eczanelerde ilaç sunumu sürecinde karşılaşılan sorunlar: akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirme. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 2009;29(1):75-80.

65. Toprak S. Hastanelerde Akılcı Ilaç Kullanımına Yönelik Kalite Çalışmalarının Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

66. Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. Journal of Pediatric Nursing 2004;19(6):385-92.

67. Bayram N, Günay İ, Apa H, Gülfidan G, Yamacı S, Kutlu A, ve ark. Çocuklarda antibiyotik kullanımı ile ilgili ailelerin tutumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. J Pediatr Inf 2013;7(2):57-60.

68. Suluhan D, Taşal C, Yildiz D, Fidanci BE, Konukbay D, Sürer İ, ve ark. 0-6 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş düşürücü ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. F N Hem Derg 2016;24(2):90-6.

69. Küçükoğlu S, Polat S, Güdek E. Annelerin evde ilaçları saklama koşullarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(4):212-8.

70. Akıcı N, Gelal A, Gürbüz T, Ceran Ö, Akici A. Hastaneye başvuru öncesinde çocuklarda ilaç kullanımının araştırılması. Anatol J Clin Investig 2015;9(1):10-8.

71. Çelik E. A Pilot Study on Rational Drug Use and Drug Use Habits (Dissertation). İstanbul: Republic Of Turkey Yeditepe University Graduate School Of Health Sciences; 2011.

72. Güngörmüş Z. Bilinçsiz ve Reçetesiz Ilaç Kullanımı ile Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişki (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.

73. Sayan A, Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile özbakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;4(2):11-9.

74. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis D. Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. NR 1995;44(1):20-4.

75. Kuster AE, Fong C. Further psychometric evaluation of the Spanish language health-promoting lifestyle profile. NR 1993;42(5):266-9.

76. Aleem MA, Rahman MM, Ishfaq M, Mehmood K, Ahmed S. Determinants of antibiotics misuse by the parents in children: a survey from Northern Region of Saudi Arabia. Bangladesh J Child Health 2016;40(2):64-71.

77. Haney MÖ, Kudubeş AA. Determination of medication use habits of adults living in rural area. TJFMPC 2017;11(4):213-20.

78. Kaya H, Turan N, Keskin Ö, Tencere Z, Uzun E, Demir G, ve ark. Üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanma davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18(1):35-42.

79. Uğrak U, Teke A, Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y. Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları. TAF Prev Med Bull 2015;14(2):137-44.

80. Nayir T, Okyay RA, Yesilyurt H, Akbaba M, Nazlıcan E, Acık Y, ve ark. Assessment of rational use of drugs and self-medication in Turkey: a pilot study from Elazığ and its suburbs. Pak J Pharm Sci 2016;29(4):1429-35.

81. Akici A, Mollahaliloğlu S, Dönertaş B, Özgülcü Ş, Alkan A, Başaran N. Patients' attitudes and knowledge about drug use: a survey in Turkish family healthcare centres and state hospitals. Turk J Med Sci 2017;47(5):1472-81.

82. Güneş D. Yaşlıların Ilaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2014.

83. Yeniçeri Ş. Çocuk Acil Hastaları Ebeveynlerinin Akılcı Ilaç Kullanımı ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı (tez). Tokat: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2019.

84. Bian C, Xu S, Wang H, Li N, Wu J, Zhao Y, et al. A study on the application of the information-motivation-behavioral skills (IMB) model on rational drug use behavior among second-level hospital outpatients in Anhui, China. Plos One 2015;10(9):e0137928.

85. Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;3(3):44-55.

86. Türkoğlu FK. Pediatri Kliniğine Başvuran Annelerin Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması (tez). İstanbul: Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.

87. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational use of medicines-a summary of key concepts. Pharmacy 2016;4(35):1-13.

88. Mao W, Vu H, Xie Z, Chen W, Tang S. Systematic review on irrational use of medicines in China and Vietnam. Plos One 2015;10(3):e0117710.

89. Akici A, Aydin V, Kiroglu A. Assessment of the association between drug disposal practices and drug use and storage behaviors. Saudi Pharmaceutical Journal 2018;26(1):7-13.

90. Cheng J, Coope C, Chai J, Oliver I, Kessel A, Wang D, et al. Knowledge and behaviors in relation to antibiotic use among rural residents in Anhui, China. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2018;27(6):652-9.

91. Mete S, Ünal Z. Kapadokya bölgesi il merkezlerinde yaşayanların ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi 2017;6(2):661-80.

92. Tutuk ED. 0-12 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanımlarının İncelenmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2015

EKLER

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/59	
	PROTOKOL ADI	Edirne Merkezinde Anasınıfı Velilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutumları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 04/06**	**Tarih:25.02.2019**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Cüneyt COŞKUN'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	Mekanizden
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Serpil [illegible]RKMAZ
Fakülte Sekreteri

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-2

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 56569733-44-E.5626415 18.03.2019
Konu : Anket İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 05/03/2019 tarihli ve 139904 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Cüneyit COŞKUN'un İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı Edirne İl Merkez İlçesinde Resmi/Özel tüm Anaokulları ve Bünyesinde Anasınıfı Olan Okulların öğrenci velilerine yönelik uygulamak istediği **"Edirne Merkezinde Anasınıfı Velilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutumları"** konulu anketinin uygun görüldüğüne ilişkin 14/03/2019 tarihli ve 5370815 sayılı Valilik Onayı, Araştırma Değerlendirme Formu ve anket kapsamında ugulanacak veri toplama araçlarının orjinalleri ekte gönderilmiştir.

Anket çalışması kapsamında uygulamaya dahil edilen öğrenci velilerine gönüllülük esasına dayanılarak, eğitim öğretimi aksatmamak kaydı ile okul müdürü gözetim ve sorumluluğunda uygulanması, çalışma esnasında onaylı evrakların çoğaltılarak kullanılması ve araştırma sonunda oluşturulacak raporun basılı ve dijital olarak Müdürlüğümüzle paylaşılması kaydıyla ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Önder ARPACI
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek :
1- Valilik Onayı (1 sayfa)
2- Araştırma Değerlendirme Formu (1 sayfa)
3- Katılımcı Formu (1 sayfa)
4- Veri Toplama Araçları (6 sayfa)

http://edirne.meb.gov.tr/ Tel : (0284) 212 61 22 Bilgi İşlem ve Eğitim Teknolojileri Hizmetleri Bölümü
bilgiislemegitek22@meb.gov.tr Faks : (0284) 212 61 26 Bilgi için: Necat ŞENGÖR (Bil. İşletmeni) Dahili: 2302

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. https://evrak.sorgu.meb.gov.tr adresinden c237-2fa7-3b5d-9a30-a374 kodu ile teyit edilebilir.

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 56569733-44-E.5370815
Konu : Anket İzni

14/03/2019

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2017/25 sayılı Genelgesi
b) Trakya Üniversitesi Rektörlüğü'nün 05/03/2019 tarihli ve 139904 sayılı yazısı.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Cüneyit COŞKUN'un İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı Edirne İl Merkez İlçesinde Resmi/Özel tüm Anaokulları ve Bünyesinde Anasınıfı Olan Okulların öğrenci velilerine yönelik uygulamak istediği **"Edirne Merkezinde Anasınıfı Velilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutumları"** konulu tez çalışması kapsamında yer alan veri toplama araçları Anket Değerlendirme Komisyonu'nca incelenmiştir

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Cüneyit COŞKUN'a ait anket çalışmasının 31 Aralık 2018 tarihine kadar İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı tüm Anaokulları ve Bünyesinde Anasınıfı Olan Okulların öğrenci velilerine gönüllülük esasına dayanılarak, eğitim öğretimi aksatmamak kaydı ile okul müdürü gözetim ve sorumluluğunda uygulanmasını olurlarınıza arz ederim.

Dr. Önder ARPACI
İl Millî Eğitim Müdürü

O L U R
14/03/2019
Dr. Yusuf GÜLER
Vali a.
Vali Yardımcısı

http://edirne.meb.gov.tr/
bilgiislemegitek22@meb.gov.tr
Tel : (0284) 212 61 22
Faks : (0284) 212 61 26
Bilgi İşlem ve Eğitim Teknolojileri Hizmetleri Bölümü
Bilgi için: Necat SENGÖR (Bil. İşletmeni) Dahili: 2302

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. https://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 316b-9417-3e55-bec5-aca8 kodu ile teyit edilebilir.

EK-3

EDİRNE MERKEZİNDE ANASINIFI VELİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUMLARI

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Arş. Gör. Dr. Cüneyit Coşkun

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Edirne Merkezinde Anasınıfı Velilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutumları" isimli, hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1) Formu dolduran kişi

- ☐ Anne
- ☐ Baba

2) Yaşınız: ……..

3) Medeni durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış
- ☐ Dul

4) Anne eğitim durumu:

- ☐ Okuryazar değil
- ☐ Okuryazar
- ☐ İlkokul mezunu
- ☐ Ortaokul mezunu
- ☐ Lise mezunu
- ☐ Üniversite ve üstü

5) Baba eğitim durumu:

- ☐ Okuryazar değil
- ☐ Okuryazar
- ☐ İlkokul mezunu
- ☐ Ortaokul mezunu
- ☐ Lise mezunu
- ☐ Üniversite ve üstü

6) Anne çalışma durumu:

- ☐ Çalışmıyor
- ☐ Çalışıyor

7) Baba çalışma durumu:

- ☐ Çalışmıyor
- ☐ Çalışıyor

8) Anne mesleği :……

9) Baba mesleği :……

10) Hane halkının toplam geliri hangi aralıktadır?

- ☐ 0 - 2000 TL arasında
- ☐ 2001 – 6500 TL arasında
- ☐ 6500 TL 'den fazla

11) Sosyal güvenceniz nedir?

- ☐ Yok
- ☐ Emekli Sandığı
- ☐ SSK
- ☐ Bağkur
- ☐ Yeşilkart
- ☐ Özel sigorta

12) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?:…….

13) Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Anne
- ☐ Baba
- ☐ Çocuk
- ☐ Babaanne/Anneanne
- ☐ Dede
- ☐ Diğer (belirtiniz ……..)

14) Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

- ☐ Şehir Merkezi
- ☐ İlçe
- ☐ Köy

15) Kaç çocuğunuz var, yaşları nelerdir?.....

16) Çocukların evde bakımı ile daha çok kim ilgileniyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Anne
- ☐ Baba
- ☐ Anneanne
- ☐ Babaanne
- ☐ Dede
- ☐ Başka bir akraba (belirtiniz……..)
- ☐ Bakıcı

17) Çocuğunuzun devamlı takip gerektiren kronik bir hastalığı var mı?

- ☐ Yok
- ☐ Var (belirtiniz…….)

18) Çocuğunuzun devamlı kullandığı bir ilaç var mı?

- ☐ Yok
- ☐ Var (belirtiniz…….)

19) Çocuğunuza reçetesiz en sık verdiğiniz ilaçlar nelerdir?

- ☐ Kullanmıyorum
- ☐ Antibiyotik
- ☐ Ateş düşürücü
- ☐ Ağrı kesici
- ☐ Vitamin
- ☐ Öksürük şurupları
- ☐ Merhem veya pomatlar

20) Yaşadığınız yere en yakın sağlık kuruluşu hangisidir?

- ☐ Aile Sağlığı Merkezi
- ☐ Devlet Hastanesi
- ☐ Özel hastane
- ☐ Üniversite Hastanesi
- ☐ Özel muayenehane

21) Çocuğunuzun sağlık ihtiyacı halinde genellikle ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?

- ☐ Aile Sağlığı Merkezi
- ☐ Devlet Hastanesi
- ☐ Özel hastane
- ☐ Üniversite Hastanesi
- ☐ Özel muayenehane

22) İlaç prospektüslerini (ilaç kutusunun içinden çıkan bilgilendirme kağıdı) okur musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Bazen
- ☐ Evet

23) İlaç prospektüslerini (ilaç kutusunun içinden çıkan bilgilendirme kağıdı) anlayabiliyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Bazen
- ☐ Evet

24) İlacın fiyatı arttıkça etkisinin daha fazla olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok
- ☐ Evet

25) "Akılcı ilaç kullanımı" ile ilgili bilginiz var mı?

- ☐ Hayır, hiç duymadım
- ☐ Evet, daha önce duymuştum ama fazla bir bilgim yok
- ☐ Evet, biliyorum

26) Size göre akılcı ilaç kullanımı aşağıdakilerden hangi uygulamaları içerir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Hastalığa uygun ilacı kullanma
- ☐ Doktorun önerdiği miktarda ilacı kullanma
- ☐ İlaç içme saatlerinin düzenli olması
- ☐ İlacı doğru uygulama yoluyla kullanma
- ☐ Maliyeti uygun olan ilacı kullanma
- ☐ Diğer, belirtiniz.....

AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine "X" işareti koyunuz. Bu ifadeleri yanıtlamak zor gelirse size en yakın şıkkı işaretleyiniz.

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi sağlık çalışanlarından öğrenirim					
2	Çocuğuma verdiğim ilacın ne için kullanılacağını bilirim					
3	Çocuğuma yazılan reçeteyi kontrol ederim					
4	Çocuğuma ilaçlarını önerilen şekilde veririm					
5	Çocuğumun süspansiyon şeklindeki(sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını kullanma talimatında belirtildiği şekilde hazırlarım					
6	Çocuğuma vereceğim ilaçların yan etkilerini bilirim					
7	Çocuğuma vereceğim ilaçların son kullanma tarihine bakarım					
8	Çocuğumun ilaçlarını kullanma talimatlarıyla birlikte saklarım					
9	Çocuğuma vereceğim ilaçların bozulduğunu düşünürsem atarım					
10	Çocuğuma başkalarının önerdiği ilacı kullanmam					
11	Çocuğuma vereceğim ilaçların kullanma talimatlarını okurum					
12	İlaçları çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım					
13	Çocuğuma verdiğim ilaç yan etki yaparsa ilacı kullanmayı bırakırım					
14	Çocuğuma reçetesiz ilaç vermem					
15	Çocuğuma ilaçlarını önerilen süre kadar veririm					
16	Çocuğuma birden fazla ilaç vermem gerekiyorsa ilaçları birbirine karıştırırım					
17	Çocuğuma süspansiyon şeklindeki(sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını vermeden önce çalkalarım					
18	Çocuğumun ilaçlarını saklarken kullanma talimatında yazan saklama koşullarına dikkat ederim					
19	Çocuğumun ilaçlarını ışıktan korumak için kutusuyla birlikte saklarım					
20	Çocuğuma ilaçlarını önerilen zaman aralıklarında veririm					

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
21	İlaçların gereksiz kullanımı sağlığa zararlıdır					
22	Çocuğuma kullandığım ilacın faydasını görmezsem doktora danışırım					
23	Çocuğuma ilacını vermeden önce açlık-tokluk durumuna dikkat ederim					
24	Çocuğuma ilacını kutudan çıkan ölçeği ile veririm					
25	Çocuğuma ilaçlarını önerilen dozda/miktarda veririm					
26	Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçları 10 gün içinde bitmezse kalan kısmını atarım					
27	Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını hazırlarken kaynatılıp soğutulmuş su kullanırım					
28	Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa doktora danışırım					
29	Çocuğuma reçetesiz antibiyotik vermem					
30	Çocuğum hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurmadan önce evde olan ilaçlardan veririm					
31	Çocuğum hastalandığında aynı etkiyi gösteren birden fazla ilacı dönüşümlü olarak kullanırım					
32	Çocuğumun kapsül şeklindeki ilaçlarını kapsülü açarak veririm					
33	Çocuğumda etkili olduğunu düşündüğüm ilacını başkasına öneririm					
34	Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa kendi kendime çözüm ararım					
35	Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi çevremden öğrenirim					
36	Çocuğuma ilacını süt ile birlikte veririm					
37	Çocuğumun tablet şeklindeki ilaçlarını ezerek veririm					
38	Çocuğumda daha öncekine benzer şikayetler ortaya çıktığında kimseye danışmadan evdeki ilaçlardan veririm					
39	Çocuğumun ilaç tedavisi bittikten sonra ilacının kalanını evde saklarım					
40	Çocuğuma ilacını meyve suyu ile birlikte veririm					

Teşekkür ederiz…