

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ANKARA İLİ KEÇİÖREN SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI'NA BAĞLI
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN
AKILCI İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Mümine Nurdan DOĞUKAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Seçil ÖZKAN

ANKARA – 2008

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 26/09/2008

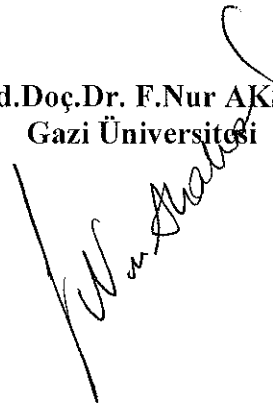
**Doç.Dr.Seçil ÖZKAN
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı**



**Doç.Dr. Zafer GÜNEY
Gazi Üniversitesi**



**Yard.Doç.Dr. F.Nur AKSAKAL
Gazi Üniversitesi**



TEŞEKKÜR

Araştırmanın anket çalışmalarının uygulanması aşamasında gerekli ortamı sağlayarak destek veren Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı çalışanlarından Sağlık Grup Başkanı Sayın Dr.Muhterem AKBAY başta olmak üzere, Dr.Ahmet KARACAKOL, Dr.Ahmet Emin OKUYUCU ve Dr.Umut DOMAÇ’a,

Çalışmanın her aşamasında yardımcı olan Sayın Dr.E.Mine SEYMEN ve Dr.Gülümser AYDIN’a ,

Manevi destek sağladıkları için aileme ve arkadaşlarıma,

Çalışmanın gerçekleşmesinde katkıda bulunduğu için Sayın Doç.Dr.Seçil ÖZKAN’a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER	SAYFA
TABLoların LİSTESİ	
1. GİRİŞ ve AMAÇLAR	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı	5
2.2. Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” Ölçütleri	8
2.3. Akılcı Tedavi Süreci	12
2.4. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları	16
2.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	17
2.6. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Çalışmaları	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Yeri	22
3.2. Araştırmanın Tipi	22
3.3. Araştırmanın Evreni	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları	24
3.6. Araştırmanın Uygulama Şekli	25
3.7. Araştırmada Kullanılan Terim, Tanım ve Kabul Edilen Kriterler	26
3.8. Araştırmanın Veri Analizi	28
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlük ve Kısıtlılıklar	29
3.10. Etik Konular	29
3.11. Araştırmanın Bütçesi	30
3.12. Araştırmanın Takvimi	30
4. BULGULAR	31
4.1. Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri	31
4.2. Hekimlerin Hasta Bakımı ve İlaç Reçeteleme Konusundaki Bilgi ve Tutumları	36
4.3. Hekimlerin Eğitim ve Bilgi Kaynaklarına Karşı Yaklaşımları	55
5. TARTIŞMA ve SONUÇLAR	59
5.1. Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri	60
5.2. Hekimlerin Hasta Bakımı ve İlaç Reçeteleme Konusundaki Bilgi ve Tutumları	61
5.3. Hekimlerin Eğitim ve Bilgi Kaynaklarına Karşı Yaklaşımları	67
6. ÖZET	72
7. SUMMARY	74
8. KAYNAKLAR	76
9. EKLER	78
10. ÖZGEÇMİŞ	85

No	Tabloların Listesi	Sayfa
Tablo 2.1.	Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri.....	6
Tablo 2.3.	Akılcı İlaç Tedavisi Süreci.....	13
Tablo 4.1.1.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyet Dağılımları.....	31
Tablo 4.1.2.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	31
Tablo 4.1.3.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımları.....	32
Tablo 4.1.4.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mezuniyet Yılı Dağılımı.....	32
Tablo 4.1.5.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mezun Oldukları Tıp Fakültelerinin Dağılımı.....	33
Tablo 4.1.6.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Meslek Unvanı Dağılımı.....	34
Tablo 4.1.7.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Meslek Unvanlarına Göre Cinsiyet Dağılımları.....	34
Tablo 4.1.8.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Birinci Basamak Kuruluşunda Çalışma Sürelerinin Dağılımı.....	35
Tablo 4.1.9.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Birinci Basamak Kuruluşunda Çalışma Sürelerinin Gruplamasının Dağılımı.....	35
Tablo 4.2.1.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günlük Muayene Sayılarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.2.2.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günlük Muayene Sayılarının Gruplamasının Dağılımı.....	36
Tablo 4.2.3.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçete Yazma Yüzdeleri Dağılımı.....	37
Tablo 4.2.4.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günlük Muayene Sayıları ve Reçete Yazma Yüzdelerinin Dağılımı.....	37
Tablo 4.2.5.	Araştırmaya katılan hekimlerin reçetelerinde yer alan ilaç kalem sayısı dağılımı.....	38
Tablo 4.2.6.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Muayene İçin Ayırdıkları Ortalama Sürenin Dağılımı.....	38
Tablo 4.2.7.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günde Ortalama Olarak Muayene Ettikleri Hasta Sayısına Göre Hasta Başına Ayırdıkları Sürelerin Dağılımı.....	39
Tablo 4.2.8.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Muayene Etmeden İlaç Yazma Durumlarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.2.9.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hasta İsteği ile İlaç Yazma Durumlarının Dağılımı.....	40
Tablo 4.2.10.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdıkları İlaçların Fiyatlarını Bilme Durumlarının Dağılımı.....	40
Tablo 4.2.11.	Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde İlaç Harcamalarının Payı Hakkında Hekimlerin Düşüncelerinin Dağılımı.....	41
Tablo 4.2.12.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumlarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.2.13.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Tanımına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı.....	42
Tablo 4.2.14.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Tanımına İlişkin Yanıtlarının İşaretledikleri Seçenek Sayısına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4.2.15.	Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alan ve Almayan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	43
Tablo 4.2.16.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sık Karşılaştıkları Hastalıklar İçin Kişisel Tedavilerinin Olma Durumlarının Dağılımı.....	44
Tablo 4.2.17.	Araştırmaya Katılan Hekimler Tarafından İlaç Seçiminde Kullanılan Kriterlerin Dikkate Alınma Durumları.....	45

Tablo 4.2.18.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumlarına Göre İlaç Seçiminde Dikkate Aldıkları Kriter Sayılarının Dağılımı.....	45
Tablo 4.2.19.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Yazarken Bilgi Kaynaklarından Yararlanma Durumlarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.2.20.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Yazarken Yararlandıkları Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.2.21.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumlarına Göre İlaç Yazarken Yararlandıkları Bilgi Kaynak Sayılarının Dağılımı.....	47
Tablo 4.2.22.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Genel İlaç Bilgileri ile Bilgi Düzeyleri Hakkındaki Kendi Değerlendirmelerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4.2.23.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Hastalığı Hakkında Bilgi Verme Durumları.....	49
Tablo 4.2.24.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Hastalığı Hakkında Bilgi Verme Durumunun Verdikleri Bilgilere Göre Dağılımı.....	49
Tablo 4.2.25.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Tedavi Amaçları ile İlgili Bilgi Verme Durumları.....	50
Tablo 4.2.26.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Seçiminde Hastanın Sosyal Güvencesi Olmasının Fark Oluşturması Durumu.....	50
Tablo 4.2.27.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdıkları İlaçlar Hakkında Hastalarına Verdikleri Bilgilerin ve Bilgi Verme Sıklıklarının Dağılımı....	51
Tablo 4.2.28.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdıkları İlaçları Nasıl Kullanacaklarını Hastalarına Tekrar Ettirme Durumları Dağılımı.....	52
Tablo 4.2.29.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına İlaç Dışı Tedavi Önerme Durumları Dağılımı.....	52
Tablo 4.2.30.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Verdikleri İlaç Dışı Tedavi Bilgilerini Tekrar Ettirme Durumları Dağılımı.....	53
Tablo 4.2.31.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçetelerinde Kullandıkları Yazının Okunaklılık Durumu.....	53
Tablo 4.2.32.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçetelerinin Okunmadığı Gerekçesiyle Geri Getirilme Durumu.....	54
Tablo 4.2.33.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Adlarıyla Hitap Etme Durumu.....	54
Tablo 4.3.1.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sağlık Bakanlığınca Yürütülen Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Çalışmalardan Haberdar Olma Durumları Dağılımı.....	55
Tablo 4.3.2.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sağlık Bakanlığınca Yayımlanan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” Adlı Kitaptan Haberdar Olma Durumlarının Dağılımı.....	56
Tablo 4.3.3.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberlerini Kullanma Durumlarının Dağılımı.....	56
Tablo 4.3.4.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Almak İsteme Durumlarının Dağılımı.....	57
Tablo 4.3.5.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Verecek Kuruluş Tercih Dağılımı.....	58

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

İlaç, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlanmaktadır. ¹

Bir başka tanımlamayla; “ilaç; hastalıkların tanı ve tedavileri, hastaların yakınmalarını hafifletme, hastalıklardan koruma ya da fizyolojik olayları düzeltme amacıyla insan ve hayvanlarda kullanılan her türlü kimyasal bileşimdir.” ²

İnsanlık tarihinde çok eskilere giden bir yeri olmakla birlikte, özellikle 1950’lerden itibaren son 50 yılda ilaç, modern tıbbın en temel ve en önemli araçlarından biri olmuştur. Bu dönemde ilaç, hastanelerin ve eczanelerin sınırlarından çıkıp, günlük yaşantımızın vazgeçilmez bir parçası hatta alışkanlığı olarak gelişim göstermiştir.

İlaçla ilgili göz önünde tutulması gereken temel yaklaşım; gerektiği zaman, gereken nitelikte, gerektiği kadar ve gerektiği biçimde kullanılabilmesidir. Bu anlamda ilacın sağlık hizmetlerinde vazgeçilmez bir önemi olmakla birlikte, aynı zamanda sağlık sorunları içerisinde de büyük bir yeri bulunmaktadır. ²

İlaçları iki tarafı keskin bir bıçak olarak algılamak mümkündür. Yanlış kullanıldığında yaşama son verebilirken, doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzluklara son verebilmektedir. Başka bir deyişle; temelde her ilaç toksik bir madde, uygunsuz kullanıldığında ölüme kadar varabilen ciddi hasarlar oluşturan bir üründür. İlaçlar uygun seçim, uygun doz, yeterli sürede kullanıldığında insan ve toplum sağlığının sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesi için vazgeçilmezdirler. ³

Son elli yıl içinde, eskiden tedavisi mümkün olmayan bazı hastalıklarda etkili ilaçların tıbbi kullanıma girmesi, daha etkili ve daha güvenli olan bazı yenilerinin geliştirilmesi ile çok sayıda yeni ilaç piyasaya sunulmuştur. Ancak yeni bir etki mekanizmasına sahip, ya da istenmeyen etkilerinden arındırılmış yeni ilaç sayısı görece az olduğu gibi, kanser ve immün yetmezlik sendromları gibi ilaçla radikal tedavisi olmayan hastalıklara çare olabilecek ilaç geliştirme çalışmaları henüz arzu edilen düzeyde sonuç vermemiştir. Dolayısıyla yeni çıkan ilaçların önemli bir kısmı piyasadaki benzerlerine fazla bir üstünlük taşımamaktadır. Öte yandan ülkemizdeki sınırlı parasal kaynaklara karşın, ilaca ayrılan payın büyüklüğü de göz önünde bulundurulursa hastalığın ve hastanın durumuna uygun, akılcı tedavi yaklaşımlarının gerekliliği bir kez daha ortaya çıkacaktır. ⁴

DSÖ tarafından 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda, akılcı ilaç kullanımı (AİK); “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlamıştır. ⁵

AİK süreci, hastanın probleminin dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, sonra da uygun bir reçete yazılıp, hastaya verilecek açık bilgiler ve önerilerle tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşımdır.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı bütün dünyada, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde en temel sağlık sorunlarından birisidir ve tedavisi güç bir alışkanlıktır. Bu sorun gelişmiş ülkelerde çok sayıda kapsamlı farmako-epidemiolojik çalışmayla ortaya konmuş ve sorunun çözümünde belirli bir aşama kaydedilmiştir. Oysa gelişmekte olan

lkelerde bu konuda yeterli farmako-epidemiyojik araştırma yapılmadığı için akılcı olmayan ilaç kullanımının boyutları ve nedenleri saptanamamıştır. Bu ülkelerin bir kısmında DSÖ tarafından organize edilen çalışmalara ek olarak sorunları ortaya koyan sınırlı sayıda bilimsel çalışma yayınlanmıştır.

Sınırlı sayıda da olsa, akılcı olmayan ilaç kullanımı örneklerini araştıran çalışmalarda belirlenen temel sorunlar arasında; gereğinden fazla ilaç reetelendirilmesi (polifarmasi), ilaçların yanlış biçimde kullanılması, gereksiz yere pahalı ilaçların kullanımı, gereksiz yere antibiyotik tüketimi ya da gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi gibi AİK yaklaşımının yeterince uygulanamamasına bağlı sorunlar gözlenmiştir. ⁶

Ülkemizde ayrıntılı olarak belgelenmemiş de olsa, akılcı olmayan reçete yazma alışkanlıkları ve standart tedavi şemalarını uygulamada yetersizlikler göz ardı edilmeyecek düzeydedir. Hastasının durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi hekim olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı akılcı ilaç kullanımının birincil önemdeki öğesini oluşturur. ⁴

Akılcı olmayan ilaç kullanımının eğitim eksikliğinden başlayarak sosyokültürel, ekonomik, yönetsel ve düzenleyici mekanizmalardan kaynaklanan birçok nedeni vardır. Bu nedenlerin çoğu birbirini etkilemekte ve sorunu daha da karmaşık hale getirmektedir. Hekimlerden kaynaklanan nedenler akılcı olmayan ilaç kullanımı sorununun temelini oluşturmaktadır. ⁶

Dolayısıyla, hekimlerin AİK ile ilgili beklentilere ne ölçüde yanıt verdiğini değerlendirmek ve aksaklıkları giderebilmek için öncelikle hekimlerin konuyla ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi gerekmektedir.

1.2. Amaçlar

Kısa Vadeli Amaçlar:

Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir.

Uzun Vadeli Amaçlar:

Bu araştırma ile elde edilecek verilerin sonuçları doğrultusunda; akılcı ilaç kullanımına yönelik yapılacak çalışmalar ve müdahaleler için öneriler geliştirilmesini sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin akılcı (rasyonel) ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle genel bilgiler bölümü şu başlıklar altında incelenmiştir:

- 2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı
 - 2.2. Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” Ölçütleri
 - 2.3. Akılcı Tedavi Süreci
 - 2.4. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları
 - 2.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
 - 2.6. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Çalışmaları
- Aşağıda bu bölümler sırasıyla incelenecektir.

2.1. Akılcı İlaç Kullanımı Tanımı

1985 yılında Nairobi’de yapılan DSÖ toplantısı AİK çalışmaları için başlangıç noktası sayılmaktadır. Bu toplantıda “akılcı ilaç kullanımı hastaların;

- klinik ihtiyaçlarına uygun,
- bireysel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda,
- yeterli zaman periyodu için,
- kendilerine ve topluma en az maliyet getirecek şekilde

ilaç tedavisi almalarını gerektirir ” şeklinde tanımlanmıştır. ⁵

Bilindiği gibi, bir bilgi öğretisi olarak akılcılık, yani rasyonalizm, evrensel ve doğru bilgilerin deneyden ve deneyin

genellendirilmesinden değil, fakat aklın kendisinden, bir diğer deyişle akılda doğuştan var olan, ya da akılda yalnızca potansiyel formlar olarak var olan kavramlardan çıkarılacağını savunur. Bu anlamda idealist bir bilgi öğretisidir. Ancak, tıpta ilaç tedavisindeki akılcı yaklaşımdan anladığımız bu tanımlamadan farklıdır ve en azından kuramsal olarak, hastamızdaki sağlık sorununun çözümlenmesi için, tablonun özelliklerini ve nedenlerini doğru değerlendirip, o andaki ve gelecekteki olası bütün değişimleri dikkate alarak hastanın yararına en doğru uygulamayı (ilaçları) belirleme, gerçekleştirme ve izleme anlamına gelmektedir.

Bu bağlamda, akılcı ilaç kullanımı ilkin hastadaki tıbbi sorunun doğru değerlendirilmesi (doğru tanı), sonra o anda var olan ilaçlardan tabloya (hastalığın semptomlarına ya da patofizyolojik mekanizmalarına ve mümkünse etiyolojik nedenine) özgül, etkili ve en az yan etkili (güvenilir) olan(lar)ının seçilip, hastanın ve hastalığın özelliklerine göre uygun dozda ve veriş biçimiyle, yeterli süre, sonuçları değerlendirilerek ve olayın ekonomik yanını da dikkate alarak uygulanması olarak anlaşılmalıdır (Bkz. Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri

- Doğru tanıya dayanmak.
- Uygun ilacı seçmek; gereken dozunu, uygun yoldan ve tedavi sanatı ile sunmak ve yeterli süre kullanmak.
- Tedavi başarısını değerlendirmek; yan etkileri ve hastanın uyuncunu izlemek.
- Birden çok ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirmek.
- Tasarlanan tedavinin gerçekleştirilebilirliğini ve maliyetini dikkate almak.

Sıralanan bu genel kuralların ötesinde, ilaç kullanımının bir hekimlik sanatı olduğunu unutmamalıdır. Çünkü, önceki kuşakların terapi ya da farmakoterapi olarak adlandırdıkları bu uygulamada, hastanın koşullarını ve var olan tıbbi olanakları doğru değerlendirmekten öte, son çözümlemede hekimin kararının sunumu ve uygulanması anlamında “hekimlik sanatının” ayrı bir önemi vardır; fakat olayın bu yanı farmakoloji ve genel tıp kitaplarında bir bölüm olarak yer almaz. Bu sanatın gerçekleştirilmesinde hekimin kişilik yapısı ve insan ilişkilerindeki yetenekleri ile hastanın kişiliği, hizmetin sunum koşulları ve o toplumun özellikleri başta olmak üzere, karmaşık bir etkenler grubu rol oynamaktadır.⁷

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) VIII. 5 Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu raporunda “Rasyonel İlaç Kullanımı”na ilişkin aşağıdaki paragraflar yer almaktadır:

“Son elli yıl içinde, eskiden tedavisi mümkün olmayan pek çok hastalıkta etkili çok sayıda ilacın tıbbi kullanıma girmesi, kullanıma giren ilaçların daha etkili ve güvenli olan yenilerinin sürekli olarak geliştirilmesi, hastalığın ve hastanın durumuna göre ilacın akılcı ve doğru bir şekilde inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi hekim olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı rasyonel ilaç kullanımının birincil önemdeki ögesini oluşturur.

Rasyonel ilaç kullanımı, ilaçların akılcıca kullanımı anlamına gelir. Diğer bir deyişle, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için, doğru ilacın, gereken anda, gerektiği miktarda ve uygun fiyatla kullanılmasıdır. İlacın hem kullanana, hem de ulusal ekonomiye en yararlı biçimde kullanılmasıdır. Rasyonel ilaç kullanımı, ucuz ya da indirimli ilaç kullanımı anlamına gelmez.

Rasyonel ilaç kullanımı, ayrıca, tümüyle standardize edilmiş hastalıkların aynı biçimde tedavisi için salt teorik kavramların tartışması

uygulaması da değildir. Rasyonel tedavinin de önemli bir parçasını oluşturan rasyonel ilaç kullanımının temelinde, hastanın birey olarak kabul edilmesi, tıbbi bilgi ve kararlar ile ekonomik yaklaşımlar bulunur. ”

Bu ifadelerden de yapılacak çıkarsama, akılcı (rasyonel) ilaç kullanımının temelinde doğru, etkin ve hızlı ilaç tedavisi ile sağlık harcamalarında maliyetin minimize edilmesi eğiliminin bulunduğuudur. Bu öngörüler kalkınma planlarına da yansımış görünmektedir. ⁸

Rasyonel ilaç tedavisinden kavramsal, ilkesel ve bir sağlık hizmeti uygulaması olarak başlıca beklenti, tedavi hizmetlerinde etkinlik ve güvenliğin artması ve genel sağlık harcamalarında azalma ve tasarruf sağlanmasıdır. ¹¹

2.2. Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” Ölçütleri

Akılcı ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme sürecidir. Bu süreç, devletin, ilaç endüstrisinin, başta hekimler ve eczacılar olmak üzere sağlıkçıların ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir. Anılan tarafların akılcı davranış sergileyebilmeleri, iyi niyetli yaklaşımın yanı sıra, yeterli düzeyde bilgi ve beceriye bağlıdır.

Akılcı ilaç kullanımı, piramidin tepe noktasıdır. Bu kavramın hayata geçirilmesi, piramidin tabanını ve gövdesini oluşturan bir dizi unsurun akılcılığı ile yakından ilgilidir. ⁹

Akılcı ilaç kullanımının “akılcılık” ölçütleri tanı, tedavi ya da profilaksiye (koruma) ilişkin tıbbi süreçlerdeki çeşitli etkinliklerle ilgilidir. Bu ölçütler başlıca 1. ilaçların seçimi, 2. ilaç lojistiğini belirleme, 3. reçete yazma süreci, 4. reçete yanıtlama süreci, 5. ilaçların tüketimi, 6. ilaç bilgisi desteği ve 7. ilaç yönetiminde akılcılık olarak sıralanabilir. ⁸

2.2.1. İlaçların Akılcı Seçimi

İlaçlar, gereksinim duyulan yerde ve zamanda, parasal açıdan ve diğer yönlerden erişilebilir olmalıdır. İlaçların seçimi, hedef kitlenin gerçek gereksinimleri doğrultusunda biçimlendirilmelidir. Bu yaklaşım, piyasada bulunanlar arasından “öncelikli ilaçların” belirlenmesini gündeme getirmektedir.

Öncelikli ilaçların seçiminde hareket noktası, morbidite ve mortaliteye ilişkin epidemiyolojik veriler, hasta yükü dağılımı ve standart tedavi protokolleri olmalıdır. Öncelikli ilaçların ulusal düzeyde belirlenmesine dönük mekanizmalar arasında ruhsatlandırma ölçütleri, ulusal formüler ve geri ödeme listeleri sayılabilir.

2.2.2. İlaç Lojistiğinin Akılcılığı

İlaç lojistiğinin alt başlıkları, satın alma, depolama, envanter denetimi ve dağıtımdır.

İlaçların en iyi biçimde edinilebilmesi, akılcı bir finansman yönetimi ve yeterli pazarlık becerisi gerektirir. Kaynak-kalite-maliyet-ödeme koşulları paketinin en uygun bileşkesi oluşturulmalıdır. Bu nokta, gerek halk sağlığı, gerekse ülke ekonomisi bakımından önem taşımaktadır.

Depolama ve envanter denetimi, ilaç gereksiniminin kesintisiz karşılanabilmesinin yanı sıra ilaçların stabilitesi (raf ömrü) ve güvenliği (yetkisiz ellere geçmemesi) açısından da önemlidir.

Dağıtım zinciri, ilaçların gerekli noktalara zamanında ve iyi durumda ulaştırılabilmesine olanak sağlayacak özellikte olmalıdır.

2.2.3. Reçete Yazma Sürecinin Akılcılığı

Akılcı ilaç kullanımında hekimlerin doğrudan devreye girdikleri nokta, reçete yazma sürecidir.

Tanının doğru konmasıyla başlayan reçeteleme süreci – sırasıyla- tedavide ilaç gerekip gerekmediğine karar verilmesi, alternatif ilaçların etkililik-uygunluk-güvenilirlik-ekonomik olma açılarından karşılaştırılmalı biçimde değerlendirilmesi, tedavinin planlanması ve izlenmesi basamaklarını içerir.

2.2.4. Reçete Yanıtlama Sürecinin Akılcılığı

Akılcı ilaç kullanımında eczacıların rolünün en belirginleştiği nokta, reçete yanıtlama sürecidir. Reçetenin doğru yorumlanmasıyla başlayan süreç -sırasıyla- reçetenin karşılanması (ilaçların verilmesini/hazırlanmasını), hastanın yazılı-sözlü biçimde eğitilmesini, hekimle gerekli iletişimin kurulmasını ve tedavinin izlenmesini içerir.

Reçeteleme yanıtlama alışkanlıkları, ticari kaygılara değil, hastanın tedavisi açısından akılcılığa dayandırılmalıdır.

2.2.5. İlaçların Akılcı Tüketimi

Akılcı ilaç kullanımında topluma düşen sorumluluk, toplum ile sağlıkçılar ve kitle iletişimcileri arasında paylaşılmaktadır. Toplum kesimleri, sağlık-hastalık-ilaç tedavisi konularında bilinçlendirilmelidir.

Toplumun kendi kendini ilaçla tedavi etmesi” (reçetesiz ilaç tedavisi) kavramına ihtiyatla yaklaşılmalıdır. Toplumun kültürel altyapısı ve bu doğrultuda biçimlenen farmakoantropolojik (ilaç tedavisine dönük tutum ve davranışlarla ilişkili) gerçekler üzerinde titizlikle durulmalıdır.

2.2.6. İlaç Bilgisi Desteğinin Akılcılığı

Akılcı ilaç kullanımı, ilaç bilgisi desteğinin akılcılığı ile çok yakından ilgilidir. Akılcı ilaç kullanımına yönelik kararların verildiği her kademedede, ilaç bilgisine gereksinim vardır.

İlaç bilgisi, tarafsız, doğru, eksiksiz, güncel, erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır. Çeşitli kaynaklardan (devlet, ilaç endüstrisi, akademik çevreler, meslek örgütleri, yazılı ve görsel basın vs.) akan ilaç

bilgisinin nicelik ve niteliği, anılan ölçütler ışığında sürekli değerlendirilmelidir.

2.2.7. İlaç Yönetiminin Akılcılığı

Akılcı ilaç kullanımı, yukarıda özetlenen unsurların gerçekleştirilebilmesine bağlıdır. Bunun için, ilaç yönetiminin akılcı doğrultuda sürdürülmesi gerekir.

Akılcı ilaç kullanımı, çok çeşitli alt başlıklar hiyerarşisinden oluşan bir sistemdir. Bu nedenle konuya “sistem yaklaşımı” penceresinden bakılmalıdır. Her bir alt başlık “kalitenin sürekli iyileştirilmesi” perspektifinden gözden geçirilerek, en iyiye doğru yol alınmalıdır.

Akılcı ilaç kullanımına ilişkin kavram ve tanımlar, yerli yerine oturtulmalıdır. Örneğin, “ilacın ekonomik olması” ilkesi, ucuz ilacın seçilmesi demek değildir. Bu ilkenin anlamı, bedelce-etkin tedaviye olanak tanıyan ilaca öncelik verilmesidir.

İlaç yönetimi, “Ulusal İlaç Politikası” çerçevesinde ele alınmalıdır. İlgili tüm tarafların görüş birliğine vardığı (en azından uzlaşma menziline girdiği) strateji ve taktikler paketi, devlet desteğinde uygulamaya geçirilmelidir. Ulusal ilaç politikasının planlanması-uygulanması-izlenmesi aşamalarında görev alan kişi, kurum ve kuruluşlar, yönetim bilgi ve becerilerini bu doğrultuda seferber etmelidirler.

İlaç yönetiminin kalitesi de, ilaç kullanımının akılcılık kalitesi kadar önemlidir. Bu gerçeğin kavranabilmesi ve kişisel-örgütsel davranışlara yansıtılabilmesi, Türkiye’nin daha sağlıklı bir ülke olmasına belirgin katkıda bulunacaktır.⁹

2.3. Akılcı Tedavi Süreci

İyi bir bilimsel yaklaşım için, problemin tanımlanması, bir hipotez kurulması, hipotezin test edilmesi, bir sonuç elde edilmesi ve sonucun doğrulanması sürecini içeren kesin bir metodoloji izlenmelidir. Bu sürecin ve özellikle sonuçların doğrulanması, elde edilen verilerin güvenilirliğini sağlar. Hastanızı tedavi ederken de aynı ilkeler geçerlidir. İlk olarak hastanın probleminin dikkatlice tanımlanması (tanı) gerekmektedir. Bundan sonra, tedavi amaçları belirlenmeli ve değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmelidir. Sonra, tedaviye başlamak için, uygun bir reçete yazılmalı, hastaya açık bilgiler ve talimatlar verilmelidir. Daha sonra tedavinin sonuçları izlenerek; başarılı olup olunmadığı anlaşılabilir. Eğer problem çözümlenmiş ise tedavi sonlandırılabilir. Eğer çözümlenmemişse bütün basamakların yeniden gözden geçirilmesi gerekir.

Özetle, akılcı tedavi süreci altı adımdan oluşur:

Adım 1: Hastanın problemini tanımlayın.

Adım 2: Tedavi amaçlarını belirleyin.

Tedavi ile neyi başarmak istiyorsunuz?

Adım 3: K-tedavinin uygunluğunu değerlendirin.

Etkinliği ve güvenliği kontrol edin.

Adım 4: Tedaviye başlayın.

Adım 5: Hastanıza gerekli bilgileri, talimatları ve uyanları anlatın.

Adım 6: Tedaviyi izleyin (ya da sonlandırın).¹⁰

Tablo 2.3. Akılcı İlaç Tedavisi Süreci⁴

PROBLEMİN TANIMLANMASI	Hastanın problemini tanımlayın.
HİPOTEZ	Bu hasta için tedavi amaçlarını belirleyin. Daha önce bu endikasyon için seçtiğiniz tedavinin, bu hasta için (etkinlik, güvenlik, uygunluk ve maliyet açısından) doğru seçenek olup olmadığını sorgulayın ve uygun tedaviye karar verin.
DENEY	Hastayı hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirin, ilaç ve ilaç dışı tedavi ile ilgili talimatları ve uyarıları anlatın. Tedaviye başlayın.
SONUÇLARIN İZLENMESİ	Tedavinin sonuçlarını izleyin, gerekirse devam edin veya durdurun.
BEKLENEN SONUÇ ALINAMAZSA BASAMAKLARIN YENİDEN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ	Tedavi başarılı olmadıysa, başarısızlık nedenlerinin anlaşılması için basamakları yeniden gözden geçirin.

Doğru tanı, uygun tedavinin ne olacağının da ardışık olarak belirlenmesine neden olur. Bu nedenle, doğru ilaç seçimini tanı sürecinden ayrı bir etkinlik olarak düşünmek olanaksızdır.⁸

Doğru ve erken tanı başarılı bir tıbbi tedavinin ön koşuludur. Ayrıca, yanlış başlanmış bir tedavinin doğru tanıyı gölgeleyip geciktirebileceği de unutulmamalıdır. Hekim, hastasındaki yakınmaları ve hastalık öyküsünü kendi saptayacağı belirtiler ile birleştirip, gerektiğinde yardımcı laboratuvar bulgularını da dikkate alarak hem klinik ve hem de etiyolojik tanıya varmak ister. Doğal olarak, hekimin bilgi birikimi ve deneyimi doğru tanıya varmada en önemli etkenlerdir. Ayrıca, yardımcı laboratuvar olanakları da sıklıkla doğru ve erken tanının gerçekleşmesinde belli işlevlere sahiptirler. Ancak, bütün laboratuvar yöntemlerinin yerinde ve gerektiği ölçüde kullanılması, diğer bir deyişle hastadaki bulgu ve

beklenen patolojilere göre mantıksal bir tutarlılık içinde seçilerek uygulanmaları (otomatik ve gelişmiş değil) akılcı bir yaklaşım olacaktır.

Hekim, hastasında saptadığı klinik tablonun semptomlarına ve mümkünse patogeneze ve daha az olasılıkla etiyojisine yönelik etkili ilaçları binlerce sayıda bir ilaç ormanından seçmek zorundadır. Ne var ki, günümüzde belli enfeksiyon tablolarında etkili antibiyotiklerin, çeşitli parazitlerde uygun kemoterapötiklerin, antidotu bulunan intoksikasyonlarda bu antidotların ve vitamin, mineral ve hormon eksikliklerinde bunların kendilerinin ya da analoglarının uygulaması gibi etiyojik nedenine ulaşabilen belli bazı patolojik durumlar dışında, bir çok hastalıkta tablodan sorumlu ilk nedene etkili olabilecek ilaçlar bulunmamaktadır. Bazı patolojilerin cerrahi ve benzeri fiziksel (lazer ve diğer ışın tedavileri gibi) yöntemlerle tedavi edilebilir konumları bir yana, çoğu kez, ancak hastalığın semptomlarına ve patolojik mekanizmalarına etkili ilaçlar kullanılarak ve organizmanın kendi savunma ve derlenme mekanizmalarına olanak verilip, mümkünse bunların modülasyonu ile hastalığın belli ölçüde iyileştirilmesine çalışılmaktadır. Bütün bu yaklaşımlarda eski, fakat geçerli bir kural olan, “ilkin zarar vermemek” kuralının hiç göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bu noktada ideal anlamda bir ilaçta bulunması gereken niteliklere kısaca değinmek uygun olacaktır. Bilindiği gibi, kuramsal olarak bir ilaçta bulunması istenen niteliklerin başında özgüllük, etkinlik, güvenilirlik gelmektedir. Ayrıca, problem yaratacak ilaç etkileşimlerinin olmaması, zamanla tolerans ve bağımlılık oluşturmaması, uygulama kolaylığı ve bulunabilir (ekonomik) olması da amaçlanır özelliklerdir.

Hastadaki tabloya çözüm olarak ilaç ya da ilaçları seçerken var olan patolojiye etkinliğin yanı sıra, olası ilaç yan etkilerinin, hastada bulunması mümkün başka patolojilerin, fizyolojik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, kilo, gebelik, emzirme vb.), günlük yaşam koşullarının (çalışma,

eğitim, hobiler vb) ve hastanın uyuncunun da dikkate alınması gerekmektedir.

İlaçların seçiminde, hastaya ve hastalığa uygunluğun yukarıda belirtilen özelliklerinin yanı sıra ilacın farmasötik formu, uygulama yolu ve biçimi ile tedavinin izlenmesindeki özellikler (plazma ilaç düzeylerinin ölçümü, karaciğer fonksiyon testleri, hemogram vb.), ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik nitelikleri, tolerans ve bağımlılık oluşturup oluşturmadığı, bilinen farmakogenetik yanı, allerjik ve idiyosenkrazik reaksiyonlara yol açma yatkınlığı da göz önünde tutulmaktadır.

Yukarıda belirtilen akılcı ilaç önerme koşullarını yerine getirerek başlanacak ve sürdürülecek bir tedavinin ekonomik açıdan da akılcı olması bu sürecin son koşulu sayılmalıdır. Hastalıkların tanı ve tedavi açısından ele alınıp değerlendirilmesi farmakoekonominin konusudur. Tanı ve tedavinin bu son yanı ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişme düzeylerine ve sağlık sistemlerinin yapısal özelliklerine göre değişen çözümlere sahiptir. Ancak, her ülkenin var olan kaynaklarını yurttaşlarının yararına, sosyal adaletle ve en verimli bir biçimde değerlendirmesi beklenir. Ülkemizde kamu sağlık harcamalarının genel bütçeden aldığı payın yakın yıllarda giderek küçülmesine ve bu alandaki yatırımların sınırlı kalmasına karşın, sağlıkta özel sektöre yönelik özendirici yaklaşımlar ve destekler bu alandaki yapının giderek piyasa koşullarında oluştuğunun belli göstergeleridir. Ancak, ister kamu tarafından yüklenilsin, isterse kişilerin kendi bütçelerine yansısın, doğru belirlenmiş bir tedavinin en az giderle gerçekleştirilmesi bu konudaki akılcı yaklaşımın son aşaması olmalıdır.⁷

2.4. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları

Akılcı ilaç kullanımının bilindiği üzere temelde üç ana ayağı vardır:

1. Arz ayağı; Hekimler, Eczacılar ve İlaç Endüstrisi
2. Talep ayağı; Tüketiciler/Toplum (Hastalar)
3. Düzenleyici ve denetleyici mekanizmalar; Devlet, Sivil Toplum Kuruluşları ve Geri Ödeme Kurumu ¹²

Tanı süreci ve uygun ilaç seçimi, hekim sorumluluğunda olan tıbbi-iktisadi bir etkinliktir. Bu bağlamda ilacın akılcı kullanımında ilk elden sorumlu olan da hekimdir.

İlacın yasal olarak temin edileceği tek mesleki-kamusal alan ise eczanedir. Eczanede ilaçlar, endikasyon alanlarına göre farklı farmakolojik-terapötik sınıflamalar içerisinde hastaya sunulurlar. Bu sunum, sağlık otoritesinin onayı ile oluşturulmuş, temelde iki tür ilaç kategorizasyonuna dayalı olarak yapılmaktadır. Bunlar, hekim reçetesine bağlı olan, ya da reçetesiz verilebilen ilaçlardır. Her iki kategoriye ait ilacın/ilaçların hastaya sunumu ve hastanın bilgilendirilmesi eczacıya ait bir sorumluluktur. Eczacı bu sorumluluğu ile akılcı ilaç kullanımında önemli bir görev de üstlenmektedir.

Hastane ve poliklinik hizmetlerindeki ilaç kullanımında da, hekim ilk sorumluluk sahibi olmakla beraber ilaca ilişkin bilginin pekiştirilmesinde eczacı, hemşire ve diğer sağlık personelinin de rolü bulunmaktadır.

Bu çerçevede, gerek hekim, gerekse eczacı ve diğer sağlık personeli akılcı ilaç kullanımı ilkelerine ilişkin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerde uygun eğitimi almak ve sürdürmek zorundadır. ¹⁰

Toplumun akılcı ilaç kullanımındaki rolü de göz önünde mutlaka bulundurulması gereken hususlardandır. Gazi Üniversitesi'ne

başvuran hastalarda hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıklarını tanımlamak için yapılan bir araştırmaya göre, çalışmaya katılanların %29'u doktorun önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce kestiğini, %35'i prospektüsleri okumadığını, %28'i ilaçların son kullanma tarihlerine bakmadıklarını ifade etmişlerdir. Arkadaş/akraba/komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını belirtenler %26, başkalarına ilaç tavsiye ettiğini belirtenler %23'lük bölümü oluşturmuşlardır. %45'i evlerinde şu an kullanmadıkları ilaç bulundurduğunu belirtmişlerdir.¹³

Ayrıca, ilaç endüstrisi de taraflardan diğerini oluşturmaktadır. İlaç endüstrisi, sağlık profesyonellerine ürünleri konusunda doğru bilgi ve eğitim vererek ilaçların nasıl kullanılacağını açıkça anlatmak zorunda ve sorumluluğundadır. Öne sürülen görüşler geçerli bilimsel kanıtları temel almalı ve yan etkilere, kontrendikasyonlara ve alınması gereken önlemlere yeterince yer vermelidir.¹²

2.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Yukarıdan beri verilen tanım ve konunun özüne ilişkin temel ölçütlerin aksine bir durum akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak nitelendirilmektedir. İlaç kullanım nedeninin bulunmadığı koşulda ilaçla tedavi, akılcı olmayan tıbbi etkinliğin başında gelmektedir. Endikasyon bakımından yanlış ilaç seçimi ve dolayısıyla yanlış tedavi uygulaması; etkisi şüpheli ilaçların kullanılması; ilaca ulaşmak ve erişmek, edinebilmek, güvenli ve etkili ilaç sağlanmakta yetersizlik ve doğru ilacı uygun olmayan doz, zaman aralığı ve farmasötik biçimde kullanmak diğer akılcı olmayan ilaç kullanım özelliklerini içermektedir.⁸

2.5.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri

İlaç tedavisinin optimize edilememesi nedenleri de çeşitli ve önemlidir. Bunlar bireylere özgü ve sistemik nedenler olarak ayrıştırılabilir.

Bireylere özgü sorunlar hekim, eczacı ve hasta üçgenindeki etkileşimlerden kaynaklanır. Örneğin, eğitim ve bilgi yetersizliği; objektif ilaç bilgi eksikliği; aşırı hasta yükü; uygun olmayan (yanlış) reçete yazımı, uygun olmayan doz önerisi, uygun olmayan zaman, doz aralığı ve süresi ve uygulama yolu uygunsuzluğu gibi etmenler; sosyal-politik-yönetimsel baskılara boyun eğme; sınırlı deneyimlerin genellenmesi; ilaçların etkisine dair yanlış inanışlar hekim kaynaklı sorunlar olarak biçimlenmektedir. Yanlış ilaç verilmesi; reçetesiz ilaç satışı; reçete içeriği dışında ilaç hazırlanması eczacının neden olduğu sorunlardır. Hasta uyumsuzluğu; bireysel bir etmen olarak idiosenkrazi; yanlış ya da olmayan ilaç bilgisi; yanlış inanış ve saplantılar; yanlış beklenti ve talepler; yaygın kendi kendini tedavi (self-medication) hastaya ait sorunsallardır. Tedaviye ilişkin etkilerin hasta üzerinde yanlış izlenmesi ve değerlendirilmesi ise hem hekim ve hem de eczacıya ait bir sorumluluktur. Ayrıca, gereken ilacın, gerektiği zaman ve miktarda sağlanamaması ilaç sağlama sisteminden kaynaklanan nedenler arasındadır.

Sistemik nedenlerin başında sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarına ilişkin optimizasyon problemleri bulunmaktadır. İlaç tedavisine ilişkin temel ilaç listelerinin ve standart tanı tedavi kriterlerinin olmaması akılcı ilaç kullanımının önündeki birincil nedendir. Temel olmayan ilaçlara daha kolay ulaşılabilirlik ve ilaç politikaları-ilaç yönetimi ile ilgili sorunlar da ikincil basamağı oluşturur. Bu basamakla ilgili ilaç ve eczacılık uygulamalarına ilişkin mevzuat yetersizliği ve/veya yaptırım gücünün düşüklüğü akılcı ilaç tedavisinde optimal koşulların gerçekleşmesini engeller. Mevzuat yetersizlikleri, ilaç ruhsatlandırması, ilaçların etkili ve sürekli denetimi gibi düzenleme mekanizmalarında aksaklıklara yol açar. Ayrıca ilaç fiyatlandırma sistemi ve denetimindeki yetersizlik ile ilaç endüstrisinin geneldeki etkisi, aksaklıkların daha da pekişmesine neden olur. Bu süreçte ilaç endüstrisinin genel etkisi özellikle ilaç promosyonu ile ilgili hususlarda öne çıkar. İlacın hekim, eczacı ve diğer sağlık elemanlarına tanıtımı adına yapılacak taraflı, yetersiz ve

yanlış bilgilendirme, bunu aşırı ve yasal olmayan promosyonla destekleme ve uygulamaya ilişkin sağlık ekibinden kaynaklanabilecek uygun olmayan talepler akılcı ilaç kullanım politikaları bakımından başlıca engeller olarak sayılmalıdır.⁸

2.5.2. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları

Akılcı olmayan ilaç kullanımı koşullarında toplumsal açıdan pek çok sorunun ortaya çıkması kaçınılmazdır. Bu etkiler arasında ilaçla tedavisi kalitesinin düşmesi sonucu morbidite ve mortalite de artış oluşması; parasal kaynakların yanlış tüketilmesiyle, sonuçta temel ilaçlara bile ulaşılabilirliğin azalması ve tedavi maliyetlerinin daha da yükselmesi; acil ve temel ilaçlara karşı gelişebilecek dirençce dayalı olarak tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması ve ilaçların yan etki riskinin artması sayılabilir. Toplumsal açıdan diğer önemli bir sorun da hastaların ilaç bağımlısı olması ve gereksinim olmadığı halde ilaca artan talep gibi psikososyal etkilerin ön plana çıkmasındaki artıştır. Sorunların giderilmesinde ise, mezuniyet öncesi, hizmet içi ve topluma yönelik eğitim stratejilerinin geliştirilmesi ve izlenmesi, bunların yönetsel ve mevzuat düzenlemelerini içeren çalışmalarla desteklenmesi akılcı ilaç kullanımı yönündeki engellerin aşılmasında etkin olacaktır.⁸

2.6. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Çalışmaları

Türkiye’de Sağlık Bakanlığınca AİK ile ilgili ilk çalışmalar 1992 yılında başlatılmış olup, 1992–1994 yılları arasında sahada (Eskişehir ve Bilecik’te) hekimlerin ve halkın akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışını tespit etmeye yönelik araştırmalar yapılmıştır. Nisan 1993’te Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından “Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi” isimli kitap basılmıştır. 1997 yılında İkinci Sağlık Projesi kapsamında, öncelikle Türkiye’nin bu konuda nerede bulunduğu tespit edilerek, gerekli insan gücünün geliştirilmesi amacıyla, 5

üniversite öğretim üyesi ve 1 Sağlık Bakanlığı personeli, bu konu ile ilgili eğitim almaları için Hollanda Groningen Üniversitesi Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı tarafından verilen “Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Eğitimi” programına gönderilmişlerdir. ¹⁴

Bu konu ile ilgili çalışmalar Eylül 1999’da gerçekleştirilen “Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı” ile hız kazanmıştır. Bu toplantının en önemli kazanımı Yüksek Öğretim Kurulu Üniversiteler Arası Kurul Başkanlıkları tarafından tüm tıp fakültelerine, ders programlarına rasyonel farmakoterapi eğitimini eklemelerinin tavsiye edilmesi olmuştur. ¹⁵

19 Nisan 2002 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından “İlaç Politikası Geliştirme Toplantısı” yapılmıştır. Bu toplantı sonucunda daha çok İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü’nün yeniden yapılandırılmasına yönelik öneriler sunulmuştur. Akılcı ilaç kullanımı çalışmalarının başlaması ile öncelikli olarak bu konuda var olan kaynak yetersizliğini doldurmak maksadı ile birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik olarak “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” çıkarılmış ve hekimlerimize ulaştırılmıştır. Bu yayının yanı sıra akılcı ilaç kullanımı çalışmaları kapsamında “Reçete Yazma Rehberi”, “Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi” kitaplarının da Dünya Sağlık Örgütü’nden alınan izne dayalı olarak çevirileri yapılmış ve basımları gerçekleştirilmiştir. Halen, Sağlık Bakanlığınca akılcı ilaç kullanımı çalışmaları kapsamında araştırma, eğitim ve rehber geliştirme çalışmaları Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi bünyesinde sürdürülmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda 2001 yılında 3 kez, 2006 yılında 1 kez olmak üzere Groningen Modeli örnek alınarak “Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Eğitimi” yapılarak, bugün itibarıyla akademisyenler ve

sahada çalışan hekimlerden oluşan toplam 193 kişiye akılcı ilaç kullanımı eğitici eğitimi verilmiş olup, bu konuda bir kapasite oluşumu sağlanmıştır. Katılımcılardan 89 tanesi üniversite öğretim üyesi, 104 tanesi ise Sağlık Bakanlığı merkez ve il teşkilatlarında çalışan hekimlerdir. Ayrıca, proje illeri kapsamında yaklaşık 1048 hekime akılcı ilaç kullanımı uygulamaları konusunda eğitim verilmiştir. Bu eğitim çalışmalarının bir sonucu olarak akılcı ilaç kullanımı eğitimleri halen 18 tıp fakültesinin eğitim müfredatına girmiş bulunmaktadır. Yine Bakanlığın bu konudaki eğitim faaliyetleri kapsamında 2002 ve 2006 yıllarında 2 kez Dünya Sağlık Örgütü iş birliği ile farmakoeкономи eğitimleri düzenlenmiştir.

Akılcı ilaç kullanımında mevcut durumun değerlendirilmesi amacı ile farklı aşamaları içeren araştırmalar planlanmıştır. Tüm bu çalışmalara ait raporlarda genel olarak reçete edilen ilaçların “Birinci Basamağa Yönelik Tanı Tedavi Rehberleri” baz alınarak tanıya göre akılcı reçete edilip edilmediği incelenmiş ve maliyet analizleri yapılmıştır. Erzurum, Bolu ve Adıyaman illerinde gerçekleştirilen çalışmalarda, hekimlerin reçetelerinin hem maliyet hem de kutu sayısı bazında %50’nin üzerinde akılcı olmadığı (irrasyonel) tespit edilmiştir. Sonuç olarak, iki ilaçtan birinin yanlış ya da gereksiz reçete edildiği saptanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Ankara ili Keçiören ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı araştırma bölgesi olarak seçilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği Mayıs 2007 tarihinde, Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı 32 Sağlık Ocağı, 3 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ile sağlık hizmetleri vermektedir.

Keçiören ilçesinin yıl ortası nüfusu 780.590'dır. Nüfusun cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; erkek nüfus=387.661, kadın nüfus=392.929'dur. Mayıs 2007 toplam poliklinik hasta sayısı 151.046'dır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin bilgi ve tutumlarını saptamaya yönelik tanımlayıcı nitelikte bir durum saptama araştırmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni Mayıs 2007 tarihinde Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında aktif olarak çalışan tüm pratisyen ve uzman hekimlerdir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği tarihte, Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı aktif olarak hizmet veren 32 Sağlık Ocağı ve 3 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde; fiilen çalışan 127'si pratisyen hekim ve 5'i uzman hekim olmak üzere, toplam olarak 132 hekime ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup,

Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı aktif olarak hizmet veren tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarında fiilen çalışan tüm hekimler araştırmaya alınmıştır.

Uygulanan anketi cevaplayan hekim sayısı 107 olup, tüm evrenin %81,06'sına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayan hekim sayısı 25'dir. Bunlardan 3'ü anket formlarına doldurmak istemediklerini ifade eden bir yazı ile geri verirken, diğerleri neden belirtmemişlerdir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi ve tutumları
- Hekimlerin hastalarına bilgi verme sıklığı
- Hekimlerin hastalarına hastalığı hakkında bilgi verme durumu
- Hekimlerin ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi
- Hekimlerin ilaç yazarken kullandıkları bilgi kaynağı sayıları
- Hekimlerin ilaç seçiminde dikkate aldıkları kriter sayıları
- Hekimlerin hasta başına ayırdıkları ortalama muayene süresi

Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet
- Yaş
- Mezun olunan tıp fakültesi
- Tıp fakültesinden mezuniyet yılı
- Birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışma süresi
- Reçete yazarken bilgi kaynaklarını kullanma

- Kullanılan bilgi kaynakları
- Hastalara ayrılan ortalama muayene süresi
- Akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış olmak

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada veri kaynağı olarak 45 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anket formu örneği EK 1’de yer almaktadır.

Anket formunda yer alan sorular beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hekimlerin cinsiyeti, yaşı, mezun olduğu tıp fakültesi, tıp fakültesinden mezun olduğu tarih, meslek unvanı, birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışma süresi gibi bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sorular yer almıştır. İkinci bölümde; AİK ile ilgili bilgi ve tutumlarını ölçen sorular sorulmuştur. Buna göre; hekimlerin hastalarını hastalıkları hakkında bilgilendirme, hastayı ilaçları konusunda bilgilendirme, reçete ettiği ilaçların fiyatlarını bilme, hastalarına ilaç dışı tedavi önerme, tedavi ile ilgili verdiği bilgiyi hastaya tekrarlatma alışkanlıkları, ilaç seçiminde dikkate aldığı kriterler ve ilaçlarla ilgili yararlandığı bilgi kaynakları vb. sorgulanmıştır. Anket formunun üçüncü bölümünde; reçete yazma konusunda tutumlarını ölçmeye yönelik sorular yer almıştır. Dördüncü bölümde; günde ortalama olarak kaç ilaç firması temsilcisi tarafından ziyaret edildikleri, bu görüşmelerin hekimlerin reçetelerine yansıma durumu sorgulanmıştır. Beşinci bölümde ise; hekimin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen akılcı ilaç kullanımı çalışmalarından haberdarlığı, bu konuda eğitim almak isteme durumu ile ilgili sorular sorulmuş ve konuyla ilgili ilave görüşleri alınmaya çalışılmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulama şekli

Araştırmada, 2007 yılı Mayıs ayında Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık hizmeti veren çeşitli kuruluşlarda çalışan 132 hekime, anket formu dağıtılmış, yanıtlanması istenmiş ve daha sonra toplanmıştır. Anket formunun başına, çalışmanın yapılma amacını anlatan ve toplanacak verilerin sadece bu amaç doğrultusunda kullanılacak olduğunu belirten bir metin eklenmiştir.

Araştırma öncesinde;

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli izinin alınması amacıyla Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığıyla Ankara Valiliği Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne resmi yazı ile başvuru yapılmış olup, alınan yazılı izin çerçevesinde araştırmaya başlanmıştır.

Ayrıca, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Gölbaşı Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında görev yapan, rastgele seçilen 20 hekimden anket formunu gönüllü olarak doldurmaları istenerek, pilot bir çalışmayla form sahada denenmiştir. Alınan geri bildirimler doğrultusunda, anket formu üzerinde düzeltmeler gerçekleştirilerek, asıl hedef grup üzerinde uygulanmaya elverişli hale getirilmesi sağlanmıştır.

Araştırmada, 107 (%80,06) hekim tarafından yanıtlanan anket formları değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmada Kullanılan Terim, Tanım ve Kabul Edilen Kriterler

Akılcı İlaç Kullanımı	: Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı dört temel kriter üzerine kurulmuştur; etkililik, güvenlik, uygunluk ve maliyet.
Reçete	: Hekimin, hastanın kullanması gereken tıbbi maddeleri vermesi için eczacıya yazdığı talimat.
Tanı	: Hastalığın adı.
Sosyal Güvence	: Kişileri sağlık, emeklilik vb. gibi bazı risklere karşı korumak, onlara parasal destek sağlamak anlamında kullanılan genel bir terim.
RPT	: Başka bir doktorun yazdığı ilaçları reçeteleme.
Doz	: Hastaya bir defada verilen ilaç miktarı.
Tedavi Süresi	: Kişiyi iyileştirmek, hastalığın ilerlemesini önlemek, hastalığı geriletmek ya da tümü ile ortadan kaldırarak hastayı sağlığına kavuşturmak amacı ile yapılan tıbbi, cerrahi ya

da diğerk yöntemler dâhil her türlü işlemin uygulandığı zaman birimi.

İlacın Etkisi : Kullanılan maddenin bir yarar sağlayıp sağlamadığını ifade eder.

Yan Etki : İlaçların normal kullanma dozu uygulandığı halde, uygulanan kişide görülen istenmeyen etkiler.

Endikasyon : Hastada belirli bir tedavi veya müdahale uygulanmasına karar verilmesini gerektiren durum ya da belirti.

Kontrendikasyon : Hastalığın tedavisinde kullanılmaması gereken ilaç.

Saklama Koşulu (Stabilite) : İlaçların etkisini kaybetmemesi için ısı, ışık vb. gibi dikkat edilmesi gereken ortam kuralları.

Etkileşim : Bir ilacın aynı zamanda alınan başka bir ilaç nedeniyle, asıl etkisinden farklı bir etki ortaya çıkarması.

Biyoyararlanım : Bir müstahzarın, etkinliği daha önce saptanmış olan başka bir müstahzar ile aynı

etkin maddeyi içermesi ve aynı etkinlik ve güvenliği klinik olarak göstermesi halidir.

Biyoeşdeğerlilik : İki farklı müstahzarın, aynı etkin maddenin veya maddelerin (ilaçların) aynı molar miktarını, aynı veya karşılaştırılabilir standartlara uyan farmasötik şekiller içinde içermesi hali.

Güvenlilik : İlacın yan tesirinin diğer ilaçlardan daha az olması durumu.

Uygunluk : İlacın hastanın klinik bulgularına ve kişisel özelliklerine göre olması.

K-ilaç : Kişisel ilaç. Hekimin belirli endikasyonlarda öncelikli seçimini oluşturan, sürekli reçete etmek için seçtiği ve iyi tanıdığı ilaçlardır.

3.8. Veri Analizi

Verilerin temizlenmesi ve elektronik ortama aktarılması araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Araştırmanın verileri, istatistiksel analizleri için SPSS 13.0 bilgisayar programında girilerek değerlendirmeye uygun hale getirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde ve ortalamalar hesaplanmıştır. Çıkarımsal istatistiksel yöntem olarak ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Not: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla, akılcı ilaç kullanımı tanımı 6 seçenekte hekimlere sunulmuş, birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri belirtilmiştir. İşaretleme sayısına göre; 1–2 seçenek “yetersiz”, 3–4 seçenek “orta yeterlilik” ve 5–6 seçenek “yeterli” olarak kabul edilerek istatistiki analizi gerçekleştirilmiştir.

Akılcı tedavi sürecini uygularken, ilaç seçmede dikkate alınması gereken kriterler 4 seçenekte (etkililik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet) hekimlere sunulmuş ve birden fazla şık işaretleyebilecekleri belirtilmiştir.

3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Araştırmada ilk kısıtlılık nedenini, gerekli izinlerin alınmasındaki prosedür oluşturmuştur.

Ayrıca, açık uçlu sorularda yazıların okunmasında karşılaşılan güçlük diğer kısıtlılık nedenidir.

Bir diğer kısıtlılık nedenini ise, verilerin hekim beyanına dayalı olması oluşturmuştur.

3.10. Etik Konular

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden yazılı izin alınmıştır.

Anket uygulanmasında ve sonuçların değerlendirilmesinde hekim kimlik bilgileri alınmamıştır.

3.11. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın tüm aşamalarındaki harcamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.12. Araştırmanın Takvimi

Araştırma Ekim 2006 ile Ağustos 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Ekim 2006 tarihinden itibaren konu ile ilgili literatür araştırması yapılmaya başlanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı konusu ile ilgili bilgiler toplanmıştır. Toplanan bilgiler ışığında çalışma planlanmış ve Ocak 2007'de uygulanacak anket formunun hazırlanması çalışmalarına başlanmıştır. Hazırlanan anket formuna, Nisan 2007 tarihinde araştırma bölgesi dışında rastgele seçilen iki sağlık ocağında görev yapan hekimler üzerinde ön denemeleri yapılarak, gerekli düzenlemelerden sonra son halinin verilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden Mayıs 2007 tarihinde yazılı izin alınmıştır. Alınan iznin ardından, Mayıs 2007 tarihinde Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında aktif olarak görev yapan hekimlerce anket formunun doldurulması sağlanmıştır.

Verilerin ilgili tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarından toplanmasından sonra, Haziran-Eylül 2007 tarihleri arasında bilgisayara aktarılması işlemi gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın analizleri ve raporunun yazılması ise Ağustos 2008'de tamamlanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada kullanılan anket formunda yer alan soruların gruplandırılmasıyla, elde edilen bulgular üç bölüm halinde sunulmuştur. Bu bölümler:

1. Hekimlerin bazı tanımlayıcı özellikleri
2. Hekimlerin hasta bakımı ve ilaç reçeteleme konusundaki bilgi ve tutumları
3. Hekimlerin eğitim ve bilgi kaynaklarına karşı yaklaşımlarıdır.

4.1. Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya toplam 107 hekim katılmıştır. Araştırmaya katılan 107 hekimin %41,1'i erkek (n=44), %58,9'u kadın (n=63) dır. Yaş ortalaması $37,86 \pm 6,34$ ve ortancası 37 (26–54)'dir.

Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyet dağılımları Tablo 4.1.1. ve yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 4.1.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyet Dağılımları, Mayıs 2007, Ankara.

Cinsiyet	Sayı	Yüzde*
Erkek	44	41,1
Kadın	63	58,9
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Tablo 4.1.2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları, Mayıs 2007, Ankara.

Yaş Grupları	Sayı	Yüzde*
20–29	7	6,6
30–39	64	60,4
40–49	28	26,4
50–59	7	6,6
Toplam	106**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Katılımcıların %60,4'ü (n=64) 30–39 yaş grubunda yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımları Tablo 4.1.3.'de yer almaktadır.

Tablo 4.1.3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımları, Mayıs 2007, Ankara.

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek Sayı	Erkek Yüzde*	Kadın Sayı	Kadın Yüzde*	Toplam Sayı	Toplam Yüzde**
20–29	1	14,3	6	85,7	7	6,6
30–39	18	28,1	46	71,9	64	60,4
40–49	19	67,9	9	32,1	28	26,4
50–59	6	85,7	1	14,3	7	6,6
Toplam	44	41,5	62	58,5	106***	100,0

*: Satır yüzdesi **: Kolon yüzdesi

***: Bu soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerden; erkeklerin %85,7'si 50–59 yaş grubunda yer alırken, kadınların %85,7'si 20–29 yaş grubunda yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin mezuniyet yıllarına ait bilgiler Tablo 4.1.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.1.4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mezuniyet Yılı Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Mezuniyet Yılı	Sayı	Yüzde*
2006 ve sonrası	2	1,9
2001–2005	8	7,5
1996–2000	38	35,5
1991–1995	30	28,0
1986–1990	17	15,9
1981–1985	10	9,3
1980 ve öncesi	2	1,9
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Hekimlerin %35,5'i 1996–2000 yılları arasında mezun olmuştur. İkinci sırada, %28 ile 1991–1995 yılları arasında mezun olan hekimler gelmektedir. Hekimlerin %1,9'u 2006 ve 2007 yılı mezunudur.

Araştırmaya katılan hekimlerin mezun oldukları tıp fakültelerine göre dağılımları Tablo 4.1.5.'de verilmiştir.

Tablo 4.1.5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mezun Oldukları Tıp Fakültelerinin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Mezun Olunan Tıp Fakültesi	Sayı	Yüzde*
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	16	15,0
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	16	15,0
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi	9	8,4
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi	8	7,5
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	7	6,5
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi	6	5,6
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi	5	4,7
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi	4	3,7
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	4	3,7
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	2,8
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	2,8
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	2,8
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	2,8
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	2,8
Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	2,8
Yurt Dışı Tıp Fakülteleri	3	2,8
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	1,9
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	1,9
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	1,9
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2	1,9
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	1	0,9
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	0,9
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	0,9
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler içinde, en büyük grubu %15,0 ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunları oluşturmaktadır. İkinci sırada %8,4 ile Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunları gelmektedir. %7,5 ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunları üçüncü sırada gelmektedir. Bunların yanı sıra hekimlerin 3'ü (%2,8) yurt dışında bulunan tıp fakültelerinden mezun olmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin meslek unvanları ve meslek unvanlarına göre cinsiyet dağılımları Tablo 4.1.6. ve Tablo 4.1.7.' de verilmiştir.

Tablo 4.1.6. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Meslek Unvanı Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Meslek Unvanı	Sayı	Yüzde*
Pratisyen Hekim	104	97,2
Uzman Hekim	3	2,8
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Tablo 4.1.7. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Meslek Unvanlarına Göre Cinsiyet Dağılımları, Mayıs 2007, Ankara.

Meslek Unvanı	Cinsiyet				Toplam	
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde**
Pratisyen Hekim	43	41,3	61	58,7	104	97,2
Uzman Hekim	1	33,3	2	66,7	3	2,8
Toplam	44	41,1	63	58,9	107	100,0

*: Satır yüzdesi

**: Kolon yüzdesi

Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin %97,2'si pratisyen hekimdir. Pratisyen hekimlerin %58,7'si kadındır. Uzman hekimlerin ise 1'i erkek, 2'si kadındır.

Araştırmaya katılan hekimlerin, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışma sürelerinin dağılımı Tablo 4.1.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.1.8. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Birinci Basamak Kuruluşunda Çalışma Sürelerinin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışma Süresi	Sayı	Yüzde*
< 1 yıl	5	4,7
1–5 yıl	18	16,8
6–10 yıl	34	31,8
11–15 yıl	30	28,0
16–20 yıl	11	10,3
21–25 yıl	6	5,6
25 yıl >	3	2,8
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Hekimlerin birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışma sürelerine bakıldığında, yaklaşık %31,8'inin 6–10 yıl arası süreyle çalıştıkları görülmektedir. Bir yıldan az bir süredir çalışanlar ise %4,7'dir.

Hekimlerin birinci basamakta çalışma süreleri, “5 yıldan az” ve “5 yıl ve üzeri” olarak gruplandırılmış ve sonuçlar Tablo 4.1.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.1.9. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Birinci Basamak Kuruluşunda Çalışma Sürelerinin Gruplamasının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışma Süresi	Sayı	Yüzde*
5 yıldan az	15	14,0
5 yıl ve üzeri	92	86,0
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Hekimlerin %14,0'ünün 5 yıldan daha az ve %86,0'sının 5 yıl ve daha fazla süredir birinci basamak sağlık kuruluşunda çalıştıkları görülmektedir.

4.2. Hekimlerin Hasta Bakımı ve İlaç Reçeteleme Konusundaki Bilgi ve Tutumları

Araştırmaya katılan hekimlerin günlük muayene sayılarının dağılımları iki farklı grupta ile değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 4.2.1. ve Tablo 4.2.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günlük Muayene Sayılarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Muayene Sayısı / Gün	Sayı	Yüzde*
25 ve altı	5	4,7
26–50	29	27,1
51–75	31	29,0
76–100	40	37,4
101–125	1	0,9
126–150	1	0,9
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Hekimlerin günde muayene ettikleri ortalama hasta sayısı 76–100 arasında olanlar %37,4'ünü oluşturmaktadır. Hekimlerin sadece %1,8'i günde 100'ün üzerinde hasta muayene ettiklerini beyan etmişlerdir.

Tablo 4.2.2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günlük Muayene Sayılarının Gruplamasının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Muayene Sayısı / Gün	Sayı	Yüzde*
50 ve altı	34	31,8
51–100	71	66,4
101–150	2	1,9
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Hekimlerin %66,4'ü günde 51–100 arasında hasta muayene ettiklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin muayene ettikleri hastalara reçete yazma yüzdeleri dağılımı Tablo 4.2.3.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçete Yazma Yüzdelerinin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Reçete Yazma Yüzdesi	Sayı	Yüzde*
26–50	6	5,7
51–75	10	9,4
76–100	90	84,9
Toplam	106**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %84,9'u muayene ettikleri hastaların yüzde 76 ila 100'üne reçete yazdıklarını beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin günlük hasta sayıları ve reçete yazma yüzdelerinin dağılımı Tablo 4.2.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günlük Muayene Sayıları ve Reçete Yazma Yüzdelerinin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Hata	Std. Sapma
Günlük Muayene Sayısı (n=107)	10	140	67,95	2,43	25,09
Hastalara Reçete Yazma Yüzdesi (n=106)	40	100	85,96	1,25	12,82

Hekimlerin bir günde baktıkları ortalama hasta sayısı $67,95 \pm 25,09$ 'dur. Bu sayı 10 ile 140 arasında değişmektedir. Gelen hastalara reçete yazma yüzdesi ortalaması ise $85,96 \pm 12,82$ 'dir.

Araştırmaya katılan hekimlerin reçetelerinde yer alan ortalama ilaç kalem sayısı 5 seçenek sorularak araştırılmış ve Tablo 4.2.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçetelerinde Yer Alan İlaç Kalem Sayısı Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

İlaç Kalem Sayısı	Sayı	Yüzde*
2 kalem	12	11,2
3 kalem	71	66,4
4 kalem	24	22,4
Toplam	107	100,0

*: Kolon yüzdesi

Hekimlerin %66,4'ü reçetelerinde ortalama 3 kalem ilaç yer aldığını belirtmiştir. Reçetelerinde 4 kalem ilaç yer aldığını belirtenler %22,4'le ikinci sırada yer alırken, 1 ve 4'den fazla cevabını veren olmamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin hastalarına muayene için ayırdıkları ortalama sürenin dağılımı Tablo 4.2.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.2.6. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Muayene İçin Ayırdıkları Ortalama Sürenin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Hastaya Ayrılan Ortalama Süre	Sayı	Yüzde*
1–4 dakika	27	26,0
5–9 dakika	47	45,2
10–14 dakika	20	19,2
15 dakika ve üzeri	10	9,6
Toplam	104**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 104 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %45,2'si hastalarına ortalama olarak 5–9 dakika, %26,0'sı 1–4 dakika, %19,2'si ise 10–14 dakika arasında değişen süreleri ayırmaktadır. On beş dakika üzerinde süre ayırdığını belirtenler %9,6'dır.

Katılımcı hekimlerin bir günde muayene ettikleri hasta sayısına göre hasta başına ayırdıkları sürelerin dağılımı Tablo 4.2.7.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.7. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günde Ortalama Olarak Muayene Ettikleri Hasta Sayısına Göre Hasta Başına Ayırdıkları Sürelerin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Muayene Edilen Ortalama Hasta Sayısı (Günde)	Hasta Başına Ayrılan Ortalama Muayene Süresi									
	1–4 dakika		5–9 dakika		10–14 dakika		15 dakika ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
25 ve altı	-	-	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5	4,8
26–50	3	10,3	14	48,3	9	31,0	3	10,3	29	27,9
51–75	6	20,0	17	56,7	5	16,7	2	6,7	30	28,8
76–100	17	44,7	14	36,8	4	10,5	3	7,9	38	36,5
101–125	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	1,0
126–150	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	1,0
Toplam	27	26,0	47	45,2	20	19,2	10	9,6	104	100,0

*: Satır yüzdesi **: Kolon yüzdesi

Günde 25 ve daha az hasta muayene eden hekimlerin %40,0'ı hastalarına ortalama 15 dakika ve üzerinde süre ayırdığını belirtmekteyken, günde 76–100 hasta muayene eden hekimlerin ancak %7,9'u hastalarına 15 dakika ve üzerinde süre ayırdığını belirtmiştir.

Hekimlerin hastalarına muayene etmeden ilaç yazma durumları Tablo 4.2.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.8. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Muayene Etmeden İlaç Yazma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Muayene Etmeden İlaç Yazma Durumu	Sayı	Yüzde*
Yazan	3	2,9
Yazmayan	56	53,3
Bazen yazan	46	43,8
Toplam	105**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 105 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin hastalarını muayene etmeden ilaç yazma durumlarına bakıldığında, %53,3'ü muayene yapmadan ilaç yazmadıklarını belirtmişlerdir.

Hastalar tarafından talep edilen (hastanın önceden kullandığı, eczaneden aldığı vb.) ilaçların hekimler tarafından reçete edilme durumunun dağılımı Tablo 4.2.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.2.9. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hasta İsteği ile İlaç Yazma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Hasta İsteği ile İlaç Yazma Durumu	Sayı	Yüzde*
Yazan	13	12,3
Yazmayan	28	26,4
Bazen yazan	65	61,3
Toplam	106**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin %61,3'ü hastalar tarafından talep edilen (hastanın önceden kullandığı eczaneden aldığı vb.) ilaçları bazen reçete ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu soruya “hayır” diyen hekimlerin yüzdesi ise 26,4'dür.

Araştırmaya katılan hekimlerin yazdıkları ilaçların fiyatlarını bilme durumu dağılımı Tablo 4.2.10.'da sunulmuştur.

Tablo 4.2.10. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdıkları İlaçların Fiyatlarını Bilme Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

İlaç Fiyatı Bilme Durumu	Sayı	Yüzde*
Genelde Biliyorum	56	52,8
Çok Az Biliyorum	43	40,6
Hiç Bilmiyorum	7	6,6
Toplam	106**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : (Bu soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %52,4'ü reçetelerinde yer alan ilaçların fiyatlarını genellikle bildiklerini, %47,2'si çok az bildiğini veya hiç bilmediğini belirtmektedir.

Toplam sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının payı hakkında hekimlerin düşüncelerinin dağılımına bakıldığında, çıkan sonuçlar Tablo 4.2.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.11. Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde İlaç Harcamalarının Payı Hakkında Hekimlerin Düşüncelerinin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

İlaç Harcamalarının Payı Hakkındaki Düşünceleri	Sayı	Yüzde*
Çok yüksek	20	19,2
Yüksek	57	54,8
Normal	14	13,5
Düşük	4	3,8
Fikrim yok	9	8,7
Toplam	104**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 104 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin yaklaşık %54,8'i toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payının yüksek olduğunu düşünmekte, %13,5'i normal bulmaktadır. Hekimlerin %19,2'si çok yüksek bulunduğunu söylerken, çok düşük cevabını veren olmamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumlarının dağılımı 4.2.12.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.12. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumu	Sayı	Yüzde*
Alan	21	11,6
Almayan	82	88,4
Toplam	103**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 103 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin yaklaşık %11,6'sı daha önce akılcı ilaç kullanımı eğitimi almıştır. Eğitim alan 21 kişinin 14'ü eğitim aldıkları yerleri; Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı (4 kişi) ve taşra teşkilatı (9 kişi) olarak belirtirken, sadece 1 kişi tıp fakültesinden aldığını belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı'ndan eğitim alanlar, eğitim alanların %92,9'unu oluşturmaktayken, üniversiteden eğitim aldığını belirten 1 kişi (%7,1) bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı tanımına ilişkin yanıtlarının dağılımı Tablo 4.2.13.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.13. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Tanımına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Akılcı İlaç Kullanımı Tanımına İlişkin Yanıtlar	Sayı	Yüzde*
Etkili İlaç Yazılması	79	76,7
Güvenli İlaç Yazılması	64	62,1
Uygun İlaç Yazılması	75	72,8
Uygun Maliyetli İlaç Yazılması	75	72,8
Uygun Dozda İlaç Yazılması	77	74,8
Uygun Süre İlaç Kullanımı	73	70,9

*: Bu soruya cevap veren 103 kişi üzerinden sunulmuştur.
(Hekimler birden fazla seçenek ifade ettiğinden yüzdelerin toplamı 100,0 etmemektedir.)

Akılcı ilaç kullanımı tanımında; hekimlerin %76,7'si etkili ilaç yazılması, %74,8'i uygun dozda ilaç yazılması, %72,8'i uygun ilaç yazılması ve uygun maliyetli ilaç yazılması, %70,9'u uygun süre ilaç kullanımı seçeneklerine cevaplarında yer vermişlerdir. Güvenli ilaç yazılması şikkını işaretleyenlerin sıklığı ise %62,1'dir.

Araştırmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı tanımına ilişkin yanıtlarının işaretledikleri seçenek sayısına göre dağılımı Tablo 4.2.14.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.14. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Tanımına İlişkin Yanıtlarının İşaretledikleri Seçenek Sayısına Göre Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Akılcı İlaç Kullanımı Tanımına İlişkin Yanıtlar (İşaretlenen Seçenek Sayısı)	Sayı	Yüzde*
Bir seçenek	13	12,6
İki Seçenek	8	7,8
Üç Seçenek	9	8,7
Dört Seçenek	17	16,5
Beş Seçenek	14	13,6
Hepsi	42	40,8
Toplam	103**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 103 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %12,6'sı "Akılcı İlaç Kullanımı"nın ne olduğunu tek seçenekle açıklamaya çalışmışlardır. %40,8'i tüm seçenekleri işaretleyerek "Akılcı İlaç Kullanımı"nın ne olduğunu doğru olarak bilmişlerdir. %16,5'i dört, %13,6'sı beş seçeneği işaretleyerek doğru yanıtı oldukça yaklaştırmışlardır.

Akılcı ilaç kullanımı eğitimi alan ve almayan hekimlerin, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin dağılımı Tablo 4.2.15.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.15. Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alan ve Almayan Hekimlerin, Akılcı İlaç Kullanımı Bilgi Düzeylerinin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

	Akılcı İlaç Kullanımı Bilgi Düzeyi						Toplam	
	Yetersiz		Orta Yeterlilikte		Yeterli			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
AİKE alanlar (n=21)	5	23,8	5	23,8	11	52,4	21	21
AİKE almayanlar (n=79)	16	20,3	21	26,6	42	53,2	79	79
Toplam	21	21	26	26	53	100,0	100***	100,0

Pearson Ki-kare= 0,151 p= 0,927

*: Satır yüzdesi

** : Kolon yüzdesi

***: Her iki soruya cevap veren 100 kişi üzerinden sunulmuştur.

AİKE: Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi

Akılcı ilaç kullanımı eğitimi alan ve almayan hekimlerin, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin dağılımına bakıldığında; eğitim alan hekimlerin %52,4'ünün, almayanların %53,2'sinin bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur.

Eğitim alanlarla almayanlar arasında bilgi düzeyi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hekimlerin sık karşılaştıkları hastalıklar için kişisel tedavilerinin olma durumlarının dağılımı Tablo 4.2.16.'da verilmiştir.

Tablo 4.2.16. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sık Karşılaştıkları Hastalıklar İçin Kişisel Tedavilerinin Olma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Kişisel Tedavi	Sayı	Yüzde*
Var	72	69,9
Yok	31	30,1
Toplam	103**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 103 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %69,9'unun sık karşılaştıkları hastalıklar için kişisel tedavilerinin olduğu şeklinde beyanları olmuştur.

Araştırmaya katılan hekimler tarafından ilaç seçiminde kullanılan kriterlerin dikkate alınma durumları Tablo 4.2.17.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.17. Araştırmaya Katılan Hekimler Tarafından İlaç Seçiminde Kullanılan Kriterlerin Dikkate Alınma Durumları, Mayıs 2007, Ankara.

Dikkate Alınan Kriterler	Sayı	Yüzde*
Etkililik	99	92,5
Güvenlilik	87	81,3
Uygunluk	74	69,2
Maliyet	74	69,2

*: Yüzde 107 hekim üzerindendir.

(Hekimler birden fazla seçenek ifade ettiğinden yüzdelerin toplamı 100,0 etmemektedir.)

Tablo 4.2.17.'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hekimlerin %92,5'i etkililiği, %81,3'ü güvenliliği, %69,2'si uygunluğu ve %69,2'si maliyeti reçete yazarken ilaç seçiminde dikkate aldıkları temel kriterler olarak belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumlarına göre ilaç seçiminde dikkate aldıkları kriter sayılarının dağılımı Tablo 4.2.18.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.18. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumlarına Göre İlaç Seçiminde Dikkate Aldıkları Kriter Sayılarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

		1 kriter	2 kriter	3 kriter	4 kriter	Toplam
AİKE Alan	n	3	3	3	12	21
	%*	14,3	14,3	14,3	57,1	100,0
AİKE Almayan	n	10	14	13	45	82
	%*	12,2	17,1	15,8	54,9	100,0
Toplam	n	13	17	17	59	106**
	%*	12,3	16,0	16,0	55,7	100,0

Pearson Ki-kare= 0,179 p= 0,981

*: Satır yüzdesi

AİKE: Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi

** : Her iki soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumlarına göre ilaç seçiminde dikkate aldıkları kriter sayıları dağılımına bakıldığında, eğitim alan hekimlerin %57,1'inin, eğitim almayan hekimlerinse %54,9'unun dört kriteri birden dikkate aldıkları saptanmıştır.

Eğitim alanlarla almayanlar arasında, ilaç seçiminde yeterli sayıda kriter kullanma yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hekimlerin ilaç yazarken bilgi kaynaklarından yararlanma durumlarının dağılımı Tablo 4.2.19.'da, bilgi kaynaklarının dağılımı ise Tablo 4.2.20.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.19. Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Yazarken Bilgi Kaynaklarından Yararlanma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Bilgi Kaynaklarından Yararlanma Durumu	Sayı	Yüzde*
Yararlanırım	96	92,3
Yararlanmam	8	7,7
Toplam	104**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 104 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %92,3'ü reçete yazarken çeşitli bilgi kaynaklarından yararlandığını belirtmektedir.

Tablo 4.2.20. Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Yazarken Yararlandıkları Bilgi Kaynaklarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Bilgi Kaynakları	Sayı	Yüzde*
Vademecum	85	86,7
Tanı ve Tedavi Rehberleri	64	65,3
Meslektaş Tecrübeleri	47	48,0
İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmaları	27	27,6
Türkiye İlaç Kılavuzu	21	21,4

*: Bu soruya cevap veren 98 kişi üzerinden sunulmuştur.

(Hekimler birden fazla seçenek ifade ettiğinden yüzdelerin toplamı 100,0 etmemektedir.)

Sadece bir bilgi kaynağından yararlanan hekimler %17,5'dir. "Vademecum" ve "Tanı ve Tedavi Rehberi-Vademecum- Meslektaş Tecrübeleri" cevapları en sık verilen cevaplar olmuştur. İkinci sırada, (%12,2) "Tanı ve Tedavi Rehberleri-Vademecum" cevabı yer almıştır. Vademecum, %86,7 ile en çok yararlanılan bilgi kaynağıdır. Tanı ve Tedavi Rehberleri ikinci sırada gelmektedir (%65,3).

Araştırmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumlarına göre ilaç yazarken yararlandıkları bilgi kaynak sayılarının dağılımı Tablo 4.2.21.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.21. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumlarına Göre İlaç Yazarken Yararlandıkları Bilgi Kaynak Sayılarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

		1 kaynak	2 kaynak	3 kaynak	4 kaynak	5 kaynak	Toplam
AİKE Alan	n	5	6	6	2	1	20
	%*	25,0	30,0	30,0	10,0	5,0	100,0
AİKE Almayan	n	16	22	23	11	2	74
	%*	21,6	29,7	31,1	14,9	2,7	100,0
Toplam	n	21	28	29	13	3	94
	%*	22,3	29,8	30,9	13,8	3,2	100,0

Ki-kare = 0,609 p = 0,962

*: Satır yüzdesi

AİKE: Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi

AİKE alan hekimlerle almayanlar arasında ilaç yazarken kullanılan başvuru kaynak sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hekimlerin genel ilaç bilgileri ile bilgi düzeyleri hakkındaki kendi değerlendirmelerinin dağılımı Tablo 4.2.22.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.22. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Genel İlaç Bilgileri ile Bilgi Düzeyleri Hakkındaki Kendi Değerlendirmelerinin Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

	İlaçla İlgili Bilgi Düzeyi										
	Çok İyi		İyi		Orta		Kötü		Çok Kötü		Toplam
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n
Etki Mekanizması	16	15,2	67	63,8	22	21,0	-	-	-	-	105
Bileşim	18	17,6	65	63,7	18	17,6	1	1,0	-	-	102
Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlilik	13	12,6	44	42,7	45	43,7	1	1,0	-	-	103
Endikasyon	42	40,8	60	58,3	1	1,0	-	-	-	-	103
Kontrendikasyon	27	26,0	55	52,9	21	20,2	1	1,0	-	-	104
Yan Etki	18	17,5	56	54,4	29	28,2	-	-	-	-	103
İlaç Etkileşimleri	10	9,7	44	42,7	47	45,6	2	1,9	-	-	103
Uygulama Şekli	40	38,8	62	60,2	1	1,0	-	-	-	-	103
Doz	46	45,5	55	54,5	-	-	-	-	-	-	101
Saklama Koşulları	20	19,6	62	60,8	18	17,6	2	2,0	-	-	102
Gebelikte Kullanım	26	25,5	65	63,7	10	9,8	1	1,0	-	-	102
Fiyat	10	9,7	32	31,1	52	50,5	6	5,8	3	2,9	103
Piyasada Bulunabilirlik	11	10,7	52	50,5	33	32,0	5	4,9	2	1,9	103

* Satır yüzdesi

Hekimlerin genel ilaç bilgileri konusunda, bilgi düzeyleri kendileri tarafından belirtilen değerlendirmelerine göre şöyle bulunmuştur: bilgi düzeyinin çok iyi olduğu durum %45,5 ile “ilaç dozları bilgisi”, iyi olduğu durum %63,8 ile “etki mekanizması” olduğu görülmektedir. Orta düzeyde olduğu durum ise %50,5 ile “ilaç fiyat bilgisi”dir. Bilgi düzeyinin çok kötü veya kötü olduğu durumu da, yine ilaç fiyat bilgisi olarak (%8,7) tanımlamışlardır. İlaç fiyatları bilgisinin çok iyi olduğunu söyleyenler genel ilaç bilgileri içindeki seçenekler arasında %9,7’lik sıklıkla ilaç fiyat bilgisi ve ilaç etkileşimlerini göstermişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin hastalarına hastalığı hakkında bilgi verme durumları Tablo 4.2.23.’de sunulmuştur.

Tablo 4.2.23. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Hastalığı Hakkında Bilgi Verme Durumları, Mayıs 2007, Ankara.

Hastalık Hakkında Bilgi Verme Durumu	Sayı	Yüzde*
Veren	99	98,0
Vermeyen	2	2,0
Toplam	101**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 101 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %98,0’i hastalarına hastalığı hakkında bilgi verdiklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin hastalarına hastalığı hakkında verdikleri bilgilerin dağılımı Tablo 4.2.24.’de sunulmuştur.

Tablo 4.2.24. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Hastalığı Hakkında Bilgi Verme Durumunun Verdikleri Bilgilere Göre Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Hastaya Verilen Bilgi	Veren		Vermeyen		Toplam
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	
Hastalığının ismi	97	98,0	2	2,0	99
Hastalığının nedeni hakkında bilgi	89	92,7	7	7,3	96
Hastalığının sonuçları hakkında bilgi	88	94,6	5	5,4	93
Hastalığının tedavisi hakkında bilgi	98	99,0	1	1,0	99

*: Satır Yüzdesi

Hastalarına hastalığı hakkında bilgi verdiğini söyleyen doktorların %99,0'u hastalığının tedavisi hakkında bilgi verdiklerini, %98,0'i hastalığın ismini söylediğini, %94,6'sı hastalığının sonuçları ve %92,7'si nedeni hakkında bilgi verdiklerini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin hastalarına tedavi amaçları ile ilgili bilgi verme durumları Tablo 4.2.25.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.25. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Tedavi Amaçları ile İlgili Bilgi Verme Durumları, Mayıs 2007, Ankara.

Tedavi Amaçları ile İlgili Bilgi Verme	Sayı	Yüzde*
Veren	89	88,1
Vermeyen	12	11,9
Toplam	101**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** Bu soruya cevap veren 101 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %88,1'i hastalarına tedavi amaçları (tedavi ile neyi başarmak istedikleri) ile ilgili bilgi vermektedirler.

Araştırmaya katılan hekimlerin ilaç seçiminde hastanın sosyal güvencesi olmasının fark oluşturması durumu Tablo 4.2.26.'da sunulmuştur.

Tablo 4.2.26. Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Seçiminde Hastanın Sosyal Güvencesi Olmasının Fark Oluşturması Durumu, Mayıs 2007, Ankara.

İlaç Seçiminde Sosyal Güvencenin Fark Oluşturması Durumu	Sayı	Yüzde*
Oluşturur	52	50,0
Oluşturmaz	14	13,5
Bazen oluşturur	38	36,5
Toplam	104**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** Bu soruya cevap veren 104 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %50,0'si hastanın sosyal güvenceye sahip olmasının, ilaç seçimlerinde fark oluşturduğunu beyan etmişlerdir. Fark oluşturmadığını söyleyenler ise %13,5'dir.

Araştırmaya katılan hekimlerin yazdıkları ilaçlar hakkında hastalarına verdikleri bilgilerin ve bilgi verme sıklıklarının dağılımı Tablo 4.2.27.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.27. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdıkları İlaçlar Hakkında Hastalarına Verdikleri Bilgilerin ve Bilgi Verme Sıklıklarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Yazılan İlaçla İlgili Hastaya Verilen Bilgiler	Her Zaman		Bazen		Hiçbir Zaman		Toplam
	n	%*	n	%*	n	%*	n
İlacın adı	31	32,0	61	62,9	5	5,1	97
Uygulama şekli	85	83,3	17	16,7	-	-	102
Günlük dozu	84	82,4	18	17,6	-	-	102
Tedavi süresi	80	78,4	22	21,6	-	-	102
Etki mekanizması	7	7,1	48	48,5	44	44,4	99
Olası yan etkileri	23	23,2	68	68,7	8	8,1	99
Fiyatı	5	5,1	48	49,0	45	45,9	98
İlaç/besin etkileşimi	25	24,0	73	70,2	6	5,8	104
Ne zaman bırakılacağı	72	69,9	30	29,1	1	1,0	103
Diğer uyarılar	26	26,8	68	70,1	3	3,1	97

*: Satır Yüzdesi

Hekimlerin reçete ettikleri ilaçla ilgili olarak hastalarına verdikleri bilgilerin dağılımına bakıldığında; hekimlerin en sık ilacın uygulama şeklini (%83,3), en az sıklıkla da ilacın fiyatı bilgilerini (%5,1) verdikleri görülmüştür. Bazen verdikleri ilaç bilgisinin de, en sık olarak ilaç/besin etkileşimi (%70,2) olduğu tespit edilmiştir. Hiçbir zaman şıkkının işaretleyenler içinde en sık olarak (%45,9) ilacın fiyat bilgisi yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin yazdıkları ilaçları nasıl kullanacaklarını hastalarına tekrar ettirme durumları dağılımı Tablo 4.2.28.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.28. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdıkları İlaçları Nasıl Kullanacaklarını Hastalarına Tekrar Ettirme Durumları Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

Verilen ilaç Bilgilerini Hastaya Tekrarlatma	Sayı	Yüzde*
Tekrarlatırım	16	15,1
Tekrarlatmam	23	21,7
Bazen tekrarlatırım	67	63,2
Toplam	106**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Reçete ettikleri ilaçların nasıl kullanılacağını hastalarına tekrar ettiren hekimler %15,1'dir.

Hekimlerin hastalarına ilaç dışı tedavi önerme durumları dağılımı Tablo 4.2.29.'da verilmiştir.

Tablo 4.2.29 Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına İlaç Dışı Tedavi Önerme Durumları Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

İlaç Dışı Tedavi Önerme Durumu	Sayı	Yüzde*
Öneririm	78	74,3
Önermem	-	-
Bazen öneririm	27	25,7
Toplam	105**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 105 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %74,3'ü hastalarına ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz vb.) önerdiklerini beyan etmişlerdir. Bu soruyu cevaplayan 105 kişi içerisinde önermediğini söyleyen olmamıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin hastalarına verdikleri ilaç dışı tedavi bilgilerini tekrar ettirme durumları dağılımı Tablo 4.2.30.'da sunulmuştur.

Tablo 4.2.30. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Verdikleri İlaç Dışı Tedavi Bilgilerini Tekrar Ettirme Durumları Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

İlaç Dışı Tedavi Bilgilerini Tekrar Ettirme Durumu	Sayı	Yüzde*
Tekrar ettirim	21	20,2
Tekrar ettirmem	28	26,9
Bazen tekrar ettirim	55	52,9
Toplam	104**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 104 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %52,9'u hastalarına verdikleri ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz vb.) bilgilerini bazen tekrar ettiklerini ifade ederken, %26,9'u tekrar ettirmediğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin reçetelerinde kullandıkları yazının okunaklılık durumu Tablo 4.2.31.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.31. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçetelerinde Kullandıkları Yazının Okunaklılık Durumu, Mayıs 2007, Ankara.

Reçete Okunaklılığı	Sayı	Yüzde*
Herkes tarafından kolaylıkla	49	46,7
Herkes tarafından biraz uğraşarak	35	33,3
Eczacı tarafından	20	19,0
Sadece benim tarafımdan	1	1,0
Toplam	105**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 105 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin reçetelerinde kullandıkları yazının okunaklılık durumu konusundaki değerlendirmelerinin dağılımına bakıldığında; %46,7'si herkes tarafından kolaylıkla okunabilen bir yazı kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin reçetelerinin okunmadığı gerekçesiyle geri getirilme durumu Tablo 4.2.32.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.32. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçetelerinin Okunmadığı Gerekçesiyle Geri Getirilme Durumu, Mayıs 2007, Ankara.

Reçetelerinin Okunmadığı Gerekçesiyle Geri Getirilme Durumu	Sayı	Yüzde*
Bazen	37	34,9
Hiçbir zaman	69	65,1
Toplam	106**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %65,1'i reçetelerinin okunmadığı gerekçesiyle hiçbir zaman geri getirilmediğini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin hastalarına adlarıyla hitap etme durumu Tablo 4.2.33.'de verilmektedir.

Tablo 4.2.33. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Adlarıyla Hitap Etme Durumu, Mayıs 2007, Ankara.

Hastalara Adlarıyla Hitap Etme Durumu	Sayı	Yüzde*
Adlarıyla hitap ederim	51	48,1
Adlarıyla hitap etmem	14	13,2
Bazen adlarıyla hitap ederim	41	38,7
Toplam	106**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 106 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %48,1'i hastalarına adlarıyla hitap ettiklerini ifade etmişlerdir.

4.3. Hekimlerin Eğitim ve Bilgi Kaynaklarına Karşı Yaklaşımları

Bu bölümde hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim ve bilgi kaynaklarına yaklaşımları sorgulanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin Sağlık Bakanlığınca yürütülen akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalardan haberdar olma durumlarının dağılımı Tablo 4.3.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sağlık Bakanlığınca Yürütülen Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Çalışmalardan Haberdar Olma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

SB'nın AİK Çalışmalarından Haberdar Olma Durumu	Sayı	Yüzde*
Haberdarım	69	65,7
Haberdar değilim	36	34,3
Toplam	105**	100,0

*: Kolon yüzdesi

** : Bu soruya cevap veren 105 kişi üzerinden sunulmuştur.

SB: Sağlık Bakanlığı
AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

Hekimlerin %65,7'si Sağlık Bakanlığınca yürütülen akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalardan haberdar olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” adlı kitaptan haberdar olma durumlarının dağılımı Tablo 4.3.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.3.2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sağlık Bakanlığınca Yayımlanan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” Adlı Kitaptan Haberdar Olma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

BBYTTR’nden Haberdar Olma Durumu	Sayı	Yüzde*
Haberdarım	93	88,6
Haberdar değilim	12	11,4
Toplam	105**	100,0

*: Kolon yüzdesi

BBYTTR: Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri

** : Bu soruya cevap veren 105 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %88,6’sı Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” adlı kitaptan haberdar olduklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri’ni kullanma durumlarının dağılımı Tablo 4.3.3.’de sunulmuştur.

Tablo 4.3.3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberlerini Kullanma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

BBYTTR’ni Kullanma Durumu	Sayı	Yüzde*
Kullanıyorum	67	69,1
Kullanmıyorum	30	30,9
Toplam	97**	100,0

*: Kolon yüzdesi

BBYTTR: Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri

** : Bu soruya cevap veren 97 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %69,1'i Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri”ni kullandıklarını belirtmişlerdir. Kullanmadıklarını ifade eden hekimler (%30,9), kullanmama gerekçelerini en sık olarak, “haberim yok” (%15,4) ve “zamanım yok” (%11,5) şeklinde ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak isteme durumlarının dağılımı Tablo 4.3.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.3.4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Almak İsteme Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

AIKE Almak İsteme Durumu	Sayı	Yüzde*
İsterim	65	64,4
İstemem	36	35,6
Toplam	101	100,0

*: Kolon yüzdesi

AIKE: Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi

** : Bu soruya cevap veren 101 kişi üzerinden sunulmuştur.

Hekimlerin %64,4'ü akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma istediklerini ifade etmişlerdir.

Eğitim almak istemediklerini ifade eden hekimlerin %11,3'ünü daha önceden eğitim almış hekimlerin, eğitim almak istediklerini ifade eden hekimlerinse %82,0'sini daha önce eğitim almış hekimlerin oluşturduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim verecek kuruluş tercihi dağılımı Tablo 4.3.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.3.5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Verecek Kuruluş Tercihi Dağılımı, Mayıs 2007, Ankara.

AlKE Verecek Kuruluş Tercihi	Sayı	Yüzde*
Sağlık Bakanlığı	58	66,7
Tabip Odası	12	13,8
İlaç Firması	3	3,4
Basın	4	4,6
Diğer	5	5,7
Sağlık Bakanlığı + Tabip Odası	3	3,4
Sağlık Bakanlığı + Basın	1	1,2
Sağlık Bakanlığı + Diğer	1	1,2
Toplam	87**	100,0

*: Kolon yüzdesi

AlKE: Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi

** : Bu soruya cevap veren 87 kişi üzerinden sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim verecek kuruluş tercihi dağılımına bakıldığında, en sık olarak (%66,7) Sağlık Bakanlığı'nın tercih edildiği gözlemlenmiştir. İkili sık işaretleyenlerde de, Sağlık Bakanlığı olduğu göz önüne alındığında sıklık daha da artmaktadır. Tabip odası (%13,8) ve yazılı ya da görsel basın (%4,6) ikinci ve üçüncü tercihleri oluşturmaktadır. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların çoğu "tıp fakültesi"ni işaret etmişlerdir.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Akılci ilaç kullanımı (AİK); DSÖ tarafından, “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlamıştır. ⁵

AİK süreci, hastanın probleminin dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, sonra da uygun bir reçete yazılıp, hastaya verilecek açık bilgiler ve önerilerle tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşımdır.

Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin akılcı (rasyonel) ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yapılan literatür taramalarında ülkemizde gerek doktorların, gerekse hastaların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarını ölçen yeterli sayıda araştırma olmadığı görülmüştür. Bu durum ülkemiz koşullarında gerekli karşılaştırmaların yapılması açısından yetersizlik oluşturmaktadır. Bundan dolayı bu araştırmanın sonuçları ülkemizde yapılan kısıtlı sayıdaki araştırma ve dünyada benzer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılarak değerlendirilecektir.

Araştırmanın tartışma bölümü, bulgular bölümüne uygun olarak üç bölümde incelenmiştir. Bu bölümler:

1. Hekimlerin bazı tanımlayıcı özellikleri
2. Hekimlerin hasta bakımı ve ilaç reçeteleme konusundaki bilgi ve tutumları
3. Hekimlerin eğitim ve bilgi kaynaklarına karşı yaklaşımlarıdır.

5.1. Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya toplam 107 hekim katılmıştır. Araştırmaya katılan 107 hekimin çoğu kadın (n=63) olup, yaş ortalamaları yaklaşık 38'dir. (Tablo 4.1.1.) İstanbul'da bu çalışmanın amaçlarına benzer amaçları olarak gerçekleştirilen bir çalışmada, araştırmaya katılan 148 pratisyen hekimin %40,5'i erkek, yaş ortalaması ise $27,8 \pm 3,5$ bulunmuştur.¹⁷ İki çalışma birinci basamakta çalışan hekimlerin cinsiyet dağılımları yönünden benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin mezun oldukları tıp fakültelerinin dağılımına bakıldığında (Tablo 4.1.5.), her ikisi de %15'lik sıklıkla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ilk sırayı paylaşmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ise %7 ile beşinci sırada yer alarak ilk sıralarda bulunmaktadır. Bu söz konusu tıp fakültelerinin hekimlerin çalıştığı il olan Ankara'da bulunduğu dikkate alındığında, mezun olunan tıp fakültesinin ili ile çalışma yerinin bulunduğu il arasında ilişki olduğu düşünülebilir. Sağlık Bakanlığı'ndan temin edilecek verilerle bu konuya ilişkin durum tespiti yapılması mümkündür.

Araştırmaya katılan hekimlerin mezuniyet yıllarının dağılımına bakıldığında (Tablo 4.1.4.); 2006 yılı ve sonrası mezunları %1,9'dur. Ayrıca, hekimlerin birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışma sürelerinin dağılımına bakıldığında (Tablo 4.1.8. ve Tablo 4.1.9), %14,0'ünün 5 yıldan daha az, %86,0'sının 5 yıl ve daha fazla süredir birinci basamak sağlık kuruluşunda çalıştıkları görülmektedir ve hizmet

süresi bir yıldan az olanlar %4,7'dir. Mezun olanların yıllar içinde kümülatif olarak toplandığı düşünüldüğünde bu sonuç doğaldır. Ayrıca, yeni mezunların bilgilerinin de yeni olması ve uzmanlık eğitimine eski mezunlardan daha fazla oranda yönlendirilmiş olmaları uzmanlık eğitiminde ve dolayısıyla da uzman hekim olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışma oranlarını artırmaktadır şeklinde bir çıkarımda bulunulabilir.

Sonuç olarak, saptanan durum neticesinde sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin çoğunluğunu (%86,0) 5 yıl ve üzeri birinci basamak hizmet süresi olan hekimlerin oluşturduğu söylenebilir. Dolayısıyla hekimlerin akılcı ilaç kullanımı bilgi ve tutum düzeylerinin mesleki tecrübe ile arttığı varsayıldığında, bu yönde sonuçların çıkması beklenebilir.¹⁰

5.2. Hekimlerin Hasta Bakımı ve İlaç Reçeteleme Konusundaki Bilgi ve Tutumları

Hekimlerin kendi beyanlarına göre bir günde baktıklarını ifade ettikleri hasta sayısı ortalaması yaklaşık 68'dir. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından 2005 yılında gerçekleştirilen ve Ankara ilinde tüm sağlık ocakları hekimlerini kapsayan bir araştırmada, hekimlerin bir günde baktıklarını ifade ettikleri hasta sayısı ortalaması 40,4 hasta olarak bulunmuştur.¹⁶ 2006 yılı Şubat ayında SSK mensubu hastaların diğer sağlık kurumlarından yararlanmaya başlaması ile sağlık ocağında çalışan hekimlerin baktıkları hasta sayılarında bir artış olması doğaldır.

Kendi beyanlarına göre hekimlerin gelen hastalara reçete yazma sıklığı ortalaması ise %85,96'dır. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından 2005 yılında gerçekleştirilen Ankara ilinde gerçekleştirilen aynı araştırmada reçete yazma sıklığı %81,15 olarak bulunmuştur.¹⁶ Sonuçlar birbirine oldukça yakındır.

Hekimlerin %86,8'i reçetelerinde genellikle 3 veya dört kalem ilaç yer aldığını belirtmiştir. Reçetede yer alan ilaç kalem sayısı ortalaması 3,11 olarak hesaplanmıştır. Ankara ili tüm sağlık ocakları hekimlerini kapsayan araştırmada reçetede yer alan kalem sayısı ortalaması 3,23 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığınca, eczanelerden reçete toplanarak verilerin değerlendirilmesi, sağlık çalışanlarının reçetelerinin değerlendirilmesi, otokarbonlu poliklinik defter verilerinin değerlendirilmesi, standart vakalar üzerinden reçetelerin değerlendirilmesi gibi farklı çalışmalarla ülkemizde ilacın reçetelenmesine dair uzun süreli çalışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda, Bolu ilinde otokarbonlu defterler üzerinde yapılan araştırmada 4536 reçetede ortalama 2,46 ilaç kalem sayısı yer almaktadır.¹⁸ Adıyaman ilinde otokarbonlu defterler üzerinde yapılan araştırmada ise 6095 reçetede ortalama 2,34 ilaç kalem sayısı yer aldığı belirtilmiştir.¹⁹ Erzurum ilinde otokarbonlu defterler üzerinde yapılan araştırmada 4874 reçetede ortalama 2,56 ilaç kalem sayısı bulunmuştur. Bayburt ili ve Bolu illerinde yapılan araştırmalarda reçete başına yazılan ortalama ilaç kalem sayısı 2,68 ve 2,66 bulunmuştur.²⁰ Bizim araştırmamız ve Ankara ilinde yapılan araştırma hekim beyanları üzerine yapılan araştırmalardır. Diğer beş araştırma ise gerçekleşmiş reçeteler üzerinde yapılan araştırmalardır. Dolayısıyla Ankara ilinde reçeteler üzerinde gerçekleşmiş rakamlar üzerinden yapılacak bir araştırmada bulunacak ortalama ilaç kalem sayısının, hekimlerin beyan ettikleri rakamların altında çıkması kuvvetle muhtemel olacaktır.

Reçetede yer alan ilaç kalem sayısı akılcı ilaç kullanımı açısından önemlidir. Gereğinden fazla ilaç reçete edilmesi pek çok istenmeyen etkiye neden olur. Hasta gereksiz yere tedavi alır ya da ilaçlar etkinliklerini bir miktar yitirirler. Sonuçta istenmeyen etkiler ortaya çıkar. Elindeki ilaç miktarı hastayı doz aşımına sokabilir. İlaç bağımlılığı ve suistimali gelişebilir. Bazı göz damlaları ve antibiyotik şurupları gibi kullanılmadan önce karıştırılarak hazırlanması gereken ilaçlar kontamine olabilir. Bu kadar çok ilaç almak hasta için son derece uygunsuz olabilir.

Hastanın tedaviye uyumunu güçleştirerek, hastalığı tedavisinde en gerekli ilacın kullanılmasını riske atar. Diğer nokta da değerli ve nadir kaynakların boşa gitmiş olmasıdır.

Yetersiz ilaç reçete etmenin de oldukça önemli sonuçları olabilir. Tedavi etkin olmayacak ve sonrasında belki daha agresif ve pahalı bir tedaviye gerek duyulacaktır. Profilaksi de etkisiz olabilir ve örneğin malarya gibi ciddi bir hastalıkla sonuçlanabilir. Birçok hasta daha ileri tedavi için tekrar hekime gelmeyi uygun bulmayacaktır. Etkili olmayan bir tedaviye harcanan para boşa gitmiş demektir.

Hekimlerin %71,2'si hastalarına muayene için 10 dakikadan daha az bir süre ayırabildiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.2.6.). Hastaya ayrılan ortalama sürenin ortalaması 6,79 olarak hesaplanmıştır. Akıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin tanı koyduktan sonra tedavi için ayırdıkları ortalama süre $7,7 \pm 5,3$ dakika olarak bulunmuştur.¹⁷ Sonuçlar birbirine yakındır. Bu süre, DSÖ'nün 1990–1993 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde AİK konusunda yürüttüğü çalışmalarda bildirilen sürelerden (Nepal'de 3,5 dakika ve Endonezya'da 3 dakika) çok yüksektir. Hastaya muayene için ayrılan sürenin kısalığı gelişmiş ülkelerde de benzerdir. ABD'de bir aile hekiminin hasta muayenesi yaklaşık 12 dakika, İngiltere'de genel pratisyenin muayenesi 8 dakika sürmektedir.²¹ Bu kıyaslamayla sonuç olumlu gibi gözükse de düşündürücüdür.

Hekimlerin günde muayene ettikleri hasta sayıları ile hasta başına ayırdıkları ortalama süre karşılaştırıldığında (Tablo 4.2.7); günde 25 ve daha az hasta muayene eden hekimlerin %40'ı hastalarına ortalama 15 dakika ve üzerinde süre ayırdığını belirtirken, günde 76–100 hasta muayene eden hekimlerin ancak %7,9'u hastalarına 15 dakika ve üzerinde süre ayırdığını belirtmiştir. Hekimlerin kendi beyanlarına göre, bir günde ortalama 68 hasta baktıkları göz önüne alınacak olunursa, hekimlerin hastalarına yeterli süre ayıramadıklarını belirtmeleri doğal bir sonuç olarak değerlendirilmelidir.

Hekimlerin %52,4'ü reçetelerinde yer alan ilaçların fiyatlarını genellikle bildiklerini, %47,2'si çok az bildiğini veya hiç bilmediğini belirtmektedir (Tablo 4.2.10). Genel ilaç bilgi düzeyleri sorgulandığında ise, bilgi düzeyinin çok kötü veya kötü olduğu durum ilaç fiyat bilgisi olarak (%8,4) saptanmıştır (Tablo 4.2.22.). Bu çelişkili bilgi yorumlamayı zorlaştırmaktadır Ancak, hekimlerin sadece çok sık reçete ettikleri ilaçların fiyatlarını bildiklerini şeklinde bir tahminde bulunulabilir. AİK yönünden “maliyet” dikkate alınması gereken kriterlerdendir. Hekimin kişisel ilaç seçimini önceden şekillendirmiş olduğu, bunu gerçekleştirirken de ilaç fiyat bilgisinin olduğu şeklinde düşünüldüğünde tabloya olumlu bakmak mümkündür.

Ancak, maliyet değerlendirilirken, bu bilginin tedavi maliyeti olup olmadığı sorgulanmalıdır. Ankara’da 2000 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, hekimlerin %79,2'si reçete ettiği ilaçlardan “bazı”larının fiyatını bildiğini belirtmiştir. Yine İstanbul’da yapılan çalışmada, hekimlerin yarısından fazlası, ilaç seçiminde fiyatı dikkate aldığını belirtmesine karşın, “reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz” sorusuna yalnızca %11,6'sı "evet" yanıtını vermiştir. Ayrıca sık reçete ettikleri 18 ilacın fiyatı sorulduğunda, ortalama olarak tek bir ilacın fiyatını doğru bildiklerini saptanmıştır. Seçtikleri ilacın fiyatını bilmemelerine karşın tedavi maliyetini dikkate aldıklarını belirtmeleri araştırmacılar tarafından ilginç bulunmuştur.

Hekimlerin çoğunlukla kullandıkları ilaçların fiyatlarını çok iyi bilmedikleri ve maliyet göz önüne alınarak ilaç tercih etmedikleri bilinmektedir. Örneğin İspanyada bu sorunu ortaya koymaya yönelik olarak yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin çoğunun yazdıkları ilacın ücreti hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür.²³

Araştırmamızda hekimlerin ilaç seçiminde maliyet kriterini dikkate alma oranı %68,9 olarak bulunmuştur. Bu durumda, kişisel tedavinin varlığı ya da beyana dayalı bilgi olmasının yanıltıcılığı akla

gelmektedir. Ancak, gerçekleşmiş reçetelerle kontrol yoluyla güvenilir bilgiye ulaşılması mümkün gözükmemektedir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin yaklaşık %74'ü toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payının yüksek veya çok yüksek olduğunu düşünmektedir. (Tablo.4.2.11.) Gerçekten de, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları alışması'na göre, toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları (eczane ve hastane tüketiminin tamamı dahil olmak üzere) %33,5 bulunmuştur. ²² Hekimlerin bu konuda farkındalıklarının yüksek oluşuna rağmen, gereken hassasiyeti göstermedikleri konusunun irdelenmesi gerekmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldığını belirten hekim sıklığı %11,6'dır (Tablo 4.2.12.) Hekimlerin yaklaşık %12'si daha önce akılcı ilaç kullanımı eğitimi almıştır. Eğitim alanların eğitimi aldıklarını söyleyen 21 kişinin 14' eğitim aldıkları yerleri; Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatından (4 kişi)ve taşra teşkilatından (9 kişi) aldığını belirtirken, sadece 1 kişi tıp fakültesinden aldığını belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı'ndan eğitim alanlar, eğitim alanların %92,9'unu oluştırmaktayken, üniversiteden eğitim aldığını belirten 1 kişinin %7,1 olması oldukça düşündürücüdür. Akılcı Farmakoterapi Eğitiminin tıp fakültelerinde verilmesi yenidir ve üstelik yaygın da değildir. (Halen 18 tıp fakültesinde Akılcı İlaç Kullanımı staj olarak verilmektedir.) Araştırmaya katılan hekimlerin mezuniyet yılı dağılımlarına bakıldığında (Tablo 4.1.4.), sadece %9,4'ünün 2000 yılı sonrası mezun olmuş olduğu dikkate alınacak olursa, faklten mezun olmadan bu eğitimi almış olmamaları doğal bulunabilir.

Türkiye genelinde ise 1048 hekim, Sağlık Bakanlığınca düzenlenen programlar kapsamında bu eğitimi mezuniyet sonrasında almıştır. Ancak bu hekimlerin ne kadarının halen aktif olarak bir sağlık ocağında çalıştığına dair bir bilgi bulunmamaktadır. Araştırmamızda, Sağlık Bakanlığı tarafından eğitim aldığını söyleyen hekimlerin, bu 1048 hekim içinde olmaları ihtimali yüksek gözmektedir.

Akılcı ilaç kullanımının ne olduğuna dair bilgi düzeyi, hekimlerin %54,4'ünde yeterli bulunmuştur. Akılcı ilaç kullanımı eğitimi alanlarla almayanlar akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi açısından karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,927$). (Tablo 4.2.15.) Bu durumun rastlantısal olma olasılığı yüksektir. Çalışılan grupta, eğitim alanların az sayıda olması beklenildiği gibi eğitim alanlarda AİK bilgi düzeyinin anlamlı derecede farklı çıkmamasının nedeni olabilir. Bu sonucun sebeplerinden birinin de şu olabileceği akla gelmektedir: kişilerde davranış kalıpları geliştikten sonra değişiklik oluşturmak zordur. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımı eğitimi mezuniyet öncesi dönemde tıp fakülteleri tarafından verilmeli ve sonrasında hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir. Çalışmamızda fakültede eğitim aldığını belirten kişi sayısı 1'dir ve bu seçenek muhtemel sebep olabilir diye düşünülmektedir. Ayrıca, AİK eğitiminin belirli aralıklarla yenilenmesi şarttır. Hekimlerin hepsi, eğitim aldıkları yılı belirtmediklerinden bu konu irdelenememiştir. Bunun nedeninin, sorunun açık uçlu olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Maalesef, elektronik ortam dışı yapılan çalışmalarda kesin tarih istendiğinde bir kısıtlılık oluşturmaktadır. En azından, gruplandırılmış seçenekler halinde sunulmasının, cevap verme olasılığını arttıracak göz önünde bulundurulmalıdır.

İyi bir hasta ve hekim ilişkisi kurmak, hastanın duygularına ve bakış açısına saygı göstermek, hastayı anlamak ve hastanın tedaviye katılımını sağlamak için onu bir ortak olarak görmek gereklidir. İlaçları uygun bir şekilde kullanmada gerekli beceriyi kazanmak, tedaviyi kabul etmek ve uygulamak için hastalar bilgi talimat ve uyarıya ihtiyaç duyarlar. Yapılan bir çalışmada hastaların ancak %60'ından azının, aldıkları ilaçların kullanımını bildikleri ortaya çıkmıştır. Gerekli bilgiler anlaşılabilir bir dille verilmeli ve bilgilerin özünü anladıklarından emin olmak için hastadan, aldığı bilgileri kendi kelimeleriyle tekrarlaması istenmelidir.

Hekimler açısından, yazılan reçetede yer alan ilaçla ilgili bilgi vermesi ve reçetenin hastaya tekrar ettirilmesi akılcı tedavi sürecinin birer parçasıdır. Çalışmada hekimler, %83,3'lük sıklıkla ilacın uygulama şeklini, %82,4'lük sıklıkla günlük dozunu, %78,4'lük sıklıkla tedavi süresini ve %69,9'luk sıklıkla da ilacın bırakılması şartlarını her zaman söylediklerini belirtmektedir (Tablo 4.2.27.). Akıcı ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, tedavi süresini söyleyenler %88, dozajını söyleyenler %78, uygulama formunu söyleyenler %73 olarak bulmuştur. Bizim araştırmamızda bulduğumuz oranlarla birbirine oldukça yakındır. Ancak, hekimlerin sadece %15,1'i yazdıkları reçetede yer alan ilaçları hastalarına nasıl kullanılacağını tekrar ettirdiğini belirtmektedir. Hastanın reçeteye ilgili bilgileri anlayıp anlamadığını öğrenmek çok önemlidir. Yapılacak tedavi doğru da olsa, hasta ilaçlarını nasıl kullanılacağını eğer anlamadıysa, hastanın tedaviden maksimum fayda sağlayabileceği meçhul kalacaktır. Bu durum akılcı ilaç kullanımı açısından oldukça eksik bir uygulamadır.

5.3. Hekimlerin Eğitim ve Bilgi Kaynaklarına Karşı Yaklaşımları

Hekimlerin %7,7'si reçetelerini yazarken hiçbir bilgi kaynağından yararlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Türkiye'de yaklaşık 7500 çeşit ilaç ruhsat almıştır.²⁴ Bir hekimin aklında bulundurabileceği ilaç ismi, dozu, v.b. oldukça sınırlıdır. Bu koşullarda, bu yüzdenin daha düşük olması beklenebilir.

Hekimlerin yararlandıkları bilgi kaynaklarına bakıldığında birinci sırada %86,7 ile Vademecum gelmektedir. İkinci sırada %65,3 ile Tanı ve Tedavi Rehberleri bulunmaktadır. İlaç firmalarından yararlanan hekimlerin sıklığı %27,6 ve Türkiye İlaç Kılavuzu'ndan yararlanan hekimlerin sıklığı ise %21,4'dür. Akıcı ve arkadaşlarının 1999'da İstanbul'da yaptıkları çalışmada birinci sırada %94 ile yine Vademecum bulunmuştur. Türkiye İlaç Kılavuzu'ndan yararlanan ve ilaç firmalarının

alışmalarını bilgi kaynağı olarak hekimlerin oranı sırasıyla %18 ve %22 bulunmuştur.⁶ Aradan geçen uzun süreye rağmen, Vademecum, neredeyse aynı sıklıklarda hala en çok yararlanılan bilgi kaynağı olmaya devam etmektedir. Bunun nedeni Vademecum'un kullanım kolaylığı, her yıl güncellenmesi ve ilaç firmalarının hekimlere yönelik promosyonlarından biri olarak kolay ulaşılmasıdır. Tanı ve Tedavi Rehberleri 2002–2003 yılları arasında hekimlerimizin hizmetine sunulduğundan, 1999 yılında gerçekleştirilen çalışmada yer almamaktadır. Bu nedenle, kıyaslama yapmak mümkün olmamıştır. İlaç firmalarından ve Türkiye İlaç Kılavuzu'ndan yararlanan hekimlerin sıklığı çok fazla değişmiş görünmemektedir. Ancak ikinci sırada Tanı ve Tedavi Rehberlerinin bulunuyor olması, akılcı ilaç kullanımı çalışmaları kapsamında olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, hekimlerin kanıta dayalı tıp uygulamaları konusundaki farkındalıklarının artıyor olması şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %65,7'si Sağlık Bakanlığınca yürütölen akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalardan ve %88,6'sı Birinci Basamağı Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı çalışmalarının geleceğı ve devamlılığı açısından bu sonuçlar çok değerlidir. Kanıta dayalı tıp uygulamaları ışığında geliştirilen tanı ve tedavi rehberlerinin hekimlerin günlük pratiklerinde önemli bir kullanım alanına sahip olmaları gerekmektedir. Birinci Basamağı Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri Sağlık Banlığınca 50.000 adet bastırılarak, birinci basamakta sağık hizmeti vermekte olan hekimlere ulaştırılmıştır. Ancak ne yazık ki, tanı ve tedavi rehberlerinin hekimler tarafından sahada kullanım sıklıklarını tespit eden ve yeterliliklerini test eden kapsamlı çalışmalar bulunmamaktadır. Bu çalışmada, hekimlerin %69,1'inin rehberleri kullandıklarını belirtmeleri ilgili sağık otoriteleri için cesaretlendirici olmalıdır.

SONUÇLAR

Bu çalışmada, Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan 107 hekimin %41,1'i erkek (n=44), %58,9'u kadın (n=63)'dir. Yaş ortalaması $37,86 \pm 6,34$, ortancası 37 (min:26 - max:54)' dir.
- Araştırmaya katılan hekimlerin %63,5'i tıp fakültesinden 1991–2000 yılları arasında mezun olmuştur.
- Araştırmaya katılan hekimlerin %36,5'i Ankara'daki tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerden oluşmaktadır.
- Araştırmaya katılan hekimlerin %97,2'sini pratisyen hekimler oluşturmaktadır.
- 5 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip hekimler %86'dır.
- Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekim başına düşen günlük hasta sayısı ortalaması yaklaşık olarak 70'dir.
- Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan hekimler muayene ettikleri hastaların %80'ine reçete yazmaktadırlar.
- Hekimlerin reçetelerinde 3 kalem ve üzeri ilaç yazma sıklıkları %88,8'dir.
- Hekimlerin %71,4'ü hastalarına 10 dakikanın altında süre ayırmaktadırlar. Hastaya ayrılan süre bakılan hasta sayısı ile ters orantılı olarak değişmektedir.

- Hekimlerin yaklaşık olarak yarısı hastayı muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma tutumu sergilememektedirler.
- Hekimlerin yaklaşık olarak ¼'ü hasta isteği ile ilaç reçete etmektedirler.
- Hekimlerin %52,8'i reçete ettikleri ilaçların fiyatlarını bilmektedirler.
- Hekimlerin %54,8'i sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının payını yüksek bulmaktadırlar.
- Hekimlerin %88,4'ü daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi almadıkları halde, %53,2'sinin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi yeterlidir.

ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda geliştirilen önerileri başlıca dört başlık altında toplamak mümkündür:

1. Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimleri

AİK Eğitimi, hekimlere mezuniyet öncesi dönemde verilmeli ve mezuniyet sonrasında belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Ayrıca, eğitim alma konusunda teşvik edici önlemler de alınmalıdır. (Eğitimlerin sertifikalandırılması ve performans değerlendirmesinde kullanılması gibi.)

AİK Eğitimi alan hekim sayının artırılmasına yönelik organizasyon ve uygulamalar hekimlerin sözü geçen konulardaki farkındalığını artıracaktır. Bunun da ülkemiz sağlık politikalarına ve halk sağlığı uygulamalarına pozitif yansıtacağı kanaatindeyiz.

2. Kanıta Dayalı Kaynak Geliştirme

Hekimlerin günlük mesleki uygulamalarında yararlanmalarını sağlamak üzere, kanıta dayalı tanı ve tedavi rehberlerinin geliştirilmesini ve güncellenmesini sağlayacak, ilaçların akılcı kullanımları ile ilgili konularda hekimlere bilgi aktarımı yapacak bir yapılanmanın ülkemizde tesis edilmesi gerekmektedir.

Bunun yanı sıra; mevcut tanı ve tedavi rehberlerinin sahada hekimlerce kullanım sıklıklarını tespit etme amaçlı araştırmalar gerçekleştirilmelidir. Ayrıca, rehberlerin kullanımlarını teşvik edici çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.

3. İdari Düzenleme ve Planlama

Akılcı ilaç kullanımını sağlamak üzere, gerekli idari düzenleme ve planlamalar gerçekleştirilmelidir.

4. İzleme ve Değerlendirme

Ülkemizde, akılcı ilaç kullanımını izleyen ve değerlendiren sistemlerin kurulması gereklidir.

**TEZ KONUSU: Ankara İli Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı
Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Akılcı İlaç
Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI: Mümine Nurdan DOĞUKAN

TEZ DANIŞMANININ ADI SOYADI : Seçil ÖZKAN

ANABİLİM DALI : HALK SAĞLIĞI

YILI: 2008

STATÜSÜ : YÜKSEK LİSANS

6. ÖZET

Bu çalışmada amaç; birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı (AİK) konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir. Araştırma sonucu elde edilecek verilerin sonuçları doğrultusunda, AİK'na yönelik yapılacak çalışmalar ve müdahaleler için öneriler geliştirilmesine katkıda bulunulması hedeflenmiştir.

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma için, Mayıs 2007 tarihinde Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında aktif olarak çalışan pratisyen ve uzman toplam 132 hekime, alt seçenekler içeren toplam 45 soru ile hekimlerin yaşı, cinsiyeti, mesleki özgeçmişleri ve AİK ile ilgili bilgi ve tutumlarını sorgulayan anket formları dağıtılmıştır, anket formlarını yanıtlayan 107 hekim (%80,06) çalışmaya dahil edilmiştir.

Elde edilen veriler SPSS 13.0 bilgisayar programı kullanılarak analiz edildi. Analizde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerinin

yanı sıra Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi (AİKE) almış olan ve olmayan hekim yanıtlarını kıyaslamada çıkarımsal istatistiksel yöntem olarak ki-kare testi kullanıldı.

Anketi yaş ortalaması $37,86 \pm 6,34$ olan ve %41,1'i erkek (n=44), %58,9'u kadın (n=63) yanıtladı. Katılımcı hekimlerden AİKE almış olanların sayısı 21 (%11,6) idi. AİKE alan ve almayanlara ait AİK ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma, ilaç seçiminde gerekli 4 kriterin hepsini dikkate alma ve ilaç seçiminde en az 5 kaynaktan faydalanma sıklıkları sırasıyla (%52,4, %53,2), (%57,1, %54,9), (%5,0, %2,7) idi. Her iki grup arasında sorgulanan 3 parametre açısından da anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Hekimlerin %88,4'ü daha önce hiç AİKE almadıkları halde, %53,2'sinin AİK bilgi düzeyinin yeterli olması ülkemizdeki tıp eğitimi adına yüz güldürücüdür. AİKE alan ve almayan hekimlerimizin bilgi düzeyleri ve uygulama alanlarında fark olmaması ise olasılıkla eğitim almış olan hekim sayısının yeterli sayıda olmamasından kaynaklanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İlaç, akılcı ilaç kullanımı, reçete

THESIS SUBJECT: The Evaluation of the Physicians' Knowledge and Attitudes About Rational Drug Use Who are Working in Primary Health Care Institutions Affiliated to Ankara Keçiören Health Group Directorate.

NAME AND SURNAME OF STUDENT: Mümine Nurdan DOĞUKAN

NAME AND SURNAME OF THE ADVISER: Seçil ÖZKAN

DEPARTMENT: PUBLIC HEALTH DEPARTMENT

YEAR: 2008

STATUS : MASTER OF SCIENCE

7. SUMMARY

The main objective of this study is to evaluate the physicians knowledge and attitudes about Rational Drug Use (RDU) who have been working in primary health care institutions. In accordance with the outcomes of the data obtained from the research, it is been aimed to contribute to making suggestions for the future studies and interventions to be conducted about RDU.

In scope of this descriptive investigation during May 2007 questionnaires by a total of 45 questions with the options below questioning age, gender, professional history and the knowledge and attitudes of the physicians were distributed to the 132 practitioner and specialist physicians who have been actively working in primary health care institutions affiliated to Ankara Keçiören Health Group Directorate. The 107 physicians (80,06%) who filled out the questinnaires were included in the study.

The data obtained from the questionnaire were evaluated by using SPSS 13.0 software. As well as using descriptive statistical methods

in the study inferential statistical method ki-square have been used while comparing physicians who received and did not receive Rational Drug Use Training (RDUT).

The questionnaire was filled out by physicians whose mean average age was $37,86 \pm 6,34$ and who were 41,1% male (n=44), 58,9% female (n=63). The data belonging to physicians who received and did not receive RDUT the frequency regarding having sufficient level of information, taking into consideration all of the four criteria necessary while selecting drugs and using at least five sources while selecting drugs were (52,4%, 53,2%), (57,1%, 54,9%), (5,0%, 2,7%) respectively. No statistically significant difference could be found among the two groups in terms of three parameters that had been questioned. ($p > 0,05$).

Although 88,4% of the physicians did not receive RDUT before 53,2% of the physicians having sufficient RDU knowledge was pleasing for the medical school training in our country. Having no difference between level of knowledge and field of implementation among the physicians who received and did not receive RDUT was probably because of not having sufficient number of physicians having been trained.

Key words: Drug, rational drug use, receipt.

8. KAYNAKLAR

1. Kayaalp OS. Farmakolojiye Giriş, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji (Ed S. O. Kayaalp). 10. Baskı. Ankara: Hacettepe-Taş Kitapçılık Ltd. Şti.; 2002.
2. Şemin S. Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç. TTB; 1998.
3. Mollahaliloğlu S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2000.
4. Oktay Ş. Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9(Özel sayı): 15-18.
5. WHO Report of the Conference of Experts. Nairobi: 1985.
6. Akıcı A., Kalaça S., Uğurlu MÜ., Çalı Ş., Oktay, Ş. Pratisyen Hekimlerin Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2001; 4(3): 100-105.
7. Eşkazan E. Akılcı İlaç Kullanımı. STE [düzenli elektronik dergi] 1999-Ocak [18 Ağustos 2008]; 11 [160].
<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/11/1101ee.pdf>
8. N.Abacıoğlu. Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı. Üniversite ve Toplum 2005; 5(4): 1-7.
9. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi. Ankara: 1993.
10. WHO. Guide to Good Prescribing. Cenevre: 1994.
11. Devlet Planlama Teşkilatı. VIII. 5 Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara: 2001.
12. S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu. Ankara: 2006.

13. Özkan S., Özbay OD., Aksakal F.N., İlhan MN., Aycan S. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastalarla Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4(5): 223–237.
14. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Raporları. Ankara: 2004-2005.
15. Oktay Ş. Türkiye’de Rasyonel Farmakoterapi Eğitimi. Rasyonel Farmakoterapi 2006. 1(1): 62-64.
16. S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara İli Sağlık Ocaklarında Reçete Yazımına Yönelik Müdahale Etkileri, Yayınlanmamış Araştırma Raporu. S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Arşivi. Ankara: 2005.
17. Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş., Kalaça S. Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. STED 2002; 11(7): 253–257.
18. Çelepçıkay ve ark. IX. Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2005.
19. Doğukan ve ark. IX. Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2004.
20. Mollahaliloğlu S. Türkiye’de Akılcı İlaç Uygulamaları. SB Dialog. 2005;12:12–16.
21. Grumbachg K. Managing Primary Care in United States and in the United Kingdom. The New England Journal of Medicine 1993.
22. SB. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. OECD Ulusal Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları. Ankara: 2004
23. Özata M. Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkisi. Erişim tarihi: 18.08.2008.
www.saglikyo.selcuk.edu.tr/mmete/pdf/hastaguvenligi/pdf
24. IMS Health Data, 2006.

9. EKLER

EK-1: Anket Örneği

ANKARA İLİ KEÇİÖREN SAĞLIK GRUP BAŞKANLIğI'NA BAĞLI BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ANKETİ

Birinci basamakta çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda değeriendirilmesi amacıyla bu anket çalışması yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplarla akılcı ilaç kullanımına yönelik yapılacak çalışmalar için öneriler geliştirilmesini sağlayacak verilerin ortaya konmasına yardımcı olacaksınız. Söz konusu bilgiler bu amaç doğrultusunda kullanılacak olup, ankette **isim belirtilmeyecek** ve toplanacak bilgiler tamamen gizli kalacaktır.

Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi için tüm soruları eksiksiz olarak cevaplamanız çok önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Mümine Nurdan Doğukan
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ANKET NO:

SAĞLIK KURULUŞU ADI:.....Sağlık Ocağı

TARİH:/...../2007

1) Cinsiyetiniz nedir?

a) Erkek

b) Kadın

2) Yaşınız?.....

3) Mezun olduğunuz tıp

fakültesi?.....

4) Kaç yılında mezun oldunuz?.....

- 5) Meslek unvanınız nedir?
a) Pratisyen Hekim b) Uzman Hekim (.....)
- 6) Birinci basamak sağlık kurumunda toplam kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
- 7) Günde ortalama olarak kaç hasta muayene ediyorsunuz?.....
- 8) Bu hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?%.....
- 9) Reçetelerinizde ortalama kaç kalem ilaç yer almaktadır?
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 4'den fazla
- 10) Hastalarınıza ortalama olarak kaç dakika ayırıyorsunuz?..... dakika
- 11) Hastalarınızı muayene etmeden şikayetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Bazen
- 12) Hastalar tarafından talep edilen (hastanın önceden kullandığı, eczaneden aldığı vb.) ilaçları reçete ediyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Bazen
- 13) Günde yazdığınız reçetelerin ortalama olarak % kaçını reçete tekrarı
şeklindedir?%.....
- 14) Yazdığınız ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?
a) Genelde biliyorum b) Çok az biliyorum c) Hiç bilmiyorum
- 15) Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı hakkında ne düşünüyorsunuz?
a) Çok yüksek b) Yüksek c) Normal d) Düşük e) Çok düşük f) Fikrim yok

16) Daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldınız mı? (Eğitimi nerede, kaç yılında, hangi kurumdan aldığınızı da belirtiniz.)

- a) Evet (.....)
- b) Hayır

17) Sizce akılcı ilaç kullanımı nedir? **(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- a) Hastaya etkili ilaç yazılması b) Hastaya güvenli ilaç yazılması
c) Hastaya uygun ilaç yazılması d) Hastaya uygun maliyetli ilaç yazılması
e) Uygun dozda ilaç yazılması f) Uygun süre ilaç kullanımı
g) Diğer (.....)

18) Sık karşılaştığınız hastalıklar için oluşturduğunuz kişisel tedavileriniz var mı?

- a) Evet b) Hayır

19) İlaç seçerken dikkate aldığınız kriterler nelerdir? **(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- a) Etkililik b) Güvenlilik c) Uygunluk d) Maliyet

20) Hastanıza ilaç yazarken çeşitli bilgi kaynaklarından yararlanır mısınız?

- a) Evet b) Hayır **(22. soruya geçiniz)**

21) Hastanıza ilaç yazarken başvurduğunuz kaynaklar nelerdir? **(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)**

- Tanı ve Tedavi Rehberleri
- Türkiye İlaç Kılavuzu
- Vademecum
- İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmaları
- Meslektaş tecrübeleri
- Diğer (.....)

22) İlaçlarla ilgili bilgi düzeyiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

	Bilgi düzeyim çok iyi	Bilgi düzeyim iyi	Bilgi düzeyim orta	Bilgi düzeyim kötü	Bilgi düzeyim çok kötü
1- Etki mekanizması	a	b	c	d	e
2- Bileşim	a	b	c	d	e
3- Biyoyararlanım / Biyoeşdeğerlik	a	b	c	d	e
4- Endikasyonlar	a	b	c	d	e
5- Kontrendikasyonlar	a	b	c	d	e
6- Yan etkiler	a	b	c	d	e
7- İlaçların etkileşimleri (ilaç/besin/sigara)	a	b	c	d	e
8- Uygulama şekli	a	b	c	d	e
9- Günlük doz	a	b	c	d	e
10- Saklama koşulları(stabilite)	a	b	c	d	e
11Hamilelik/emzirmede kullanım	a	b	c	d	e
12- Fiyat	a	b	c	d	e
13- Piyasada bulunabilirliği	a	b	c	d	e

23) Hastalarınıza hastalığı hakkında bilgi verir misiniz?

a) Evet

b) Hayır (**25. soruya geçiniz**)

24) Lütfen işaretleyiniz.

Hastalarım:	Evet	Hayır
Hastalığının ismini söylerim		
Hastalığının nedeni hakkında bilgi veririm		
Hastalığının sonuçları hakkında bilgi veririm		
Hastalığının tedavisi hakkında bilgi veririm		
Hastalığının.....söylerim/bilgi veririm.		

25) Hastalarınıza tedavi amaçlarınızla (tedavi ile neyi başarmak istediğiniz) ilgili açıklama yapar mısınız? (Cevabınız Evet ise hastalarınızın yaklaşık olarak % kaçına açıklama yaptığınızı belirtiniz.)

a) Evet (%.....) b) Hayır

26) Yazdığınız ilaçların seçiminde, sosyal güvencesi olan ve olmayan hastalar arasında fark oluyor mu?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

27) Hastanıza ilaçla ilgili verdiğiniz bilgilerin sıklığı hakkında ne düşünüyorsunuz?

	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1- İlacın adını	a	b	c
2- Uygulama şeklini	a	b	c
3- Günlük dozu	a	b	c
4- Tedavi süresini	a	b	c
5- İlacın etki mekanizmasını	a	b	c
6- İlacın olası yan etkilerini	a	b	c
7- İlacın fiyatını	a	b	c
8- Diğer ilaçlarla / besinlerle etkileşimini	a	b	c
9- İlacı ne zaman bırakması gerektiğini	a	b	c
10- İlaçlarla ilgili diğer uyarılar	a	b	c

28) Hastanıza yazdığınız ilaçları nasıl kullanacağını tekrar ettirir misiniz?

- a) Evet b) Hayır c) Bazen

29) Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz vb.) önerir misiniz?

- a) Evet b) Hayır **(31.soruya geçiniz)** c) Bazen

30) Hastalarınıza verdiğiniz ilaç dışı tedavi bilgilerini tekrar ettirir misiniz?

- a) Evet b) Hayır c) Bazen

31) Reçetelerinizde kullandığınız yazının okunaklılığı hakkında ne düşünüyorsunuz?

- a) Herkes tarafından kolaylıkla okunabilir
b) Herkes tarafından biraz uğraşarak okunabilir
c) Eczacı tarafından okunabilir
d) Sadece benim tarafımdan okunabilir
e) Diğer.....

32) Reçeteleriniz okunmadığı gerekçesiyle hasta ya da eczacı tarafından geri getirilir mi?

- a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman

33) Hastalarınıza adlarıyla hitap ediyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır c) Bazen

34) Lütfen işaretleyiniz.

Reçetelerime:	Var	Yok
Tarih yazma alışkanlığım		
Hastanın adını ve soyadını yazma alışkanlığım		
Hastanın yaşını yazma alışkanlığım		
Hastanın cinsiyetini yazma alışkanlığım		
Hastanın tanısını yazma alışkanlığım		
Hastanın ya da eczacının gerektiği zaman bana ulaşabileceği bir telefon numarası yazma alışkanlığım		

35) Hastanızın tedavi sürecini izliyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır c) Bazen

36) Günde ortalama olarak kaç ilaç firması temsilcisi tarafından ziyaret ediliyorsunuz?

.....

37) Bu görüşmelerin reçetelerinize yansıma durumu nedir? (Değerlendirmenizi 1 hiç etkilenmez, 5 çok etkilenir olarak, 1 ve 5 puan arasında yapınız.)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38) Sizce diğer hekimler ilaç seçiminde firmaların tanıtım faaliyetlerinden etkileniyor mu? (Değerlendirmenizi 1 hiç etkilenmiyor, 5 çok etkileniyor olarak, 1 ve 5 puan arasında yapınız.)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39) Sağlık Bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar mısınız?

a) Evet

b) Hayır

40) Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” adlı kitaptan haberdar mısınız?

a) Evet

b) Hayır **(43.soruya geçiniz)**

41) Bu kitabı kullanıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

42) Bu kitabı kullanmıyorsanız, kullanmama nedeniniz nedir?

.....

43) Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?

a) Evet

b) Hayır

44) Bu eğitimin hangi kuruluşlarca verilmesini tercih edersiniz?

a) Sağlık Bakanlığı b) Tabip Odası c) İlaç Firması d) Yazılı ya da görsel basın

e) Diğer.....

45) Konu ile ilgili eklemek istediğiniz görüşleriniz:

.....

Teşekkür ederiz.

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	Mümine Nurdan Doğukan
Cinsiyeti	Kadın
Doğum Yeri ve Tarihi	İzmir, 20 Haziran 1967
Medeni Durum	Evli
İş Adresi	Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara

Öğrenim

1990	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
1984	Kırıkkale Lisesi
1978	Kırıkkale Tınaz İlkokulu

Yabancı Dil: İngilizce

Çalışma Tecrübesi

2004-	Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Akılcı İlaç Kullanımı Bölümü
1990-2004	Ankara Yenimahalle Sağlık Grup Başkanlığı Batıkent I Nolu Sağlık Ocağı

Aldığı Eğitimler

2008	Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Teşviki Eğitimi
2008	Flagship Eğitimi
2008	Sağlık Hizmetlerinde Veri Toplama ve Verilerin Analizi Eğitimi
2007	Sağlık Ekonomisi Eğitimi
2006	Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Eğitimi
2006	Farmakoekonomi Eğitimi
2006	İleri Kişisel Gelişim Eğitimi
2006	Proje Döngü Yönetimi Eğitimi
2005	Temel Kişisel Gelişim Eğitimi
2005	Akılcı İlaç Kullanımı Kursu
2002	İşyeri Hekimliği Kursu
2001	Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi