

PAPER DETAILS

TITLE: Mugla Üniversitesi İdari Personelinin İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi

AUTHORS: HÜLYA BAYBEK,DİLEK BULUT,AYDIN ÇAKIR

PAGES: 53-67

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/217335>

MUĞLA ÜNİVERSİTESİ İDARİ PERSONELİNİN İLAÇ KULLANMA ALİŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ

Hülya BAYBEK*
Dilek BULUT**
Aydın ÇAKIR***

ÖZET

Çalışma, Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma 320 idari personelden, ulaşılan 146 kişi üzerinde yürütülmüştür. Araştırma kapsamındaki 146 kişinin %57.5'i 25-34 yaş grubunda olup, %58.2'si kadın, %58.2'si ön lisans-lisans mezunu, gelir durumu %61.5'lik oranla 500 Milyon ve üstü olduğu belirlenmiştir. İdari personelin koruyucu amaçlı hekime gitmedikleri hastalandıklarında teşhis ve tedavi amacıyla hekime gittikleri, reçetede yazılan ilaçları aldıkları, kendi kendilerine ilaç kullanma alışkanlıklarının yüksek olduğu, ilaçları genellikle bildik şikayetler olduğunda aldıkları, hastalık belirtileri geçtiğinde ilacı erken bırakabildikleri, prospektüsü okudukları ve anladıkları, ilaçların kullanma şeklini hekimden ve eczacıdan öğrendikleri tespit edilmiştir. Personelin koruyucu sağlık hizmetlerine önem vererek periyodik olarak sağlık taramaları yaptırmalarının, artık ilaçların evde saklanması ve imha edilmesi konularında doğru davranış şeklini öğrenmelerinin, semptomların bir hastalık değil hastalık belirtisi olduğu ve aynı semptomun farklı ve ciddi hastalıkların belirtisi olabileceği, hastalık belirtilerin geçmesinin hastalığın tedavi olduğu anlamını taşımadığı konusunda bilgilendirilmelerinin gerekli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelime: Akılcı ilaç kullanımı

Determination of Drug Usage Habits of the Personnel of Mugla University

ABSTRACT

This study was planned as descriptive to determine drug-usage habits of the personnel of Muğla University . Of 320 personnel , the study was done among 146 person who could be reached. Among 146 person 57.5% were between 25-34 years old, 58.2% were female, 58.25 were graduated from a master programme and monthly income of 61.5% was over 500.000.00 TL It was found that the personnel did not admit physician for preventive medical purposes, only admitted for diagnosis and treatment and they used prescribed drugs. Self drug usage among personnel was high especially in case of common complaints. And they disused drug as soon as they get relief off complaint. They read and understood prospectus of drug and learned usage of drug from physician or chemist. It was realized that the personnel should mind about preventive medicine and periodic check-up. They should learn about conservation and destruction of drugs at home. They should be taught that symptoms are not disease and they are only signs of disease, and same symptoms could be sign of different diseases. And they should be taught that the relief from symptoms does not mean the treatment of disease

Key Words: Rational drug use

* Yrd. Doç. Dr., Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi.

** Öğr. Gör. Uzm., Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi.

*** Sağ. Mem., Zekai Tahir Burak Doğumevi.

GİRİŞ

Toplumların gelişmesi ve ilerlemesi büyük ölçüde kendilerini oluşturan bireylerin sağlıklı olma niteliğine bağlıdır. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda koruyucu hizmetlerden çok sağıtımsal hizmetlere öncelik verilmektedir. Bunun sonucu olarak birçok sağlık sorunu ortaya çıkmaktadır (Eren ,1985 :115-117).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1977 yılında toplanan 30'uncu Genel Kurulu'nda kararlaştırılan hedef "2000 yılında herkese sağlık"tır. Bu hedefe ulaşabilmek için izlenecek ilkeler 1978'de Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansında kararlaştırılmıştır (Öztek, 1992: 89). Bu Konferans sonunda yayımlanan ve hemen hemen tüm dünya ülkelerince imzalanmış olması nedeniyle "Uluslararası Sağlık Sözleşmesi" niteliğini de taşıyan Alma-Ata Bildirgesinin ilk maddesinde "Yalnız hasta yada sakat olmama durumu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olan sağlığın, temel bir insan hakkı olduğu ve en önemli evrensel amaç olan, mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine erişebilmenin sağlık sektörünün yanı sıra birçok diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin belirli bir amaç doğrultusunda çalışmaları ile gerçekleştirilebileceği" vurgulanmaktadır (Eren, 1982:117).

Gerek temel insan hakları sözleşmeleri, gerek mevcut yasalar, gerekse "Hasta Hakları Yönetmeliği" sağlık ve hasta haklarının bir parçası olarak sağlık hizmetine ulaşma ve tedavi olma hakkını tüm vatandaşlara tanımıştır. Bu yönetmeliğin 11. Maddesinde açık olarak; "Hasta modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını isteme hakkına sahiptir." denilmektedir. Bu hakkın yerine gelmesi için ilacın reçeteye yazılmış olması yeterli değildir. Bu hak ancak ilaca ulaşp, tedavi etkisi ortaya çıkınca yerine gelmiş olur (Güler, 1991:58-59).

Bildirgenin altıncı maddesinde ise; "TSH, bilimsel temele dayalı, uygulamaya yönelik, toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilebilir yollardan, onların tam olarak katılımcıları ile, kendi kendine yeterlilik ilkesi gereğince ülke ve toplum tarafından içinde bulundukları gelişmişlik düzeyinin her döneminde karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, Ulusal Sağlık Sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülen, bireylerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık zincirinin birinci halkasını oluşturmaktadır" şeklinde tanımlanmaktadır (Öztek, 1992:93).

Sağlık hizmetlerinde vazgeçilmeyecek bazı hizmet alanları vardır. Alma-Ata Bildirgesinin beşinci maddesinde "En az bakım" (minimal care) kavramıyla ele alınan bu hizmet alanları; Halkın sağlık eğitimi, beslenme durumunun geliştirilmesi, temiz su sağlanması ve sanitasyon, ana-çocuk sağlığı

ve aile planlaması, başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, endemik hastalıkların kontrolü, sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların uygun tedavisi ve temel ilaçların sağlanması'dır (Güler, 1991:57).

En az bakım" kavramı kapsamında olan ve sağlık hizmetlerinin 4 temel altyapısından (İnsan gücü, Araç-gereç, İlaç ve Bina) biri olan ilaçların disiplin ve süreklilik içinde sağlanması sağlık hizmetlerinde başarının temel unsurlarındandır. "En az bakım" kapsamında olan "Temel İlaçların Sağlanması" konusu temel ilaçlar tanımı sorununu gündeme getirmektedir. Temel İlaçlar, "toplumun çoğunluğunun sağlık gereksinimleri için en gerekli olan; dolayısıyla, her zaman yeterli miktarda ve uygun doz formlarında bulunması gereken ilaçlar" olarak tanımlanmaktadır (Azhar, 1993:307). Ülkelerin gereksinimlerine göre değişmekle beraber DSÖ yayınlarına göre 24900 dolayındaki ilaç türü belli başlı hastalıkların tedavisi için yeterli olmaktadır (Güler, 1991: 57-56).

DSO'nün "2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık" hedefine paralel olarak sosyal eşitlik ilkesine uygun bir şekilde Türkiye'de de en azından temel ilaçlara herkesin ulaşabilmesi gerektiği söylenebilir

Türkiye'de 1994 yılında Gayri Safi Milli Hasıladan sağlığa ayrılan payın %4 olmasına karşılık (DPT, 1996:36), Gayri Safi Yurt İçi hasılanın oranı olarak bu değerler 1990 yılı değerleriyle A.B.D.de %12.2, Fransa'da %8.9, Almanya'da %8.1, Yunanistan'da %5.5 olarak gözükmemektedir (Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği , 2001). Diğer taraftan Avrupa'da ve A.B.D.'de genelde kamu sağlık harcamaları içinde ilaçlara ayrılan pay %10-15 iken, Türkiye'de bu oran %40 civarındadır (Akılcı İlaç Kullanımı ve Hekimin Rolü Çalışma Grubu, 1993, Güler, 1991:64, Data 2001). Gerek dünyada gerekse ülkemizde sağlık harcamaları içerisinde önemli bir paya sahip olan ve her geçen yıl ABD Doları bazında ve reel olarak artış eğilimini sürdüren ilaç harcamaları sosyal güvenlik kurumlarımızın sağlık harcamalarında da başat rol oynamakta olup % 50'lerin üzerine çıkmaktadır.Bu oranlar SSK'da ; %47, Bağ-Kur'da ; %56, Emekli Sandığında ; % 55'dir. .(DPT, 1999, 2002 ,Sağlıklı İlaç Kullanımında Temel politikalar , 2001).

Ülkemizdeki ilaç tüketiminin fert başına düşen ulusal gelirdeki payında da benzeri durum karşımıza çıkmakta , yüksek rakamlara ulaşmakta ve birçok Avrupa ülkesinin önüne geçmektedir Bu bağlamda, ülkemizde kişi başına düşen ilaç tüketimi gelişmiş ülkelere göre rakamsal olarak daha az olmakla birlikte, kişilerin gelirinden bu amaçla ayırdığı payın, oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır.(DPT, 1999, 2002 ,Sağlıklı İlaç Kullanımında Temel politikalar, 2001).

İlaç tüketimindeki savurganlık 20. yüzyılın ikinci yarısında tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de ilaç harcamalarında hızlı bir artış eğilimi ile kendini göstermektedir. Dünyada 2000 yılında yapılan toplam ilaç harcaması üretici fiyatlarıyla 363 milyar ABD dolarıdır (Data 2001).

Ülkemizin 1999 yılı verilerine göre yıllık ilaç üretimi, 1 milyar birim/kutu dolayındadır. Bunun tüketici fiyatları üzerinden parasal değeri yaklaşık, 3.2 milyar (fabrika çıkış fiyatlarıyla 2.9 milyar) ABD dolarıdır. Üretimin 2005 yılında % 37'lik bir artışla 1.4 milyar birim kutu olacağı öngörülmektedir. Türkiye de kişi başına ilaç tüketimi, gelişmiş ülkelere göre çok düşük, ancak ilaç tüketimi için yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise, oldukça yüksektir ve 1988 yılında üretici fiyatlarıyla 628 milyon ABD dolarıyken 2000 yılında 4 kat artarak 2.7 milyar ABD doları bulmuştur (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 2001, Sağlıklı İlaç Kullanımında Temel politikalar, 2001).

Ülkemizde ilaç tüketiminin amaca yönelik olmaktan çok, özellikle sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki kişilerde, adeta bir savurganlık boyutunda olduğunu söylemek zor değildir. Bu anlamdaki tüketimin hangi boyutlara ulaştığı, anılan kuruluşlardan ilacı temin edilen kişilerin birçoğunun evinde tümüyle kullanılmadan kalan ilaçlarla, küçük birer eczane doluluğuna ulaşmış olan ilaç dolaplarına bakılarak, kolaylıkla kestirilebilir. (Sağlıklı İlaç Kullanımında Temel politikalar, 2001).

Toplumsal örgütlenmenin tam anlamı ile ülkemizde 1928 yılında yürürlüğe giren 1262 sayılı yasa ile ilacın hekim reçetesi ile verilmesi bir sorumluluk iken: bugün reçetesiz ilaç kullanımının yaygınlaştı kaydedilmektedir (Eser ve Oğuz, 1995:45-48, Tuğlular, 1987:21-22). Türkiye'de aşırı ilaç tüketimi olmamakla birlikte dengesiz bir ilaç tüketimi mevcuttur. Bir yandan insanların bir kısmı gereksinim duyduğu sağlık hizmeti ve ilaçlara ulaşmada güçlükler çekerken bir yandan da çeşitli faktörlerin etkisiyle akılcı ilaç kullanımı gerçekleştirilememekte, gereksiz, uygunsuz ve bazen israf boyutuna ulaşmış ilaç tüketiminin mevcut olduğu ve zaten kısıtlı olan kaynakların akılcı bir şekilde değerlendirilemediği görülmektedir (TEB Raporu, 1995: 85-87).

İlacın Toplum Sağlığı yönünden çok önemli bazı özellikleri vardır; ilaç güvenilir, etkili, uygun fiyatlı ve kolay sağlanabilir olmalıdır. Koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanı sıra oluşturduğu yan etkiler dolayısıyla ileride önemli bir risk potansiyeli mevcuttur. Tüketicisinin hakkında az bilgi sahip olduğu ve hastanın kendi tercihi ile seçemediği bir üründür. Ayrıca kamu sağlık harcamalarında % 40'lık payı olması sebebiyle önem taşımaktadır (İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikası Aylık Rapor, 2001: 110).

İlacın gerektiği zaman, gerektiği kadar kullanılması yaşamsal bir önem taşımaktadır. Dolayısı ile akılcı ilaç kullanımının, toplum sağlığı ve kısıtlı kaynaklar açısından önemi büyüktür. Günümüzde rasyonel ilaç kullanımı temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli konularından biri olarak ele alınmaktadır (Akılcı İlaç Kullanımı ve Hekimin Rolü Çalışma Grubu 1993:5-11, Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği, 2001, Öztekin 1992:27-30).

İlaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme süreci olan akılcı ilaç kullanımı devletin, ilaç endüstrisinin, başta eczacılar ve hekimler olmak üzere sağlık hizmeti mensuplarının ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir. Bunun sağlanmasında iyi niyetli bir yaklaşımının yanı sıra yeterli düzeyde bilgi ve becerinin de rolü bulunmaktadır (Güler, 1991:63).

DSÖ'nün yönettiği son çalışmalara göre ilaçların kötü kullanımı sorununun büyük boyutlara ulaştığını bildirmektedir. Bazı ilaçların “mediko-legal” sınırlar içinde kullanılması ile bile tolerans, rezistans, yan etkiler hatta ilaç bağımlılığına varan kötü sonuçların ortaya çıktığı; günümüzde kesin olarak bilinmektedir. Bu konu sağlık ekibini ve hastayı ilgilendirdiği kadar sağlıklı bireyleri de ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur (Öztek, 1985:11, Tuğlular,1987:21-22.(DPT, 1999, 2002, Sağlıklı İlaç Kullanımında Temel politikalar , 2001).

Sağlık hizmetlerinin yükselen maliyetine duyulan endişe sonunda ve sağlık hizmetinin yetersizliği, yüksek teknolojiye dayalı tıp dünyası karşısında insanlar; kendi geleceğini ve sorumluluğuna çıkma güdüsü ile kendi kendine bakım uygulama yoluna yönelmektedir (Öztek , 1985:7-10).

Fazla savurganca ilaç tüketmenin nedenleri incelendiğinde, ülkenin nüfus artışı, ortalama yaşam süresinin artması, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklarını korumaya daha fazla özen göstermeleri sayılabilir. Ancak bu hızla artan tüketim sadece bu nedenlere de bağlı değildir. Sosyal güvenlik kapsamı içindeki tüm kamu kurumlarında ilaçların savurganca yazılması, hastaların aşırı ilaç alma isteği, hastaların hekimine yaptıkları baskı ile istediği ilacı yazdırması da nedenler arasında etkili olmaktadır (Atay , 2001 :147-156).Bu yol ile gereksizce yazılmış birçok ilaç ya atılır ya da saklanarak evlerde küçük eczanelerin oluşmasına yol açar (Öztek , 1985:9-12).

Elinin altında bu kadar çok ilaç bulunan birey doğal olarak da bu ilaçları kullanır ya da bir başkasına önerir. Böylece hekime danışmadan, kendi bildiğince veya bir başkasının önerisi ile ilaç alma yani self-medikasyon, otomedikasyon olarak anılan tehlikeli durumlara yol açan ilaçların kötü kullanımı adını verilen alışkanlık ortaya çıkar (Blenkinsopp ve Brandley, 1996: 629-632, Tuğlular, 1987:7-11).

Bu çalışma Muğla Üniversitesinde görev yapan idari personelin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Tablo 1. İlk Başvurulan Sağlık Kurumlarının Dağılımı (n=146).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-24 yaş	26	17.8
25-34 yaş	84	57.5
35-49 yaş	36	24.7
Cinsiyet		
Kadın	85	58.2
Erkek	61	41.8
Eğitim Durumu		
İlköğretim	1	0.7
Lise	60	41.1
Ön Lisans-Lisans	85	58.2
Gelir Durumu		
200-349 Milyon	11	7.5
350-499 Milyon	48	31.5
500 Milyon ve Üstü	87	61.5
Toplam	146	100.0

Araştırmada Muğla Üniversitesi merkez kampüsünde çalışan 146 idari personelin ilaç kullanma alışkanlıklarına ait bulgular aşağıda verilmiştir. Araştırmada idari personelin %57.5'nin 25-34 yaş grubunda, %58.2'nin kadın, %58.2'nin ön lisans-lisans mezunu ve %61.5'nin 500 Milyon ve üstünde gelir düzeyine sahip bireylerden oluştuğu kaydedilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. İlk Başvurulan Sağlık Kurumlarının Dağılımı (n=146).

Sağlık Kurumları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Ocağı	6	4.1
Devlet Hastanesi	38	26.1
Üniversite Hastanesi	12	8.2
Özel Hekim	4	2.7
Kurum Hekimi	86	58.9
Toplam	146	100.0

Hastalık durumunda ilk başvuru yapılan sağlık kurumunun %58.9 oranıyla Kurum Hekimi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Kurum içi sevk zincirinin ilk basamağının kurum hekimi olması gerekliliği düşünüldüğünde bu oran beklenenden düşük olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3. Hekime Gitme Nedenlerinin Dağılımı (n=146)*.

Hekime Gitme Nedenleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalığının devamlı takibi veya tedavisi	53	36.3
Hastalandığım veya sağlığımdan şüphelendiğimde	97	66.4
Rapor almak için	4	2.7

*n katlanmıştır.

Araştırmaya katılanların %66.4 hastalık ya da sağlıktan şüphelendiklerinde, %36.3 hastalığın devamı, takibi ve tedavisi gerektiğinde hekime gittikleri saptanmıştır. (Tablo 3). Verilen cevapların genellikle zorunluluklardan kaynaklandığı, hedeflenen durumun ise koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olması gerekliliği düşündürücü bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4. Reçetede ilaçların Alınma Durumlarının Dağılımları (n=146)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alıyorum	137	93.8
Eksik alıyorum	9	6.2
Toplam	146	100.0

Araştırmada reçetede yazılan ilaçların %93.8 oranında alındığı belirlenmiştir (Tablo 4). Bunun sebebinin de idari personelin sosyal güvenceye sahip olmalarından ve hastalık nedeniyle hekime gitme alışkanlıklarının olmasından kaynaklandığını düşünülmüştür.

Tablo 5. İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Veren Kişilerin Dağılımları (n=146)*.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekim	98	67.1
Hemşire/Sağlık Memuru	2	1.4
Eczacı	66	45.2
Prospektüs	10	6.8

*n katlanmıştır.

Çalışmada ilaçların kullanımı konusunda bilgi veren kişilerin %67.1'nin hekim, %45.2'nin eczacı olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Hekim-hasta ilişkisi ilaçların düzenli kullanımında önemli noktadır. Hastaların hekime güvenmesi ve tedavi sürecinde hayal kırıklığının olmaması önemlidir. Bunun için de hastaya veya hastanın tedavi sorumluluğunu üstlenen kişiye tedaviden neler beklendiğinin gerçekçi bir açıklaması yapılmalıdır. Aksi halde, hasta ilaç almayı erken bırakabilir. Eğer hasta tedavinin amacının semptomları gidermek olduğunu düşünürse hastalığı daha kontrol altına alınmadan ilacı almayı kesebilir.

Tablo 6. Prospektüs Okuma-Anlaşılır Bulma Durumlarının Dağılımı (n=146).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Prospektüs Okuma Durumu		
Evet	141	96.6
Hayır	5	3.4
Prospektüs Anlaşılma Durumu		
Anlaşılır buluyorum	117	80.1
Anlaşılır bulmuyorum	29	19.9
Toplam	146	100.0

Araştırmada personelin %96.6'sının prospektüs okuduğu, %80.1'nin okudukları prospektüsü anlayabildikleri tespit edilmiştir (Tablo 6). Prospektüste yazılanların bir kısmı latince olduğu dikkate alınırsa, anladığını ifade edenlerin gerçekte anlama düzeyi de tartışılabilir.

Tablo 7. Son Kullanma Tarihine Bakma Durumlarının Dağılımı (n=146).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	139	95.2
Hayır	7	4.8
Toplam	146	100.0

Çalışmada personelin %95.2'sinin kullandıkları ilaçların son kullanma tarihini baktığı belirlenmiştir (Tablo 7). Bu davranış bilinçli ilaç kullanma açısından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 8. Tedaviyi Erken Bırakma Durumlarının Dağılımı (n=146).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	96	65.8
Hayır	49	33.6
Cevapsız	1	0.6
Toplam	146	100.0

Araştırmada personelin %65.8'in bazen tedaviyi erken bırakabildikleri (Tablo 8), bunlarında %68.8'nin iyileşme nedeniyle ilaç kullanımını son verdikleri belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Tedavi Bitmeden Önce İlaç Kullanımını Bırakma Nedenleri Dağılımı (n=96)*.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İyileşince	66	68.8
İlaç kullanmayı unuttunca	14	14.6
Hekimime güvenmediğim için	3	3.1
Yan etki gördüğümde	35	36.5
İlaçtan beklediğim etkiyi göremeyince	21	21.9
Diğer	2	2.1

* n katlanmıştır.

Çalışmada personelin %56.8'nin artık ilaçları evde sakladığı, %24'nün de artık ilaçları attığı belirlenmiştir (Tablo 10). Elde edilen sonuçlar Güler (1991)'in bildiriminden düşük bulunmuştur. Artık ilaçların saklanması konusunda bilgi düzeylerinin araştırılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Tablo 10. Artık İlaçları Değerlendirme Durumlarının Dağılımları (n=146).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evde saklarım	83	56.8
İhtiyacı olanlara veririm	14	9.6
Sağlık kuruluşuna veririm	14	9.6
Atarım	35	24.0
Toplam	146	100.0

Özel reçeteye tabi ilaç kullananların oranının %2.8’lik bir oranda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Özel Reçeteye Tabi İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı (n:146)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	4	2.8
Hayır	141	96.6
Cevapsız	1	0.6
Toplam	146	100.0

Araştırmada idari personelin doktor önerisi olmadan genellikle eczacı ve çevre önerisi ile ilaç kullanmadıkları, fakat daha önce geçirmiş oldukları hastalık bilgilerine dayanarak %61.6 oranında kendi kendine ilaç kullanma alışkanlığı gösterdikleri, kendi kendine kullanılan ilaçlar arasında %92.4 oranıyla ağrı kesicilerin geldiği tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Hekim Önerisi Olmadan İlaç Kullanma Özelliklerinin Dağılımı (n=146).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eczacı Önerisi İle İlaç Kullanımı		
Evet	42	28.8
Hayır	104	71.2
Kendi Başına İlaç Kullanımı		
Evet	90	61.6
Hayır	56	38.4
Bir Önce Tedavideki (Aynı Şikayet) İlacı Kullanma		
Evet	99	67.8
Hayır	47	32.2
Çevre Önerisi İle İlaç Kullanımı		
Evet	23	15.8
Hayır	123	84.2
Toplam	146	100.0

Kendi kendine ilaç kullanma oranı Güler (1991)'in bildiriminden düşük bulunmuştur. Bu durumun doktora tekrar ulaşmayı denemede caydırıcı değişik faktörlerin bulunma olasılığı ya da ilaç hakkında bilgilendirme yapılmaması gibi olasılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışmada doktora gitmeden ilaca başvurma şikayetlerinin %81.5 baş ağrısı ve %66,3'ü oranıyla soğuk algınlığından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 13). Bunda sık rastlanılan bildik şikâyetlerin olmasının ve ilaçlara kolay ulaşılabilmesinin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Tablo 13. Hekime Gitmeden İlaç Kullanılan Şikayetlerin Dağılımı (n=92)*

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Adet ağrısı	7	7.6
Baş ağrısı	75	81.5
Soğuk algınlığı	61	66.3
Diş ağrısı	9	9.8
Adale ağrısı	7	7.6
Mide ağrısı	6	6.5
Diğer	2	2.2

*n katlanmıştır.

Araştırmada hekime gitmeden kullanılan ilaç gruplarının başında %92.4 oranıyla ağrı kesicilerin geldiği bunu %16,3 oranıyla antibiyotiklerin izlediği tespit edilmiştir (Tablo 14). Bu sonuç hekime gitmeden ilaç kullanılan şikayetlerle ilgili bulgularla paralellik göstermiştir.

Tablo 14. Hekime Gitmeden Kullanılan İlaç Gruplarının Dağılımı (n=92)*

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrı kesiciler	85	92.4
Antibiyotikler	15	16.3
Vitaminler	5	5.4
Anti asit ilaçlar	4	4.4
Diğer	5	5.4

*n katlanmıştır.

Çalışmada idari personelin %91.8'inin aromaterapi yöntemini sıklıkla kullandığı belirlenmiştir (Tablo 15). Bunda ilaç fiyatlarının ve şifalı bitkisel

ürünlere kolaylıkla ulaşılan bir bölgede bulunulmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Tablo 15. Aromaterapi Uygulama Durumlarının Dağılımları (n=146).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	134	91.8
Hayır	12	8.2
Toplam	146	100.0

SONUÇ ve ÖNERİLER

İdari personelin koruyucu amaçlı olarak değil, hastalandıklarında teşhis ve tedavi amacıyla hekime gittikleri, reçetede yazılan ilaçları aldıkları, bildik şikayetler olduğunda kendi kendilerine ilaç kullanma alışkanlıklarının yüksek olduğu, hastalık belirtileri geçtiğinde ilacı erken bırakabildikleri, prospektüsü okudukları, ilaçların kullanma şeklini hekimden ve eczacıdan öğrendikleri tespit edilmiştir.

Personelin koruyucu sağlık hizmetlerine önem vererek, periyodik olarak sağlık taramaları yaptırmalarının, artık ilaçların evde saklanması ve imha edilmesi konularında doğru davranış şeklini öğrenmelerinin, semptomların bir hastalık değil hastalık belirtisi olduğu ve aynı semptomun farklı ve ciddi hastalıkların belirtisi olabileceği, hastalık belirtilerin geçmesinin hastalığın tedavi olduğu anlamını taşımadığı konusunda bilgilendirilmelerinin gerekli olduğu kanaatine varılmıştır.

KAYNAKÇA

- Akılcı İlaç Kullanımı Ve Hekimin Rolü Çalışma Grubu* (1993). Türk Tabipler Birliği: TTB Halk Sağlığı Kolu Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri (5-6 Kasım),5-13, Ankara.
- Atay, Okan. (2001) “Sağlıkta İlacın Yeri, Sorunları”; *Yeni Türkiye Mecmuası*, 7(40), 147-156.
- Azhar, M.A. et all (1993). Over The Counter Drugs , *BMJ*, 307, 1422, Bangladesh,.
- Blenkinsopp, A. Brandley, C. (1996). Patient, Society And The Increase In Self-Medication, *BMJ*, 312: 629-632.
- Data 2001 Update Avrupa ilaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu (EFPIA) The Pharmaceutical Industry in Figures*, Key.http://efpia.org.6_publ/documentllnfig%2001.pdf

- Devlet Planlama Teşkilatı (1996). *Ekonomik Sosyal Göstergeler (1950-1995)*, 36, DTP yayınları, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı 2002 Yılı Programı (2002). 26, DTP yayınları, Ankara.
- Eren N. (1985) *Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri*, HÜTF Halk sağlığı AD Yayınları, 115-123, Ankara
- Eser, E., Oğuz, M (1995). Sosyalizasyon Uygulamalarında Kırsal Kesimdeki İlaç Sorununa Bir Çözüm Önerisi, *Toplum Hekim*, Temmuz-Ağustos,10(68), 45-48.
- Güler, N (1991). *Kızılırmak Sağlık Ocağında Doktorlarca Verilen Reçetelerin Hastalar Tarafından Uygulanıp Uygulanmamalarının İzlenmesi ve Bunu Etkileyen Etmenler*, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,57-70, Sivas,.
- TEB Raporu(1995). *İlaç Tüketimini Etkileyen Faktörler Ve Türkiye’de İlaç Tüketim 2-3* : 85-87, İstanbul.
- Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği İnternet (2001). Yayını *İlaç Yokluğu Önlenmelidir!*; (www.hayad.org.tr/ilac01.htm), İstanbul.
- Kamacık, L. (1983). *Yasal Düzenlemeler ve İlaç Kullanımına Etkisi*, İzmir.
- Öztek, Z.(1992). *Temel Sağlık Hizmetleri*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın No:92/2, 88,95,Ankara.
- Sağlıklı İlaç Kullanımında Temel Politikalar (2001) [www.chp.org.tr/bykp/ - .htm - 101k](http://www.chp.org.tr/bykp/-htm-101k)
- Tedavi Gruplarına Göre İlaç Tüketimi Oranları Belli Oldu* (2001). İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikası Aylık Rapor, 12: 110.
- Tuğlular, İsmail (1987). Gereksiz İlaç Kullanımı ve Toplum Sağlığı, *Çağdaş Hekim*, 2: 21-22.
- Türkiye’de İlaç* (2001), İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası ve İEİS 1988 yılı İstatistikleri, Ankara.