



**MALATYA İLİNDE GÖÇMEN SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN GEÇİCİ KORUMA
ALTINDAKİ YETİŞKİN SURİYELİLERİN AKILCI İLAÇ
KULLANIM BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Deniz YAVUZ BAŞKIRAN

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof.Dr. Erkan Pehlivan**

Doktora Tezi-2022

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA İLİNDE GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN
GEÇİCİ KORUMA ALTINDAKİ YETİŞKİN SURİYELİLERİN AKILCI
İLAÇ KULLANIM BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Deniz Yavuz BAŞKIRAN

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof.Dr. Erkan PEHLİVAN**

**MALATYA
2022**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTIMA DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Akılcı İlaç Kullanımı	5
2.1.1. Akılcı İlaç Kullanımında Tarafların Rollerini	7
2.1.2. İlaç Kullanımında Hekimin Rolü.....	7
2.1.3. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacının Rolü	8
2.1.4. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü	8
2.1.5. Akılcı İlaç Kullanımında Toplumun Rolü	8
2.2. Ülkemizde Yaşayan Suriyeli Sığınmacılar	9
2.2.1. Tarihçe	9
2.2.2. Demografik Veriler	9
2.2.3. Suriyelilere Sağlanan Sağlık Hizmetleri.....	10
2.2.4. Suriyelilerin İlaç Erişimi	11
3. MATERYAL VE METOT	12
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	12
3.2. Araştırmanın Tipi ve Değişkenleri	12
3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	12
3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi.....	12
3.5. Etik ve İdari İzinler	14
4. BULGULAR.....	15
4.1. Sosyoekonomik Bulgular.....	15
4.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	17
4.3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Puanlandırılması	18
4.4. Çalışmada Alınan Puanın Sosyodemografik Değişkenler Açısından Analiz Sonuçları	20
4.4.1. Cinsiyet	21

4.4.2. Yaş	21
4.4.3. Eğitim Durumu	22
4.4.4. Suriye’de Yaşanan Yer	24
4.4.5. Türkiye’de Kalış Süresi, Malatyada Kalış Süresi	25
4.4.6. Medeni Durum	26
4.4.7. İş Durumu	27
4.4.8. Anketin Yapıldığı Kurum	28
4.4.9. Çok Değişkenli Lojistik Analizi	31
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
KAYNAKLAR	41
EKLER	44
EK-1. Özgeçmiş	44
EK-2. Etik Kurul	46
EK-3. Anket Formu ve Ölçek	47

TEŐEKKÜR

Bu çalıőmanın planlanması ve yűrűtűlmesi sűrecinde benden destek ve ilgilerini esirgemeyen, lisansűstű eęitimim boyunca, bilgi, deneyim ve hoőgűrűlerinden yararlandığım danıőman hocam sayın Prof.Dr. Erkan Pehlivan' a űncelikle teőekkűrlerimi sunarım.

Çalıőmam ve eęitimim boyunca ihtiyaç duyduęum her durumda yanımda hissettięim kıymetli Halk Saęlıęı hocalarım Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ, Prof.Dr.Ali ŐZER, Prof.Dr.Gűlсен GŪNEŐ ve sevgili Doç.Dr Harika GŐZŪKARA BAę hocama sonsuz saygılarımı sunarım.Doktora sűrecinde ders aldıęım bűtűn hocalarımla, Halk Saęlıęı asistanı arkadaşlarımla emekleri için hepsine ayrı ayrı teőekkűr ederim.

Malatya İl Saęlık Műdűrlűęűnde beni yűreklendiren yűnetici ve mesai arkadaşlarıma destekleri için teőekkűr ederim.

Her adımda yanımda olan annem, babam; emeklerinizi asla űdeyemem, iyiki varsınız, iyiki benim ailemsiniz.

Ve bugűn geldięim noktada beni ben yapan, varlıklarına her daim űkettięim gűzel evlatlarım Irmak, Dila Baőak, Toprak, yol arkadaşım sevgili eőim Adil; sizlerin desteęi olmasa bu sűreci tamamlayamazdım, saęolun, varolun.

Deniz YAVUZ BAŞKIRAN

ÖZET

Malatya İlinde Göçmen Sağlığı Merkezlerine Başvuran Geçici Koruma Altındaki Yetişkin Suriyelilerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi ve İlişkili Faktörler

Amaç: Çalışmada, Suriye İç Savaşı sonucunda ülkemize gelip yaşamını sürdürmekte olan Suriye’li vatandaşların akıllı ilaç kullanımı ile ilgili olarak bilgi düzeylerini belirlemek ve etkileyen faktörleri incelemek amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Malatya ilindeki 4 Göçmen Sağlığı Merkezinde geçici koruma altında olan toplam 983 Suriyeli hasta dahil edilmiştir. Sosyo demografik özellikleri içeren anketle birlikte Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ile veriler toplanmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan değeri 42’dir. Ölçeğin kesim değeri 34 puan olarak belirlenmiştir. 35 ve üzeri puan alan hastalar akılcı ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olarak değerlendirildi. Ölçeğin Cronbach’ salpha katsayısı 0.789 dur.

Bulgular: Araştırma kapsamına girenlerin 577’si (%58.7) kadın, 406’sı (%41.3) erkekti. Yaş ortalaması 33.4 ± 12.6 idi. Katılımcıların 929’u (%94.5)’ü okur yazar olup, %38.1’i lise mezunu idi. Çalışmaya katılan hastaların Türkiye’de kalış süresi 5.8 ± 2 yıl, Malatya’da kalış süresi 5.2 ± 2.1 yıl şeklindedir. Tüm katılımcıların yalnızca %23.1’i 35 ve üzerinde puan alabilmiştir. Hastaların puanları cinsiyete göre farklılık göstermez iken, yaş ile zayıf bir ilişki bulundu. Ayrıca eğitim durumu Türkiye’de yaşanan yıl, medeni durum, Suriye’de düzenli çalışma hayatı, köy ve kasabada yaşıyor olmak akılcı ilaç kullanım puanları üzerinde etkili faktörler olduğu saptandı.

Sonuç: Bu araştırma sonucunda katılımcıların akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Türkiye’de bu konuda yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, Türkiye’de yaşayan Suriyelilerin bu konudaki farkındalıkları Türk vatandaşlarınınkinden daha düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Merkezi, Akılcı İlaç, Göç, Göçmen Sağlığı, Mülteci

ABSTRACT

Determination of Rational Drug Use Knowledge Levels of Syrians Under Adult Temporary Protection Applying to Immigrant Health Centers in Malatya Province and Related Factors

Aim: In this study, it is aimed to determine the knowledge level of Syrian citizens who came to our country as a result of the Syrian Civil War and to examine the factors affecting it.

Material and Method: A total of 983 Syrian patients under temporary protection in 4 Migrant Health Centers in Malatya were included in the study. Rational Drug Use Scale, which includes sociodemographic characteristics, was applied to the data. The total point value that can be obtained from the scale is 42 points, and the cut-off value of the scale is 34 points. Patients with a score of 35 and above were considered to have sufficient knowledge about rational drug use. The Cronbach's alpha effective value of the scale is 0.789.

Results: Of the participants, 577 (58.7%) were female and 406 (41.3%) were male. The age was 33.4 ± 12.6 years. In addition, 929 (94.5%) of them are literate and 38.1% of them are high school graduates. The duration of participation in the research was 5.8 ± 2 years in Turkey and the duration of stay in Malatya was 5.2 ± 2.1 years. 23.1% of all participants were score 35 and above. While the scores of the patients did not differ according to gender, a weak correlation was found with age. In addition, it was determined that education level, years lived in Turkey, marital status, regular working life in Syria, living in villages and towns were effective factors on rational drug use.

Conclusion: According to the results, it was determined that the rational drug use knowledge level of the participants was low. When the results of the study are compared with the results of other studies conducted in Turkey, the awareness of Syrians living in Turkey is lower than Turkish.

Keywords: Family Health Center, Rational Medicine, Migration, Migrant Health, Refugee

SİMGELER VE KISALTMA DİZİNİ

AİK	: Akılcı İlaç Kullanımı
AB	: Avrupa Birliği
EM	: Beklenti maksimizasyonu
RMSE	: Karekök hata kareler ortalaması
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AOİK	: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
Ark	: Arkadaşları
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
RBS	: Reçete Bilgi Sistemi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
UNHCR	: Birleşmiş Milletler Göçmen Ajansı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Akılcı İlaç kullanımının tarafları	8
Şekil 2.2. UNHCR'nin web sitesinde yer alan ve Türkiye hükûmeti tarafından sağlanmış resmî veriler.....	9
Şekil 2.3. Şubat 2022'de resmî kayıtlara göre geçici koruma altındaki kayıtlı Suriyelilerin illere göre dağılımı.	10
Şekil 4.1. Çalışmada alınan puanların dağılımı	19
Şekil 4.2. Çalışmadaki kategorize edilen toplam puanın dağılımı	20
Şekil 4.3. Yaş ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puan arasındaki ilişkinin saçılım grafiği.....	22
Şekil 4.4. Eğitim durumu ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği	23
Şekil 4.5. Suriye’de yaşanan yer ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği	25
Şekil 4.6. Medeni durum ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği	27
Şekil 4.7. Malatya’da düzenli iş durumu ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği	28
Şekil 4.8. Anketin yapıldığı kurum ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği	31

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Araştırma kapsamına girenlerin medeni durumlarına göre dağılımı	15
Tablo 4.2. Araştırma kapsamına girenlerin eğitim durumlarına göre dağılımı.....	15
Tablo 4.3. Araştırma kapsamına girenlerin Suriye’de yaşadıkları yere göre dağılımı	16
Tablo 4.4. Araştırma kapsamına girenlerin Malatya’da düzenli çalışma durumuna göre dağılımı	16
Tablo 4.5. Malatya’da düzenli çalışma durumunun cinsiyete göre dağılımı	16
Tablo 4.6. Ölçek sorularına verilen cevapların dağılımı	17
Tablo 4.7. Çalışmada katılımcıların aldıkları puanlarındaki dağılımı	18
Tablo 4.8. Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın sosyodemografik değişkenlere göre tanımlayıcı istatistik dağılımı	20
Tablo 4.9. Puanın cinsiyete göre dağılımı.....	21
Tablo 4.10. Puan gruplarının cinsiyete göre dağılımı	21
Tablo 4.11. Toplam Puan ile yaş arasındaki korelasyon tablosu	22
Tablo 4.12. Toplam puanın eğitim durumuna göre dağılımı	23
Tablo 4.13. Puan gruplarının eğitim durumuna göre dağılımı.....	24
Tablo 4.14. Toplam puanın Suriye’de yaşanan yere göre dağılımı	24
Tablo 4.15. Puan gruplarının Suriye’de yaşanan yere göre dağılımı.....	24
Tablo 4.16. Toplam puan ile Türkiye’de kalış süresi ve Malatya’da kalış süresi arasındaki korelasyon tablosu	25
Tablo 4.17. Toplam puanın Türkiye’de ve Malatya’da kalış süresine göre dağılımı	26
Tablo 4.18. Toplam puanın medeni duruma göre dağılımı.....	26
Tablo 4.19. Puan gruplarının medeni duruma göre dağılımı	26
Tablo 4.20. Toplam puanın Malatya’da düzenli çalışma hayatına göre dağılımı	27
Tablo 4.21. Puan gruplarının Malatya’da düzenli çalışma hayatına göre dağılımı	28
Tablo 4.22. Ölçek puan dağılımının anketin yapıldığı kuruma göre dağılımı	29
Tablo 4.23. Anketin yapıldığı kuruma göre cinsiyet dağılımı	29
Tablo 4.24. Anketin yapıldığı kuruma göre medeni durum dağılımı	29
Tablo 4.25. Anketin yapıldığı kuruma göre eğitim durumu dağılımı	29
Tablo 4.26. Anketin yapıldığı kuruma göre Suriye’de yaşanan yerin dağılımı.....	30

Tablo 4.27. Anketin yapıldığı kuruma göre Malatya’da düzenli iş durumu dağılımı....	30
Tablo 4.28. Yaş, Türkiye’de kalış süresi, Malatya’da Kalış Süresi ve Toplam puanın anketin yapıldığı kuruma göre dağılımı	30
Tablo 4.29. Akılcı İlaç Kullanımını Etkileyen Faktörleri belirlemek için Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	32



1.GİRİŞ

İnsanın varoluşu ile başlayan göç tanımı insan ve mekan üzerine bir çok etkiye neden olmuştur. İnanç, kültür, yaşamın her hali, dil ve daha pek çok durumun değişim ve dönüşümüne sebep olan insanoğlunun bugüne gelmesinde çok mühim faktörlerden biri olmuştur. Güvenlik problemleri ve ekonomik sıkıntılar başta olmak üzere pek çok sorun insanların buldukları coğrafyayı kitleler halinde terk etmesine sebep olmuştur. Tarih boyunca toplumların gündeminde önemli bir konu olan göç, günümüzde de dünyanın en öndeki sıkıntılardan biri olmaya devam etmiştir. Son dönemde Kuzey Afrika'da meydana gelen ve daha sonra Arap Baharı olarak söz edilen zaman özellikle Türkiye'nin etrafındaki pek çok yeri doğrudan veya farklı yollarla etkilemiştir. Arap Baharının olduğu ülkelerden biri olan Türkiye'nin sınır komşusu Suriye'de bu süreç diğer ülkelerden daha ağır seyretmiş olup sınırların zorlandığı bir şiddet ortamı sebebiyle milyonlarca vatandaş vatanını terk etmek zorunda kalmıştır. Ani ve hızlı gelişen bu süreçte milyonlarca insanın göçü başta Türkiye olmak üzere bölge ülkelerini olumsuz etkilemiştir. Türkiye'ye göç eden komşu ülke vatandaşlarının sayısındaki büyük artış, hem göçün etki alanının genişlemesine hem de etkinin derinleşmesine sebebiyet vermiştir. Suriye tarafından Türkiye'ye doğru olan göç birden fazla yeni olayın olmasına sebep olmuş ve olacaktır.

Uluslar Arası Göç Örgütünün tanımına göre Geçici Koruma; savaş veya genel şiddet mekanlarından bütünsel olarak kaçarak gelen ve bu şahıslara kişisel statü belirleme sürecine maruz etmeksizin devlet tarafından geçici olarak koruma sığınma hakkında ortaya konulan bir durumdur (1). Suriye, ülkede ortaya çıkan olaylar vesilesi ile başlayan göç dalgası nedeniyle 28 Nisan 2011 yılından itibaren Türkiye'ye gelen Suriye vatandaşları ile Suriye'den gelen ülkesiz kişiler ve mülteciler Türkiye Cumhuriyeti hükümeti tarafından geçici koruma altına alınmaktadır (2). 24.03.2022 tarihi ile Türkiye'de kayıtlı 3.754.591 Suriyeli Geçici Koruma kapsamında yaşamaktadır. Malatya ilinde ise bu rakam 31.670'dir.

Türkiye savaş mağduru olan bu kitleye ev sahipliği yaparken, diğer taraftan kendi kamu kaynaklarını paylaştığı bu gruba nüfusa yönelik politika oluşturmak zorunda kalmıştır. Göç sonrası geçici koruma altındaki insanların; eğitim, sağlık, barınma, belediyenin sunmuş olduğu hizmetler , iş gücü, sosyal yardımlar , uyum gibi

birçok kamu politikası alanında yeni ve bütünleştirici çalışmaların yapılmasını zorunlu hale getirmiştir. Kamu düzeni ve kamu sağlığını etkileyen bu göç dalgası özellikle sağlık alanını sunulan ve sunulacak hizmete etkili bir çok yeni sağlık politikalarının planlanmasını gerektirmiştir. Sağlık hizmetleri temel düzenleme alanlarından biri olup, evrensel ilkeler çerçevesinde temel bir insan hakkı olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetleri, geçici koruma altına alınma politikası kavramında uygulanan metod ile birlikte geçişler esnasında ilk sağlık hizmeti uygulanmaya başlandı. Göçmenlerin Türkiye'ye bir hali zor durumlardan geçerek gelmeleri, kamplarda veya kamp dışı yerlerde bir hayli kalabalık gruplar şeklinde barınmaları, fiziki durumlar ve beslenme geçinme olanakları sağlık hallerini etkileyen en önemli unsurların başında gelir. Diğer bir taraftan asıl ihtiyaçların başında olan sağlık hizmetleri sığınmacıların hem yerleştirdikleri geçici barınma yerlerinde hem de ülke genelinde tüm şehirlerde yayılmaları sağlık hizmetlerinin sunabilme olaklarını çok zorlaştırmıştır. Sığınmacıların kültürel ve dillerin farklı olması sebebiyle oluşturulacak sağlık hizmet politikasını zorlaştırmıştır (3). Bu kapsamda Türk Sağlık Politikalarına uyum, insani düzeyde sağlık hizmetlerine erişim, bu hizmeti anlayabilme, kullanabilme ve faydalanabilme durumlarını tespit edip, geliştirme yollarını belirleyerek Geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık sisteminden en üst düzeyde yararlanabilmesi amaçlanmaktadır.

Kişinin sağlık hakkı, vazgeçilemez ve devredilemez temel insan haklarının başında gelir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi madde 25) (4) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılında yayınlanmış Dünya Sağlık Raporu'nda sağlık sistemlerinin ulaşılabilir, sürdürülebilir, hakça (hakkaniyetli) ve iyi nitelikte olmasının gereği belirtilmiştir (5). Bütün bunlarla , diğer kamu alanlarında olduğu gibi gerekli politika ve hizmeti sağlamak için kaynak olanakları sınırlıdır (6). Bu kaynaklar içerisinde ilaçlar da yer almaktadır. İlaç, birey ve toplumların hastalıkların önlenmesi ve hastalıklarla mücadelesinde önemi olan ürünlerdir (7). Akılcı kullanıldığında bireysel ve toplumsal faydaları olduğu halde yanlış kullanıldığı durumlarda olumsuz etkilerini gözlemlemek kaçınılmazdır. Gerek ülkemizde gerekse Dünya'da doğru olmayan , kullanımının bir fayda sağlamadığı , kullanılan miktarın çok üstünde , herhangi bir etkinliği olmayan ve çok pahalı medikal tedavilerin kullanımı çeşitli sorunlara sebebiyet vermektedir. Bu sonuçlar arasında bireylerin şikayetlerinin artması hatta ölüm oranlarında artış olması, kullanılan medikal tedavilerin yan etkisinin görülmesi, ürünlerin yanlış kullanımı sonucunda temel medikal tedaviye ulaşılabilirlikte zorluk çekilmesi, acil ve esas ilaçlara karşı gelişebilecek dirence bağlı, medikal tedavinin ekonomik ve sosyal

giderlerinin artması sayılabilir. Bu nedenle tüm dünyada çeşitli çözüm yolları çalışılmış olup farklı metodlar geliştirilmiştir. Bu anlamda dünyada “Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)” çalışmaları yürütülmeye başlanmıştır (8). Nairobi’de 1985 yılında DSÖ toplantısı AİK çalışmaları için ilk çalışmalar olarak tarihe yazılabilir. AİK, DSÖ tarafından; bireylerin semptomlarına ve kişisel özelliklerine göre en uygun medikal tedaviye , en uygun süre ve dozda , en düşük maliyet ve kolay bir şekilde ulaşabilmeleri şeklinde belirtildi.

Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, medikal tedavilerin % 50’sinden daha çoğu kullanıma uygun olmayan bir şekilde yazılmakta ve buna bağlı olarak uygun olmayan şekilde temin edilmektedir. Ayrıca bu hastaların %50 si uygun bir şekilde bu medikal tedaviye riayet etmemektedir (9).

Akılcı ilaç kullanımı, medikal tedavisinin etkili , zararsız ve uygun maliyetli şekilde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, uygulama ve izleme sürecidir. Bu dönem , devletin, ilaç endüstrisinin, başta doktorlar ve eczacılar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının ve halkın bilinçli davranmasını zorunlu kılmaktadır (10). Gereksiz ve uygun olmayan ilaç kullanımı ile tanı ve tedavide ortaya çıkan sıkıntılar ek olarak maliyet yönünden hem kişi için hem de halk içinde gereksiz maliyete neden olmaktadır. Dünya’da etkisiz, pahalı, uygun olmayan ilaç kullanımı önemli bir sorundur ve toplam sağlık için masrafları içinde büyük bir yer işgal etmektedir. Ülkemizde çok yaygın olan reçetesiz ilaç bulma ve kullanımı bu konudaki sorunları daha da artırmaktadır. Anlamsız ilaç kullanımına bağlı gelişen yüksek maliyet ülke ekonomisinde derinden kötü yönde etkilemektedir (11).

Ülkemizde yaşayan Geçici Koruma Altındaki Suriyeliler içinde buldukları koşullar altında sağlık hizmeti alan dezavantajlı gruplar içerisinde yer almakta olup koruyucu hekimlik ve tedavi hizmetlerini alma ihtiyacı fazladır.Yapılan çalışma ile bu grubun ilaç kullanımında bildiği doğrular ve yanlışların tesbit edilerek, bunların bireye,topluma,sağlık sistemine etkisinin belirlenmesi ve çözüm arayışlarının sağlanarak planlanacak olan yeni eğitimlere ve sağlık politikalarına yansıtacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada ilaç kullanımının giderek arttığı ve ilaç tedavilerinin ülke ekonomilerine ağır bir yük oluşturduğu dünyamızda Türkiye’de Malatya ilinde geçici koruma altında bulunan yetişkin Suriyeli sığınmacılarda akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve bu kişilerin ilaç kullanım düzeylerinin eğitim, sosyoekonomik düzey, yaş, cinsiyet vb. parametrelere göre değişip-değişmediğinin görülmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin belirlenmesi, böylece Suriyeli

sığınmacıların doğru ilaç kullanıp doğru tedaviye ulaşmasının sağlanmasına ek olarak ülke ekonomisine de katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akılcı İlaç Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ilaca erişimi sağlık politikalarının vazgeçilmez ayaklarından biri olarak değerlendirmektedir. DSÖ'ye göre temel insan haklarından olan sağlığa erişimde eşitlik ilkesi bunu gerektirmektedir. İlaçlar sağlık hizmetlerinin önemli bileşenleridir ve hayat kurtarmada çok önemli roller üstlenirler ancak ilaçların uygun şekilde kullanımları hekimleri, dağıtıcıları ve hastaları ilgilendiren bütüncül karmaşık bir konudur. Akılcı ilaç kullanımı (AİK), hastalıkların tanı, önlenmesi ve medikal tedavisi için ilaçların doğru şekilde reçetelenmesi, dağıtılması ve hastalar tarafından kullanılması süreci olarak tanımlanabilir. DSÖ ise AİK'yi hastaların klinik bulgularının ve kişisel özelliklerinin doğru süreye, doğru ilaca ve doza en düşük maliyet ile ve kolay bir şekilde erişebilmeleri olarak tanımlamıştır. Bir endikasyonda akılcı ilaç seçimi güvenlik, etkilik, uygunluk ve etkin maliyet kriterlerine dikkat edilerek yapılabilir (1-5).

Gerek ülkemizde gerekse dünyada ilaç kullanımının gereksiz, yanlış, yüksek maliyetli ve etkisiz bir şekilde yapılması çeşitli problemlere neden olmaktadır. Bu problemler; ilaçlara ilişkin yan etkilerin artması, hastalıkların ve ölüm oranlarının artması, kaynakların doğru bir şekilde tüketilmemesi sonucunda temel olarak bilinen ilaçlara ulaşımında zorluk yaşanması, temel ve acil ilaçlara karşı geliştirilen dirençten dolayı tedavideki sosyoekonomik maliyet artışı sayılabilir. Bu nedenlerle yanlış ilaç kullanımını engellemeye yönelik çeşitli çözümler geliştirilmeye ve üretilmeye çalışılmaktadır. Bu nedenle dünyada "AİK" çalışmalarına başlanmıştır. Nairobi'de 1985 yılında gerçekleştirilen DSÖ toplantısı AİK için temel sayılmaktadır. Bu süreçte DSÖ, AİK'nı değerlendirmek için bir takım göstergeler geliştirmiştir. Bu göstergeler çoğunlukla sağlık tesisinin niteliği, reçete yazma ve hasta bakımı ile ilgili göstergeleridir (2). DSÖ, ilaçların % 50'sinden fazlasının yanlış bir şekilde reçete edildiğini, temin edildiğini veya satıldığını belirtmektedir. Ayrıca hastaların yarısının da ilaçlarını yanlış bir şekilde kullandığı ifade edilmektedir. Sonuç olarak, hastaların akılcı olmayan şekilde ilaç kullanımı, çeşitli sağlık riskleri ve gereksiz maliyetlere yol açmaktadır (4).

Ülkemizde de dünyada yapıldığı gibi gereksiz ve yanlış ilaç kullanımı toplumun sağlığı için önemli sorundur. Hekimlerin elektronik ortamda reçete yazımının

değerlendirilmesine olanak tanıyan “Reçete Bilgi Sistemi (RBS)”nden faydalanılarak, 2011 yılında düzenlenen reçeteler incelendiğinde; toplamda 439.539.673 kutu ilaç reçete edilmiş ve bu reçetelerin %12.71 oranı ile 55.878.010 kutusunun antibiyotikler olduğu gözlemlenmiştir.

DSÖ’nün öncü olması ile birlikte birçok ülkede “Akılcı İlaç Kullanımı Programları” başlatılmıştır. DSÖ tarafından 1994 yılında “Guide to Good Prescribing” adlı yayınlanan kılavuz, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Ocak 2000 tarihinde “İyi Reçete Yazma Kılavuzu” olarak Türkçe’ye çevrilmiştir. Kılavuz, akılcı farmakoterapi ilkeleri ışığında akılcı ilaç kullanımını tanımlamaktadır.

Bu konuda dünyada ve Türkiye’de yürütülen programlara rağmen AİK ile ilgili sorunlar artarak devam etmektedir. Örneğin; OECD ülkelerinde ilaca ayrılan payın tüm sağlık harcamaları içinde giderek arttığı tespit edilmiştir. 2000 yılında ilaca ayrılan pay tüm sağlık harcamalarının %15’ini oluştururken, bugün bu oran daha da yüksektir (5). Türkiye’de ki durum ise daha da vahimdir, Ülkemizde “Sağlık Bakanlığı verilerine göre sağlık giderlerindeki ilaçların payı %45 civarındadır, bu oran gelişmiş ülkelerin 2-4 katı kadardır ve uygun olmayan ilaç kullanımının ülkemizdeki ekonomik etkisini göstermektedir (6). OECD ülkeleri değerlendirildiğinde, ilaç harcamasının payı tüm sağlık harcamasındaki payı 2010 yılından itibaren “Danimarka’da %7.4, Norveç’te %7.3, Amerika’da %12.9, Hollanda’da %9.5, Fransa’da %16.0, Almanya’da %14.8, Yunanistan’da %24.8, İtalya’da %17.2, Meksika’da %27.1 ve Macaristan’da %33.6’dır. OECD ortalaması da %16.3 civarındadır.”

Türkiye, ilaç üretim ve tüketim oranı değerlendirildiğinde tüketimin fazla olduğu ve ev başına düşen ortalama ilacın 4.3 kutu olduğu bir ülkedir. Türkiye’de yıllık olarak akılcı olmayan ilaç kullanımından dolayı yüksek oranda ilaç boşa harcanmaktadır. Ankara Ticaret Odası (ATO) tarafından hazırlanan “İlaçta İsrar” başlıklı raporda, ülkemizdeki eczanelerde ilaçların ortalama %7’sinin miadı dolduğundan çöpe atıldığı, evlerde de ilaçların %60’ının kullanılmadan kaldığı raporlanmıştır. Çöpe giden tüm bu ilaçların maliyeti ise yaklaşık 500 milyon dolar olarak hesaplanmıştır.

Ülkemizde, Sağlıkta Dönüşüm Programı sayesinde sağlık hizmetlerine ve hekimlere ulaşım artışı ve yaşlanan nüfus gibi değişimlerin etkisi ile 2010 yılında 1.62 milyar kutu ilaç satışı %38 artmış olup 2016’da 2.23 milyar kutuya çıkmıştır. İlaç Ar-Ge harcaması, 2010’daki 92.1 milyon TL düzeyinden %154 artışla 2015’te 234.3 milyon TL’ye yükselmiştir. Toplamda ise ilaç harcamaları 2010’da 13.33 milyar TL’den 2016 yılında 20.67 milyar TL ye kadar artmıştır. İlaç pazarına ve tedavi alt

gruplarına göre değerlendirildiğinde son altı yılda kanser ve kan ürünlerinin arttığı gözlenmektedir. Onkoloji ilaçları 2016'da %11.3 pay ile ilaç tüketiminde değer bazına göre en fazla satışa sahip tedavi alt grubu olmuştur (12).

Dünya genelinde ise 2006'da ilaç harcamalarına ayrılmış olan kaynağın yaklaşık olarak 850–900 milyar dolar düzeyde olduğu; benzer şekilde tüm dünyada ilaç harcamalarının toplam sağlık giderleri içerisindeki payının ortalama %24.9 olduğu izlenmektedir. Bu sonuçlar akılcı olmayan ilaç kullanımının ortaya çıkardığı ekonomik maliyetin boyutunu göstermektedir: Yüksek ilaç giderleri sosyal güvenlik kurumlarına zorlayıcı bir yük getirmektedir (7).

Akılcı İlaç Kullanımının sağlanması konusunda farkındalığın oluşturulması ve toplumsal bilincin oluşturulmasında hekim, eczacı, hemşire, diğer sağlık personeli ile hasta ve hasta yakını, ilaç sektörü, kamu, meslek örgütleri ve diğer (Medya, Akademi vb.) olmak üzere tüm gruplar sorumluluk sahibi taraflar olarak sayılabilir.

2.1.1. Akılcı İlaç Kullanımında Tarafların Rollerini

Uygun tedavi ve uygun kullanım süresi ile ilgili yükümlülük doktor, sağlık çalışanları, sağlık yönetimi, sağlık kuruluşları, sağlık politikaları, ilacı üreten ilacı dağıtan kurumlara kadar aslında herkesi her kurumu bağlayan bir mevzudur. En önemli sorumluluk aslında ilacı kullanan bireydir (11, 12).

2.1.2. İlaç Kullanımında Hekimin Rolü

Uygun olan medikal tedavinin düzenlenmesi sırasında aslında ilk sorumlu olanlar doktorlardır. Doktor ilgili teşhisi koyduktan sonra ona bağlı yeterli, etkili ve en kısa zamanda uygulanacak tedaviyi reçete eder. Reçete edilen medikal tedavinin nasıl kullanılacağı ile ilgili bilgilendirme ve hatta yan etkilerine bağlı bir sıkıntı geliştiğinde muhakkak en yakın sağlık kuruluşuna başvurması belirtilir. Doktor uygun gördüğü medikal tedavinin yanında hastanın yaş, kilo ve yaşantısı yani klinik durumuna göre önerilerde bulunur. Sigara içiyorsa bunların sağlayacağı zararları, çok fazla kilolu ise aldığı medikal tedavinin etkisinin nasıl olacağını belirterek aslında sağlıklı yaşamın ve uygulayacağı medikal tedavinin etkinliğini artırarak daha kısa sürede en etkili tedavi modalitesini hedefler. Bu zaman zarfında özellikle hasta, hasta yakınları ile uygun iletişim, anlaşılabilirliği ve uygulanacak tedavi etkinliğini artıracaktır.

2.1.3. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacının Rolü

Akılcı ilacın uygun kullanılmasında eczacı sağlık çalışanların görevi hususunda : belirtildiği şeklide ve oranda ilacın hazırlanması, başvuran bireye nasıl uygun kullanılacağı , daha etkili nasıl kullanılacağı, kullanmaya uygun süreleri ve özellikle yan etkiler konusunda mutlak surette bilgilendirmesi gerekmektedir (3). Sunulan hizmetten akılcı ilaç tedavisinin uygun maliyette sunulması önemlidir.

2.1.4. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü

Sağlık çalışanlarının en önemli bireylerinden olan hemşirelerin görevi aslında doktorun uygulanmasını istediği ilacı uygulamaktır ve doktorun belirttiği talimatlara göre hareket etmektir. Doktorun onayı olmadan her hangi bir uygulama yapmaz. Uygulayacağı tedavi ile ilgili olarak mutlak surette hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirir ve uyguladığı medikal tedavi sonrası hastayı uzun bir süre gözlemler ve beklenmedik bir yan etkide hemen doktoruna başvurur. İşlem sonrası tıbbi atıkları uygun bir şekilde uzaklaştırır (11).

2.1.5. Akılcı İlaç Kullanımında Toplumun Rolü

Halkın medikal tedavi kullanma hakkında özverili hareket etmesi uygunsuz ilaç kullanma sorununun büyük bir kısmını yok eder. Bunun için bireyler akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin farkında olarak ve buna uygun hareket ederek toplumsal düzeyde katkı sağlar. Kişiler ilaçlarla ilgili etraftan duydukları haberler ile ilaç kullanmaya başlamamalı özellikle medikal tedaviyi öneren doktorun talimatlarına uymalıdır (11).

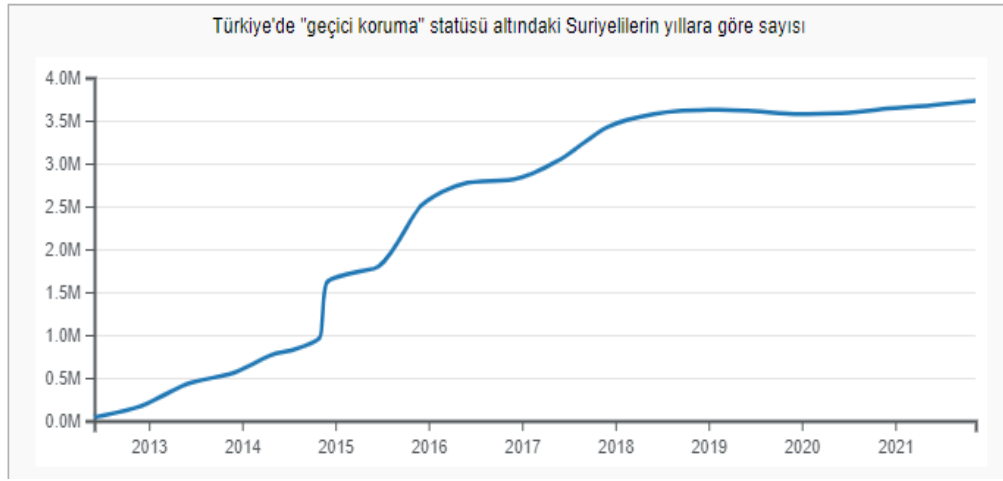


Şekil 2.1. Akılcı İlaç kullanımının tarafları (2013 SGK Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı)

2.2. Ülkemizde Yaşayan Suriyeli Sığınmacılar

2.2.1. Tarihçe

Suriyeli mültecilerin Türkiye'ye ilk toplu göçü 2011'de başlayan Suriye İç Savaşı sonucunda başladı ve o yılın Nisan ayında ilk mülteci kafilesi ülkeye giriş yaptı. Ekim 2012'de ülkedeki Suriyeli sayısı 100 bine ulaştı. Irak ve Şam İslam Devleti'nin 2014 ve 2015'te Suriye'nin bir kısmını ele geçirmesinden ötürü göç hız kazandı ve 2014 yılı sonunda Türkiye'de Suriyelilerin sayısı 1.5 milyonun, 2015'te ise 2.5 milyonun üstünde idi. 2017 yılından itibaren Türkiye'ye göç eden Suriyeli sayısı azalmaktadır, ancak doğal nüfus artışı sebebiyle Suriyeli nüfusu Türkiye'de artış eğilimindedir.

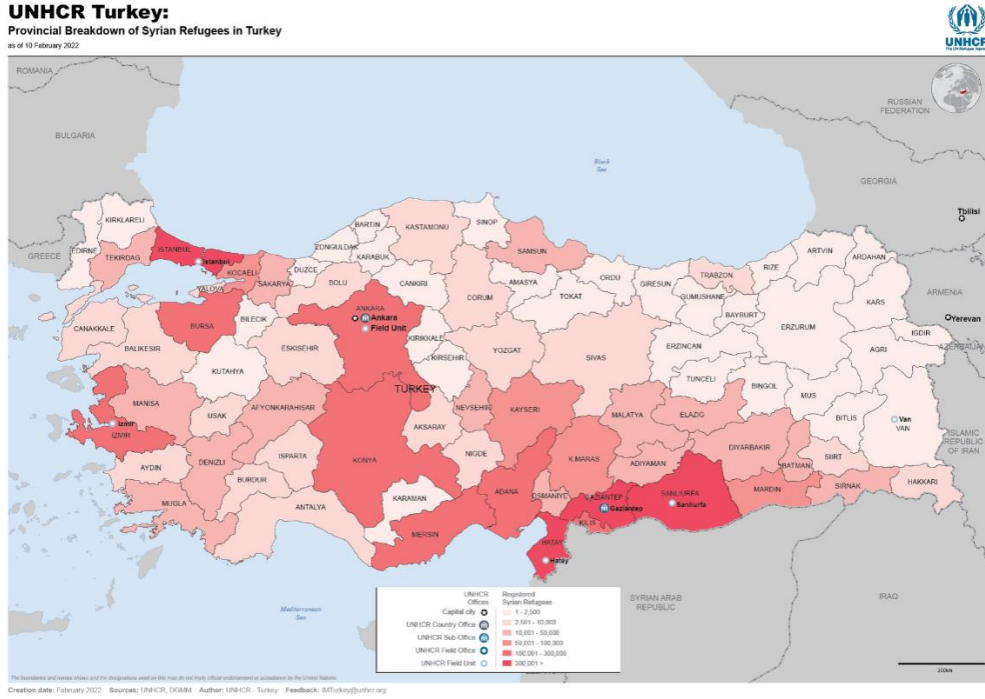


Şekil 2.2. UNHCR'nin web sitesinde yer alan ve Türkiye hükûmeti tarafından sağlanmış resmî veriler (9).

2.2.2. Demografik Veriler

Resmi rakamlara göre Türkiye'de kayıt altına alınan geçici koruma statüsündeki Suriyeli sayısı 26 Mayıs 2022 tarihi itibarıyla toplam 3 milyon 763 bin 652 kişidir. Suriyeli sayısı her geçen gün artmaktadır. Türkiye'de doğan Suriyeli bebek sayısının 450 bin civarında olduğu hesaplanmaktadır. Suriyelilerin %98.7'si şehirlerde yaşamaktadır, ülkemizdeki Suriyelilerin yaş ortalaması 22.3'dür. Göç İdaresi Başkanlığı'nın açıkladığı yaş aralığı tablosuna göre Suriyeli erkekler, toplam Suriyeli sayısının %53.8'ini oluşturuyor. Suriyeli kadınların oranı ise %46.2. Erkek-Kadın sayısı arasındaki en yüksek fark 67 bin 302 kişi ile 19-24 yaş aralığındadır. Yaş aralığı arttıkça bu farkın azaldığı görülmektedir. 55 yaş üzerinde kadınların sayısı ise erkekleri geçmektedir.

Bu statüdeki Suriyelilerin sayıca yoğunlaştığı ilk 4 şehir İstanbul (544.296), Gaziantep (463.387), Hatay (430.639) ve Şanlıurfa (427.191) olarak sıralanmaktadır. Malatya il sınırları içinde ise 32.331 Suriyeli yaşamaktadır. Malatya Suriyeli sayısında şehirler arasında 17. sıradadır.



Şekil 2.3. Şubat 2022'de resmî kayıtlara göre geçici koruma altındaki kayıtlı Suriyelilerin illere göre dağılımı (9).

2.2.3. Suriyelilere Sağlanan Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de geçici koruma prosedürleri tamamlanmış kişilere, 99 ile başlayan yabancı kimlik numarası içeren bir Geçici Koruma Kimlik Belgesi verilmektedir. Bu belgeye sahip mülteciler sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmektedir.

Bu belge ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına ek olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlara da doğrudan başvurulabilmesi mümkündür. Devlet hastaneleri ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak kabul edilirken, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri ise üçüncü basamak kuruluşları olarak nitelendirilmektedir.

Ancak üniversitelerin sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ile özel hastanelere doğrudan başvurulamamaktadır. Acil durumlar hariç bu merkezlere başvuru için sevk zorunludur. Ek olarak, sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ile özel

hastanelere sevkler ancak acil sağlık ve yoğun bakım durumları ile yanık ve kanser tedavisi gibi özel durumlarda uygundur.

2.2.4. Suriyelilerin İlaça Erişimi

Geçici koruma kaydını tamamlamış ve 99 ile başlayan yabancı kimlik kaydı almış Suriyelilerin reçete edilen ve Sağlık Uygulama Tebliği kapsamında olan ilaçları AFAD' la anlaşmalı eczanelerden ücretsiz olarak alabilmelerine olanak sağlanmıştır. Acil durumlar da dahil hastalardan ilaç katılım payı ve reçete katılım payı talep edilmemektedir. Ayrıca yazılmış olanın muadili bir ilaç verildiği hallerde, eğer iki ilaç arasında bir ücret farkı söz konusuysa, bu tutar hastadan rücu edilebilir.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Bu araştırma, Malatya'da bulunan Göçmen Sağlığı Merkezlerine başvuran, 18 yaşından büyük, yetişkin geçici koruma altındaki Suriyeli hastaları kapsamaktadır. Malatya'da toplam dört Göçmen Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlere aylık olarak her bir merkeze 1000 civarında olmak üzere yaklaşık 4000 hasta başvurmaktadır (Bu merkezlerden her birine aylık olarak yaklaşık 1000 hasta başvurmakta olup toplamda aylık hasta sayısı 4000 civarındadır). Bunların yaklaşık yarısı yetişkindir. Çalışma kapsamında bir aylık kesitsel dönemde bu hastaların en az %50'sinin çalışmaya katılımı amaçlanmıştır. Evrenin bilindiği durumda geçerli formül $n = \frac{N(t_{1-a})(\bar{X})^2}{S^2(N-1) + (t_{1-a})(\bar{X})^2}$ kullanıldığında (p ve q) %50 alındığında ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü 384'dür. Desen etkisi (3 değişken) dikkate alınarak 1152 yetişkin kişiye ulaşılması planlanmıştır. Araştırma sürecinde dört göçmen sağlığı merkezinden 983 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın kapsama oranı %85.3'tür. Merkezler arasında ulaşılmama oranı yönünden önemli farklılık yoktur.

3.2. Araştırmanın Tipi ve Değişkenleri

Araştırma kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, Türkiye geliş süresi, Malatya'da kalış süresi, Türkiye'ye Suriye'den geldiği yer değişkenleridir. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise yetişkinlerin akılcı ilaç kullanma durumudur.

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya katılmak için gönüllü olmayan hastalar, çalışmadaki sorulara uygun cevaplar veremeyecek düzeyde mental ve fiziksel rahatsızlığı (Sağırılık, Alzheimer hastalığı vb.) olan hastalar çalışma dışında tutulmuşlardır.

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Verilerin toplanmasında yetişkinlerin sosyo demografik özelliklerini içeren 11 sorudan oluşan kişilere anadillerinde bir anket ile akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir ölçek uygulanmıştır. (Ek-1). Anket ve ölçek kişilere dört merkezde Arapça bilen Suriye

kökenli göçmen sağlığı merkezinde resmi görevli birer anketçi tarafından uygulanmıştır. Anket soruları yeminli mütercim tarafından Arapçaya çevrilmiştir. Anketçiler tarafından, kişilere sorular sorulmuş ve cevapları anket formuna işlenmiştir. Anketçiler araştırmadan önce araştırmacı tarafından anket sorularının sorulma şekli ve yanıtların cevaplama durumu konusunda gerekli eğitimleri sağlanmıştır.

Anket uygulamaları dört merkezde aynı dönemde eşit sayıda kişiye uygulanmaya çalışıldı. Eğitim verilen anketçiler göçmen sağlığı merkezine başvuran hastalar içerisinde rastgele Anket uygulamasını kabul eden yetişkinlere uyguladılar.

Çalışmamızda kullanılan akılcı ilaç kullanımı ölçeğinde toplam 21 soru yer almaktadır. Sorulara verilebilecek cevaplar evet, hayır veya bilmiyorum şeklindedir. Ters önerme içermeyen soruların cevapları, evet ise 2 puan, bilmiyorum ise 1 puan, hayır ise 0 puan şeklinde puanlandırılmıştır. Sorulardan 2.,5.,6.,9.,10.,13.,15.,16.,17.,19. ve 20. maddeler ters önerme içermekte olup tam tersi puanlandırılmışlardır. Ölçekten alınan puanlar artıkça akılcı ilaç kullanımına dair bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan değeri 42'dir. Ölçek için kestirim değeri 34 puan olarak saptanmıştır. 35 puan ve üzeri alan hastalar uygun ilaç kullanımı bilgisine sahip olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca ölçekten alınan puan arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artıyor olarak değerlendirilmiştir. Bu ölçek için anlamlı güvenli ve geçerlilik analizi 2018 tarihinde Demirtaş ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek maddelerinin, madde ayrıştırma gücü indeksi 0.20 ile 0.64, zorluk indeksi ise %50-%90 oranlarında değişmekte iken faktör çalınmasında Kaiser-Meyer Olkin:0.836, Barlett's test sonucunda $p<0.001$ 'dir. Maddelerin toplam orantısal değerleri %20-51 arasında değişmektedir. Cronbach's alpha katsayısı 0.789 dur (13).

Nicel değişkenler ortanca (minimum-maksimum), ortalama±standart sapma ile ifade edilirken nitel veriler ise sayı (yüzde) ile ifade edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testi yapıldı. İstatistik analizlerde bağımsız iki ve ikiden çok grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi, Pearson ki-kare testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi için Conover testi kullanıldı. Ayrıca nicel değişkenler arasında korelasyonun anlamlı olup olmadığına Spearman's Rho korelasyon katsayısı ile bakıldı. Odds oranı kestirimleri için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Analizlerde IBM SPSS Statistics 26.0 programı kullanıldı.

3.5. Etik ve İdari İzinler

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (Karar No2021/1960 ve 20.04.2021 tarihli) etik kurul izni, uygulamanın yapıldığı Göçmen Sağlığı Merkezlerinden ve Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı ön izin ve izinler alınmıştır (Bkz. Ekler). Aynı zamanda araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yeminli tercüman aracılığı ile yazılı ve sözel onam alınmıştır. Araştırmanın her aşamasında Helsinki Bildirgesi Prensipleri'ne uygun hareket edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmaya Malatya’da bulunan 4 Göçmen Sağlığı Merkezinden toplam 983 geçici koruma altındaki Suriyeli hasta dahil edildi. Bu hastaların 577(%58.7) ’si kadın, 406(%41.3)’sı erkekti. Çalışmada yer alan hastaların yaş ortalaması 33.3 ± 12.83 (ortancası 31(2-87)) dır. Çalışmaya katılan hastaların Türkiye’de kalış süreleri ortalama 5.75 ± 2.02 (ortancası 6(1-12)) yıl, Malatya’da kalış süreleri ise ortalama 5.15 ± 2.08 (ortancası5(1-10)) yıldır.

4.1. Sosyoekonomik Bulgular

Çalışmada yer alan hastaların medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Bu çalışmadaki hastaların 678 (%69)’si evli, 237(%24.1)’si bekar, 68(%6.9)’si duldur.

Tablo 4.1. Araştırma kapsamına girenlerin medeni durumlarına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)
Evli	678	69.0
Bekar	237	24.1
Dul	68	6.9
Toplam	983	100.0

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.2’de belirtilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların 929 (%94.5)’ü okuyup yazabilmekte iken 54 (%5.5)’i okuyamaz değildi. Ayrıca okuyamazların çoğunluğunu lise mezunları oluşturmaktadır (n=375, %38.1).

Tablo 4.2. Araştırma kapsamına girenlerin eğitim durumlarına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)
Okuyamaz Değil	54	5.5
Okur Yazar	108	11.0
İlköğretim	278	28.3
Lise	375	38.1
Yüksek Öğrenim	168	17.1
Toplam	983	100.0

Hastaların Suriye’de yaşadıkları yerlerin dağılımı Tablo 4.3’de görülmektedir. Buna göre hastaların Türkiye’ye gelmeden önce Suriye’de yaşadıkları yerlerin dağılımı birbirine yakın oranlardadır.

Tablo 4.3. Araştırma kapsamına girenlerin Suriye’de yaşadıkları yere göre dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)	
Yaşanılan Yer	Köy	344	35.0
	Kasaba	349	35.5
	Şehir	290	29.5
	Toplam	983	100.0

Tablo 4.4’de çalışmadaki hastaların Malatya’da düzenli iş durumu ve Tablo 4.5’de ise cinsiyet açısından Malatya’da düzenli iş durumuyer almaktadır. Malatya’da düzenli bir işi olan 245(%24.9) hastadır. Erkeklerin 154’nün (%37.9) kadınlarda ise 91’nin (%15.8)düzenli bir işi bulunmaktadır.

Tablo 4.4. Araştırma kapsamına girenlerin Malatya’dadüzenli çalışma durumununa göre dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)	
Düzenli Çalışma Durumu	Evet	245	24.9
	Hayır	738	75.1
	Toplam	983	100.0

Tablo 4.5. Malatya’da düzenli çalışma durumunun cinsiyetegöre dağılımı

		Düzenli Çalışma Durumu			
		Evet		Hayır	
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	154	37.9	252	62.1
	Kadın	91	15.8	486	84.2

4.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

Çalışmada kullanılan Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinde en çok doğru cevabın verildiği soru %90.8 ile 1. soru olan “sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir” sorusu idi. En az doğru cevap verilen soru ise %51.9 ile 10. soru olan “bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur” sorusu idi.

Tablo 4.6. Ölçek sorularına verilen cevapların dağılımı

Sorular	Yanlış Cevap	Bilmiyorum	Doğru Cevap
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
1) Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	41 (4.2)	49 (5)	893 (90.8)
2) Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	209 (21.3)	100 (10.2)	674 (68.5)
3) Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımızın olup olmadığını doktor belirler.	86 (8.75)	86 (8.75)	811 (82.5)
4) İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	127 (12.9)	144 (14.7)	712 (72.4)
5) Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	119 (12.1)	153 (15.6)	711 (72.3)
6) İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.	158 (16.1)	141 (14.3)	684 (69.6)
7) İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatından öğrenilebilir.	153 (15.6)	132 (13.4)	698 (71)
8) İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	182 (18.5)	121 (12.3)	680 (69.2)
9) Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.	180 (18.3)	221 (22.5)	582 (59.2)
10) Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.	261 (26.5)	212 (21.6)	510 (51.9)
11) İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.	109 (11.1)	96 (9.8)	778 (79.1)
12) Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	144 (14.6)	103 (10.5)	736 (74.9)
13) Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	218 (22.2)	115 (11.7)	650 (66.1)
14) İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	182 (18.5)	121 (12.3)	680 (69.2)
15) Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	153 (15.6)	172 (17.5)	658 (66.9)
16) Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.	185 (18.8)	251 (25.5)	547 (55.7)
17) İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	145 (14.8)	131 (13.3)	707 (71.9)

18) Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	201 (20.4)	114 (11.6)	668 (68)
19) Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.	127 (12.9)	211 (21.5)	645 (65.6)
20) Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.	145 (14.7)	91 (9.3)	747 (76)
21) Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.	95 (9.7)	134 (13.6)	754 (76.7)

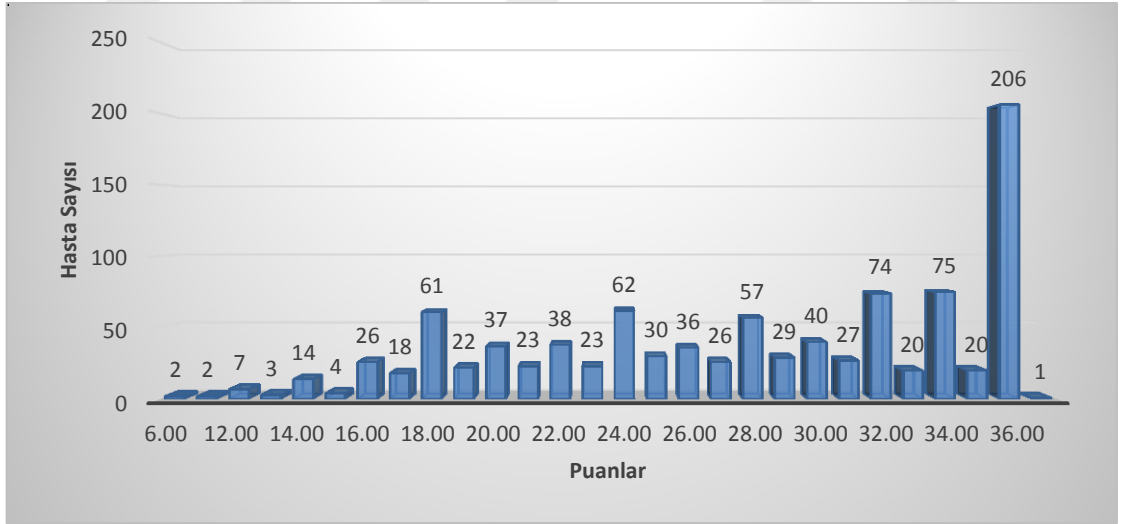
4.3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Puanlandırılması

Çalışmaya katılan hastaların ölçek puanlarının ortalaması 27.8 ± 6.94 idi. Bu skor ölçek için kesim değeri olan 34 puandan düşüktür. Çalışmamızda alınan en düşük puan 6, en yüksek puan ise 42 tam puandı. 42 tam puan yalnızca 1 hasta tarafından alınmıştır. Çalışmamızda alınan ortanca puan 29, en sık alınan puan ise 206 kez alınan 36 puandı. Çalışmamızda toplam 227 (%23.1) hasta 35 puan ve üzerinde puan aldı. Çalışmadan alınan toplam puanların frekanslara göre dağılım tablosu Tablo 4.7'de verilmiştir. Ayrıca toplam puanlara ait frekans dağılımına ilişkin grafik ise Şekil 4.1 ile gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Çalışmada katılımcıların aldıkları puanları dağılımı

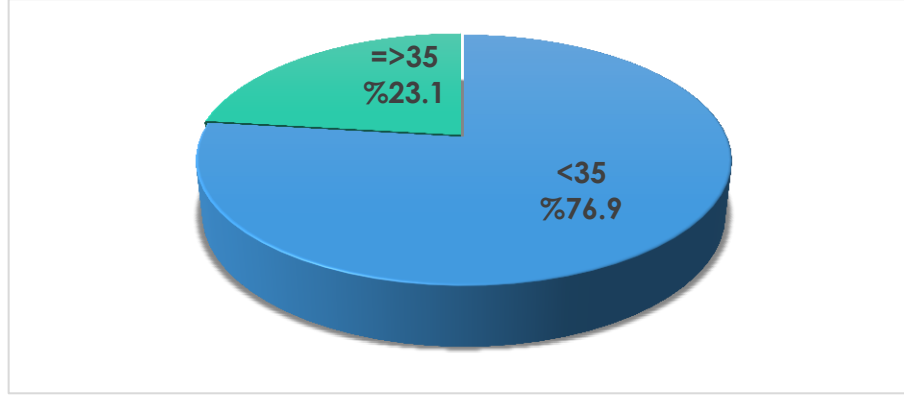
Puanlar	Sayı	Yüzde (%)
6.00	2	0.2
10.00	2	0.2
12.00	7	0.7
13.00	3	0.3
14.00	14	1.4
15.00	4	0.4
16.00	26	2.6
17.00	18	1.8
18.00	61	6.2
19.00	22	2.2
20.00	37	3.8
21.00	23	2.3
22.00	38	3.9
23.00	23	2.3

24.00	62	6.3
25.00	30	3.1
26.00	36	3.7
27.00	26	2.6
28.00	57	5.8
29.00	29	3.0
30.00	40	4.1
31.00	27	2.7
32.00	74	7.5
33.00	20	2.0
34.00	75	7.6
35.00	20	2.0
36.00	206	21.0
42.00	1	0.1
Toplam	983	100.0



Şekil 4.1. Çalışmada alınan puanların dağılımı

Ölçekten alınan toplam puanların 34 puan olan kesim değeri baz alınarak kategorikleştirilmesine ilişkin elde edilen yeni puanlara ait değerlerin grafiksel olarak gösterimi Şekil 4.2 ile verilmiştir.



Şekil 4.2. Çalışmadaki kategorize edilen toplam puanın dağılımı

4.4. Çalışmada Alınan Puanın Sosyodemografik Değişkenler Açısından Analiz Sonuçları

Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın sosyodemografik değişkenlere göre tanımlayıcı istatistik tablosu Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın sosyodemografik değişkenlere göre tanımlayıcı istatistik dağılımı

Değişkenler		Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinden Alınan Toplam Puan	
		Ortalama±Standart Sapma	Ortanca (Minimum-Maksimum)
Anketin Yapıldığı Kurum	Battalgazi G. Sağlık Merkezi	26.97±7.24	28(10-36)
	Başharık G. Sağlık Merkezi	26.17±5.02	27(15-36)
	Melekbaba G. Sağlık Merkezi	27.43±5.39	28(14-36)
	Sancaktar G. Sağlık Merkezi	29.93±7.31	34(6-42)
Cinsiyet	Erkek	28.26±7.03	30(6-36)
	Kadın	27.47±6.86	28(6-42)
Medeni Durum	Evli	28.16±6.86	29(6-42)
	Bekar	26.77±7	27(6-36)
	Dul	27.74±7.22	28(12-36)
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	26.63±6.85	27(16-36)
	Okur Yazar	26.13±6.57	26(14-36)
	İlköğretim	28.57±6.95	30(12-42)
	Lise	27.81±7.02	29(6-36)
	Yüksekokul	27.94±6.87	29.5(6-36)
Suriyede Yaşanan Yer	Köy	28.2±6.91	29(10-36)
	Kasaba	27.87±7.32	28(6-42)
	Şehir	27.23±6.49	28(12-36)
Malatya Düzenli İş Durumu	Evet	29.15±6.95	32(10-42)
	Hayır	27.35±6.88	28(6-36)

4.4.1. Cinsiyet

Çalışmaya dahil edilen hastaların cinsiyet kategorileri arasındaaldığı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 4.9, p=0.046). Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puan kategorize edilerek karşılaştırma yapıldığında ise cinsiyet kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 4.10, p=0.265).

Tablo 4.9. Puanın cinsiyete göre dağılımı

	Puan			p değeri*
	Ortalama±Standart Sapma	Ortanca (Minimum-Maksimum)		
Cinsiyet	Erkek (n=406)	28.26±7.03	30 (6-36)	0.046
	Kadın (n=577)	27.47±6.86	28 (6-42)	

*:Mann Whitney U testi

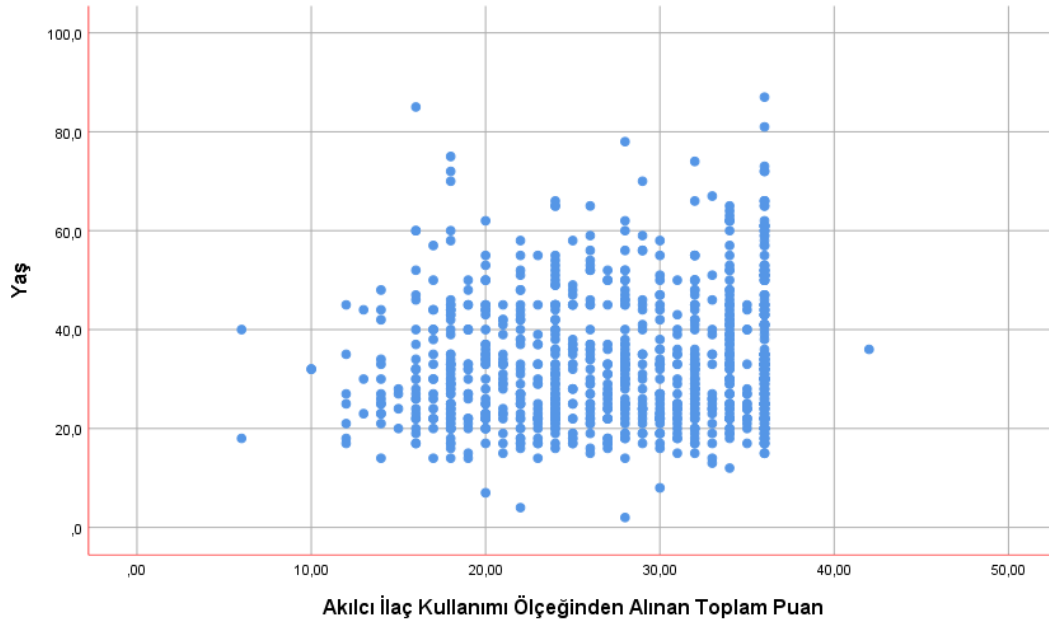
Tablo 4.10. Puan gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet**	Puan Grupları		p değeri*
	Puan<35	Puan≥35	
Erkek (n(%))	305 (75.1)	101 (24.9)	0.265
Kadın(n(%))	451 (78.2)	126 (21.8)	

*:Pearson ki-kare testi, **: Satır yüzdesi verilmiştir.

4.4.2. Yaş

Hastaların yaşıile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puan arasındaki korelasyon Tablo 4.11’de gösterilmiştir.Yaş ile toplam puan arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır (Şekil 4.3, p<0.001, r=0.110).



Şekil 4.3. Yaş ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puan arasındaki ilişkinin saçılım grafiği ($p<0.001$, $r=0.110$)

Tablo 4.11. Toplam Puan ile yaş arasındaki korelasyon tablosu

	Toplam Puan	
Yaş	r değeri*	0.110
	p değeri	0.001

*:Spearmanrho korelasyon katsayısı

4.4.3. Eğitim Durumu

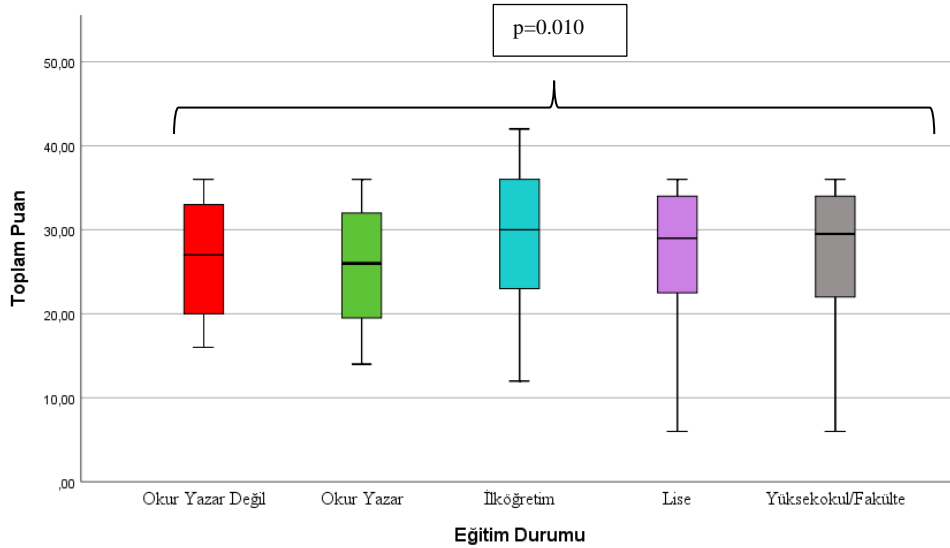
Toplam puanın eğitim durumuna göre analiz sonuçları Tablo 4.12' de verilmiştir. Eğitim durumları arasında akılcı ilaç kullanımı toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4.12, $p=0.010$). Eğitim durumu kategorilerinden okuma yazması olmayanlar ile ilköğretim arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır. Eğitim durumu ile toplam puanın kutu-çizgi grafiği Şekil 4.4'de verilmiştir. Ayrıca okuryazar kategorisi ile ilköğretim, lise ve yüksek okul/fakülte kategorileri arasında istatistiksel açıdan farklılık vardır.

Tablo 4.12. Toplam puanın eğitim durumuna göre dağılımı

Değişken**	Toplam Puan	p değeri***
Okuma yazar değil (n=54)	27 ^b (16-36)	
Okur yazar(n=108)	26 ^{b,c,d} (14-36)	
Eğitim durumu*		0.010
İlköğretim (n=278)	30 (12-42)	
Lise (n=375)	29 (6-36)	
Yüksekokul/Fakülte (n=168)	29.5 (6-36)	

*: a: Okur yazar grubuna göre farklıdır, b:İlköğretim grubuna göre farklıdır, c: Lise grubuna göre farklıdır, d:Yüksekokul/Fakülte grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (minimum-maksimum)' şeklinde özetlenmiştir, ***:Kruskal Wallis testi



Şekil 4.4. Eğitim durumu ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği

Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinin toplam puanı kategorize edildikten sonra eğitim durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.13, p=0.031).

Tablo 4.13. Puan gruplarının eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumu ** (n(%))	PuanGrupları		p değeri*
	Puan<35	Puan≥35	
Okuma yazma yok	42 (77.8)	12 (22.2)	
Okur yazar	91 (84.3)	17 (15.7)	
İlköğretim	197 (70.9)	81 (29.1)	0.031
Lise	290 (77.3)	85 (22.7)	
Yüksekokul/Fakülte	136 (81)	32 (19)	

*:Pearson ki-kare testi, **: Satır yüzdesi verilmiştir.

4.4.4. Suriye’de Yaşanan Yer

Çalışmada Suriye’de yaşanan yerin niteliğine göre toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo4.14, p=0.07). Toplam puanın kategorize edilmiş hali ile Suriye’de yaşanan yerin kategorileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmüştür (Tablo 4.15, p<0.001). Suriye’de yaşanan yer ile toplam puanın kutu-çizgi grafiği Şekil 4.5’de verilmiştir. Ayrıca 35 puan ve üzeri alanlar arasında en yüksek orana sahip grup %27.2 ile kasabada yaşayanlar olduğu gözlemlenmiştir. Şehirde yaşayanlar ise %13.4 ile en düşük orana sahip olan gruptu.

Tablo 4.14. Toplam puanın Suriye’de yaşanan yere göre dağılımı

Değişken**	Toplam Puan	p değeri***
Köy (n=344)	29 (10-36)	
Suriye’de yaşanan yer* Kasaba (n=349)	28 (6-42)	0.079
Şehir (n=290)	28 (12-36)	

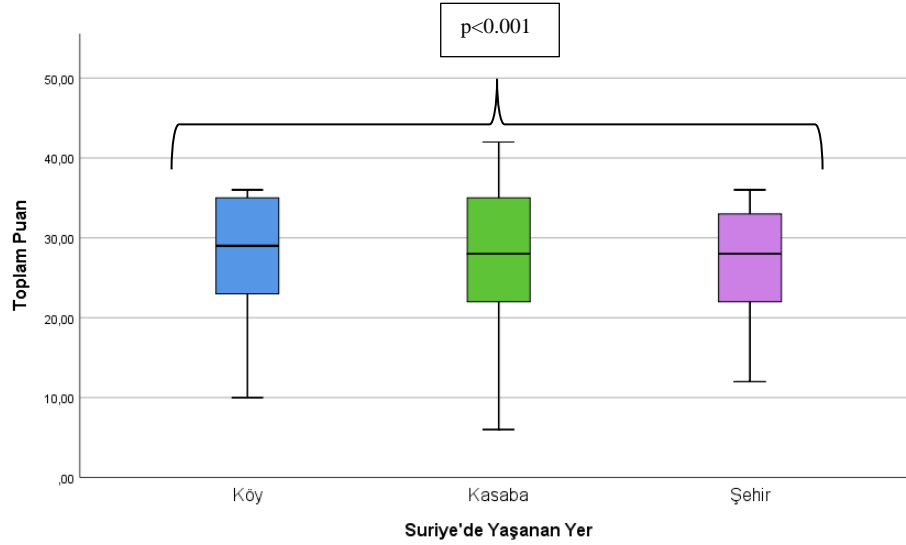
*: a: 2 grubuna göre farklıdır, b: 3 grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (minimum-maksimum)' şeklinde özetlenmiştir, ***:Kruskal Wallis testi

Tablo 4.15. Puan gruplarının Suriye’de yaşanan yere göre dağılımı

Suriye’de yaşanan yer** (n(%))	Puan Grupları		p değeri*
	Puan<35	Puan≥35	
Köy	251 (73)	93 (27)	
Kasaba	254 (72.8)	95 (27.2)	<0.001
Şehir	251 (86.6)	39 (13.4)	

*:Pearson ki-kare testi, **: Satır yüzdesi verilmiştir.



Şekil 4.5. Suriye’de yaşanan yer ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği

4.4.5. Türkiye’de Kalış Süresi, Malatyada Kalış Süresi

Türkiye’de kalış süresi ile toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (Tablo4.16, $p=0.969$). Benzer şekilde Malatya’da kalış süresi ile toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (Tablo 4.16, $p=0.053$). Toplam puanın kategorik hali ile Türkiye’de kalış süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunurken Malatya’da kalış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.16. Toplam puan ile Türkiye’de kalış süresi ve Malatya’da kalış süresi arasındaki korelasyon tablosu

		Toplam Puan
Türkiye’de Kalış Süresi	r değeri*	0.001
	p değeri	0.969
Malatya’da Kalış Süresi	r değeri*	0.062
	p değeri	0.053

*:Spearmanrho korelasyon katsayısı

Tablo 4.17. Toplam puanın Türkiye’de ve Malatya’da kalış süresine göre dağılımı

	Puan<35	Puan≥35	p değeri*
	(n=756)	(n=227)	
	Medyan (min.maks.)	Medyan (min.maks.)	
Türkiye’de yaşanılan yıl	6 (1-12)	5 (1-10)	<0.001
Malatya’da yaşanılan yıl	5 (1-10)	5 (1-10)	0.929

*: Mann Whitney U testi

4.4.6. Medeni Durum

Medeni durumagöre toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4.18, p=0.0339). Medeni durum kategorilerinden evli olanlar ile bekar olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Medeni durum ile toplam puanın kutu-çizgi grafiği Şekil 4.6’da gösterilmiştir. Ek olarak toplam puanının kategorileri ile medeni durum kategorileri arasında ise istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki çıkmamıştır. (Tablo 4.19, p=0.289).

Tablo 4.18. Toplam puanın medeni duruma göre dağılımı

Değişken**	Toplam Puan	p değeri***
	Evli (n=678)	29 ^a (6-42)
Medeni Durum *	Bekar(n=237)	27 (6-36)
	Dul/Boşanmış (n=68)	28 (12-36)

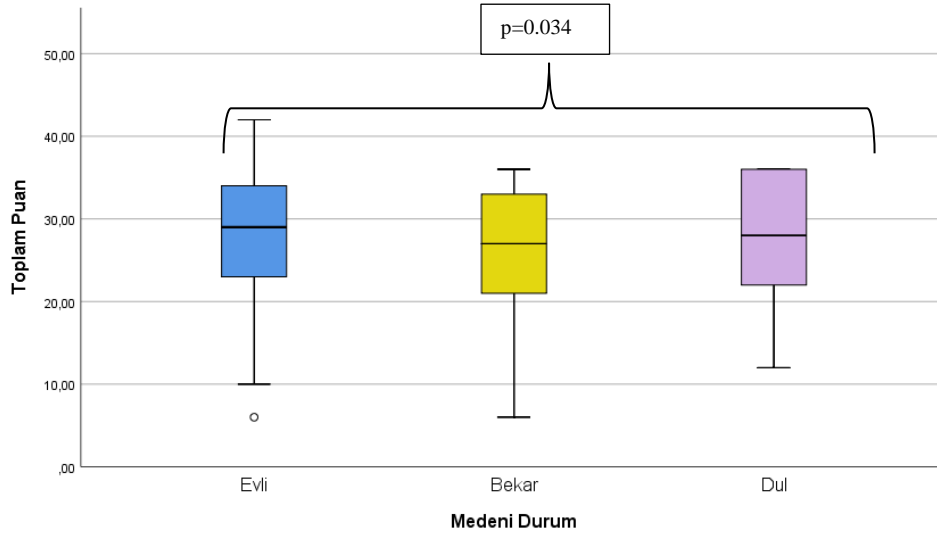
*: a: Bekar grubuna göre farklıdır, b: Dul grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir, ***:Kruskal Wallis testi

Tablo 4.19. Puan gruplarının medeni duruma göre dağılımı

Medeni durum** (n(%))	Puan Grupları		p değeri*
	Puan<35	Puan≥35	
Evli	517 (76.3)	161 (23.7)	
Bekar	190 (80.2)	47 (19.8)	0.289
Dul/Boşanmış	49 (72.1)	19 (27.9)	

*: Pearson ki kare testi, **: Satır yüzdesi verilmiştir.



Şekil 4.6. Medeni durum ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği

4.4.7. İş Durumu

Çalışmada düzenli iş durumuna göre alınan toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark tespit edilmiştir (Tablo4.19, $p < 0.001$). Ayrıca puanın kategorize edilip düzenli işe göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo4.20, $p < 0.001$). Malatya’da düzenli iş durumu ile toplam puanın kutu-çizgi grafiği Şekil 4.7’de gösterilmiştir. Malatya’da düzenli bir iş hayatı olanların 35 puan ve üzeri alma oranının %32.2 ile düzenli hayatı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.20. Toplam puanın Malatya’da düzenli çalışma hayatına göre dağılımı

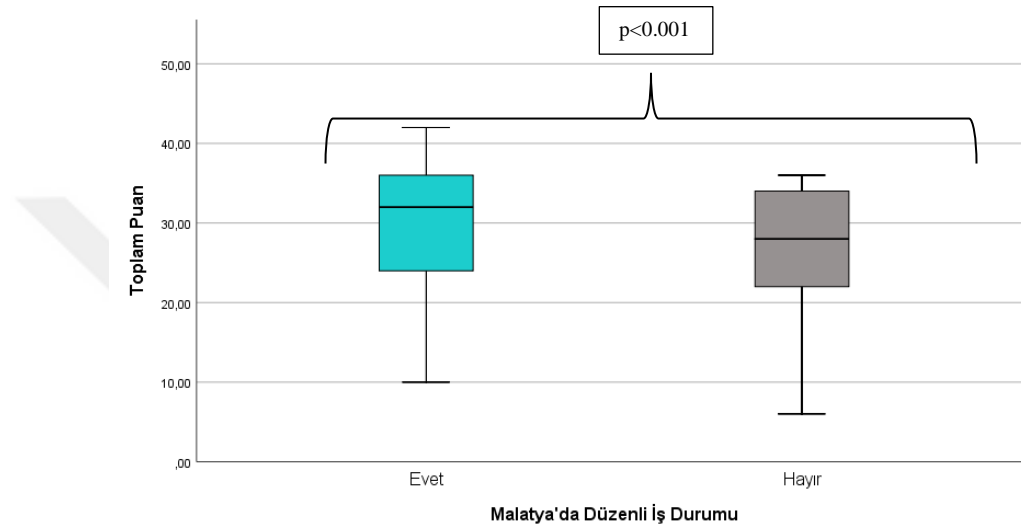
	Toplam Puan		p değeri*
		Ortanca (minimum-maksimum)	
Malatya’da düzenli çalışma hayatı	Var (n=245)	32 (10-42)	<0.001
	Yok (n=738)	28 (6-36)	

*:MannWhitney U testi

Tablo 4.21. Puan gruplarının Malatya’da düzenli çalışma hayatına göre dağılımı

Malatya’da düzenli çalışma hayatı ** (n(%))	Puan Grupları		p değeri*
	Puan<35	Puan≥35	
Var	166 (67.8)	79 (32.2)	<0.001
Yok	590 (79.9)	148 (20.1)	

*: Pearson ki kare testi, **: Satır yüzdesi verilmiştir.



Şekil 4.7. Malatya’da düzenli iş durumu ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği

4.4.8. Anketin Yapıldığı Kurum

Toplam puanın kategorize edilip anketin yapıldığı kuruma göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.21, $p < 0.001$). Ek olarak anketin yapıldığı kurum ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, Suriye’de yaşanan yer ve Malatya’da düzenli iş durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 4.22, 4.23, 4.24, 4.25 ve 4.26). Anketin yapıldığı kurum ile toplam puanın kutu-çizgi grafiği Şekil 4.8’de verilmiştir. Yaş, Türkiye’de kalış süresi, Malatya’da Kalış Süresi ve toplam puan değişkenleri açısından anketin yapıldığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür (Tablo 4.27).

Tablo 4.22. Ölçek puan dağılımının anketin yapıldığı kuruma göre dağılımı

Anketin yapıldığı kurum	Puan<35	Puan≥35	p değeri*
	n (%)	n (%)	
Battalgazi G. Sağlık Merkezi	346 (78.5)	95 (21.5)	<0.001
Başharık G. Sağlık Merkezi	129 (98.5)	2 (1.5)	
Melekbaba G. Sağlık Merkezi	117 (98.3)	2 (1.7)	
Sancaktar G. Sağlık Merkezi	164 (56.2)	128 (43.8)	

*:Pearson ki-kare testi

Tablo 4.23. Anketin yapıldığı kuruma göre cinsiyet dağılımı

Anketin yapıldığı kurum	Erkek	Kadın	p değeri*
	n (%)	n (%)	
Battalgazi G. Sağlık Merkezi	177 (40.1)	264 (59.9)	0.478
Başharık G. Sağlık Merkezi	50 (38.2)	81 (61.8)	
Melekbaba G. Sağlık Merkezi	56 (47.1)	63 (52.9)	
Sancaktar G. Sağlık Merkezi	123 (42.1)	169 (57.9)	

*:Pearson ki-kare testi

Tablo 4.24. Anketin yapıldığı kuruma göre medeni durum dağılımı

Anketin yapıldığı kurum	Evli	Bekar	Dul/Boşanmış	p değeri*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Battalgazi G. Sağlık Merkezi	325 (73.7)	101 (22.9)	15 (3.4)	<0.001
Başharık G. Sağlık Merkezi	89 (67.9)	33 (25.2)	9 (6.9)	
Melekbaba G. Sağlık Merkezi	98 (82.4)	18 (15.1)	3 (2.5)	
Sancaktar G. Sağlık Merkezi	166 (56.9)	85 (29.1)	41 (14)	

*:Pearson ki-kare testi

Tablo 4.25. Anketin yapıldığı kuruma göre eğitim durumu dağılımı

Anketin yapıldığı kurum	Okuryazar değil	Okuryazar	İlköğretim	Lise	Yüksekokul/ Üniversite	p değeri*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Battalgazi G. Sağlık Merkezi	13 (2.9)	54 (12.3)	95 (21.5)	213 (48.3)	66 (15)	<0.001
Başharık G. Sağlık Merkezi	16 (12.2)	13 (9.9)	56 (42.8)	26 (19.8)	20 (15.3)	
Melekbaba G. Sağlık Merkezi	1 (0.8)	12 (10.1)	32 (26.9)	52 (43.7)	22 (18.5)	
Sancaktar G. Sağlık Merkezi	24 (8.2)	29 (9.9)	95 (32.5)	84 (28.8)	60 (20.6)	

*:Pearson ki-kare testi

Tablo 4.26. Anketin yapıldığı kuruma göre Suriye’ de yaşanan yerin dağılımı

Anketin yapıldığı kurum	Köy	Kasaba	Şehir	p değeri*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Battalgazi G. Sağlık Merkezi	169 (38.3)	175 (39.7)	97 (22)	<0.001
Başharık G. Sağlık Merkezi	56 (42.7)	27 (20.6)	48 (36.6)	
Melekbaba G. Sağlık Merkezi	29 (24.4)	20 (16.8)	70 (58.8)	
Sancaktar G. Sağlık Merkezi	90 (30.8)	127 (43.5)	75 (25.7)	

*:Pearson ki-kare testi

Tablo 4.27. Anketin yapıldığı kuruma göre Malatya’da düzenli iş durumu dağılımı

Anketin yapıldığı kurum	Düzenli Çalışma	Düzenli Çalışma	p değeri*
	evet n (%)	hayır n (%)	
Battalgazi G. Sağlık Merkezi	126 (28.6)	315 (71.4)	<0.001
Başharık G. Sağlık Merkezi	22 (16.8)	109 (83.2)	
Melekbaba G. Sağlık Merkezi	15 (12.6)	104 (87.4)	
Sancaktar G. Sağlık Merkezi	82 (28.1)	210 (71.9)	

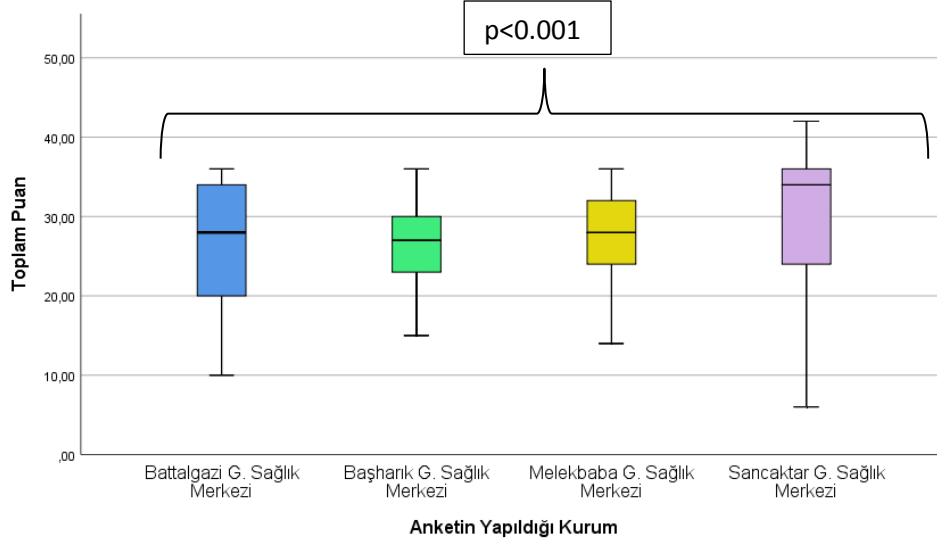
*:Pearson ki-kare testi

Tablo 4.28. Yaş, Türkiye’de kalış süresi, Malatya’da Kalış Süresi ve Toplam puanın anketin yapıldığı kuruma göre dağılımı

Anketin yapıldığı kurum*	Değişken**	Yaş	Türkiye’de Kalış Süresi	Malatya’da Kalış Süresi	Toplam Puan
	Battalgazi G. Sağlık Merkezi		28 ^{b,c} (8-75)	5 ^{b,c} (1-10)	5 ^{a,b,c} (1-10)
Başharık G. Sağlık Merkezi		29 ^{b,c} (13-70)	6 ^b (1-12)	4 ^{b,c} (1-10)	27 ^c (15-36)
Melekbaba G. Sağlık Merkezi		35 (7-65)	8 ^c (1-10)	6 (1-10)	28 ^c (14-36)
Sancaktar G. Sağlık Merkezi		33 (2-87)	6 (1-10)	6 (1-10)	34 (6-42)
	p değeri***	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

*: a: Başharık G. Sağlık Merkezi grubuna göre farklıdır, b: Melekbaba G. Sağlık Merkezi grubuna göre farklıdır, c: Sancaktar G. Sağlık Merkezi grubuna göre farklıdır.

: Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.*:Kruskal Wallis testi



Şekil 4.8. Anketin yapıldığı kurum ile akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan toplam puanın kutu-çizgi grafiği

4.4.9. Çok Değişkenli Lojistik Analizi

Lojistik regresyon modelinde Enter yöntemi sonucuna göre; yaş, cinsiyet, medeni durum, Malatya’da yaşama süresi ve Malatya’da düzenli çalışma hayatı değişkenleri ile toplam puanın kategorize edilerek oluşturulduğu değişken arasındaki odds oranı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Eğitim durumu, Türkiye’de yaşama süresi (yıl), Suriye’de yaşanan yer ve anketin yapıldığı kurum değişkenleri ile toplam puanın kategorize edilerek oluşturulduğu değişken arasındaki odds oranı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 4.28’de verilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre; ilköğretim mezunlarının okur yazar olanlara göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 2.446 (OR) kat daha fazladır. Lise mezunlarının okur yazar olanlara göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 2.191 (OR) kat daha fazladır.

Türkiye’de 1 yıl az yaşamak akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığını 1.289 (1/OR) kat arttırmaktadır. Suriye’de yaşadığı yer bakımından köyde yaşayanların şehirde yaşayanlara göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 1.947 (OR) kat daha fazladır.

Anketin yapıldığı kurum bakımından anketin yapıldığı Battalgazi G. Sağlık Merkezine gidenlerin Başharık G. Sağlık Merkezine gidenlere göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 16.326 (OR) kat daha fazladır. Aynı şekilde Sancaktar

G. Sağlık Merkezine gidenlerin Başharık G. Sağlık Merkezine gidenlere göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 49.308 (OR) kat daha fazladır.

Tablo 4.29. Akılcı İlaç Kullanımını Etkileyen Faktörleri belirlemek için Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Wald istatistiği	p	Odds Oranı (OR)	Odds Oranı için Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Yaş	0.006	0.008	0.546	0.460	1.006	0.990	1.022
Cinsiyet	(Referans: Kadın)						
	Erkek	0.082	0.187	0.193	0.660	1.086	0.753 1.565
Medeni Durum	(Referans: Bekar)			1.696	0.428		
	Evli	0.284	0.236	1.454	0.228	1.329	0.837 2.108
	Dul	0.413	0.397	1.082	0.298	1.511	0.694 3.286
Eğitim durumu	(Referans: Okur Yazar)			9.758	0.045		
	Okur Değil	0.197	0.485	0.165	0.684	1.218	0.471 3.155
	İlköğretim	0.895	0.326	7.513	0.006	2.446	1.290 4.638
	Lise	0.784	0.322	5.925	0.015	2.191	1.165 4.119
	Yüksekokul /Fakülte	0.529	0.362	2.131	0.144	1.697	0.834 3.450
Türkiyede yaşama süresi(Yıl)	-0.254	0.088	8.262	0.004	0.776	0.652 0.922	
Malatyada yaşama süresi (Yıl)	0.164	0.085	3.703	0.054	1.179	0.997 1.394	
Suriyede Yaşanan Yer	(Referans: Şehir)			7.129	0.028		
	Köy	0.666	0.251	7.035	0.008	1.947	1.190 3.185
	Kasaba	0.371	0.237	2.450	0.118	1.449	0.911 2.306
Malatya da düzenli çalışma hayatı	(Referans: Hayır)						
	Evet	0.343	0.194	3.134	0.077	1.409	0.964 2.060
Anketin Yapıldığı Kurum	(Referans: Başharık G. Sağlık Merkezi)			69.581	<0.001		
	Battalgazi G. Sağlık Merkezi	2.793	0.730	14.648	<0.001	16.326	3.906 68.236
	Melekbaba G. Sağlık Merkezi	0.447	1.019	0.192	0.661	1.563	0.212 11.514
	Sancaktar G. Sağlık Merkezi	3.898	0.732	28.368	<0.001	49.308	11.748 206.959
Sabit	-2.151	0.483	19.810	0.000	0.116		

5. TARTIŞMA

Akılci olmayan ilaç kullanımı,yapılan birçok araştırmanın sonuçlarının da işaret ettiği üzere küresel ölçekte çok ciddi bir halk sağlığı problemi olmayı sürdürmektedir. Dünyadaki tüm ilaçların %50'den fazlası doğru ve uygun olmayan biçimde reçete edildiği ve kullanan hastalarının %50 sinin bu ilaçları uygun olmayan bir biçimde kullanıldığı doğrulanmıştır. Bu gibi haller ülkenin ekonomik açıdan zor bir duruma düşmesine ve ileride çok ciddi boyutlara ulaşmasına sebep olacak bir durumdur. İlaçların doktora sorulmadan alınması, uygun olmayan ilaçların kullanılması, gereksiz antibiyotik veya merhemlerin kullanımı, uygunsuz dozda kullanımı ,uzun süren ilaç tedavi süreleri en yaygın görülen ilaç kullanım hatalarıdır (14-18). AİK kapsamında halka eğitim verilmesi ve AİK' nin özellikle toplum içinde bilinçlendirilmesi, uygun belirli ve çok ciddi metodlara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (19, 20).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın resmi verilerine göre, 2019 yılında sağlık için planlanan 156.9 milyar liralık bütçenin 36.8 milyarı ilaç masraflarına ayrılmaktadır. 2002 yılında yüzde 11.3 olan sağlık masraflarının bütçe içerisindeki payı 2019 yılında yüzde 16.3'e kadar artmıştır (21). Bu yükselişte ülkemizde ikamet eden geçici koruma altındaki Suriyeli toplam 3 milyon 651 bin 428 suriyeli vatandaşa yapılan sağlık masraflarının payı da azımsanmayacak miktardadır. Nitekim lkemizde geçici koruma altındaki bireyler sağlık hizmetlerinden her hangi bir ücret ödemeden yararlanmaktadır. Bu anlamda ülkemizde misafir olan bireylerin akılci ilaç kullanımı hakkında bilgi sahibi olmalarının hem halk sağlığı, hem de ülke ve dünya ekonomisi için mühim olduğu aşıkardır. Biz de bu alışmamızda Suriye İç Savaşı sonucunda ülkemize gelerek geçici koruma statüsünde ülkemizde yaşamaya devam eden Suriyelilerin akılci ilaç kullanımı konusundaki mevcut bilinç düzeylerini ölçmeyi amaçladık.

Çalışmamızda katılımcıların %90.8'i sadece doktorların ilaç tavsiye edebileceklerini ifade etmişler. Bunun yanında, benzer semptomları olan, çok yakın ilişkisi bulunan arkadaşların veya yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur diyenlerin oranı %21.3 olmuştur. Bu şekilde bir sual olan hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımızın olup olmadığını doktor belirler sorusuna da katılımcıların %82.5'u doğru cevap vermiştir. Ülkemizde yapılan alışmalar Türkiye'de "doktora başvurmadan kullanılan medikal ilaçların çok sık olan bir durum olduğunu ortaya çıkarmıştır. Hatipoğlu ve arkadaşlarının bir akademik çalışmalarında bu seviye %76.4

saptanmıştır (22). Bunun gibi Özçelikay'ın bir çalışmasında (23) bu çalışmaya katılan kişilerin %75.5'i doktor veya sağlık çalışanı olmayan şahıslara danışarak ilaç aldığını belirtirken, Uskun ve ark. çalışmasında (24) çalışmaya dahil olanların %42.9'u doktora danışmadan eczane veya medikal malzemelerin satıldığı odalardan ilaç aldıkları belirlenmiştir (24). Sağlık Bakanlığının 2011 yılında halkın akılcı ilaç kullanımı ile bağlantılı olarak ortaya koymuş olduğu çalışmanın verilerine göre; hasta olan bireylerin ,doktorun reçeteye yazmış olduğu tedaviyi kullanıp kullanmama durumlarının değerlendirilmesinde hasta bireylerin %86'sı (ASM'lerde %86.4, DH'lerde %85.6) doktorun uygun gördüğü tedaviyi (önerileri/reçetede ki ilaçları) muhakkak kullanacaklarını belirtmişlerdir (25). GATA'da yapılan bir halk sağlığı araştırmasına göre ise doktorların belirttiği şekilde ilaçların kullanım oranı %61.6 olarak saptanmıştır (26). GATA'da yapılmış olan bu halk sağlığı araştırma çalışması orta derecede bir yükseklik saptansada bütünsel bakıldığında aslında hasta bireylerin ilaçları doktorların tavsiye ettiği şekilde kullanmaya çalıştıklarını ortaya koymuştur. Bu sonuçlar hekime danışmadan ilaç kullanmama konusunda Suriyeli sığınmacıların Türk vatandaşlarına oranla nispeten daha bilinçli olduklarına işaret etmektedir.

Çalışmamızda ilaçların yan etkilerine ilişkin sorulardan ilaçların olumlu etkileri yanında yan etkileride olabilir sorusuna katılımcıların %72.4 ü, tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur sorusuna %72.3'ü, gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir sorusuna %76'sı, bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır sorusuna %76.7'si, ilaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız sorusuna ise %79.1'i, doğru cevap vermiştir. İlaçların nasıl kullanılacağına dair kullanma talimatları ile ilgili sorulardan ilacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir sorusuna katılımcıların %69.6'sı, ilaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatından öğrenilebilir sorusuna %71'i, ilacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir sorusuna ise %69.2 si, ilaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir sorusuna %71.9'u doğru cevap vermiştir. Ülkemizde Hatipoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu klinik bir çalışmada “ilaçlarınızı kullanmadan önce nasıl kullanılacağına dair prospektüsteki talimatlarını okur musunuz” sorusuna verilen cevaplar değerlendirilmiş olup bu soruya cevap veren bireylerin %66.7'si ilaçlarını kullanmadan önce mutlak surette nasıl kullanıldığına dair kullanma talimatını okuduğunu belirtmiştir. Hatipoğlu ve ark. çalışmasında özellikle ileri yaşlarda prospektüsteki ilacı doğru kullanma verilerini okuma ve uygulama oranının düştüğü gözlemlenmiştir. Yapıcı ve arkadaşlarının halk

sağlığı çalışmasında çalışmaya dahil olan bireylerin %73.3'ü ilaçları doğru kullanmaya yönelik doktor tavsiyeleri ve doğru kullanma talimatlarını okuduğu ancak bu oran 50 yaş ve daha yaşlı bireylerin ilaçların doğru kullanma talimatlarına olan uyumunun azaldığı izlenmiştir (27). Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yapmış olduğu bir halk sağlığı çalışmasına bağlı olarak; ASM'lere başvuran hasta bireylerin %59.1'i, DH'lere başvuran hasta bireylerin %61.6'sı ilaçların doğru kullanma verilerini okuduklarını belirtmişlerdir (25). Pınar ve ark. 2010 yılında yapmış oldukları bir başka çalışma da ise hasta bireylerin %66.2'sinin ilacı aldıktan sonra prospektüsteki uygun kullanma talimatlarını okuduklarını belirtmişlerdir (22). Ankara'da bir üniversite hastanesinde 2004 tarihinde yapılmış olan bir başka çalışmada çalışmaya katılan bireylerin %34.9'unun prospektüs teki uygun kullanma talimatlarını kesinlikle okumadıklarını belirtmişlerdir (28). Bu veriler ışığında ilaçları uygun kullanım talimatlarının Türk vatandaşları ile Suriyeli göçmenler arasında büyük bir benzerlik olduğuna işaret etmektedir.

Halk arasında yaygın olarak kullanılan özellikle bitkisel ürün/gıda takviyesi kullanımı doktor tavsiyeden uzak bilinçsiz kullanımlar, tek başına alınan bu bitkisel ürünler ve ilaç kullanımı sırasında kullanılan bitkisel ürünler vücutta etkileşimlere neden olup; gerçek hastalığın tanısını zorlaştırıp; hasta bireyin kullanmış olduğu medikal tedavinin etkinliğini zayıflatabilir ve gereksiz tedavi maliyetlerine sebep olmaktadır. Çalışmamızda bitkisel ilaç kullanımı ile ilgili bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir sorusuna katılımcıların %59.2'si doğru cevap verirken, bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur sorusuna %51.9'u, bitkisel ürünler tamamen zararsızdır sorusuna ise %55.7'si doğru cevap vermiştir. Ülkemizde bitkisel takviye edici ürünlerin kullanım oranı ile ilgili olarak yapılmış olan bir çalışmada çalışmaya dahil olan bireylerin %18.3'ü son bir yıllık zaman diliminde en az bir bitki kaynaklı bir ürün kullandığını bildirmiştir. Şehirleşmiş merkezi mahallelerde ikamet edenlerin ise %13.4'ü, merkezden uzak kırsal alanda ikamet edenlerin ise %26.1'i bitki/bitkisel kaynaklı ürün kullanmaktadır. Merkezden uzak kenar mahallede ikamet edenlerin gerçek anlamda çok fazla bitki/bitkisel kaynaklı ürünler kullandığı gözlemlenmiştir. Suriyeli göçmenlerin bitkisel ilaç kullanımı konusunda bilinç düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili diğer konulardan daha geride olduğu söylenebilir.

İlaçların kullanma süreleri ve saklanma koşulları ile sorulardan tedavi esnasında ilaçları kullanırken vücudumuzu daha iyi olduğunu algıladığımız zaman kullanmış

olduğumuz medikal tedaviyi sonlandırabiliriz sorusuna katılan bireylerin %66.1'i, her medikal tedavinin kullanım zamanları birbirleri ile eşdeğerdir %66.9'u, kullanılan medikal tedvinin nasıl hangi koşullarda saklanabileceğini ilacı aldığımız eczaneden öğrenebilirmiyiz sorusuna ise %69.2'si doğru cevap vermiştir. Hatipoğlu ve ark. Çalışmasında kullanılan medikal tedaviyi uygun koşullarda muhafaza ederken prospektüste yazılmış olan muhafaza şartlarına riayet ediyormusunuz sorusuna katılım sağlayan bireylerin %69.8 evet cevabını vermiştir. Göçgeldi ve ark.nın sonuçlandırmış olduğu bir başka çalışmada çalışmaya dahil olan kişilerin %42.9'u kullanmış oldukları medikal tedavileri ecza dolaplarına yada şahıs özel çekmecelerde muhafaza ettiklerini, araştırmaya dahil olan bireylerin %42.2'si ise kullanmış oldukları medikal tedaviyi soğutucularda muhafaza ettiklerini bildirmişlerdir (26). Hatipoğlu ve ark. çalışmasında dahil olanların %70.5'i önceden doktorun belirtmiş olduğu medikal tedaviyi sonlanması gereken zamandan çok daha öncesinden terk ettiklerini söylemişlerdir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2011'deki "Halkın Akılcı İlaç Kullanımına Bakış Açısı" ile ilgili olarak yapılmış olan başka bir analiz raporunda ASM'lere giden hasta bireylerin %70.3'ü, DH'lere giden hasta bireylerin %70.8'i önceden doktorun önermiş olduğu tedaviyi önerilen süreden çok daha önce terk ettiklerini vurgulamışlardır (25). Önder ve arkadaşlarının Ankara ilinde sürdürdükleri bir analizde çalışmaya katılan bireylerin %23.9'unun şikayetlerinin azalması ile birlikte kullandıkları medikal tedaviyi sonlandırdıkları belirtilmiştir (29). Erzincan'da 2007-2008 tarihleri arası organize edilen üniversitede okuyan üniversitelilerin medikal tedaviye uyumlarını araştıran bir analizde. Üniversitelilerin %47.9'unun şikayetleri sonlandığında kullanmış oldukları medikal tedaviyi sonlandırdıklarını belirtmişleridir (30). Adana ilinde 2010 tarihinde tamamlanmış bir çalışmada, çalışmaya dahil olan bireylerin %47.9'unun doktorun önermiş olduğu medikal tedavi özellikle antibiyotikleri bitirmeden terk ettiklerini bildirmişlerdir (31). Muğla ilinde 2005 tarihinde planlanmış olan bir çalışmada, çalışmaya dahil olan bireylerin %65.8'inin önerilen medikal tedaviyi önerilen zamandan önce hatta çoğunun tedaviyi (%68.8) şikayetlerinin bitmesi sebebiyle hastalığının sonlandığını ileri sürerek tedaviyi terk ettiğini belirtmişlerdir (32). Sonuç olarak Türk vatandaşları ile Suriyeli göçmenlerin ilaç saklama ve kullanma süreleri konusunda benzer düzeyde bilinçli olduklarına işaret etmektedir.

Çalışmamızda kullanılan akılcı ilaç kullanım ölçeğinin sonuçların kantitatif değerlendirilmesine bakacak olursak; çalışmamıza katılan hastaların ölçek puanlarının ortalaması 27.8 ± 6.9 idi. Bu skor ölçek için kesim değeri olan 34 puandan düşüktür.

Çalışmamızda alınan en düşük puan 6 bu puan iki hasta tarafından alınmıştır, en yüksek puan ise 42 tam puandır. 42 tam puan ise yalnızca 1 hasta tarafından alınmıştır. Çalışmamızda alınan ortanca puan 29'dir, en sık alınan puan ise 206 kez alınan 36 puandır. Çalışmamızda toplam 227 (%23.1) hasta 35 puan ve üzerinde puan almıştır. Denizli ili Pamukkale ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkinlerde akılcı ilaç kullanımını inceleyen bir araştırmada aynı ölçeğin kullanıldığı ve araştırma grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puan ortalamasının 34.11 ± 3.82 ; ortancasının 34.0 olduğunu belirtmişlerdir (33). Suriyelilerde Akılcı İlaç Kullanım Düzeyinin Türk vatandaşlarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Akılcı ilaç kullanımı ile sosyodemografik faktörler arasındaki ilişkinin sonuçlarına göre; çalışmamızda akılcı ilaç kullanımını etkileyebilecek sosyodemografik faktörler olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu, Suriye'de yaşanan yer, medeni durum, Türkiye'de kalış süresi ve iş durumu araştırılmıştır. Ayrıca çalışmada akılcı ilaç kullanımı ile anketin yapıldığı kurum arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmamızda yaş ortalaması 33.30 ± 12.83 olup yaş arttıkça akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilincin arttığı tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılanların 577 (%58.7)'si kadın ve 406 (%41.3)'sı erkekti. Çalışmamızda cinsiyet bağlantılı akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ile ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamıza dahil olan kişilerin 929 (%94.5)'ü okuryazardı, çalışmada en çok görülen eğitim seviyesi 375 (%38.1) ile lise mezuniyeti idi. Çalışmamızda eğitim durumuna göre alınmış puan ortancaları ile ilişkili olarak istatistiksel anlamlılık bulundu. Ancak beklenildiğinin aksine en yüksek puan ortancası yükseköğrenim mezunlarında değil ilköğretim mezunlarındı. En düşük puan ortancası ise okur yazar grubundaydı. Türkçe bilme düzeyi, Türkiye'de sağlıkla ilgili kural, kaide, usul ve esaslarını öğrenme düzeyi ve toplum içine entegrasyon miktarı ile lise mezunlarının puanın düşük çıkması ilişkili olacağından bu hususların kişide eksik olmasından kaynaklanabileceği, sonraki bir çalışma ile araştırılmasının, sonuca göre daha doğru yorum yapılacağı değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda Suriye'de yaşanan yerin niteliğine göre alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardı. Ancak kesim puanına göre yapılan gruplandırmada 35 puan ve üzeri en fazla hasta oranına sahip grup 95 (%27.2) ile kasabada yaşayanlar çıktı. Şehirde yaşayanlar ise 39 (%13.4) ile en geride çıkan gruptu. Bu değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı düzeyde şehirde yaşayanlar diğer iki gruptan da geride çıktı. Şehirde yaşayanlarda ilacın kullanımı ve temini gibi konularda

kötüye kullanımlarla karşılaşma risklerinin fazla olması, kasabada yaşayanların ilaç erişiminde daha doğru basamaklardan geçiyor olmalarından dolayı yüksek çıkmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların Türkiye’de kalış süreleri ortalama 5.8 ± 2.02 yıldır. Alınan ölçek puanları Türkiye’de kalış süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Ayrıca katılımcıların Malatya’da kalış süresi ortalaması 5.15 ± 2.08 yıldır. Alınan ölçek puanları Malatya’da kalış süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların 678 (%69) ’u evli idi. Çalışmamızda medeni duruma göre alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark mevcuttu. Puan ortancası en yüksek grup evli olanlardı. En düşük puan ortanca ise bekar grubundaydı. Ölçekten alınan toplam puanı medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Kesim puanına göre yapılan gruplandırma ise medeni durumlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark çıkmadı.

Çalışmamıza katılan hastaların yalnızca 245 (%24.9) ’ının Malatya’da düzenli bir işi mevcuttu. Bu oran erkeklerde 252 (%37.9) kadınlarda ise yalnızca 486 (%15.8) idi. Çalışmamızda düzenli iş durumuna göre alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark mevcuttu. Düzenli işi olan hastaların ortanca puanı düzenli işi olmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksekti. Kesim puanına göre yapılan gruplandırma da düzenli işe sahip olanlar daha yüksek oranda 35 puan ve üzeri grupta yer aldı.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da genel beklentilerin aksine şehir kesimine yakın yerlerde ikamet edenlerde, bayanlarda, ortaokul seviyesi üzerinde eğitim olanlarda, çocuğu olanlarda, göç etmiş olanlarda, çoklu yaşam alanlarında yaşayanlarda, SGK güvencesi olanlarda, genel sağlık durumunu iyi ve üstü olarak değerlendirenlerde, devamlı medikal tedavi alması gereken hastalığı olan bireylerde doktora başvurmadan medikal tedavi kullanım oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaş ile doktora danışmadan medikal tedavi kullanım arasında bir bağlantı bulunmamıştır (22). Yapıcı ve arkadaşlarının 2011 tarihindeki bir analizinde genç ve eğitilmiş kişilerde doktora başvurmadan medikal tedavi kullanım oranının yüksek olduğu izlenmiştir (27).

Çalışmada yer alan katılımcıların 131 (%13.3)’ü Başharık G. Sağlık Merkezi’nden, 441 (%44.9)’u Battalgazi G. Sağlık Merkezi’nden, 119 (%12.1)’u Melekbaba G. Sağlık Merkezi’nden ve 292(%29.7)’si Sancaktar G. Sağlık

Merkezi'nden olan göçmenlerden oluşmaktadır. Sancaktar G. Sağlık Merkezi'ndeki göçmenler 128 (%43.8) oranı ile 35 puan ve üzeri alan grup içerisinde yüksek orana sahiptirler. Kesim puanı ile anketin yapıldığı kurum arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Ayrıca anketin yapıldığı kurum ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, Suriye'de yaşanan yer ve Malatya'da düzenli iş durumu değişkenleri arasında da istatistiksel olarak anlamlılık gözlemlenmiştir. Bu sonuçların yanı sıra yaş, Türkiye'de kalış süresi, Malatya'da kalış Süresi ve toplam puan değişkenleri açısından anketin yapıldığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Yapılan Lojistik regresyon analizi sonucunda yaş, cinsiyet, medeni durum, Malatyada yaşama süresi ve Malatya'da düzenli çalışma hayatı değişkenleri ile toplam puanın kategorize edilerek oluşturulduğu değişken arasındaki odds oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken; eğitim durumu, Türkiye'de yaşama süresi (yıl), Suriye'de yaşanan yer ve anketin yapıldığı kurum değişkenleri ile toplam puanın kategorize edilerek oluşturulduğu değişken arasındaki odds oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elde edilen bulgular sonucunda ilköğretim mezunlarının okur yazar olanlara göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 2.446 (OR) kat daha fazla olarak elde edilmişken, lise mezunlarının okur yazar olanlara göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 2.191 (OR) kat daha fazla elde edilmiştir. Türkiye'de 1 yıl az yaşamak akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığını 1.289 (1/OR) kat arttırdığı görülmüştür. Suriye'de köyde yaşayanların şehirde yaşayanlara göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 1.947 (OR) kat daha fazla bulunmuştur. Anketin yapıldığı Battalgazi G. Sağlık Merkezine gidenlerin Başharık G. Sağlık Merkezine gidenlere göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 16.326 (OR) kat daha fazla olduğu gözlemlenmişken Sancaktar G. Sağlık Merkezine gidenlerin Başharık G. Sağlık Merkezine gidenlere göre akılcı ilaç kullanım puanının yeterli olması olasılığı 49.308 (OR) kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamız kesitsel özellikte bir araştırmadır. Kesitsel araştırmalar sebep-sonuç bağıntısının ortaya konması yönünden iyi bir yol sayılmamaktadır. Bu sebeple daha çok tanımlayıcı nitelikte ve prevalans belirlemeye yönelik çalışmalardır. Fakat durumu net olmayan halkın bazı tanınmayan özelliklerinin ortaya çıkması sebep ve sonuçlar ortaya çıkacağından bununla ilgili sebeplerin düşünülmesine yol açabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın bulguları ışığında elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir

- a) Çalışmamıza katılan hastaların ölçek puanlarının ortalaması kesim değeri olan 34 puanıyaklaşık 6 puan kadar gerisinde çıkmıştır.
- b) Çalışmamızda toplam katılımcıların 4’de 1’inden daha azı 35 ve üzeri üzerinde puan alabilmişlerdir.
- c) Çalışmamızda incelenen sosyodemografik verilerden yaş, eğitim durumu, medeni durum, Suriye’de yaşanan yer ve iş durumu alınan puanları çeşitli düzeylerde etkileyen faktörler olarak tespit edilmişlerdir. Ancak bu faktörlerden düzenli iş sahibi olmak ve Suriyede köy veya kasabada yaşamak faktörlerinin kesim puanının üzerinde puan almakla ilişkili bağımsız faktörler olduğu tespit edilmiştir.
- d) Türkiye’de yaşayan Suriyelilerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilinç durumları Türk vatandaşlarından daha kötü durumdadır.

Türkiye’de resmi rakamlara göre 3.7 milyon geçici koruma altında Suriyeli yaşamaktadır ve sayıları artma eğilimindedir. Ülkemizde bu kapsamda yaşayan Suriyelilere sağlık hizmetleri genel olarak ücretsiz olarak sunulmaktadır. Suriyeliler arasında işsizlik oldukça yaygındır, dolayısı ile sigorta primi ödeme durumları çok kısıtlıdır, dolayısı ile sunulan sağlık hizmetleri doğrudan genel bütçeden karşılanmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın resmi verilerine göre, 2019 yılında sağlığa ayrılan 156.9 milyar liralık bütçenin 36.8 milyarı ilaç harcamalarına ayrılmaktadır. 2002 yılında yüzde 11.3 olan sağlık harcamalarının bütçe içerisindeki payı 2019 yılında yüzde 16.3’e yükselmiştir. Bu yükselişte Suriyeli misafirlerimize yapılan karşılıksız sağlık harcamaların payı da yadsınamaz. Bu nedenle ilaçlara ücretsiz erişimi olan bu grupta akılcı ilaç kullanımı hem kendi sağlıkları hem de ülke ekonomisi açısından önem arz etmektedir. Bu sebeple Suriyeli misafirlerimizi çeşitli yollar ile akılcı ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirmek sağlık politikalarımızın bir parçası haline gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Quick JD. *Managing drug supply : the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*, 2th ed. West Hartford, USA, Kumarian Press, 1997: 352-64.
2. Anker M, Brudon P, Fresle DA, Hogerzeil HV. *How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators*, World Health Organization, Geneva, 1993: 45-51.
3. DACA. *Guidelines for the regulation of promotion and advertisement of drugs*. 2th ed. Addis Ababa, Ethiopia, 2008: 1-35.
4. Organization WH. Promoting rational use of medicines: core components. *WHO Policy Perspectives on Medicines* 2002, 3: 1-6
5. Organization WH. The world medicines situation. *World Health Organization*, 2004, 2: 75-89.
6. Ulusoy HB, Sumak T, Şahin S, Gültekin H. Kayseri'de pratisyen hekimlere verilen groningen modeli akılcı ilaç kullanımı eğitiminin değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2011, 33(4): 309-16.
7. Yılmaztürk A. Türkiye'de ve dünyada akılcı ilaç kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2013, 2(2): 42-9.
8. Mustafa Ş. Koruyucu hekimlik açısından dermatolojide akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2010, 3(2):145-8
9. Situation Syria Regional Refugee Response. <https://data.unhcr.org/en/situations/syria> Son Erişim Tarihi 19 Şubat 2022.
10. Suriye'den Gelen Sığınmacılar İçin Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri. <http://mhd.org.tr/images/yayinlar/MHM-4.pdf> Son Erişim Tarihi 13 Mart 2022.
11. Akıcı A, Kalaça S. Topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı. *Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın* 2013, 93: 1-13
12. Türkiye İlaç Sektörü 2016 Raporu. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tDRNRqWD1REJ:www.ieis.org.tr/ieis/assets/media/Raporlar/TR_Sektor_raporu_2016.pdf&cd=2&hl=tr&ct=clnk&gl=tr Son Erişim Tarihi 23 Şubat 2022

13. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, Kılıç FS, Metintaş S. Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2018, 3(3): 37-46.
14. Holloway K. Rational use of drugs: an overview. *Department of Essential Medicines and Pharmaceutical Policy TBS* 2009.
15. Akl OA, El Mahalli AA, Elkahky AA, Salem AM. WHO/INRUD drug use indicators at primary healthcare centers in Alexandria, Egypt. *JTUMED*. 2014, 9(1): 54-64.
16. Chareonkul C, Khun VL, Boonshuyar C. Rational drug use in Cambodia: study of three pilot health centers in Kampong Thom Province. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2002, 33(2): 418-24.
17. Saha S, Hossain M. Evaluation of medicines dispensing pattern of private pharmacies in Rajshahi, Bangladesh. *BioMed Central*. 2017, 17(1) :1-8.
18. Xu K, Carrin G, Phuong NTK, Long NH, Bayarsaikhan D, Aguilar AM. *Health service utilization and the financial burden on households in Vietnam: The impact of social health insurance*. 2th ed. WHO, Geneva, 2006: 2-6.
19. Agrawal A, Aronson JK, Britten N, Ferner RE, De Smet PA, Fialova D, Fitzgerald RJ, Likic R, Maxwell SR, Meyboom RH, Minuz P, Onder G, Velo G. Medication errors: problems and recommendations from a consensus meeting. *J. Clin. Pharmacol*. 2009, 67(6): 592.
20. Bairami F, Soleymani F, Rashidian A. Improving injectable medicines prescription in outpatient services: a path towards rational use of medicines in Iran. *IJHPM*. 2016, 5(5): 321.
21. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. <https://www.sbb.gov.tr/> Son Erişim Tarihi 6 Haziran 2022.
22. Hatipoğlu S, Özyurt BC. Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Prev. Med. Bull*. 2016, 15(4): 1-8.
23. Özçelikay G. Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi* 2001, 30(2): 9-18.

24. Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kişioğlu AN. Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004, 13(12): 451-4.
25. Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Alkan A, Öncül HG. *Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı*. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2011: 856
26. Göçgeldi E, Uçar M, Açikel CH, Türker T, Hasde M, Ataç A. Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *TAF Prev. Med. Bull.* 2009, 8(2): 113-18.
27. Yapıcı G, Balıkçı S, Özge U. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi* 2011, 38(4): 458-65.
28. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005, 4(5): 223-37.
29. Önder E, Koçia O, Öztürk S, Sabuncu Z, Soyutemiz Ö, Altıntaş H. Yunus Emre Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireylerin ağrı kesici kullanımı ve bu konudaki bazı bilgilerinin saptanması. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni* 2002, 23(1): 16-8.
30. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. *TAF Prev. Med. Bull.* 2010, 9(5): 505-12.
31. Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, Ünal İ. Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TAF Prev. Med. Bull.* 2013, 12(6): 639-50.
32. Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2005, (15): 53-67.
33. Kılıç R. Denizli ili Pamukkale ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2020.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş





EK-2. Etik Kurul



EK-3. Anket Formu ve Ölçek

Malatya İlinde Göçmen Sağlığı Merkezlerine başvuran geçici koruma altındaki yetişkin Suriyelilerin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve ilişkili faktörler.

1-Yaşadığınız İlçe :

2-Anketin Yapıldığı Kurum :

(1) Battalgazi Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi

(2) BaşharıkGöçmen Sağlığı Merkezi

(3) MelekbabaGöçmen Sağlığı Merkezi

(4) Sancaktar Göçmen Sağlığı Merkezi

3.Yaşınız:.....

4.Cinsiyetiniz:

(1) Erkek (2) Kadın

5.Medeni durumunuz:

(1) Evli (2) Bekar (3) Dul, Boşanmış

6.Eğitim durumunuz:

(1) Okuma yazma bilmiyor (2)Okur yazar (3) ilköğretim

(3)Lise(4)Yüksekokul/Fakülte

7- Kaç yıldır Türkiye’de yaşıyorsunuz.....yıl

8-Kaç yıldır Malatya’da yaşıyorsunuz.....yıl

9-Suriye’de yaşadığınız yer? 1-Köy 2)Kasaba,ilçe 3)İl,Şehir

10-Malatya’da düzenli bir çalışma hayatınız var mı? 1)Evet 2)Hayır

11-“Evet” ise ne iş yapıyorsunuz.....

ÖNERMELER	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1) Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2) Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3) Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımızın olup olmadığını doktor belirler.			
4) İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5) Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6) İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7) İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatından öğrenilebilir.			
8) İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9) Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10) Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11) İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12) Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13) Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14) İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15) Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16) Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17) İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18) Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19) Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20) Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21) Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			