

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞLI SAĞLIĞI VE BAKIMI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**FARKLI KUŞAKLARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE
SAĞLIK ALGISİNİN İNCELENMESİ**

BEYZA NUR ŞENGÜL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Musa Şamil AKYIL

AYDIN- 2021

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Programı çerçevesinde Beyza Nur ŞENGÜL tarafından hazırlanan “Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısının İncelenmesi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30/06/2021

Üye(T.D.) :Prof. Dr. Musa Şamil AKYIL Aydın Adnan Menderes
Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Emel CEYLAN Aydın Adnan Menderes
Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Ayfer Ege Üniversitesi
KARADAKOVAN

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde bilgi ve ilgisini her daim benimle paylaşan, hoşgörölü ve kıymetli tez danışmanım sayın Prof. Dr. Musa Şamil AKYIL' a, tez sürecimde ve yüksek lisans eğitimim boyunca sevgi ve emeklerini benden esirgemeyen, her daim destekleyip yol gösteren sevgili hocam Prof. Dr. Rahşan Çevik AKYIL' a, yine yüksek lisans eğitimim boyunca benden bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen sevgili hocam Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL' e, bilgileri, iyimserliği ve güzel enerjisiyle beni hep destekleyen sevgili hocam Prof. Dr. Emel CEYLAN' a, akademik çalışmalarda ve derslerimde desteğini eksik etmeyen, sabırla bana yardım eden sayın hocam Prof. Dr. Zeynep GÜNEŞ' e,

Bütün hayatım boyunca her daim beni koruyup, kollayan, sevgi ve şefkatle büyüten en büyük destekçim ve biricik annem Zöhre ŞENGÜL' e, sevgisi ve sabrıyla her zorlukta yanımda olan babam Metin ŞENGÜL' e ve her zaman hayatımı güzelleştiren, çok kıymetli kardeşlerim Furkan ŞENGÜL ve Emine Ferzan ŞENGÜL'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	4
1.2. Araştırmanın Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Kuşak Kavramı	6
2.2. Çoklu Kuşaklar Kuramı ve Kuşakların Sınıflandırılması.....	6
2.2.1. Geleneksel Kuşak (1925- 1945).....	8
2.2.2. Baby Boomers (Bebek Patlaması) Kuşağı (1946- 1964).....	9
2.2.3. X Kuşağı (1965- 1979)	9
2.2.4. Y kuşağı (1980- 2000)	10
2.2.5. Z Kuşağı (2000 ve sonrası).....	10
2.2.6. K Kuşağı, Alfa Kuşağı, Beta Kuşağı	11
2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ve Polifarmasi	11
2.4. Akılcı İlaç Kullanımı	13
2.4.1. Akılcı İlaç Kullanımından Sorumlu Paydaşlar ve Rollerini	15
2.5. Sağlık Algısı.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20

3.3.	Evren ve Örneklem	20
3.4.	Araştırmaya Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri	21
3.5.	Verilerin Toplanması	21
3.5.1.	Veri Toplama Araçları	21
3.5.1.1.	Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek: 2)	22
3.5.1.2.	Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (Ek:3)	22
3.5.1.3.	Sağlık Algısı Ölçeği (Ek: 4).....	22
3.5.2.	Veri Toplama Tekniği.....	23
3.6.	Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	23
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.8.	Araştırmanın Etik İlkeleri	24
4.	BULGULAR.....	25
4.1.	İç Tutarlılık Değerlendirmesi.....	25
4.2.	Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Değişkenlere Yönelik Bulgular.....	25
5.	TARTIŞMA.....	38
5.1.	Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre AİK Durumlarının Değerlendirilmesi.....	38
5.2.	Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SA Durumlarının Değerlendirilmesi.....	40
5.3.	Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Durumu ve Sağlığını Korumaya Yönelik Davranış Özelliklerine Göre AİK Durumlarının Değerlendirilmesi.....	42
5.4.	Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Durumu ve Sağlığını Korumaya Yönelik Davranış Özelliklerine Göre SA Durumlarının Değerlendirilmesi.....	43
5.5.	Araştırmaya Katılan Kişilerin İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Kullanım Alışkanlıklarına Göre AİK Durumlarının Değerlendirilmesi	45
5.6.	Araştırmaya Katılan Kişilerin İlaç Kullanım Durumuna Göre SA Durumlarının Değerlendirilmesi.....	48

5.7. Araştırmaya Katılan Kişilerin Farklı Kuşaklara Mensup Olma Durumları ile Akılcı İlaç Kullanımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	50
5.8. Araştırmaya Katılan Kişilerin Farklı Kuşaklara Mensup Olma Durumları ile Sağlık Algıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	51
5.9. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Algıları ile Akılcı İlaç Kullanımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	57
EKLER	70
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	70
EK 2. TANITICI BİLGİ FORMU	73
EK 3. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ	75
EK 4. SAğLIK ALGISI ÖLÇEĞİ	77
EK 5. ETİK KURUL İZİNİ	78
EK 6. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ.....	79
ÖZGEÇMİŞ.....	81

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- AİK** : Akılcı İlaç Kullanımı
AİKÖ : Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği
AOİK : Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
ASM : Aile Sağlığı Merkezi
BB : Baby Boomers
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
SA : Sağlık Algısı
SAÖ : Sağlık Algısı Ölçeği
TDK : Türk Dil Kurumu
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development
WHO : World Health Organisation

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Akılcı İlaç Kullanımı Paydaşları.....	17
--	----

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kuşakların Kronolojik Sınıflandırılması.....	7
Tablo 2. AİK Teşvik İçin 12 Temel Müdahale Yöntemi (WHO, 2002).....	14
Tablo 3. Katılımcıların AİKÖ, SAÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Tanımlayıcı Değerleri	25
Tablo 4. Kuşakların Yaşlarına Göre Tanıtıcı Özellikleri	26
Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile SAÖ Toplam Puan Ortalamalarının ve AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlığını Korumaya Yönelik Davranış Özellikleri ve SAÖ, AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 7. Katılımcıların İlaç Kullanım Bilgisi ve SAÖ, AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 8. Kuşakların SAÖ, AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Algıları ile Akılcı İlaç Kullanımları Arasındaki İlişkiye Ait Analiz Sonuçları	36

EKLER DİZİNİ

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	70
EK 2. TANITICI BİLGİ FORMU	73
EK 3. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ	75
EK 4. SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ	77
EK 5. ETİK KURUL İZİNİ	78
EK 6. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ	80

ÖZET

FARKLI KUŞAKLARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE SAĞLIK ALGISININ İNCELENMESİ

Şengül B. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2021.

Amaç: Bu araştırma farklı kuşakların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri ve sağlık algılarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma analitik, kesitsel tipte bir araştırmadır. Aydın İl’inde bulunan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’nde Şubat 2020- Ağustos 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Örnekleme %49,9’u Y kuşağı, %29’u X kuşağı, %21,1’i BB kuşağı olmak üzere toplam 407 birey dahil edilmiştir. Veriler, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” ve “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Grupların demografik özelliklerinin derlenmesi ve özetlenmesi için betimleyici analiz, iki ortalamanın hipotez testi için Mann Whitney U testi, Ki kare testi ve 3 farklı gruptaki farklar karşılaştırıldığı için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaşı, medeni hali, eğitim durumu, düzenli egzersiz yapması, sosyal güvence durumu, farklı kuşaklara mensup olması, ilaç kullanımı bilgisine sahip olması akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini etkilemektedir. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, alkol tüketimi, gelir düzeyi, farklı kuşaklara mensup olma durumu, ilaç kullanımı bilgisine sahip olması sağlık algısını etkilemektedir. Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi ve sağlık algısı en yüksek kuşak Y kuşağı olarak bulunmuştur. BB kuşağı en fazla kronik hastalığı olan kuşak iken kronik hastalık oranı en az olan grup Y kuşağı olmuştur. Düzenli kullanılan ilaç sayısının ve polifarmasi varlığının en fazla BB kuşağında, ardından X kuşağında, son olarak da Y kuşağında olduğu görülmektedir. Sağlık algıları ve akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışlarının var olduğu, ilaç kullanımı konusunda bilgilendirmelere önem verilmesi gerektiği, sağlık algısı ile akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin ilişkili olduğu, farklı kuşaklara mensup olmanın bu durumu etkilediği sonuçlarına ulaşılmıştır. **Anahtar kelimeler:** Kuşak, Akılcı İlaç Kullanımı, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı, Sağlık Algısı.

ABSTRACT

RATIONAL DRUG USE IN DIFFERENT GENERATIONS AND EXAMINATION OF HEALTH PERCEPTION

Şengül B. Adnan Menderes University Health Sciences Institute of Elderly Health and Care Program Master Thesis, Aydın, 2021.

Objective: This research was carried out to determine the rational drug use knowledge levels and health perceptions of different generations.

Materials and Methods: This research is an analytical, cross-sectional study. It was held between February 2020 and August 2020 at Aydın Adnan Menderes University Faculty of Dentistry in Aydın Province. A total of 407 individuals were included in the sampling, of which 49.9% were from the Y generation, 29% from the X generation, and 21.1% from the BB generation. Data were collected using the "Descriptive Information Form", "Rational Drug Use Scale" and "Health Perception Scale". Percentage and advanced analysis methods were used in the analysis of the data. Descriptive analysis was used to compile and summarize the demographic characteristics of the groups, Mann Whitney U test and Chi-square test were used for hypothesis testing of two means, and Kruskal Wallis test was used to compare the differences in 3 different groups. In the statistical evaluation, the level of significance was taken as $p < 0.05$.

Results: The participants' age, marital status, educational status, regular exercise, social security status, belonging to different generations, and having knowledge of drug use affect the level of rational drug use knowledge. Age, marital status, education level, presence of chronic disease, regular drug use, alcohol consumption, income level, being from different generations, having knowledge of drug use affect the perception of health. The generation Y was found to have the highest level of knowledge of rational drug use and perception of health. While the BB generation was the generation with the most chronic diseases, the group with the lowest chronic disease rate was the Y generation. It is seen that the number of regularly used drugs and the presence of polypharmacy are mostly in the BB generation, followed by the X generation, and finally in the Y generation. It was determined that there was a statistically significant positive correlation between health perceptions and rational drug use levels.

Conclusion: In this study, it was concluded that AOIK and its behaviors exist, that information about drug use should be given importance, health perception and rational drug use knowledge level are related, and being from different generations affects this situation.

Keywords: Generation, Rational Drug Use, Irrational Drug Use, Health Perception.

1. GİRİŞ

Yaşadıkları zamanın sosyo-kültürel, ekonomik, siyasal olaylarından ve dönemin yaygın değerlerinden etkilenmiş aynı zaman aralığında hayata gelen kişilerden meydana gelen topluluklar kuşak olarak adlandırılmaktadır (Altuntuğ, 2012). Kuşakların farklı çevrelerde, farklı dönemlerde ve farklı şartlar altında yetişmeleri nedeniyle birbirlerinden ayrılan karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Bu sebeple kuşakların, farklı alanlarda ve konularda davranış biçimi, bakış açısı, dünya görüşü ve tüketim eğilimlerinde değişimler meydana geldiğini gözlemlemek mümkündür. Farklı yaş gruplarında olan, döneminin değişen olaylarına maruz kalan bireyleri tanımlarken o kuşağın karakteristik özelliklerini, beklenti ve isteklerini, güçlü ve zayıf yanlarını, çalışma ahlakı ve yaşam biçimlerinin farkında olarak tanımlamak; her bir kuşağa kuşakların özelliklerini dikkate alarak yaklaşmak, kuşaklararası iletişim kurmayı ve kuşaklararası farklılıkları etkin bir şekilde yönetmeyi daha kolay hale getirecektir (Adıgüzel, Batur, & Ekşili, 2014). Orta yaşlı ve yaşlı nesiller; “Geleneksel kuşak ve Baby Boomers Kuşağı” olarak sınıflandırılmaktayken genç nesiller ise “X Kuşağı, Y Kuşağı ve Z Kuşağı” olarak sınıflandırılmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’ nun yayınladığı verilerden yola çıkılarak Türkiye’ de 19-39 yaşlarında olan toplam 27.083.153 kişi yani Y Kuşağı, 40-54 yaşlarında bulunan toplam 15.858.057 kişi yani X Kuşağı, 55-73 yaşlarında bulunan toplam 11.767.968 kişi yani Baby Boomers Kuşağının yaşadığı, Şubat 2019 verilerine göre de Türkiye’de en az sayıda nüfusa sahip olan kuşağın Geleneksel Kuşak olduğu, daha sonraki sırada Baby Boomers Kuşağının geldiği, X ve Y Kuşağı üyelerinin nüfusunun genel nüfus içinde daha fazla olduğu söylenebilir (Türkiye İstatistik kurumu[TÜİK], 2019).

Yurt dışı kaynaklı yapılmış kuşak çalışmalarına bakıldığında; kuşaklar arası çatışma konularının yanı sıra sosyo-demografik özellikler ve sağlıkla ilgili (beden ölçüleri, sağlık algıları, kendiliğinden bildirilen kronik durumlar, sağlık hizmeti kullanımı) özelliklerin, liderlik tarzlarının kıyaslanması gibi konulara yer verildiği; ekonomi, işletme, gerontoloji, psikoloji, sosyoloji, tıp alanında çalışıldığı görülmektedir (Patalano, 2008; Tolbize, 2008; Eletter, Sulieman, & AlNaji, 2017; Murray & Chua, 2014; Tetyana I. & Tetyana, 2016; Drago, 2006; Alwin, 2002; Lotfi, Kabiri, & Ghasemlou, 2013; Pilkington, Taylor, Hugo, & Wittert, 2014; Henchoz, ve diğerleri, 2019; Canizares, Gignac, Hogg-Johnson, Glazier, & Badley, 2016).

Ülkemizde yapılmış kuşak çalışmaları incelendiğinde ise çoğunlukla Ekonomi, İşletme, Psikoloji, Sosyoloji, Eğitim Bilimleri ve Gerontoloji alanında yapıldığı; kuşaklar arası iletişim, çatışma, farklılıklar, kültür aktarımı, değerlerin değişimi ve değişimlerin örgütsel yansımaları, kuşakların iş ve çalışma yöntemleri, istihdamı, stratejik yönetimi ve farklı kuşaklar için pazarlama yöntemleri konularına yoğunlaştığı dikkat çekmektedir (Kılıç, 2018; Aygenoğlu, 2015; Morsümbül, 2014; Topgül, 2015; Göktaş, 2016; Okan & Yalman, 2013; Adıgüzel, Batur, & Ekşili, 2014; Ayhün, 2013; Aka, 2017; Tuğrul, Ertürk, Altınkaynak, & Güneş, 2014). Ancak sağlık durumları, sağlık algısı, sağlık hizmeti kullanımı, ilaç kullanımı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları gibi konularda ve sağlık alanında kuşaklar ile ilgili yapılmış fazla çalışmaya rastlanmamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm ilaçların yarısından fazlasının uygunsuz bir şekilde verilmekte, satılmakta ve reçete edilmekte olduğunu, hastaların yarısının onları doğru bir şekilde kullanmadığını belirtmektedir (WHO, 2002). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2021)'nin paylaştığı verilere göre birçok ülkenin ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisinde önemli bir paya sahip olduğu anlaşılmaktadır. ABD'de ilaçla ilişkili gelişen morbidite ve mortalite kaynaklı tahmini maliyet 30 milyon ile 130 milyar dolar arası değişmekteyken, Arjantin'de, Hane halkı Harcamaları Ulusal Araştırması (1996-1997) verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada, ilaçlara yapılan harcamaların toplam cepten yapılan harcamaların en yüksek oranını (%70' ini) oluşturduğunu ortaya koymuştur. Kenya'da yapılan bir çalışmada, ayakta tedavi hizmetlerinde toplam cepten çıkan ödemelerin %69' unun ilaç harcamalarını temsil eden en büyük paya sahip olduğu bildirilmiştir (Holloway, 2009; Cavagnero, Carrin, Xu, & Rivera, 2006; Xu, James, Carrin, & Muchiri, 2006).

Ülkemizde de durum benzerlik göstermekte, sağlık harcamaları hızla artmaktadır (Akıcı & Ulupınar, 2013). Sağlık harcamalarının önemli bileşenlerinden olan ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının, OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında ülkemizde yüksek olduğu bildirilmektedir (Yardan, Demirkıran, & Kiremit, 2016). TÜİK' in Kasım 2019' da yayınladığı verilere göre, 2018 yılında tedavi, ilaç gibi ihtiyaçlar için hane halkları tarafından cepten yapılan sağlık harcaması %19,4 artarak 28 milyar 655 milyon TL, toplam sağlık harcaması içindeki cari sağlık harcamasının payı, 2017 yılında %93,1 iken 2018 yılında %93,8 olmuştur (TÜİK, 2019). 2018 yılında 2017 yılına göre ilaç satış değerlerinde yerli ilaçların payı artış göstermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2019). Akılcı İlaç Kullanımı uygulamaları artırılarak ilaç harcamaları azaltılabilir (Yardan, Demirkıran, & Kiremit, 2016).

Çoklu ilaç kullanımının ve Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının (AOİK) yaygınlaşması ve beraberinde getirdiği fizyolojik, psikososyal ve ekonomik olumsuzluklar göz önüne alındığında tüm yaş grupları için Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) önemlidir.

Yapılmış birçok çalışma incelendiğinde AOİK' nin küresel ölçekte bir sağlık problemi olduğu dikkat çekmektedir. Reçetesiz ilaç alımının, ters ilaç reaksiyonlarına sebep olabilecek uygun olmayan reçetelemelerin, gereksiz antibiyotik ve enjeksiyon kullanımının olduğu, bununla birlikte hastaların bilgi almaları için yeterli sürenin verilmediği, yanlış ilaç, uygun olmayan dozaj ve uygun olmayan tedavi süresinin yaygın olduğu görülmektedir (Holloway, 2009; Akl, Mahalli, Elkahky, & Salem, 2014; Chareonkul, Khun, & Boonshuyar, 2002; Saha & Hossain, 2017; Xu, ve diğerleri, 2006). AİK kapsamında halkın bilinçlendirilmesi ve AİK' nin yaygınlaştırılması gerektiği, uygun kılavuzlara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Agrawal, ve diğerleri, 2009; Bairami, Soleymani, & Rashidian, 2016).

Ülkemizde farklı illerde yapılmış çalışmalarda da akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygın olduğu ve AİK' ye olan ihtiyacın büyük önem taşıdığı ve farkındalık eğitimlerine gereksinim duyulduğu bulunmuştur (Mollahaliloğlu, Alkan, Özgülcü, Öncül, & Güney, Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı, 2011; Şendir, Çelik, Güzel, & Büyükyılmaz, 2015; Yılmaz, Kırbıyıkoglu, Ariç, & Kurşun, 2014). Yaşlanmayla gelen fizyolojik ve bilişsel fonksiyonlardaki değişiklikler; kronik hastalıklarla birlikte polifarmasinin artması; psikososyal, ekonomik ve çevresel etkenler sebebiyle AOİK yaşlı bireylerde sık görülmektedir (Göksel, 2011; Şendir, Çelik, Güzel, & Büyükyılmaz, 2015).

AOİK' nin yaygınlığı ve beraberinde getirdiği olumsuz durumlar, AİK' ye olan ihtiyaç yaşlılarda olduğu kadar gençlerde de önem taşımaktadır. Ülkemizde gençlerde yapılmış çalışmalar çoğunlukla üniversite öğrencileriyle yapılmış ve sonucunda AİK bilgilerinin yeterli olmadığı ve AİK konusunda bilinçlendirilmeleri gerektiği, AİK' nin eğitim müfredatlarına eklenmesi ve sürekli olması gerektiği, sağlık çalışanlarının da AİK' nin sağlanmasında paydaş oldukları ve halkı bilinçlendirme konusunda sorumlulukları olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pınar, 2017; Aydın & Gelal, 2012; Çelik, Alacadağ, Erduran, Erduran & Berberkayar, 2010).

Bireylerin sağlıklarını geliştirebilmesi ve koruyabilmesi için sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip olmaları gerekir. Bu konuda yapılmış çalışmalar incelendiğinde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını sürdürülebilir bir şekilde kazanmanın ve sağlığı geliştirmenin doğrudan sağlık algısı ile bağlantılı olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Çilingir & Aydın, 2017; Açıksöz, Uzun, & Arslan, 2013). Kendini sağlıklı algılayanların sağlıklarını geliştirici ve koruyucu yönde daha fazla davranış sergiledikleri bildirilmektedir (Ayaz, Tezcan, & Akıncı, 2005). Algılanan sağlık, bireyin kendi sağlığını biyolojik, sosyal ve ruhsal yönden

değerlendirmesidir (Erengin & Dedeoğlu, 1997). Kişinin sağlığıyla ilgili doğru karar verebilmesi ve uygun davranışlarda bulunması sağlık algısı ve sağlık durumu hakkındaki farkındalığıyla ilişkilidir, sürekli ilaç kullanımı ve sağlık problemi algılanan sağlığı etkilemektedir (Önal, ve diğerleri, 2009). Erengin & Dedeoğlu (1997) ve Çapık (2006)' ın belirttiğine göre sağlık algısı; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir, sosyal güvence, medeni durum, yaşanılan yer gibi sosyodemografik özelliklere ve son 1 yılda hastaneye yatmaya bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda yaşla birlikte algılanan sağlığın olumsuz etkilendiği sonucuna da ulaşılmıştır (Erengin & Dedeoğlu, 1997; Çapık, 2006). Artan yaşla birlikte yaşlılığın bir hastalık olarak görülmesi ve yaşla birlikte artan kronik rahatsızlıkların sağlık algısını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Altay, Çavuşoğlu, & Çal, 2016).

Algılanan sağlık düzeyi ve uygun olmayan ilaç kullanımının mortalite ve morbiditeyle ilişkili olması sebebiyle bu değişkenlerin belirlenmesinin doğru sağlık hizmetinin sağlanmasına olumlu katkıda bulunacağı, bu değişkenlerin hospitalizasyon ve hasta olarak geçirilen gün sayısı ile ilişkili olması sebebiyle hastalık ve bakım yükünü azaltacağı düşünülmektedir (Deniz ve ark., 2018; Ertaş & Kıraç, 2019; Ertaş & Kıraç, 2019; Cho, Martin, Margrett, MacDonald, & Poon, 2011; WHO, 2002). Sağlığın geliştirilmesi ve yaşam memnuniyetinin artırılması adına AİK' nin yaygınlaştırılması ve algılanan sağlık durumunun iyileştirilmesi, AİK ve sağlık algısı konusunda araştırmaların yapılması önem taşımaktadır. Farklı kuşakların akılcı ilaç kullanımı davranış değişiklikleri ve sağlık algısı belirlendiği, karşılaştırıldığı takdirde akılcı ilaç kullanımı farkındalığı konusunda iş birliği geliştirilebilir.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırma; Akılcı İlaç Kullanımı ve sağlık algısıyla ilgili konularda farklı kuşakların birlikte alınarak kıyaslandığı herhangi bir araştırmaya rastlanmamasından yola çıkılarak sağlık hizmeti planlayıcı ve sunucularına yol göstereceği düşüncesiyle farklı kuşakların akılcı ilaç kullanımı durumlarını ve sağlık algılarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde ve dünyada sağlık harcamaları, ilaç giderleri, uygun olmayan ilaç kullanımı düzeylerinin giderek artması ve kötü sağlık algısıyla ilişkili olarak meydana gelen fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunlar artan boyutlarda karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle araştırmamızda giderek önem kazanan ilaçların akılcı kullanımı ve sağlık algısı konuları Baby Boomers, X ve Y kuşakları açısından karşılaştırma yapılarak çalışılmıştır. Bu bağlamda farklı yaş gruplarına ait farklı kuşakların nasıl davranış eğilimleri gösterdiği ve mevcut bilgi

düzeylerinin belirlenmesi gerektiği düşünölmekte olup Baby Boomers, X ve Y kuşaklarına ait bireylerin akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ve sağlık algıları üzerindeki kohort etkisi varlığının incelenmesinin uygun sağlık hizmetinin sağlanması, sunumu, bilgilendirme çalışmaları, hizmet ve politika sunumlarına ışık tutacağı ve farklı bir bakış açısı kazandıracığı düşünölmektedir.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımı düzeyi nasıldır?
2. Farklı kuşaklarda sağlık algısı nasıl değişmektedir?
3. Farklı kuşaklarda, akılcı ilaç kullanımı durumu ile sağlık algısı arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kuşak Kavramı

Aynı zaman aralığında doğmuş, yaşadıkları zamanın sosyo-kültürel, ekonomik, siyasal olaylarından ve dönemin yaygın değerlerinden etkilenmiş kişilerden oluşan topluluklar “Kuşak (kohort)” olarak adlandırılmaktadır (Altuntuğ, 2012). Sözlük anlamına bakıldığında ise felsefede; “Yaklaşık olarak aynı yıllarda doğmuş, aynı çağın şartlarını, neticede benzer sıkıntı ve kaderleri paylaşan, benzer ödevlerle yükümlü olan kişilerin oluşturduğu topluluğa” kuşak denilirken toplum biliminde ise “yaklaşık yirmi beş otuz yıllık yaş kümelerini oluşturan bireyler öbeği, göbek, nesil, batın ve jenerasyon” kuşak olarak adlandırılmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2019). Her bir kuşak sınıflandırması, yaklaşık 20-30 yıllık tutumu ve bu nesillerin motivasyonunu aktarmak, tarihi olaylara atıfta bulunmak için kısa bir araç olmakta dolayısıyla pazarlamacılar için olduğu kadar araştırmacılar için de faydalı bir terim olarak görülmektedir. Gruplara ayrılan kuşaklar; zamanla kişinin görüşlerinde meydana gelen değişimleri analiz etmenin ve bu görüşleri biçimlendiren dünya olayları, teknolojik, ekonomik ve sosyal değişimler gibi farklı tecrübelerin yaşam döngüsü ve yaşlanma süreciyle nasıl etkileşime girdiğini anlamının bir yoludur (Dimock, 2019).

2.2. Çoklu Kuşaklar Kuramı ve Kuşakların Sınıflandırılması

Kuşak teorisi, seksen ya da yüz yılda bir nesillerin tekrarlandığını varsayan sosyolojik bir teoridir. Bu teoriye göre, aynı zaman aralığında doğmuş bireyler toplumdaki önemli tarihsel olaylardan ve toplumsal değişikliklerden etkilenerek benzer eğilimlere, davranış biçimlerine, inanç ve değerlere sahiptirler ve belli bir sürenin sonunda her bir kuşak sona ererek yeni karakteristik özelliklere sahip kendine has bir kuşak başlayacaktır (Birinci, 2019).

Çoklu Kuşak Kuramı (Kuşak(lar) Kuramı, Kuşak Gruplamaları Kuramı), ilk olarak Alman sosyolog Karl Mannheim’ın 1928’de yazdığı, 1952 de yeniden yayınlanan “Nesiller Sorunu (On the Problem of Generations)” başlıklı tartışmalı bir makale (essay) yazısıyla öne sürülmüş, nüfus içinde yer alan kohortların, ortak deneyimler etrafında birleştiği iddia edilmiştir. Mannheim’a göre, aynı kültürel deneyimlere ve sosyolojik gelişimlere dayanarak yapılan kronolojik kohortlar ortak bir bakış açısı kazandırmaktadır (Taylor, 2008). Ardından

Inglehart günümüz kuşak sınıflandırmalarını ele almış, “The Silent Revolution” adlı kitabında kuşaklararası değişimlere ve farklarına odaklanmıştır (Ağlargöz, 2017). William Strauss ile Neil Howe da “jenerasyon” kelimesini ilk defa kavramsallaştırmaları ve kuşakların ilk örneklerini yazdıkları kitaplarıyla (Generations: The History of America's Future, 1584 to 2069) bu teorinin ve kuşaklarla ilgili tartışmalı konuların görünürlüğünü ve bu konulara duyulan ilgiyi artırmıştır (Çarıkçı & Kaplan, 2018). Bu sebeple bu kuram kimi araştırmacılar tarafından “Strauss-Howe Kuşak Kuramı” olarak da isimlendirilmektedir (Arslan & Staub, 2015). Toplum içindeki birey nasıl o toplumun üyesiye ve kendine has hayat yolları varsa kuşak gruplarının içindeki bireylerin de benzer toplumsal dinamikleri deneyimledikleri için ortak bir “akran kişiliği (peer personality)” ne sahip oldukları Strauss ve Howe’un temel dayanak noktalarından biridir (Taylor, 2008). Sonuç olarak kuşak gruplamaları bir takım sosyal etkileşimler neticesinde oluşmakta, belli olay ve olgulara dair ortak bir düşünce, dünya görüşü, bilinç ve tecrübe geliştirmektedirler (Gürbüz, 2015). Kuşak kuramı, temsili bir örnekten alınan cevaplar ile nüfusun geneli hakkında bir çıkarımda bulunmaya yardımcı olması nedeniyle önem arz etmektedir (Birinci, 2019).

Kuşakların sınıflandırılması farklı kaynaklara göre değişkenlik göstermekle birlikte literatür taraması sonucu ulaşılan kuşak sınıflandırmaları Tablo 1’ de özetlenmiştir.

Tablo 1. Kuşakların Kronolojik Sınıflandırılması

Kuşaklar Araştırmacı	Sessiz Kuşak	Baby Boomers Kuşağı	X Kuşağı	Y Kuşağı	Z Kuşağı	K Kuşağı	Alfa Kuşağı	Beta Kuşağı
(Adıgüzel, Batur, & Ekşili, 2014)	1925- 1945	1946- 1964	1965- 1979	1980- 2001	2000- 2020			
(Ağlargöz O. , 2017)	1925- 1942	1943- 1960	1961- 1981	1982- 1989	1990- 1999			
(Arslan & Nur, 2018)	1925- 1945	1946- 1964	1965- 1980	1981- 1999	2000 ve sonrası	1995- 2002		
(Birinci, 2019)	1925- 1945	1946- 1964	1965- 1979	1980- 1999	2000 ve sonrası			

(Howe& Strauss, 2000)	1925-1943	1943-1960	1961-1981	1982-2000				
(İnce, 2018)	1945 ve öncesi	1946-1960	1961-1979	1980-1995	1996-2014		2015-2024	2025 ve sonrası
(Lancaster Stillman, 2002)	1900-1945	1946-1964	1965-1980	1981-1999				
(McCrindle , 2017)	1945 ve öncesi	1946-1964	1965-1979	1980-1994	1995-2009		2010-2024	2025 ve sonrası
(Özel Ç. H., 2017)	1925-1945	1946-1964	1965-1979	1980-1999	2000 ve sonrası	1995-2002	2010 ve sonrası	

Araştırmamız kapsamında kuşakların yaş aralıkları şu şekilde kabul edilmiştir: Geleneksel (Sessiz) Kuşak 1925 ve 1945 yılları arasında doğmuş şu an (2019 yılında) 74- 94 yaşlarında olan; Baby Boomer Kuşağı (Bebek Patlaması) 1946 ve 1964 yılları arasında doğmuş 55-73 yaşlarında bulunan; X Kuşağı 1965 ve 1979 yılları arasında doğmuş 40-54 yaşlarında bulunan (Adıgüzel, Batur, & Ekşili, 2014), Y kuşağı ise 1980 ve 2000 yılları arasında doğmuş, 19-39 yaşlarında olan; Z Kuşağı ise 2000 yılı sonrası doğmuş 20 yaşından küçük bireylerden oluşmaktadır (Salahuddin, 2010; Miller ve Washington 2011 akt; Yüksekbilgili, 2015; SHRM, 2007 akt; Patalano, 2008; Zemke, Raines, & Filipczak, 2000).

2.2.1. Geleneksel Kuşak (1925- 1945)

Gelenekseller, aynı zamanda “Sessiz Kuşak, Klasik Kuşak, Gelenekselciler, Yapıcılar, İnşacılar, Ekonomik Kriz Kuşağı (The Depression Generation), Swing Kuşağı” ve “Veteranlar (gazi, emektar, tecrübeli)”, I., II. Dünya Savaşı, Kurtuluş Savaşı’nı gördükleri için “Savaş Kuşağı” (Arslan & Nur, 2018; İnce, 2018; Ağlargöz, 2017) olarak da adlandırılmaktadır (Kraus, 2017). II. Dünya Savaşı’ndan sonra gerçekleşen 17 milyon doğumu temsil ederler (Beutell, 2013). Sadık kişilik özelliğine sahip olmalarıyla bilinen Geleneksellerin kariyer hedeflerinde bir miras inşa ederek onu gelecek nesillere bırakmak yer alırken iyi yaptıkları bir işle memnuniyet duyup ödül olarak bununla yetinebilir ve iş değiştirme fikrini bir damgalama olarak görmeleri sebebiyle kendinden sonraki kuşaklara da “Ben zor yoldan öğrendim, sen de

bu yolla yapabilirsin.” şeklinde yaklaşırlar (Lancaster & Stillman, 2002 aktaran Freeman, Trower, Tan, & Terkla, 2009). Güçlü iş ahlakına sahip yaşlı kuşaklar, terfi arama eğilimi göstermezler, güvenilir ve sadık olmaları sebebiyle kalıcıdırlar (Taylor, 2008). Ekonomik buhranı deneyimledikleri için finansal güvenliğini sağlamak, aile değerlerine ve ülkesinin çıkarlarına sahip çıkmak bu kuşak için önceliklidir. Sessiz kuşağın üyeleri yaşlı nüfusu oluşturduğu için onlara yönelik yapılacak pazarlama stratejilerinde ana tema aktif yaşam olarak kullanılabilir (Ağlargoç, 2017).

2.2.2. Baby Boomers (Bebek Patlaması) Kuşağı (1946- 1964)

Baby Boomers Kuşağına adını veren Baby Boomer terimi ilk defa 1970’de Washington Post’da yayınlanmıştır (Comeau & Tung, 2013). Bu terim dilimizde “Bebek Patlaması Kuşağı” olarak kullanılırken, bu kuşak “Sandviç Kuşak, Woodstock Kuşağı, Aşk Kuşağı (Love Generation), Ben Kuşağı (Me Generation)” olarak da adlandırılmaktadır ve 68 kuşağını oluşturan nesildir. Bireyselliği ve kendini ifade etmeyi önemseyen, iyimser ve rekabetçi kişilik yapısına sahip olan Baby Boomers Kuşağı için unvan, para, takdir edilme ödül olarak görülmektedir (Lancaster & Stillman, 2002 akt; Freeman, Trower, Tan, & Terkla, 2009).

Radyonun yükselişte olduğu, geniş aile yapısı, çok partili döneme geçiş ve insan hakları hareketleri gibi olaylara şahitlik eden bu kuşak, savaş sonrası kendini toparlamaya giren dünya ekonomisinde çalıştığı için var olan işlerine sorgusuz, sıkı sıkıya sarılmakta, çalışmak için yaşamaktadır (İnce, 2018).

2.2.3. X Kuşağı (1965- 1979)

X kuşağı, “Baby Busters, 13. Kuşak (13th Generation), kayıp kuşak” olarak da adlandırılmaktadır (Comeau & Tung, 2013). Coupland (1991)’a göre, X Kuşağının Baby Boomers Kuşağı tarafından gölgede bırakılması dolayısıyla “X” adı kuşağın isimsizliğine atıfta bulunmaktadır (Beutell, 2013). Teknolojiyle sonradan tanışıp ona uyum sağlayabilen, bilgisayarın devrimiyle birlikte büyüyen bir kuşaktır (Dimock, 2019). Şüpheli kişilik yapısına sahip olan ve iş değişikliğini gereklilik olarak görebilen X Kuşağı için özgürlük ödül olarak kabul edilmekte, Baby Boomers Kuşağının aksine yaşamak için çalışmaktadır ve kadın işgücünün ekonomiye katılımı X Kuşağıyla birlikte artmıştır (Lancaster & Stillman, 2002 akt; Freeman, Trower, Tan, & Terkla, 2009; İnce, 2018).

Özgürlüğüne ve yaşam standartlarının daha yüksek olmasına değer veren X Kuşağı, daha iyi yaşam koşulları için daha az çocuk yapma eğilimindedir dolayısıyla geniş aile yapısı yerini çekirdek aileye bırakmıştır (İnce, 2018).

2.2.4. Y kuşağı (1980- 2000)

Y kuşağı, çeşitli kaynaklarda “Milenyum Kuşağı (Millennium Generation), Millennials, İnternet Kuşağı, Dijital Kuşak, Generation Why (Patalano, 2008), EchoBoomers (Eko Patlaması), Nexters (Bir Sonrakiler) (Capoor& Solomon, 2011 akt; Yüksekbilgili, 2015)” olarak adlandırılmaktadır. Y kuşağı adını sürekli sorgulamasından yani “Why?” dan almaktadır. Kendine güveni ve özgürlüğüne düşkünlüğü ile bilinen, teknolojiyle büyüyen dolayısıyla işlerinin ve insanlarla iletişimin büyük kısmını dijital ortamlarda gerçekleştiren, çoğunlukla sanal dünyada sosyalleşen bir kuşaktır.

Uluslararası seyahatlere diğer kuşaklara göre daha fazla ilgi duyması ve iş hayatı ile iş dışındaki hayat dengesi, hızlı kariyer gelişimi arzusu ile bilinmektedir (Zemke, Raines, & Filipczak, 2000 akt; Beutell, 2013). Yaşı nedeniyle çoğunlukla iş hayatına yeni atıldıkları ya da orta seviye yönetici oldukları bilinmektedir (İnce, 2018). Anlam taşıyan işler Y Kuşağı için bir ödül olarak görülmekteyken “iş her şey demek değildir ve diğer faaliyetlerimi de denge içinde yürütebilmem için esnekliğe ihtiyaç duyarım” bakış açısına sahiptir bu nedenle iş değiştirmek günlük rutinlerindedir (Lancaster & Stillman, 2002 akt; Freeman, Trower, Tan, & Terkla, 2009).

2.2.5. Z Kuşağı (2000 ve sonrası)

Adını XYZ formülünden alan Z Kuşağı, aynı anda birden fazla işi yapabileceği için (Multitasking) “M Kuşağı” olarak adlandırılırken, “Post Millenials, Kurucular (Founders), iKuşağı (The iGeneration), Mobil Nesil ve Kristal Nesil” gibi isimlerle de anılmaktadır (Kraus, 2017; Latif & Serbest, 2014; Ağlargöz, 2017). Aynı anda çok fazla uyarana maruz kalan dolayısıyla tek bir alana odaklanmakta zorlanan bu nesil birden fazla işi tek bir zaman diliminde yapmaya çalışmakta dolayısıyla diğer nesiller tarafından saygısız bir nesil olarak görülebilmektedir (İnce, 2018). Diğer nesillerin hayatlarının belirli bir döneminde teknolojik yeniliklerle buluşmasına karşın Z kuşağı, diğer kuşaklardan farklı olarak bu yeniliklerin içine doğmuş ve bu gelişmeler başından beri hayatlarının bir parçası olmuştur (Dimock, 2019).

Bu nesil yaşının küçük olması nedeniyle henüz iş hayatına atılmamıştır ve genellikle üşengeç bir kişilik özelliğine sahip olarak bilinmektedir. Teknolojiyle iç içe bir yaşam tarzına sahip olmaları nedeniyle Y kuşağı gibi sanal mecralarda sosyalleşmektedir.

2.2.6. K Kuşağı, Alfa Kuşağı, Beta Kuşağı

Adını “Açlık Oyunları” film serisinin baş karakteri Katniss Everdeen’den alan K Kuşağı, 1995- 2002 yılları arasında doğan nesli tanımlamaktadır. Z kuşağından sonra gelen nesil olarak tanımlanan K Kuşağı, etrafında ve dünyada var olan gelişmelerden her an haberdar olabilecek bir teknoloji içinde yer almaktadır. Bu kuşağın bireyleri gerçekçi ve karamsarlığa kadar varan karakter özelliğine sahip bir nesil olarak yetişmektedirler (Özel Ç. H., 2017).

2010 ve sonrası doğan nesil Alfa Kuşağı (Google Çocukları), 2025 ve sonrası doğacak olan nesil ise Beta Kuşağı olarak adlandırılmaktadır (McC Crindle , 2017). Alfa ve Beta kuşakları adını Yunan Alfabesinin ilk harflerinden almaktadır. Yaşlarının çok küçük olması nedeniyle Alfa Kuşağı hakkında, henüz doğmamış olmaları nedeniyle de Beta Kuşağı hakkında yeterli bilgi yoktur ancak yüksek teknolojinin içine doğmaları nedeniyle diğer kuşaklara göre fiziksel teması olabilecek en az seviyede tutmaları, yüz yüze iletişim kurmaktan ve sosyalleşmekten hoşlanmayacakları düşünülmekte ve bu sebeple daha yalnız bireyler olmaları beklenmektedir.

2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ve Polifarmasi

Hastalık tanısı koyabilmek, hastalığı önlemek, tedavi etmek ya da fizyolojik fonksiyonu düzenlemek, düzeltmek, değiştirmek maksadıyla insanlara veya hayvanlara uygulanabilen doğal veya sentetik kaynaklı etkin madde/ maddeler birleşimi “ilaç” olarak tanımlanmaktadır (“Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik”, 2014). DSÖ’ye göre, sağlık ve sağlık hizmetlerinin birçok alanında önemli rol alarak temel ilaçlara erişimi de içeren sağlık hizmetlerine ulaşım temel insanlık haklarından biridir (DSÖ, t.y.). İlaçlara erişim ve ilaç kullanımı temel insanlık hakkı olmakla beraber ilaçların her zaman rasyonel kullanılmadığını, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının ülkemizde ve dünyada yaygın olarak karşımıza çıkan bir halk sağlığı problemi olduğunu söylemek mümkündür.

Aşırı ve gereksiz ilaç kullanımı; klinik rehberlere uygun olmayan tedavi seçilmesi; uygun olmayan ilaçların piyasaya çıkarılması; ilaçların kullanımı esnasında uygulama şekline, dozuna ve süresine uyulmaması; bakteriyel olmayan enfeksiyonlar için uygun olmayan

dozlarda antibiyotik kullanılması; antibiyotiklerin, enjeksiyonların ve vitaminlerin kullanımına gerek olmayan durumlarda kullanılması; uygun olmayan bireysel tedavilerin uygulanması; bitkisel ürünlerin ve gıda takviyelerinin bilinçsiz kullanımı; ilaç-ilaç etkileşimi ve ilaç-besin etkileşimlerinin göz ardı edilmesi durumlarının hepsi Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı olarak adlandırılmaktadır (World Health Organization, 2002).

Uygunsuz ve fazla doz ilaç kullanmak çoğunlukla hastaların kendi cebinden karşılanmaktadır ve kaynakların boşa kullanılması, advers ilaç reaksiyonları, antibiyotik direncinin gelişmesi, ilaçların etkililiğinin azalması, hastalıkların tekrarlama riskini artırması, morbidite ve mortaliteyi artırması, hospitalizasyona sebep olması, hastalık ve bakım yükünün artması açısından AOİK hastanın zararına sonuçlanmaktadır (World Health Organization, 2002).

İlaç kullanımıyla ilişkili bir diğer halk sağlığı problemi olan Polifarmasi ise çoğunlukla “çoklu ilaç kullanımı” olarak adlandırılmaktadır ancak terimin kabul edilmiş tek bir tanımı bulunmamaktadır. Polifarmasi, birden fazla ilacın aynı anda kullanılması veya tedavide en az bir gereksiz ilacın bulunması ya da 4/ 5 adetten fazla ilacın kullanılması şeklinde tanımlanabilmektedir. Polifarmasi, bulaşıcı olmayan hastalıklar grubunda yer alan, geriatric yaş grubunda hastalık yükünü artıran sık görülen sağlık sorunlarından bir tanesidir (Kutsal, 2013).

“Hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya ve eski ilacı kesip yeni ilaca başlamaya eğilimli olmaları, hastaların fazla sayıda ilaç beklentilerinin olması, ilerleyen yaşlarda tanıdan ziyade semptomaya yönelik olarak ilaç kullanılması, hastanın veya doktorun tercihi olarak kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması, satılan reçetesiz ilacın fazla olması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimlerinin olması polifarmasiye zemin hazırlayan etmenlerdir (Kutsal, 2006).” Çoklu ilaç kullanımına zemin hazırlayan faktörler aynı zamanda Akılcı Olmayan İlaç kullanımı için de risk teşkil etmektedir. Bazı kaynaklarda polifarmasi de AOİK şekillerinden biri olarak geçmekteyken (Çakmak, 2018) bazı kaynaklarda ise polifarmasinin her zaman kötü olarak görülmemesi, gerekliyse ve hastaya iyi gelecekse aynı anda birden fazla ilaç kullanımından kaçınmamak gerektiği söylenmektedir (Göksel, 2011).

Polifarmasi; düşmeler, advers ilaç reaksiyonları, potansiyel uygun olmayan reçete yazımıyla hospitalizasyon, finansal yük ve ölümlerle ilişkilidir (Fried, ve diğerleri, 2015; Voisine , ve diğerleri, 2016; Cooper, ve diğerleri, 2015). Özellikle de ilerleyen yaşla birlikte görülme sıklığının artması, giderek yaygınlaşması, iyatrojenik etkileri ve beraberinde getirdiği fizyolojik, psikososyal ve ekonomik olumsuzluklar sebebiyle tüm yaş grupları için AOİK ve

Polifarmasinin yönetilmesi ve bu bağlamda “Akılcı İlaç Kullanımı” stratejilerinin bilinmesi, uygulanması önemlidir.

2.4. Akılcı İlaç Kullanımı

İlaçlara erişimin temel insanlık hakkı olmasına karşın, dünya genelinde ilaçların akılcı olmayan kullanımı ve polifarmasinin giderek yaygınlaşmasının beraberinde getirdiği hastalık yükü ve finansal yük sorunu zamanla ilaçların akılcı kullanımına ihtiyacı ve Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) kavramını doğurmuştur. DSÖ, 1985’ te Nairobi’ de yapılan “Akılcı İlaç Kullanımı Uzmanları Konferansı” sonucunda yayınlanan raporda Akılcı İlaç Kullanımını şöyle tanımlamıştır: “Akılcı İlaç Kullanımı; hastaların kendi ihtiyaçlarını karşılayan dozlarda, yeterli sürede ve hem kendisi hem de toplum için en düşük maliyet ile klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları almasıdır” (WHO, 1985). AİK’ nin sağlanabilmesi için dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- “İlk önce güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınarak hekimin hastaya doğru teşhisi koyması, tedavinin tanımlanması (ilaçlı/ ilaçsız, etkili, güvenilir) gerekmektedir. Tedavide ilaç kullanılacaksa, doğru ilaç, doğru doz, doğru uygulama süresi, doğru reçete belirlenmelidir.
- Hastanın kullandığı ilaçlar, alerjik durumları sorgulanmalı ve bu bilgiler hasta tarafından da bildirilmelidir.
- İlaçların kullanımı (nasıl, sıklığı, dozu, süresi, saklama koşulları) hastaya tam olarak aktarılmalı, hasta ve hasta yakınları da anlatılanlar doğrultusunda eksiksiz uygulamalıdır.
- İlacın gelişebilecek yan etkileri, ilaç ya da besin ile etkileşimleri konusunda hasta ve hasta yakını bilgilendirilmeli, hasta ve hasta yakını tarafından da sorgulanmalıdır.
- Uygunsuz şartlarda saklanan ilaçların kimyasal yapısının bozulabileceği (etkisini kaybedebileceği), advers etkilere ve zehirlenmelere yol açabileceği unutulmamalı ve ilaçlar kullanma talimatına uygun muhafaza edilmelidir.
- Buzdolabında saklanması gereken ilaçlar kesinlikle buzlukta saklanmamalı ve dondurulmamalıdır.
- Kronik hastalığı, karaciğer ve böbrek yetmezliği, ilaç alerjisi öyküsü olanlarda, çocuklar, yaşlılar, hamileler ve emzirenlerde ilaç kullanılırken daha fazla dikkat edilmelidir.
- Hekim veya eczacı önermediği halde ilaç; suda çözülerek, kırılarak, çiğnenerek veya bölünerek kullanılmamalıdır. Her ilacın buna uygun üretilmediği unutulmamalıdır.

- İlaçlar; çocukların göremeyeceği ve ulaşamayacağı ortamlarda, nem ve ışıktan etkilenmesini önleyecek şekilde kendi ambalajında saklanmalıdır.
- İlaç, doktorun tavsiye ettiği süre zarfında kullanılmalı, yarım bırakılmamalı, doktora danışmadan doz değişikliği yapılmamalıdır.
- Dozun atlanmamasına ve ilacın doktor tarafından söylendiği gibi alınmasına itina edilmelidir.
- İlaç dışındaki tedaviye yönelik diğer maddeleri (bitkisel ürünler, gıda takviyeleri gibi) bilinçsiz kullanmaktan kaçınmak gerekmektedir.
- Son tüketim tarihi geçmiş ve ambalajında bozulmalar (açılma, kesilme gibi) olan ilaçların satın alınmamasına ve kullanılmamasına çok dikkat edilmesi gerekmektedir (TİTCK, t.y.).”

DSÖ’ nün, daha akılcı kullanımı teşvik etmek için savunduğu temel müdahale yöntemleri Tablo 2’ de açıklanmıştır:

Tablo 2. AİK Teşvik İçin 12 Temel Müdahale Yöntemi (WHO, 2002)

1) İlaç kullanımına ilişkin politikaları koordine etmek için çok disiplinli bir ulusal organın oluşturulması
2) Klinik rehberlerin kullanımı
3) Ulusal temel ilaç listesinin geliştirilmesi ve kullanılması
4) İlçelerde ve hastanelerde ilaç ve terapötik komitelerin kurulması
5) Lisans müfredatlarında probleme dayalı farmakoterapi eğitimine katılım
6) Bir lisans şartı olarak hizmet içi tıp eğitimine devam edilmesi
7) Gözetim, denetim ve geri bildirim
8) İlaçlar hakkında bağımsız bilgi kullanımı
9) İlaçlar hakkında halk eğitimi
10)Kötü finansal teşviklerin önlenmesi
11)Uygun ve mecburi düzenlemelerin kullanımı
12) İlaç ve personelin mevcudiyetini sağlamak için yeterli hükümet harcaması

AİK için ilaç yükü endeksi, START kılavuzu, STOOP kılavuzu, Beer's kriterleri, IPET (Kanada Kılavuzu), Priscus listesi, ilaç uygunluk endeksi, antikolinerjik risk skalası, reçete optimizasyon yöntemi uygulamaları önerilmektedir (Ayrancı, 2016).

2.4.1. Akılcı İlaç Kullanımından Sorumlu Paydaşlar ve Roller

Akılcı İlaç Kullanımından sorumlu paydaşlar; “İlacı uygun şartlarda sağlayan ve danışmanlığını yapan eczacı, ilacı uygulayan hemşire, diğer sağlık personeli, hasta/hasta yakını, ilaç sektörü, düzenleyici otorite, meslek örgütleri, medya, akademidir (TİTCK, t.y).” AİK' nin sağlanabilmesi adına tüm tarafların bu konuda yeterli bilgi düzeyi ve bilinç içerisinde olmaları gerekmektedir. Buna göre AİK' den sorumlu tarafların görevleri şunlardır:

Akılcı İlaç Kullanımının yaygınlaştırılması adına hekimler, gerekli muayene ve tetkikler sonucunda ulaştıkları doğru teşhisin ardından doğru tedaviyi planlamalı ve bu süreçte hasta ve hasta yakınlarını; hastanın hastalığı, tedavi yöntemleri, doğru ilacın seçilmesi, ilacın farmakolojik özellikleriyle birlikte olası yan etkileri, fayda ve zarar hesabı, ilacın doğru kullanımı ve kullanım süresi, uygun doz, maliyet ve süreç konusunda bilgilendirmelidir. Bununla beraber hekimler ilaç seçerken geçerli ilaç yazım ilkelerine riayet etmeli, hastaya ilaç tedavisi başlanırken hastanın fizyolojik özellikleri, hastadan alınan geri bildirimler ve ilaca erişilebilirlik de göz önünde bulundurularak ilaç seçimi yapılmalı, advers ilaç reaksiyonlarının gelişip gelişmediği gözlenerek hasta takip edilmelidir (Özel & Büyüktanır, 2011). Hastaya yeterli zaman ayrılarak, gerekli bilgilendirmelerin yapılması, hastanın bilgilendirmeleri anladığından emin olunması, iyi bir hasta-hekim ilişkisinin kurulması da hastanın ilaç tedavisine uyumunu artırarak ilaçların akılcı bir şekilde kullanılmasına katkıda bulunacaktır (Akıcı & Kalaça, 2013).

Akılcı ilaç kullanımından sorumlu taraflardan birisi de hemşirelerdir. Klinikte hastaya ilacı uygulayarak, hastada yarattığı etki ve yan etkiyi ilk gözlemleyen ve yaşanan olumsuz durumlarda hastayı değerlendiren ve hekimi bu konuda bilgilendiren sağlık çalışanlarından birisi olması sebebiyle hemşirelerin de AİK ve AİK' nin uygulanmasında rol alması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Hemşireler doğru zamanda, doğru ilacı, uygun dozda, doğru kişiye, uygun yoldan uygulayabilmek için kullanılan ilaçların etkisini, yan etkisini, uygulanış biçimini ve diğer ilaçlarla etkileşimini değerlendirmeli, ilaçlar hakkında bilgili olmalıdır (Şahingöz, 2012).

Toklu ve Dülger (2011)' in belirttiğine göre, eczacı ilaç sunumunun doğru yapılması, ilacın güvenilir ve uygun kullanılması, AİK' nin teşviki ve hastanın eğitiminden sorumludur.

Akılı İlaç Kullanımında eczacının ilaç sağlamak, ilaç dağıtımını, ilaç önerme, ilaç izleme/ hasta takibi, hekimle iş birliği, hasta uyuncunun sağlanması, hasta eğitimi (İlaçlarla, kullanım talimatlarıyla, yan etkiler, uyarılar ve doğrulama ile ilgili), toplumdaki genel ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi gibi temel görevleri vardır (Toklu & Dülger, 2011). Eczacı ilaçların doğru kullanımının hasta tarafından doğru anlaşıldığından emin olmalı, ilaçların saklanma koşulları, atık ilaçlara ne yapılması gerektiği konusunda hastayı bilgilendirmeli, gerekli gördüğü durumlarda hastanın hekimi ile iletişime geçmelidir.

AİK' nin yaygınlaştırılması, bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması kapsamında halkı AİK konusunda bilinçlendirmek de tüm sağlık çalışanlarının görevlerinden birisidir bunun dışında hastanede çalışan sağlık personellerinin AİK' nin önemini kavraması, AİK ile ilgili yürütülmesi planlanan faaliyetlere destekte bulunması, hastaların ve yakınlarının bilgilendirilmesi, farkındalıklarının artırılması için planlamalar yapılması, hasta ve yakınlarına planlanan tedavinin ve kullanılacak ilaçların amacı ve olası etkilerine dair bilgilendirmeler yapılması, dikkat edilmesi gereken noktaların anlatılması, atık ilaçların uzaklaştırılması sağlık çalışanlarının diğer görevlerindedir (TİTCK, 2011).

Akılı İlaç Kullanımından sorumlu taraflar arasında hasta ve hasta yakınları da yer almaktadır. AİK' nin uygulanabilmesi için hasta ve hasta yakınları, ilaç tedavisine başlamadan önce hastanın sağlık durumu ve kullandığı diğer ilaçların bilgisini sağlık çalışanları ile paylaşmakla yükümlüdür. Hekim ilaç dışı tedavi öneriyorsa hasta ve hasta yakınlarının ilaçta ısrarcı olmaması, öncelikle hekiminin uygun gördüğü ilaç dışı tedavi yöntemlerine uyması, ilaç ya da ilaç dışı ürünlerin kullanımına tek başına veya sağlık çalışanı olmayan kişilerin önerisiyle karar vermemesi ve kimseye ilaç/ ilaç dışı ürün önerisinde bulunmamaları gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınları ilaçların kullanımında sağlık çalışanlarının verdiği yönlendirme, bilgi ve kullanma talimatlarına tam bir uyum sağlamalı; ilacı belirtilen şekilde, uygun doz ve sürede kullanmaya özen göstermeli, eczane dışında herhangi bir yerden güvensiz ve kontrolsüz ilaç, tıbbi ürün ya da ilaç dışı ürün satın almamalı; bitkisel ürün ya da gıda takviyelerinin ilaç yerine kullanılamayacağına bilincinde olunmalıdır. Hasta ve hasta yakınları ilaç tedavisinden mucizevi sonuçlar beklememeli, ilaç israfından kaçınmalı, tedaviye bağlı olduğu düşünülen herhangi bir sorunla karşılaşıldığında bu durumdan hekim doğru bir şekilde bilgilendirilmelidir. Tüm bu ilkelere uymak hasta ve hasta yakınlarının hem kendisi hem de toplum için uyması gereken sorumluluklardır (Akıcı & Kalaça, 2013; Özel & Büyüktanır, 2011).

Akılı İlaç Kullanımı konusunda rolü olan taraflar arasında Tıbbi ürünlerin tanıtımı ve pazarlanmasından sorumlu temsilciler ile ilaç firmaları da yer almaktadır. Buna göre bu

temsilciler özellikle gerekli olmayan ve pahalı ilaçların reçete edilmesini özendirmeye çalışmamalı, tanıtım ve pazarlama etkinliklerini hekimlerin tedavi protokollerine uygun yürütmeli, bu faaliyetler sırasında olası advers etkiler nedeniyle farmakovijilans çalışmalarına da önem vermelidirler (Ercan & Top, 2016). Kocaeli Derince Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu'nda AİK konusunda ilaç firmalarına yönelik tespit edilen öneriler arasında: hekimlere yapılan ilaç tanıtımları çalışma ortamlarında değil bakanlık tarafından belirlenen tarih ve portallarda yapılmalı (haber ve duyuruların yer aldığı, toplantıların düzenlenebildiği portallarda, interaktif eğitim, sms ve e-posta yollarıyla bilgilendirilmeli); kongrelere ilaç firmalarının sponsor olmasının önüne geçilmesi; ilaç kutularında son tüketim tarihi, saklanma şartları gibi önemli bilgilerin renkli ve daha dikkat çekici hazırlanması; ruhsat verilecek ilaç şirketleri konusunda daha dikkatli olunması ve promosyonların önüne geçilmesi gerektiği” yer almaktadır (Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2013). Firmalar tarafından, ilaç sektöründe yer alan yetkililer ve ürün tanıtım temsilcilerine sağlık otoritelerinin onayladığı şekillerde bilimsel, nesnel medikal eğitim verilmeli; ilaç sektöründe yer alan kişilerin otoritelerin belirlediği yasalara ve ilkelere dikkat ederek etik değerler konusunda üzerine düşeni yapmaları ve öncelikli olarak toplumun faydalanımını göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Ercan & Top, 2016).

Akılcı ilaç kullanımının uygulanabilmesi ve yaygınlaştırılabilmesi adına akademiye, meslek örgütlerine ve medyaya da son derece önemli görevler düşmektedir. Bu paydaşlar:

Şekil 1. Akılcı İlaç Kullanımı Paydaşları



ilaçların üretim sürecinden başlayarak piyasaya sunulması, reçetelendirilmesi, satışı ve kullanımını safhalarından; Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı, Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanımı konularında halkın bilinçlendirilmesinden; Akılcı İlaç Kullanımından sorumlu tarafların ve toplumun eğitiminden sorumludurlar.

2.5. Sağlık Algısı

Sağlık, DSÖ tarafından 1946 yılında “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır ve sağlık, evrensel bir ihtiyaç olmakla birlikte evrensel bir hakır (WHO, 1946). Bu tanıma ek olarak TDK’de “afiyet, esenlik, vücut esenliği, sıhhat” olarak da tanımlanmaktadır (TDK, t.y.). Fiziki çevre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlığa ilişkin bilgi, algı, tutum ve davranışlar, biyolojik miras, sosyal çevre ve kültür sağlığı etkileyen faktörlerdir. Birden fazla parametreden etkilenecek değişiklik göstermesi sebebiyle sağlık; objektif sağlık ve subjektif sağlık olarak ele alınmaktadır. Objektif sağlık, uzmanlar tarafından yapılan testler, taramalar ve muayene neticesinde hastalık durumunun saptanmamasıdır. Subjektif sağlık, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan durumunu nasıl algıladığıyla ilgilidir yani herhangi bir hastalık durumu olmamasına rağmen kişi subjektif sağlığını kötü olarak algılayabilirken, objektif sağlığı iyi olmayan bireyin subjektif sağlığı iyi olabilir. Bireylerin sağlıklı kabul edilebilmesi için hem objektif sağlığının yerinde olması hem de subjektif olarak sağlığını iyi olarak algılaması gerekmektedir (Belek, 1998 akt; Çapık, 2006).

Bir subjektif ölçüm aracı olarak bireylerin sağlığın farklı boyutlarını ele alarak kendi sağlıklarını değerlendirmesine olanak sağlayan “algılanan sağlık” diğer bir ifadeyle “sağlık algısı” karşımıza çıkmaktadır. Algılanan sağlık bireyin kendi sağlığını biyolojik, sosyal ve ruhsal yönden değerlendirmesidir (Erengin & Dedeoğlu, 1997).

Algılanan sağlık, ölçülmesinin kolay olmasıyla birlikte belirleyiciliği güçlü olan bir göstergedir ve depresyon, mutsuzluk, sosyal izolasyon, yaşam doyumu, yaşam kalitesi, sosyoekonomik durum, algılanan stres ve yakın zamanlı sağlık durumu ile bağlantılıdır (Erengin & Dedeoğlu, 1997; Goodman, 2014; Solar & Irwin, 2010). Sağlık algısının ölçümü için farklı versiyonları yer alan ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bu ölçüm araçlarından bir tanesi DSÖ’ nün çok kullanılan 5 kategorili (2 olumlu, 1 nötr, 2 olumsuz) versiyonudur ve buna göre kişiler sağlık durumlarını 1 ve 5 aralığında yani “1=çok iyi” den “5=çok kötü” ye doğru olan seçeneklerden (1=very good, 2=good, 3=fair, 4=bad, 5=very bad) birini seçerler. Bu ölçüm aracının bir diğeri olan ABD versiyonu (US version) ise “1=mükemmel, 2=çok iyi, 3=iyi,

4=orta ve 5=kötü/zayıf” kategorilerinden (1=excellent, 2= very good, 3=good, 4= fair, 5=poor) oluşmaktadır (Jürges, Avendano, & Mackenbach, 2008). Bir başka çalışmada yer alan kendi kendine bildirilen sağlık durumu ölçümünde ise iki kategori (1=kötü sağlık (poor health), 0=aksi takdirde (otherwise)) yer almaktadır (Okamoto, Okamura, & Komamura, 2018). Sağlık algısının ölçümü için bu tek soruluk kısa tarama testlerinin dışında ölçekler de kullanılmaktadır.

Kişinin sağlığını ve sağlık davranışlarını algılayış şekli, inançlar ve tutumlar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği için sağlık algısının ölçülmesi önemlidir (Tuğut & Bekar, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma analitik, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Aydın İl'inin Efeler İlçesi'nde bulunan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde Şubat 2020- Ağustos 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne muayene için başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak, "407" kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesi için bir önceki yıl (2018 yılı) fakülteye başvuran hasta sayısı verilerine ulaşılmıştır. Bu verilere göre 2018 yılında 19- 39 yaş arası 15.512 hasta, 40- 54 yaş arası 8.494 hasta, 55- 73 yaş arası 7.094 hasta olmak üzere toplam 31.100 hasta Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvurmuştur. Bir önceki yılın hasta sayısı evren kabul edilmiş olup evreni bilinen örneklem hesabı formülü kullanılarak örnekleme alınacak birey sayısı belirlenmiş, tabakalı örnekleme yöntemi ile hangi yaş aralığından kaç hasta sayısı seçileceği hesaplanmıştır. Bu hesaplama ve kullanılan değerler aşağıda gösterildiği şekildedir:

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$
$$n = \frac{31100 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2 \cdot 31099 + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}$$

N: Evrendeki birey sayısı= 31100

n: Örneklem alınacak birey sayısı= 379,4846514771707≈ 379

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)= 0.50

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)= 0.50

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer= 1.96

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatası, sapma = 0.05

Tabakalı örnekleme yöntemine göre her bir tabaka eşit kişi sayısından oluşabileceği gibi, örneklem hacminin ana kütleyle oranlanmasıyla (n/N) da tabakalardaki kişi sayıları belirlenebilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2005). Bu hesaplama aşağıda verilmiştir:

$$n/N = \text{örneklem hacmi} / \text{ana kütle hacmi} = 379 / 31100 = 0,0121864951768489$$

İlk tabaka (19-39 yaş arası için): 15512. 0,0121864951768489= 189,03 \approx 189 kişi	} 379 kişi
İkinci tabaka (40-54 yaş arası için): 8494. 0,0121864951768489= 103,51 \approx 104 kişi	
Üçüncü tabaka (55-73 yaş arası için): 7094. 0,0121864951768489= 86,45 \approx 86 kişi	

Buna göre örnekleme alınması gereken minimum kişi sayısı; ilk tabaka (Y kuşağı) için 189, ikinci tabaka (X kuşağı) için 104, üçüncü tabaka (BB kuşağı) için 86 olmak üzere toplam 379 kişi olarak hesaplanmıştır. Veri toplama işlemi yapılırken 407 kişiye ulaşılmış bu nedenle örnekleme 407 birey dahil edilmiştir. Bu bireyler Gelişigüzel Örneklem Tekniği ile seçilmiştir. Araştırmanın ulaşılabilir örneklemini basit tesadüfi yöntemle seçilen Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran 407 hasta oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmaya Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya; gönüllü olarak katılmayı kabul eden, 18- 74 yaş aralığında bulunan, okuma-yazma bilen, çalışmaya katılımı ve iletişim kurabilmeyi engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan ve veri toplama formundaki bütün soruları yanıtlayan bireyler dahil edilmiş, bu şartları sağlamayan bireyler araştırma dışı bırakılmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” ve “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanılarak veriler toplanmıştır.

3.5.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek: 2)

Araştırmacı tarafından, literatür bilgileri doğrultusunda üç bölüm şeklinde hazırlanan bu formun ilk bölümünde; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesi gibi sosyo-demografik özelliklerini; ikinci bölümünde ise egzersiz seviyesi, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı gibi katılımcının sağlık durumu ve sağlığını korumaya yönelik davranış özelliklerini, üçüncü bölümünde ise katılımcının ilaç kullanım bilgisi ve ilaç kullanım alışkanlıklarını anlamaya yönelik sorular yer almaktadır. Tanıtıcı bilgi formunda toplam 20 soru yer almaktadır.

3.5.1.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (Ek:3)

Yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı bilgisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Demirtaş ve diğerleri tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 madde ve tek bir alt boyuttan oluşmaktadır. Cevaplar evet, hayır ve bilmiyorum şeklinde verilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-42 arasında değişmektedir. Ölçekten 35 puan ve üzeri alanlar akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip kabul edilmektedir. Ölçek maddelerinin, madde ayırıcılık gücü indeksi 0.20 ile 0.64, güçlük indeksi ise %50-%90 arasında değişmekte iken faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin:0.836, Barlett's test sonucunda $p<0.001$ 'dir. Maddelerin toplam korelasyon değerleri %20-51 arasında değişmektedir. Cronbach's alpha katsayısı 0.789 dur (Demirtaş, 2018).

3.5.1.3. Sağlık Algısı Ölçeği (Ek: 4)

Diamond ve diğerlerinin (2007) geliştirdiği Sağlık Algısı Ölçeği, Kadioğlu ve diğerleri (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirlik testleri yapılmış, 15 soruluk, 5'li likert tipte, dört alt faktörü (Kontrol merkezi, Öz farkındalık, Kesinlik, Sağlık önemi) olan bir ölçektir. Ölçekte yer alan 2., 3., 4., 12. ve 13. sorular "kontrol merkezi" alt boyutunu, 5., 10. ve 14. sorular "öz farkındalık" alt boyutunu, 6., 7., 8. ve 15. sorular "kesinlik" alt boyutunu, 1., 9. ve 11. sorular "sağlığın önemi" alt boyutunu incelemektedir. Ölçekten alınabilecek puan 15- 75 arasında değişmektedir, ölçekten elde edilen puanlar için sınır değer (cut-off value) yoktur, toplam puanın yüksekliği kişinin sağlık algısı düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise sağlık algısı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. sorular olumlu ve 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. sorular olumsuz

ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı: 0,77’ dir ve iyi düzeyde güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt faktörlerinde Cronbach Alpha katsayıları ise şu şekildedir: Kontrol merkezi: 0,76; Öz farkındalık: 0,63; Kesinlik: 0,71; Sağlığın önemi: 0,60 (Kadıoğlu & Yıldız, 2012).

3.5.2. Veri Toplama Tekniği

Tanıttıcı Bilgi Formunun kullanılabilirliğini belirlemek üzere 10 hastaya ön uygulama yapılmış, soruların anlaşılabilir ve kullanılabilir olduğu görülmüş, sorularda herhangi bir değişikliğe gerek duyulmamıştır.

Araştırmacı tarafından Şubat 2020- Ağustos 2020 tarihleri arasında, daha önce belirlenmiş örneklem sayısına ulaşıncaya dek; araştırma verilerinin toplandığı merkez olan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’ne haftanın belirli günleri (Salı, Perşembe, Cuma) gidilerek çalışma kriterlerine uyan gönüllü katılımcılara çalışma ve veri toplama araçları ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan ve onamları alındıktan sonra görüşme formları verilip cevaplamaları istenerek araştırma verileri toplanmıştır.

3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Katılımcılardan elde edilen verilerin tüm istatistiksel analizleri IBM SPSS (Statistical Packet for the Social Science SPAW Inc, Chichago, IL, USA) 25.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri Akılcı İlaç Kullanımı Durumu ve Sağlık Algısı; araştırmanın bağımsız değişkenleri ise Baby Boomers, X veya Y kuşağına mensup olmak, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, düzenli fiziksel aktivite yapma, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumudur.

İlk olarak veri toplama araçlarının normal dağılım hipotezine uyup uymadığı; Kolmogorov-Smirnov Z ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş ve bu test sonuçları ışığında non-parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; demografik veriler için ortalama ve yüzdelik oran, iki ortalamanın hipotez testi için Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla sayıda ortalamanın analizinde ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Alguları arasında ilişki olup olmadığı, ilişki varsa büyüklüğü ve derecesi pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya dahil edilen bireylerin evrenden olasılıksız örneklem tekniklerinden Gelişigüzel Örneklem Tekniği ile seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları bu araştırma örneklemine genellenebilir. Bu araştırma, kullanılan ölçeklerin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın verileri, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 5), Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'ndan ve kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan gerekli izinler (Ek 6) alındıktan sonra katılımcılardan Aydınlatılmış Onam (Ek 1) alınarak toplanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 407 bireyin tanıtıcı özellikleri, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini sağlık algısını ve bunlar arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

4.1. İç Tutarlılık Değerlendirmesi

Araştırmamız kapsamında kullanılan sağlık algısı ölçeği verilerimiz için iç tutarlılık Cronbach's Alpha değeri; 0,69 ve akılcı ilaç kullanımı için ise 0,64 olarak bulunmuştur. Bu oranlar başarılı bir tutarlılığa sahip olduğunu göstermiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların AIKÖ, SAÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Tanımlayıcı Değerleri

Ölçek	N	Min.	Maks.	Ortalama	Standart Sapma
Akılcı İlaç Kullanımı	407	21	42	36,7568	4,23
Sağlık Algısı	407	28	74	49,9361	7,75

Tablo 3'teki betimsel analiz sonuçları irdelendiğinde; araştırmaya dahil olan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçeğine verdiği yanıtların toplam ortalaması 36,7568, en az puanı 21 ve en fazla puanı 42; sağlık algısı ölçeğine verdiği yanıtların toplam ortalaması 49,9361, en az puanı 28 ve en fazla puanı 74 olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

4.2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Değişkenlere Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan kişilerin demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; %49,9'u 19-39 (Y Kuşağı) yaş aralığında, %29'u 40-54 (X Kuşağı) yaş aralığında, %21,1'i 55-73 (BB Kuşağı) yaş aralığındadır. BB Kuşağının yaş ortalaması 61,08, X Kuşağının 45,87, Y Kuşağının 27,22'dir (Tablo 4).

Tablo 4. Kuşakların Yaşlarına Göre Tanıtıcı Özellikleri

			YAŞ		
KUŞAK	N	Ort	SS	Min	Max
Baby Boomer	86	61,08	6,20	46	74
X Kuşağı	118	45,87	4,40	40	54
Y Kuşağı	203	27,22	5,58	19	39

Katılımcıların %48,2'si kadın, %51,8'i erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=19892,5$; $p=,507$). Araştırmaya katılan kadınların SAÖ toplam puan ortalaması 49,66 iken, erkeklerin 50,19' dur. Alt ölçekler incelendiğinde ise cinsiyete göre alt ölçeklerin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{kontrol merkezi}}=0,219$; $p_{\text{kesinlik}}=,551$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,608$; $p_{\text{öz farkındalık}}=,130$) (Tablo 5).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=17389,0$; $p=,005$). Araştırmaya katılan kadınların AİKÖ toplam puan ortalaması 37,36 iken, erkeklerin 36,19' dur (Tablo 5).

Katılımcıların %56'sı evlidir. Katılımcıların medeni durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2=11,96$; $p=,007$). Evli bireylerin SAÖ toplam puan ortalaması 49,16, bekar bireylerin 51,28, boşanmış bireylerin 50,75, eşi vefat etmiş bireylerin ise 46,18'dir. SA toplam puan ortalaması en yüksek grubu bekar bireyler oluşturmaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ise medeni duruma göre kontrol merkezi, sağlığın önemi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p_{\text{kontrol merkezi}}=0,002$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,048$) (Tablo 5).

Katılımcıların medeni durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=1,17$; $p=,759$). Araştırmaya katılan evli bireylerin AİKÖ toplam puan ortalaması 36,56 iken, bekar bireylerin 37,01, boşanmış bireylerin 36,42, eşi vefat etmiş bireylerin ise 37,64'tür (Tablo 5).

Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında ise bireylerin %3,2'si yalnızca okur-yazar, %21,4'ü ilk ve ortaokul mezunu, %23,8'i lise mezunu, %44,2'si üniversite mezunu, %7,4'ü lisansüstü mezundur. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2=32,438$; $p=,000$). Yalnızca okur-yazar olan bireylerin SAÖ toplam puan ortalaması 45,69, ilk ve

ortaokul mezunu bireylerin toplam puan ortalaması 47,21, lise mezunu bireylerin 48,99 iken üniversite mezunu olan bireylerin toplam puan ortalaması 51,94, lisansüstü mezunu bireylerin ise toplam puan ortalaması 50,70' tir. Alt ölçekler eğitim düzeyine göre incelendiğinde ise öz farkındalık alt ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p_{\text{öz farkındalık}}=,258$); kontrol merkezi, kesinlik ve sağlığın önemi alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,000$; $p_{\text{kesinlik}}=,000$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,000$) (Tablo 5).

Katılımcıların eğitim düzeyine göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2=41,921$; $p=,000$). Eğitim düzeyi yüksek lisans ve üstü olan bireylerin AİKÖ toplam puan ortalamaları en yüksektir (Tablo 5).

Katılımcıların %30,2'sinin geliri giderinden az, %53,8'inin gelir ve gideri eşit, %16'sının geliri giderinden fazladır. Katılımcıların gelir düzeylerine göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2=9,605$; $p=,008$). Geliri giderinden fazla olan katılımcılarda sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Alt ölçekler gelir düzeyine göre incelendiğinde ise kontrol merkezi, kesinlik alt ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,034$; $p_{\text{kesinlik}}=,002$), sağlığın önemi ve öz farkındalık alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{sağlığın önemi}}=,781$; $p_{\text{öz farkındalık}}=,274$) (Tablo 5).

Katılımcıların gelir düzeylerine göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=3,442$; $p=,179$) (Tablo 5).

Katılımcıların %88'inin sosyal güvencesi vardır, %12'sinin ise sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların sosyal güvence durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=8677,00$; $p=,903$). Alt ölçekler ile sosyal güvence durumuna bakıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,861$; $p_{\text{kesinlik}}=,886$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,102$; $p_{\text{öz farkındalık}}=,563$) (Tablo 5).

Katılımcıların sosyal güvence varlığına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=6944,50$; $p=,017$). Sosyal güvencesi olan katılımcıların AİKÖ toplam puanı sosyal güvencesi olmayan katılımcılardan daha yüksektir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile SAÖ Toplam Puan Ortalamalarının ve AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	N	Kontrol merkezi		Kesinlik		Sağlığın Önemi		Öz Farkındalık		Sağlık Algısı Toplam		Akılcı İlaç Kullanımı	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Kadın	196	15,69	4,78	11,32	3,74	11,75	2,30	10,90	2,12	49,66	7,63	37,36	3,90
Erkek	211	16,31	4,91	11,16	3,73	11,55	2,64	11,18	2,50	50,19	7,88	36,19	4,46
<i>Test ve Önemlilik</i>		U=19224,50 p=0,219		U=19973,0 p=,551		U=20076,0 p=,608		U=18897,5 p=,130		U=19892,5 p=,507		U=17389,0 p=,005	
Medeni Durum													
Evli	228	15,34	4,90	10,95	3,79	11,93	2,38	10,94	2,39	49,16	7,67	36,56	4,49
Bekar	156	17,10	4,55	11,72	3,66	11,23	2,59	11,22	2,23	51,28	7,60	37,01	3,92
Boşanmış	12	16,75	5,64	11,92	3,82	11,17	2,72	10,92	2,42	50,75	9,47	36,42	3,89
Eşi vefat etmiş	11	13,82	4,64	9,36	2,01	12,09	1,86	10,91	2,25	46,18	7,20	37,64	3,58
<i>Test ve Önemlilik</i>		X ² =14,417 p=0,002		X ² =6,71 p=,082		X ² =7,91 p=,048		X ² =1,31 p=,725		X ² =11,96 p=,007		X ² =1,17 p=,759	
Eğitim Durumu													
Okur Yazar	13	12,54	5,28	9,00	1,87	13,31	1,75	10,85	2,07	45,69	5,57	34,77	5,13
İlk ve Ortaokul	87	13,97	4,80	10,33	3,88	12,06	2,41	10,85	2,52	47,21	7,48	35,03	5,07
Lise	97	15,35	4,63	10,96	3,78	11,53	2,62	11,15	2,27	48,99	7,70	35,80	4,15
Üniversite	180	17,51	4,63	11,66	3,56	11,55	2,40	11,22	2,27	51,94	7,72	37,91	3,43
Yüksek lisans ve üstü	30	16,60	3,56	13,13	3,64	10,67	2,55	10,30	2,35	50,70	6,28	38,80	2,84
<i>Test ve Önemlilik</i>		X ² =41,843 p=,000		X ² =20,477 p=,000		X ² =15,552 p=,004		X ² = 5,293 p=,258		X ² =32,438 p=,000		X ² =41,921 p=,000	
Gelir Düzeyi													
Geliri giderinde n az	123	15,28	5,28	10,59	3,81	11,41	2,73	10,85	2,40	48,12	7,60	36,21	4,41

Geliri giderine eşit	219	16,12	4,54	11,23	3,69	11,77	2,28	11,24	2,16	50,36	7,40	36,96	4,03
Geliri giderinden fazla	65	17,05	4,91	12,46	3,44	11,68	2,65	10,77	2,69	51,95	8,58	37,11	4,51
Test ve Önemlilik		$X^2=6,768$ $p=,034$		$X^2=12,603$ $p=,002$		$X^2=,495$ $p=,781$		$X^2=2,588$ $p=,274$		$X^2=9,605$ $p=,008$		$X^2=3,442$ $p=,179$	
Sosyal Güvence													
Var	358	16,04	4,75	11,23	3,698	11,59	2,455	11,03	2,270	49,89	7,572	37,01	3,958
Yok	49	15,84	5,63	11,27	4,020	12,06	2,688	11,14	2,761	50,31	9,077	34,94	5,621
Test ve Önemlilik		$U=8636,50$ $p=,861$		$U=8660,50$ $p=,886$		$U=7519,50$ $p=,102$		$U=8328,50$ $p=,563$		$U=8677,00$ $p=,903$		$U=6944,50$ $p=,017$	

Araştırmaya katılan kişilerin sağlığını korumaya yönelik davranış özelliklerine bakıldığında %41'inin düzenli egzersiz yaptığı, %59'unun düzenli egzersiz yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=15465,000$; $p=,000$). Düzenli egzersiz yapan katılımcıların SAÖ toplam puanı düzenli egzersiz yapmayan katılımcılardan daha yüksektir. Alt ölçekler ile düzenli egzersiz yapma durumuna bakıldığında ise kontrol merkezi, sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktayken ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,029$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,258$), kesinlik ve öz farkındalık alt ölçekleri ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p_{\text{kesinlik}}=,003$; $p_{\text{öz farkındalık}}=,009$) (Tablo 6).

Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=19032,500$; $p=,385$). Düzenli egzersiz yapan katılımcıların AİKÖ toplam puanı düzenli egzersiz yapmayan katılımcılardan daha yüksektir (Tablo 6).

Katılımcıların %54,3'ü sigara kullanmazken, %40,3'ü sigara kullandığını, %5,4'ü de sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Katılımcıların sigara içme durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=3,242$; $p=,198$). Alt ölçekler ile sigara içme durumuna bakıldığında da kontrol merkezi, sağlığın önemi, kesinlik, öz farkındalık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,744$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,068$; $p_{\text{kesinlik}}=,375$; $p_{\text{öz farkındalık}}=,652$) (Tablo 6).

Katılımcıların sigara içme durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=1,237$; $p=,539$) (Tablo 6).

Katılımcıların %39,6'sı alkol kullandığını, %60,4'ü alkol kullanmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=19107,00$; $p=,548$). Alt ölçekler ile alkol kullanma durumuna bakıldığında ise kesinlik, öz farkındalık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktayken ($p_{kesinlik}=,328$; $p_{öz farkındalık}=,117$), kontrol merkezi ve sağlığın önemi alt ölçekleri ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p_{kontrol merkezi}=,006$; $p_{sağlığın önemi}=,000$) (Tablo 6).

Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=19069,50$; $p=,524$) (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlığını Korumaya Yönelik Davranış Özellikleri ve SAÖ, AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	Kontrol merkezi		Kesinlik		Sağlığın Önemi		Öz Farkındalık		Toplam		Akılcı İlaç Kullanımı	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Düzenli Egzersiz													
Evet	167	16,65	4,80	11,95	4,06	11,79	2,56	11,41	2,31	51,80	8,58	36,98	4,18
Hayır	240	15,57	4,85	10,73	3,40	11,54	2,43	10,80	2,31	48,64	6,84	36,60	4,27
		U=17497,00 p=,029		U=16591,500 p=,003		U=18732,500 p=,258		U=17010,500 p=,009		U=15465,000 p=,000		U=19032,500 p=,385	
Sigara Kullanımı													
Evet	164	15,90	5,02	11,09	3,85	11,18	2,85	11,05	2,52	49,21	7,76	36,58	4,51
Hayır	221	16,02	4,78	11,26	3,64	12,00	2,16	11,01	2,19	50,29	7,59	36,80	4,07
Bıraktım	22	16,77	4,46	12,00	3,74	11,59	2,01	11,41	2,19	51,77	9,07	37,68	3,68
		$X^2=,592$ p=,744		$X^2=1,960$ p=,375		$X^2=5,379$ p=,068		$X^2=,856$ p=,652		$X^2=3,242$ p=,198		$X^2=1,237$ p=,539	
Alkol Kullanımı													
Evet	161	16,88	4,90	11,04	3,761	11,06	2,740	11,29	2,279	50,28	7,999	36,91	4,176
Hayır	246	15,44	4,75	11,36	3,717	12,02	2,228	10,89	2,355	49,71	7,602	36,65	4,284
		U=16616,50 p=,006		U=18671,50 p=,328		U=15690,50 p=,000		U=17998,00 p=,117		U=19107,00 p=,548		U=19069,50 p=,524	

Araştırmaya katılan kişilerin sağlık durumu özellikleri incelendiğinde %33,9'unun kronik bir hastalığı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=14414,00$; $p=,000$). Kronik bir hastalığa sahip olmayan bireylerin SAÖ toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olan bireylerden daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise kronik hastalığa sahip olma durumuna göre kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktayken ($p_{\text{kesinlik}}=,056$; $p_{\text{öz farkındalık}} = ,215$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,186$), kontrol merkezi alt ölçekleri ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p_{\text{kontrol merkezi}}= ,000$) (Tablo 7).

Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=18394,00$; $p=,881$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan kişilerin ilaç kullanım durumlarına bakıldığında %34,9'unun düzenli olarak ilaç kullandığı; %13,8'inin düzenli olarak kullandığı ilaç sayısının 1 olduğu, %8,4'ünün düzenli olarak kullandığı ilaç sayısının 2 olduğu, %6,4'ünün düzenli olarak kullandığı ilaç sayısının 3 olduğu, %1,7'sinin düzenli olarak 4 ilaç kullandığı, %4,9'unun 4'ten fazla ilaç kullandığı öğrenilmiştir. Katılımcıların ilaç kullanım durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=15664,50$, $p=,005$). Düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları düzenli ilaç kullananlara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise düzenli ilaç kullanma durumuna göre öz farkındalık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktayken ($p_{\text{öz farkındalık}}=,279$); kesinlik, kontrol merkezi ve sağlığın önemi alt ölçekleri ile düzenli ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p_{\text{kesinlik}}=,041$; $p_{\text{kontrol merkezi}}= ,002$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,041$) (Tablo 7).

Katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=17867,50$; $p=,399$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan katılımcıların %93,9'u ilaç kullanım nedenini biliyorken %6,1'i ilacını neden kullandığını bilmemektedir. Katılımcıların ilaç kullanım nedenini bilme durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=3485,500$; $p=,024$). İlaç kullanım nedenini bilen katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları bilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. Alt ölçekler

incelendiğinde ise ilaç kullanım nedenini bilme durumlarına göre kontrol merkezi alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken ($p_{\text{kontrol merkezi}} = p = ,024$) kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri ile ilaç kullanım nedenini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{öz farkındalık}} = ,415$; $p_{\text{kesinlik}} = ,588$; $p_{\text{sağlığın önemi}} = ,522$) (Tablo 7).

Katılımcıların ilaç kullanım nedenini bilme durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U = 3490,000$; $p = ,023$). İlaç kullanma nedenlerini bilen katılımcıların AİKÖ toplam puan ortalamaları ilaç kullanma nedenlerini bilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir (Tablo 7).

Araştırmaya katılan katılımcıların %95,8'i ilaç kullanımının nasıl olduğunu biliyorken %4,2'si ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğini bilmemektedir. Katılımcıların ilaç kullanımının nasıl olduğunu bilme durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U = 2386,000$; $p = ,050$). Nasıl ilaç kullanacağını bilen katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları bilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise ilaçlarının nasıl kullanılacağını bilme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{kontrol merkezi}} = p = ,058$; $p_{\text{kesinlik}} = ,124$; $p_{\text{öz farkındalık}} = ,473$; $p_{\text{sağlığın önemi}} = ,943$) (Tablo 7).

Katılımcıların ilaç kullanımının nasıl olduğunu bilme durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U = 1989,000$; $p = ,005$). İlaçlarını nasıl kullanacağını bilen katılımcıların AİKÖ toplam puan ortalamaları ilaçlarını nasıl kullanacağını bilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir (Tablo 7).

Araştırmaya katılan katılımcıların %93,9'u ilaç kullanımı konusunda bilgilendirildiğini, %6,1'i ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilme durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U = 3285,000$; $p = ,009$). İlaç kullanımı konusunda bilgilendirilen katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları bilgilendirilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilme durumlarına göre kontrol merkezi alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken ($p_{\text{kontrol merkezi}} = ,030$); kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{kesinlik}} = ,390$; $p_{\text{öz farkındalık}} = ,649$; $p_{\text{sağlığın önemi}} = ,456$) (Tablo 7).

Katılımcıların ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilme durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=4378,500$; $p=,483$) (Tablo 7).

Katılımcıların %65,6'sı prospektüsleri okurken zorlandığını, %34,4'ü prospektüsleri okurken anlamakta güçlük çekmediğini belirtmiştir. Katılımcıların prospektüsleri okurken zorluk çekme durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=15423,500$; $p=,004$). Prospektüsleri okurken zorluk çekmeyen katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları prospektüsleri anlamakta güçlük çeken katılımcılara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise prospektüsleri okurken zorluk çekme durumlarına göre kontrol merkezi, kesinlik alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,018$; $p_{\text{kesinlik}}=,001$); öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{öz farkındalık}}=,279$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,273$) (Tablo 7).

Katılımcıların prospektüsleri okurken zorluk çekme durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=15800,00$; $p=,010$). Prospektüsleri okurken anlamakta güçlük çekmeyen katılımcıların AİKÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 7).

Katılımcıların %57,7'si yedekte ilaç bulunması için ilaç reçetelenmesini isterken, %42,3'ü yedekte bulunması için doktordan ilaç reçetelenmesini istememektedir. Katılımcıların yedekte ilaç bulundurma durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=19242,000$; $p=,409$). Alt ölçekler incelendiğinde ise prospektüsleri okurken zorluk çekme durumlarına göre sağlığın önemi, öz farkındalık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken ($p_{\text{öz farkındalık}}=,011$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,025$); kontrol merkezi ve kesinlik alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,846$; $p_{\text{kesinlik}}=,133$) (Tablo 7).

Katılımcıların yedekte ilaç bulundurma durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=19260,000$; $p=,414$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan katılımcıların %59,5'i reçetesiz ilaç kullandığını, %40,5'i reçetesiz ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların reçetesiz ilaç kullanma durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=19051,000$; $p=,432$). Alt ölçekler incelendiğinde ise reçetesiz ilaç kullanımı durumlarına

göre alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,071$; $p_{\text{kesinlik}}=,745$; $p_{\text{öz farkındalık}}=,585$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,156$) (Tablo 7).

Katılımcıların reçetesiz ilaç kullanma durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=18757,500$; $p=,296$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan katılımcıların %28,7'si AİK kavramını duyduğunu, %71,3'ü daha önce AİK kavramını duymadığını ifade etmiştir. Katılımcıların AİK kavramını duyma durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=12452,000$; $p=,000$). AİK kavramını daha önce duymuş olan katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları duymayanların SAÖ toplam puan ortalamasından daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise AİK kavramını duyma durumlarına göre kontrol merkezi ve kesinlik alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,000$; $p_{\text{kesinlik}}=,000$); öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{öz farkındalık}}=,370$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,505$) (Tablo 7).

Katılımcıların AİK kavramını duyma durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=10042,000$; $p=,000$) AİK kavramını daha önce duymuş olan katılımcıların AİKÖ toplam puan ortalamaları duymayanların AİKÖ toplam puan ortalamasından daha yüksektir. (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların İlaç Kullanım Bilgisi ve SAÖ, AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	Kontrol merkezi		Kesinlik		Sağlığın Önemi		Öz Farkındalık		Toplam		Akılcı İlaç Kullanımı	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	N	Ort	SS	Ort	SS	Ort
Kronik Hastalık													
Evet	138	14,46	4,68	10,75	3,76	11,82	2,57	10,86	2,30	47,89	7,72	36,67	4,36
Hayır	269	16,81	4,76	11,48	3,69	11,55	2,43	11,14	2,34	50,99	7,57	36,80	4,18
		U=13531,50 p=,000		U=16421,00 p=,056		U=17087,00 p=,186		U=17179,50 p=,215		U=14414,00 p=,000		U=18394,00 p=,881	
Düzenli İlaç Kullanımı													
Evet	142	14,95	4,81	10,75	3,90	11,92	2,59	10,92	2,32	48,54	7,94	36,99	4,22
Hayır	265	16,58	4,79	11,49	3,61	11,49	2,41	11,11	2,33	50,68	7,56	36,63	4,25
		U=15304,50 p=,002		U=16516,50 p=,041		U=16522,00 p=,041		U=17602,00 p=,279		U=15664,50 p=,005		U=17867,50 p=,399	
İlaçların Kullanım Nedenini Bilmek													
Evet	382	16,13	4,86	11,25	3,750	11,68	2,435	11,08	2,323	50,14	7,829	36,92	4,071
Hayır	25	14,20	4,39	10,96	3,518	11,08	3,161	10,60	2,449	46,84	5,843	34,20	5,795

		U=3491,00 p=,024		U=4467,00 p=,588		U=4413,500 p=,522		U=4314,500 p=,415		U=3485,500 p=,024		U=3490,000 p=,023	
İlaçların Nasıl Kullanılacağını Bilmek													
Evet	390	16,09	4,846	11,29	3,771	11,65	2,487	11,04	2,329	50,07	7,848	36,89	4,151
Hayır	17	14,12	4,897	10,00	2,475	11,53	2,503	11,29	2,443	46,94	4,423	33,59	5,075
		U=2416,000 p=,058		U=2587,000 p=,124		U=3281,500 p=,943		U=2977,500 p=,473		U=2386,000 p=,050		U=1989,000 p=,005	
İlaç Kullanımına Dair Bilgilendirilmek													
Evet	382	16,14	4,814	11,26	3,729	11,67	2,491	11,07	2,325	50,13	7,829	36,81	4,188
Hayır	25	14,08	5,220	10,84	3,848	11,28	2,407	10,72	2,441	46,92	5,901	36,00	4,975
		U=3542,000 p=,030		U=4287,000 p=,390		U=4354,000 p=,456		U=4518,000 p=,649		U=3285,000 p=,009		U=4378,500 p=,483	
Prospektüsleri Anlamakta güçlük çekmek													
Evet	267	15,57	4,809	10,76	3,520	11,73	2,447	10,95	2,262	49,01	7,301	36,37	4,371
Hayır	140	16,86	4,855	12,14	3,966	11,47	2,557	11,24	2,454	51,71	8,301	37,49	3,882
		U=16035,500 p=,018		U=14814,000 p=,001		U=17465,500 p=,273		U=17480,500 p=,279		U=15423,500 p=,004		U=15800,000 p=,010	
Evde Yedekte İlaç Bulundurmak													
Evet	235	16,02	4,858	11,00	3,729	11,87	2,452	11,31	2,212	50,20	7,830	36,87	4,264
Hayır	172	16,01	4,873	11,55	3,725	11,34	2,504	10,68	2,444	49,58	7,663	36,60	4,210
		U=19982,500 p=,846		U=18457,000 p=,133		U=17597,500 p=,025		U=17268,000 p=,011		U=19242,000 p=,409		U=19260,000 p=,414	
Reçetesiz İlaç Kullanmak													
Evet	242	16,38	4,719	11,24	3,631	11,49	2,523	11,01	2,305	50,12	7,595	36,90	4,233
Hayır	165	15,47	5,021	11,23	3,888	11,87	2,417	11,10	2,374	49,67	8,004	36,55	4,250
		U=17863,500 p=,071		U=19588,000 p=,745		U=18325,000 p=,156		U=19334,000 p=,585		U=19051,000 p=,432		U=18757,500 p=,296	
AİK Kavramını Duymak													
Evet	117	17,55	4,425	12,44	3,602	11,59	2,349	10,86	2,363	52,44	7,779	38,60	3,528
Hayır	290	15,39	4,895	10,74	3,679	11,67	2,541	11,12	2,318	48,92	7,528	36,01	4,279
		U=12382,500 p=,000		U=12479,500 p=,000		U=16255,500 p=,505		U=16011,000 p=,370		U=12452,000 p=,000		U=10042,000 p=,000	

Araştırmamıza katılan katılımcıların farklı kuşaklara mensup olma durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($X^2=15,116$; $p=,001$). Y kuşağına mensup olan katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları BB ve X kuşağına mensup olan katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamasından daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise farklı kuşaklara mensup olma durumlarına göre

kontrol merkezi, kesinlik ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken ($p_{\text{kontrol merkezi}}=,000$; $p_{\text{kesinlik}}=,003$; $p_{\text{sağlığın önemi}}=,000$); öz farkındalık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p_{\text{öz farkındalık}}=,260$) (Tablo 8).

Katılımcıların farklı kuşaklara mensup olma durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=6,635$; $p=,056$) (Tablo 8).

Tablo 8. Kuşakların SAÖ, AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kuşak	N	Kontrol merkezi		Kesinlik		Sağlığın Önemi		Öz Farkındalık		Sağlık Algısı Toplam		Akılcı İlaç Kullanımı	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
BB	86	14,40	4,957	10,33	3,774	12,28	2,162	10,72	2,263	47,72	7,875	36,22	4,771
X	118	15,31	4,928	10,85	3,779	12,01	2,359	11,25	2,501	49,41	7,331	36,29	4,110
Y	203	17,11	4,519	11,84	3,595	11,16	2,596	11,07	2,253	51,18	7,739	37,26	4,030
Test ve Önemlilik		$X^2=21,821$ $p=,000$		$X^2=11,833$ $p=,003$		$X^2=15,897$ $p=,000$		$X^2=2,696$ $p=,260$		$X^2=15,116$ $p=,001$		$X^2=6,635$ $p=,056$	

Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Alguları ile Akılcı İlaç Kullanımları Arasındaki İlişkiye Ait Analiz Sonuçları

		Kontrol merkezi	Kesinlik	Sağlığın önemi	Öz farkındalık	Sağlık Algısı Toplam	Akılcı İlaç Kullanımı
Kontrol merkezi	r	1	,387**	-,179**	,040	,768**	,319**
	p		,000	,000	,424	,000	,000
Kesinlik	r	,387**	1	-,093	-,117*	,659**	,187**
	p	,000		,062	,018	,000	,000
Sağlığın önemi	r	-,179**	-,093	1	,357**	,271**	-,051
	p	,000	,062		,000	,000	,304
Öz farkındalık	r	,040	-,117*	,357**	1	,383**	,016
	p	,424	,018	,000		,000	,754
Sağlık Algısı Toplam	r	,768**	,659**	,271**	,383**	1	,278**
	p	,000	,000	,000	,000		,000
Akılcı İlaç	r	,319**	,187**	-,051	,016	,278**	1

Kullanımı	p	,000	,000	,304	,754	,000	
**p<0.01 * p<0.05							

AİK ile SA arasında pozitif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,278$, $p=0,000$); sağlık algısı arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi de artış göstermektedir. Yine SA alt boyutlarından; kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutu ile AİK bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımını bilgi düzeyi ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde yapılan çalışmaya 19-39 yaş aralığında bulunan 203 Y kuşağı, 40-54 yaş aralığında bulunan 119 X kuşağı, 55-73 yaş aralığında bulunan 85 BB kuşağı olmak üzere üç farklı kuşağın oluşturduğu toplam 407 birey katılmıştır (Tablo 4).

5.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre AİK Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin %48,2'si kadın, %51,8'i erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre AİK toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve kadınlarda AİKÖ'den alınan puanlar daha yüksektir (Tablo 5). Konuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında çalışmamıza benzerlik gösterecek şekilde; akılcı ilaç kullanım durumunu belirlemek adına çalışmamızda kullanılan, 768 hasta ile yapılan AİK ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında elde edilen sonuçlara göre kadınlarda AİK ölçeğinden alınan puanlar daha yüksektir (Demirtaş, ve diğerleri, 2018). Kılıç'ın 385 kişiyle yaptığı çalışmasında, Özkan ve arkadaşları tarafından 344 katılımcıyla yapılan çalışmada, Soysal ve Şahin'in çalışmasında cinsiyet faktörünün akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Özkan & Aca, 2020; Kılıç R. , 2020; Soysal & Şahin, 2020). Elde edilen bulgular ilgili alanda yapılan bazı çalışmalar ile benzerlik göstermekteyken bazıları ile farklı bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan bireylerin “akılcı ilaç kullanımı” düzeylerinin “farklı kuşaklara mensup olma durumuna” göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yaş grubu 19-39 arasında olan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri 55-73 ve 40-54 olanlara göre daha yüksektir (Tablo 8). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, elde edilen bulguları çalışmamızla farklılık gösterecek şekilde; Demirtaş ve arkadaşları akılcı ilaç kullanımının genç yaşlarda azaldığını bildirmişlerdir (Demirtaş, ve diğerleri, 2018). Ercan (2018) yaptığı çalışmada katılımcıların yaşları arttıkça akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin de arttığını bulmuştur., hipertansiyon hastaları özelinde yapılan bir araştırmada, 49 yaş ve altında olanlar, 50 yaş ve üstü olanlara göre ilaçlarını daha düzensiz kullanmakta yani gençlerde akılcı ilaç kullanım davranışları azalmaktadır (Cingil, Delen, & Aksuoğlu, 2009). Çalışmamızda da karşılaştığımız yaş arttıkça AİK bilgi düzeyinin azalması durumunun

ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalıkların prevalansının artmasına bağlı olarak yaşlılarda polifarmasinin daha yaygın görülmesi ve daha fazla düzenli ilaç kullanmalarıyla ilişkili olabileceği, ilaçların uzun süreli kullanımları neticesinde AOİK'ye neden olan etmenlerin artmasıyla AİK bilgi düzeyinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan evli bireylerin AİKÖ toplam puan ortalaması 36,56 iken, bekar bireylerin 37,01, boşanmış bireylerin 36,42, eşi vefat etmiş bireylerin ise 37,64'tür (Tablo 5).

Katılımcıların "akılcı ilaç kullanımı" bilgi düzeylerinin "eğitim durumu" değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek lisans ve üstü olan bireylerin AİKÖ toplam puan ortalamaları en yüksektir (Tablo 5). Bilgi düzeyinin artması ile AİKÖ'den alınan puanların da artması beklenen bir durumdur. Ercan (2018)'in yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde akılcı ilaç kullanımına dair bilgi düzeyi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulgu literatürle benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların "akılcı ilaç kullanımı" bilgi düzeylerinin "sosyal güvence" varlığına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olan katılımcıların akılcı ilaç kullanım düzeyleri sosyal güvencesi olmayan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinden yüksektir (Tablo 5). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde sosyal güvencesi olmayan bireylerin AİK durumlarının olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Pınar, Karataş, Bozdemir, & Ünal, 2013). Bu durum çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sosyal güvencenin yokluğunda hasta bireyler çıkabilecek masraflardan kaçınma, teşhis ve tedavi süreçlerini kendi kendilerine halletme eğilimi gösterebilecekleri gibi bu durumun AOİK için zemin oluşturabileceği de düşünülmektedir. Sosyal güvencenin olmadığı durumlarda bireyde yaratacağı stresin de fiziksel ve psikolojik anlamda sağlığı olumsuz etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir. Sosyal güvencenin; kişilerin güvende hissetmelerini sağlayarak sağlık sistemi hizmetlerinden yararlanmayla sağlıklı davranış şekilleri, medikalizasyon konularında uzman taraflarca kontrol altında olmalarını sağlayabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların "akılcı ilaç kullanımı" bilgi düzeylerinin "gelir düzeylerine" göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Çalışmamızdan farklı olarak Dağtekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gelir düzeyi kötü olan katılımcılarda AOİK açısından riskin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Demirtaş, ve diğerleri, 2018). Ebeveynlerle yapılan bir çalışmada gelir düzeyinin AİK tutum ve düzeylerini

etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Utli & Turan, 2020). Araştırmamızdan elde edilen bulguların literatürle benzerlik göstermemesinin, çalışmaların farklı örneklem gruplarıyla yapılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2.Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SA Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmamıza katılan bireylerin “sağlık algısı” düzeylerinin “cinsiyetlerine” göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, alt ölçeklerde de durumun aynı olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). İlgili alanda yapılan çalışmalarda da sağlık algısı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Aydın Dinçer, 2019; Yanmış, 2016; Gül, 2018; Çaka, Topal, Suzan, Çınar, & Altınkaynak, 2017; Dönergöz, 2020; Oral, 2018; Aydın Dinçer, 2019; Ertaş & Kırac, 2019; Rahman & Barsky, 2003). Araştırmamızda elde edilen bulgular yapılan çalışmaları destekler niteliktedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin “sağlık algıları” düzeylerinin “yaş gruplarına” göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yaş grubu 19-39 arasında olan katılımcıların sağlık algıları 55-73 ve 40-54 olanlara göre daha yüksektir (Tablo 8). Yoksul olan ve olmayan katılımcıların kıyaslandığı bir çalışmada her iki grup için de yaş ve sağlık algısı arasında ilişki bulunmuş, yaş artmasıyla sağlık algısının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Çapık, 2006). Yaşlanmayla beraber kronik hastalıkların ve bu hastalıklara bağlı gelişen semptomların görülme sıklığının ve yaşlılık dönemine ait diğer biyopsikososyal sorunların artmasıyla sağlık algısının gençlere nispeten yaşlılarda daha kötü olması beklenen bir sonuçtur. Bu sebeple çalışmamızda ilerleyen yaşla birlikte sağlık algısının daha düşük çıktığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin “sağlık algıları” düzeylerinin “medeni durum” değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Medeni durumu evli olan katılımcıların sağlık algıları bekâr olanlara göre daha düşüktür (Tablo 5). İlgili alanda yapılan çalışmalara bakıldığında araştırmamıza benzerlik gösterecek şekilde medeni hali ile sağlık algıları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (Çabuk, 2019; Erengin & Dedeoğlu, 1997; Uzuntarla & Uzuntarla, 2019). Gür de çalışmasında medeni durumu bekar olanların evli olanlara göre sağlık algılarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (Gür, Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, 2017). Eşler arası dayanışma ile evlilik hayatının getirdiği sorumluluklardan kaynaklı bireysel yakınmalara fırsat kalmamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Çabuk, 2019). Hirve’ ye

göre ölüm riski eş desteği alamayan erkeklerde %67, kadınlarda %71 artmaktadır (Hirve, 2014). Eşi vefat eden bireylerin sağlık algısının daha düşük çıkmasının sebebinin aileden, eşten ve toplumdan görülen desteğin beraberlik duygusunu sağlayarak sağlık algısını olumlu yönde etkilediği için sağlık algısının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin “sağlık algısı” düzeylerinin “eğitim durumu” değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu lisans ve yüksek lisans olan katılımcıların sağlık algıları en yüksektir (Tablo 5). Yetişkin bireylerle yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin sağlık algısı üzerinde etkili olduğu ancak eğitim düzeyinin yükselmesiyle sağlık algısının da arttığı bulunmuştur (Gül, 2018). Ertaş ve Kılıç’ın hastaneye başvuru yapan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında; eğitim durumunun sağlık algısını etkilediği, eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık algısının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Ertaş & Kırac, 2019). Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda ise eğitim düzeyinin sağlık algısı durumunu etkilemediği belirlenmiştir (Dönergöz, 2020; Gür, 2017). Buna göre literatürde araştırmamızın bulgularını destekler nitelikte, eğitim düzeyi ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi anlamlı bulan çalışmalar varken sağlık algısı ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur. Bunun sebebinin sağlık algısını etkileyen birden fazla etkenin bulunması ve bu etkenlerin her birey için değişkenlik göstermesi olduğu düşünülmektedir. Çalışmalar farklı örneklem grupları ile yapıldığı için farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Eğitim seviyesi düşük ancak sağlık algısı yüksek çıkan bireylerde “sağlığın önemi, kendi bedeni ve hastalıklar konusunda ne kadar farkında ve bilinçli bulunduğu, sağlık taramaları ile hekim kontrollerinden uzak kalmama” durumlarının da incelenmesi gerekebilir, sayılan bu parametrelerin sağlık algısını etkileyebileceği düşünülmektedir.

“Sağlık algısı” düzeylerinin düzenli “sosyal güvence” varlığına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5). İzmir’de 322 katılımcıyla yapılan bir çalışmada, Gür’ün 305 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmasında araştırmamızla benzerlik gösterir şekilde sosyal güvence varlığının sağlık algısı puanlarını etkilemediği bulunmuştur (Şen, 2019; Gür, 2017). Hastanelere başvuran 232 ebeveynle yapılan çalışmada sosyal güvence ile sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Dönergöz, 2020). Koç’un 269 tarım işçisiyle yaptığı çalışmasında yine araştırmamıza benzer şekilde sağlık algısı ile sosyal güvence değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Koç, 2020). Araştırmamızdan elde edilen bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların “sağlık algıları” düzeylerinin “gelir düzeylerine” göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden fazla olan

katılımcılarda sağlık algısı daha yüksek çıkmıştır (Tablo 5). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Gül'ün çalışmasında gelir durumunun sağlık algısı üzerinde negatif yönde etkili olduğu, Oral'ın çalışmasında ekonomik durumlarını iyi olarak tanımlayan kişilerde sağlık algısının anlamlı ölçüde düşük olduğu, Özdemir'in çalışmasında da gelir düzeyinin sağlık algısını etkilediği ve gelir düzeyi arttıkça sağlık algısının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Gül, 2018; Oral, 2018; Özdemir, 2018). Özdemir (2018)'e göre düşük düzeyde gelire sahip kişiler harcamalarını sınıflandırırken öncelik sırasını zorunluluk esaslı belirlemekte, elzem durumlar söz konusu olmadıkça sağlık kuruluşlarına başvurmamakta ve kendilerini sağlıklı olarak saymakta bu sebeple sağlık algıları yüksek çıkmaktadır. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da gelir düzeyinin algılanan sağlığa etkisine bakıldığında anlamlı bir farklılık olduğu, gelir düzeyinin artmasıyla sağlık algısının da arttığı bulunmuştur (Çabuk, 2019; Uzuntarla & Uzuntarla, 2019; Çapık, 2006). Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada sağlık algısı ile ekonomik durum arasında ilişki olduğu, kişinin sosyo-ekonomik düzeyi düştükçe algılanan sağlığın da düştüğü bulunmuştur (Şimşek, ve diğerleri, 2012). Araştırmamızdan elde edilen bulgular yazındaki bazı çalışmalarla paralellik gösterirken bazıları ile göstermemektedir, literatürde gelir düzeyi ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi farklı tanımlayan araştırmalar mevcuttur. Bunun sebebinin araştırmaların farklı örneklem gruplarından seçilerek farklı popülasyonları temsil etmesi ve katılımcıların birbirlerinden farklı sosyo-demografik ve kültürel nitelikler taşıması olduğu düşünülmektedir. Bireylerin yaşam şartlarını, barınma olanaklarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebileceği dolayısıyla gelir düzeylerinin objektif sağlığa ve sübjektif sağlığa yani sağlık algısına etki edeceği düşünülmektedir.

5.3.Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Durumu ve Sağlığını Korumaya Yönelik Davranış Özelliklerine Göre AİK Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kişilerin sağlığını korumaya yönelik davranış özelliklerine bakıldığında %59'unun düzenli egzersiz yapmadığı, %41'inin düzenli egzersiz yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların "Akılcı İlaç Kullanımı" düzeylerinin "düzenli egzersiz yapma" durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Düzenli egzersiz yapan katılımcıların AİKÖ toplam puanı düzenli egzersiz yapmayan katılımcılardan daha yüksektir (Tablo 6). İlaç dışı tedavi yöntemlerinden biri olan düzenli egzersizin hekimlerce önerilmesi, birçok hastalık için önleyici olabileceği, ilaçların etkililiğini artırabileceği için önemlidir (Akıcı, Uğurlu, Gönüllü, Oktay, & Kalaça, 2002; Borman, 2009).

İlaçların olabilecek en etkili şekilde kullanılması AİK' nin temel ilkelerindedir ve bu sebeple ilaçların verimliliğini artıracak her türlü yöntem, yaşam biçimi değişikliği tedavi sürecine dahil edilmeye çalışılmalıdır. Egzersiz yapan bireylerde ilaç kullanımının azaltılmasıyla AOİK riski de azaltılmış olacaktır.

Katılımcıların %54,3'ü sigara kullanmazken, %40,3'ü sigara kullandığını, %5,4'ü de sigarayı bıraktığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların sigara içme ve alkol kullanma durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 6). Sigara ve alkol kullanımı ilacın etkilerini değiştirebilir, ilaçlarla etkileşime girerek advers etki yaratabilir (İskit, 2006; Özer & Özdemir, 2009). Sigara, alkol gibi zararlı maddelerin ilaçlar ile tüketiminin ilaç tedavisine olumsuz tesir etmesi ve istenmeyen etkilerinin AOİK' ye zemin hazırlaması sebebiyle sağlık personelleri ve hastalar tarafından kullanımı konusunda dikkatli olunması AİK' nin sağlanabilmesi adına önem arz etmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin sağlık durumu özellikleri incelendiğinde ise %33,9'unun kronik bir hastalığı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların "Akılcı İlaç Kullanımı" düzeylerinin "kronik hastalık" varlığına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). Araştırmamızda kullanılan AİK ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada da Demirtaş ve arkadaşları kronik hastalık ile AİK ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır (Demirtaş, ve diğerleri, 2018). Bu sonuç araştırmamızdan elde edilen bulgu ile benzerlik göstermektedir.

5.4.Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Durumu ve Sağlığını Korumaya Yönelik Davranış Özelliklerine Göre SA Durumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Düzenli egzersiz yapan katılımcıların SAÖ toplam puanı düzenli egzersiz yapmayan katılımcılardan daha yüksektir. Alt ölçekler ile düzenli egzersiz yapma durumuna bakıldığında ise kontrol merkezi, sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktayken kesinlik ve öz farkındalık alt ölçekleri ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 6). İlgili alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızla sonuca ulaşılmış ve sağlık algısı ile düzenli fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Aydın Dinçer, 2019; Gür & Sunal, 2019; Gür, 2017). Elde edilen bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %54,3'ü sigara kullanmazken, %40,3'ü sigara kullandığını, %5,4'ü de sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Katılımcıların sigara içme durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Alt ölçekler ile sigara içme durumuna bakıldığında da kontrol merkezi, sağlığın önemi, kesinlik, öz farkındalık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 6). İlgili alanda yapılan çalışmalara bakıldığında araştırmamızla benzer şekilde sağlık algısı ile sigara içiyor olma arasında bir ilişki bulunamamıştır (Aydın Dinçer, 2019; Çapık, 2006). Hindistan'da yapılan bir araştırmada kişilerin kendi kendine bildirilen sağlık durumu yani sağlıklarını nasıl algıladığını bildirmesi ile tütün kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Hirve, 2014). Elde edilen bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir.

Katılımcıların %39,6'sı alkol kullandığını, %60,4'ü alkol kullanmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Alt ölçekler ile alkol kullanma durumuna bakıldığında ise kesinlik, öz farkındalık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktayken, kontrol merkezi ve sağlığın önemi alt ölçekleri ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 6). İlgili alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tuğut ve Bekar'ın çalışmasında, sağlık algısı ile alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki olduğu, alkol tüketmeyen bireylerin sağlık algısının daha yüksek olduğu bulunmuş, Kolaç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da alkol tüketimi ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tuğut & Bekar, 2008). Elde edilen bulgular literatürde yer alan bazı çalışmalar ile benzerlik gösterirken bazıları ile farklılık göstermektedir. Sağlık algısı, sağlığın geliştirilmesinin unsurlarını oluşturmaktadır (Gür, 2017). Sigara ve alkol gibi zararlı maddeleri tüketmek, sedanter yaşam, yeterli ve dengeli beslenememek, zayıf/ kötü stres yönetimi, kendini gerçekleştirememek, sağlıklı sosyal ilişkiler kuramamak birçok hastalık için risk faktörü olabileceği gibi bu hastalıklar ve yaşam tarzı alışkanlıkları bireylerin sağlık algısını doğrudan etkileyebileceği için öte yandan kötü sağlık algısı, morbidite ve mortalite riskini artırdığı için bu kısır döngüye olumlu katkı sağlayabilecek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olunması ve zarar verebilecek her türlü davranıştan uzak durulması önem arz etmektedir.

Katılımcıların "sağlık algısı" düzeylerinin düzenli "kronik hastalık" varlığına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kronik bir hastalığa sahip olmayan bireylerin SAÖ toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olan bireylerden daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise kronik hastalığa sahip olma durumuna göre kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmamaktayken, kontrol merkezi alt ölçekleri ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 7). İlgili alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık algısı ile kronik hastalık varlığının ilişkili olduğu bulunmuştur (Şen, 2019; Özdemir, 2018; Çilingir & Aydın, 2017; Tuğut & Bekar, 2008; Çapık, 2006). Erengin ve Dedeoğlu (1997)'na göre de kronik hastalıklar sağlık algısını olumsuz etkilemektedir. Kanada' da yer alan 13.995 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada da araştırmamıza benzer olarak kronik hastalıkların varlığının sağlık algısını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızda elde ettiğimiz kronik hastalıklar ile sağlık arasındaki ilişkinin varlığı literatürle paralellik göstermektedir. Kronik hastalıkların beraberinde getirdiği; semptomlar, ağrılar, devamlı ilaç kullanma gereksinimi, düzenli hekim kontrolleri, yaşam alışkanlıklarını hastalığa göre yeniden düzenleme ihtiyacı ve zorunluluğu, tedavi masrafları, rol kayıpları, sosyal izolasyon gibi bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal bağlamda olumsuz etkilenmelerine dolayısıyla yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun azalmasına sebebiyet vererek algıladıkları sağlığı etkilemesi beklenmektedir.

5.5.Araştırmaya Katılan Kişilerin İlaç Kullanım Durumu ve İlaç Kullanım Alışkanlıklarına Göre AİK Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kişilerin ilaç kullanım durumuna bakıldığında %34,9'unun düzenli olarak ilaç kullandığı; %13,8'inin düzenli olarak kullandığı ilaç sayısının 1 olduğu, %8,4'ünün düzenli olarak kullandığı ilaç sayısının 2 olduğu, %6,4' ünün düzenli olarak kullandığı ilaç sayısının 3 olduğu, %1,7'sinin düzenli olarak 4 ilaç kullandığı, %4,9'unun 4'ten fazla ilaç kullandığı öğrenilmiştir. Katılımcıların "Akılcı İlaç Kullanımı" bilgi düzeylerinin "düzenli ilaç kullanma" durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). Demirtaş ve arkadaşları çalışmasında düzenli ilaç kullananlarda AİK düzeyini daha düşük bulmuşlardır (Demirtaş, ve diğerleri, 2018). Çalışmamızdan elde edilen bulgu literatürle farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %93,9'u ilaç kullanım nedenini biliyorken %6,1'i ilacını neden kullandığını bilmemektedir. Katılımcıların ilaç kullanım nedenini bilme durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İlaç kullanma nedenlerini bilen katılımcıların AİKÖ toplam puan ortalamaları ilaç kullanma nedenlerini bilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. (Tablo 7). Araştırmaya katılan katılımcıların %95,8'i ilaç kullanımının nasıl olduğunu biliyorken %4,2'si ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğini bilmemektedir. Katılımcıların ilaç kullanımının nasıl olduğunu

bilme durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İlaçlarını nasıl kullanacağını bilen katılımcıların AİKÖ toplam puan ortalamaları İlaçlarını nasıl kullanacağını bilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. (Tablo 7). Araştırmaya katılan katılımcıların %93,9'u ilaç kullanımı konusunda bilgilendirildiğini, %6,1'i ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilme durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7). Akıcı ve arkadaşlarının 4470 hastayla yaptığı çalışmasında da araştırmamıza benzer şekilde katılımcıların %11,4'ü ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğini bilmemektedir (Akıcı, Mollahaliloğlu, Özgülcü, Dönertaş, & Alkan, 2015). Emik' in Antalya ilinde 301 kişiyle yaptığı çalışmasında ise katılımcıların %31,5'i kullandıkları ilaçların isimlerini, %14,2'si ilaçları niçin kullandıklarını bilmemektedir (Emik, 2018). Katılımcıların prospektüsleri okurken zorluk çekme durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($U=15800,00$; $p=,010$). Prospektüsleri okurken anlamakta güçlük çekmeyen katılımcıların AİKÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 7). İlgili alanda yapılan çalışmalara bakıldığında; araştırmaya katılan kişilerin ilaçların kullanım ölçüsü ya da nasıl kullanılması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları gözlemlenmiştir (Ekici, Kurutçu, & Uysal, 2019). Çalışmamızda ise hastaların bir kısmı ilaçlarının neden ve nasıl kullanılması gerektiğini bilmediğini, prospektüsleri anlamakta güçlük yaşadığını, ilaç kullanımı konusunda gerekli bilgilendirmelerin sorumlu taraflarca yapılmadığını ve sağlık çalışanı olmayan tanıdıkları tarafından bilgi aldığını, yakınlarına ilaç tavsiyesinde bulunmakta herhangi bir sakınca görmediğini ifade etmişlerdir (Tablo 7). Bilinmektedir ki hasta uyuncunun azalmasının başlıca sebeplerinden birisi de hastaların tedavi ve ilaç kullanımı hakkında yeterince bilgilendirilmemesidir (Toklu, Akıcı, Uysal, & Dülger, 2010). Hastaların doğru ilaç kullanım bilgisine sahip olmaması tedavilerin yarım kalmasına dolayısıyla akılcı olmayan ilaç kullanımına ve atık ilaçların sayısının artmasına neden olmaktadır (Çot, Aytaç, & Akbaba, 2019). Karşılaşılan bu durumun hastaların ilaçlarını yanlış ya da eksik kullanarak ilaçtan optimal faydayı sağlayamamalarına dolayısıyla yeterli ve doğru tedaviyi alamamalarına, ilaç bağımlılıklarının geliştirilmesine, morbidite ve mortalitenin artmasına, advers ilaç reaksiyonlarına, atık ilaçların oranının artmasına, antibiyotik direncinin gelişmesine sebep olabileceği diğer bir ifadeyle AOİK' ye zemin hazırladığı bu sebeple AİK' nin yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir. Ek olarak prospektüslerin hastalar için yeterince anlaşılabilir olması, ilaçların özel gruplarca da (çocuklar, hamileler ve yaşlılar) doğru kullanılabilmesi ve prospektüslerin dilinin herkes için daha anlaşılabilir ve sade bir

dille, çok fazla teknik terime kaçmadan oluşturulması AOİK' nin önlenmesi ve AİK' nin sağlanabilmesi adına son derece önemli bir konudur. Bu bilgi ve bulgulardan hareketle hasta ve yakınlarının AİK bilgi düzeylerinin artırılabilmesi adına AİK' den sorumlu paydaşlar tarafından ilacın neden verildiği, ilacın nasıl kullanılması gerektiği konusunda bilgilendirilmesi gerektiği, ilaç tedavisi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgilendirmelerin yapıldığı konusunda emin olunması gerektiği kanaatine varılmaktadır.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların %57,8'i yedekte bulunması için ilaç reçetelenmesini istemekten, %59,5'i reçetesiz ilaç kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların yedekte ilaç bulundurma durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7). Katılımcılar reçetesiz ilaç kullandıklarını; önceden reçete edilmiş ilaçları (%44,2'si), çevresindekilerin tavsiyesini (%7,9'u), kendi bilgi ve gözlemlerini (%20,9'u), televizyonda izlediklerini (%0,2'si), internetten yaptıkları araştırmaları (%6,1'i), kitap/dergi/broşürlerden ulaştıkları bilgileri (%0,7'si), doktor olmayan sağlık personellerinin tavsiyesini (%5,4'ü) göz önünde bulundurarak tercih etmekte, %59,5'i reçetesiz ilaç kullandığını ve %57,8'i yedekte bulunması için ilaç reçetelenmesini istediğini ifade etmektedir. Karataş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu oranlar şöyle bulunmuştur; katılımcıların %34,4'ü evde yedekte bulunması için ilaç yazdırmakta, %46,9'u doktora danışmadan ilaç kullanmakta, %17,2'si ise arkadaş, komşu ve akrabalarına ilaç önermekte, %14,8'i arkadaş, komşu ve akraba önerisiyle ilaç kullanmaktadır (Karataş, Dinler, Erdoğan, Ertuğ, & Seydaoğlu, 2012), Karimi ve arkadaşlarının İran' da yaptıkları çalışmalarında ise katılımcıların %76'sı kendi kendine ilaç aldığını ve %96'sının evinde ilaç depoladığını belirtmektedirler (Karimy, Rezaee-Momtaz, Tavousi, Montazeri, & Araban, 2019), bir başka çalışmada yine gerekli hallerde kullanmak üzere evde bulunması için ilaç reçetelenmesini isteyen ya da satın alarak evinde bulunduran kişilerin oranı %58,3, komşu ya da yakınlarının önerisiyle ilaç kullanmakta olanların oranı % 30,1 olarak bulunmuştur (Saygılı, Türe, Kaya, & Sönmez, 2020). Küresel anlamda da büyük bir problem olarak nitelendirebileceğimiz, "self medikasyon" olarak tanımlanan bu durum; kişilerin doktora danışmadan, bir başkasının tavsiyesi veya kendi gözlemlerine dayanarak ilaç satın almaları, evdeki ilaçlardan kullanmaları ya da bitkisel tedavi uygulamalarıdır (Juyol & Quesada, 2002). İlgili alanda yapılan çalışmalara göre hekim önermeden ilaç kullanıyor olmak ile AİK bilgi düzeyi ve davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Ercan, 2018). Bireylerin hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullanması advers ilaç reaksiyonlarına, antibiyotik direnci gelişmesine, erken teşhis imkanından yararlanamamaya, gereksiz ilaç harcamalarına neden olması sebebiyle ilaç tedavisinin icap ettiği durumlarda, AİK sürecinin muvaffakiyet ile

sürdürülebilmesi için ilaç seçimi evresi hayati önem taşır (Mollahaliloğlu, Alkan, Özgülcü, Öncül, & Akıcı, 2011; Ekenler & Koçoğlu, 2016). Doğru reçetelenmemiş ilaçlar yetersiz ve güvensiz tedaviye, hastalığın şiddetinin artmasına ya da hasta olarak geçirilen sürenin uzamasına sonuç itibarıyla hastanın fizyolojik ve ekonomik anlamda zarar görmesine sebebiyet vermektedir (Vries, Henning, Hogerzeil, & Fresle, 1994). Bu bağlamda çalışmamızda da var olan akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygınlığına ve AİK 'ye duyulan ihtiyaca bir kez daha vurgu yapabiliriz.

Katılımcıların %28,7'si AİK kavramını duyduğunu, %71,3'ü daha önce AİK kavramını duymadığını ifade etmiştir. Katılımcıların AİK kavramını duyma durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. AİK kavramını daha önce duymuş olan katılımcıların AİKÖ toplam puan ortalamaları duymayanların AİKÖ toplam puan ortalamasından daha yüksektir. (Tablo 7). Bu bilgilerden hareketle; AİK konusunun toplum tarafından bilinirliğinin artırılması, halkı AİK konusunda bilinçlendirmek AİK'nin uygulanmasının artmasına da yol açacaktır.

5.6.Araştırmaya Katılan Kişilerin İlaç Kullanım Durumuna Göre SA Durumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların "sağlık algısı" düzeylerinin "düzenli ilaç kullanma" durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları düzenli ilaç kullananlara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise düzenli ilaç kullanma durumuna göre öz farkındalık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktayken kesinlik, kontrol merkezi ve sağlığın önemi alt ölçekleri ile düzenli ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 7). Oral'ın çalışmasında ise çalışmamızdan farklı olarak sağlık algısı ile düzenli ilaç kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Oral, 2018). Düzenli ilaç kullanan bireylerde sağlık algısının yüksek çıkması veya düşük çıkması beklenilebilecek bir durumdur. İlaç kullanmak hastalık durumu ile ilgili olduğu için birey sağlık durumunu olduğundan daha kötü algılayabilir.

Katılımcıların ilaç kullanım nedenini bilme durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İlaç kullanım nedenini bilen katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları bilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise ilaç kullanım nedenini bilme durumlarına göre kontrol merkezi alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken

kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri ile ilaç kullanım nedenini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7). Katılımcıların ilaç kullanımının nasıl olduğunu bilme durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Nasıl ilaç kullanacağını bilen katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları bilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise ilaçlarının nasıl kullanılacağını bilme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7). Katılımcıların ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilme durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. İlaç kullanımı konusunda bilgilendirilen katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları bilgilendirilmeyen katılımcılara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilme durumlarına göre kontrol merkezi alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7). Katılımcıların prospektüsleri okurken zorluk çekme durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Prospektüsleri okurken zorluk çekmeyen katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları prospektüsleri anlamakta güçlük çeken katılımcılara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise prospektüsleri okurken zorluk çekme durumlarına göre kontrol merkezi, kesinlik alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Katılımcıların yedekte ilaç bulundurma durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ise prospektüsleri okurken zorluk çekme durumlarına göre sağlığın önemi, öz farkındalık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; kontrol merkezi ve kesinlik alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7). Katılımcıların reçetesiz ilaç kullanma durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ise reçetesiz ilaç kullanımı durumlarına göre alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7). İlgili alanda yapılan çalışmaya rastlanmadığı için çalışmamız ile karşılaştırma yapılamamıştır. İlaç kullanma durumu, kişiden kişiye değişkenlik göstermekle birlikte bireyin sağlığını objektif anlamda olduğundan daha vahim bir durumda algılamasına sebebiyet verebileceği gibi birey ilaç kullandığı için kendini kontrol altında ve güvende hissedebilir, ilaç tedavisi ile sağlığının iyiye gittiğini/ gideceğini düşünerek sağlığını

iyi olarak algılayabilir. İlaçlarını nasıl ve neden kullanması gerektiğini bilen, konuyla ilgili bilgilendirilen, kullandığı ilaçla ilgili prospektüste yer alan bilgileri anlayabilen bireylerin objektif sağlığı ve subjektif sağlığının olumlu yönde etkileneceği düşünülmektedir. Bu noktada ilaç kullanımıyla ilgili yeterli ve doğru bilgiye ulaşmanın akılcı ilaç kullanımı bilgisini ve uygulanabilirliğini artıracaklarını, AİK ile SA arasında anlamlı bir ilişki olduğunu hatırlamakta fayda görülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %28,7'si AİK kavramını duyduğunu, %71,3'ü daha önce AİK kavramını duymadığını ifade etmiştir. Katılımcıların AİK kavramını duyma durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. AİK kavramını daha önce duymuş olan katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları duymayanların SAÖ toplam puan ortalamasından daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise AİK kavramını duyma durumlarına göre kontrol merkezi ve kesinlik alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; öz farkındalık ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 7). İlgili alanda AİK kavramını duymuş olmak ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanamamış olması sebebiyle literatürle karşılaştırma yapılamamıştır. AİK kavramını duymuş olmanın akılcı ilaç kullanımı ve dolayısıyla sağlık algısını etkileyeceği düşünüldüğünden bu kavramın görünürlüğünün önemli olduğu düşünülmektedir.

5.7. Araştırmaya Katılan Kişilerin Farklı Kuşaklara Mensup Olma Durumları ile Akılcı İlaç Kullanımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların farklı kuşaklara mensup olma durumlarına göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Y kuşağına mensup olan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri BB ve X kuşağına mensup olanlara göre daha yüksektir (Tablo 8). Özen ve arkadaşlarının farklı kuşaklarla yaptığı çalışmasında AİK bilgi ve tutumları konusunda yaşlıların gençlere nispeten daha iyi olduğu bulunmuştur (Özen, Erten, & Bülbül, 2018). Çalışmadan elde edilen bu bulgu araştırmamızla benzerlik göstermemektedir. Yaşanılan bu durumun sebebinin yaşlı kuşaklarda kronik hastalıkların görülme sıklığının artmış olmasının beraberinde düzenli kullanılan ilaç sayısını artırmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızda düzenli olarak kullanılan ilaç sayısının en fazla BB kuşağında, ardından X kuşağında, son olarak da Y kuşağında olduğu; yine beklendiği üzere BB kuşağında polifarmasi varlığının diğer kuşaklardan fazla olduğu

görülmektedir. Yaş ilerledikçe morbidite oranlarının artışı ilaç kullanımı ve polifarmasi artışını da beraberinde getirmektedir, bu sebeple yaşlı kuşaklarda, polifarmasiden kaynaklanabilecek akılcı olmayan ilaç kullanımıyla mücadele etmekte de fayda vardır. Nitekim araştırmamızda genç kuşaklarda ilaç kullanımının yaşlı kuşaklara göre daha az ilaç kullandığı ve genç kuşakların AİK bilgi ve tutumlarının yaşlı kuşaklara göre daha yüksek seviyede olması yapılan yorumu destekler niteliktedir. Ek olarak Y kuşağına mensup bireylerin eğitim seviyesinin diğer kuşaklardan daha yüksek olması, entelektüel bilgi birikimini de artırması sebebiyle AİK düzeylerinin de daha fazla olması beklenen bir durumdur.

5.8. Araştırmaya Katılan Kişilerin Farklı Kuşaklara Mensup Olma Durumları ile Sağlık Algıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmamıza katılan bireylerin “sağlık algıları” düzeylerinin “kuşaklara göre” farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Y kuşağına mensup olan katılımcıların sağlık algıları BB ve X kuşağına mensup olanlara göre daha yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde ise farklı kuşaklara mensup olma durumlarına göre kontrol merkezi, kesinlik ve sağlığın önemi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktayken; öz farkındalık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 8). Konuyla ilgili yapılmış fazla çalışmaya rastlanmamış olmasına rağmen ulaşılan çalışmalarda şu sonuçlara ulaşılmıştır; BB ve X kuşağına mensup bireylerle yapılan çalışmada kuşaklar ile bildirdikleri sağlık durumları arasında ilişki olduğu, BB kuşağı katılımcıların X kuşağına kıyasla daha mükemmel sağlık durumu bildirdiğine ulaşılmıştır (Carter & Kelly, 2013). Pilkington ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise BB kuşağına mensup kadın ve erkek katılımcıların sağlık durumlarını mükemmel olarak bildirmeleri X kuşağına göre daha sıktır (Pilkington, Taylor, Hugo, & Wittert, 2014). BB kuşağının daha tatminkâr olmasının yanı sıra sağlıklı ve dinç olma durumunun bu yaşlı kuşağın temel değerleri arasında yer almasının; X kuşağının ise yeniliklere daha açık ve değişikliklere karşı pozitif yaklaşabilen bir kuşak olmasının bu sonuca ulaşılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber Y Kuşağına mensup bireylerin çoğunluğunun bekar bireylerden oluşması, Y kuşağının karakteristik özelliklerine bakıldığında özgürlükçü bireyler olduğu da düşünülürse kendi sağlığının kontrolünü daha fazla elinde tuttuğu algısı sağlık durumlarını daha iyi algılayabileceklerini düşündürmektedir. Ek olarak ilerleyen yaşla birlikte bilişsel fonksiyonlar ile fiziksel fonksiyonlarda meydana gelen kayıplar, entelektüel bilgi birikiminin genç

kuşaklarda daha fazla olması, multimorbidite ve polifarmasinin görülme sıklığının artması sebebiyle Y kuşağı ile diğer kuşakların sağlık algısının değişkenlik göstermiş olabileceği düşünülmektedir.

5.9. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sağlık Algıları ile Akılcı İlaç Kullanımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların sağlık algıları ile akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan analizin sonucuna göre katılımcıların sağlık algıları ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Yapılan literatür çalışması sonucu sağlık algısı ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanamaması sebebiyle elde ettiğimiz bu bulgu başka bir çalışmayla kıyaslanamamış, bu anlamda ele alınan akılcı ilaç kullanımı ve sağlık algısı değişkenleri arasındaki ilişkinin, konuya yeni bir bakış açısı kazandırdığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız farklı kuşaklarda “Akılcı İlaç Kullanımı” bilgi düzeyi ve “Sağlık Algısı” arasındaki ilişkiyi ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda maddeler halinde verilmiştir.

- Araştırmaya katılan kişilerin; %48,2’si kadın (n=196), %51,8’i erkek (n=211) tir. %49,9’u (n=203) Y kuşağı, %29’u (n=118) X kuşağı, %21,1’i (n=86) BB kuşağıdır.
- Araştırmaya dahil olan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ölçeğine verdiği yanıtların toplam ortalaması 36,7568, en az puanı 21 ve en fazla puanı 42; sağlık algısı ölçeğine verdiği yanıtların toplam ortalaması 49,9361, en az puanı 28 ve en fazla puanı 74 olarak belirlenmiştir.
- Yaş grubu 19-39 arasında olan katılımcıların yaş grubu 40-54 ve 55-73 olanlara göre akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri daha yüksektir. Yaş arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi azalmaktadır.
- Medeni durumu bekar olan katılımcıların medeni durumu evli olanlara göre, eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan katılımcıların eğitim durumu daha düşük olanlara göre, düzenli egzersiz yapan katılımcıların düzenli egzersiz yapmayan katılımcılara göre, sosyal güvencesi olan katılımcıların sosyal güvencesi olmayan katılımcılara göre, ilaç kullanım nedenini bilenlerin bilmeyenlere göre, ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğini bilen katılımcıların bilmeyenlere göre, ilaçlar konusunda sağlık personelleri tarafından bilgilendirilenlerin bilgilendirilmeyenlere göre, prospektüsleri anlamakta güçlük çekmediğini ifade eden katılımcıların prospektüsleri okurken anlamakta güçlük çekenlere göre akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri daha yüksektir.
- Medeni durum akılcı ilaç kullanımını etkilemekteyken, eğitim seviyesi arttıkça akılcı ilaç kullanımı artmaktadır. Düzenli egzersiz yapmak, sosyal güvencenin varlığı, katılımcıların ilaçlarını neden kullandığını bilmesi, katılımcıların ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğini bilmesi, sağlık çalışanları tarafından ilaç tedavisine dair gerekli ve yeterli bilgilendirmeyi yapması akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir. Prospektüslerin anlaşılabilir olması akılcı ilaç kullanımının sağlanabilmesi için önemlidir.
- Katılımcıların “akılcı ilaç kullanımı” bilgi düzeylerinin “farklı kuşaklara” göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Y kuşağına mensup olan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri BB ve X kuşağına mensup olanlara göre daha yüksektir.

- Yaş grubu 19-39 arasında olan katılımcıların yaş grubu 40-54 ve 55-73 olanlara göre sağlık algısı düzeyleri daha yüksektir. Yaş arttıkça sağlık algısı azalmaktadır.
- Medeni durumu bekar olan katılımcıların sağlık algısı düzeyleri medeni durumu evli olan katılımcılara göre, eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan katılımcıların sağlık algıları eğitim durumu daha düşük olan katılımcılara göre, kronik hastalığı olmayan katılımcıların sağlık algıları kronik hastalığı olan katılımcılara göre, düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların sağlık algıları düzenli olarak ilaç kullanan kişilere göre, geliri giderinden fazla olan katılımcıların sağlık algıları geliri giderine denk ve geliri giderinden az olan katılımcılara göre, ilaç kullanım nedenini bilenlerin sağlık algısı ilaçlarını neden kullandığını bilmeyen katılımcılara göre, ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğini bilen katılımcıların ilaçlarının kullanım şeklini bilmeyenlere göre, ilaçlar konusunda sağlık personellerince bilgilendirilenlerin sağlık algısı bilgilendirilmeyenlere göre, prospektüsleri anlamakta güçlük çekmediğini ifade eden katılımcıların sağlık algıları prospektüsleri okurken anlamakta güçlük çekenlere göre daha yüksektir.
- Medeni durum sağlık algısını etkilemekteyken eğitim seviyesinin artması sağlık algısını olumlu yönde etkilemektedir. Kronik hastalıkların varlığı, düzenli olarak ilaç kullanma durumu sağlık algısını olumsuz etkilemektedir. Gelir düzeyi sağlık algısını etkilemektedir. Katılımcıların ilaçlarını neden ve nasıl kullanması gerektiğini bilmesi, sağlık çalışanları tarafından ilaç tedavisine dair gerekli ve yeterli bilgilendirmeyi yapması, prospektüslerin anlaşılabilir olması sağlık algısını olumlu yönde etkilemektedir.
- Araştırmamıza katılan bireylerin “sağlık algısı” düzeylerinin “kuşaklara göre” farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Y kuşağına mensup olan katılımcıların sağlık algıları BB ve X kuşağına mensup olanlara göre daha yüksektir.
- Katılımcıların “kronik hastalık varlığı” durumlarının kuşaklara göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. BB kuşağı en fazla kronik hastalığı olan kuşak iken, ikinci sırada X kuşağı gelmiş ve en genç kuşak olan Y kuşağında da bu durum değişmemiş, kronik hastalık oranı en az olan grup Y kuşağı olmuştur.
- Araştırmamızda düzenli olarak kullanılan ilaç sayısının en fazla BB kuşağında, ardından X kuşağında, son olarak da Y kuşağında olduğu; yine beklendiği üzere BB kuşağında polifarmasi varlığının diğer kuşaklardan fazla olduğu görülmektedir.
- Sağlık algıları ve akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Öneriler:

- Toplum, AOİK' yi oluşturan parametreler, AOİK ile mücadele yöntemleri ve AİK konusunda bilinçlendirilmeli; bireylerde AİK konusunda olduğu kadar AOİK konusunda da farkındalık yaratılmalı, bu iki konu beraber ele alınmalıdır.
- Örgün eğitimlerin yanı sıra halk eğitim programları ile kitle iletişim araçlarının daha yaygın kullanılması, bilgilendirici reklam ve yayınların hazırlanması, sosyal medya kanallarıyla devlet destekli yapılacak bilgilendirmeler ve çalışmalar ile AİK konusunun görünürlüğü, bilinirliği artırılmalıdır. Kazandırılan yeni davranış biçimlerinin korunması, sürekliliğinin sağlanması için bireyleri destekleyecek çalışmalar yapılmalıdır.
- Bireylerin "sağlık okuryazarlığı" düzeylerinin artırılmasıyla AİK konusunda farkındalık geliştirilebileceği düşünülmektedir. Bununla beraber hasta ve yakınları ile iletişim kurarken sağlık personellerince "bilgi asimetrisi" konusuna dikkat edilmesi önemlidir.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini kavranması ve uygulanmalarının yaygınlaştırılabilmesi için toplumun bütün kesimlerini kapsayacak şekilde çalışmalar yapılması gerekmektedir. Özellikle yaşlılardan oluşan BB kuşağının polifarmasi konusunda bilincinin artırılmasına daha fazla ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.
- Kronik hastalıkların önlenmesi için düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve düzenli uyku teşvik edilmelidir. Bireysel ve toplumsal anlamda genel sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesi için politika yapıcılar, meslek örgütleri, akademik çalışanlar, sağlık çalışanları, eğitim kuruluşları, medya ve bireylerin üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmeleri önemlidir.
- Tıp fakültelerinde, hemşirelik ve eczacılık fakültelerinde müfredatlara AİK temelli dersler eklenmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Hekimler, hemşireler ve eczacılara yönelik hizmet içi eğitim çalışmaları artırılmalıdır.
- Artık ilaçlar konusunda bilgilendirme ve atık ilaç bertarafı için atık ilaç toplama kampanyaları yapılabilir. Bu konuda yapılacak bilgilendirmelerde atık ilaçların insan ve çevre sağlığına, ülke ekonomisine verdiği zararlar konusunda da bilinç oluşturulmalıdır.
- Eğitim düzeyi düşük bireylerin, yaşlı bireylerin ve yakınlarının öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla bilgilendirilme ve takibinin yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Birincil, ikincil, üçüncül korunma ve birinci, ikinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ve sık sık taramalar yapılması önerilmektedir.
- İlaç tedavisi düzenlenirken hekimlerin, eczacıların, hasta yakınlarının özellikle yaşlı kuşaklarda AİK ilkelerinin uygulanmasında; advers ilaç reaksiyonlarına, hastanın yeterli tedavi alamamasına, ilaç kullanımı unutkanlıklarına dair hastayı ve süreci gözlemlemeleri,

takip etmeleri önerilmektedir. Advers ilaç reaksiyonlarının bildirilmesinin önemi hastalara ve toplumun diğer fertlerine vurgulanarak toplum sağlığına katkıda bulunulması sağlanmalıdır.

- Self medikasyon ve riskli davranışların önüne geçmek için bireylerin ilaçlara ulaşımına kısıtlamalar ve hastaları yönlendirici düzenlemeler getirilmeli, var olan kısıtlamaların denetimi sağlanmalı, ilaç politikalarında bu soruna odaklanılmalıdır.
- Bireylerin birlik, beraberlik ve dayanışma duygularına erişebileceği, duygusal ihtiyaçlarını karşılayabileceği aktiviteler ve sosyal çevrelere katılımlarının sağlanabilmesi için devletin ilgili organları, sivil toplum kuruluşları, aile fertleri, gönüllülerce uygun zeminler ve ortamlar yaratılmalıdır.
- Politika yapıcılar ve uygulayıcılar toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek adına gerekli adımları atarak toplumsal sağlık statüsünü ve refahı artırmayı hedeflemelidir. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik açısından gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Önerdiğimiz tüm bu maddeler planlanırken kuşaklar arası farklılıklara odaklanmak, farklı kuşaklara mensup bireylerin motivasyon ve değer yargıları göz önünde bulundurularak yapılan çalışmalarda verimi artırabilir.
- Akılcı ilaç kullanımı, sağlık algısı ve farklı kuşaklara mensup olma durumu arasındaki ilişki yapılan araştırma ile ortaya konmuştur. Akılcı ilaç kullanımı, sağlık algısı ve kuşaklara ait farklılıklar arası ilişkiyi etkileyen faktörlerin ortaya konması için farklı bölgelerde, farklı örneklemeler ile çalışmaların yapılması ve bu farklılıkların nelerden kaynaklandığı, temellerinin araştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Açıksöz, S., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 181-187.
- Adıgüzel, O., Batur, H. Z., & Ekşili, N. (2014). Kuşakların Değişen Yüzü ve Y Kuşağı İle Ortaya Çıkan Yeni Çalışma Tarzı: Mobil Yakalılar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 165-182.
- Agrawal, A., Aronson, J. K., Britten, N., Ferner, R. E., Smet, P. A., Fialová, D., . . . Velo, G. (2009). Medication errors: problems and recommendations from a consensus meeting. *Br J Clin Pharmacol*, 592-598.
- Ağlargöz, F. (2017). Kuşaklararası Sosyal Medya. H. H. Özkoç, & F. Bayraktaroğlu (Dü) içinde, *Kuşak Kavramına Disiplinler Arası Bakış* (Cilt 3, s. 173-202). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ağlargöz, O. (2017). Kuşaklar ve Çalışma Hayatı. H. H. Özkoç, & F. Bayraktaroğlu (Dü) içinde, *Kuşak Kavramına Disiplinler Arası Bakış* (Cilt 3, s. 27-57). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Aka, B. (2017). *Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Yöneticilerin Kuşak Farklılıkları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma*. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Akıcı, A., & Kalaça, S. (2013). *Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı* (Cilt SGK Yayın No: 93). (A. Akıcı, Dü.) Ankara: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. <http://www.tki.gov.tr/Dosyalar/Dosya/akilciilackul.pdf> adresinden alındı
- Akıcı, A., & Ulupınar, S. (2013). *Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları İçin Akılcı İlaç Kullanımı*. Ankara: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı.
- Akıcı, A., Mollahaliloğlu, S., Özgülcü, Ş., Dönertaş, B., & Alkan, A. (2015). Birinci Basamak Sağlık Merkezlerine ve Devlet Hastanelerine Başvuran Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetinin Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician*, 6(1), 30-39.
- Akıcı, A., Uğurlu, M. Ü., Gönüllü, N., Oktay, Ş., & Kalaça, S. (2002). Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(7).

- Akl, O. A., Mahalli, A. A., Elkahky, A. A., & Salem, A. M. (2014). WHO/INRUD drug use indicators at primary healthcare centers in Alexandria, Egypt . *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 54-64.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler . *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 181-189.
- Altuntuğ, N. (2012). Kuşaktan Kuşağa Tüketim Olgusu ve Geleceğin Tüketici Profili. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 203-212.
- Alwin, D. F. (2002). generations x, y and z: are they changing america? *contexts*, 42-51.
- Arslan, A., & Staub, S. (2015). Kuşak Teorisi ve İşgirişimcilik Üzerine Bir Araştırma. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(11), 1-24.
- Arslan, B., & Nur, E. (2018). Teknolojinin Yeni Çocuğu: K Kuşağı. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi* , 329-347 .
- Arslan, B., & Nur, E. (2018). Teknolojinin Yeni Çocuğu: K Kuşağı. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 329-347.
- Ayaz, S., Tezcan, S., & Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* , 26-34.
- Aydın Dinçer, G. B. (2019). *Fizyoterapi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi*. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Isparta: T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aydın, B., & Gelal, A. (2012). Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü . *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 57-63.
- Aygenoğlu, K. (2015, Haziran). X ve Y Kuşaklarının Kurumsal İş Hayatında İnsan Kaynağı Açısından Stratejik Yönetimi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul , Türkiye: Maltepe Üniversitesi; Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ayhün, S. E. (2013). Kuşaklar Arasındaki Farklılıklar ve Örgütsel Yansımaları. *Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 93-112.
- Ayrancı, M. (2016). Hastalarda Çoklu İlaç Kullanımı. *12. Ulusal Acil Tıp Kongresi*. Antalya.
- Bairami, F., Soleymani, F., & Rashidian, A. (2016). Improving Injectable Medicines Prescription in Outpatient Services: A Path Towards Rational Use of Medicines in Iran. *Int J Health Policy Manag*, 321-324.
- Beutell, N. J. (2013). Generational Differences in Work-Family Conflict and Synergy. *International journal of environmental research and public health* , 10(6), 2544–2559. doi:10.3390/ijerph10062544
- Birinci, E. (2019). *Y Kuşağının Yaşlı ve Yaşlılık Algısı*. Ankara: Gazi Kitabevi.

- Borman, P. (2009). Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 72-74.
- Canizares, M., Gignac, M., Hogg-Johnson, S., Glazier, R. H., & Badley, E. M. (2016). Do baby boomers use more healthcare services than other generations? Longitudinal trajectories of physician service use across five birth cohorts. *BMJ Open*, 1-10.
- Carter, M. R., & Kelly, R. K. (2013). Self-Reported Health Status, Body Mass Index, and Healthy Lifestyle Behaviors Differences Between Baby Boomer and Generation X Employees at a Southeastern University. *Workplace Health Safety*, 61(9), 409-419. doi:10.1177/216507991306100906
- Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, K., & Rivera, A. M. (2006). *Health financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Utilization and Health Care Expenditure*. Geneva: World Health Organization.
- Chareonkul, C., Khun, V. L., & Boonshuyar, C. (2002). Rational Drug Use In Cambodia: Study of Three Pilot Health Centers In Kampong Thom Province. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 418-424.
- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M., & Poon, L. W. (2011). The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old Adults. *Journal of Aging Research*.
- Cingil, D., Delen, S., & Aksuoğlu, A. (2009). Karaman İl Merkezinde Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının İlaç Kullanım Durumlarının ve Bilgilerinin İncelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(8), 551-556.
- Comeau, J. D., & Tung, L. C. (2013). Re-defining the Concepts of Generational Labelling Perspective from Malaysia. *ARPN Journal of Science and Technology*, 259-276.
- Cooper, J. A., Cadogan, C. A., Patterson, S. M., Kerse, N., Bradley, M. C., Ryan, C., & Hughes, C. M. (2015). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open*.
- Çabuk, Ç. (2019). *60 Yaş Üstü Bireylerin Yaşam Doyumu, Sağlık Algısı ve Boş Zaman Aktivite Tercihlerinin İncelenmesi*. Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Mersin: Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Çaka, S. Y., Topal, S., Suzan, Ö. K., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2017). Hemşirelik Öğrencilerin Sağlık Algısı İle Özgüvenleri Arasındaki İlişki. *Journal human rhythm*, 3(4), 199-203.
- Çakmak, R. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı. *İ. Ü. İTF İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı*.

- Çapık, C. (2006). Yoksul Ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*. İzmir.
- Çarıkçı, İ. H., & Kaplan, B. T. (2018). İş Dünyasında Jenerasyonlar: X, Y ve Z Jenerasyonları Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 04(01), 25-32.
- Çelik, S., Alacadağ, M., Erduran, Y., Erduran, F., & Berberkayar, N. (2010). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin antibiyotik kullanma durumlarının incelenmesi . *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* , 1124-1135.
- Çilingir, D., & Aydın, A. (2017). Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Algısı . *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 167-176.
- Çot, D. A., Aytaç, N., & Akbaba, M. (2019). Adana Çukurova İlçesinde Yaşayan Hane Halkının Atık İlaç Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(3), 398-405.
- Demir, E., Saatçioğlu, Ö., & İmrol, F. (2016). Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Eğitim Araştırmalarının Normallik Varsayımları Açısından İncelenmesi. *Curr Res Educ*, 2(3), 130-148.
- Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., . . . Metintaş, S. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 37-46.
- Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (2013). *Kocaeli Derince Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu*. Çalıştay Raporu, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli. Temmuz 17, 2020 tarihinde <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=509> adresinden alındı
- Dimock, M. (2019, Ocak 17). *Defining Generations: Where Millennials End and Generation Z Begins*. Nisan 2, 2020 tarihinde Pew Research Center Web Sitesi: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/01/17/where-millennials-end-and-generation-z-begins/> adresinden alındı
- Dişçigil, G., & Tekin, N. (2007). Geriatriye Uygun İlaç kullanımı ve Polifarmasi. *Aile Hekimleri İçin Geriatri El Kitabı*(24), 139-147. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları.
- Dönergöz, A. B. (2020). *Ebeveynlerin Sağlık Algısı ve Akılcı İlaç Kullanım Tutumları*. Hemşirelik Anabilim Dalı. Kars: T.C. Kafka Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Drago, J. (2006). *Generational Theory: Implications for Recruiting the Millennials*.
- DSÖ. (tarih yok).

- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik. (2014, Nisan 12). Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik. *Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik Birinci Bölüm*(Resmî Gazete Sayısı: 28970).
- Ekenler, Ş., & Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 44-55.
- Ekici, M. A., Kurutçu, Ş., & Uysal, B. (2019). Erişkinlerdeki Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. *Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi*, 179-189.
- Eletter, S., Sulieman, M., & AlNaji, L. (2017). Generational Diversity and Work Values. *Journal of Hotel & Business Management*, 1-5.
- Emik, K. Y. (2018). *İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Akılcı İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi*. T.C. İstanbul Üniversitesi. İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Ercan, T. (2018). *Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi.
- Ercan, T., & Biçer, D. F. (tarih yok). Tüket.
- Ercan, T., & Top, M. (2016). İlaç Tanıtım ve Pazarlama Faaliyetlerinin Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 01-07.
- Erengin, H., & Dedeoğlu, N. (1997). Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu Algılanan Sağlık. *Toplum ve Hekim*, 11-6.
- Ertaş, H., & Kıracı, F. Ç. (2019). Hastaların Sağlık Algı Düzeylerinin İncelenmesi. *Değer Temelli Sağlık Hizmetleri* (s. 320-328). 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.
- Freeman, L. M., Trower, C. A., Tan, R. J., & Terkla, D. G. (2009). Comparison of Attitudes Between Generation X and Baby Boomer Veterinary Faculty and Residents. *Journal of Veterinary Medical Education*, 36(1), 128-134. doi:10.3138/jvme.36.1.128
- Fried, T. R., O'Leary, J., Towle, V., Goldstein, M. K., Trentalange, M., & Martin, D. K. (2015). Health Outcomes Associated with Polypharmacy in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*(62(12): 2261–2272).
- Goodman, C. S. (2014). *HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment*. Virginia: National Library of Medicine .

- Göksel, S. Ü. (2011). Polifarmasi. S. Ü. Göksel, & M. A. Yalçın (Dü) içinde, *Geriatride Sık Rastlanan Tıbbi Sorunlar* (s. 7-40). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ayın Kitapları Serisi.
- Göktaş, P. (2016). Y Kuşağının İletişim Sorunlarının Analizi ve Çözüm Önerileri: Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Meslek Yüksekokulu Örneği. *Karadeniz Teknik Üniversitesi İletişim Araştırmaları Dergisi*, 32-50.
- Gül, E. (2018). *Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi*. Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programı. Malatya: T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Güler, E. (2018). *İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Malnütrisyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gazimağusa.
- Gür, G. (2017). *Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık BilimleriEnstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Gür, G., & Sunal, N. (2019). Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 209-219. doi:10.17681/hsp.420313
- Gürbüz, S. (2015). Kuşak Farklılıkları: Mit mi, Gerçek mi? . *İş ve İnsan Dergisi*, 39-57.
- Hatipoğlu, S., & Özyurt, B. C. (2016). Manisa İlindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerinde Akılcı İlaç Kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 1-8.
- Henchoz, Y., Gunten, A. v., Büla, C., Seematter-Bagnoud, L., Nanchen, D., Démonet, J.-F., . . . Santos-Eggimann, B. (2019). Do baby boomers feel healthier than earlier cohorts after retirement age? The Lausanne cohort Lc65+ study. *BMJ Open* , 1-8.
- Hirve, S. (2014). 'In General, How Do You Feel Today?' Self-Rated Health in the Context of Aging in India. *Global Health Action*, 1-7. doi:10.3402/gha.v7.23421
- Holloway, K. (2009, November). Rational use of drugs: an overview, Adverse drug events. *Department of Essential Medicines and Pharmaceutical Policy TBS 2009*. World Health Organization.
- Humpel, N., O'Loughlin, K., Wells, Y., & Kendig, H. (2010). The health of Australian baby boomers. *Australas J Ageing*, 8-13. doi:10.1111/j.1741-6612.2010.00412.x
- İnce, F. (2018). *Kuşaklararası Etkin İletişim Ve Davranış*. Konya: Eğitim Yayınevi.

- İncesu, E. (2017). Akılcı İlaç Kullanımında Sağlık Okuryazarlığı: Bir Kamu Hastanesi Yatan Hastaları Üzerine Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 28-38. doi:10.5455/sad.13-1483603442
- İskit, A. B. (2006). Akılcı İlaç Kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(7).
- Juyol, M. H., & Quesada, J. R. (2002). Dentistry and self-medication: a current challenge. *Medicina oral*, 7, 344–347. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12415218/> adresinden alındı
- Jürges, H., Avendano, M., & Mackenbach, J. P. (2008). Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol*(23), 773–781. doi:DOI 10.1007/s10654-008-9287-6
- Karataş, Y., Dinler, B., Erdoğan, T., Ertuğ, P., & Seydaoğlu, G. (2012). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37(1), 1-8.
- Karimy, M., Rezaee-Momtaz, M., Tavousi, M., Montazeri, A., & Araban, M. (2019). Risk factors associated with self-medication among women in Iran. *BMC Public Health*, 19. doi:10.1186/s12889-019-7302-3
- Kılıç, N. P. (2018). Kuşaklararası İletişim: Üniversite Öğrencilerinin Yaşlılarla İletişim Biçimleri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 849-860.
- Kılıç, R. (2020). *Denizli İli Pamukkale İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı*. Denizli : T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Koç, N. (2020). *Tarım İşçilerinin Yaşam Koşulları, Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Aydın.
- Kraus, M. (2017). Comparing Generation X and Generation Y on their preferred emotional leadership style. *Journal of Applied Leadership and Management*, 62-75.
- Kutsal, Y. G. (2006). Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*(Özel Sayı), 37-44.
- Kutsal, Y. G. (2013). Ülkemizde Yaşlı Sağlığı. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği*, 3(6), 1-8.
- Lancaster, L. C., & Stillman, D. (2002). *When Generations Collide*. New York: Harper Collins.

- Latif, H., & Serbest, S. (2014). Türkiye'de 2000 Kuşağı ve 2000 Kuşağının İş ve Çalışma Anlayışı. *Gençlik Araştırmaları Dergisi*, 132-163.
- Lotfi, A., Kabiri, S., & Ghasemlou, H. (2013). Değerler Değişimi ve Kuşaklararası Çatışma: İran Khoy Kenti Örneği. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 93-113.
- McCrindle . (2017, Temmuz 7). *Generation next: Meet Gen Z and the Alphas*. Haziran 11, 2020 tarihinde McCrindle Web Sitesi: <https://mccrindle.com.au/insights/blog/generation-next-meet-gen-z-alphas/> adresinden alındı
- Mollahaliloğlu, S., Alkan, A., Özgülcü, Ş., Öncül, H. G., & Akıcı, A. (2011). *Hekimlerin Akılcı Reçeteleme Yaklaşımı*. Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı. http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2013/05/hekimlerin_akilci_receteleme_yaklasimi.pdf adresinden alındı
- Mollahaliloğlu, S., Alkan, A., Özgülcü, Ş., Öncül, H. G., & Güney, Z. (2011). *Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı*. (R. Akdağ, Dü.) Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Morsümbül, Ş. (2014). *Değerlerin Kuşaklar Arası Değişimi: Ankara Örneği*. Hacettepe Üniversitesi , Sosyoloji Anabilim Dalı . Ankara: Sosyal Bilimler Enstitüsü . Kasım 7, 2019 tarihinde <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/1365/135f4436-ec9d-4d53-a465-9fb1d96b70d7.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden alındı
- Murray, D., & Chua, S. (2014). *Proceedings of the European Conference on Management, Leadership*, 192.
- Okamoto, S., Okamura, T., & Komamura, K. (2018). Employment and Health After Retirement In Japanese Men. *Bulletin of the World Health Organization*, 96, s. 826–833. doi:doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.215764>
- Okan, E. Y., & Yalman, N. (2013). Türkiye'de Tartışmalı Reklamlar: Kuşaklar Arası Karşılaştırma. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 135-152.
- Oral, B. (2018). *Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). *OECD Data*. OECD Web Sitesi: <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm> adresinden alındı
- Önal, A. E., Erbil, S., Gürtekin, B., Ayvaz, Ö., Özel, S., Cevizci, S., & Güngör, G. (2009). İki İlköğretim Okulunda Öğrencilerin Kendi Sağlıklarını Algılama Düzeyi ve Bildikleri Sağlık Sorunları . *Nobel Medicus*, 24-28.
- Özçelikay, G. (2001). Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Bir Pilot Çalışma. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 30(2), 9-18.
- Özdemir, B. (2018). *Sağlık Algısı ve Sağlık Kullanımı İlişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi , Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı , İstanbul.
- Özel, Ç. H. (2017). Kuşak Kavramı ve Turizme Yansımaları. H. H. Özkoç, & F. Bayrakdaroğlu (Dü) içinde, *Kuşak Kavramına Disiplinler Arası Bakış* (Cilt 3, s. 1-25). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özel, Ç., & Büyüktanır, B. G. (2011). Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin ve Eczacının Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü. *Journal of Istanbul University Law Faculty*, 327-344.
- Özen, B., Erten, Z. K., & Bülbül, T. (2018). Kuşaklar Arası Akılcı İlaç Kullanımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(3), 199-204.
- Özer, E., & Özdemir, L. (2009). Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 42-51.
- Özkan, Ş., & Aca, Z. (2020). Akılcı İlaç Kullanımında Sağlıklı Yaşam Becerilerinin Etkisi. (E. Cam, & S. Demir, Dü) *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(2), 273-288. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1448203> adresinden alındı
- Patalano, C. (2008). A Study of the Relationship Between Generational Group Identification and Organizational Commitment: Generation X vs. Generation Y. H. Wayne Huizenga School of Business & Entrepreneurship Nova Southeastern University Doctor of Business Administration.
- Pilkington, R., Taylor, A. W., Hugo, G., & Wittert, G. (2014). Are Baby Boomers Healthier than Generation X? A Profile of Australia's Working Generations Using National Health Survey Data. *PLoS ONE* 9(3), 1-7.

- Pınar, N. (2017). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34-40.
- Pınar, N., Karataş, Y., Bozdemir, N., & Ünal, İ. (2013). Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 639-650. doi:10.5455/pmb.1-1344333007
- Rahman, M. O., & Barsky, A. J. (2003). Self-Reported Health Among Older Bangladeshis: How Good a Health Indicator Is It? *The Gerontologist*, 43(6), 856–863. <https://doi.org/10.1093/geront/43.6.856> adresinden alındı
- Saha, S., & Hossain, M. T. (2017). Evaluation of Medicines Dispensing Pattern of Private Pharmacies in Rajshahi, Bangladesh. *BMC Health Services Research*, 136.
- Salahuddin, M. M. (2010). Generational Differences Impact On Leadership Style And Organizational Success . *Journal of Diversity Management* , 1-6.
- Saygılı, M., Türe, A. K., Kaya, M., & Sönmez, S. (2020). Eczaneye Başvuran Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 529-540.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Social Determinants of Health Discussion: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf adresinden alındı
- Soysal, A., & Şahin, E. (2020). Akılcı ilaç kullanımı: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 175-182.
- Şen, S. K. (2019). *Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki*. İzmir: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği.
- Şendir, M., Çelik, Z., Güzel, E., & Büyükyılmaz, F. (2015). Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15-22.
- Şengül, B. N. (2021). *FARKLI KUŞAKLARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE SAĞLIK ALGISININ İNCELENMESİ*.
- Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., . . . Çiftçi, Ş. (2012). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 151-157.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü . (2019, Eylül 30). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni* . Kasım 19, 2019 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sitesi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,57543/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-haber-bulteni.html> adresinden alındı
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). Using multivariate statistics. 5.
- Taylor, C. J. (2008). *Whither march the cohorts: The validity of generation theory as a determinant of the sociocultural values of Canadian Forces personnel* . Canadian Forces College . Nisan 17, 2020 tarihinde <https://www.cfc.forces.gc.ca/259/281/280/taylor.pdf> adresinden alındı
- Tetyana I., L., & Tetyana, B. P. (2016). Generational Theory: Value-Oriented Approach. *Бизнес Информ*, 24-30.
- TİTCK. (t.y.). *Akılcı İlaç Kullanımı, Dikkat Edilmesi Gerekenler*. Mart 20, 2020 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Web Sitesi: http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=85 adresinden alındı
- Toklu, H. Z., & Dülger, G. A. (2011). Akılcı ilaç kullanımı ve eczacının rolü. *Marmara Pharmaceutical Journal* , 89-93.
- Toklu, H. Z., Akıcı, A., Uysal, M. K., & Dülger, G. A. (2010). Akılcı İlaç Kullanımı Sürecinde Hasta Uyuncuna Hekim ve Eczacının Katkısı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14(3), 139-145. doi:10.2399/tahd.10.139
- Tolbize, A. (2008). Generational differences in the workplace. *Research and training center on community living*, 1-21.
- Topgül, T. Ç. (2015). *Y Nesli Üzerine Sosyolojik Bir Analiz*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Tuğrul, B., Ertürk, H. G., Altınkaynak, Ş. Ö., & Güneş, G. (2014). Oyunun Üç Kuşaktaki Değişimi. *The Journal of Academic Social Science Studies* , 1-16.
- Tuğut, N., & Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 17-26.
- TÜİK. (2019). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2018*. Türkiye İstatistik Kurumu.
- TÜİK. (2019). *İl, tek yaş ve cinsiyete göre nüfus, 2007-2018* . Kasım 18, 2019 tarihinde TÜİK Web Sitesi: http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1059 adresinden alındı

- TÜİK. (2019, Kasım 12). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018*. Aralık 20, 2019 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu Web Sitesi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30624> adresinden alındı
- Türk Dil Kurumu. (2019). *TDK*. Kasım 27, 2019 tarihinde Türk Dil Kurumu web sitesi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c6be da23a7b36.34288275 adresinden alındı
- Türk Dil Kurumu. (t.y.). *Güncel Türkçe Sözlük*. Mayıs 7, 2020 tarihinde Türk Dil Kurumu Web Sitesi: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- Utli, H., & Turan, M. (2020). 0-12 Yaş Arası Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *EGE HFD*, 36(2), 87-95.
- Uzuntarla, Y., & Uzuntarla, F. (2019). Ambalaj Atığı Toplayan Kişilerin Sağlık Algılarının İncelenmesi. *Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi*, 2(2), 69-75.
- Voisine , M. T., Johnson, M. R., Mukunda, S., Vovnoboy , I., Miller, D., Lee, W., & Auerbach, H. (2016). Development of an Interdisciplinary Intervention to Address Polypharmacy In a Safety Net Population. *The Gerontologist*(56), 708.
- Vries, T. P., Henning, R., Hogerzeil, H. V., & Fresle, D. A. (1994). *Guide to Good Prescribing: a practical manual*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59001> adresinden alındı
- WHO. (1946, Temmuz 22). *WHO Remains Firmly Committed to The Principles Set Out in The Preamble to The Constitution*. Mayıs 7, 2020 tarihinde World Health Organization Web Sitesi: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> adresinden alındı
- WHO. (1985). *The rational use of drugs*. Report of the Conference of Experts, Geneva.
- WHO. (2002). *Promoting rational use of medicines: core components*. WHO Policy Perspectives on Medicines, Geneva.
- WHO. (2002, Eylül). *Promoting Rational Use of Medicines: Core Components*. Geneva.
- Xu, K., Carrin, G., Phuong, N. T., Long, N. H., Bayarsaikhan, D., & Aguilar, A. M. (2006). *Health Service Utilization and the Financial Burden on Households in Vietnam: The Impact of Social Health Insurance*. Geneva: World Health Organization.
- Xu, K., James, C., Carrin, G., & Muchiri, S. (2006). *An empirical model of access to health care, health care expenditure and impoverishment in Kenya: learning from past reforms and lessons for the future* . Geneva: World Health Organization.
- Yanmış, S. (2016). *Sağlık Algısının Hemodiyalize Bağımlı Olan Bireylerde Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluğuna Etkisi*. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum: T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Yapıcı, G., Balıkçı, S., & Uğur, Ö. (2011). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(4), 458-465. doi:10.5798/diclemedj.0921.2011.04.0066
- Yardan, E. D., Demirkıran, M., & Kiremit, B. Y. (2016). Türkiye Sağlık Harcamaları Trendi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 157-176.
- Yıldırım, Ö. Ö., Korkmaz, M., & Avcı, İ. A. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Farkındalıkları İle Sağlık Algılarının İncelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 251-260.
- Yılmaz, M., Kırbıyıköğlü, F. İ., Arıç, Z., & Kurşun, B. (2014). Bir Diş Hekimliği Fakültesi'ne Başvuran Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımlarının Belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39-47.
- Yüksekbilgili, Z. (2015). Türkiye'de Y Kuşağının Yaş Aralığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 259-267.
- Zemke, R., Raines, C., & Filipczak, B. (2000). Generations at work. *New York: AMACOM*.

EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın Amacı Nedir?

Çalışmanın amacı üç farklı kuşaktan seçilmiş katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri ve sağlık algıları arasında fark olup olmadığının araştırılmasıdır.

Katılma Koşulları Nedir?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için gönüllü olmanız, okuma- yazma biliyor olmanız, araştırmaya katılmanıza engel olacak bir sağlık probleminizin olmaması ve 18 yaş üstü, 74 yaşından küçük olmanız gerekir.

Nasıl Bir Uygulama Yapılacaktır?

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından anket formundaki sorular tarafınıza verilecek ve cevap vermeniz istenecektir.

Sorumluluklarım Nedir?

Araştırma ile ilgili olarak; araştırmacının sorduğu sorulara size en yakın gelen cevapları vermeniz, araştırmacının önerilerine uymak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımcı Sayısı ve Çalışmanın Süresi Ne Kadar?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 379' dur. Bu araştırma için öngörülen süre 6 aydır.

Gönüllünün Bu Araştırmadaki Toplam Katılım Süresi Ne Kadar?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 15-20 dakikadır.

Çalışmaya Katılma ile Beklenen Olası Yarar ve Riskler Nedir?

Bu araştırmada sizin için beklenen tıbbi bir yarar yoktur ancak çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilir olmasına katkıda bulunmuş olacaksınız. Çalışmamız yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmeniz beklenmemektedir. Size bu araştırmada anket formu uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etki ve risk bulunmamaktadır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

Hangi Koşullarda Araştırma Dışı Bırakılabilirim?

Araştırmaya katılma koşullarına uymuyorsanız, araştırmacı tarafından dağıtılacak olan soru formunda yer alan tüm soruları cevaplamıyorsanız, araştırmacının uygun gördüğü durumlarda araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

Araştırma Süresince Çıkabilecek Sorunlar İçin Kimi Aramalıyım?

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunu bildirmek için 0551 438 22 77 numaralı telefonda Beyza Nur ŞENGÜL'e başvurabilirsiniz.

Çalışma Kapsamındaki Giderler Karşılancak Mıdır? Çalışmaya Katılmam Nedeniyle Herhangi Bir Ödeme Yapılacak Mıdır?

Çalışma süresince herhangi bir gideriniz olmayacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmayı Destekleyen Kurum Var Mıdır?

Çalışmayı destekleyen bir kurum yoktur.

Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmemem veya Araştırmadan Ayrılman Durumunda Ne Yapmam Gerekir?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, çalışmaya katılmanın gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları

bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

Katılmama İlişkin Bilgiler Konusunda Gizlilik Sağlanabilecek Midir?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL.		
TARİH		

EK 2. TANITICI BİLGİ FORMU

A. Katılımcının sosyo-demografik özellikleri	
1. Yaşınız:	()
2. Cinsiyetiniz:	Kadın (), Erkek ()
3. Eğitim durumunuz:	Yalnızca Okur- yazar() İlköğretim mezunu () Lise mezunu() Üniversite mezunu() Lisans üstü mezunu ()
4. Medeni durum:	Evli (), Bekâr (), Boşanmış (), Eşi vefat etmiş ()
5. Gelir düzeyi:	Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla ()
6. Sosyal güvence:	Var (), Yok ()

B. Katılımcının sağlık durumu ve sağlığını korumaya yönelik davranış özellikleri	
7. Düzenli egzersiz/ fiziksel aktivite/ spor yapıyor musunuz?	Evet () Hayır()
8. Sigara kullanıyor musunuz?	Evet () Hayır () Bıraktım()
9. Alkol kullanıyor musunuz?	Evet (), Hayır ()
10. Kronik (3 ay ve daha uzun süredir devam eden) hastalığınız var mı?	Evet () Hayır ()

C. Katılımcının ilaç kullanım bilgisi ve ilaç kullanım alışkanlıkları	
11. Bir aydan daha uzun süredir düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı? (Yanıtınız “evet” ise 11a. sorusunu da	Evet (), Hayır ()

yanıtlayınız. Yanıtınız “hayır” ise 12. soruya geçiniz)	
11a. Düzenli olarak kaç farklı ilaç kullanıyorsunuz?	1(), 2(), 3(), 4(), 4’ten fazla()
Bundan sonraki soruları şu an kullandığınız veya daha önce kullandığınız ilaçları düşünerek yanıtlayabilirsiniz.	
12. İlaçlarınızı hangi hastalığınız nedeniyle kullandığınızı biliyor musunuz?	Evet (), Hayır ()
13. İlaçlarınızın nasıl kullanılacağını biliyor musunuz?	Evet (), Hayır ()
14. İlacın kullanımına dair bilgilendirildiniz mi?	Evet (), Hayır ()
15. Prospektüsleri (ilaç kutusunun içindeki ilaç bilgileri) anlamakta güçlük çektiğiniz oluyor mu?	Evet (), Hayır ()
16. Evde yedekte bulunması için reçete edilmesini istediğiniz ilaç oluyor/ oldu mu?	Evet (), Hayır ()
17. Reçetesiz ilaç kullanır mısınız?	Evet (), Hayır ()
18. “Akılcı İlaç Kullanımı” kavramını daha önce duydunuz mu?	Evet (), Hayır ()

EK 3. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Önermeler	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1) Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2) Benzer şikâyetleri 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.			

EK 4. SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz. 1=Kesinlikle katılıyorum 2= Katılıyorum 3= Kararsızım 4= Katılmıyorum 5= Hiç Katılmıyorum

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4.	Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdür.	1	2	3	4	5
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi varki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	1	2	3	4	5
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK 6. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

zeynep demirtaş <zeynepdemirtas@gmail.com>

3 Mar 2019 14:18

Alıcı: ben ▾

Merhaba,

Ölçeği ekte bulabilirsiniz.

Ölçeğe verilen cevaplar Evet:2 puan, Bilmiyorum:1 puan, Hayır:0 puan şeklinde puanlanmaktadır.

2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20. maddeler ters önerme olup tam tersi puanlanmaktadır.

İyi çalışmalar dilerim..

Beyza Sengul <beyzanursengul1995@gmail.com>, 1 Mar 2019 Cum, 10:52 tarihinde şunu yazdı:

...

hasibe kadioğlu <hasibek@gmail.com>

11 Kas 2019 Pzt 16:44

Alıcı: ben ▾

Merhaba Beyza,

Ölçeği kullanabilirsiniz,

Çalışmanızda başarılar dilerim

Beyza Sengul <beyzanursengul1995@gmail.com>, 11 Kas 2019 Pzt, 16:31 tarihinde şunu yazdı:

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısı” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

.....

Beyza Nur Şengül

30 / 06 / 2021

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Şengül, Beyza Nur
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Adana/ 1995
Telefon : 0551 438 22 77
E-posta : beyzanursengul1995@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2018

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2020	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli SHMYO	Öğr.El.