

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ÇOCUĞU HASTANEDE YATAN  
EBEVEYNLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA  
YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**BETÜL ŞEBNEM BİNER**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP**

**2020**



**T.C.**

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOCUĞU HASTANEDE YATAN EBEVEYNLERİN**

**AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK**

**TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Betül Şebnem BİNER**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Hemşirelik Anabilim Dalı'nın

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM

**GAZİANTEP**



## TEŐEKKÖRLER

Yüksek Lisans Eğitimim süresince bana rehberlik eden bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tez çalışmamın her aşamasında, yardımını esirgemeyen, her zaman destek veren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM'e,

Değerli görüş ve önerileri ile tezime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nermin OLGUN 'a ve Dr. Öğr Üye. Melike YAVAŐ ÇELİK 'e

Bu günlere gelmemde bana sevgi ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen anneme ve her anımda büyük destek veren kıymetli eşim Ali BİNER'e ve canım kızıma sonsuz sevgim ve şükranlarımı sunarım.

**Betül Şebnem BİNER**

## ÖZET

**Betül Şebnem BİNER, Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep, 2020.** Araştırmanın amacı, çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının değerlendirilmesiydi. Şanlıurfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 0-12 yaş aralığında çocuğu hastanede yatan ebeveynlerle tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Çalışma verileri 01 Ocak-31 Mart 2020 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın evrenini çocuk kliniklerinde (çocuk nöroloji kliniği, çocuk hematoloji ve onkoloji kliniği, çocuk cerrahi kliniği, genel çocuk kliniği) 0-12 yaş aralığında çocuğu hastanede yatan (tedavi gören) 918 ebeveyn oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı, çalışma grubu seçim kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 205 ebeveyn ile çalışma yürütüldü. Verilerin toplanmasında ‘Ebeveyn ve Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu’ ve ‘Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği’ kullanıldı. Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS.23 programı kullanıldı. Çalışmanın analizinde bağımsız örneklemelerde t testi, normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin karşılaştırmalarında One-Way Anova kullanıldı. Ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalaması (143,83 ± 16,54), doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması (108,96±13,01), etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalaması 34,87±5,98 olarak bulundu. Araştırmada AİKİYETÖ’nün toplam puan ortalaması ile; çocuğu düzenli olarak sağlık izlemi alan ailelerin, çocuğuna reçetesiz ilaç kullanan ailelerin, çocuğun yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Ayrıca, çocuğun şikayeti/hastalığı durumunda ilk başvuru yere göre, ebeveynlerin çalışma durumuna göre, sosyal güvencesi olan ebeveynlere göre, ebeveynlerin eğitim durumuna göre, ebeveynlerin ekonomik düzeylerine göre, ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yere göre, ebeveynlerin çalışmaya katılan çocukları dâhil sahip oldukları toplam çocuk sayısına göre, ebeveynlerin çalışmaya katılan çocukları dahil sahip oldukları 0 – 12 yaş arası çocuk sayısına göre, ebeveynlerin çalışmaya katılan çocukları dahil sahip oldukları 0-12 yaş çocuk gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Bu sonuçlar bazı değişkenlerin akılcı ilaç kullanımı etkilediğini, ebeveynlerin akılcı ilaç konusunda bilgi eksiklikleri olduğunu göstermektedir.

**ANAHTAR KELİMELELER:** Akılcı ilaç kullanımı, ebeveyn, tutum

## ABSTRACT

**Betül Şebnem BİNER, evaluation of the attitudes of hospitalized parents towards rational drug use, nursing program Master's thesis. Gaziantep, 2020.** The aim of study was investigation the attitudes of parents whose children were hospitalized towards rational drug use. The study was conducted as a descriptive study with parents of hospitalized children between the ages of 0-12 years at Harran University Research and Application Hospital in Sanliurfa city. Study data were collected between January 1 and March 31, 2020. The population of the study consisted of 918 parents whose children aged between 0-12 and were hospitalized (undergoing treatment) in pediatric clinics (pediatric neurology clinic, pediatric hematology and oncology clinic, pediatric surgery clinic, general pediatric clinic). Sample selection was not used in the study however, the study was conducted with 205 parents who met the selection criteria and volunteered to participate in the study. "Parent and Child Introductory Information Form" and "Parental Attitude Scale Towards Rational Use of Drugs (PASTRDU)" were used for data collection. The 'IBM SPSS.23' was used in the analysis of the research data. In the analysis of the study, the T test was used in independent samples and 'one-way Anova' was used for comparing normally distributed variables. Mean score of PASTRDU was ( $143.83 \pm 16.54$ ), correct and conscious use sub-test mean score was ( $108.96 \pm 13.01$ ), and effective and safe use sub-test mean score was ( $34.87 \pm 5.98$ ). In the study, it was determined that there was a statistically significant difference between the average score of "PASTRDU" in the families whose children received regular health monitoring, the families who used non-prescribed medications for their children. Moreover, parents' working status, parents' health insurance type, parents' educational status, economic level of the parents, the age groups of the child, and the place of the first application in case of a child's complaint/illness occurred, the place where the parents have lived for the longest time, in the total number of children the parents have, the number of children between the ages of 0-12 including the children participating in the study, and the 0-12 age group of children that the parents had also showed a statistically significant difference. These results show that parents' has a lack of knowledge about rational drug use and some variables may influence the rational drug use.

**KEY WORDS:** Rational drug use, parents, attitudes

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>TEZ SAVUNMA TUTANAĞI</b>	
<b>TEŞEKKÜRLER</b> .....	<b>I</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>IV</b>
<b>TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI</b> .....	<b>VII</b>
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	<b>VI</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ</b> .....	<b>IVIII</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. İlaç .....	3
2.2. Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) .....	3
2.2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri .....	4
2.2.2. Dünya Geneline Akılcı İlaç Kullanımına Bakış Açılımları .....	4
2.2.3. Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımının Tarihçesi ve Güncel Durum .....	5
2.2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Roller .....	6
2.2.4.1. Hekimin Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü .....	6
2.2.4.2. Eczacının Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü .....	7
2.2.4.3. Hemşirenin Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü .....	7
2.2.4.5. Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü .....	8
2.2.4.6. Kurumların Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü .....	8
2.2.5. Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı .....	9
2.2.6. İlaç Etkileşmelerine Akılcı Yaklaşım .....	10
2.2.7. Akılcı İlaç Kullanımının Farmasötik Yönleri .....	10
2.2.8. Akılcı İlaç Kullanımı ve Farmakoekonomi .....	11
2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı .....	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırma Soruları .....	12

3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı .....	12
3.3. Araştırmanın Etik Yönü .....	12
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	12
3.5. Veri Toplama Gereçleri.....	13
3.5.1. Ebeveyn ve Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu .....	13
3.5.2. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği.....	13
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	14
3.7. Araştırmanın Uygulanması .....	14
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	15
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1. Çocuk ve Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	17
4.1.1. Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	17
4.1.2. Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	19
4.2. AİKİYETÖ'ye İlişkin Bulgular .....	21
4.3. Çocuk ve Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ'ye İlişkin Bulgular.....	24
4.3.1 Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması.....	24
4.3.2. Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması.....	30
<b>5.TARTIŞMA</b>	
5.1. Çocuk ve Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	38
5.1.1. Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	38
5.1.2. Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	40
5.2. AİKİYETÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
5.3. Çocuk ve Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
5.3.1 Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	42
5.3.2. Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması.....	45
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	
6.1. SONUÇLAR .....	51
6.2. ÖNERİLER .....	53

**KAYNAKLAR..... 54**

**7.EKLER..... 60**

EK-1. Yönetim Kurulu

EK-2. Etik Kurul Kararı

EK-3. Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kurum İzni

EK-4. Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Olur (Rıza) Formu

EK-5a. Soru Formu

EK-5b. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği

EK-6. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği Kullanım İzni

EK-7. İntihal Raporu

EK-8. Kısa Özgeçmiş

## TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1.1. Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=205) .....	17
Tablo 4.1.2. Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=205).....	19
Tablo 4.2.1. Ebeveynlerin AİKİYETÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları ve Normal Dağılım Özelliklerine İlişkin Değerler .....	21
Tablo 4.3.1. Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması (n=205) .....	24
Tablo 4.3.2. Ailelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması (n=205) .....	30



## ŞEKİL DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Şekil 4.1.1. Ebeveyn Yaş Histogram Eğrisi .....	20
Şekil 4.2.1. AİKİYETÖ Doğru ve Bilinçli Kullanım Alt Boyutunun Histogram Eğrisi .....	22
Şekil 4.2.2. AİKİYETÖ Etkili ve Güvenli Kullanım Alt Boyutunun Histogram Eğrisi .....	22
Şekil 4.2.3 AİKİYETÖ Toplam Puan Histogram Eğrisi .....	23



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>AİK</b>	Akılcı İlaç Kullanımı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>AOİK</b>	Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
<b>AİKYETÖ</b>	Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Science
<b>SGK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>NSAİİ</b>	Non Steroidal Antienflamatuar İlaçlar



# 1. GİRİŞ

## 1.1. KONUNUN ÖNEMİ VE PROBLEMİN TANIMI

Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) tanımı ilk kez 1985'te Kenya-Nairobi şehrinde gerçekleştirilen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uzmanlar Konferansı'nda yapılmış ve "bireylerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun doz ve yeterli süre içinde, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle ulaşabilmeleri olarak tanımlanmıştır (1, 2).

AİK ile; bireye verilen ilaç oranı düşürülmekte, tedavinin başarısında artış sağlanmakta, ilaç kullanımına bağlı istenmeyen etkiler azaltılmakta ve ekonomik kayıpların önüne geçilmektedir. AİK tanımına göre; tüm "doğru" ilaç uygulamalarını kapsayan uygulamalar dışında kalanlar ise Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (3).

İlaç; bireylerde hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavisi ya da organizmada bir fonksiyonun düzeltilmesi/birey yararına değiştirilmesi için kullanılan etken madde/maddeleri içeren bir veya birden fazla yardımcı madde ile şekillendirilmiş karışımdır. İlaç doğru ölçü ve doğru zamanda kullanıldığında birey/toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunması için önemlidir (4). İlaç bilinçli ve doğru şekilde kullanıldığında sağlığa yararlı olurken, aksi durumda istenmeyen etkilerin ortaya çıkmasına neden olarak, olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu nedenden dolayı AİK gerek dünyada gerekse ülkemizde halen önemini koruyan bir konudur (4).

Çocuğun içinde bulunduğu büyüme-gelişme sürecinden dolayı ilaç uygulamaları yetişkine göre farklılık göstermekte ve birçok sorumluluğu beraberinde getirmektedir. Çocuğa yetişkinlerden hatta çocukluk döneminin değişik yaş gruplarında bile tamamen farklı, onlar için özel ilaç uygulamaları kullanılmaktadır. Bu özel ilaç uygulamaları sırasında çocuğun yalnızca fizyolojik özellikleri (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, vücut yüzey alanı vb) değil, ruhsal, bilişsel ve sosyal gelişim düzeyi de dikkate alınmalıdır (5). Hemşireler yatarak tedavi gören çocuk ve ailesi ile en fazla iletişim içinde olan sağlık ekibi üyesidir ve bu nedenle AİK uygulamalarında önemli sorumluluklar/görevler üstlenmektedirler (3). Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin çocuğa yönelik ilaç uygulamaları, anne/babaların ilaçları uygulama konusunda bilgilendirilme ve yönlendirilmeleri, ilaçların neden olacağı yan etkileri izlemeleri konularında oldukça önemli sorumlulukları bulunmaktadır (6).

Yapılan çalışmalarda anne-babaların çocuklarına ilaç uygulama sırasında en sık yaptıkları yanlış uygulamaların; verilmesi gereken ilacın yüksek ya da tam tersi düşük ölçülerde verilmesi, ilacın uygun etkiyi sağlayacak aralıklarda verilmemesi, ilacın uygun olmayan koşullarda saklanması, farklı ilaç/yiyecek-içecek ile beraber verilmesi ve gerekli süreden önce bırakılması ile ilgili olduğu belirtilmiştir (7).

## **1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu alışma, şanlıurfa Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ocuk nöroloji kliniği, ocuk hematoloji ve onkoloji kliniği, ocuk cerrahi kliniği, genel ocuk kliniklerinde çocuğu yatan ebeveynlerin AİK'ye yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. İLAÇ**

DSÖ tarafından ilaç; fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları, kişinin yararına değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen madde/ürün olarak tanımlanmaktadır (1). İlaçlar üretildikten sonra birçok aşama ve denemelerden geçirilmekte ve daha sonra insanlarda uygulanmaya başlanmaktadır (4).

İlaç, etken maddelerin işlenmesi sonucu kullanılacak ürünler haline getirilerek üretilen, hastalıkların önlenmesinde ya da iyileştirilmesinde hekim tarafından düzenlenen reçete ile kullanılan özel ürünlerdir. Ayrıca ilaçlar bazen hekim gözetiminde, sağlığın sürdürülmesine yardımcı olmak amacıyla hastalık halinin olmaması durumlarında da kullanılabilir.

İlaç, bireylerin sağlığının korunup sürdürülmesinde ve iyileştirilmesinde hiçbir biçimde göz ardı edilemeyen bir öneme sahiptir (8). Akılcı bir şekilde yönetilmeyen ilaç tedavileri ve uygulamaları pek çok sağlık sorunlarına ve ölümlere neden olabilmektedir. İnsan sağlığı için bu son derece önemli olan ilacın akılcı kullanımı da oldukça dikkat edilmesi gereken bir konudur (9). İlacın organizma için zarar verici olmasını engelleyen en önemli etmen onun akılcı kullanımıdır (4).

### **2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI (AİK)**

Son yıllarda sağlıkla ilgili gerek koruyucu gerek ise tedavi edici tüm alanlarda sık olarak karşılaşılan kavramlardan biri AİK'dir. AİK, ilaç sağaltımının güvenli, etkili ve ekonomik kullanımını sağlayan planlama ve izlem sürecidir (8, 10).

DSÖ 1985 yılında yaptığı açıklama Dünya'da tüm kurum ve bireyler tarafından uygun görülüp, onaylanmıştır. Bu açıklamaya göre AİK; "bireyler ilaçlarını klinik durumlarına en uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini giderecek ölçüde, uygun zamanda, bireyin kendisine ve topluma en az bütçede ulaşmalarını sağlamada oluşan kuralların tümü" olarak tanımlamıştır (11, 13). Yapılan çalışmalarda Dünya çapında ilaçların yarısından fazlasının hekimler tarafından reçete edildiği, ama bireylerin yalnızca yarısının bu ilaçları önerildiği gibi doğru şekilde kullandıkları belirtilmektedir. Bu oranlar göz önüne alındığında ekonomide yol açtığı kaygı verici olumsuz sonuçlar düşünüldüğünde, AİK eğitiminin ne kadar önemli olduğu anlaşılmaktadır (11, 12).

İlacın, gelişigüzel kullanılan bir madde olarak değil, akılcı bir şekilde kullanımı gereklidir. Birey ve topluma getirdiği ekonomik yükü dışında ilaçların akılcı olmayan tüketimi, ölümlere bile yol açabilmektedir. İlaç sağlığın bozulması için değil, sağlığın devam ettirilmesi ya da kişinin sağlıklı duruma gelmesi için tüketilen üründür. Bunların oluşması için ilaçları akılcı bir şekilde tüketmek gerekmektedir (14, 15).

### **2.2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri**

AİK ilkeleri; ilacın üretiminden ortadan yok olmasına kadar geçen süreçte doğru hastalıkta, doğru bireye, doğru ilacın, doğru sürede, doğru dozda, doğru zamanda, doğru yolla uygulanması ve bilgilendirme yapılmasını kapsar.

AİK;

- belirlenen doğru ilacın,
- doğru ölçüde,
- doğru uygulama yoluyla,
- doğru zamanda,
- yeterli bilgilendirme yapılarak ve
- maliyet uygunluğu da dikkate alınarak kullanılması ilkelerinin bütünüdür (4).

### **2.2.2. Dünya Geneline Akılcı İlaç Kullanımına Bakış Açıları**

Tanım olarak AİK, 1985 yılında DSÖ tarafından açıklanmış olsa bile halen, gelişmiş ülkelerde ilaçların önemli bir kısmı, gelişmekte olan ülkelerde ise yarısından çoğu bilinçsiz bir şekilde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda AİK'in ülkeler arasında farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Günümüzde DSÖ yoğun olarak AİK ile ilgili çalışmalar yürütmektedir (1, 16).

DSÖ 2002'de yayınladığı "İlaç Politikaları Perspektifleri" belgesinde; ilaç kullanımı izlemi, bilinçsiz şekilde ilaç kullananların eylemlerinin değiştirilmesi için yöntemler geliştirme ve bu yöntemleri eyleme dönüştürme amacıyla AİK'in tüm dünya ülkelerinde uygulanmasını geliştirmeye yönelik, "Ulusal İlaç Politikası" ve "Ulusal Program" oluşturmanın önemini vurgulamıştır. Bu uygulamanın olumlu sonuçlanması için devletlerin yeterli parasal kaynak sağlaması ve AİK'in eşgüdümlü uygulaması için düzenli ve kurallara bağlı bir proje oluşturulması ileri sürülmüştür (11, 16).

Bu çalışmaların sonucunda Dünya devletlerin çoğu, AİK'e yönelik birçok araştırma ve eylem yapmak için ortak düşünce içerisinde olmuşlardır (16).

### **2.2.3. Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımının Tarihçesi ve Güncel Durum**

Ülkemizde ‘‘akla dayanan (rasyonel) tedavi’’ kavramını ilk kullanan kişi Prof. Dr. Oğuz Kayaalp'tır. İlk kitabı 1977 yılında ‘‘Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji’’ adıyla yayınlamış, senelerce eczacılık, hemşirelik, tıp fakültesi gibi tüm sağlık çalışanlarının ve öğrencilerinin temel kaynak kitabı olmuştur. Zaman içinde ‘‘rasyonel tedavi’’ terimi AİK terimi ile yer değiştirmiştir (17).

Türkiye’de ilk kez Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1996-1997 eğitim öğretim yılında DSÖ ve Groningen Üniversitesi’nin ortak girişimleri ile AİK ders olarak verilmiş ve olumlu sonuçlar alınması üzerine tıp fakültesi müfredat programlarında yer almıştır (17).

Eylül 1999 tarihinde Ankara’da ‘‘Türkiye’de Rasyonel İlaç Kullanımı İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri’’ konulu bir toplantı gerçekleştirilmiştir (16, 18). 2001 yılında Devlet Planlama Teşkilatı’nın ‘‘8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu’’nda, AİK ile ilgili noktalara dikkat çekilmiş, konunun öneminden söz edilmiştir (9, 17, 19). 2002 yılında, ‘‘Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi’’ yayınlanmış ve 2003 yılında tekrar düzenleme yapılarak içeriği genişletilmiştir (9, 20).

2003-2004 yıllarında DSÖ tarafından yayınlanan ‘‘Guide to Good Prescribing’’ ve ‘‘Teacher’s Guide to Good Prescribing’’ başlıklı rehberleri Sağlık Bakanlığı tarafından Türkçeye çevrilerek AİK eğitiminde kullanılmak amacıyla ‘‘Reçete Yazma Rehberi’’ ve ‘‘Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi’’ isimleriyle yayınlanmıştır (9). 2008 eğitim öğretim yılında üniversitelerin eczacılık fakültelerinde AİK ders olarak verilmeye başlanmıştır (9).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında ‘‘Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu’’ kuruldu ve ‘‘AİK Şube Müdürlüğü açıldı (4, 9). 2012 yılında İlaç Bilincini Geliştirme ve Akılcı İlaç Derneği (İBGAİD) kuruldu (9). 2013 yılında elle yazılan reçete sorunlarını ortadan kaldırmak amacı ile e-reçete uygulamasına geçildi. Bu uygulama ile reçete izlem ve denetimde kolaylık getirdiği için AİK konusunda büyük yarar sağladı (21).

DSÖ tarafından antibiyotik direnci konusunda Dünya’da farkındalık yaratmak için 18 Kasım’ı içine alan hafta ‘‘Dünya Antibiyotik Farkındalık Haftası’’ olarak belirlenmiştir. Buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 18.11.2015’de İstanbul’da 81 ilin sağlık yöneticilerinin katılımının gerçekleştirdiği 2050 kişinin katılımıyla ‘‘Akılcı İlaç Kullanımı ve Farkındalık Sempozyumu’’ gerçekleştirilmiştir (<http://www.akilciilac.gov.tr/>). 22.03.2018 tarihinde Gaziantep’te ‘‘Güney Bölgesi İlleri Akılcı Antibiyotik Kullanımı Çalıştayı’’ yapılmış, antibiyotik kullanımının yoğun olduğu 11 il belirlenip bu illerdeki yetkililerin katılımları gerçekleştirilmiştir (<http://www.akilciilac.gov.tr/>).

## **2.2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Roller**

### **2.2.4.1. Hekimin Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü**

Hekimlere AİK’nin en üst düzeye ulaştırılmasında önemli görevler düşmektedir (4, 22). AİK’i uygularken en önemli konulardan biri hasta olan kişiye doğru tanının konulmasıdır. İlk aşamada hastanın sorunu dikkatlice dinlenmeli, iyi bir öykü alınmalı, daha sonra laboratuvar sonuçlarına bakılarak en uygun ilaç seçilmelidir. Tedavi öncesi kişi hastalığı hakkında bilgi sahibi olmalı, ilacın kullanımı ve yan etkisi hakkında bilgilendirilmelidir (23, 24).

Akılcı İlaç Kullanım İlkeleri;

- Bireyi biyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak bir bütün olarak incelemek.
- Reçete edilen ilacın gerekli zamanda kullanılmasını sağlamak.
- Doğru zamanda doğru ilacı doğru dozda kullanırmak.
- Etkinlik alanı geniş olan ilacı reçete etmek.
- Tedavi etkisi aynı olan ilaçlar içinde yan etkisi ve maliyeti en düşük olanı seçmek.
- Aynı anda birden fazla ilaç alımından kaçınmak.
- Tedavi başlangıcından bitimine kadar hastayı izleyerek ilacın etkisini incelemek (25).

Ülkemizde sağlık alanında bireyler öncelikle birinci basamak olarak aile hekimleri tarafından izlenmektedirler. Bu nedenle aile hekimlerinin AİK’de öncü rolünde olduklarını unutmamak (25, 26). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipler Birliği, Tıp Fakülteleri, Aile Hekimleri, İlgili Derneklerin eşgüdüm halinde hareket etmeleri ve çalışmalar yapmalarını sağlamak.

#### **2.2.4.2. Eczacının Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü**

Eczacı farmakolojik eğitim almış ilaç hazırlamasını bilen ve ilacı ulaştırın kişidir (4).

Eczacının Görevleri;

- İlaçları eczanede bulundurmak,
- İlaçları uygun koşullarda saklayıp ulaştırmak,
- Bireye danışmanlık yaparak ilaç önermek,
- Birey ile ilişki halinde olup ilaç izlemine yapmak,
- Hekim ile iletişim halinde olmalı,
- Bireyin ilaca uyumunu artırmak,
- Bireyi bilgilendirmek,
- Toplumun ilaç alışkanlıklarını belirlemek (4, 27).

#### **2.2.4.3. Hemşirenin Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü**

Hemşire AİK' e uygun hareket etmesi için, ilaçların etkilerini, yan etkilerini, hangi yoldan verileceğini, verilme nedenini, ilacı bozan maddeleri, farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerini bilmeli ve bunları doğru uygulamalıdır (13). Türkiye'de hemşirelerin ilaç bilgileri ve uygulamalarının değerlendirdiği bir araştırma sonucuna göre, konu ile ilgili bilgilenmelerinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin yalnızca %31,3'ünün ilaçlar konusunda hizmet içi eğitim aldıkları gözlenmiştir (13). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin %77,3'ünün AİK kavramını duymadığı, %96'sının ise AİK ile ilgili verilecek eğitimlere katılmak istedikleri belirtilmiştir (13). Genel olarak yapılan çalışmalarda hemşirelerin ilaç bilgisi ve AİK konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ancak, konu ile ilgili verilecek olan eğitimlere katılmaya istekli oldukları ileri sürülmüştür (13, 28, 29).

Hemşirelik okullarında verilen derslerde ilaçlarla ilgili bilgi ve uygulamalar detaylı olarak anlatılmaktadır. Dersler de görülen ilaç bilgileri kliniklerde hemşire ve öğretim görevlileriyle birlikte hastalar üzerinde uygulamalı olarak uygulanmaktadır. Pagana da 262 hemşirelik öğrencisinden, %77 si klinik uygulamalarda kendilerini kötü hissettiklerini ve hata yapmaktan korktuklarını söylemişlerdir.

Bir diğerk çalışmada ise öğrencilerin %34,1'i iletişimde zorluk yaşadıklarını, %54,2'si hemşirelerle uygulamalarda zorluk yaşadıklarını, öğrencilerin %36,1'i gerçekte uygulamalardan memnun kaldıklarını belirtmiştir. %41,1'i klinik uygulamalarda ortaya çıkan beklenmedik sorunlara cevap veremedikleri dikkat çekmiştir. Sürekli gelişen teknoloji ile birlikte bu bilgilerin üzerine mezuniyet sonrası da eklemeler yapılması gerekmektedir (13-30-31). Hemşirelik uygulamalarında AİK ilkeleri; hekimin belirlediği ilaç isteminin alınması, ilaçları koruma-depolama, ilaç uygulama, kaydetme, izlem ve ilaçların atılması konularını sorunsuz bir şekilde yönetmelidir. Ayrıca ilaç uygulamasında "8 doğru ilke" ye göre hareket edilmelidir. (Doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru form, doğru etki, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt) (6-32). Hemşirelerin farmakoloji bilgisi konusunda bilmesi gereken oldukça konu var. Türkiye AİK hizmeti konusunda hızla yol alsa da önünde problemler bulunmaktadır. Hemşire öğrencilerinin ve hemşirelerinin AİK konusunda eksiklikleri problemler arasındadır (13-33).

#### **2.2.4.5. Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü**

Yapılan bir çalışmada (202 anne ile) annelerin %50,99 evdeki ilaçlara 3 ayda bir son tüketim tarihlerine baktıklarını, büyük çoğunluğu kutusuyla sakladıklarını, yüzde 65,3 ü ilaçların saklama koşulu ile ilgili eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Yapılan bir diğerk çalışmada (206 anne 42 baba) ebeveynlerin %9'u çocuklarının ateşi olduğunda doktora götürdüklerini, %38'i ılık su ile duş yaptırdıklarını, %52 si ise ateş düşürücü ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmalar sonucunda ebeveynlerin ilaçların saklanması, nasıl kullanılması gerektiği, imhası ve AİK konusunda sağlık çalışanları tarafından ebeveynlerin bilgilendirilmesi gerektiği saptanmıştır (34-35).

#### **2.2.4.6. Kurumların Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü**

Hizmeti vatandaşa en üst düzeyde ulaştırmak için düzenlemeler yapmak, gelişmeleri sürekli takip etmesi, ilaç harcamalarını araştırmak, SGK'nın görevleri arasındadır. SGK ve Marmara Üniversitesi arasında 2013 yılında "Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Akılcı İlaç Kullanımı Etkinliklerine Yönelik Altyapı Oluşturma ve Geliştirme Projesi" oluşturmuşlardır (36).2.2.4.7. Toplumun Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü AİK kurallarına uymak hastalanan kişilerin yapması gereken bir durum gibi görünse de toplumun tamamını ilgilendiren sonuçları vardır (4-37).

Toplumumuzda başkalarının tavsiyesiyle ilaç almak, hekimin önerdiği şekilde kullanmamak, tedavi devam ederken ilaç kullanmayı bırakmak, doktora ihtiyacı olmayan ilacı yazdırmak gibi sorunlar vardır (37-38). Toplumun ilaçların ne işe yaradığını, nasıl ne kadar ve ne zaman kullanacağını, yan etkilerini bilmesi gerekmektedir. Doktor tarafından reçete edilen ve edilmeyen kullandığı ilaçlar için geçerlidir. AİK ile ilgili topluma verilen eğitimler doktor ve hasta arasında iletişimi kuvvetlendirecek (37-39).

### **2.2.5. Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı**

Çocuklarda ilaç uygulaması yetişkinlere göre farklılık gösterdiğinden dolayı beraberinde sorumlulukları da vardır. Bu sebeple ilacın vücuda alınması, metabolize edilmesi ve atılımı da yetişkinlerden farklıdır. Çocuklar yetişkinlerin küçük hali değildir. Bu nedenle kilo, boy ve vücut yüzey alanları uygulanacak tedavideki ilaçlar için standart değildir. Çocuklarda AİK çocuğun gelişim sürecine göre uygun yaklaşımları sergiler. Çocukların gelişim süreçlerinde her bireyin düşünsel, biyolojik-fiziksel, psikolojik süreçleri farklı olmaktadır (6,7,40,41).

1999-2014 yılları arasında 38.277 çocuk ve adölesan ulaşılmış ve en çok tüketilen ilaç grubu astım tedavisi ilaçları olarak belirlenmiş sonraki ilaçlar antibiyotik, dikkat eksikliği, hiperaktiviteye yönelik ilaç gruplarıdır. Yapılan bir çalışma da ise yan etkiler üzerine en çok cilt ve sindirim sisteminin etkilendiği sıklıkla antibiyotik kullanımı sonrası olduğu görülmüştür (5).

Çocukluk dönemindeki hastalıklar ve vitamin-mineral takviyesinde aşırı ilaç alımı olmaktadır. Çocuklar da AİK için ebeveynlerin bu durumlar karşısında daha dikkatli olması gerekmektedir. Ebeveynlerin çocuklarına ilaç verirken yapılan hatalar, ilacı başka yiyecek-ışeceklerle vermesi, saklanma koşullarının yanlışlığı, doz ayarının yapılamaması, ilaç saatlerinin düzenli olmaması, ilacı erken kesme gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (7).

Çocuklarda güvenli ilaç uygulaması için yapılması gerekenler;

- Hemşirelerin, ilaçların etki ve yan etkilerini ilaçlarla ilgili tedaviyi uygularken bilgi sahibi olmalı,
- Hastaneye gelen tüm çocukların vücut kitle indekslerinin, alerjisi olup olmadığını, kullandığı ilaçların kaydedilmesi gerekir,
- Acil müdahaleler dışında, çocuğun vücut ağırlığı ölçülene kadar riskli ilaçlardan kaçınılmalı ve bu ilaçlar uygulanırken çok dikkatli olunmalıdır,

- İlaç uygulamaları yapılırken öncesinde işlem basamakları gözden geçirilmeli,
- 8 doğru ilke uygulanarak ilaçlar uygulanmalıdır,
- İlaçlar saklanırken uygun koşullarda saklanmalı ve etiketlenmelidir,
- Hasta, hasta yakını ve ekiple iş birliği içinde etkili iletişimde bulunulmalı,
- Flakon tarzı antibiyotikler hazırlanırken kuru toz hacmi dikkate alınmalıdır.
- Çocuğun yakınlarına ilaçların yan etkileri, ilaç dozları hakkında bilgi verilip sözlü/yazılı onay alınmalı,
- İlaç hastası olduğunda ilaç hatası bildirim formu oluşturulmalı (4,59,66).

### 2.2.6. İlaç Etkileşmelerine Akılcı Yaklaşım

İlaç etkileşmeleri, başka ilaçlarla etkileşim olabileceği gibi ilaçlarla birlikte yiyecek, içecek, vitamin, alkol, bitkisel ürünlerle de olabilir. Etkileşimler sonucu maddi kayıplar dışında hastane yatış süresi hatta ölümlerle bile sonuçlanabilir. Özellikle kronik rahatsızlığı olan kişiler birden fazla ilaç kullanımına maruz kaldıkları için bu durum etkileşimlere olanak sağlamaktadır. İlaç etkileşmesinde ortaya çıkan semptomlar, deride kızarıklık-kaşıntı, senkop, hipotansiyon, hipertansiyon, hipoglisemi, kanama, aritmi gibi belirtilerdir (42). Etkileşmelerin hepsini bilemeyiz, ancak etkileşmeler konusunda akılcı önlemler alabiliriz. Gereksiz ilaçlar belirlenip kullanılmamalı, ilaç etkileşmelerine sebep olan etkenler (hasta ya da ilaç kaynaklı) gözden geçirilmeli, birden fazla kullanılan ilaçlar olunca ilaç etkileşmeleri gözden geçirilmeli, ilaç bilgileri hakkında güncel kaynaklara bakılmalıdır (42-43).

### 2.2.7. Akılcı İlaç Kullanımının Farmasötik Yönleri

AOİK sorununun önemli sebeplerinden biri sağlık çalışanlarının eğitim eksiklikleridir. Çoğu doktor ilaç firmalarına güvenip ilaçları reçete etmektedir. Buda akılcı olmayan reçete yazmalarına sebep olmaktadır (44-45). AİK de yapılan yanlışlardan biri de farmasötik şekil tercihidir. Oral yoldan alınan ilaçların kullanılması kolayken parenteral yoldan verilen ilaçları tercih etmek AOİK biridir. Hindistan'da eczaneler de 70 bin üzerinde ilaç formülasyonu satılmaktadır. Bunlardan sadece 350 tanesi DSÖ'nün ilaç listesinde vardır. Birçok ilaç firması rekabet içinde oldukları için, farklı isimlerde binlerce ürün piyasaya sürmektedir. Bunun sonucunda lüzumsuz birleşimler ve lüzumsuz farmasötik formlar çıkmaktadır. Hindistan'da yapılan bir araştırma da özel hastanede çalışan doktorlar devlet hastanelerinde çalışanlara göre daha fazla ilaç yazdıkları ortaya çıkmıştır (45-46-47). Hekimler ilaç reçete ederken, en etkilisini, en az kontrendikasyonu olanı ve maliyeti en düşük olanı farmasötik formda uygun olarak seçmelidir (45).

### **2.2.8. Akılcı İlaç Kullanımı ve Farmakoekonomi**

Yeni çıkan ilaçlarla birlikte maliyeti fazla olan yeni tedavilerle sağlıktaki harcamaların aşırı bir şekilde artması sonucu dünya ülkelerin de ilaca ait maliyet hesaplamaları ve farmakoekonominin önemini artırmıştır (48). Farmakoekonomik analizler araştırma içeriğinin çeşitliliğinden dolayı kadrosunda ekonomistler, hekimler, eczacılar, farmakologlar, epidemiyoloji uzmanları, sosyologlar ve psikologlar yer alabilirler. Farmakoekonomik analizlerin cevapladığı sorular; hastanede hangi ilaçlar olmalı, hasta için en uygun ilaç, geri ödeme kurumları hangi ilaçları ödemeli, hastane için en iyi ilaç ulaştırma sistemi gibi pek çok soruları yanıtlıyor (48-49).

Türkiye’de ilaç bütçesi denetimi için çalışmalar yapılmaktadır. 2008 yılından itibaren ilaçların geri ödeme sistemine dahil edilmesi sürecinde farmakoekonomik analizlerin zorunlu tutulması bu analizlerin önemini artırmıştır. AİK yaygınlaştırılması ve etkinleştirilmesi için farmakoekonomik analizler desteklenmelidir (49-50).

### **2.3. AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI**

DSÖ ilaçların çoğunun yanlış reçete edildiğini hastaların da %50’sinin ilaçların yanlış kullanıldığını raporlamıştır. Her hastalığın bir ilacı olduğunu düşünen hastaların baskısından dolayı, sağlık çalışanlarına gereksiz ilaçları reçete etmek için baskı yapılmaktadır. Türkiye 2018 yılında reçetesiz antibiyotik satışı yasaklanmıştır (51). 2004 yılında Amerika Birleşik Devletleri’ndeki ilaç firmalarının promosyonlara gelirlerinin %24,4’üne denk gelen 57,5 milyar dolar harcamışlardır (51-52). AOİK maalesef çocuklar ve gençler için büyük bir sorun olmaktadır. Özellikle yenidoğanlar, süt çocukları, 4 yaş altı çocuklar kronik hastalığı olan çocuklarda daha çok sorun olmaktadır (53-54). Çocuklarda ilaç alımı ile ilgili hatalarda en çok rastlanılan ‘‘doz ve sıklık’’ ilişkili hatalardır. Özellikle doz alımı hataları 5 yaş altı çocuklarda rastlanmaktadır (54). Hindistan’da 308 tane tıp fakültesi mezununa AİK bilgileri araştırılmış. Mezunların üçte ikisi çocuk hastalarda doz konusunda kafa karışıklığı yaşadığını, beşte birinin soğuk algınlığında antibiyotik başlanmasını, üçte birinin ise antibiyotiğe yanıt yoksa antibiyotiğin durdurulması gerektiğini ifade etmiştir (54-55). AOİK gelişen ve gelişmekte olan ülkeler için büyük sorun teşkil etmektedir. Günümüzde ilaca kolayca ulaştığımız halde doğru kullanılmaması halen sorun halindedir. AOİK hem sağlık hem de ekonomik olarak sorunları oluşturmaktadır. Bu sorunların ortadan kalkması için akılcı ilaç kullanımında yazan, dağıtan, satan ve kullananın eğitimi esastır (51-54).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMA SORULARI**

Araştırmada aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranmıştır.

- Ebeveyn AİK'i etkileyen sosyo-demografik özellikler nelerdir?
- Ebeveyn AİK'i etkileyen çocuğa ait bireysel özellikler nelerdir?
- Ebeveyn AİK'i etkileyen çocuğa ait sağlık durumu ile ilgili özellikler nelerdir?

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ, TİPİ VE ZAMANI**

Araştırma, Şanlıurfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi çocuk kliniklerinde (çocuk nöroloji kliniği, çocuk hematoloji ve onkoloji kliniği, çocuk cerrahi kliniği, genel çocuk kliniği) 0-12 yaş aralığında çocuğu hastanede yatan ebeveynlerle tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Çalışma verileri 01 Ocak- 31 Mart 2020 tarihleri arasında toplandı.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırma konusu Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu 30.10.2019 tarih ve 2019/048 sayılı onayı ile kabul edildi (EK:1). Araştırmanın yapılmasında etik ve yasal bir sorun olmaması amacıyla Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurulu Komisyonu'ndan 06.06.2018 tarih ve 2018/05 sayılı karar ile etik kurul izni (EK:2) ve Harran Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden 30.01.2019 tarih ve 48753533-622.03-1282 sayılı karar ile kurum izni (EK:3) alındı. Çalışmaya katılan ebeveynlere araştırmanın amacı açıklanarak, yazılı izinleri alındı (EK:4).

#### **3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini Şanlıurfa Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk kliniklerinde (çocuk nöroloji kliniği, çocuk hematoloji ve onkoloji kliniği, çocuk cerrahi kliniği, genel çocuk kliniği) 0-12 yaş aralığında çocuğu hastanede yatan (tedavi gören) ebeveynler oluşturdu.

Veri toplama aşamasından önce araştırma için gerekli örneklem sayısı G\*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) programı kullanılarak belirlenmiştir. Etki büyüklüğü (effect size) 0.40, alfa düzeyi .05 ve güç (power) %80 olarak alındığında güç

analizi sonucunda örneklem sayısı 90, güç %95 olarak alındığında ise örneklem sayısı 132 olarak bulunmuştur. (72). Çalışmada, çalışma grubu seçim kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 205 ebeveyn ile çalışma yürütüldü.

Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde klinikte çocuğu tedavi olan ebeveyn olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve iletişim kurulabilen tüm ebeveynler çalışmaya dahil edildi.

### **3.5. VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ**

Verilerin toplanmasında ‘Ebeveyn ve Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu’ (EK:5) ve AİKİYETÖ (EK:6) kullanıldı.

#### **3.5.1. Ebeveyn ve Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu**

Bu form literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (7, 34, 35, 59, 60, 63). Formda, ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, 0-12 yaş arası kaç çocuk sahibi olduğu, çocuğa reçetesiz ilaç verip vermediği) çocuğun tanıtıcı özellikleri (çocuğun yaşı, cinsiyeti, kronik bir rahatsızlığı, sürekli kullandığı bir ilaç var mı?)

#### **3.5.2. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği**

2018 yılında Çelebi tarafından Türkçe olarak geliştirilmiştir. Akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveynlerin tutumunun belirlenmesi için likert tipi ölçek 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir ifade 1’den 5’e kadar puanlanmıştır. Ölçekte olumlu sorular için “1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=kararsızım”, “4=katılıyorum” ve “5=tamamen katılıyorum” puan verilmiştir. Ölçekteki 16, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40. maddeler ters maddelerdir.

Ölçek Doğru ve Bilinçli Kullanım ve Etkili ve Güvenli Kullanım olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Doğru ve Bilinçli Kullanım 1-29 arası maddelerdir, Etkili ve Güvenli Kullanım alt boyutu 30-40 arası maddelerdir. Ölçekten alınacak toplam puan 40-200 arasındadır. Alınacak puan yükseldikçe ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik olumlu tutumları yükselmektedir. Çelebi tarafında geliştirilen ölçekte genel Cronbach Alpha katsayısı 0.887, Doğru ve Bilinçli Kullanım alt boyutu için Cronbach Alpha katsayısı 0.894,

Etkili ve Güvenli Kullanım alt boyutu için Cronbach Alpha katsayısı 0.771 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği'nin toplam puan için Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0.910, Doğru ve Bilinçli Kullanım alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0.915, Etkili ve Güvenli Kullanım alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0.761 olduğu bulunmuştur.

### **3.6. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma, Şanlıurfa il merkezinde bulunan Şanlıurfa Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk kliniklerinde tedavi olan 0-12 yaş aralığındaki çocukların ebeveynleri ile yürütülmüştür. Şanlıurfa Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi A, B, C, D Bloklar, teknik merkez ve buna bağlı galeriden oluşmaktadır. A ve B Bloklar zemin+4 normal kat ve tesisat katından oluşmakta, C Blok ise bodrum+zemin+4 normal kat ve tesisat katından oluşmaktadır.

Toplam 118.000 metrekare kapalı alana, 114.000 metrekare açık alana sahiptir. 64 adet poliklinik, 510 adet hasta yatağı, 174 adet yoğun bakım yatağı, 14 adet acil servis müşahede ve 1 adet izole yatağı ile toplam 684 hasta yatak kapasitesi ile bölgesine hizmet vermektedir. Pediatrik ve yetişkin olmak üzere iki adet modern Acil servis birimine sahip hastanemizde 75 adet genel yoğun bakım, 10 adet koroner yoğun bakım, 14 adet çocuk yoğun bakım ve 75 adet yeni doğan olmak üzere toplam 174 adet yoğun bakım yatağı mevcuttur.

Çocukların yattığı kliniklerin özellikleri; çocuk cerrahi kliniği 18 yatak toplam 6 hemşire, çocuk hematoloji ve onkoloji kliniği 7 hemşire 18 yatak, çocuk nöroloji kliniği 18 yatak 6 hemşire, genel çocuk kliniği 32 yatak 13 hemşire, çocuk yoğun bakım 14 yatak 17 hemşire ve 51 hemşire 75 kuvöz ile yenidoğan yoğun bakımdan oluşmaktadır.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI**

Araştırmada verilerin toplanması için “Ebeveyn ve Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği” kullanıldı. Araştırma verileri belirtilen tarih ve yerde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce çalışmanın yapılacağı ebeveynlere gönüllüleri bilgilendirme formu okunmuş gerekli imza ve bilgiler alındıktan sonra anket sorularının cevaplamaları istenmiştir. Veri toplama işlemi, 15-20 dakika sürmüştür.

### 3.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizlere geçmeden önce veri giriş hatasının olmaması ve parametrelerin beklenen aralıkta olup olmadığı ile ilgili kontroller yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normallik varsayımları çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) katsayıları, Q-Q plot ve Histogram ile incelenmiştir. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama± standart sapma ve ortanca (Minimum-Maksimum), kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise frekans (n) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin iki düzeyli değişkenlerle karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklerde t test (Independent samples t test) yapılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin üç veya üzeri düzeyli karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır. Bütün analizlerde IBM SPSS.23 programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

## **4. BULGULAR**

Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen veriler aşağıda belirtilen başlıklar altında tablolar şeklinde sunulmuştur.

### **4.1. ÇOCUK VE AİLENİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR**

### **4.2. AİKYETÖ'YE İLİŞKİN BULGULAR**

### **4.3. ÇOCUK VE AİLENİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE AİKYETÖ'YE İLİŞKİN BULGULAR**



#### 4.1. ÇOCUK VE AİLENİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1. Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=205)

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	95	46,3
Erkek	110	53,7
<b>Yaş grubu</b>		
Süt çocuğu	42	20,5
Oyun çocuğu	88	42,9
Okul öncesi	44	21,5
Okul çocuğu	31	15,1
<b>Sağlık izlem durumu</b>		
Düzenli	116	56,6
Düzensiz	89	43,4
<b>Çocuğun sağlık sorununda ilk başvuru yeri</b>		
Özel hastane	19	9,3
Devlet hastanesi	139	67,8
Aile sağlığı merkezi	23	11,2
Üniversite	24	11,7
<b>Çocuğun genel sağlık durumu</b>		
Sık hastalanır	52	25,4
Ara sıra hastalanır	105	51,2
Genellikle sağlıklıdır	48	23,4
<b>Çocukta kronik bir hastalık tanısı</b>		
Evet	76	37,1
Hayır	129	62,9
<b>Çocuğun sürekli kullandığı ilaç</b>		
Evet	62	30,2
Hayır	143	69,8
<b>Çocuğa reçetesiz ilaç kullanımı</b>		
Evet	82	40,0
Hayır	123	60,0
<b>Reçetesiz ilaç kullanım nedeni</b>		
Kolay ulaşılabilir olması	25	12,2
Sağlık çalışanı önerisi	31	15,1
Çevrenin yönlendirmesi	3	1,5
Diğer etmenler	20	9,8
Kayıp veri	126	61,5
<b>Reçetesiz kullanılan ilacın etkisi</b>		
Evet etkili oldu / iyi geldi	74	36,1
Hayır etkili olmadı	4	2,0
Diğer	1	,5
Kayıp veri	126	61,5

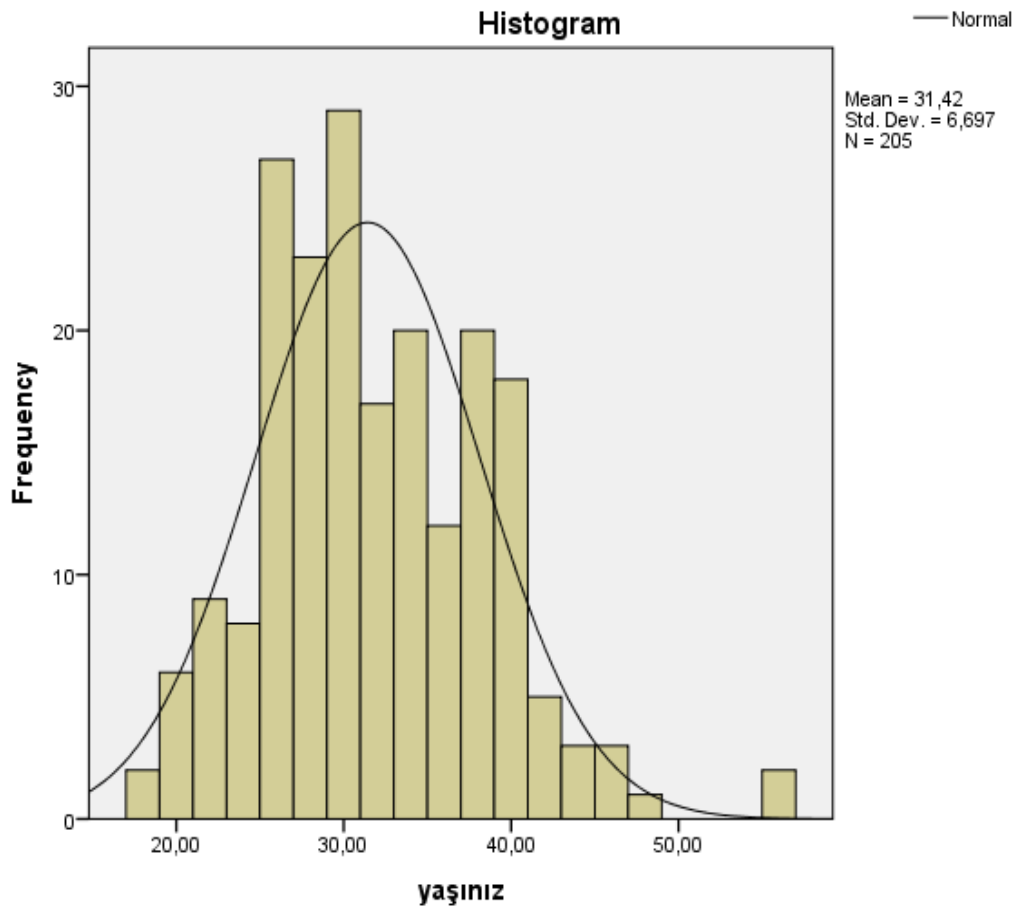
<b>Evden sağlık merkezine ulaşım</b>		
Yakın	161	78,5
Uzak	44	21,5

Çalışma kapsamına giren çocukların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %53,7'sinin (n=110) erkek olduğu, %42,9'unun (n=88) oyun çocuğu yaş grubunda bulunduğu, %56,6'sının (n=116) düzenli sağlık izleniminin yapıldığı ve %67,8'inin (n=139) sağlık sorunu durumunda ilk başvurulan yerin devlet hastanesi olduğu gözlemlendi. Çalışmada aileler tarafından çocukların %51,2'nin (n=105) ara sıra hastalandıkları, %62,9'unun (n=129) tanısı konulmuş kronik bir hastalığı olmadığı, %69,8'inin (n=143) sürekli kullandığı ilaç bulunmadığı ve %60,0'ının (n=123) reçetesiz ilaç kullanmadığı açıklandı. Çocuğa reçetesiz ilaç kullanma nedenleri incelendiğinde en yüksek oranda (%15,1; n=31) sağlık çalışanı önerisi olduğu ve %36,1 (n=74) oranında reçetesiz kullanılan ilacın çocuğa iyi geldiği belirtildi. Yaşanılan evin sağlık merkezine ulaşımı %78,5 (n=161) oranında yakın olarak yanıtlandı (Tablo 4.1.1).

**Tablo 4.1.2. Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=205)**

<b>Sosyo-demografik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yakınlık derecesi</b>		
Anne	183	89,3
Baba	22	10,7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	205	100,0
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	69	33,7
Okuryazar / ilkokul mezunu	45	22,0
İlköğretim / ortaöğretim	42	20,5
Lise mezunu	29	14,1
Üniversite mezunu ve üstü	20	9,8
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	40	19,5
Çalışmıyor	165	80,5
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	177	86,3
Geniş aile	28	13,7
<b>Sosyal güvence varlığı</b>		
Var	98	47,8
Yok	107	52,2
<b>Ekonomik durum</b>		
Gelir giderden az	127	62,0
Gelir gidere eşit	75	36,6
Gelir giderden fazla	3	1,5
<b>En uzun süre yaşanılan yer</b>		
İl	67	32,7
İlçe	74	36,1
Köy	64	31,2
<b>Toplam çocuk sayısı</b>		
1 çocuk	44	21,5
2 çocuk	43	21,0
3 çocuk	33	16,1
4 çocuk	27	13,2
5 çocuk	22	10,7
6 ve üzeri çocuk	36	17,6
<b>0-12 yaş arası çocuk sayısı</b>		
1 çocuk	47	22,9
2 çocuk	55	26,8
3 çocuk	42	20,5
4 ve üzeri çocuk	61	29,8
<b>0-12 yaş arası çocukların yaş grubu</b>		
0-6 yaş	98	47,8
6-12 yaş	21	10,2
0-6 ve 6-12 yaş	86	42,0

Araştırma kapsamına giren ailelerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.2’de sunulduğu gibidir. Çalışmada aile bireylerinin %89,3’ünün (n=183) anne ve tamamının (n=205) evli olduğu gözlemlendi. Eğitim durumları incelendiğinde ebeveynlerin %33,7’sinin (n=69) okuryazar olmadığı, %80,5’inin (n=165) çalışmadığı, %86,3’ünün (n=177) çekirdek aile tipi olduğu, %52,2’sinin (n=107) sosyal güvencesi bulunmadığı, %62,0’sinin (n=127) gelirinin giderden düşük ve %36,1’inin (n=74) en uzun yaşadığı yerin ilçe olduğu görüldü. Araştırmada çalışma kapsamına giren çocuk ile birlikte ailelerin %21,5’inin (n=44) toplam çocuk sayısının bir, %29,8’inin (n=61) 0-12 yaş grubunda çocuk sayısının dört veya üzeri ve %47,8’inin (n=98) ise 0-6 yaş grubunda çocuğu bulunduğu gözlemlendi.



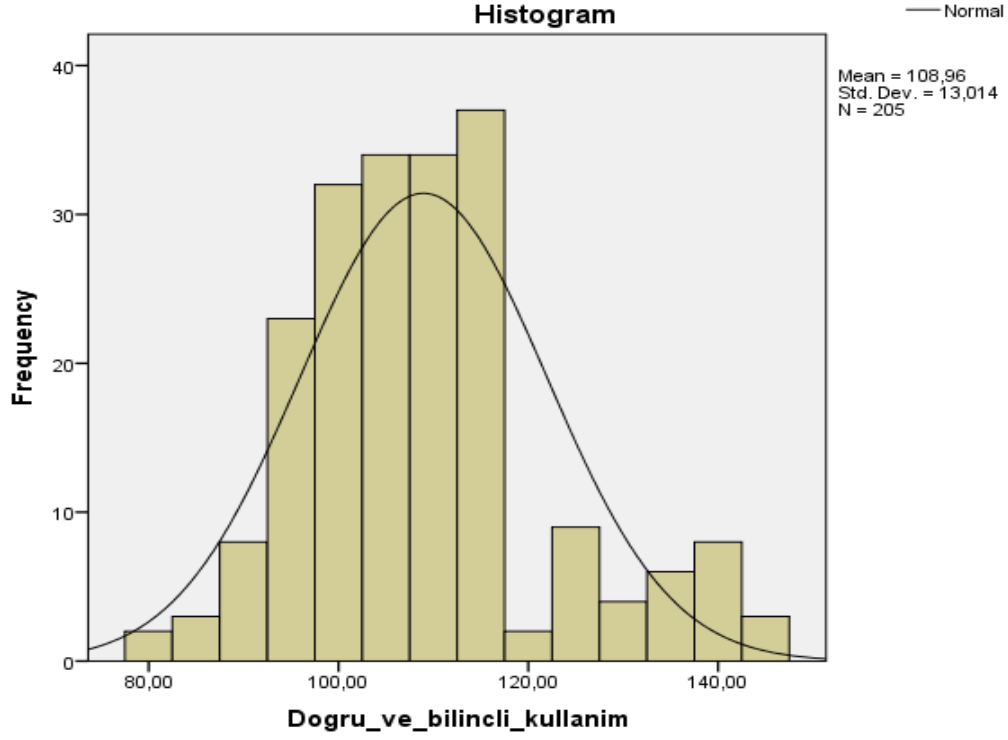
**Şekil 4.1.1. Ebeveyn Yaş Histogram Eğrisi**

## 4.2. AİKYETÖ'ye İLİŞKİN BULGULAR

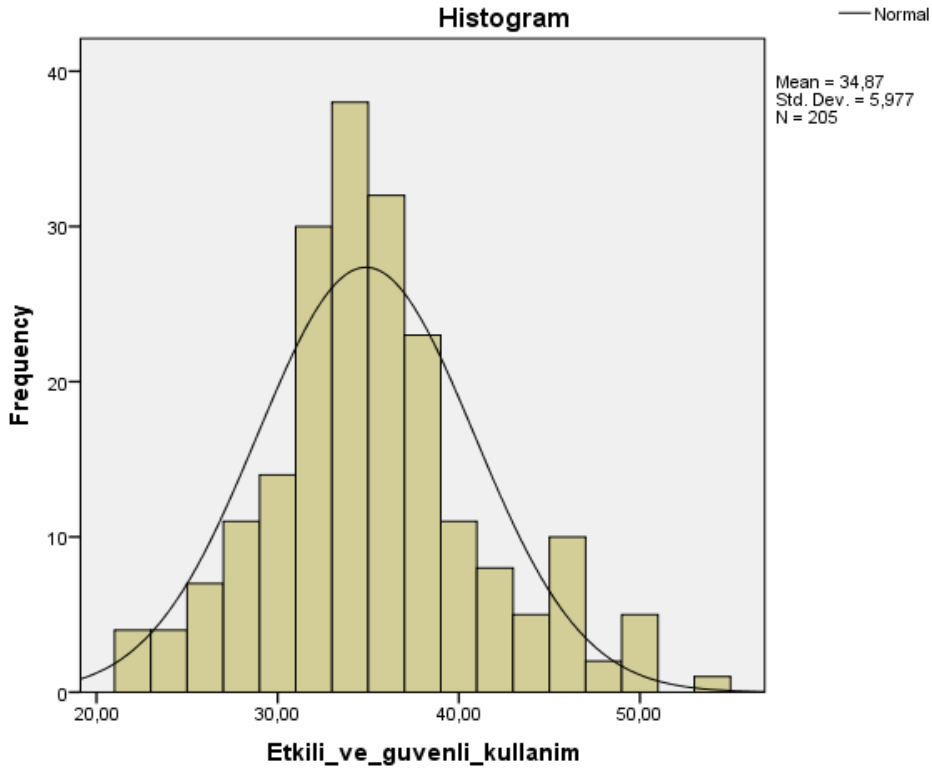
**Tablo 4.2.1. Ebeveynlerin AİKYETÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları ve Normal Dağılım Özelliklerine İlişkin Değerler (n=205)**

<b>AİKYETÖ Puan Ortalaması</b>	<b>Ort ±SS</b>	<b>Ortanca (Min-Max)</b>	<b>Çarpıklık±SE</b>	<b>Basıklık±SE</b>
<b>Doğru ve bilinçli kullanım</b>	108,96±13,01	108 (80-145)	,76±,17	,58±,34
<b>Etkili ve güvenli kullanım</b>	34,87±5,98	34 (22-53)	,45±,17	,43±,34
<b>AİKYETÖ toplam puan</b>	143,83±16,54	142,00 (108-191)	,809±,170	,460±,338

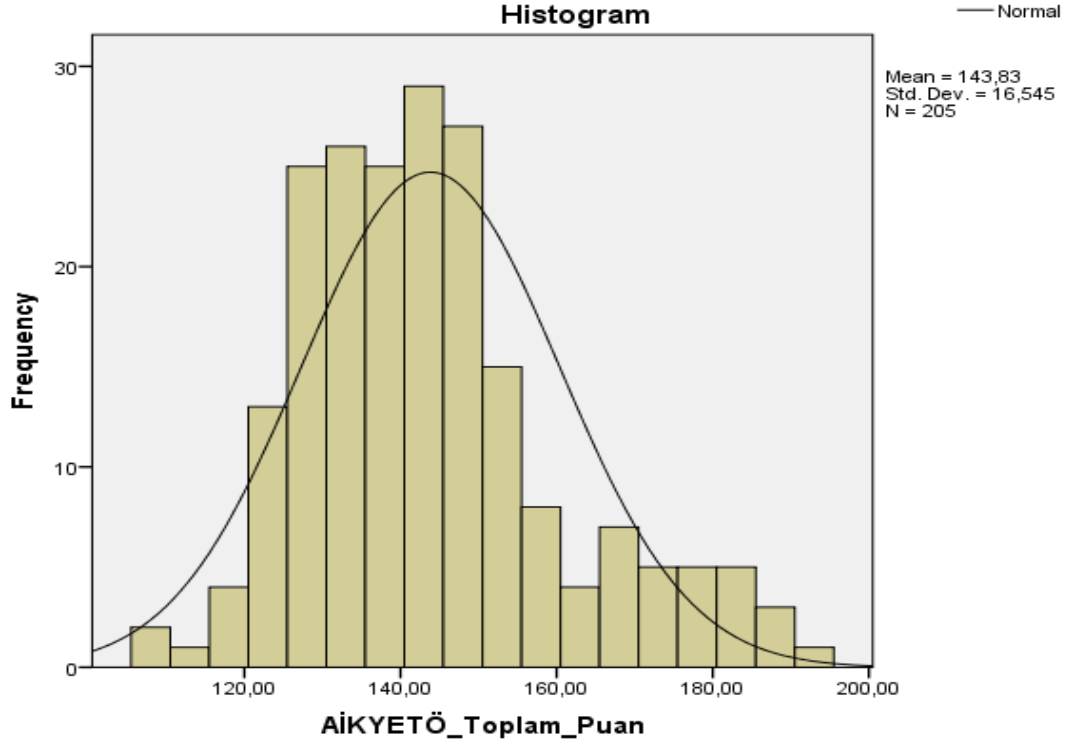
Tablo 4.2.1'de gösterildiği gibi, ebeveynlerin 'Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği'nin, doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması 108,96±13,01 etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalaması 34,87±5,98 olarak saptandı. Ölçek toplam puan ortalaması ise 143,83 ± 16,54 olarak belirlendi. Çalışmada yer alan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık (Skewness ve Kurtosis) katsayılarının -1 ile +1 arasında olduğu görüldü. Çalışmada AİKYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ve ölçek toplam puan normallik varsayımlarına ilişkin histogram eğrileri Şekil 4.2.1, Şekil 4.2.2 ve Şekil 4.2.3'te gösterilmiştir.



**Şekil 4.2.1. AİKYETÖ Doğru ve Bilinçli Kullanım Alt Boyutunun Histogram Eğrisi**



**Şekil 4.2.2. AİKYETÖ Etkili ve Güvenli Kullanım Alt Boyutunun Histogram Eğrisi**



Şekil 4.2.3 AIKYETÖ Toplam Puan Histogram Eğrisi

#### 4.3. ÇOCUK VE AİLENİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE AİKİYETÖ'YE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3.1. Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması (n=205)

Sosyo-Demografik Özellikler	Doğru ve Bilinçli Kullanım		Etkili ve Güvenli Kullanım		AİKİYETÖ Toplam	
	Ort.±SS	Medyan (Min. – Mak.)	Ort.±SS	Medyan (Min. – Mak.)	Ort.±SS	Medyan (Min. – Mak.)
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	109,08±14,03	108 (80 - 145)	34,57±6,42	34 (22 - 53)	143,65±18,10	142 (108 - 191)
Erkek	108,85±12,13	107 (80 - 141)	35,14 ±5,58	34 (22 - 50)	43,98±15,16	141,50 (115 - 185)
	p=,896		p=,499		p=,887	
<b>Yaş grubu</b>						
Süt çocuğu	101,36±8,24	100,50 (85 - 116)	32,71±3,19	33 (24 - 38)	134,07±9,40	132 (118 - 153)
Oyun çocuğu	110,73±12,16	110 (80 - 142)	33,94±5,80	34 (22 - 50)	144,67±15,15	142,50 (115 - 187)
Okul öncesi	111,00±15,88	108 (80 - 145)	35,23±6,23	35,50 (24 - 53)	146,23±20,20	145 (108 - 191)
Okul çocuğu	111,32±12,93	110 (92 - 143)	39,94 ±6,34	40 (29 - 50)	151,26±16,99	150 (128 - 190)
	p<,001		p<,001		p<,001	
<b>Sağlık izlem durumu</b>						
Düzenli	113,00±13,73	111 (80 - 145 )	35,84±6,77	35 (22 - 53)	148,84±17,45	145 (110 - 191)
Düzensiz	103,69±9,82	103 (80 - 135)	33,62 ±4,48	33 (24 - 45)	137,30±12,66	135 (108 - 171)
	p<,001		p=,005		p<,001	
<b>Çocuğun sağlık sorununda ilk başvuru yeri</b>						
Özel hastane	120,00±12,32	115 (106 - 142)	34,42±6,81	34 (22 - 53)	154,42±15,57	149 (136 - 179)
Devlet hastanesi	106,63±12,52	104 (80 - 143)	34,47±5,52	34 (22 - 50)	141,10±16,36	139 (108 - 190)
Aile sağlığı merkezi	117,30±13,55	114 (102 - 145)	34,00±7,40	36 (22 - 46)	151,30±18,93	144 (129 - 191)
Üniversite	105,67±7,32	106,50 (92 - 118)	38,42±5,52	38 (28 - 50)	144,08±9,83	144,50 (128 - 168)
	p<,001		p=,020		p=,001	

<b>Çocuğun genel sağlık durumu</b>						
Sık hastalanır	105,85±11,91	106 (80 - 142)	33,69±4,33	34 (24 - 50)	139,54±13,63	140,50 (108 - 176)
Ara sıra hastalanır	110,55±14,27	109 (85 - 145)	35,58±6,33	35 (22 - 53)	146,13±18,43	144 (117 - 191)
Genellikle sağlıklı	108,83±10,70	107,50 (91 - 143)	34,60 ±6,57	33,50 (22 - 50)	143,44±14,22	139,50 (123 - 190)
	p=,102		p=,166		p=,061	
<b>Çocukta kronik bir hastalık tanısı</b>						
Evet	108,41±12,89	107 (80 - 141)	36,86±5,78	36 (24 - 50)	145,26±16,61	143 (108 - 187)
Hayır	109,28±13,13	108 (84 - 145)	33,71±5,80	33 (22 - 53)	142,98±16,51	140 (110 - 191)
	p=,645		p<,001		p=,342	
<b>Çocuğun sürekli kullandığı ilaç</b>						
Evet	107,39±11,74	106,50 (80 - 138)	35,77±5,64	35,50 (25 - 50)	143,16±14,93	142,50 (108 - 185)
Hayır	109,64±13,51	109 (85 - 145)	34,48 ±6,09	34 (22 - 53)	144,12±17,24	141 (117 - 191)
	p=,257		p=,156		p=,704	
<b>Çocuğa reçetesiz ilaç kullanımı</b>						
Evet	104,73±11,44	105 (80 - 143)	33,95±4,12	34 (24 - 47)	138,68±13,92	138 (108 - 190)
Hayır	111,77±13,28	110 (84 - 145)	35,49±6,89	35 (22 - 53)	147,26±17,30	144 (110 - 191)
	p<,001		p=,047		p<,001	
<b>Reçetesiz ilaç kullanım nedeni</b>						
Kolay ulaşılabilmesi	101,72±11,71	102 (80 - 135)	33,76±5,12	33 (24 - 45)	135,48±14,65	135 (115 - 176)
Sağlık çalışanı önerisi	106,58±11,58	106 (80 - 143)	34,61±3,81	34 (28 - 47)	141,19±14,22	143 (108 - 190)
Çevrenin önerisi	101,00±5,57	102 (95 - 106)	29,00±4,36	31 (24 - 32)	130,00±9,64	134 (119 - 137)
Diğer etmenler	106,30±11,97	104,50 (90 - 138)	34,15±3,01	34 (29 - 38)	140,45±13,42	139 (122 - 172)
	p=,376		p=,167		p=,298	

<b>Reçetesiz kullanılan ilacın etkisi</b>	Etkili oldu/iyi geldi	104,58±10,59	105 (80 - 138)	33,97±3,85	34 (24 - 45)	138,55±12,79	138,50 (108 - 176)
	Etkili olmadı	111,25±25,84	111 (80 - 143)	35,50±9,40	35,50 (24 - 47)	146,75±32,18	141 (115 - 190)
	Diğer	92,00± (-)	92 (92 - 92)	31,00± (-)	31 (31 - 31)	123,00±(-)	123 (123 - 123)
		---		---		---	
<b>Evden sağlık merkezine ulaşım</b>	Yakın	109,32±13,23	108 (80 - 145)	34,89±6,25	34 (22 - 53)	144,20±17,03	141 (108 - 191)
	Uzak	107,64±12,25	106 (80 - 142)	34,82±4,89	34,50 (24 - 48)	142,45±14,74	142 (115 - 185)
		p=,449		p=,945		p=,535	

Tablo 4.3.1’de çalışma kapsamına giren çocukların sosyo-demografik özellikleri ile ailelerinin AİKİYETÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre çocuğun cinsiyeti ile AİKİYETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > ,05$ ).

Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre çocuğu düzenli olarak sağlık izlemi yapılan ailelerin AİKİYETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalamasının ( $113,00 \pm 13,73$ ), sağlık izlemi düzenli olarak yapılmayanlara göre ( $103,69 \pm 9,82$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $t(202,078) = 5,658; p < ,001$ ). Sağlık izlenimlerine göre, düzenli sağlık izlemi yapılan çocukların AİKİYETÖ’nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ( $35,84 \pm 6,77$ ), düzenli sağlık izlemi yapılmayanlara göre ( $33,62 \pm 4,48$ ) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı ( $t(198,891) = 2,816; p = ,005$ ). Benzer şekilde çocuklarının sağlık izlemini düzenli yaptıran ailelerin AİKİYETÖ toplam puan ortalaması ( $148,84 \pm 17,45$ ), yaptırmayanlara göre ( $137,30 \pm 12,66$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ( $t(202,417) = 5,481, p < ,001$ ).

Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre çocuğun kronik bir hastalığa sahip olma durumu ile AİKİYETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > ,05$ ). Ailelerin AİKİYETÖ’nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması çocuğu kronik bir hastalığa sahip olanlarda ( $36,86 \pm 5,78$ ), olmayanlara göre ( $33,71 \pm 5,80$ ) anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu ( $t(203) = 3,760; p < ,001$ ). Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre çocuğun sürekli ilaç kullanma durumu ile ailelerin AİKİYETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p > ,05$ ). Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre çocuğuna reçetesiz ilaç kullanan ailelerin AİKİYETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalamasının ( $104,73 \pm 11,44$ ), kullanmayanlara göre ( $111,77 \pm 13,28$ ) anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu belirlendi ( $t(203) = -3,926; p < ,001$ ). Ailelerin AİKİYETÖ’nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalamasının reçetesiz ilaç kullananlarda ( $33,95 \pm 4,12$ ), kullanmayanlara göre ( $35,49 \pm 6,89$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ( $t(200,915) = -1,995; p = ,047$ ).

Çalışmada çocuğuna reçetesiz ilaç kullanan ailelerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının (138,68±13,92), kullanmayanlara göre (147,26±17,30) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (  $t(195,867) = -3,916$ ;  $p < ,0$ . Bağımsız örneklemlerde t testi sonucuna göre evin sağlık merkezine uzak ve yakın olma durumu ile ailelerin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ( $p > ,05$ ).

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması çocuğun yağ grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ( $F(3,201) = 6,507$ ;  $p < ,001$ ). Games-Howell testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, ailelerin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının süt çocuğu grubunda (101,36±8,24), oyun çocuğu grubuna (110,73±12,16), okul öncesi grubuna (111,00±15,88) ve okul çocuğu grubuna (111,32±12,93) göre daha düşük olduğu belirlendi. AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının çocuğun yağ grubuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptandı ( $F(3,201) = 11,555$ ;  $p < ,001$ ).

Games-Howell testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizi sonucunda farkın, süt çocuğu grubunun puan ortalamasının (32,71±3,19), okul çocuğu grubuna göre daha düşük (39,94 ±6,34) olmasından, ayrıca oyun çocuğu grubu puan ortalamasının da (33,94±5,80), okul çocuğu grubuna göre (39,94 ±6,34) daha düşük bulunmasından kaynaklandığı belirlendi. Çalışmada AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının çocuğun yağ gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptandı (  $F(3,201)=8,104$ ;  $p < ,001$ ).

Yapılan ileri analizde bu farklılığın yağ grubu süt çocuğu olan ailelerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının süt çocuğu grubunun (134,07±9,40), yağ grupları oyun çocuğu olan (144,67±15,15), okul öncesi çocuğu olan (146,23±20,20) ve okul çocuğu olan (151,26±16,99) ailelerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamalarından daha düşük olmasından kaynaklandığı bulundu. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının çocuğun Şikayeti/hastalığı durumunda ilk bağvurulan yere göre farklılağığı görüldü ( $F(3,201) = 11,151$ ;  $p < ,001$ ).

Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, çocuğun sağlık sorunu olduğunda ilk olarak özel hastaneye başvuran ailelerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının (120,00±12,32), devlet hastanesine (106,63±12,52) ve üniversite hastanesine başvuran ailelere göre (105,67±7,32) daha yüksek olduğu saptandı. AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalaması çocuğun sağlık sorunu olduğuunda ilk başvurulan yere göre gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaşma görüldü (  $F(3,201) = 11,151$ ;  $p=,020$ ). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, çocuğun sağlık sorunu ortaya çıktığında ilk olarak devlet hastanesine başvuran hasta yakınlarının etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamasının (34,47±5,52), üniversite hastanesine başvuran hasta yakınlarına (38,42±5,52) göre daha düşük olduğu belirlendi.

Çalışmada ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının çocuğun şikayeti/hastalığı durumunda ilk başvurulan yere göre farklılık gösterdiği saptandı ( $F(3,201)=5,806$ ;  $p=,001$ ). Games-Howell testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizi sonucuna göre bu farklılığın, çocuğun şikayeti/hastalığı durumunda ilk olarak devlet hastanesine başvuran anne/babaların AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının (141,10±16,36), özel hastaneye başvuran anne/babalarına (154,42±15,57) göre daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü.

Çalışmada çocuğun genel sağlık durumu ile anne/babaların AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği saptandı ( $p>,05$ ). Benzer şekilde çocuğa reçetesiz ilaç kullanma nedenleri ile ebeveynlerin AİKİYETÖ'nün her iki alt boyutları (doğru ve bilinçli kullanım ile etkili ve güvenli kullanım) ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlendi ( $p>,05$ ).

**Tablo 4.3.2. Ailelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması (n=205)**

Sosyo-demografik Özellikler	Doğru ve Bilinçli kullanım		Etkili ve güvenli kullanım		AİKİYETÖ ölçeği toplam puan	
	Ort.±SS	Medyan (Min. – Mak.)	Ort.±SS	Medyan (Min. – Mak.)	Ort.±SS	Medyan (Min. – Mak.)
<b>Yakınlık derecesi</b>						
Anne	108,21±13,19	106 (80 - 145)	34,78±5,93	34 (22 - 53)	142,99±16,75	140 (108 - 191)
Baba	115,14±9,60	114 (96 - 136)	35,64±6,41	35,50 (22 - 46)	150,77±13,06	151 (126 - 176)
	<b>p = ,018</b>		<b>p = ,527</b>		<b>p = ,037</b>	
<b>Eğitim durumu</b>						
Okuryazar değil	101,77±10,85	100 (80 - 139)	34,54±5,79	34 (22 - 50)	136,30±14,77	134 (108 - 184)
Okuryazar / ilkokul	108,02±11,55	106 (93 - 141)	34,27±6,05	35 (22 - 50)	142,29±15,50	137 (119 - 187)
İlköğretim / ortaöğretim	109,62±9,63	109,50 (90 - 135)	35,26±5,72	34 (24 - 50)	144,88±13,27	145 (121 - 185)
Lise	117,14±11,39	113 (101 - 143)	36,24±7,10	36 (22 - 53)	153,38±15,90	148 (126 - 190)
Üniversite ve üstü	122,60±14,43	116,50 (99 - 145)	34,60±5,37	34 (26 - 46)	157,20±17,55	153 (130 - 191)
	<b>p &lt; ,001</b>		<b>p = ,663</b>		<b>p &lt; ,001</b>	
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	120,50±13,31	115,50 (99 - 145)	36,55±6,94	35 (22 - 53)	157,05±16,80	151,50 (130 - 191)
Çalışmıyor	106,16±11,32	106 (80 - 141)	34,47±5,67	34 (22 - 50)	140,62±14,85	139 (108 - 187)
	<b>p &lt; ,001</b>		<b>p = ,048</b>		<b>p &lt; ,001</b>	
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek aile	109,63±12,97	108 (80 - 145)	34,82±5,88	34 (22 - 53)	144,45±16,40	142 (110 - 191)
Geniş aile	104,68±12,68	102,50 (80 - 143)	35,21±6,66	33 (24 - 50)	139,89±17,19	136,50 (108 - 190)
	<b>p = ,061</b>		<b>p = ,746</b>		<b>p = ,176</b>	
<b>Sosyal güvence varlığı</b>						
Var	112,82±14,51	112 (80 - 145)	35,88±6,33	35 (22 - 53)	148,69±17,92	146,50 (108 - 191)
Yok	105,42±10,34	103 (80 - 139)	33,95±5,50	34 (22 - 50)	139,37±13,82	138 (110 - 185)
	<b>p &lt; ,001</b>		<b>p = ,021</b>		<b>p &lt; ,001</b>	
<b>Ekonomik durum</b>						
Gelir giderden az	105,91±12,54	104 (80 - 143)	34,27±5,84	34 (22 - 50)	140,17±16,15	138 (108 - 190)
Gelir gidere eşit	113,36±12,16	112 (92 - 145)	35,57±5,76	35 (22 - 50)	148,93±15,16	147 (123 - 191)
Gelir giderden fazla	128,00±5,20	125 (125 - 134)	43,00±11,14	45 (31 - 53)	171,00±6,56	170 (165 - 178)

	<b>p &lt; ,001</b>		<b>p = ,019</b>		<b>p &lt; ,001</b>	
<b>En uzun süre yaşanılan yer</b>						
İl	115,70±15,01	113 (84 - 145)	37,03±5,84	36 (25 - 53)	152,73±18,28	150 (110 - 191)
İlçe	107,53±8,42	106,50 (90 - 143)	33,22±6,03	33,50 (22 - 50)	140,74±11,77	140 (117 - 190)
Köy	103,55±12,24	101 (80 - 139)	34,53±5,43	33,50 (24 - 50)	138,08±15,71	134,50 (108 - 185)
	<b>p &lt; ,001</b>		<b>p = ,001</b>		<b>p &lt; ,001</b>	
<b>Toplam çocuk sayısı</b>						
1 çocuk	114,61±12,78	113 (93 - 142)	34,52±6,23	34 (22 - 53)	149,14±16,55	147,50 (119 - 187)
2 çocuk	111,79±12,83	110 (95 - 145)	34,77±5,21	34 (24 - 47)	146,56±16,17	144 (123 - 191)
3 çocuk	107,09±12,55	109 (80 - 141)	33,61±6,00	33 (22 - 45)	140,70±16,17	138 (108 - 179)
4 çocuk	102,93±10,74	102 (86 - 135)	35,30±5,73	35 (22 - 50)	138,22±13,34	137 (120 - 181)
5 çocuk	108,55±14,26	110 (80 - 140)	35,91±5,90	35 (28 - 50)	144,45±17,52	145,50 (115 - 184)
6 ve üzeri çocuk	105,14±11,86	102,50 (90 - 137)	35,64±6,83	33 (25 - 50)	140,78±17,37	135 (117 - 185)
	<b>p = ,001</b>		<b>p = ,699</b>		<b>p = ,045</b>	
<b>0-12 yaş arası çocuk sayısı</b>						
1 çocuk	113,98±12,61	113 (93 - 142)	34,68±6,20	34 (22 - 53)	148,66±16,18	147 (119 - 187)
2 çocuk	112,02±12,96	110 (95 - 145)	35,55±5,41	35 (24 - 50)	147,56±16,14	145 (123 - 191)
3 çocuk	107,90±13,54	108 (80 - 141)	34,86±7,27	33 (22 - 50)	142,76±18,03	142 (108 - 185)
4 ve üzeri çocuk	103,05±10,62	101 (80 - 135)	34,43±5,38	34 (22 - 50)	137,48±14,17	134 (115 - 185)
	<b>p &lt; ,001</b>		<b>p = ,783</b>		<b>p = ,001</b>	
<b>0-12 yaş arası çocukların yaş grubu</b>						
0-6 yaş	111,78±12,76	110,50 (86 - 145)	34,12±5,59	34 (22 - 46)	145,90±15,87	144 (119 - 191)
6-12 yaş	111,33±14,93	111 (84 - 143)	36,76±6,01	36 (26 - 47)	148,10±19,01	148 (110 - 190)
0-6 ve 6-12 yaş	105,16±11,96	103 (80 - 141)	35,27 ±6,31	34 (24 - 53)	140,43±16,23	136,50 (108 - 185)
	<b>p = ,002</b>		<b>p = ,134</b>		<b>p = ,037</b>	

Çocuğa yakınlığı anne ve baba olan ebeveynlerin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım ile etkili ve güvenli kullanım alt boyutları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklemelerde t test yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.3.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.3.2'de gösterildiği gibi, yakınlığı anne olanların doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması (108,21±13,19), yakınlığı baba olanlara göre (115,14±9,60) anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu (  $t(203) = -2,384$ ;  $p = ,018$ ). Çocuğun anne ya da babası olma durumu ile etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > ,05$ ). Çocuğa yakınlığı anne olan ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalaması (142,99±16,75), baba olanlara göre (150,77±13,06) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı (  $t(203) = -2,101$ ;  $p = ,037$ ).

Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre çalışan anne/babaların doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması (120,50±13,31), çalışmayanlara göre (106,16±11,32) anlamlı bir şekilde daha yüksekti (  $t(53,481) = 6,285$ ;  $p < ,001$ ). Benzer şekilde çalışan anne/babaların etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması (36,55±6,94), çalışmayanlara göre (34,47±5,67) anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu (  $t(203) = 1,992$ ;  $p = ,048$ ). Anne/babaların AİKİYETÖ toplam puan ortalaması çalışan ebeveynlerin (157,05±16,80, çalışmayanlara göre (140,62±14,85) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (  $t(203) = 6,115$ ;  $p < ,001$ ). Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre aile tipinin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ( $p > ,05$ ).

Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre sosyal güvencesi olan anne/babaların AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyut puan ortalamasının (112,82±14,51), sosyal güvencesi olmayanlara göre (105,42±10,34) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (  $t(173,874) = 4,169$ ;  $p < ,001$ ). Benzer şekilde sosyal güvencesi olan ailelerin AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması (35,88±6,33), sosyal güvencesi olmayanlara göre (33,95±5,50) anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu (  $t(203) = 2,328$ ;  $p = ,021$ ). Çalışmada sosyal güvenceye sahip ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının (148,69±17,92), sosyal güvencesi olmayan ebeveynlerin ölçek toplam puan ortalamasına göre (139,37±13,82) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (  $t(182,034) = 4,142$ ;  $p < ,001$ ).

Farklı eğitim durumuna sahip olan anne/babaların AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ve etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizinde; doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının anne/babaların eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptandı ( $F(4,200) = 18,379$ ;  $p < ,001$ ). Games-Howell testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, okuryazar olmayan anne/babaların doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının ( $101,77 \pm 10,85$ ), eğitim durumu okuryazar / ilkokul ( $108,02 \pm 11,55$ ), ilköğretim / ortaöğretim ( $109,62 \pm 9,63$ ), lise ( $117,14 \pm 11,39$ ) ve üniversite ve üzeri olan ( $122,60 \pm 14,43$ ) anne/babalara göre daha düşük olduğu belirlendi.

Anne/babaların eğitim durumlarına göre AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı görüldü ( $p > ,05$ ). Çalışmada ebeveynlerin eğitim durumlarına göre AİKİYETÖ toplam puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulundu ( $F(4,200) = 11,283$ ,  $p < ,001$ ). Yapılan ileri analizde farkın, okuryazar olmayan anne/babaların AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının ( $136,30 \pm 14,77$ ), eğitim düzeyi ilköğretim / ortaöğretim ( $144,88 \pm 13,27$ ), lise ( $153,38 \pm 15,90$ ) ve üniversite ve üzeri olan ( $157,20 \pm 17,55$ ) gruplardan daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, ailelerin ekonomik düzeyleri ile AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $F(2,202) = 12,202$ ;  $p < ,001$ ). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, geliri giderinden düşük olan ailelerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının ( $105,91 \pm 12,54$ ), geliri giderine eşit olan ( $113,36 \pm 12,16$ ) ve geliri giderinden yüksek olan ailelere göre ( $128,00 \pm 5,20$ ) daha düşük olduğu belirlendi. Ailelerin ekonomik düzeyleri ile AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $F(2,202) = 4,058$ ;  $p = ,019$ ).

Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, farkın geliri giderinden düşük olan ailelerin etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamasının ( $34,27 \pm 5,84$ ), geliri giderinden yüksek olan ailelerin puan ortalamasına göre ( $43,00 \pm 11,14$ ) daha düşük olduğundan kaynaklandığı görüldü. AİKİYETÖ toplam puan ortalamaları ile ebeveynlerin ekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ( $F(2,202) = 11,856$ ;  $p < ,001$ ).

Yapılan ileri analizde bu farkın, geliri giderinden az olan ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının (140,17±16,15), geliri giderinden daha fazla olan ebeveynlere göre (171,00±6,56) daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi. Çalışmada tek yönlü varyans (ANOVA) analizinde, ailelerin en uzun süre yaşadıkları yere göre AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında farklılaşma saptandı (  $F(2,202) = 17,378$ ;  $p < ,001$ ). Games-Howell testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, ilde yaşayan anne/babaların doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının (115,70±15,01), ilçede (107,53±8,42) ve köyde yaşayanlara göre (103,55±12,24) daha yüksek olduğu bulundu.

Ailelerin en uzun süre yaşadıkları yer ile AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görüldü (  $F(2,202) = 7,798$ ;  $p = ,001$ ). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, ilde yaşayan anne/babaların etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamasının (37,03±5,84), ilçede (33,22±6,03) ve köyde yaşayanlara göre (34,53±5,43) daha yüksek olduğu belirlendi.

Çalışmada anne/babaların en uzun süre yaşadıkları yere göre AİKİYETÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görüldü. (  $F(2,202) = 17,213$ ;  $p < ,001$ ). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde, ilde yaşayan anne/babaların AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının (152,73±18,28), ilçede (140,74±11,77) ve köyde yaşayanlara göre (138,08±15,71) daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, ailelerin çalışmaya katılan çocukları dahil sahip oldukları toplam çocuk sayısına göre AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının farklılaştığı görüldü (  $F(5,199) = 4,314$ ;  $p = ,001$ ). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde bu farklılığın, ailelerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının çalışma kapsamına alınan çocukla birlikte toplam bir çocuğu olanların (114,61±12,78), 4 çocuğu (102,93±10,74) ile 6 ve üzeri çocuğu olan (105,14±11,86) ailelere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi. Çalışmada ailelerin çalışmaya katılan çocukları dahil sahip oldukları toplam çocuk sayısına göre AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu ( $p > ,05$ ).

Ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının çalışma kapsamına giren çocuk ile birlikte toplam çocuk sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptandı (  $F(5,199) = 2,320$ ;  $p = ,045$ ). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizde bu farklılığın, çalışmaya katılan çocukla birlikte toplam bir çocuğu olan anne/babaların AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının (149,14±16,55), 4 çocuğu olan (138,22±13,34) anne/babalara daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, ailelerin çalışmaya katılan çocuk dahil sahip oldukları 0 - 12 yaş arası çocuk sayısı ile AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulundu (  $F(3,201) = 8,466$ ;  $p < ,001$ ). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde gruplar arası farkın, çalışma kapsamına alınan çocukla birlikte 0-12 yaş arası 4 çocuğu olan anne/babaların doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının (103,05±10,62), bir çocuğu (113,98±12,61) ve 2 çocuğu olan anne/babalara göre (112,02±12,96) daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi. Çalışmada ailelerin çalışmaya katılan çocukları dahil sahip oldukları 0 – 12 yaş arası çocuk sayısına göre AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ( $p > ,05$ ).

Ailelerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamalarının çalışma kapsamına alınan çocukla birlikte sahip oldukları 0-12 yaş arası çocuk sayısına göre farklılaştığı görüldü. (  $F(3,201) = 5,694$ ;  $p = ,001$ ). Yapılan ileri analizde gruplar arası farkın, çalışma kapsamına alınan çocukla birlikte 0-12 yaş arası 4 çocuğa sahip ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının (137,48±14,17), bir çocuğa (148,66±16,18) ve 2 çocuğa sahip ailelere göre (147,56±16,14) daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, ailelerin çalışma kapsamına giren çocuk dahil sahip olunan 0-12 yaş arası çocukların grupları ile AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulundu (  $F(2,202) = 6,652$ ;  $p = ,002$ ). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizinde bu farkın, 0-6 yaş arasında çocuğu olan ailelerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının (111,78±12,76), hem 0-6 hem de 6-12 yaş arasında çocuğu olan ailelere göre (105,16±11,96) daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü.

Çalışmada ailelerin çalışmaya katılan çocukları dahil sahip oldukları 0-12 yaş arası çocuk gruplarına göre AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ( $p > ,05$ ). Ebeveynlerin çalışmaya katılan çocuk dahil sahip olunan 0-12 yaş arası çocukların grupları ile AİKİYETÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptandı (  $F(2,202) = 3,355$ ;  $p = ,037$ ). Yapılan ileri analizde bu farkın, 6-12 yaş arasında çocuğu olan anne/babaların AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının ( $148,10 \pm 19,01$ ), hem 0-6 hem de 6-12 yaş arasında çocuğu olan hasta yakınlarına göre ( $140,43 \pm 16,23$ ) daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.



## **5.TARTIŞMA**

Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen veriler bulgular bölümünde ele alınan ve aşağıda belirtilen 3 ana başlık altında tartışılmıştır.

### **5.1. ÇOCUK VE AİLENİN SOSYO-DEMOGRAİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

### **5.2. AİKİYETÖ'YE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

### **5.3. ÇOCUK VE AİLENİN SOSYO-DEMOGRAİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE AİKİYETÖ'YE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

## 5.1. ÇOCUK VE AİLENİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

### 5.1.1. Çocuğun Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

**Cinsiyet;** araştırmada çocukların cinsiyetine bakıldığında %53,7'sinin erkek, %46,3'ünün kız çocuğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1.). Ebeveynlerin çocukları hastane ortamında çocuk servisinde yatan hastalara göre rastgele seçildiği için, cinsiyet için belirleyici bir özellik düşünülmemiştir. Her iki cinsiyet grubunun da birbirine yakın oranlarda olduğu ileri sürülmüştür.

**Yaş grubu;** yaş grupları arasında en yüksek %42,9'unun oyun çocuğu yaş grubunda olduğu görülmüştür. Araştırmada oyun çocuğu yaş grubunun yüksek olması, hastaneye yatan çocukların genellikle bu yaş aralığında daha hareketli olmasından kaynaklı yaralanma/kazaların daha sık görülmesi, ayrıca anaokulu-park gibi ev dışı ortamlara bu yaş grubunda ilk kez çıkmış olmalarına bağlı enfeksiyonlara daha sık yakalanmaları düşünülmüştür. 15 yaşın altı çocuklarda evlerde oluşan düşme, yanık ve zehirlenmeler morbidite ve mortalitenin sebepleri arasında ve dünyada en önemli sağlık sorunları arasındadır (68).

**Sağlık izlem durumu;** araştırmada düzenli sağlık izlemi yapılan çocuk oranı %56,6 yapılmayanlar ise %43,4'dür. Çalışma grubunu oluşturan çocukların yarısından fazlasının (%63,4) 0-3 yaş grubunda bulunması ve bu yaş grubunda yapılan sağlam çocuk izlemlerine bağlı olduğu düşünülmüştür.

**Çocuğun sağlık sorununda ilk başvuru yeri;** araştırmada ebeveynlerin sağlık sorununda en sık başvurdukları yer %67,8 ile devlet hastanesi sonra sırasıyla %11,7 ile üniversite hastanesi %11,2 ile ASM en sonda ise %9,3 ile özel hastane izlemiştir. Çelebi (7)'nin araştırmasında %40,6 ile devlet hastanesi en sık başvuru yeri olarak belirlenmiştir. Şantaş ve ark. (70)'nin Giresun ilinin bir kamu hastanesinde yaptıkları araştırmada, hastane seçiminde en fazla önem verilen faktörler arasında hastanenin hijyeni-temizliği, sağlık personelinin tutum ve davranışları, hastanenin tıbbi ve teknik ekipmanı ve hastanenin güvenliği gibi nedenler bulunmuştur.

**Çocuğun genel sağlık durumu;** çocuğun genel sağlık durumu ebeveynlere sorulduğunda ara sıra hastalanır %51,2 ile ilk sırada yer almıştır.

**Çocukta kronik bir hastalık tanısı;** araştırmada çocukların %62,9'unun kronik bir hastalığı olmadığı ortaya çıkmıştır. Çelebi (7)'nin çalışmasında çocukların %95,7'sinin kronik hastalığı olmadığı açıklanmıştır. Bu bulgu araştırma kapsamına alınan çocuklardan okul öncesi ve okul çocuğu yaş grubuna girenlerin kronik hastalık tanısı ile hastaneye yatırıldıklarını düşünölmüştür.

**Çocuğun sürekli kullandığı ilaç;** araştırmada sürekli olarak ilaç kullanan çocuk oranı %30,2 kullanmayan ise %69,8 olarak gözlenmiştir. Sürekli olarak ilaç kullanan çocukların genellikle kronik hastalığı olan çocuklardan oluştuğu, ilaç kullanmayan çocuk oranının yüksek olması, kronik hastalığı olan çocuk oranının daha düşük olması ile ilgili olabileceği düşünölmüştür.

**Çocuğa reçetesiz ilaç kullanımı;** çalışma kapsamına giren ebeveynlerin %60,0'ı reçetesiz ilaç kullanmamıştır. Bunun nedenleri arasında ölkemizin e-reçete sistemine geçip antibiyotikleri reçetesiz verilmemesi düşünölebilir. Çelebi (7)'nin araştırmasında en çok reçetesiz kullanılan ilaç %83,2 oranı ile ateş düşürücü olarak ilk sırada yer almaktadır. Güngör ve ark. (60)'nın çalışmasında hekime başvurmadan önce evde ilaçla kullanmaya başlayan ebeveyn oranı %40,5 olarak açıklanmıştır. Pereira ve ark. (55)'nin Brezilya'da yaptığı bir çalışmada, 18 yaş altı bir grupta reçetesiz ilaç kullananların oranı %56,6 çıkmıştır. Araz (64)'in araştırmasında son bir yıl içinde çocukların antibiyotik kullanımı %80 çıkmıştır. %17,2 si ise reçetesiz kullanmış.

**Reçetesiz ilaç kullanım nedeni;** ebeveynlerin reçetesiz ilaç kullanma nedeni sorgulandığında birbirine yakın oranlarda sırası ile sağlık çalışanı önerisi (%15,1) ve ilaca kolay ulaşılabilir olması (%12,2) yanıtı alınırken %61,5 oranında yanıt verilmediği belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak daha önce bir sağlık kuruluşunda çocuğunun tedavisi sırasında hekimin belirti ve bulgulara göre ilaç önerisinde bulunması olarak düşünölmüştür (60). Çelebi (7)'nin araştırmasında ebeveynlerin çocuğu ateşlendiğinde, ateş korkusu/endişesi nedeniyle en yaygın ve kolay ulaşılabilir olmasından kaynaklı ateş düşürücü kullanılmış.

**Reçetesiz kullanılan ilacın etkisi;** reçetesiz ilaç kullanıp evet etkili oldu/iyi geldi diyen ebeveyn oranı %36,1'dir. Bu soruya verilen yanıtlar arasında ateş düşürücü kullanıp ateşi düşen, kabızlık sorunu olup sorunu kısa süreliğine çözen ebeveynden oluştuğu düşünölmüştür. Arikoglu ve ark. (65) yaptığı çalışmada 106 çocuğun %29,2 sinde Non Steroidal Antienflamatuar İlaçlar (NSAİİ) aşırı duyarlılığı incelenip testlerle onaylanmış ve

bir saat içinde ilaç kullanımı ile reaksiyon görülmüş; ailede atopi öyküsü ve NSAİİ birden fazlasına aşırı duyarlılığı olması bağımsız risk faktörleri içindedir.

**Eviden sağlık merkezine ulaşım;** araştırmada sağlık merkezine uzaklığına bakıldığında yakın diyenler %78,5 uzak diyenlerin ise %21,5 oranında bulunmuştur. Sayısal olarak yakın diyenlerin fazla olmasının nedeni ebeveynin merkez ve ilçede yaşıyor olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

### 5.1.2. Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

**Yakınlık derecesi;** çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuğa yakınlık durumu incelendiğinde annelerin %89,3 babaların ise %10,7 oranında oldukları gözlenmiştir (Tablo 4.1.2.). Çelebi (7)'nin çalışmasında da benzer şekilde annelerin oranı %80,1 olarak açıklanmıştır. Anne sayısının fazla çıkmış olması babaların çalışıyor olması, annelerin çocukların bakımında öncü rol oynaması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

**Medeni durum;** çalışmada ebeveynlerin tamamının evli olduğu görülmüştür. Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ailelerin geleneksel yapısı ve kadınların ekonomik gücünün olmayışı boşanmalara karşı bakış açısını değiştirmektedir. Bu yüzden boşanma oranlarının en az olduğu bölgeler Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olarak karşımıza çıkmıştır (69).

**Eğitim durumu;** ebeveynlerin eğitim durumu incelendiğinde en yüksek oranda (%33,7) okuryazar olmayan en düşük oranda ise (%9,8) üniversite mezunu yer almıştır. Okuma yazma oranının düşük olmasının nedeni kız çocuklarının okutulmaması buna bağlı olarak çalışmaya katılan annelerin kadın cinsiyetinden dolayı okula gönderilmemesinden kaynaklandığı ileri sürülmüştür. Kadınların eğitimi ülkemizin önemli sorunlarından biridir. Türkiye'nin 25 yaş altı okuma-yazma bilmeyen nüfus oranı %5,4 iken erkeklerde %1,8 kadınlarda %9'dur (71). Çelebi (7) araştırmasında eğitim düzeyinin AİK i etkilediğini bulmuştur. Güngör ve ark. (60)'nın araştırmasında 8 yıl üzeri olan ebeveynlerin doktora gitmeden ilaç başlama oranı eğitim durumu 8 yıl ve altı olanlara göre anlamlı olarak düşük saptanmış (p=0,007).

**Çalışma durumu;** araştırmada ebeveynlerin %19,5'nin çalıştığı, %80,5'inin çalışmadığı gözlenmiştir. Çalışmada kapsamına çok büyük oranda annelerin alınmış olmasının bu sonuca neden olabileceği düşünölmüştür.

**Aile tipi;** ebeveynlerin %86,3'ü çekirdek aileden oluşmuştur.

**Sosyal güvence varlığı;** araştırmada sosyal güvenceye sahip ebeveyn oranı %47,8 iken, sahip olmayanların oranı %52,2 olarak belirlenmiştir. Sosyal güvenceye sahip olmayan ailelerin yörenin durumuna bağlı olarak mevsim ve tarım işçilerinden oluştuğunu düşünölmüştür.

**Ekonomik durum;** ailelerin %62,0'si ekonomik olarak gelirlerinin giderlerinden düşük, %36,6'sı gelirlerinin giderlerine eşit, sadece %1,5'i gelirlerinin giderlerinden yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu bulgunun da ebeveynlerin eğitim düzeyleri, çalışma durumları ve sosyal güvence varlığı ile uygunluk gösterdiği gözlemlenmiştir.

**En uzun süre yaşanılan yer;** araştırmada ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer birbirlerine yakın oranlarda sırası ile ilçe (%36,1), il (%32,7) ve köy (%31,2) olarak belirlenmiştir.

**Toplam çocuk sayısı;** araştırmada bir ve iki çocuğa sahip ailelerin oranları benzer şekilde %21,5 olarak gözlemlenmiştir. Üç ve dört çocuğu olan ailelerin toplam oranı %29,3 iken beş ve üzeri çocuğa sahip aile oranının %28,3 olduğu görölmüş. Üç ve üzeri çocuğa sahip ailelerin tüm çalışma grubunun yarısından fazlasını (%57,6) oluşturmasını bu bölgenin költürü, ebeveynlerin eğitim durumlarının düşük olması, erken evlilik yapmaları, kuma költürü gibi nedenler düşünölmüştür.

**0-12 yaş arası çocuk sayısı:** Araştırmamızda 0-12 yaş arası bir çocuğu olan ebeveyn sayısı %22,9 iki çocuğu olan aile sayısı %26,8 üç çocuğu olan aile sayısı %20,5 dört çocuğu olan ise %29,8 sonucu çıkmıştır. Dört çocuk sayısının diğer çocuk sayısı oranlarına göre fazla olmasının nedeni, TÜİK Doğum İstatistikleri, 2019 verilerine göre toplam doğurganlık hızının en fazla 3,89 çocuk ile 1. olan şanlıurfa ilinin olması düşünölmüştür (58). TNSA 2018 verilerine göre de Doğu'da bir kadın ortalama 3,2 çocuk doğururken, Kuzey bölgelerinde bir kadın ortalama 1,6 çocuk doğuruyor.

**0-12 yaş arası çocukların yaş grubu:** 0-6 yaş arası çocukları olan ebeveynler %47,8, 6-12 yaş arası çocukları olanlar %10,2, hem 0-6 hem de 6-12 yaş arası çocukları olan

ebeveynler %42,0 olarak sonuçlanmış. Çocuk sayısı olarak 0-6 yaş arasının fazla olması ortalama anne yaşının genç olması, TÜİK Doğum İstatistikleri, 2019 verilerine göre doğum yapan annelerin ortalama yaşları 2001 de 26.7 iken 2019 da 28,9 olması gibi nedenler olarak düşünülmüş (58).

## **5.2. AİKİYETÖ'ye İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Araştırmada AİKİYETÖ'nün Doğru ve Bilinçli Kullanım, Etkili ve Güvenli Kullanım şeklinde 2 alt boyut ve 40 maddesi vardır. Araştırmada ebeveynlerin 'Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği'nin, doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması (108,96±13,01) etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalaması (34,87±5,98) olarak saptanmıştır. Ölçek toplam puan ortalaması ise (143,83 ± 16,54) olarak belirlenmiş. Çalışmada yer alan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık (Skewness ve Kurtosis) katsayılarının -1 ile +1 arasında olduğu görülmüştür.

Çelebi (7)'nin araştırmasında ebeveynler Doğru ve Bilinçli Kullanım alt boyutu puan ortalaması (120.62±11.55) Etkili ve Güvenli Kullanım alt boyutu ortalaması (36.51±7.68) puan olarak saptanmıştır. Ölçek toplam puan ortalaması ise (157.13±16.25) olarak belirlenmiş. Araştırmada sonuçların Çelebi'nin sonuçlarından düşük çıkması; çalışmadaki ebeveynlerin AİK bilgilerinin yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu yetersizliğin nedenleri; ekonomik gelirin ve eğitim düzeyinin düşük olması, toplam çocuk sayısının fazlalığı gibi sorunlar sayılabilir.

## **5.3. ÇOCUK VE AİLENİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE AİKİYETÖ'YE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

### **5.3.1. Çocuğun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre AİKİYETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılmasının Tartışılması**

**Çocuğun cinsiyeti;** araştırmaya katılan ebeveynlerin kız çocuk sahibi olanlar ile erkek çocuk sahibi olanlar arasında AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > ,05$ ) (Tablo 4.3.1.).

**Sağlık izlem durumu;** araştırmada çocuğu dzenli olarak sağlık izlemi yapılan ebeveynlerin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve ölçek toplam puan ortalaması sağlık izlemi dzenli olarak yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $t = 5,658, p < ,001; t = 2,816, p = ,005; t = 5,481, p < ,001$ ) (Tablo 4.3.1.). Bu sonuç dzenli sağlık izlemi yapılan çocuğun ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak da daha bilinçli olduklarından akılcı ilaç kullanımına daha fazla dikkat ettikleri dűőünlműőtür.

**ocukta kronik bir hastalık tanısı;** araştırmada çocuğun kronik bir hastalığa sahip olup olması ile AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamış ( $p > ,05$ ). ocuğu kronik bir hastalığa sahip olan ailelerin AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması kronik bir hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $t = 3,760; p < ,001$ ) (Tablo 4.3.1.). Çelebi (7) yaptığı çalışmada ebeveynin kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olmanın alt boyutları ve toplam puan ortalamaları üzerinde etkili olmadığını açıklamıştır.

Çalışma bulgusu kısmen elebi'nin çalışması ile benzerlik gűsterirken, bu çalışmada çocuğu kronik hastalık tanısı almış ebeveynlerin ilaçların etkili ve güvenli kullanımında daha dikkatli oldukları belirlenmiştir.

**Çocuęun sűrekli kullandığı ilaç;** araştırmada çocuğun sűrekli ilaç kullanma durumunun AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > ,05$ ) (Tablo 4.3.1.).

**Çocuęa reçetesiz ilaç kullanımı;** arařtırmada çocuęuna reçetesiz ilaç kullanan ebeveynlerin AİKİYETÖ'nün doęru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve ölçek toplam puan ortalaması reçetesiz ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha dűőük bulunmuř ( $t = -3,926, p < ,001; t = -1,995, p = ,047; t = -3,916, p < ,001$ ) (Tablo 4.3.1.). Çelebi (7) yaptıęı çalıřmada reçetesiz ilaç kullanımında en çok kullanılan ilaç tűrűnűn kolay ulařılması, reçetesiz satılması ve ekonomik olarak uygun olması nedenleri ile ateř dűőűrűcűler olduęunu açıklamıřtır.

Güngör ve ark. (60) çocuk polikliniğine başvuran 225 anne ve babanın %59,5'i doktora gittiğini söylerken, %40,5'i doktora gitmeden (ateş düşürücü, antibiyotik, soğuk algınlığı ilacı) kullandıklarını ifade etmişler.

Akıcı (57)'nin 500 ebeveynle yaptığı çalışmada farklı sağlık sorunları nedeniyle hastane acil birimine getirilen çocukların ebeveynlerinin %46,3 oranında hastaneye getirmeden önce reçetesiz ilaç kullandıkları belirtilmiştir.

**Evin sağlık merkezine uzaklığı:** araştırmada yaşanan evin sağlık merkezine uzak ya da yakın olan ebeveynin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > ,05$ ) (Tablo 4.3.1.).

**Yaş grubu;** araştırma kapsamına alınan çocukların yaş gruplarına göre ebeveynlerin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( $F = 6,507$ ;  $p < ,001$ ). Süt çocuğu olan ebeveynlerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının çocuğun yaş grubuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği gözlenmiştir ( $F = 11,555$ ;  $p < ,001$ ). Farkın, süt çocuğu grubunun puan ortalamasının, okul çocuğu grubuna göre daha düşük olmasından, ayrıca oyun çocuğu grubu puan ortalamasının da okul çocuğu grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmada alt gruplara benzer şekilde AİKİYETÖ'nün toplam puan ortalamasının çocuğun yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $F = 8,104$ ;  $p < ,001$ ) (Tablo 4.3.1.).

Peru da yapılan bir çalışmada 3'den fazla çocuğu olan ve 5 yaş altı çocuklar da ebeveynin antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi ve kullanım tutumlarının düşük olduğu saptanmıştır (56). Yapılan bu araştırmada çocuğun yaşı arttıkça AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamasının yükselmesinin nedenini ebeveynin çocuğunun yaşının artmasıyla birlikte bilgi, birikim ve deneyim kazandığı düşünülmüştür.

**Çocuğun sağlık sorununda ilk başvuru yeri;** araştırmada çocuğun şikayeti/hastalığı durumunda ilk başvuru yere göre ebeveynlerin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Çocuğun sağlık sorunu olduğunda ilk olarak özel hastaneye başvuran ailelerin doğru ve

bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının, devlet hastanesine ve üniversite hastanesine başvuran ailelere göre daha yüksek olduğu gözlenmiş ( $F = 11,151$ ;  $p < ,001$ ). Benzer şekilde çocuğun sağlık sorunu ortaya çıktığında ilk olarak devlet hastanesine başvuran hasta yakınlarının AİK YETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamasının, üniversite hastanesine başvuran hasta yakınlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiş ( $F = 11,151$ ;  $p = ,020$ ).

Çalışmada çocuğu devlet hastanesine başvuran ebeveynlerin AİK YETÖ toplam puan ortalamasının özel hastaneye başvuran anne/babalara göre daha düşük olduğu görülmüş ( $F = 5,806$ ;  $p = ,001$ ) (Tablo 4.3.1.). Çelebi (7)'nin yaptığı çalışmada çocuğu rahatsızlanan ebeveynin en sık başvurduğu sağlık biriminin devlet hastanesi, en az başvuru alan hastanenin ise özel hastane olduğu bildirilmiş ve Üniversite hastanesine ile özel hastaneye başvuranların tüm puan ortalamalarının devlet hastanesine ve ASM'ye başvuranlardan daha yüksek olduğunu açıklamıştır. Bu çalışma bulguları ile Çelebi'nin çalışmasının benzerlik gösterdiğini, hasta sayısının daha az olması, hasta ve ailelerine daha uzun zaman ayrılması, uzmanlaşmış ekibin olması ve ailelerin sosyoekonomik durumlarının bu farklılaşmaya neden olduğu düşünülmüştür. Çocuğun genel sağlık sorunu; AİK YETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım, etkili ve güvenli alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının çocuğun genel sağlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği gözlenmiştir ( $p > ,05$ ) (Tablo 4.3.1.). Reçetesiz ilaç kullanım nedeni; çalışmada çocuğa reçetesiz ilaç kullanma nedenleri ile ebeveynlerin AİK YETÖ'nün her iki alt boyutları (doğru ve bilinçli kullanım ile etkili ve güvenli kullanım) ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiş ( $p > ,05$ ) (Tablo 4.3.1.).

### **5.3.2. Ailenin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AİK YETÖ Puan Ortalamalarını Karşılaştırılması**

**Yakınlık derecesi;** çalışmada yakınlığı anne olanların AİK YETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalaması yakınlığı baba olanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuş ( $t = -2,384$ ;  $p = ,018$ ;  $t = -2,101$ ;  $p = ,037$ ) (Tablo 4.3.2.). Çocuğun anne ya da babası olma durumu ile etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > ,05$ ). Çelebi (7)'nin çalışmasında babaların AİK e olan tutumları annelere göre daha olumlu bulmuştur. Yapılan çalışmada doğru ve

bilinçli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalaması, anne olanların baba olanlara göre düşük çıkması annelerin eğitim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

**Çalışma durumu;** araştırmada çalışan ebeveynlerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve ölçek toplam puan ortalaması çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiş ( $t = 6,285, p < ,00; t = 1,992, p = ,048; t = 6,115; p < ,001$ ) (Tablo 4.3.2.). Küçükoğlu ve ark. (35) çalışan annelerin ilaçları nerde saklayacağını, ne koşulda saklayacağı konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmişler ( $p < 0.05$ ). Çelebi (7)'nin araştırmasında da çalışanların tutum puan ortalamalarının yüksek olduğu çalışmayanların çalışanlara göre düşük puan aldığı araştırmamızı destekleyici niteliktedir. Çalışan ebeveynlerin eğitim düzeylerinin artmış olmasına bağlı çalışmayanlara göre doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve ölçek toplam puan ortalaması yüksek çıkması neden olarak düşünülmüştür.

**Aile tipi;** araştırmada aile tipinin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüş ( $p > ,05$ ). Çelebi (7)'nin araştırmasında çekirdek ailede yaşayanların akılcı ilaç kullanımını geniş ailede yaşayanlara göre daha başarılı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın Çelebi ile farklı sonuçta çıkması, geniş aile sayısının çekirdek aileye göre daha az sayıda olması neden olarak düşünülmüştür.

**Sosyal güvence varlığı;** araştırmada sosyal güvence varlığı olan ebeveynlerin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ( $t = 4,169, p < ,001; t = 2,328, p = ,021; t = 4,142, p < ,001$ ).

Çelebi (7) araştırmasında sosyal güvenceye sahip ebeveynlerin AİK e olan tutumlarının olumlu yönde olduğunu söylemiştir. Sosyal güvenceye sahip kişilerin reçeteyi zamanında alma, ilaçları doğru şekilde kullanma AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının yükselmesinin nedeni olarak düşünülmüştür.

**Eğitim durumu;** araştırmada ebeveynlerin eğitim durumlarında AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının anne/babaların eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmış ( $F = 18,379; p < ,001$ ). Okuryazar

olmayan anne/babaların doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması diğer eğitim durumu gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı görülmüş ( $p > ,05$ ). Çalışmada ebeveynlerin eğitim durumlarına göre AİKİYETÖ toplam puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur ( $F= 11,283$ ,  $p < ,001$ ) (Tablo 4.3.2.). Farkın, okuryazar olmayan ebeveynlerin diğer eğitim düzeyi gruplarından daha düşük olmasından kaynaklanmasıdır.

Vinker ve ark. (67) birinci basamağa gelen hasta çocukların, üst solunum yolu rahatsızlığının antibiyotik tedavisi ilişkili olarak 122 kişiyi içeren çalışma yapmışlar. Eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin antibiyotik tedavisine olan beklentilerinin daha düşük olduğu sonucu çıkmıştır.

Çelebi (7)'nin araştırmasında da ebeveynin eğitim durumu AİK'i etkilediğini lisans mezunu olanların diğer eğitim gruplarından daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Dönergöz (59)'ün araştırmasında eğitim düzeyi AİK'i etkilediğini, lise ve sonrası eğitimi olanların ilkökul düzeyindekilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Küçüköğlü ve ark. (35) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan annelerin ilaçların son kullanma tarihi ve saklanma koşullarını okuduğu, okuma yazma bilenlerin ise yarısından fazlasının saklama koşullarını okumadığını belirtmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe puan ortalamalarının yükselmesi, bilgi düzeyi ve araştırma becerilerinin yüksek olmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

**Ekonomik durum;** çalışmada yer alan ekonomik durumu ile ilgili ebeveynlerin AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Geliri giderinden düşük olan ailelerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması, geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden yüksek olan ailelere göre daha düşük olduğu belirlenmiş ( $F = 12,202$ ;  $p < ,001$ ). Ekonomik düzeyleri ile ilgili ebeveynler AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ( $F = 4,058$ ;  $p = ,019$ ). Farkın, geliri giderinden düşük olan ailelerin etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamasının, geliri giderinden yüksek olan ailelerin puan ortalamasına göre daha düşük olduğundan kaynaklandığı görülmüş. Geliri giderinden az olan ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalaması geliri giderinden daha

fazla olan ebeveynlere göre daha düşük çıkmıştır (  $F = 11,856$ ;  $p < ,001$ ) (Tablo 4.3.2.). Gelir giderden fazla oldukça AİK e yönelik tutum olumlu yönde sonuçlanmıştır.

Bian ve ark. (61) Çin’de yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek kişilerin AİK bilgileri ve buna yönelik davranışlarında daha bilgili olduğu ortaya çıkmıştır. Gelir durumu arttıkça alınacak sağlık hizmetleri daha kapsamlı olmakta, bilgiye erken ulaşılabilir. Bu gibi nedenler AİK YETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalaması ile bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir.

**En uzun süre yaşanan yer;** araştırmada ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yere göre AİK YETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüş (  $F = 17,378$ ,  $p < ,001$ ;  $F = 17,213$ ;  $p < ,001$ ). İlde yaşayan anne/babaların doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamasının, ilçede ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer ile AİK YETÖ’nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüş (  $F = 7,798$ ;  $p = ,001$ ). İlde yaşayan anne/babaların etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamasının, ilçede ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Li ve ark. (62) Çin’in farklı bölgelerinde yaptığı çalışmalarda kentsel ve yarı kentsel alanlarda akılcı antibiyotik kullanımı arasında farklılıklar olduğunu, kentsel bölgelerde AİK in anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulgusuna varmışlardır. Şehir merkezinde yaşayan ebeveynler sağlık hizmetine daha kolay ulaştığı için, AİK YETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalamasının yüksek çıkmasının nedeni olarak düşünülmüştür.

**Toplam çocuk sayısı;** araştırmada ebeveynlerin çalışmaya katılan çocuğu dahil sahip oldukları toplam çocuk sayısına göre AİK YETÖ’nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının farklılaştığı görülmüştür (  $F = 4,314$ ;  $p = ,001$ ). Farklılığın nedeni olarak, ailelerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının çalışma kapsamına alınan çocukla birlikte toplam bir çocuğu olanların, 4 çocuğu ile 6 ve üzeri çocuğu olan ailelere göre daha yüksek olması düşünülmüştür. Araştırmada ebeveynlerin çalışmaya katılan çocuğu dahil sahip oldukları toplam çocuk sayısına göre AİK YETÖ’nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuş (  $p > ,05$ ). Ebeveynlerin AİK YETÖ toplam puan ortalamasının çalışma kapsamına

giren çocuk ile birlikte toplam çocuk sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmış (  $F = 2,320$ ;  $p = ,045$ ). Farklılık, çalışmaya katılan çocukla birlikte toplam bir çocuğu olan ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının, 4 çocuğu olan anne/babalara daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Çelebi (7) araştırmasında çocuk sayısının artışını AİKİYETÖ toplam puanı azaldığını belirtmiştir. Çocuk sayısı arttıkça bakım verici rolde zorlanma olduğu için, ilaçların bilinçli kullanımı da azalacağından, AİKİYETÖ doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ve toplam puanın azalma nedeni olarak düşünülmüştür.

**0-12 yaş arası çocuk sayısı;** araştırmamızda ebeveynlerin çalışmaya katılan çocuk dahil sahip oldukları 0-12 yaş arası çocuk sayısı ile AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur (  $F = 8,466$ ,  $p < ,001$ ;  $F = 5,694$ ,  $p = ,001$ ). Farkların nedeni olarak, çalışma kapsamına alınan çocukla birlikte 0-12 yaş arası 4 çocuğa sahip ebeveynlerin AİKİYETÖ doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu ortalaması ve toplam puan ortalamasının, bir çocuğa ve 2 çocuğa sahip ebeveynlere göre daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışmada ebeveynlerin çalışmaya katılan çocukları dahil sahip oldukları 0 – 12 yaş arası çocuk sayısına göre AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p > ,05$ ).

**0-12 yaş arası çocukların yaş grubu;** araştırmada ebeveynlerin çalışma kapsamına giren çocuk dahil sahip olunan 0-12 yaş arası çocukların yaş grupları ile AİKİYETÖ'nün doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuş (  $F = 6,652$ ;  $p = ,002$ ). Bu farkın, 0-6 yaş arasında çocuğu olan ailelerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasının, hem 0-6 hem de 6-12 yaş arasında çocuğu olan ailelere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Çalışmada ebeveynlerin çalışmaya katılan çocukları dahil sahip oldukları 0-12 yaş çocuk gruplarına göre AİKİYETÖ'nün etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p > ,05$ ). Ebeveynlerin çalışmaya katılan çocuk dahil sahip olunan çocukların 0-12 yaş grupları ile AİKİYETÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmış (  $F = 3,355$ ;  $p = ,037$ ). Yapılan ileri analizde bu farkın, 6-12 yaş arasında çocuğu olan ebeveynlerin AİKİYETÖ toplam puan ortalamasının, hem 0-6 hem de 6-12 yaş arasında çocuğu olan hasta yakınlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Yu ve ark. (63) Çin’de ebeveynlerin antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalar ile ilgili yaptığı çalışmada, reçetesiz ilaç kullanımı yaş ile alakalı olduğunu bulmuşlar. Çocuk yaşı arttıkça ilaçların bilinçli kullanımın artması, ebeveynlerin tecrübesinin ve bilgisinin artmasına bağlı olarak düşünülmüştür.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının değerlendirilmesinde tanımlayıcı özellikleri incelemek amacıyla aşığıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmada çocukların cinsiyetine bakıldığında %53,7'sinin erkek, %46,3'ünün kız çocuğu olduğu bulunmuştur. Her iki cinsiyet grubun oranları birbirine yakın ve hastalar rastgele seçildiği için AİK ile ilgili anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Yaş grupları arasında en yüksek %42,9'unun oyun çocuğu yaş grubunda olduğu görülmüştür. Süt çocuğu grubunda olan aileler AİK konusunda daha tecrübesiz olduğu gözlemlenmiştir. Yaş grupları arttıkça ailenin bilgi ve deneyimi arttığı için AİK konusunda daha tecrübeli oldukları ortaya çıkmıştır.
- Düzenli sağlık izlemi yapılan çocuk oranı %56,6 yapılmayanlar ise %43,4 olarak çıkmıştır. Düzenli sağlık izlemi yaptıran ailelerin daha bilinçli ve eğitim düzeyleri yüksek oldukları için AİK konusunda daha bilgili oldukları gözlemlenmiştir.
- Sağlık sorununda en sık başvurdukları yer %67,8 ile devlet hastanesi sonra sırasıyla %11,7 ile üniversite hastanesi %11,2 ile ASM en sonda ise %9,3 ile özel hastane izlemiştir. Özel hastaneye başvuran ailelerin AİK konusunda daha bilinçli oldukları gözlemlenmiştir.
- Çocukların %62,9'unun kronik bir hastalığı olmadığı ortaya çıkmıştır. Kronik rahatsızlığı olan aileler ilaçları daha dikkatli kullandıklarından AİK konusunda daha bilgili oldukları sonucu çıkmıştır.
- Sürekli olarak ilaç kullanan çocuk oranı %30,2 kullanmayan ise %69,8 olarak bulunmuştur. Sürekli olarak ilaç kullanan çocuklar sayı olarak yetersiz olduğu için AİK konusunda iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak reçetesiz ilaç kullananlar kullanmayanlara göre AİK konusunda daha bilinçsiz oldukları gözlenmiştir.
- Evi sağlık merkezine yakın olanlar %78,5 uzak diyenler ise %21,5 oranında bulunmuştur. Evi sağlık merkezine yakın olanlar genellikle şehir merkezinde oldukları için AİK bakımında daha bilgili oldukları sonucu çıkmıştır.

- Ebeveynlerin %89,3 ü anne %10,7 si baba sonucu çıkmıştır. Anne ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşüklüğünden kaynaklı baba ebeveynlere göre AİK konusunda daha bilgisiz olduğu sonucu gözlemlenmiştir.
- Eğitim durumuna bakıldığında okuryazar olmayan ebeveynlerin AİK konusunda daha bilgisiz oldukları, eğitim durumu yükseldikçe bilgi düzeyleri ve araştırma becerileri arttığı için AİK konusunda daha tecrübeli oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.
- Ebeveynlerin %19,5'nin çalıştığı, %80,5'inin çalışmadığı sonucu çıkmıştır. Çalışan ebeveynlerin eğitim düzeylerinin arttığından dolayı AİK konusunda daha bilgili oldukları gözlenmiştir.
- Sosyal güvencesi olan aileler %47,8 olmayan aileler ise %52,2 olarak belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olanlar ilaçları zamanında alma ve doğru şekilde kullandıkları gözlemlendiği için AİK bakımından daha bilgili oldukları sonucu çıkmıştır.
- Ebeveynlerin %62'si ekonomik olarak gelirlerinin giderlerinden düşük olduğunu belirtmiştir. Gelir durumu arttıkça alınacak sağlık hizmeti daha kapsamlı olduğundan ve bilgiye ulaşım kolaylığından dolayı AİK gelir düzeyiyle birlikte arttığı gözlenmiştir.
- Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer birbirlerine yakın oranlarda sırası ile ilçe (%36,1), il (%32,7) ve köy (%31,2) olarak belirlenmiştir. Merkezde yaşayanlar sağlık hizmetine daha kolay ulaştıkları için AİK bakımından daha tecrübeli oldukları sonucu çıkmıştır.
- Toplam çocuk sayısı arttıkça bakım verici rolde zorlanma olduğu için, ilaçların bilinçli kullanımı da azalacağından, toplam çocuk sayısı arttıkça AİK in düştüğü gözlemlenmiştir.

## 6.2. ÖNERİLER

Çocuğa düzenli sağlık izlemi yaptırnan aileler AİK konusunda daha olumlu cevaplar verdiğinden, ebeveynler çocuklarına düzenli sağlık izlemi yaptırması için teşvik edilmeli ASM de görevli hemşireler tarafından denetlenmelidir. Çocuğuna reçetesiz ilaç kullanan aileler AİKYETÖ puan değerleri daha düşük çıktığından, ebeveynler için reçetesiz ilaç kullanmaması ile ilgili sağlık personelleri (doktor, hemşire, eczacı) tarafından eğitim verilmelidir. Çocuğun yaş grubu süt çocuğu grubunda olan aileler diğer yaş grubuna sahip olan ebeveynlere göre daha deneyimsiz ve AİK konusunda yeterli bilgileri olmadığından, çocuğu süt çocuğu grubundaki ailelere hemşireler tarafından süt çocuğu grubuna yönelik AİK eğitimi verilmelidir.

Çocuğu anne olanların baba olanlara göre AİKYETÖ doğru ve bilinçli kullanım ile toplam puan ortalaması düşük çıktığından, annelere AİK konusunda eğitimler verilmeli bu konuda yeterli düzeyde bilinçlendirmelidirler. Çalışan, sosyal güvencesi olan, ekonomik geliri ve eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin AİK konusunda daha bilgili ve tecrübeli olduğundan, eğitim düzeyi düşük, geliri düşük, sosyal güvencesi olmayan ve çalışmayan ailelere yönelik AİK konusunda eğitimler artırılmalı birinci basamak sağlık hizmetlerinde AİK'e yönelik rehberlik ve danışmanlık merkezleri oluşturulmalıdır.

Hastaneye yatışlarda klinik hemşiresi tarafından ailelere AİK sorgulanmalı gerekli görülen ailelere rehber oluşturulup eğitim verilmelidir. En uzun yaşanan yere bakıldığında ilde yaşayanların ilçe ve köylere göre AİK konusunda daha olumlu cevap vermelerinden kaynaklı, ilçe ve köyde yaşayanlara AİK ile ilgili çalışmalar yapılmalı ve aileler bilinçlendirilmelidir. AİK'i etkileyecek başka değişkenlerin de ayrıntılı olarak incelenmesi ve AİKYETÖ ye yönelik kapsamlı başka araştırmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- 1) World Health Organization, (1985). *The rational use of drugs: Report of the Conference of Experts Nairobi, 25-29 November.*
- 2) Polat M., Dönmez S. (2019). *2nd International Health Science and Life Congress (IHSLC 2019) 24-27 April 2019 / Burdur-Turkey.*
- 3) Ulupınar S., Akıcı A. (2015). Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol Special Topics Dergisi. 3(1):84 – 93.*
- 4) Akıcı A., Kalaça S. (2013). *Topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı.* Ankara: SGK Yayını No 93:2-49.
- 5) Karataş N., Kaya A., İşler A. (2019). *Akılcı ilaç kullanımının çocuk sağlığına etkileri.* 2nd International Health Sciences and Life Congress 24-27 April Burdur/Turkey.
- 6) Çiftçi B., Aksoy M. (2017). Çocuklarda akılcı ilaç kullanımı ve hemşirelerin sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(3): 191-194.*
- 7) Çelebi A. (2018). *Akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin geliştirilmesi.* (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Atatürk Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- 8) Öztürk H., Mısırlıoğlu N., Mazıcıoğlu M.M. (2017). Akılcı ilaç tedavisine uyumu etkileyen faktörler ve uyumu artırıcı çözüm önerileri. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics Dergisi. 8(3): 176-82.*
- 9) Akıcı A. (2015). Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri ve Türkiye'deki güncel durum. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics Dergisi. 3(1): 1-10.*
- 10) Uzuner A. (2015). Aile hekimliği uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol -Special Topics Dergisi. 3(1) :9-45.*
- 11) World Health Organization (WHO) (2002). *Promoting Rational Use of Medicines: Core Components.* WHO Policy Perspectives on Medicines no: 5. Geneva, WHO/EDM/3.
- 12) Holloway K., vanDijk L. (2011). *The World Medicines Situation 2011-Rational Use of Medicines.* World Health Organization (WHO), Geneva. WHO/EMP/MIE/2011.2.2.
- 13) Ulupınar S., Akıcı A. (2015). Hemşirelik uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics Dergisi. 3(1): 84-93.*
- 14) Akıcı A., Gelal A., Erenmemişoğlu A., Melli M., Babaoğlu M., Oktay Ş. (2011). Akılcı ilaç kullanımı eğitimi uygulama sürecinde Türkiye'deki tıp fakültelerinde

- farmakoloji anabilim dallarının durumunun incelenmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 29: 11-20.
- 15) Kurt O., Oğuzöncül A.F., Devenci S.E., Pirinççi E. (2020). Bir sosyal bilimler meslek yüksekokulu öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 5(1): 62-72.
- 16) Gülmez S. E. (2015). Dünya genelinde akılcı ilaç kullanımı uygulamalarına bakış. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics Dergisi*. 3(1): 34-44.
- 17) Oktay Ş. (1999). Türkiye’de rasyonel ilaç kullanımı ilkelerinin yerleştirilmesinde farmakoterapi eğitimi ve klinik farmakolojinin yeri. *Türk farmakoloji derneği bülteni*. 58: 5-14.
- 18) Oktay Ş. (2015). Türkiye’de akılcı ilaç kullanımının tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics Dergisi*. 3(1): 11-8.
- 19) Devlet Planlama Teşkilatı. 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara; 2001. DPT: 2540ÖİK:556.
- 20) Arısoy E. S. (2003). *TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri*. Ankara.
- 21) Akıcı A., Altun R. (2013). Elektronik (e) reçete uygulaması ve akılcı ilaç kullanımına katkısı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 17(3):125-133.
- 22) Yılmaz M., Yılmaz A., Özyörük M., Turunç F., Gürleyik Erkman N., Kınalıkaya A., Evren A. (2018). *Türk Aile Hek Dergisi*. 22 (1):20-27.
- 23) Bulut Çelik S., Can H. (2012). Birinci basamakta akılcı ilaç kullanımı. *Smyrna Tıp Dergisi*. 79-81.
- 24) Aile hekimleri için yaşlı sağlığına bütüncül yaklaşım (2011) 15: 1
- 25) Uzuner A. (2015). Aile Hekimliği Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-SpecialTopics Dergisi*. 3(1):2-13.
- 26) Baytemur M. (2005). Akılcı antibiyotik kullanımında birinci basamakta sorunlar. *Ankem Dergisi*. (Ek 2):182-184.
- 27) Toklu H. Z. (2015). Eczacılık Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-SpecialTopics Dergisi*. 3(1).
- 28) Aştı T., Madenoğlu Kıvanç M. (2003). Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 6(3):12-13.

- 29) Toklu H.Z., Demirdamar R., Gümüşel B., Yarış E., Dülger G. (2012). Rational drug use awareness of the nurses in the Turkish Republic of Northern Cyprus Near East University Hospital. *Marmara Pharmaceutical Journal*. 16:150-154.
- 30) Özkul Özel H., Yurtsever D., Mutlu S. (2012). Temel hemşirelik uygulamalarına ilişkin hizmet içi eğitimin değerlendirilmesi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 28(3):146-150.
- 31) Vatansever N., Mert K. (2017). Hemşirelikte klinik eğitimin yeri ve önemi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(1):33-36.
- 32) Aygün D., Cengiz H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 45(3):110-114.
- 33) Karaman A., Ayoğlu T., Aydoğan M.N., Kuğu E. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanma Durumları. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*. 27(2):143-156.
- 34) Dinç A.B., Bireller E.S., Şahin E., Ergen A., Çakmaköğlu B. (2016). Antibiyotiklerin akılcı kullanımının ebeveynler üzerinde araştırılması. *Deneyisel Tıp Dergisi*. 6(2):33-44.
- 35) Küçüköğlü S., Polat S., Güdek E. (2013). Annelerin evde ilaçları saklama koşullarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16(4):212-218.
- 36) Doğukan M.N., Yer M., Kitiz B., Gülkan S. (2015). Akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetlerine sosyal güvenlik kurumunun katkıları. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*, 3(1):27-33.
- 37) Sakarya S. (2015). Toplumun akılcı ilaç kullanımındaki rolü. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*. 3(1):94-98.
- 38) Akıcı A., Alp F.İ., Ayanöğlü Dülger G., Elçioğlu K., Gümüşel B., Gündüz Ö., Le Kabasakal L., Kaleli Durman D., Kelicen P., Kerry Z., Melli M., Onay Beşikçi A., Özbay L., Özçelikay T., Özdemir O., Rollas S., Sevin G., Özer Şehirli A., Tel B.C., Toklu H.Z., Turan N.N., Üstünes L., Yarış E., Yerer M.B. (2009). Serbest eczanelerde ilaç sunumu sürecinde karşılaşılan sorunlar: akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirme. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*. 29(1):75-80.
- 39) Yağar F., Dökme S. (2017). Evaluation of factors affecting drug choice of physicians. *Int Journal Of Health Manag. And Tourism*. 2(1): 62-74.
- 40) Akıcı N., Başaran N.F. (2015). Çocuklarda akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol -Special Topics*. 3(1):50-56.

- 41) Bükülmez A. (2017). Çocuklarda akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*. 8(3):210-214.
- 42) Uluoğlu C. (2015). İlaç etkileşmelerine akılcı yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*. 3(11): 65–73.
- 43) Baxter K. (2007). Stockley's drug interactions, London: *Published by the Pharmaceutical Press*.
- 44) Vançelik S., Beyhun N.E., Acemoğlu H. (2007). Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern TURKEY. *BMC Public Health*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/122>
- 45) İnal A. (2017). Akılcı ilaç kullanımının farmasötik yönleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 8(3):220-3.
- 46) Srinivasan S. (2004). A network for the rational and ethical use of drugs. *Indian Journal of Medical Ethics*. 1(1): 13-14.
- 47) Sarkar P.K. (2004). A rational drug policy. *Indian Journal of Medical Ethics*. 1(1):11-12.
- 48) Sezer Z. (2017). Akılcı ilaç kullanımı ve farmakoekonomi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 8(3): 224-230.
- 49) Acar A., Yeğenoğlu S. (2006). Sağlık ekonomisi perspektifinden farmakoekonomi. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*. 26(1): 39-55.
- 50) Koçkaya G., (2012). Türkiye için anti-hipertansiyon ve anti-lipidemi ilaçları ile ilgili farmakoekonomik değerlendirmelerin analizi. *Kardiyol Dergisi*. 12:187-190.
- 51) Kandilli E., Nacak M. (2019). Akılcı olmayan ilaç kullanımının tanımı. *Ankara: Türkiye Klinikleri*. 1-4.
- 52) Marc-André Gagnon, Joel Lexchin (2008). The Cost of Pushing Pills. A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States. *PLoS Medicine* [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org). 5(1):29-33.
- 53) Off-Label Use of Drugs in Children (2014). *From the American Academy of Pediatrics*. 133(3):565-567.
- 54) Balat A. (2019). Pediatrik popülasyon da akılcı olmayan ilaç kullanımı. 1. Baskı. *Ankara: Türkiye Klinikleri*. 64-74.
- 55) Pereira F.S.V.T., Bucarechi F., Stephan C., Cordeiro R. (2007). Self-medication in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*. 83(5):455-458.
- 56) Paredes JL., Navarro R., Riveros M., Picon V., Conde F., Suito-Ferrand M., Ochoa TJ (2019). *Clinical Medicine Insights Pediatrics*, 13:1-10.

- 57) Akıcı N., Gelal A., Gürbüz T., Ceran Ö., Akıcı A. (2015). Hastaneye başvuru öncesinde çocuklarda ilaç kullanımının araştırılması. *Anatol J Clin Investig.* 9(1):204-209.
- 58) Türkiye İstatistik Kurumu 2019 Verileri.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33706>
- 59) Dönergöz A.B. (2020). Ebeveynlerin sağlık algısı ve akılcı ilaç kullanım tutumları (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). *Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü*. Kars.
- 60) Güngör A., Çuhacı Çakır B., Yalçın H., Çakır HT., Karauzun A. (2018). Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı ile İlgili Ebeveynlerin Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 3: 203-207.
- 61) Bian C., Xu S., Wang H., Li N., Wu J., Zhao Y., (2015). A Study on the Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB). *Model on Rational Drug Use Behavior among Second-Level Hospital Outpatients in Anhui.* 1-11
- 62) Li R., Xiao F., Zheng X., Yang H., Wang L., Yin D. et al. (2016). Antibiotic misuse among children with diarrhea in China. *Results from a national survey.* 1-11
- 63) Yu M, Lundborg CS, Zhao G, Zhu Y, Zhao Q ve Xu B. (2014). Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases.* 14:112.
- 64) Çöl Araz N. (2013). Çocuklarda reçetesiz antibiyotik kullanımının çocuk acil polikliniğinde sorgulanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 33(4):923-928.
- 65) Arikoglu T., Aslan G., Derici Yıldırım D., Batmaz BS., Kuyucu S. (2017). Discrepancies in the diagnosis and classification of nonsteroidal anti-inflammatory
- 66) Törüner EK, Büyükgönenç L. (2012). *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları*, Ankara: Göktuğ Yayıncılık. 172-184.
- 67) Vinker S., Ron A., Kitai E., (2003). The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection – a survey among parents attending the primary physician with their sick child. *BMC Family Practice.* 1-6
- 68) Özdemir U., Reşitoğlu S., Tolunay O., Çelik T., Celiloğlu C., Karakılçık A., Tanyeli Z., Sarıbaş E., Kazgan Ş.T., Pehlivan D., Uç D., Çelik Ü., (2016). Çocuk Acile Başvuran Ev Kazalarının Değerlendirilmesi. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med.* 3:146-50

- 69) Başkaya Z., Ünal A., (2017). Türkiye’de Evlenme ve Boşanma Oranlarının İller Düzeyinde Zamansal Değişimi (2001-2015). *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 10(53): 338-358
- 70) Şantaş F., Kurşun A., Kar A., (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 19(1): 17-33
- 71) İlçioğlu K., Keser N., Çınar N., (2017). Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler. *J hum rhythm*. 3(3):112-119
- 72) Faul F., Erdfelder E., Buchner A., & Lang A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.



## EKLER

EK-1

### YÖNETİM KURULU



T.C.  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 71915440-804.01-E.2009150033  
Konu : Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih: 15.09.2020

Sayın Betül Şebnem BİNER

Enstitü Yönetim Kurulunun 30.10.2019 tarih ve 2019/048 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*e-İmzalıdır*  
Prof. Dr. Ayla YAVA  
Müdür V.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
164101070 Betül Şebnem BİNER	Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP  
Tel : +90 342 211 80 80  
Fax : +90 342 211 80 81

İrtibat : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Web : www.hku.edu.tr  
e-Posta : info@hku.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/12/2019-E.56630



T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi



Sayı : 66063783-622.99  
Konu : Çalışma İzni

Sayın Betül Şebnem AKDOĞAN  
Hemşire

Hastanemiz Çocuk Onkoloji, Çocuk Nöroloji, Genel Çocuk, ve Çocuk Cerrahi bölümlerinde "Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmaya yapma talebiniz başbekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim

e-İmzalıdır  
Dr. Öğr. Üyesi Dursun ÇADIRCI  
Başhekim Yardımcısı

Evrakla İlgilenmek İçin : [https://byy.harran.edu.tr/evrak/Validasi\\_Doc.aspx?Y=2019-0524](https://byy.harran.edu.tr/evrak/Validasi_Doc.aspx?Y=2019-0524)

Adres: Mardin yolu üzeri 20 km Harran Üniversitesi Osmaniye Kampüsü Şanlıurfa  
Telefon: 0414 344 40 02 Faks: 0414 344 40 00  
e-Posta: basbekimlik@harran.edu.tr Elektronik Ağ hastane.harran.edu.tr

Bilgi için: Mehmet Raif KAÇAR  
Unvanı: Memur

**GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma ‘Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi’ amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamamız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

## ÇOCUĞU HASTANEDE YATAN EBEVEYNLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

### Soru Formu

#### Değerli katılımcı,

Bu çalışma çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır. Bu çalışmada elde edilen bilgiler tamamıyla araştırma amacı ile kullanılacaktır. Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle okuduktan sonra cevaplayınız. Her sorunun cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Verdiğiniz kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

#### EBEVEYN VE ÇOCUK TANITICI BİLGİ FORMU

##### 1. Yakınlık dereceniz?

Anne.....

Baba.....

##### 2. Yaşınız: .....

##### 3. Medeni durum:

a) Evli

b) Bekar

##### 4. Eğitim durumu:

a) Okuryazar değil

b) Okuryazar / İlkokul mezunu

c) İlköğretim / Ortaöğretim mezunu

d) Lise mezunu

e) Üniversite mezunu ve üstü

##### 5. Çalışma durumu:

a) çalışıyor

b) çalışmıyor

**6. Aile tipi:**

- a) Çekirdek Aile      b) Geniş Aile      c) Parçalanmış Aile/ Tek Ebeveyn

**7. Sosyal güvence varlığı:**

- a) Var      b) Yok

**8. Sosyoekonomik durum:**

- a) Gelir giderden az      b) Gelir gidere eşit      c) Gelir giderden fazla

**9. En uzun yaşanılan yer:**

- a) İl      b) İlçe      c) Köy

**10. Bu çocuk ile birlikte toplam çocuk sayısı:**

- a) 1 çocuk  
b) 2 çocuk  
c) 3 çocuk  
d) 4 çocuk  
e) 5 çocuk  
f) 6 ve üzeri çocuk

**11. Bu çocuk ile birlikte 0-12 yaş arası toplam çocuk sayısı:**

- a) 1 çocuk  
b) 2 çocuk  
c) 3 çocuk  
d) 4 ve üzeri çocuk

**12. Bu çocuk ile birlikte 0-12 yaş arası çocukların yaş grubu:**

- a) 0-6 yaş grubu çocuğu olanlar  
b) 6-12 yaş grubu çocuğu olanlar  
c) hem 0-6 yaş hem de 6-12 yaş grubunda çocuğu olanlar

**13. Çocuğun cinsiyeti:**

- a) Kız      b) Erkek

**14. Çocuğun yaş grubu:**

- a) süt çocuğu dönemi (0-12ay)                      b) oyun çocuğu dönemi (1 yaş-3 yaş)  
c) okul öncesi dönem (4 yaş-6yaş)              d) okul çocuğu dönemi (6 yaş-12 yaş)

**15. Çocuğun düzenli sağlık izlem durumu:**

- a) Evet: .....    b) Hayır: .....

**16. Çocuğun şikayeti/hastalığı durumunda ilk başvuru yeri:**

- a) Özel hastane  
b) Devlet hastanesi  
c) Aile sağlığı merkezi  
d) Üniversite hastanesi

**17. Çocuğun genel sağlık durumu:**

- a) Sık hastalanır                      b) Ara sıra hastalanır                      c) Genelde sağlıklıdır

**18. Çocukta tanısı konulmuş kronik bir hastalık varlığı:**

- a) Evet: .....                      b) Hayır (...)

**19. Çocuğun sürekli kullandığı ilaç varlığı:**

- a) Evet.....                      b) Hayır (...)

**20. Çocuğa reçetesiz ilaç kullanma durumu:**

- a) Evet: .....                      b) Hayır (...)

**21. Çocuğa reçetesiz ilaç kullanım nedenleri:**

- a) kolay ulaşılabilir olması  
b) sağlık çalışanı önerisi  
c) çevredeki insanların yönlendirmesi  
d) diğer etmenler

**22. Çocuğa reçetesiz kullanılan ilacın etkisi:**

- a) Evet etkili oldu/ iyi geldi                      b) Hayır etkili olmadı                      c) Diğer.....

**23. Evin sağlık merkezine uzaklığı:**

- a) Yakın    b) Uzak

## Akilci İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
<b>Doğru ve Bilinçli Kullanım</b>	1. Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi sağlık çalışanlarından öğrenirim.					
	2. Çocuğuma verdiğim ilacın ne için kullanılacağını bilirim.					
	3. Çocuğuma yazılan reçeteyi kontrol ederim.					
	4. Çocuğuma ilaçlarını önerilen şekilde veririm.					
	5. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki(sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını kullanma talimatında belirtildiği şekilde hazırlarım.					
	6. Çocuğuma vereceğim ilaçların yan etkilerini bilirim.					
	7. Çocuğuma vereceğim ilaçların son kullanma tarihine bakarım.					
	8. Çocuğumun ilaçlarını kullanma talimatlarıyla birlikte saklarım.					
	9. Çocuğuma vereceğim ilaçların bozulduğunu düşünürsem atarım.					
	10. Çocuğuma başkalarının önerdiği ilacı kullanmam.					
	11. Çocuğuma vereceğim ilaçların kullanma talimatlarını okurum.					
	12. İlaçları çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım.					
	13. Çocuğuma verdiğim ilaç yan etki yaparsa ilacı kullanmayı bırakırım.					
	14. Çocuğuma reçetesiz ilaç vermem.					
	15. Çocuğuma ilaçlarını önerilen süre kadar veririm.					
	16. Çocuğuma birden fazla ilaç vermem gerekiyorsa ilaçları birbirine karıştırırım.					
	17. Çocuğuma süspansiyon şeklindeki(sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını vermeden önce çalkalarım.					
	18. Çocuğumun ilaçlarını saklarken kullanma talimatında yazan saklama koşullarına dikkat ederim.					
	19. Çocuğumun ilaçlarını ışıktan korumak için kutusuyla birlikte saklarım.					
	20. Çocuğuma ilaçlarını önerilen zaman aralıklarında veririm.					
	21. İlaçların gereksiz kullanımı sağlığa zararlıdır.					
	22. Çocuğuma kullandığım ilacın faydasını görmezsem doktora danışırım.					
	23. Çocuğuma ilacını vermeden önce açlık-tokluk durumuna dikkat ederim.					
	24. Çocuğuma ilacını kutudan çıkan ölçüğü ile veririm.					
	25. Çocuğuma ilaçlarını önerilen dozda/miktarda veririm.					

	26. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçları 10 gün içinde bitmezse kalan kısmını atarım.					
	27. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını hazırlarken kaynatılıp soğutulmuş su kullanırım.					
	28. Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa doktora danışırım.					
	29. Çocuğuma reçetesiz antibiyotik vermem.					
<b>Etkili ve Güvenli Kullanım</b>	30. Çocuğum hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurmadan önce evde olan ilaçlardan veririm.					
	31. Çocuğum hastalandığında aynı etkiyi gösteren birden fazla ilacı dönüşümlü olarak kullanırım.					
	32. Çocuğumun kapsül şeklindeki ilaçlarını kapsülü açarak veririm.					
	32. Çocuğumda etkili olduğunu düşündüğüm ilacını başkasına öneririm.					
	34. Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa kendi kendime çözüm ararım.					
	35. Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi çevremden öğrenirim.					
	36. Çocuğuma ilacını süt ile birlikte veririm.					
	37. Çocuğumun tablet şeklindeki ilaçlarını ezerek veririm.					
	38. Çocuğumda daha öncekine benzer şikayetler ortaya çıktığında kimseye danışmadan evdeki ilaçlardan veririm.					
	39. Çocuğumun ilaç tedavisi bittikten sonra ilacının kalanını evde saklarım.					
	40. Çocuğuma ilacını meyve suyu ile birlikte veririm.					

