

Kendi Kendine İlaç Kullanımı ve Sağlık İnanç Modeli İlişkisi

The Relationship Between Self-Medication Use and Health Belief Model

Harun KIRILMAZ¹ , Pelinsu Buket DOĞANYİĞİT² 

¹ Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sakarya, Türkiye

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Samsun, Türkiye

Ö Z E T

Amaç: Çalışmanın amacı, bireylerin kendi kendine ilaç kullanımı ile sağlık inanç modeli ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Araştırmada kendi kendine ilaç kullanımının sağlık inanç modeli üzerinde etkisini incelemek ve bu iki değişkenin bireylerin sosyo-demografik özellikleri üzerinde etkili olup olmadığının belirlenmesi de hedeflenmektedir. **Materyal-Metot:** Araştırma XXX ilinde yaşayan 384 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak, kendi kendine ilaç kullanımını ölçmek için Koç tarafından geliştirilen Kendi Kendine İlaç Kullanımı Anketi; Çiçek tarafından geliştirilen İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin bulunduğu anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde t testi, tek yönlü varyans (ANOVA) analizi, korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların eğitim ve meslek durumları kendi kendine ilaç kullanımında anlamlı farklılık oluşturmuştur. Kendi kendine ilaç kullanımı ile sağlık inanç modelinin alt boyutları olan duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik arasında pozitif, anlamlı ve düşük düzeyde ilişki söz konusudur. Kendi kendine ilaç kullanımı ve sağlık inanç modeli arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve düşük seviyede ilişki olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Sonuç olarak; sağlık inanç modeli bileşenlerinden duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik algı düzeylerinin artması kendi kendine ilaç kullanımını azaltmaktadır. Bireylerin kendi kendine ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve inançlarını değiştirmeye yönelik eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İlaç, Kendi Kendine İlaç Kullanımı, Sağlık İnanç Modeli

Alınış / Received: 15.03.2021 Kabul / Accepted: 01.07.2021 Online Yayınlanma / Published Online: 15.08.2021

ABSTRACT

Objective: The aim of the study is to reveal the relationship between self-medication uses of individuals and the health belief model as well as sub-dimensions of health belief model. In the study, it is also aimed to examine the effect of self-medication on the health belief model and to determine whether these two variables are effective on the socio-demographic characteristics of individuals. **Material and Method:** The research was carried out on 384 individuals living in the province of XXX. As a data collection tool in the study, Self-medication Use Questionnaire developed by Koç to measure self-medication use; The Health Belief Model for Drug Use Scale developed by Çiçek and a questionnaire form including the socio-demographic characteristics of the participants were used. Descriptive statistical methods, independent samples t test, one-way variant (ANOVA) analysis, correlation and regression analysis were used in the analysis of the data. **Results:** Participants' education and occupational status made a significant difference in self-medication use levels. There is a statistically positive, significant, and low-level relationship between self-medication and the sub-dimensions of the health belief model, such as sensitivity, caring / severity perception, health motivation, benefit perception, and self-efficacy. It was found that there is a statistically significant and low-level relationship between self-medication and health belief model about drug use. **Conclusions:** As a result; increasing perception of sensitivity, caring, health motivation, benefit and self-efficacy among the components of health belief model decreases self-medication use. Implementation of training programs to change the knowledge and beliefs of individuals about self-medication use is recommended.

Keywords: Drug, Self-Medication, Health Belief Model



1. Giriş

Eski çağlarda insanoğlu çevrelerindeki bitkileri, çeşitli yöntemlerden yararlanarak hastalıklarının tedavisi için kullanmışlardır. İlaç tarih öncesi dönemlere dayanmasına rağmen, büyük firmaların ortaya çıkması ve biyoteknoloji alanındaki ilerlemelerin hız kazanmasıyla birlikte önemli bir sektör haline gelmiştir. Bitkilerden ilaç yapmasını öğrenen insanoğlu, yeni kimyasallar ekleyerek ilacı daha etkin kullanmaya başlamış ve günümüzdeki modern ve bilimsel ilaçlara ulaşmıştır (1). Böylece içinde yaşadığımız yüzyılda ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri sunumunun vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilaç; 'patolojik veya fizyolojik şartlarda, alıcının yararını değiştirmek için kullanılan madde/ürün' şeklinde tanımlanmaktadır (2). İlaçlar genel olarak reçeteli ve reçetesiz olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Tıbbi gözetim altında yetkili bir görevlinin (doktor, veteriner, dişçi) yazdığı, sadece reçete ile alınabilen ilaçlar reçeteli ilaç olarak adlandırılırken; reçetelenmeye ihtiyaç duyulmaksızın tüketicinin isteğine göre doğrudan eczanelerden alınan ürünler reçetesiz ilaç kategorisine girmektedir (3).

Bir hastalığa sahip olan veya kendini iyi hissetmeyen insanlar tedavi ararken çeşitli davranışlarda bulunarak sorunu kendi kendilerine çözmeye çalışmaktadır. Kendi kendine ilaç kullanımı, daha önce bir doktor tarafından hastalık durumu için öngörülen bir ilacın aralıklı veya sürekli kullanımıdır (4). Bireyin kendi inisiyatifinde ve bir doktora danışmak yerine eczacı veya profesyonel olmayan bir kişinin tavsiyesi üzerine ilacı tüketmesidir (5). Literatürde bu tedavi şeklinin çeşitli yolları bulunmaktadır. İlacı reçetesiz almak, eski reçeteleri tekrar kullanmak, reçeteli ilaçların dozajını ve zamanını değiştirmek, evde bulunan arta kalan ilaçları kullanmak, ailenin veya sosyal çevrenin üyeleriyle ilaç paylaşmak biçimlerinde yerini almıştır (6). Aile, arkadaşlar, komşular, geçmiş deneyimler, eczacılar, medya, gazete ve dergiler bireylerin kendi kendine ilaç kullanımı hakkındaki bilgi kaynakları arasında gösterilmektedir (5).

Hastalıkla ilgili önceki deneyimler, sınırlı finansal kaynaklar, tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetleri, hastalığın önemli olmadığı düşünülmesi, uzun bekleme süreleri, sağlık sigortasının olmayışı, sağlık kurumuna erişilebilirliğin zor olması gibi faktörler insanlar arasında kendi kendine ilaç kullanma davranışını belirlemektedir (7). Kendi kendine ilaç kullanımı ateş, vücut ağrıları, mide bulantısı, solunum yolu enfeksiyonları, deri döküntüleri, ishal, uykusuzluk vb. gibi yaşanan çeşitli tıbbi durumlarda karşımıza çıkmaktadır (8). Bu sağlık problemlerini çözmek için başvurulan ilaç grupları ise: antibiyotikler, ağrı kesiciler, analjezikler, vitamin takviyeleri, bitkisel ilaçlar, antidepresanlar sayılmaktadır (9). Kendi kendine ilaç kullanımı doğru bir şekilde uygulanırsa çeşitli olumlu etkileri bulunmaktadır. Hastaların sağlık davranışlarına aktif şekilde katılımı, doğru ve hızlı tedaviye erişim, sağlık kurumlarında bekleme sürelerinin kısalması, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azalması, sağlık çalışanlarının verimliliklerinin artması vb. gibi pozitif yönleri sayılmaktadır (10). Yanlış ve bilinçsiz şekilde kullanılan ilaçlar da birtakım sorunlara yol açmaktadır. Yanlış tanı koyma, ilaç bağımlılığı ve zehirlenmelerinin yaşanması, anomalilerin görülmesi, morbitide ve mortalite oranlarının yükselmesi, hastanede yatış ve iyileşme süresinin uzaması, organ yetmezliği ve ölüm gibi ciddi risklere neden olmaktadır (11). Bireylerin uygun sağlık davranışlarını elde etmeleri ve sağlıklı şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri için davranış değişikliğini etkileyen faktörlerin tanımlanması gerekmektedir. Sağlık inancı ve davranışı arasındaki ilişkinin tespit edilmesinde kullanılan modellerden en önemlisi sağlık inanç modelidir. Model, kişinin inançlarını değiştirmeye odaklanmakta ve davranıştaki değişikliğin inançlarda da değişime yol açacağını öne sürmektedir (12). Sağlık İnanç Modeli, ilk olarak 1950 yılında hastalıkların erken teşhisi ve önlenmesi amacıyla Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels ve Irwin Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (13). Model, ABD Halk Sağlığı Servisindeki ücretsiz tüberküloz tarama programlarına halkın neden yetersiz katılım gösterdiğini belirlemek için ortaya çıkmıştır. Daha sonraki yıllarda, insanların teşhis edilmiş bir hastalığa karşı verdiği tepkileri incelemek üzere genişletilmiştir (14). Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde bireysel motivasyonun sağlık davranışları üzerindeki etkisini belirlemektedir (15). Kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmasında ya da reddetmesinde neyin motive ettiğini açıklamaktadır (16). Olumlu sağlık davranışının sürdürülmesi ya da olumsuzlukları bertaraf etmek için öncelikle bireyin o davranışı kabul etmeye engel olacağı inançların ve tutumların belirlenmesi gerekmektedir. Kısacası davranış değişikliğinin ortaya çıkması öncelikle kişisel inançları değiştirmekle mümkün olmaktadır (17). Model, bir değer-beklenti yaklaşımına dayanmaktadır. Hastalığa engel olma ve iyi olmak kişi açısından "değer"; o kişinin belirli bir sağlık davranışı göstermesi sonucu hastalığı önleyeceği ya da sağlığı iyileştireceği inancı ise "beklenti" olarak ifade edilmektedir (18). Ayrıca model, bilişsel değişkenlere odaklanmaktadır. Bireyin sağlık tehdidine karşı bir şeyler yapıp yararını gördüğünde, sağlık aktivitelerini yapacağını öne sürmektedir (19).

Sağlık inanç modeli orijinal dört ana yapıdan; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan şiddetten oluşmaktadır. Daha sonra 1988'de Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın (1977) boyutlarından biri olan öz etkililik kavramı ve Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından sağlık motivasyonu terimi eklenerek bugünkü halini almıştır (20).

Algılanan Duyarlılık: Kişinin herhangi bir hastalığa yakalanma ihtimali ya da sağlık durumunda meydana gelebilecek tehlikeyi algılamasıdır (21).

Algılanan Ciddiyet: Hastalığın sonuçlarına karşı bireyde ortaya çıkabilecek hem sosyal hem de tıbbi sonuçların şiddetine dair bireyin hisleridir (22).

Algılanan Yarar: Bireyin hastalık riskini önlemek veya azaltmak için önerilen davranışın yaratacağı olumlu sonuçlara yönelik algısıdır (22).

Algılanan Engel: Bireyin önerilen bir sağlık davranışını yapma konusundaki somut veya soyut zorlukları, yol açacağı olumsuz yönleri ifade etmektedir (21).

Sağlık Motivasyonu: Eylemin başarılı şekilde davranışa geçirilmesindeki genel istekli ve niyetli olma durumudur (22).

Öz-etkililik: Bireyin arzulanan sonuca ulaşması için yapması gerektiği girişimleri başarabilme yeteneğine dair inancıdır (21).

Ayrıca model, hastalık davranışını (örneğin; kendi kendine ilaç kullanımı vb.) tanımlamak üzere çeşitli çalışmalarda da ele alınmıştır (23). İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç modeli, insanların sağlıkları için kendi kendine ilaç kullanımını tehdit olarak görmelerine ve onları sağlıklı davranışları gerçekleştirmeleri üzerine geliştirilmiştir. Kendi kendine ilaç kullanma davranışını önlemek için, kişi ilk önce kendi kendine ilaç alma eylemi karşısında konunun hassasiyetine inanmalıdır (algılanan duyarlılık). Kişinin, bu tehlikenin ciddiyetinin farkına varması, hayatında yol açacağı ciddi sonuçları ve komplikasyonları anlaması (önemseme/ciddiyet algısı) gerekmektedir. Daha sonra kişi, davranış değişikliğinin faydalarını kavramalı ve çıktılarını olumlu değerlendirmelidir (yarar algısı). Maliyetler vb. gibi engelleri ortadan kaldırmalı veya azaltmalıdır (engel algısı). Bireyin sorunların üstesinden gelme yeteneğine dair inancı olmalıdır (öz-etkililik). Ayrıca birey psikolojik, sosyal, ekonomik olmak üzere dış ve iç çevredeki uyaranların olumlu belirtilerini anlamalıdır. Böylece karşılaşılan engelleri azaltarak ve diğer değişkenleri artırarak önleyici tedbirler alacaktır. Sonucunda kendi kendine ilaç kullanımını azalacaktır (24).

2. Materyal-Metot

Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu çalışmanın amacı; bireylerin kendi kendine ilaç kullanımlarının sağlık inanç modeli ile ilişkisini incelemektir. Ayrıca, kendi kendine ilaç kullanımının sağlık inanç modeli üzerindeki etkisini ortaya koymak ve katılımcıların kendi kendine ilaç kullanımları ile sağlık inanç düzeylerinin sosyo-demografik özelliklerine göre bir farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi de çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın hipotezleri aşağıda yer almaktadır:

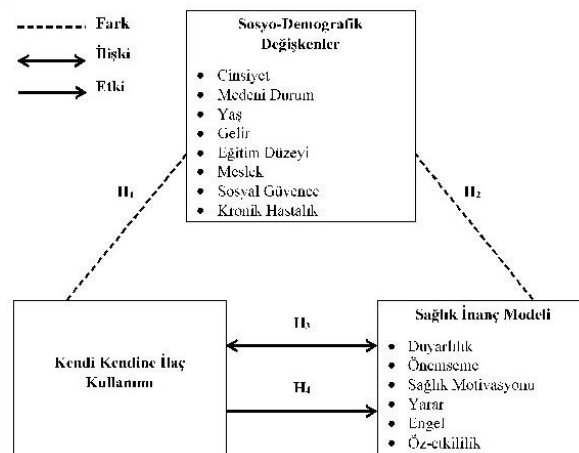
H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, kendi kendine ilaç kullanım düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, sağlık inanç modelinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

H₃: Kendi kendine ilaç kullanımı ile sağlık inanç modeli arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₄: Kendi kendine ilaç kullanımının sağlık inanç modeli üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Şekil 1. Araştırma Modeli



Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Sakarya ili merkezinde yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini basit tesadüfi yöntemle seçilen 384 bireyi kapsamaktadır. Araştırma verileri anket tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmanın etik ilkelere uygunluğuna dair Sakarya Üniversitesi Etik Kurulundan izin alınmıştır (15.03.2019 tarih ve E.3289 sayılı yazı).

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak 3 kısımdan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların sosyo demografik özelliklerinin bulunduğu sekiz soru, ikinci kısmında bireylerin kendi kendilerine ilaç kullanmalarını ölçmek amacıyla Koç (25) tarafından literatür dayanılarak geliştirilen “Kendi Kendine İlaç Kullanımı” ölçeği ve son kısımda ise ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç düzeyini ölçmek için Çiçek (26) tarafından geliştirilen “İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Modeli” ölçeği yer almaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS 23 programından yararlanılarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde), bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA), varyans analizi sonucunda gruplar arasındaki farklılığın kaynağını bulmak için Tukey testi, korelasyon ve regresyon analizi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında analiz edilmiştir (p<0,05).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne Ait Güvenilirlik ve Geçerlilik Bulguları

Çalışmada kullanılan “Kendi Kendine İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği”nin güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,937 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür. Alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri incelendiğinde, duyarlılık 0,895; önemseme 0,893; sağlık motivasyonu 0,910; yarar 0,885; engel 0,891 ve öz-etkililik boyutu için 0,909 bulunmuştur. Ölçeğin boyutlarının da yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır.

İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç modeli ölçeğinin daha önceden Türkçe geçerliliği yapıldığı için ölçek sadece doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Söz konusu ölçek, toplam varyansın %69,287'sini açıklamaktadır. Sağlık İnanç Modeli ölçeği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,935 olarak hesaplanmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Buna göre katılımcıların %58,3'ünün kadın, %50'sinin evli ve %50'sinin bekâr, %32,8'inin 31-40 yaş grubunda, %26,6'sının lisans eğitim düzeyinde, %26,3'ünün kamu personeli ve %28,4'ünün 2501-3500 TL arasında geliri olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların, %81,3'ünün genel sağlık sigortasına sahip olduğu ve %82,3'ünün herhangi bir kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı

Değişkenler	Kategori	Sayı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	224	58,3
	Erkek	160	41,7
Medeni Durum	Evli	192	50,0
	Bekâr	192	50,0
Yaş	21-30	113	29,4
	31-40	126	32,8
	41-50	89	23,2
	≥51	56	14,6
Ortalama Aylık Gelir	≤2500	96	25,0
	2501-3500	109	28,4
	3501-4500	85	22,1
	≥4501	94	24,5
Eğitim Durumu	İlkokul	43	11,2
	Ortaokul	56	14,6
	Lise	76	19,8
	Ön Lisans	57	14,8
	Lisans	102	26,6
	Lisansüstü	50	13,0

Meslek	Ev Hanımı	40	10,4
	Kamu Personeli	101	26,3
	Öğrenci	30	7,8
	Esnaf	39	10,2
	İşçi	44	11,5
	Emekli	31	8,1
	Serbest Meslek	99	25,8
Sosyal Güvence	Genel Sağlık Sigortası	312	81,3
	Özel Sağlık Sigortası	72	18,8
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	68	17,7
	Hayır	316	82,3

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları

Çalışmadaki katılımcıların sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre bireylerin eğitim düzeyleri ve meslekleri kendi kendine ilaç kullanımı üzerinde anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemeye yönelik Post-Hoc testi uygulanmıştır. Tabloda verilen bulgular incelendiğinde; kendi kendine ilaç kullanımındaki fark ilköğretim (1,63±0,362) mezunları ile lisans (1,90±0,441) ve yüksek lisans (1,91±0,411) mezunu olan bireylerden kaynaklanmaktadır. Eğitim durumu yüksek lisans olan katılımcıların kendi kendilerine ilaç kullanım durumlarının diğer gruplardakilere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meslek değişkeni ele alındığında fark; emekliler (1,61±0,392) ile kamu personeli (1,92±0,430) ve özel sektör çalışanlarından (1,88±0,412) kaynaklanmaktadır. Kamu personelinin kendi kendilerine ilaç kullanımları özel sektör çalışanlarına ve emeklilere oranla daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, H_1 hipotezi "Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, kendi kendine ilaç kullanım düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır." eğitim ve meslek değişkeni bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 2: Araştırmaya katılan bireylerin çeşitli değişkenlere göre fark analizi sonuçları

Değişkenler	Kendi Kendine İlaç Kullanımı	Duyarlılık	Önemseme	Motivasyon	Yarar	Engel	Öz-etkililik	Sağlık İnanç Modeli
Cinsiyet								
Kadın	1,7978	3,9799	3,7396	4,2976	4,3058	3,7329	4,1454	4,0212
Erkek	1,8330	3,8990	3,6146	4,1573	4,2313	3,6396	4,1304	3,9343
	t:8,821	t:3,756	t:6,410	t:0,718	t:0,180	t:3,198	t:0,990	t:0,337
	$p=0,441$	$p=0,365$	$p=0,201$	$p=0,081$	$p=0,329$	$p=0,347$	$p=0,844$	$p=0,148$
Medeni Durum								
Evli	1,8378	3,9809	3,6840	4,2405	4,2669	3,7240	4,1815	4,0033
Bekâr	1,7872	3,9115	3,6910	4,2378	4,2826	3,6641	4,0967	3,9667
	t:1,590	t:3,071	t:8,948	t:5,154	t:0,656	t:0,566	t:3,986	t:3,068
	$p=0,247$	$p=0,430$	$p=0,941$	$p=0,974$	$p=0,836$	$p=0,540$	$p=0,259$	$p=0,537$
Kronik Hastalık								
Evet	1,7878	3,9853	3,6814	4,1593	4,2500	3,8824	4,0735	3,9933
Hayır	1,8178	3,9378	3,6888	4,2563	4,2801	3,6535	4,1533	3,9832
	t:0,001	t:1,155	t:0,474	t:0,648	t:0,270	t:0,045	t:0,192	t:0,352
	$p=0,600$	$p=0,680$	$p=0,952$	$p=0,350$	$p=0,761$	$p=0,074$	$p=0,418$	$p=0,897$
Sosyal Güvence								
GSS	1,8196	3,9514	3,6779	4,2425	4,2917	3,7019	4,1703	3,9943
ÖS	1,7817	3,9236	3,7292	4,2245	4,2014	3,6597	4,0040	3,9444

	t:0,510	t:0,310	t:0,000	t:0,127	t:0,000	t:0,751	t:0,372	t:1,372
	p=0,499	p=0,806	p=0,669	p=0,860	p=0,350	p=0,736	p=0,084	p=0,511
Yaş								
21-30	1,7889	3,8230	3,6239	4,2050	4,2212	3,6740	4,0518	3,9201
31-40	1,8787	4,0079	3,6905	4,3148	4,2917	3,7778	4,1519	4,0279
41-50	1,8010	4,0993	3,7715	4,2434	4,2781	3,5936	4,2039	4,0225
≥51	1,7296	3,8125	3,6756	4,1310	4,3393	3,7054	4,1837	3,9597
	F:1,859	F:2,398	F:0,434	F:0,835	F:0,362	F:0,665	F:0,841	F:0,861
	p=0,136	p=0,068	p=0,728	p=0,475	p=0,780	p=0,574	p=0,472	p=0,461
Gelir (TL)								
≤2500	1,7604	3,8906	3,5868	4,1250	4,2266	3,7344	4,1295	3,9381
2501-3500	1,8152	3,9251	3,6101	4,2355	4,2110	3,6024	4,0786	3,9324
3501-4500	1,8689	3,9882	3,7824	4,3627	4,3941	3,6373	4,1210	4,0299
≥4501	1,8116	3,9894	3,7943	4,2482	4,2899	3,8103	4,2356	4,0532
	F:0,970	F:0,299	F:1,385	F:1,422	F:1,165	F:0,951	F:0,806	F:1,114
	p=,407	p=0,826	p=0,247	p=0,236	p=0,323	p=0,416	p=0,491	p=0,343
Eğitim Durumu								
İlkokul	1,6346	3,8256	3,5543	4,0426	4,2558	3,7054	4,1362	3,9070
Ortaokul	1,7041	3,8810	3,5893	4,2143	4,3839	3,5982	4,1862	3,9582
Lise	1,7914	3,9145	3,5592	4,1535	4,2993	3,5702	4,1560	3,9278
Ön lisans	1,8271	3,9795	3,6287	4,1696	4,1886	3,7895	3,9749	3,9424
Lisans	1,9034	3,9216	3,7663	4,3922	4,2623	3,7042	4,2101	4,0350
Lisansüstü	1,9171	4,1833	4,0133	4,3333	4,2550	3,8500	4,1057	4,1154
	F:3,928	F:1,045	F:2,109	F:1,800	F:0,433	F:0,747	F:0,831	F:1,049
	p=0,002	p=0,391	p=0,064	p=0,112	p=0,825	p=0,589	p=0,528	p=0,389
Meslek								
Ev Hanımı	1,7143	3,9167	3,6125	4,3125	4,3813	3,8417	4,3000	4,0493
Memur	1,9208	3,9950	3,7723	4,3086	4,2302	3,7640	4,1853	4,0359
Öğrenci	1,7524	3,8500	3,8556	4,2778	4,3000	3,6278	4,1476	3,9971
Esnaf	1,7326	3,8376	3,5342	4,1838	4,1603	3,6325	4,2418	3,9275
İşçi	1,7435	4,0000	3,5871	4,1894	4,4318	3,3258	4,1721	3,9299
Emekli	1,6129	3,6344	3,6022	4,0376	4,2500	3,7849	4,1751	3,9023
Serbest Meslek	1,8846	4,0539	3,7121	4,2340	4,2525	3,7424	3,9582	3,9763
	F:3,695	F:1,194	F: 0,683	F:0,616	F:0,713	F:1,485	F:1,553	F:0,450
	p=0,001	p=0,308	p=0,663	p=0,718	p=0,639	p=0,182	p=0,160	p=0,845

Diğer taraftan, bireylerin sosyo-demografik özellikleri bakımından sağlık inanç modeli ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu nedenle, H_2 : "Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, sağlık inanç modelinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır." hipotezi reddedilmiştir.

Kendi Kendine İlaç Kullanımı ve Sağlık İnanç Modeli Arasındaki İlişki

Kendi kendine ilaç kullanımı, sağlık inanç modeli ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 3'te verilmektedir. Elde edilen bulgulara göre, kendi kendine ilaç kullanımı ile sağlık inanç modeli arasında ($r=0,247$) istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük seviyede ilişki tespit edilmiştir.

Ayrıca kendi kendine ilaç kullanımı ile sağlık inanç modelinin alt boyutları olan duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü, anlamlı ve düşük düzeyde bir ilişki söz konusudur.

Ancak engel alt boyutu ile kendi kendine ilaç kullanımı anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0,015$) ($p>0,05$). Bu bilgiler doğrultusunda; “H₃: Kendi kendine ilaç kullanımı ile sağlık inanç modeli arasında anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3: Kendi kendine ilaç kullanımı ve sağlık inanç modeli arasındaki ilişki

	1	2	3	4	5	6	7	8
Kendi Kendine İlaç Kullanımı (1)	1							
Duyarlılık (2)	0,319**	1						
Önemseme (3)	0,252**	0,678**	1					
Sağlık Motivasyonu (4)	0,173**	0,519**	0,598**	1				
Yarar (5)	0,158**	0,557**	0,508**	0,679**	1			
Engel (6)	0,015	0,101*	0,065	0,106*	0,126*	1		
Öz-etkililik (7)	0,120*	0,442**	0,372**	0,571**	0,621**	0,135**	1	
Sağlık İnanç Modeli (8)	0,247**	0,779**	0,767**	0,797**	0,774**	0,403**	0,726**	1

Kendi Kendine İlaç Kullanımının Sağlık İnanç Modeline Etkisi

Kendi kendine ilaç kullanımının sağlık inanç modeli ve alt boyutları üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 4’te yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kendi kendine ilaç kullanımının sağlık inanç modeli üzerinde istatistiksel bakımdan anlamlı ve pozitif yönde etkisi olduğu görülmektedir ($F=24,735$; $p=0,000$; $\beta=0,247$). Regresyon modeline göre, kendi kendine ilaç kullanımı bireylerin sağlık inanç düzeylerindeki toplam varyansın %6,1’ini açıklamaktadır. Bu noktada kendi kendine ilaç kullanımındaki olası bir değişimin düşük seviyede de olsa sağlık inancını etkileyeceği söylenebilir. Ayrıca, kendi kendine ilaç kullanımının duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik boyutları üzerinde etkisi istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük seviyededir. Lakin kendi kendine ilaç kullanımının engel algısına etkisini gösteren modelin anlamsız olduğu görülmektedir. Bulgulardan yola çıkılarak H₄ hipotezi “Kendi kendine ilaç kullanımının sağlık inanç modeli üzerinde anlamlı etkisi vardır.” kabul edilmiştir.

Tablo 4: Kendi kendine ilaç kullanımının sağlık inanç modeli üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişken	Standart-laştırılmamış Değerler		Standart-laştırılmış Değerler	T	P	R	R ²	F	P
	B	S.H.	Beta						
Sabit	3,379	0,125		26,990	0,000	0,247	0,061	24,735	0,000 ^a
Kendi kendine ilaç kullanımı	0,334	0,067	0,247	4,973	0,000				
Sabit	2,782	0,182		15,284	0,000	0,319	0,102	43,158	0,000 ^b
Kendi kendine ilaç kullanımı	0,642	0,098	0,319	6,569	0,000				
Sabit	2,712	0,197		13,746	0,000	0,252	0,063	25,819	0,000 ^c
Kendi kendine ilaç kullanımı	0,538	0,106	0,252	5,081	0,000				
Sabit	3,670	0,170		21,547	0,000	0,173	0,030	11,797	0,001 ^d
Kendi kendine ilaç kullanımı	0,314	0,091	0,173	3,435	0,001				
Sabit	3,782	0,162		23,299	0,000	0,158	0,025	9,737	0,002 ^e
Kendi kendine ilaç kullanımı	0,272	0,087	0,158	3,120	0,002				
Sabit	3,634	0,213		17,037	0,000	0,015	0,000	0,082	0,774 ^f
Kendi kendine ilaç kullanımı	0,033	0,115	0,015	0,287	0,774				
Sabit	3,764	0,163		23,131	0,000	0,120	0,014	5,614	0,018 ^g
Kendi kendine ilaç kullanımı	0,207	0,087	0,120	2,369	0,018				

Bağımlı Değişkenler: a) Sağlık İnanç Modeli, b) Duyarlılık, c) Önemseme, d) Sağlık Motivasyonu, e) Yarar, f) Engel, g) Öz-etkililik

4. Tartışma

Araştırmada yapılan analiz sonuçlarından hareketle birtakım bulgulara ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada bireylerin kendi kendine ilaç kullanımları ile cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı, gelir durumu, yaş, sosyal güvence durumu değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Alan yazında yer alan araştırmaların sonuçları da bu sonucu destekler niteliktedir (27, 28).

Lisansüstü düzeyde eğitim alan bireylerin kendi kendilerine ilaç kullanım düzeylerinin daha fazla olduğu; bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça ilaç kullanımlarının da arttığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler internette veya diğer mevcut kaynaklardan (broşür, kitap vb.) yaşadıkları belirtiler hakkında bilgilere kolayca erişim sağlamaktadır. Böylece kendi kendilerine tanı koymakta ve kendi ilaçlarını belirleyerek sağlık uzmanlarına danışmadan ilaç almaktadırlar. Diğer bir neden ise bu bireylerin ilaçların prospektüsünü kolayca okuyabildiği ve anlayabildiği için bu yola başvurmaktadır (12).

Kamu sektöründe çalışanların diğer meslek gruplarına oranla kendi kendilerine ilaç kullanımlarının görece daha yüksek çıktığı gözlenmiştir. Bu bulgu yapılan diğer bir çalışmayla da örtüşmektedir (29). Kamuda çalışanlar zaman eksikliği, iş stresi ve sağlık kurumlarındaki uzun bekleme süreleri gibi çeşitli faktörler sebebiyle sorunu kendi başına çözmeyi seçebilmektedirler (30).

Diğer taraftan, hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi, tutum ve davranışları üzerine yapılan bir araştırmada hemşirelerin ilaçlar konusunda bilgiye ulaşmada çoğunlukla hekim/eczacı, meslektaş ve ilaç kaynak kitaplarından faydalandıkları sonucuna ulaşılmıştır (31). Tıp fakültesi öğrencilerinin reçetesiz ilaç kullanımına yönelik bir araştırmada ise, katılımcıların yaklaşık %42'nin reçetesiz ilaç kullandığı, kullanılan reçetesiz ilaçlar arasında analjezikler, soğuk algınlığı ilaçları ve vitaminler ağırlıkta olduğu görülmüştür (32).

Kendi kendine ilaç kullanımı ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç modeli arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük seviyede ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan birçok çalışma, bireylerin kendi kendine ilaç kullanımında sağlık inanç modeli değişkenlerinin sağlıkla ilgili davranışları açıklamak için öngörülebilirliğini saptamıştır. Bu bağlamda, kendi kendine ilaç kullanımı ile sağlık inanç modeli arasında bir ilişki olduğu görülmüştür (3, 33, 34, 35).

Katılımcıların kendi kendine ilaç kullanımlarının sağlık inanç modeli üzerinde pozitif yönde ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Etki düzeyi düşük seviyelerde olmakla birlikte kendi kendine ilaç kullanımı arttığında sağlık inanç düzeyi de çok düşük olsa bile artacaktır. Engel algısı dışındaki diğer alt boyutlarda anlamlı, düşük etkiye sahip olduğu görülmektedir. Literatürde, kendi kendine ilaç kullanımının sağlık inanç modeline etkisinin test edildiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

5. Sonuç

Sonuç olarak bireyin sağlık inancı; sağlığına ve hastalığına karşı tutumunu, tedavi yollarını seçme yöntemi ile tüketicinin aradığı çare türünü de etkilemektedir (33). Kişilerin kendi kendine ilaç kullanımına ilişkin riski ve hassasiyeti algılamaları bu davranışın hayatında yol açacağı ciddi sonuçları ve komplikasyonları anlamalarını sağlayacaktır. Ayrıca bilinçli ve doğru şekilde ilaç kullanımının yararlarını kavramak, olumsuz caydırıcı faktörlerin üstesinden gelebilmek, sağlıklı olabilmek için gerekli davranışları gerçekleştirebilmek için bilinçli ilaç kullanma konusunda bilgi ve yeterliliğe sahip olmak gerekmektedir.

Bu çalışmanın bulguları göz önüne alındığında; duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik boyutlarının kendi kendine ilaç kullanmaya yönelik uygulama yaygınlığının önemli bir belirleyicisi olduğu bulunmuştur. Sağlık inanç modeli bileşenlerinden duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik algılarının her birinin ortalama puanını arttırarak ilaçların doğru ve bilinçli şekilde kullanımının artacağı; sonuç olarak kendi kendine ilaç kullanma performansının düşeceği görülecektir.

Bireylerin kendi kendine ilaç kullanımının olumsuz etkilerini en aza indirmek ve bilinçli ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve farkındalık seviyelerinin yükseltmek amacıyla eğitim programlarının geliştirilmesi/yaygınlaştırılması tavsiye edilmektedir. Ayrıca çeşitli kitle iletişim araçları kullanılarak da halkı bu konu hakkında bilinçlendirmek çok önemlidir.

Resmi kesimlerin reçetesiz ilaç satışını önlemek, bu ilaçlara erişim kolaylığını azaltmak ve evde stoklanan ilaçların kullanımını sınırlayan sıkı düzenlemelerin yapılması önerilmektedir. Daha önce yapılan çalışmalar, kendi kendine ilaç kullanımı ile sağlık inanç modeli arasındaki ilişkiyi tespit etmiş; ancak bu iki değişkenin birbirine olan etkisini dikkate almamıştır. Gelecekteki araştırmacılar için iki değişken arasındaki etkiyi inceleyen çalışmaların yapılması önerilerek alana fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- [1] Abacıoğlu N. Türkiye İlaç Sanayi. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları; 2010. 23 p.
- [2] Hakeri H. İlaç Hukuku. 1. Baskı. Ankara: Adalet Yayınevi; 2015. 8 p.
- [3] Eyob T, Weletew A, Retta T, Tarekegn M, Mulisa E. Understanding Towards Non-Prescription Medicines Among Jimma Town Drug Retail Outlet's Customers, Ethiopia. *International Journal of Research in Medical and Health Sciences*. 2015 March; 5(1): 1-9.
- [4] Dünya Sağlık Örgütü. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication. Geneva: Report of the 4th WHO Consultive Group on the Role of the Pharmacist. 1998.
- [5] Juyol MH, Qesada JRB. Dentistry And Self-Medication: A Current Challenge. *Medicine Oral*. 2002 Nov-Dec; 7(5): 344-347.
- [6] Filho AIL, Costa MFL, Uchoa E. Bambui Project: A Qualitative Approach to Self-Medication. *Rio de Janeiro*. 2004 Dec; 20(6): 1661-1669.
- [7] Ha TV, Nguyen AMT, Nguyen HST. Self-Medication Practices Among Vietnamese Residents in Highland Provinces. [Internet]. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2019. [cited 2019 Nov 2]. 494 p. Available from: doi: 10.2147/JMDH.S211420.
- [8] Sridhar SB, Shariff A, Dallah L, Anas D, Ayman M, Rao PGM. Assessment of Nature, Reasons and Consequences of Self-Medication Practice Among General Population of Ras Al-Khaimah, UAE. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2018 Jan-Mar; 8(1): 3-8.
- [9] Sridevi K, Subbaiah MV, Surekha M, Harini J, Sujana D, Sankar AR. Assessment of Self Medication Practices Among Community People. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2017 May; 16(5): 75-82.
- [10] Tripković K, Nešković A, Janković J, Odalović M. Predictors of Self-Medication in Serbian Adult Population: Cross-Sectional Study. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2018 Jun; 40(3): 627-634.
- [11] Niclos G, Olivar T, Rodilla V. Factors Associated With Self-Medication in Spain: A Cross-Sectional Study in Different Age Groups. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2018 Jun; 26(3): 258-266.
- [12] Kouhpayeh A, Jeihooni AK, Kashfi SH, Bahmandoust M. Effect of An Educational Intervention Based On The Model of Health Beliefs in Self Medication of Iranian Mothers. *Invest. Educ. Enferm*. 2017 Jan; 35(1): 59-68.
- [13] Irwin M. Theoretical Foundations of Adherence Behaviors: Synthesis and Application in Adherence to Oral Oncology Agents. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2015 Jun; 19(3): 31-35.
- [14] Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman RH. The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*. 1977 Dec; 18(4): 348-366.
- [15] Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*. 1988 Jun; 15(2): 175-183.
- [16] Meriç M, Oflaz F. Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Hastaların Sağlık İnanç Modeline Dayalı Tedaviyle İlgili Düşüncelerinin Tedaviyi Bırakma ile İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010; 9(5): 441-452.
- [17] Liu Y, Yao J, Liu X, Luo B, Zihao XA. Randomized Interventional Study to Promote Milk Secretion During Mother- Baby Separation Based on the Health Belief Model A Consort Compliant. *Medicine*. 2018 Oct; 97(42): 1-6.
- [18] Yağcı S, Karabulutlu EY. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık İnanç, Hastalık Tutumları ve Metabolik Kontrolünün Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2017 Dec; 19(3): 149-157.
- [19] Çam O, Bilge A. Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007 Sep; 8(3): 215-223.
- [20] Gürsoy AA, Hindistan S, Nural N, Kahriman İ, Yılmaz F, Yigitbas Ç, et al. A Comparison of Three Educational Interventions on Breast Self-Examination Knowledge and Health Belief. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*. 2009 May; 10(5): 765-772.
- [21] Champion VL, Skinner CS. Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*. 4th Edition. New York: John Wiley and Sons, Inc; 2008. p. 45-65.

- [22] Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN. Cervical Cancer Screening Among Immigrants and Ethnic Minorities: A Systematic Review Using the Health Belief Model. *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2008 Jul; 12(3): 232-241.
- [23] Karimy M, Heidarnia A, Ghofranipour F. Factors Influencing Self-Medication Among Elderly Urban Centers in Zarandieh Based On Health Belief Model. *Arak Medical University Journal*. 2011; 14(58): 70-78.
- [24] Bakhtiar K, Bastami F, Sharafkhani N, Almasian M. The Psychological Determinants of Self-Medication Among the Elderly: An Explanation Based on the Health Belief Model. *Elderly Health Journal*. 2017 Dec; 3(2): 59-66.
- [25] Koç E. Adölesanların Kendi Kendine İlaç Kullanım Özellikleri. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya. 2017.
- [26] Çiçek Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi (Yayınlanmış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. 2012.
- [27] Akyurt LEA, Önal AE, Bozbuğa N, Şeker N, Gül H. İki Kamu Kurumunda Çalışanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2019 Jul; 4(3): 363-370.
- [28] Varlı M, Bahşi R, Doğan Ş, Uysal H, Subaşı Ş, Toper M, Aras S. et al. Ayaktan Geriatrik Hastalarda Reçetesiz Ürün Kullanımı. *Ankara Medical Journal*. 2017; 17(4): 226-234.
- [29] Ouédraogo DD, Tiendrebeogo JWZ, Zongo E, Kakpovi KG, Kaboré F, Drabo JY, et al. Prevalence and Factors Associated With Self-Medication in Rheumatology in Sub-Saharan Africa. *European Journal of Rheumatology*. 2015 Jun; 2(2): 52-56.
- [30] Simon AK, Rao A, Rajesh G, Shenoy R, Pai MB. Trends in Self-Medication For Dental Conditions Among Patients Attending Oral Health Outreach Programs in Coastal Karnataka, India. *Indian Journal Pharmacology*. 2015 Sep-Oct; 47(5): 524-529.
- [31] Karakoç MD, Uyanık Ö. Bir Kamu Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 9(2): 112-118.
- [32] Yıldırım Baş F, Cankara FN, Yeşilot Ş. Tıp Fakültesi öğrencilerinde reçetesiz ilaç kullanımının değerlendirilmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 4(2): 46-53.
- [33] HauBinger C, Ruhl UE, Hach I. Health Beliefs and Over-the-Counter Product Use. *An Pharmacotherapy*. 2009 May; 43(6): 1122-1127.
- [34] Karimy M, Montazeri A, Khoshdel AR, Kuhpayehzadeh J, Baradaran H, Rohani M. R. et al. Assessment of Self-Medication of the Elderly in Urban Care Homes By Using Health Belief Model. *Journal of Research and Health*. 2014 Sep; 4(3): 803-810.
- [35] Zareipour M, Rezaei ZM, Jafari F, Ghaderzadh S, Moradali MR. Determinants of Self-Medication Prevention in Women Based on the Health Belief Model in Urmia City, Iran. *Pharmaceutical Research*. 2020 Apr-Jun; 12(1): 908-914.