



## Orijinal Araştırma

## Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısının İncelenmesi

## Investigation of Rational Drug Use and Health Perception in Different Generations

Beyza Nur ŞENGÜL <sup>a</sup>, Musa Şamil AKYIL <sup>b</sup><sup>a</sup> Uzm. Gr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Disiplinlerarası Doktora Programı, AYDIN, TÜRKİYE<sup>b</sup> Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Bilimler Bölümü, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

## ÖZET

**Giriş:** Bu araştırmanın amacı; Baby Boomer (BB), X ve Y kuşağının sağlık algıları (SA) ve akılcı ilaç kullanımı (AİK) bilgi seviyelerini belirlemektir.

**Yöntem:** Araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde Şubat 2020- Ağustos 2020 tarihlerinde, 407 katılımcı ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)", "Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)" ile elde edilmiştir. Betimleyici analiz, Kruskal Wallis, Ki kare ve Mann Whitney U testi uygulanmış, istatistiki anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcılar %21.1 oranında BB kuşağı, %29 oranında X kuşağı, %49.9 oranında Y kuşağından oluşmaktadır. SAÖ toplam puan ortalaması 49.93; AİKÖ toplam puan ortalaması 36.75 bulunmuştur. Sosyal güvence, medeni durum, yaş, düzenli egzersiz, eğitim düzeyi, ilaç kullanımı bilgisi AİK bilgi düzeylerini etkilemekte iken diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim ve gelir düzeyi, medeni durum, yaş, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanmak, ilaç kullanımı bilgisi, alkol tüketimi ve farklı kuşaklardan olmak SA ile ilişkilidir. Y kuşağı, SA'sı ve AİK bilgi düzeyi en yüksek kuşak iken; kronik hastalık, polifarmasi, düzenli kullanılan ilaç sayısı en fazla BB kuşağında görülmüştür. SA ve AİK arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

**Sonuç:** Katılımcılarda akılcı olmayan ilaç kullanımının varlığı, ilaç kullanımıyla ilgili bilgilendirmeler yapılması gerektiği, AİK ile SA'nın ilişkili olduğu ve bu durumun farklı kuşaklarda yer almaktan etkilendiği saptanmıştır. BB kuşağının AİK ile ilgili bilinçlendirilmesi, hizmet sağlayıcıların kuşaklararası farklılıkları ve bilgi asimetrisini gözetmesi önerilmektedir.

**Anahtar sözcük:** Akılcı İlaç Kullanımı, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı, Baby Boomer, X ve Y Kuşağı, Sağlık Algısı

## ABSTRACT

**Background:** The aim of this study was to determine health perceptions and the rational drug use knowledge levels of BB, X, Y generations.

**Methods:** The research was carried out at Aydın Adnan Menderes University Faculty of Dentistry, between February 2020 and August 2020, with 407 participants. As a data collection tool; "Introductory Information Form", "Health Perception Scale (HPS)" and "Rational Drug Use Scale (RDUS)" were used. Descriptive analysis, Mann Whitney U, Chi-square and Kruskal Wallis test were applied and statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** Participants consist of 21.1% BB generation, 29% X generation, 49.9% Y generation. HPS total mean score was 49.93; The total score mean of the RDUS was 36.75. While social security, marital status, age, regular exercise, education level, knowledge of drug use affect the knowledge levels of RDU, no significant correlation was found with other variables. Education and income level, marital status, age, chronic disease, regular drug use, drug use knowledge, alcohol use and being from different generations are associated with HPS. Generation Y is the generation with the highest level of HP and RDU knowledge; Chronic disease, polypharmacy, and the number of regularly used drugs were mostly seen in the BB generation. A positive and significant relationship was found between HP and RDU.

**Conclusion:** It was determined that there was irrational drug use in the participants, that information should be given about drug use, that RDU and HP were related, and that they were affected by being in different generations. It is recommended to raise the awareness of the BB generation about RDU, and to ensure that service providers observe the intergenerational differences and information asymmetry.

**Keywords:** Rational Drug Use, Irrational Drug Use, Baby Boomer, X and Y Generations, Health Perception

★ Bu çalışma; birinci yazarın, ikinci yazar danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak yazılmış, 25.11.2021 tarihinde I. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Multidisipliner Yaklaşımlar Kongresi'nde özet bildirisi olarak sunulmuştur.

\*Sorumlu Yazar: Beyza Nur ŞENGÜL

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Disiplinler arası Doktora Programı, AYDIN, TÜRKİYE

e-posta: [bevezanursengul1995@gmail.com](mailto:bevezanursengul1995@gmail.com)

Geliş tarihi:13.11.2022

Kabul tarihi:12.12.2022

## GİRİŞ

Yaşanılan dönemin toplumsal, politik, iktisadi, kültürel olaylarından ve etkin değerlerinden etkilenen benzer zaman aralıklarında dünyaya gelen bireylerin oluşturduğu topluluklar kuşak olarak adlandırılmaktadır (Altuntuğ, 2012).

1946-1964 yılları arasında doğmuş kişiler Baby Boomer (BB) Kuşağı (Fell, 2020; Lancaster ve Stillman, 2002), 1965-1979 yılları arası X Kuşağı (Fell, 2020), 1980-2000 yılları arası ise Y Kuşağı (Salahuddin, 2010) olarak tanımlanmaktadır. Kuşaklar; farklı dönem, çevre ve koşullarda yetişmelerinden kaynaklı olarak farklı karakteristik yapıları sahiptirler. Bu bireyleri tanımlarken kuşağının karakteristik özelliklerini, güçlü/ zayıf yanlarını, istek ve yaşam biçimlerini göz önünde bulundurmak, kuşaklar arası farklılıkları ve iletişimi etkin yönetmeyi kolay hale getirecektir (Adıgüzel, Batur ve Ekşili, 2014). Literatürdeki kuşak çalışmaları incelendiğinde sağlık durumları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık algısı ve ilaç kullanımları konularında yapılan fazla çalışma olmadığı dikkat çekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, yarıdan fazla ilaç; uygun olmayan şekillerde reçetelenmekte ve satılmaktayken, hastaların yarısı ilaçlarını olması gerektiği gibi kullanmamaktadır (WHO, 2002). Çoğu ülkede yapılan ilaç harcamaları, sağlık giderlerinin içinde önemli bir yer tutmaktadır (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2022).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ilaca bağlı ortaya çıkan mortalite ve morbidite sebepli giderlerin 30 milyon- 130 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmekteyken, Arjantin 'de cepten harcamalarda en fazla payı (%70) ilaçların oluşturduğu, Kenya 'da ayaktan tedavilerde cepten harcamaların en fazla ilaç harcamalarına (%69) yapıldığı bildirilmektedir (Holloway, 2009; Cavagnero, Carrin, Xu ve Rivera, 2006; Xu, James, Carrin ve Muchiri, 2006). Ülkemiz için de benzer biçimde sağlık harcamalarının hızlı bir biçimde arttığı, OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında tüm sağlık harcamaları içerisindeki ilaç harcamaları oranının ülkemizde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Akıcı ve Ulupınar, 2013; Yardan, Demirkıran ve Kiremit, 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre cepten sağlık harcamaları (ilaç, tedavi

masrafları vb.) bir önceki yıla kıyasla %19.3 artarak 40 milyar 105 milyon TL olmuştur (TÜİK, 2020). Küresel sağlık problemi olarak karşımıza çıkan akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) kapsamında; reçetesiz ilaç alımı, uygun olmayan reçeteler, gereksiz antibiyotik, enjeksiyon ve yanlış ilaç kullanımı, yanlış doz, hasta bilgilendirilmelerine yeterli sürenin verilmemesi ve yanlış tedavi sürelerinin sık görüldüğü dikkat çekmektedir (Holloway, 2009; Akl, Mahalli, Elkahky ve Salem, 2014; Chareonkul, Khun ve Boonshuyar, 2002; Saha ve Hossain, 2017; Xu ve ark, 2006). AOİK ve ilaç harcamalarının azaltılabilmesi için akılcı ilaç kullanımı (AİK) uygulamaları artırılabilir (Yardan, Demirkıran ve Kiremit, 2016).

DSÖ, 1985' te Nairobi' de AİK'yi: "Hastaların klinik gereksinimlerine uygun ilaçları, gereksinimlerini karşılayacak dozda, uygun sürelerde, kendisi ve toplum adına en az maliyetle alması" şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1985). AİK'nin yaygınlaştırılması ve halkın bilinçlendirilmesi gerekmekte, uygun kılavuzlara ihtiyaç duyulmaktadır (Agrawal ve ark, 2009; Bairami, Soleymani ve Rashidian, 2016). Ülkemizde yapılmış çalışmalarda da AOİK' nin sık görüldüğü, AİK ve farkındalık eğitimleri ihtiyacının önemli olduğu bulunmuştur (Mollahaliloğlu, Alkan, Özgülcü, Öncül ve Güney, 2011; Şendir, Çelik, Güzel ve Büyükyılmaz, 2015; Yılmaz, Kırbıyıkoglu, Ariç ve Kurşun, 2014). AOİK ve polifarmasinin artması ile birlikte meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik problemler sebebiyle her yaş grubundan kuşakta AİK önemlidir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip olmak gerekmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını kazanma, sağlığı geliştirme ve sürdürmenin sağlık algısı (SA) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Çilingir ve Aydın, 2017; Açıksöz, Uzun ve Arslan, 2013). Sağlık algısı; kişinin sağlığını biyolojik, ruhsal ve sosyal açıdan değerlendirmesidir (Erengin ve Dedeoğlu, 1997). Kendisini sağlıklı olarak algılayan bireyler, sağlıklarını geliştirecek ve koruyacak davranışları daha çok sergilemektedirler (Ayaz, Tezcan ve Akıncı, 2005). Bireyin sağlığı hakkında doğru karar verip uygun davranması SA ve sağlığı konusundaki farkındalığıyla ilişkili iken yaşanılan sağlık problemleri ve

sürekli ilaç kullanmak sağlık algısını etkilemektedir (Önal ve ark, 2009).

SA ve AOİK' nin morbidite, mortalite, hasta geçirilen gün sayısı, hospitalizasyonla ilişkisi nedeniyle bu parametrelerin tespit edilmesinin uygun sağlık hizmetlerinin sunulmasına, bakım ve hastalık yükünün azaltılmasına iyi yönde etki edeceği düşünülmektedir (Ertaş ve Kırac, 2019; Cho, Martin, Margrett, MacDonald ve Poon, 2011; WHO, 2002). Sağlığı geliştirebilmek ve yaşam doyumunu artırabilmek için SA'nın daha iyi hale getirilmesi ve AİK'nin yaygın duruma getirilmesi, SA ve AİK ile ilgili daha fazla araştırmanın yapılması önem arz etmektedir. Farklı kuşakların SA ve AİK durumlarındaki değişimler belirlenip mukayese edilerek SA ve AİK'nin yaygınlaştırılmasında, farkındalığın artırılmasında iş birliği geliştirilebileceği düşünülmektedir.

### Amaç

Bu çalışmada üç farklı kuşağın sağlık algıları, AİK bilgi düzeyleri ve de bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Bu çalışma analitik ve kesitsel niteliktedir.

### Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Diş Hekimliği Fakültesi'nde Şubat 2020- Ağustos 2020 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni ADÜ Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bir önceki senenin hasta sayısı (31.100) evren olarak kabul edilip evreni bilinen örneklem formülü kullanılıp örneklem sayısı belirlenmiştir. Yaş aralıklarına göre katılımcı sayısı hesaplanırken tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır buna göre BB kuşağından en az 86, X kuşağından en az 104, Y kuşağından en az 189 olmak üzere 379 katılımcının örnekleme dahil edilmesi gerekmekte iken daha fazla kişiye ulaşılarak çalışmaya "407" birey dâhil edilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)", "Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)" ile elde edilmiştir.

*Tanıtıcı Bilgi Formu:* Araştırmacı tarafından hazırlanan formda bireylerin sosyo-demografik verileri, sağlık durumu ve sağlığını korumaya yönelik davranış özellikleri, ilaç kullanımı bilgisi ve alışkanlıklarını anlamaya yönelik 20 soru yer almaktadır.

*AİKÖ:* AİK bilgisini ölçebilmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik, güvenilirliği Demirtaş ve ark. tarafından 2018 yılında yapılmıştır. 21 madde, 1 alt boyuttan oluşan ölçekten 0- 42 aralığında puan alınabilmekte, 35 ve üzeri puan alanların AİK bilgisine sahip olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.789 dur (Demirtaş ve ark, 2018). Araştırmada ise Cronbach's Alpha değeri; 0.64 olarak bulunmuştur.

*SAÖ:* Diamond ve ark. (2007) geliştirdiği, Kadioğlu ve arkadaşlarının Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı, 15 maddelik, 5'li likert tipte, dört alt boyutu olan bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puan 15-75 arasındadır, sınır değeri yoktur, toplam puanın yüksekliği SA düzeyinin yüksekliğini, düşük puanlar SA düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek Cronbach's alpha katsayısı 0.77 iken (Kadioğlu ve Yıldız, 2012) çalışmada bu değer 0.69 bulunmuştur.

### Veri Toplama Yöntemi

Belirlenen katılımcı sayısına erişilinceye kadar; hafta içi, araştırmanın yapıldığı merkeze gidilip çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun, çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere araştırma hakkında açıklama yapıp onamlarının alınmasının ardından soruları yanıtlamaları istenmiştir.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde istatistik paket programı IBM SPSS 25. 0 kullanılmıştır. Araştırmada bağımlı değişkenler SA ve AİK; bağımsız değişkenler cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kronik hastalıklar, sürekli ilaç kullanmak, BB, X, Y kuşağından olmaktadır. Veriler değerlendirilirken; demografik verilerde ortalama, yüzdelik oran, pearson korelasyon analizi, Mann-

Whitney U, Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Veriler toplanırken ADÜ Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (tarih ve sayı; 11/02/2020-E.10014, 50107718-050.99, protokol no; 2020/161), ADÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlık onayı, ölçek kullanım izinleri, aydınlatılmış onam alınmıştır.

### BULGULAR

Katılımcıların %51.8'i erkek, %56'sı evli, %44.2'si üniversite mezunudur. Bireylerin %53.8'inin geliri giderine eşittir ve %88'inin sosyal güvencesi vardır (Tablo 1). Katılımcıların SAÖ puan ortalaması 49.9361, minimum puanı 28, maximum puanı 74; AİKÖ puan ortalaması 36.7568, minimum puanı 21 ve maximum puanı 42 olarak tespit edilmiştir. Katılımcılara ait demografik özellikler, SAÖ ve AİKÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalara ait istatistiksel analiz sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile SAÖ ve AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Tanıtıcı Özellikler	SAÖ				AİKÖ	
	N	%	Ort	SS	Ort	SS
<b>Cinsiyet</b>						
<b>Kadın</b>	196	48.2	49.66	7.63	37.36	3.90
<b>Erkek</b>	211	51.8	50.19	7.88	36.19	4.46
<b>Test ve Önemlilik</b>			U=19892.5 p=.507		U=17389.0 p=.005	
<b>Medeni Durum</b>						
<b>Evli</b>	228	56	49.16	7.67	36.56	4.49
<b>Bekar</b>	156	38.4	51.28	7.60	37.01	3.92
<b>Boşanmış</b>	12	2.9	50.75	9.47	36.42	3.89
<b>Eşi vefat etmiş</b>	11	2.7	46.18	7.20	37.64	3.58
<b>Test ve Önemlilik</b>			$X^2=11.96$ p=.007		$X^2=1.17$ p=.759	
<b>Eğitim Durumu</b>						
<b>Okur Yazar</b>	13	3.2	45.69	5.57	34.77	5.13
<b>İlk ve Ortaokul</b>	87	21.4	47.21	7.48	35.03	5.07
<b>Lise</b>	97	23.8	48.99	7.70	35.80	4.15
<b>Üniversite</b>	180	44.2	51.94	7.72	37.91	3.43
<b>Lisansüstü</b>	30	7.4	50.70	6.28	38.80	2.84
<b>Test ve Önemlilik</b>			$X^2=32.438$ p=.000		$X^2=41.921$ p=.000	
<b>Gelir Düzeyi</b>						
<b>Gelir &lt; gider</b>	123	30.2	48.12	7.60	36.21	4.41
<b>Gelir = gider</b>	219	53.8	50.36	7.40	36.96	4.03
<b>Gelir &gt; gider</b>	65	16	51.95	8.58	37.11	4.51
<b>Test ve Önemlilik</b>			$X^2=9.605$ p=.008		$X^2=3.442$ p=.179	
<b>Sosyal Güvence</b>						
<b>Var</b>	358	88	49.89	7.572	37.01	3.958
<b>Yok</b>	49	12	50.31	9.077	34.94	5.621
<b>Test ve Önemlilik</b>			U=8677.00 p=.903		U=6944.50 p=.017	

Araştırma bulguları kadınlarda AİKÖ'den alınan puanların daha yüksek olduğunu göstermiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 1). SA ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 1). Katılımcıların medeni durumları ve SA arasında anlamlı ilişki bulunmakta iken evli olan bireylerin SA'ları bekârlara göre daha düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ , Tablo 1). Medeni durum ve AİK arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 1). Araştırma bulguları eğitim düzeyi lisansüstü olanların en yüksek AİKÖ puanlarına sahip olduğunu göstermiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 1). Sağlık algısı en yüksek grup eğitim düzeyi lisans ve yüksek lisans olanlardır ( $p < 0.05$ , Tablo 1). Araştırma, sosyal güvencesi olmayan bireylerin AİK düzeylerinin sosyal güvencesi olanlardan daha düşük olduğunu göstermiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 1), sosyal güvence ile SA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 1). Araştırma bulgularına göre gelir durumu gider durumundan daha yüksek olan katılımcılar daha yüksek SA'ya sahiptir ( $p < 0.05$ , Tablo 1), AİK bilgi düzeylerinin gelire göre farklılığı anlamlı değildir ( $p > 0.05$ , Tablo 1).

**Tablo 2.a. Katılımcıların İlaç Kullanım Bilgisi ile SAÖ ve AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Kronik Hastalık	SA			AİK		
	N	%	SS	Ort	SS	Ort
<b>Evet</b>	138	33.9	47.89	7.72	36.67	4.36
<b>Hayır</b>	269	66.1	50.99	7.57	36.8	4.18
<b>Test ve Önemlilik</b>			U=14414.0 p=.000		U=18394.0 p=.881	
<b>Düzenli İlaç Kullanımı</b>						
<b>Evet</b>	142	34.9	48.54	7.94	36.99	4.22
<b>Hayır</b>	265	65.1	50.68	7.56	36.63	4.25
<b>Test ve Önemlilik</b>			U=15664.5 p=.005		U=17867.5 p=.399	
<b>İlaçların Kullanım Nedenini Bilmek</b>						
<b>Evet</b>	382	93.9	50.14	7.82	36.92	4.07
<b>Hayır</b>	25	6.1	46.84	5.84	34.2	5.79
<b>Test ve Önemlilik</b>			U=3485.5 p=.024		U=3490.0 p=.023	
<b>İlaçların Nasıl Kullanılacağını Bilmek</b>						
<b>Evet</b>	390	95.8	50.07	7.84	36.89	4.15
<b>Hayır</b>	17	4.2	46.94	4.42	33.59	5.07
<b>Test ve Önemlilik</b>			U=2386.0 p=.050		U=1989.0 p=.005	
<b>İlaç Kullanımına Dair Bilgilendirilmek</b>						
<b>Evet</b>	382	93.9	50.13	7.82	36.81	4.18
<b>Hayır</b>	25	6.1	46.92	5.90	36.0	4.97
<b>Test ve Önemlilik</b>			U=3285.0 p=.009		U=4378.5 p=.483	

**Tablo 2.b. Katılımcıların İlaç Kullanım Bilgisi ile SAÖ ve AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	N	%	SA		AİK	
			SS	Ort	SS	Ort
<b>Prospektüsü Anlamakta Güçlük Çekmek</b>						
Evet	267	65.6	49.01	7.30	36.37	4.37
Hayır	140	34.4	51.71	8.30	37.49	3.88
			U=15423.5		U=15800.0	
			<b>p=.004</b>		<b>p=.010</b>	
<b>Evde Yedekte İlaç Bulundurmak</b>						
Evet	235	57.7	50.2	7.83	36.87	4.26
Hayır	172	42.3	49.58	7.66	36.6	4.21
			U=19242.0		U=19260.0	
			<b>p=.409</b>		<b>p=.414</b>	
<b>Reçetesiz İlaç Kullanmak</b>						
Evet	242	59.5	50.12	7.59	36.9	4.23
Hayır	165	40.5	49.67	8.00	36.55	4.25
			U=19051.0		U=18757.5	
			<b>p=.432</b>		<b>p=.296</b>	
<b>AOİK Kavramını Duymak</b>						
Evet	117	28.7	52.44	7.77	38.6	3.52
Hayır	290	71.3	48.92	7.52	36.01	4.27
			U=12452.0		U=10042.0	
			<b>p=.000</b>		<b>p=.000</b>	

Araştırmada kronik hastalık varlığı ile AİK arasında anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0.05$ , Tablo 2.a), SA ile arasındaki farklılığın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 2.a).

Kronik hastalığı olan katılımcıların SA'sı daha düşüktür. Araştırma bulguları ilaçlarını neden, nasıl kullanması gerektiğini biliyor olma ve prospektüleri anlama ile AİK arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ( $p<0.05$ , Tablo 2.a). İlaç kullanımı konusunda bilgiye sahip olan ve prospektüleri okurken anlamakta güçlük çekmeyen katılımcıların AİK bilgi düzeyleri bilmeyenlere göre daha yüksektir (Tablo 2.a, Tablo 2.b). Araştırmada hastaların %6.1'i ilaçlarının kullanım nedenini, % 4.2' si kullanım şeklini bilmediğini, %65.6'sı prospektüleri anlamakta zorlandığını, %6.1'i sorumlu tarafların gereken bilgilendirmeleri yapmadığını bunun yanı sıra yakınlarına ilaç tavsiye ettiğini, sağlıklı olmayan tanıdıklarından bilgi edindiğini ifade etmişlerdir. Reçetesiz ilaç kullanım oranının %59.5, yedek ilaç reçetelenmesini isteyenlerin oranının %57.8 olduğu belirlenmiş, self medikasyon düzeyi yüksek bulunmuştur. Katılımcılar, %44.2 oranında daha önce reçetelenmiş ilaçları, %20.9 oranında bireysel bilgi ve gözlemlerini, %7.9 oranında etrafındakilerin önerilerini, %6.1 oranında internetten araştırdıklarını, %0.2 oranında televizyondan gördüklerini dikkate alarak reçetesiz ilaç kullandığını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %71.3'ü "akılcı ilaç kullanımı" kavramını duymadıklarını ifade etmiş, bu kavramı duyduğunu belirten kişilerin AİKÖ puan ortalamaları duymayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo2.b).

Araştırma bulgularına göre ilaç kullanım nedenini ve nasıl kullanması gerektiğini bilen, ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilen, prospektüleri okurken zorluk çekmeyen, düzenli kullandığı ilacı olmayan katılımcıların SAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2.a, Tablo 2.b). SAÖ puan ortalamaları daha önce AİK kavramını duyan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo 2.b).

Kuşakların SAÖ ve AİK toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 3'de verilmiştir. Bulgulara göre en yüksek SA ve AİK bilgi seviyesinin yaş olarak en genç olan Y kuşağında olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 3). AİKÖ puan ortalamaları ile farklı kuşaklarda yer alma durumları arasındaki farkın anlamlı olmadığını ancak BB, X kuşağının AİK bilgi düzeyi ortalamalarının Y kuşağına göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ , Tablo3). Araştırmada polifarmasinin en çok BB kuşağında olduğu görülmektedir. Araştırma bulguları "kuşaklara göre" SA seviyelerindeki farklılığın anlamlı olduğunu, diğer kuşaklara kıyasla Y kuşağının SA'sının daha yüksek olduğunu göstermiştir ( $p<0.05$ , Tablo3). Araştırma bulguları SA ve AİK arasındaki ilişkinin pozitif yönde anlamlı olduğunu göstermiştir( $r=0.278,p=0.000$ ). SA'nın artmasıyla AİK bilgi seviyesi de artış göstermektedir.

**Tablo 3. Kuşakların SAÖ, AİKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Kuşak	N	%	SA		AİK	
			Ort	SS	Ort	SS
BB	86	21.1	47.72	7.875	36.22	4.771
X	118	29	49.41	7.33	36.29	4.11
Y	203	49.9	51.18	7.73	37.26	4.03
Test ve Önemlilik			$\chi^2=15.116$		$\chi^2=6.635$	
			<b>p=.001</b>		<b>p=.056</b>	

## TARTIŞMA

Aynı yıllarda doğmuş, yirmi beş- otuz yıllık yaş gruplarını oluşturan nesiller kuşak olarak adlandırılmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2022). Baby Boomers kuşağı, rekabetçi aynı zamanda iyimser kişilik yapısına sahiptir ve

para, unvan, takdir görme, kendini ifade etme ve bireysellik onlar için önemlidir (Lancaster ve Stillman, 2002 akt; Freeman, Trower, Tan ve Terkla, 2009). Şüpheli kişilik yapısına sahip olan X kuşağı özgürlük ve yaşam standartlarının yüksek olmasına önem verirken; özgüvenleri ve özgürlüklerine düşkünlüğü ile bilinen Y kuşağı ise sürekli sorgulayan, yaşı nedeniyle çoğunlukla iş hayatına yeni atılmış, esnekliği önemseyen bir kuşaktır (Lancaster ve Stillman, 2002 akt; Freeman, Trower, Tan ve Terkla, 2009; İnce, 2018). Kuşaklarda görülen bu farklılıkların SA ve AİK'yi etkileyebileceği düşünülmektedir. BB, X ve Y kuşağının SA ve AİK bilgi düzeyleri ile bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; kadınların AİKÖ'den aldıkları puanın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bulgularımızı destekler nitelikte olan (Demirtaş ve ark, 2018), buna karşın cinsiyetin AİK bilgi düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşan farklı çalışmalar mevcuttur (Özkan ve Aca, 2020; Soysal ve Şahin, 2020). Bununla birlikte; çalışmada SA ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 1). Araştırmada elde edilen bulgular literatürü destekler niteliktedir (Ertaş ve Kıraç, 2019; Yanmış ve Ergüney, 2020; Çaka, Topal, Suzan, Çınar ve Altınkaynak, 2017; Rahman ve Barsky, 2003).

Evli olan bireylerin SA'ları bekârlara göre daha düşüktür (Tablo 1). Medeni durum ve SA arasında anlamlı ilişki bulunmakta ve çalışmada elde edilen bulgular literatürü desteklemektedir (Erengin ve Dedeoğlu, 1997; Uzuntarla ve Uzuntarla, 2019).

Araştırma bulgularına göre eğitim düzeyi lisansüstü olanların AİKÖ puanları daha yüksektir (Tablo 1). Eğitim düzeyinin artması ile AİK bilgi düzeylerinin de artması beklenen bir durumdur. Sağlık algısı en yüksek grup eğitim düzeyi lisans ve yüksek lisans olanlardır (Tablo 1). Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Ertaş ve Kıraç, 2019). Düşük eğitim düzeyine sahip sağlık algısı yüksek olan katılımcılarda sağlık algısını etkileyebileceği düşünülmesi sebebiyle "bireyin sağlığına ne kadar ehemmiyet verdiği, beden ve hastalıklarıyla ilgili farkındalık ve bilinci, taramalar yoluyla sağlık sisteminden uzaklaşmama" davranışlarının gözden geçirilmesi gerekebilir.

Araştırma bulgularına göre sosyal güvencesi olmayan bireylerin AİK düzeyleri sosyal güvencesi olanlardan daha düşüktür (Tablo 1). Araştırmada elde edilen bu bulguyu destekler nitelikte, literatürde kişilerin sosyal güvencesi olmayışının ilaçları akılcı kullanma durumlarına olumsuz etki ettiği aktarılmaktadır (Pınar, Karataş, Bozdemir ve Ünal, 2013). Sosyal güvencenin olmaması halinde hastalar olası masraflardan kaçınma, teşhis ve tedavi süreçlerinin bireysel olarak üstesinden gelmeye yönelebilecekleri gibi bu durum AOİK adına risk teşkil etmekteyken sosyal güvencenin olmayışının kişide oluşturacağı stresin fiziksel ve psikolojik iyilik halini de olumsuz etkileyeceği öngörülmektedir. Sosyal güvence ile kişinin güvende hissetmesi, sağlık sistemi içerisinde yer alarak uzmanlarca medikalizasyon ve sağlıklı davranış biçimleri konusunda denetimde olmalarının sağlanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada AİK bilgi düzeylerinin gelire göre farklılığının anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Literatürde gelir düzeyi ile AİK tutum ve düzeyleri arasında ilişki olduğunu söyleyen farklı çalışmalar mevcuttur (Demirtaş ve ark, 2018; Utli ve Turan, 2020), bu durumun örneklem gruplarının farklı olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada gelir durumu gider durumundan yüksek olan katılımcılar daha yüksek SA'ya sahiptir (Tablo 1). Literatürde gelir düzeyi, ekonomik durum ile SA arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu, gelir durumu yükseldikçe SA'nın yükseldiği, sosyo-ekonomik düzeyin düşmesiyle algılanan sağlığın düştüğü (Uzuntarla ve Uzuntarla, 2019; Şimşek ve ark, 2012) aktarılmakta, araştırmadan elde edilen bulgular literatürü desteklemektedir. Gelir düzeyinin bireyin barınma olanakları gibi yaşam şartlarını, sağlıklı davranış biçimlerini etkileyebilmesi sebebiyle objektif ve sübjektif sağlığı dolayısıyla SA'yı etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmada kronik hastalık varlığı ile AİK arasında anlamlı bir fark saptanmamışken SA ile arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2.a). Araştırmadan elde edilen bu bulgu literatürü destekler niteliktedir (Demirtaş ve ark, 2018). Kronik hastalığı olan katılımcıların SA'sı beklendiği üzere daha düşüktür. Literatürde, araştırma bulgularıyla paralel şekilde SA ile kronik hastalık varlığının

ilişkili olduğu (Çilingir ve Aydın, 2017; Tuğut ve Bekar, 2008), kronik hastalıkların SA'yı olumsuz etkilediği aktarılmaktadır (Erengin ve Dedeoğlu, 1997).

Katılımcılar prospektüsleri anlamakta zorlandığını, sorumlu tarafların gereken bilgilendirmeleri yapmadığını bunun yanı sıra yakınlarına ilaç tavsiye ettiğini, sağlıklı olmayan tanıdıklarından bilgi edindiğini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularına benzer biçimde literatürde de ilaçların miktarı ya da kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olunmadığı aktarılmıştır (Ekici, Kurutçu ve Uysal, 2019; Akıcı, Mollahaliloğlu, Özgülcü, Dönertaş ve Alkan, 2015). Hastanın ilaçların kullanımı ve tedavi ile ilgili yeterli derecede bilgilendirilmemesi hasta uyumunu azaltacak temel sebeplerden birisidir (Toklu, Akıcı, Uysal ve Dülger, 2010). Hastanın ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması tedavinin yarıda kalmasına, AOİK'ye ve atık ilaçların artmasına sebebiyet vermektedir (Çot, Aytaç ve Akbaba, 2019). Bu durum hastaların eksik/ yanlış ilaç kullanarak doğru/ yeterli tedavi alamamasına, ilaç bağımlılığının gelişmesine, advers reaksiyonlara, artan morbidite ve mortaliteye, antibiyotik direncine, sayıca artan atık ilaçlara neden olabilmekte başka bir deyişle AOİK için uygun ortam yaratmaktadır. Akılcı ilaç kullanımından sorumlu paydaşların ilaç tedavisi konusunda gerekli ve yeterli bilgilendirmeleri yapması son derece önem arz etmektedir.

Araştırma bulgularına göre reçetesiz ilaç kullanım oranının ve yedek ilaç reçetelenmesini isteyenlerin oranının, self medikasyon düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Uygun reçete edilmemiş ilaçlar; yeterli ve güvenli olmayan tedaviyle birlikte hastalığın şiddetini artırarak hasta geçirilen zamanın artmasına sebebiyet verip kişinin fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Vries, Henning, Hogerzeil ve Fresle, 1994). Katılımcıların büyük çoğunluğu "akılcı ilaç kullanımı" kavramını duymadıklarını ifade etmiş, bu kavramı duyduğunu belirten kişilerin AİKÖ puan ortalamaları duymayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo2.b). Bu bilgilerden hareketle; AİK konusunda halkın bilinçlendirilmesi ve görünürlüğünün artırılması önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırma bulguları ilaç kullanım nedenini ve nasıl kullanması gerektiğini bilen, ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilen, prospektüsleri okurken zorluk çekmeyen, düzenli kullandığı ilacı olmayan katılımcıların sağlık algılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tablo 2.a, Tablo 2.b). İlaç kullanımı hastalık ile ilişkili olduğundan birey durumunu objektif sağlığından daha kötü algılayabileceği gibi kullandığı ilaçlar ile hastalığının kontrolde olduğunu, sağlığının iyiye gittiğini, gidebileceğini düşünüp daha güvende hissedip sağlığını daha iyi algılayabileceğinden sürekli ilaç kullanan kişilerde SA'nın düşük veya yüksek olması olasıdır. Konuyla ilgili sağlık profesyonellerince bilgilendirilmiş olmanın, kullandığı ilacın prospektüsünü anlıyor olmanın, doğru ve yeterli ilaç kullanım bilgisine sahip olmanın kişilerin subjektif ve objektif sağlığına da iyi anlamda etki edeceği düşünülmektedir. Araştırmada sağlık algısı, daha önce AİK kavramını duyan katılımcılarda daha yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 2.b). Bu kavramı duymuş olmak AİK'yi dolayısıyla SA'yı etkileyeceğinden AİK kavramının görünürlüğünün artırılması önemlidir.

En yüksek SA ve AİK bilgi seviyesinin yaş olarak en genç olan Y kuşağında olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Literatürdeki çalışmalarda araştırma bulgularından farklı olarak; genç yaşlarda AİK davranışlarının azaldığı bildirilmiştir (Demirtaş ve ark, 2018; Cingil, Delen ve Aksuoğlu, 2009). Yaşın artması ile AİK bilgi düzeyinin azalmasını; ileri yaşlarda kronik hastalık görülme sıklığının ve yaşlılarda polifarmasinin yaygınlaşmasıyla ilişkili olabileceği, uzun süreli ilaç kullanımının AOİK'ye yol açması ve AİK bilgi düzeyini de olumsuz etkilemesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yaşlanmayla kronik hastalık ve semptomların prevelansının ve yaşlılık dönemine ait diğer biyopsikososyal problemlerin artması ile SA'nın gençlerden daha düşük gözlenmesi beklenen bir durumdur.

Araştırmada AİK ile farklı kuşaklarda yer alma durumları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ancak BB, X kuşağının AİK bilgi düzeyi ortalamalarının Y kuşağına göre daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo3). Araştırmada elde edilen bu bulgu literatürle farklılık göstermekte; Özen ve ark. farklı kuşaklar ile yaptığı çalışmada AİK bilgisi ve tutumu

hususunda gençlere oranla yaşlılarda durumun daha iyi olduğunu aktarmaktadır (Özen, Erten ve Bülbül, 2018). Bu durumun, yaşlı kuşaklarda kronik hastalık ve düzenli kullanılan ilaç sayısının daha fazla olmasıyla yaşlıların kullandıkları ilaçlara daha hâkim olabileceği, çalışmanın farklı örneklem grubuyla gerçekleştirilmiş olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada polifarmasinin beklendiği üzere en çok BB kuşağında olduğu görülmektedir. Yaşlı kuşaklarda polifarmasiden kaynaklanabilecek olası AOİK konusunda dikkatli olmakta fayda vardır. Nitekim araştırmada genç kuşakların yaşlı kuşaklardan sayıca az ilaç kullanması, AİK bilgisi ve tutumlarının daha yüksek bulunması bu düşünceyi desteklemekte iken Y kuşağının eğitim seviyesinin diğer kuşaklara kıyasla fazla olması, entelektüel bilgi birikimini artıracığı için AİK'nin yüksek çıkması beklenebilecek bir durumdur.

Araştırmada “kuşaklara göre” SA seviyelerindeki farklılığın anlamlı olduğu, diğer kuşaklara kıyasla Y kuşağının SA'sının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo3). BB ve X kuşağıyla yapılan bir çalışmada X kuşağı ile kıyaslandığında BB kuşağının sağlık durumunu daha mükemmel bildirdiği ifade edilirken (Carter ve Kelly, 2013), Pilkington ve ark. da X kuşağına kıyasla BB kuşağına mensup bireylerin, sağlık durumunu daha sık mükemmel olarak bildirdiklerini aktarmışlardır (Pilkington, Taylor, Hugo ve Wittert, 2014). Daha tatminkâr, dinç ve sağlıklı olmanın BB kuşağının temel değerleri arasında yer almasının ve X kuşağının da değişimlere daha ılımlı yaklaşan bir kuşak olmasının bu durumu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Ek olarak Y kuşağının karakteristik olarak özgürlükçü bireyler olduğu ve çoğunun bekâr olduğu da göz önünde bulundurulduğunda sağlığının kontrolünün kendi elinde olduğu düşüncesi sağlık algılarını olumlu etkileyecektir. Bununla beraber genç kuşakların entelektüel bilgi birikimi seviyelerinin yüksekliği, yaşın ilerlemesiyle kognitif ve fiziksel rezervlerde gerçekleşen değişimler, artan multimorbidite ve polifarmasi prevalansı nedeniyle BB, X kuşakları ile Y kuşağının SA durumunun farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

SA'nın artmasıyla AİK bilgi seviyesi de artış göstermektedir. Araştırmada elde edilen bu bulguyu destekler

nitelikte, üniversite çalışanlarıyla yapılan araştırmada da AİK ve SA ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (Çiftçi, Değer ve Ulutaşdemir, 2021). Konuyla ilgili yapılmış çalışma sayısının kısıtlı olması sebebiyle AİK ve SA arasındaki ilişkinin kuşaklar bazında ele alınmasının literatüre önemli bir katkı yaptığı düşünülmektedir.

## SONUÇ

Sonuç olarak; araştırma kapsamında değerlendirilen bireylerde Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı saptanmıştır. Bununla ilişkili olarak Akılcı İlaç Kullanımı, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı konusunda halkın bilgilendirilmesi ve sağlık okuryazarlığının yaygınlaştırılmasına daha fazla önem verilmesi gerektiği, Sağlık Algısı ile Akılcı İlaç Kullanımı'nın ilişkili olduğu ve farklı kuşaklarda yer almanın bu duruma etki ettiği saptanmıştır. En yaşlı kuşak olan Baby Boomer kuşağının Akılcı İlaç Kullanımı ve polifarmasi konusunda daha fazla bilinçlendirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Kitle iletişim araçları ve kamu spotları kullanılarak halkın bilgilendirilmesi, halk eğitim programlarının yaygınlaştırılması, prospektüslerin herkes adına yalın, anlaşılması kolay bir dil ile hazırlanması, Akılcı İlaç Kullanımı konusunun görünürlüğü ve bilinirliğinin artırılması, hizmet sağlayıcılar ile sağlık çalışanlarının kuşaklararası farklılıkları ve bilgi asimetrisini gözetmesi önerilmektedir.

**Araştırmanın sınırlılıkları:** Araştırmanın sınırlılığı, katılımcıların olasılıksız örneklem tekniği kullanılarak seçilmesidir, araştırmanın sonuçları bu araştırma örneğine genellenebilir.

**Teşekkür:** Araştırma kapsamında soruları yanıtlayarak katkı sağlayan tüm katılımcılara ve araştırma sürecinde yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Rahşan Çevik Akyıl'a teşekkür ederiz.

**Çıkar Çatışması:** Araştırma kapsamında makalenin yazarları arasında herhangi bir kişisel veya finansal çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Yazar Katkısı:** Fikir ve tasarım: BNŞ, MŞA; Veri toplama: BNŞ; Veri Analizi: MŞA; Yazım ve düzenleme: BNŞ, MŞA; İnceleme ve kontrol: BNŞ, MŞA.



## KAYNAKLAR

1. Açıksöz, S., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), 181-187.
2. Adıgüzel, O., Batur, H. Z. ve Ekşili, N. (2014). Kuşakların değişen yüzü ve Y kuşağı ile ortaya çıkan yeni çalışma tarzı: mobil yakalılar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 165-182.
3. Agrawal, A., Aronson, J. K., Britten, N., Ferner, R. E., Smet, P. A., Fialová, D., . . . Velo, G. (2009). Medication errors: problems and recommendations from a consensus meeting. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), 592.
4. Akıcı, A. ve Ulupınar, S. (2013). Hemşire ve diğer sağlık çalışanları için akılcı ilaç kullanımı. *Ankara: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı*.
5. Akıcı, A., Alkan, A., Dönertaş, B., Mollahaliloğlu, S. ve Özgülcü, Ş. (2015). Birinci basamak sağlık merkezlerine ve devlet hastanelerine başvuran hastaların aldıkları sağlık hizmetinin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 6(1), 30-39.
6. Akl, O. A., Mahalli, A. A., Elkahky, A. A. ve Salem, A. M. (2014). WHO/INRUD drug use indicators at primary healthcare centers in Alexandria, Egypt. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 54-64.
7. Altuntuğ, N. (2012). Kuşaktan kuşağa tüketim olgusu ve geleceğin tüketici profili. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 203-212.
8. Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
9. Bairami, F., Soleymani, F. ve Rashidian, A. (2016). Improving injectable medicines prescription in outpatient services: a path towards rational use of medicines in iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(5), 321-324.
10. Carter, M. R. ve Kelly, R. K. (2013). Self-Reported Health Status, Body Mass Index, and Healthy Lifestyle Behaviors Differences Between Baby Boomer and Generation X Employees at a Southeastern University. *Workplace Health Safety*, 61(9), 409-419.
11. Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, K., ve Rivera, A. M. (2006). Health financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Utilization and Health Care Expenditure. Geneva: World Health Organization.
12. Chareonkul, C., Khun, V. L. ve Boonshuyar, C. (2002). Rational drug use in cambodia: study of three pilot health centers in kampong thom province. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 418-424.
13. Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M. ve Poon, L. W. (2011). The relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *Journal of Aging Research*.
14. Cingil, D., Delen, S. ve Aksuoğlu, A. (2009). Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(8), 551-556.
15. Çaka, S. Y., Topal, S., Suzan, Ö. K., Çınar, N. ve Altınkaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal Human Rhythm*, 3(4), 199-203.
16. Çiftçi, S., Değer, V. B. ve Ulutaşdemir, N. (2021). Evaluation of attitudes and knowledge levels of university employees towards rational drug use and health perception. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 943-954.
17. Çilingir, D. ve Aydın, A. (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 167-176.
18. Çot, D. A., Aytac, N. ve Akbaba, M. (2019). Adana Çukurova ilçesinde yaşayan hane halkının atık ilaç konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(3), 398-405.
19. Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., . . . Metintaş, S. (2018). Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 37-46.
20. Ekici, M. A., Kurutçu, Ş. ve Uysal, B. (2019). Erişkinlerdeki akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyinin ölçülmesi. *Uluslararası Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma Dergisi*, 179-189.
21. Erengin, H. ve Dedeoğlu, N. (1997). Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim*, 11-16.
22. Ertaş, H. ve Kırac, F. Ç. (2019). Hastaların Sağlık Algı Düzeylerinin İncelenmesi. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 320-328.
23. Fell, A. (2020). Generation next: Meet Gen Z and the Alphas. 2020 tarihinde Mccrindle: <https://mccrindle.com.au/uncategorized/generation-next-meet-gen-z-and-the-alphas/> adresinden alındı.
24. Freeman, L. M., Trower, C. A., Tan, R. J. ve Terkla, D. G. (2009). Comparison of attitudes between generation x and baby boomer veterinary faculty and residents. *Journal of Veterinary Medical Education*, 36(1), 128-134. doi:10.3138/jvme.36.1.128.
25. Holloway, K. (2009). Rational use of drugs: an overview, Adverse drug events. Department of Essential Medicines and Pharmaceutical Policy TBS 2009. World Health Organization.
26. İnce, F. (2018). Kuşaklararası etkin iletişim ve davranış. Konya: Eğitim Yayınevi.
27. Kadioğlu, H. ve Yıldız, A. (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47-53.
28. Lancaster, L. C. ve Stillman, D. (2002). When generations collide: traditionalists, baby boomers, generation xers, millennials: who they are, why they clash, how to solve the generational puzzle at work. New York: Harper Business.
29. Mollahaliloğlu, S., Alkan, A., Özgülcü, Ş., Öncül, H. G. ve Güney, Z. (2011). Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı. (R. Akdağ, Dü.) Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
30. OECD. (2022). Pharmaceutical spending (indicator). doi:10.1787/998febf6-en
31. Önal, A. E., Erbil, S., Gürtekin, B., Ayvaz, Ö., Özel, S., Cevizci, S. ve Güngör, G. (2009). İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. *Nobel Medicus*, 24-28.
32. Özen, B., Erten, Z. K. ve Bülbül, T. (2018). Kuşaklar arası akılcı ilaç kullanımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(3), 199-204.
33. Özkan, Ş. ve Aca, Z. (2020). Akılcı ilaç kullanımında sağlıklı yaşam becerilerinin etkisi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(2), 273-288.
34. Pilkington, R., Taylor, A. W., Hugo, G. ve Wittert, G. (2014). Are baby boomers healthier than generation x? A profile of australia's working generations using national health survey data. *PLoS ONE*, 9(3), 1-7.

35. Pınar, N., Karataş, Y., Bozdemir, N. ve Ünal, İ. (2013). Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 639-650.
36. Rahman, M. O. ve Barsky, A. J. (2003). Self-reported health among older bangladeshis: how good a health indicator is it? *The Gerontologist*, 43(6), 856-863.
37. Saha, S. ve Hossain, M. T. (2017). Evaluation of medicines dispensing pattern of private pharmacies in rajshahi, bangladesh. *BMC Health Services Research*, 136.
38. Salahuddin, M. M. (2010). Generational differences impact on leadership style and organizational success. *Journal of Diversity Management*, 5(2), 1-6.
39. Soysal, A. ve Şahin, E. (2020). Akılcı ilaç kullanımı: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 175-182.
40. Şendir, M., Çelik, Z., Güzel, E. ve Büyükyılmaz, F. (2015). Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15-22.
41. Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., . . . Çiftçi, Ş. (2012). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 151-157.
42. Toklu, H. Z., Akıcı, A., Uysal, M. K. ve Dülger, G. A. (2010). Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hasta uyuncuna hekim ve eczacının katkısı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14(3), 139-145.
43. TÜİK. (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. Ağustos 9, 2022 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192> adresinden alındı.
44. Türk Dil Kurumu. (2022). Güncel Türkçe Sözlük. 12 Kasım, 2022 tarihinde Türk Dil Kurumu Web Sitesi: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı.
45. Utli, H. ve Turan, M. (2020). 0-12 Yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının incelenmesi. *EGE HFD*, 36(2), 87-95.
46. Uzuntarla, Y. ve Uzuntarla, F. (2019). Ambalaj atığı toplayan kişilerin sağlık algılarının incelenmesi. *Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi*, 2(2), 69-75.
47. Vries, T. P., Henning, R., Hogerzeil, H. V. ve Fresle, D. A. (1994). Guide to Good Prescribing: a practical manual . Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59001> adresinden alındı
48. WHO. (1985). The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva.
49. WHO. (2002). Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. Geneva.
50. Xu, K., Carrin, G., Phuong, N. T., Long, N. H., Bayarsaikhan, D. ve Aguilar, A. M. (2006). Health Service Utilization and the Financial Burden on Households in Vietnam: The Impact of Social Health Insurance. Geneva: World Health Organization.
51. Xu, K., James, C., Carrin, G. ve Muchiri, S. (2006). An empirical model of access to health care, health care expenditure and impoverishment in Kenya: learning from past reforms and lessons for the future. Geneva: World Health Organization.
52. Yanmış, S. ve Ergüney, S. (2020). Effects of perception of health on hemodialysis dependent individuals' nonadherence to diet and fluid restriction. *Asian Journal of Pharmacy, Nursing and Medical Sciences*, 8(3), 24-33.
53. Yardan, E. D., Demirkıran, M. ve Kiremit, B. Y. (2016). Türkiye sağlık harcamaları trendi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 157-176.
54. Yılmaz, M., Kırbıyıkoglu, F. İ., Ariç, Z. ve Kurşun, B. (2014). Bir diş hekimliği fakültesi'ne başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımının belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39-47.