T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AKUT VİRAL ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU SEMPTOMATİK TEDAVİSİNDE KUTU İLAÇ ADET SAYISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Erkan YÜKSEL

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY – 2025

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AKUT VİRAL ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU SEMPTOMATİK TEDAVİSİNDE KUTU İLAÇ ADET SAYISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Erkan YÜKSEL
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AKUT VİRAL ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU SEMPTOMATİK TEDAVİSİNDE KUTU İLAÇ ADET SAYISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. ERKAN YÜKSEL

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)…….

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve uyeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)…….

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönüyle "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)…….

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Prof. Dr. Erhan YENGİL
3. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ vi
ŞEKİLLER LİSTESİ vii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ viii
VII. ÖNSÖZ ix
VIII. ÖZET x
IX. ABSTRACT xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1.Tanımı ve Etken Virüsler 4
2.2.Akut Viral Üat Solunum Yolu Enfeksiyonunda Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Klinik Bulguları 4
2.3.Semptomatik Tedavi Yöntemleri 5
2.3.1. Ateş ve Ağrı Yönetimi 5
2.3.2. Burun Tıkanıklığı ve Rinore Tedavisi 6
2.3.3. Öksürük Yönetimi 6
2.3.4. Boğaz Ağrısı ve İritasyon Tedavisi 6
2.3.5. Hidrasyon ve Beslenme Önerileri 7
2.4. Rasyonel İlaç Kullanımı ve Semptomatik Tedavi İlaçlarının Optimal Tablet Sayısı 7
2.5. Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Semptomatik Müdahalelerin Hastalık Seyri Üzerindeki Etkisi 8
2.5.1. Analjezik ve Antipiretikler 8
2.5.2 Dekonjestanlar 9
2.5.3. Antihistaminikler 10
2.5.4.Antitussifler ve Ekspektoranlar 10
2.5.5. Nasal Steroid Spreyler 10
2.5.6. İzotonik Solüsyonlar ve Vitamin Takviyeleri 10
2.7. Tanı 11
3. GEREÇ VE YÖNTEM 12
3.1. Araştırma İzni 12
3.2. Evren ve Örneklem 12

3.3. Verilerin Toplanması 13
3.4. Anket ve Ölçekler 14
3.4.1.Hasta Anketi: 14
3.4.2.Aile Hekimi Anketi: 15
3.4.3. Ölçekler ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
3.5. Veri İncelemesi ve İstatistiksel Değerlendirme Süreçleri 15
3.5.1. İstatistiksel Analizlerde Kullanılacak Merkezi Eğilim Ölçütünün Belirlenmesi ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
3.5.2.İstatistiksel Testlerin Seçimi ve Uygulama Kriterleri 15
4. BULGULAR 16
4.1. Katılımcı ve Hekim Demografik Özellikleri 16
4.1.1. Katılımcı Demografik Özellikleri 16
4.1.2. Aile Hekimi Demografik Özellikleri 18
4.2. Demografik Özelliklerin Semptomatik Tedaviye Etkisi 19
4.2.1.Ateşli ve Ateşsiz Hastalarda Akut Viral Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Semptomatik İlaç Kullanımının Karşılaştırılması 19
4.2.2. Eğitim Düzeyine Göre Semptomatik İlaç Kullanım Parametrelerinin Karşılaştırılması 23
4.2.3. Demografik Özelliklerin Aile Hekiminden İlaç Talebi Üzerindeki Etkisi 24
4.3. Aile Hekimi Reçeteleme Alışkanlıkları ve Hasta Kullanımı 26
4.3.1. Aile Hekiminin Cinsiyetine Göre Reçetelenen İlaçların Kutu Adet Tercihleri 26
4.3.2.Semptomatik Kombinasyon İlacı Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri 27
4.3.3.Analjezik NSAID Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri 28
4.3.3.Semptomatik Kombinasyon Şurubu Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri 29
4.3.4.Gargara Boğaz Spreyi ve Burun Spreyi Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri 30
4.4. Uygulama Alışkanlıkları ve Tedavi Etkileri 32
4.4.1.Akut Viral Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olan Hastalarda Serum Uygulama Alışkanlıkları ve Algılanan Tedavi Etkisi 32
4.4.2. İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama Alışkanlıkları ve Algılanan Tedavi Etkisi 33
4.4.3. Mukolitik Kullanımının Nekahat Süresi ve Sekresyon Üzerine Etkisi 34
4.5. Topikal ve Diğer Semptomatik Tedavi Alışkanlıkları 34

4.5.1. Burun Spreyi Kullanım Alışkanlıkları ve Reçete Edilme Oranı 34
4.5.2. Gargara ve Boğaz Spreyi Kullanım Alışkanlıkları ve Reçete Edilme Oranı 35
4.6.Antibiyotik Talebi 36
4.6.1.Antibiyotik Talebi ile Semptomatik Tedavi Kullanımının İlişkisi 36
4.6.2.Cinsiyet ve Eğitim Değişkenlerine Göre Antibiyotik Talep Oranları" 36
5. TARTIŞMA 38
5.1.Literatürle Karşılaştırma 39
5.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları 44
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 45
KAYNAKLAR 47
EKLER 54
Ek-B.Anket Formu Hasta 55
Ek.C. Anket Formu Aile Hekimi 63
9.ÖZGEÇMİŞ 65

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 16
Tablo 2. Reçete edilen ilaçlar ve içerikleri 17
Tablo 3. AVÜSYE'de mukolitik ve antitusif ilaç kullanım oranı ile içerik dağılımı 18
Tablo 4. Aile hekimlerinin demografik özellikleri 19
Tablo 5. Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE olguları arasında ilaç kullanım, talep ve bulundurma farklılıklarının istatistiksel analizi..... 21
Tablo 6. Yaşa Göre AVÜSYE Hastalarında Semptomatik Tedavi Parametreleri 22
Tablo 7. Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE olgularında yaşa göre günlük S.K.İ kullanım sayısı .. 23
Tablo 8. Eğitim düzeyine göre ilaç kullanım özellikleri 24
Tablo 9. Cinsiyet ve Gripte İlaç Talebi Arasındaki İlişki 25
Tablo 10. Yaşa göre aile hekiminden avüsye de ilaç talebi 25
Tablo 11. Aile Hekiminin Cinsiyetine göre AVÜSYE'de reçete edilen ilaçların kutu adet tercihlerinin dağılımı 27
Tablo 12. AVÜSYE hastalarına intravenöz tedavi uygulanma oranı..... 32
Tablo 13. Ateşli ve ayeşsiz AVÜSYE I.V.Tedavi sonrası iyileşme süresi 32
Tablo 14. AVÜSYE hastalarına i.m. tedavi uygulanma oranı 33
Tablo 15. Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE I.M.Tedavi alan ve almayan hastaların iyileşme süresi 33
Tablo 16. Mukolitik Kullanımının Nekahat Süresi ve Sekresyon Üzerine Etkisi 34
Tablo 17. Burun spreyi kullanımına ilişkin tanımlayıcı istatistikler 34
Tablo 18. Gargara –boğaz spreyinin hastalara subjektif etkisi 35
Tablo 19. Boğaz spreyi ve gargara kullanımına göre boğazda yanma süresi 35
Tablo 20. AVÜSYE antibiyotik talep eden hasta sayısı..... 36
Tablo 21. Antibiyotik talebi ile semptomatik kombine ilaç tedavisi kullanımının ilişkisi 36

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Semptomatik Kombinasyon İlacı Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri .....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Şekil 2. Analjezik NSAID Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri 29
Şekil 3. Semptomatik Kombinasyon Şurubu Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri..... 30
Şekil 4. Gargara Boğaz Spreyi ve Burun Spreyi Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri..... 31
Şekil 5. Denografik özellik ve ateş durumuna göre Antibiyotik talep etme sayısı 37

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AB :Antibiyotik

ABD :Amerika Birleşik Devletleri

AH : Aile Hekimi

ASM :Aile Sağlığı Merkezi

AVÜSYE : Akut Viral Üst Solunum Yolu Enfekiyonu

CDC :Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

FDA :Food and Drug Administration

GV :Giderici verilenler

ICD :Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması

IV :İntra venöz

İM :İntra Musculer

Max :Maksimum

Min :Minimum

NSAİD :Non Steroid Anti Enflamatuar İlaç

P4ASME :Payas 4 nolu ASM evreninde

SKİ :Semptomatik Kombinasyon İlacı

ÜSYE :Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

WONCA :World Organaztion of Nationel Colleges,Academies and Academic Assosications of general practioners

VII. ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince ve bu çalışmanın hazırlanmasında bana destek olan ve yol gösteren değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Cahit Özer, Sayın Prof. Dr. Erhan Yengil ve Sayın Doç. Dr. Pınar Döner Güner; bir yandan akademik ve tıbbi bilgi birikiminizi ve tecrübelerinizi en iyi şekilde bizlere aktardınız, bir yandan da bilimsel yaklaşımın önemini ve aile hekimliğinde öğrenme sürecinin sürekliliğini rol model olarak gösterdiniz.

Sizlerin asistanı olmaktan büyük onur ve mutluluk duyuyorum.

Deneyimlerimi akademik bakış açısıyla harmanlama imkânı bulduğum bu süreçte, katkılarıyla yolumu aydınlatan saygıdeğer hocalarımın rehberliği, bu çalışmanın tamamlanmasında en büyük etken olmuştur.

Yaşadığım 6 yıllık bu süreç, yalnızca akademik bir hedefe ulaşmayı değil, aynı zamanda mesleki gelişimin bir parçası olarak kişisel bir yolculuğu da ifade etmektedir.

Hayatım boyunca her koşulda yanımda duran anneme ve babama, sabrı ve sevgisiyle bu süreçte bana destek olan eşim Esma ya, varlıklarıyla bana güç veren sevgili çocuklarıma bilgi, emek ve zamanlarını paylaşan tüm asistan arkadaşlarıma; araştırmam sırasında katkı sunan katılımcılara en derin sevgi ve saygılarımı sunarım

Dr. Erkan Yüksel

VIII. ÖZET

AKUT VİRAL ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU SEMPTOMATİK TEDAVİSİNDE KUTU İLAÇ ADET SAYISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, akut viral üst solunum yolu enfeksiyonlarının semptomatik tedavisinde kullanılan ilaç kutularının içerik miktarlarının hasta ihtiyaçlarına uygunluğunu değerlendirmek, aile hekimlerinin görüşlerini analiz etmek ve maliyet-etkin optimizasyon stratejilerine katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte yapılan çalışmada, Payas 4 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde 475 katılımcı yer aldı. Veriler Aralık 2023–Mart 2024 tarihleri arasında yüz yüze ve online olarak toplandı. Hastalar ve aile hekimlerine ayrı ayrı hazırlanan iki anket formu uygulanmıştır.

Bulgular: 473 hasta ve 105 aile hekiminin yanıtları değerlendirildi. Ateşli hastalarda semptomatik kombinasyon ilaç ve analjezik/NSAİİ kullanım sayıları ortanca sırasıyla 8 (0–40) ve 4 (0–33) adet, ateşsizlerde ise 5 (0–20) ve 2,5 (0–22) adettir. Aile hekimlerinin uygun bulduğu ilaç adet sayısı ateşli hastalarda ortanca 13 (0–21) ve 9,5 (0–20), ateşsizlerde 9 (0–21) ve 6 (0–20) olarak bulundu. Burun spreyi kullanım süresi ateşli hastalarda ortanca 3 (0–11), ateşsizlerde 0 (0–11) gün, gargara/boğaz spreyi ise 3 (0–11) ve 2,5 (0–10) gündür. İM enjeksiyon uygulaması iyileşme süresini anlamlı kısaltmıştır (p=0,034). Eğitim düzeyi arttıkça reçete edilen ilaç sayısı artmaktadır (p=0,011).

Sonuç: Akut viral üst solunum yolu enfeksiyonu tedavisinde reçete edilen ilaçların çoğu tamamlanmadan bırakılmaktadır. Aile hekimleri kutu içeriklerini fazla bulmasına rağmen hastalara daha yüksek miktarda reçete etmektedir. Bulgular, ilaç kutularının yeniden düzenlenmesi için referans sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut viral üst solunum yolu enfeksiyonu, semptomatik tedavi, ilaç kutusu içeriği, aile hekimleri, reçete alışkanlıkları, ilaç optimizasyonu, rasyonel ilaç kullanımı

IX. ABSTRACT

EVALUATION OF THE NUMBER OF BOXED MEDICATIONS IN THE SYMPTOMATIC TREATMENT OF ACUTE VIRAL UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION

Aim: The aim of this study is to evaluate whether the content quantities of medication boxes used in the symptomatic treatment of acute viral upper respiratory tract infections meet patient needs, to analyze the opinions of family physicians, and to contribute to a cost-effective optimization strategy.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted at Payas Family Health Center No. 4 with 475 participants. Data were collected between December 2023 and March 2024 through face-to-face interviews and online forms. Two separate questionnaires were administered to patients and family physicians.

Results: The responses of 473 patients and 105 family physicians were evaluated.In febrile patients, the median number of symptomatic combination drugs and analgesic/NSAID use was 8 (0–40) and 4 (0–33), respectively. In afebrile patients, these numbers were 5 (0–20) and 2.5 (0–22).The median number of medication units that family physicians considered appropriate was 13 (0–21) and 9.5 (0–20) for febrile cases, and 9 (0–21) and 6 (0–20) for afebrile cases.The median duration of nasal spray use was 3 (0–11) days in febrile patients and 0 (0–11) days in afebrile patients, while the use of gargles/throat sprays lasted 3 (0–11) and 2.5 (0–10) days, respectively. Intramuscular injection significantly shortened the recovery period ($p = 0.034$). An increase in educational level was associated with a higher number of prescribed medications ($p = 0.011$).

Conclusion: Most of the medications prescribed for the treatment of acute viral upper respiratory tract infections are discontinued before being fully used. Although family physicians consider the contents of medication boxes to be excessive, they tend to prescribe higher quantities to patients. The findings may serve as a reference for the revision of medication box contents

Keywords: Acute viral upper respiratory tract infection, symptomatic treatment, medication box content, family physicians, prescription habits, drug optimization, rational drug use

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Akut viral üst solunum yolu enfeksiyonları **(**AVÜSYE**)**., birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık başvuru nedenlerinden biri olup, özellikle kış aylarında toplum sağlığını etkileyen yaygın enfeksiyonlardır (1). Bu enfeksiyonlar genellikle kendi kendini sınırlayan bir seyir gösterse de, semptomların yarattığı rahatsızlık nedeniyle hastalar sıklıkla tedavi talebinde bulunmaktadır (2). Bunun sonucunda, sağlık sistemine başvurular artmakta ve ilaç tüketiminde rasyonellikten uzak uygulamalar gündeme gelmektedir. AVÜSYE semptomatik tedavisinde kullanılan ilaçların kutu içerik miktarlarının, hastaların gerçek tedavi süresi ve ihtiyaçlarıyla uyumlu olmaması, hem kamu harcamalarında hem de atıl ilaç oluşumunda artışa yol açmaktadır.

2024 Türkiye verilerine göre, AVÜSYE tedavisinde yaygın olarak reçete edilen semptomatik kombinasyon ilaçlarının en sık kullanılan kutu formları 30, 24 ve 20 tabletten oluşmakta olup, sırasıyla bu ilaçların 26.224.000, 17.957.000 ve 14.254.000 kutu reçete edildiği belirlenmiştir. Bu verilere göre yaklaşık 58.435.000 kutu ilaçta toplam 1.502.768.000 tablet bulunmakta olup, ilaç başına ortalama kutu içeriği 25,7 tablet olarak hesaplanmıştır.

Semptomatik kombinasyon şurupları ortalama 20 doz içermektedir ve 2024 yılı içinde 3.924.216 kutu reçete edilmiştir.

Nazal spreyler, kutu başına ortalama 100 doz içermektedir. Bu formların total eczane satışı 2024'te 37.455.000 kutu olmuştur.

Ağrı kesici şuruplarda ortalama doz sayısı 30, tablet formunda ise 22,1; antiseptik gargara ve spreylerde ise yaklaşık 30'dur.

AVÜSYE semptomatik tedavisinde ilaçların yüksek satış hacmi kutu başı maliyetin optimizasyonla düşürülüp düşürülmeyeceğini araştırmayı anlamlı ve gerekli kılmaktadır. Örneğin semptomatik kombinasyon ilaçlarının bir adetinin ortalama satış fiyatı 7,86 TL'dir. Bu doğrultuda, yalnızca kutu başına tablet sayısının bir adet azaltması, 2025 yılı haziran ayı eczane satış fiyatı üzerinden değerlendirildiğinde

toplamda 459.299.100 TL (Güncel döviz kuruyla yaklaşık 10,3 milyon Euro) tutarında bir tasarruf potansiyeli oluşturmaktadır. Semptomatik kombinasyon ilaçları harici diğer AVÜSYE semptomatik tedavilerinin kutu adet optimizasyonun eklenmesiyle tasarrufun potansiyelinin çok daha yüksek boyutlara ulaşması mümkün olabilecektir.

Dünya Sağlık Örgütü, akılcı ilaç kullanımını "hastaların klinik ihtiyaçlarına en uygun ilacı, uygun dozda, uygun sürede ve en düşük maliyetle alması" olarak ifade etmektedir. Bu bağlamda ilaç kutu içeriklerinin optimize edilmesi, yalnızca bireysel tedavi etkinliğini değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini de doğrudan etkilemektedir.

Farklı ülkelerdeki uygulamalara bakıldığında, ABD, İngiltere, Almanya ve Fransa gibi ülkelerde semptomatik kombinasyon ilaçlarının genellikle 8-24 tablet veya doz içeren ambalajlarla sunulduğu görülmektedir. Katar gibi bazı ülkelerde, eczanece ilaçlar kutu bazında değil, hekimin reçete ettiği doz miktarında verilmektedir. Hindistan'da hastalara verilen 10'lu blister ambalajlar 100 lü kutular halinde eczanelere gelmektedir. Böylece kutu adet içeriği azaldıkça fiyatın artışının önüne geçilmiş olmaktadır. Norveç ve genel olarak İskandinav ülkelerinde, özellikle semptomatik kombinasyon ilaçlar (örneğin parasetamol + psödoefedrin + antihistaminik) sağlık otoriteleri tarafından gereksiz ilaç yükü, yan etki riski ve gereksiz tedavi masrafı nedeniyle tercih edilmez. Bunun yerine hastanın hangi semptomu varsa ona özel tek bileşenli ilaç önerilir. Örneğin Ağrı varsa parasetamol Burun tıkanıklığı varsa tuzlu su spreyi ya da lokal dekonjestan Alerji varsa tek başına antihistaminik verimektedir. Bu ilaçların reçetesiz satışı yasak olup , klorfeniramin, psödoefedrin, dekstrometorfan gibi maddeler Reçeteli sınıfındadır. Özellikle psödoefedrin ve dekstrometorfan, ilaç kötüye kullanım riski nedeniyle kontrollü maddeler listesinde olabilir. Bu çeşitlilik, her ülkenin kendi sağlık sistemi, ilaç politikası ve tüketim alışkanlıkları doğrultusunda şekillendiğini göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı, akut viral üst solunum yolu enfeksiyonu semptomatik tedavisinde kullanılan ilaçların kutu içerik miktarlarının optimal olup olmadığını değerlendirmektir. Özellikle semptomatik kombinasyon ilaçları ile analjezik/NSAİ ilaçların kaç doz veya tablet içermesi gerektiği konusunda aile hekimlerinin görüşlerinin alınması ve bu önerilerin hastaların gerçek kullanım miktarlarıyla ne ölçüde örtüştüğünün analiz edilmesi hedeflenmektedir. Bu kapsamda, hastaların AVÜSYE

süresince fiilen kullandıkları ilaç sayıları ile reçete edilen ilaçların kutu içerikleri karşılaştırılarak, mevcut uygulamanın akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uygunluğu sorgulanacaktır. Ayrıca, aile hekimlerinin tedavi süresi ve semptom yönetimi açısından uygun gördükleri ilaç miktarlarının belirlenmesiyle birlikte, bu miktarların hastaların bildirdiği fiili kullanım verileriyle tutarlılığı değerlendirilecektir. Elde edilecek bulguların, ilaç politikalarının gözden geçirilmesi, ilaç üretiminde kutu içeriklerinin yeniden yapılandırılması ve kamu kaynaklarının daha verimli kullanılması açısından yol gösterici olması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tanımı ve Etken Virüsler

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu burun, farenks, larenks, trakea ve sinüsleri tutan akut bir enfeksiyonun neden olduğu bir hastalıktır (4) .AVÜSYE'lerin etkeni yaşa göre değişmektedir. Soğuk algınlığına neden olabilen 200 den fazla virüs mevcuttur ve sık karşılaşılan etkenler birbirine benzer kliniktedirler (5). çoğu rinovirüs, koronavirüs, influenza, parainfluenza ve respiratuar sinsityal virüs (RSV) gibi patojenler tarafından tetiklenir (6).Rinovirüs, ABD de en sık AVÜSYE etkenidir (5)ve özellikle ilkbahar ve sonbaharda salgınlara neden olabilir AVÜSYE, özellikle rinovirüs, koronavirüs, influenza ve parainfluenza gibi virüslerle ilişkilidir ve genellikle hafif seyirli olup kendiliğinden iyileşme eğilimindedir (6).

2.2.Akut Viral Üat Solunum Yolu Enfeksiyonunda Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Klinik Bulguları

Bu enfeksiyonlar, burun, boğaz ve üst hava yollarını etkileyerek çeşitli semptomlara ve klinik bulgulara yol açar. AVÜSYE'lerin tipik semptomları burun akıntısı ve tıkanıklığı (7),boğaz ağrısı boğazda kızarıklık, yanma hissi ve ağrı (8),öksürük,hafif ateş,baş ağrısı,genel halsizlik ve miyaljidir.

Öksürük genellikle hafif ve kuru bir öksürük olarak başlar, ancak enfeksiyon ilerledikçe balgamlı hale gelebilir (9).Özellikle erişkin hastalarda AVÜSYE akut öksürüğün en sık sebebidir.Subakut öksürük ise genelde AVÜSYE ardından bronş ve sinüs tahrişine bağlıdır. Kendi kendini sınırlar ve destekleyici tedavi yeterlidir (10).

Hafif ateş çoğu vakada (38°C'nin altında) görülür, ancak bazı virüs türleri, özellikle influenza, yüksek ateşe neden olabilir. En sık etken olan rinovirüs.% 60 oranında ateşsiz seyreder (11).Soğuk algınlığı etkenleri ile küçük çocuklar hariç ateşin hafif artması ya da normal seyirde devam etmesi beklenir (5)

Baş ağrısı, genel halsizlik ve miyalji birinci basamakta sık karşılaşılan AVÜSYE enfeksiyonlarında genellikle 7 günden kısa bir süre içinde kendiliğinden düzelir (5). Ancak semptomatik tedavi, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyonları

önlemek amacıyla önemlidir Kusma ve ishal yetişkinlerde pek görülmez; ancak gripte çocukların yüzde 10-20'sinde görülebilir (12) (13)

65 yaş ve üzeri ve bağışıklığı baskılanmış bireylerde enfeksiyon belirtileri beklenenden farklı seyredebilir. Bu gruptaki hastalar genellikle ateş veya klasik semptomlar göstermeyip, zihinsel durumlarında ani değişiklikler yaşayabilir (14).

2.3.Semptomatik Tedavi Yöntemleri

Bu başlık altında AVÜSYE semptomatik tedavisinde kullanılan ilaçlar incelenecek ve herhangi bir semptom için belirli bir kullanım süresi gerekliliği olup olmadığı değerlendirilecektir. Elde edilen veriler, semptomatik tedavide ilaç kullanım süresi ve doz optimizasyonu açısından analiz edilecektir.

2.3.1. Ateş ve Ağrı Yönetimi

Ateş semptomu, günlük pratikte özellikle küçük çocuklarda ateşli havale geçirme endişesi oluşturmaktadır. Ancak kılavuzlar, ateşli havale için belirli durumlar hariç rutin farmakolojik profilaksi önermemektedir. Bu bağlamda, ateş düşürücüler profilaktik amaçla kullanılmazken, rektal diazepam ile aralıklı profilaksi veya fenobarbital ve valproik asit gibi antiepileptiklerle sürekli profilaksi daha çok tercih edilmektedir (15).Ateş esnasında verilen antipiretikler ateşli havaleyi önlemede etkisiz bulunmuştur (16)

Parasetamol ve ibuprofen, tek başına veya birlikte kullanılabilir (17) 2 yaşından küçük çocuklarda ateş veya ağrı tedavisinde ibuprofen ile parasetamolün birlikte kullanımı, tedavinin ilk 24 saati içinde eşdeğer güvenlikle, sıcaklıkta azalma ve daha az ağrı ile ilişkilendirilmiştir.5 yaş altındaki çocuklarda ateş tedavisinde ibuprofen, parasetamole kıyasla daha etkili olabilir. Her iki ilacın yan etkileri genellikle hafif ve benzerdir (17).Aktif enfeksiyonda kortikosteroidlerin yeri yoktur

2.3.2. Burun Tıkanıklığı ve Rinore Tedavisi

Oral fenilefrin 18 yaş üstü hastada burun tıkanıklığı semptomunda plasebo ile anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir (18). Nazal dekongestanların monoterapi olarak etkinliği ve güvenliği üzerine yapılan bir çalışmada, birden fazla doz kullanımının yetişkinlerde burun tıkanıklığını hafifletmede küçük bir olumlu etkisi olabileceği, ancak bunun klinik öneminin belirsiz olduğu gösterilmiştir. Kısa vadede ise yetişkinlerde ciddi bir yan etkisi olmamıştır (19).Deniz tuzu bazlı fizyolojik burun spreylerinin etkinliği ve güvenliği üzerine yapılan çok merkezli retrospektif kohort çalışmasında, AVÜSYE. hastalarında burun tıkanıklığı ve akıntısı ile, uyku kalitesi ve iştah üzerinde ciddi bir yan etkiye sebep olmadan olumlu bir düzelme sağladığı görülmüştür (20).

2.3.3. Öksürük Yönetimi

Bir İskandinav araştırmasında, üç gün boyunca izlenen 50 çocuğun ortalama öksürük skoru, plasebo grubuna kıyasla biraz daha düşük bulundu. Ancak, antitüsif kullananlarla placebo alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Yine de bazı kılavuzlar, akut hastalık sürecinde şiddetli öksürüğü hafifletmek amacıyla 6 yaş üstü çocuklar ve yetişkinler için kısa süreli antitusif kullanımını önermektedir. Ancak, bu ilaçların etkinliği konusundaki kanıtlar hâlâ net değildir (21).

2.3.4. Boğaz Ağrısı ve İritasyon Tedavisi

Antiseptik gargara ve pastillerin kullanımı.ile ilgili yapılan çalışmalarda Povidon iyotun semptomsuz veya semptomlar başlamadan önce bazı AVÜSYE hastalarının oral mukozasında viral yükü azaltabileceği gösterilmiştir. (22)

Topikal anesteziklerin AVÜSYE'deki etkisini değerlendiren bir ağ meta-analizi,toplam 861 hastayı içeren 26 randomize kontrollü çalışmayı kapsamıştır. Çalışmada klorheksidin, benzidamin, bal ve kurkuminin plasebodan daha etkili olduğu belirlenmiş, ayrıca bal ve kurkuminin povidon-iyot ile karşılaştırıldığında daha üstün etki gösterdiği saptanmıştır (23).

2.3.5. Hidrasyon ve Beslenme Önerileri

B12 Vitaminin viral enfeksitonlarla mücadelede önemli bir rol oynayabileceği yönünde kanıtlar mevcuttur (24).Mürver meyveleri, geleneksel olarak ve bazı gözlemsel ile klinik araştırmalarda, nezle ve grip için destekleyici tedavi olarak kullanılmıştır. 312 kişinin katıldığı bir rastgele kontrollü, çift kör plasebo çalışmasında, standartlaştırılmış filtrelenmiş mürver (Sambucus nigra L.) özütünün soğuk algınlığı sıklığı, hastalık süresi ve belirtiler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Plasebo grubundaki katılımcıların hastalık süresi belirgin şekilde daha uzun (117 güne karşı 57 gün, p = 0,02) ve bu süreçteki ortalama semptom skoru da kayda değer ölçüde daha yüksek bulunmuştur (583'e karşı 247, p = 0,05) (25).

2.4. Rasyonel İlaç Kullanımı ve Semptomatik Tedavi İlaçlarının Optimal Tablet Sayısı

Rasyonel ilaç kullanımı,''Hastalara doğru teşhis sonrası, en uygun ilacın, ideal dozda, yeterli süreyle, en düşük maliyetle ve minimum yan etkiyle uygulanmasını'' ifade eder. Bu yaklaşım, ilaçların bilinçli, etkili ve güvenli biçimde kullanılmasını sağlarken; aynı zamanda, hastaların tedaviye bağlılığını ve memnuniyetini artırmayı, istenmeyen yan etkileri minimize etmeyi ve sağlık sisteminin kaynaklarını etkin kullanmayı amaçlar (26).

Literatürde atık ilaçları azaltmak ve maliyet etkin yöntemleri belirlemek amacıyla. önceden doldurulmuş şırıngıların normal uygulamalarla karşılaştırmak, ya da KOAH akut alevlenmelerinde antibiyotik(AB) tüketimini azaltmak için CRP değerine bakmak gibi çeşitli özgün yöntemlerin denendiği çalışmalar yapılmıştır, (27) (28). AVÜSYE semptomatik tedavisinde kullanılan ilaç adetlerinin optimal olup olmadığı henüz ele alınmamıştır

Rasyonel ilaç kullanımının sağlanabilmesi için ilaç kutularındaki tablet sayısının optimal düzeyde olması gerekmektedir. Ancak, bu ilaçların sayıca yüksek tüketimi, rasyonel ilaç kullanımının önemini bir kez daha ortaya koymakta; özellikle de kutu başına düşen tablet sayısının hasta ihtiyacına uygun şekilde belirlenmesi gerekliliğini gündeme getirmektedir.

Sektör pazarlama çalışanlarından edinilen bilgiye göre 2024 yılında Türkiyede eczane satış fiyatı yaklaşık 23.964.000 dolar olan yaklaşık 15 milyon kutu halk

arasında soğuk algınlığı şurubu olarak ifade edilen kombine semptomatik tedavi şurubu , eczane satış fiyatı yaklaşık 77.530.000 dolar olan 45.300.000 kutu kombine semptomatik tedavi tableti, satış fiyatı yaklaşık 22.554.000 dolar olan yaklaşık 9 milyon kutu boğaz spreyi , yaklaşık 5.497.000 dolar olan 3.300.000 adet gargara tüketilmiştir.

Kutu adet içeriğinin gereğinden fazla olması, toplam tedavi maliyetini artırmaktadır. Kutu adet içeriği fazla olan paketlerde tablet başına maliyet düşük olsa da, gereğinden fazla tablet alınması atık yaratmaktadır.Kutu adet içeriğinin optimalden daha düşük olması ise tablet başına maliyeti arttıracaktır. Tedavi süresiyle uyumlu, optimal tablet sayısına sahip paketler tercih edildiğinde, toplam maliyet düşmektedir (29).

2.5. Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Semptomatik Müdahalelerin Hastalık Seyri Üzerindeki Etkisi

AVÜSYE, toplumda en sık görülen sağlık sorunları arasında yer alır ve genellikle viral kaynaklıdır. Bu enfeksiyonların semptomatik tedavisinde, etken olan virüsün ortadan kaldırılmasından çok, hastanın semptomlarının hafifletilmesi amaçlanır. Farklı etken virüsler hastalarda görülen semptom çeşitliliğini ve enfeksiyon şiddetini etkileyebilmektedir. Örneğin, 2009-2010 dönemindeki H1N1 pandemisi sırasında yetişkinlerde kusma ve ishal daha belirgin şekilde ortaya çıkarken, 2014-2015 sezonunda parotit vakalarında olağan dışı artış gözlemlenmiş ve hastaların çoğunda influenza A H3N2 pozitif sonuçlar alınmıştır (30) (31). Semptomatik tedavide kullanılan farmakolojik ajanlar, iyileşme süresini doğrudan kısaltmasa da, hastaların yaşam kalitesini artırarak daha konforlu bir iyileşme dönemi geçirmelerini sağlar (32). Aşağıda AVÜSYE semptomatik tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanların iyileşme süreci üzerindeki etkileri ele alınmıştır.

2.5.1. Analjezik ve Antipiretikler

Mevcut literatürde, antipiretik ilaçların enfeksiyon sürecine müdahalesinin hastalığın süresini uzatabileceği, klinik prognozu olumsuz etkileyebileceği ve ağır vakalarda mortalite oranını(artırabileceğine dair bulgular mevcuttur."paracetamol ve

ibuprofen benzeri ilaçların ateşi düşürmesi, vücudun virüslere karşı savunmasını zayıflatıp, iyileşme süresini uzatabileceği yönünde bazı çalışmalar mevcuttur (33) (34)

Ateş, bağışıklık yanıtını güçlendirdiği için, ateşi düşüren antipiretikler enfeksiyonun temizlenmesini yavaşlatabilir (35). Aspirin ve ibuprofen gibi ilaçların virüsün çoğalmasını hızlandırarak belirtilerin süresini uzattığı saptanmıştır. Bununla birlikte, bu ilaçların enfeksiyonun doğal seyrini ne kadar etkilediği, hastalık tipi ve hasta popülasyonuna bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (36) (37) (38).

Analjizik ve antipiretiklerin AVÜSYE semptomatik tedavisinde düzelme sürecini hızlandırdığı yönünde ise kanıt yoktur

Kanıtlar ve çalışmalar bu ilaçların ağrı, ateş ve genel rahatsızlık gibi semptomları hızlıca azaltarak hastaların daha iyi hissetmesine yardımcı olduğu yönündedir (33) (39).

Ateş, vücudun savunma mekanizması olsa da, aşırı ateşin düşürülmesi hastaların genel iyilik halini artırarak semptomların daha kısa sürede hafifletilmesine olanak tanıyabilir. Antipiretiklerin kullanımı, ateşi düşürerek vücutta rahatlama sağlayabileceği. iyileşme sürecini hızlandırıp. Vücudunun toparlanma sürecini destekleyerek ve hastalığın yükünü hafifletebileceği yönünde de çalışmalar bulunmaktadır (40) (41) (42).

2.5.2 Dekonjestanlar

Burun içindeki damarları daraltarak mukozal ödemi azaltan bu ilaçlar, semptomları geçici olarak hafifletir, ancak mevcut kanıtlara göre enfeksiyonun süresini kısaltmaz ya da uzatmaz (43).Rhinitis medicamentosa (ilaç kaynaklı rinit), ilaç kullanımının yaklaşık 3 gün sonrasında başlayıp 4–6 hafta içinde belirginleşebilmektedir. Buna karşın, imidazolin temelli modern vazokonstriktörlerin devreye alınması, RM oluşum riskini neredeyse ortadan kaldırmaktadır (44).Uzun dönem nazal dekonjestan kullanımı, burun damar işleyişini bozarak geri dönüş tıkanıklığına yol açar; bu etki, kullanımın ilk 3-5 günü içinde belirginleşir (45). Bu durum hastaları daha fazla ilaç kullanımı ile sonuçlanabilmektedir (46).

2.5.3. Antihistaminikler

Çalışmalar, antihistaminiklerin tedavinin ilk 1-2 gününde hafif semptom iyileşmesi sağladığını, fakat 6-10 gün sonrasında etkili olmadığını göstermiştir (47). Doğal iyileşme süresine anlamlı bir etkide bulunmamaktadırlar (48). Antihistaminik-dekonjestan kombinasyonları da benzer şekilde semptomları hafifletebilir ancak iyileşme süresini önemli ölçüde değiştirmez (48).

2.5.4.Antitussifler ve Ekspektoranlar

Antitüssiflerin AVÜSYE iyileşme sürecini uzattığına ya da kısalttığına dair yapılan çalışmalar net ve kesin sonuçlar ortaya koymamaktadır. Mevcut araştırmalar, bu ilaçların özellikle gece uykusunu bozacak düzeyde olan öksürük semptomunu geçici olarak hafiflettiğini, ancak hastalığın doğal seyri ya da iyileşme süresi üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir (49, 50).Benzer şekilde, balgam söktürücüler arasında ABD'de reçetesiz satılmasına onay verilmiş tek ajan olan guaifenesin, üst solunum yollarında biriken sekresyonların viskozitesini azaltarak atılımını kolaylaştırmakta ve bu yolla semptomatik rahatlama sağlayabilmektedir. Ancak guaifenesinin de AVÜSYE'de iyileşme süresini kısalttığına dair yeterli bilimsel kanıt bulunmamaktadır (51).

2.5.5. Nasal Steroid Spreyler

Nasal steroid spreyler (flutikazon gibi) daha çok kronik burun tıkanıklığı ve alerjik rinit için kullanılsa da, ÜSYE sırasında mukozal inflamasyonu azaltarak burun tıkanıklığını hafifletebilir. Bu spreyler ile klinik semptomların iyileştirilmesi için, bir hastada fayda sağlanabilmesi amacıyla yaklaşık 15 hastanın intranazal glukokortikoid tedavisi alması gerekmektedir.Ancak hastalığın süresini kısaltmaz (52).

2.5.6. İzotonik Solüsyonlar ve Vitamin Takviyeleri

Burun tıkanıklığı ve post-nazal akıntıyı hafifletmek amacıyla izotonik tuzlu su spreyleri ve irrigasyon yöntemleri sıklıkla kullanılır. , hastanın konforunu artırarak iyileşme sürecine dolaylı yoldan katkı sağlar (53).C vitamini ve çinko takviyeleri, ile

yapılan klinik çalışmalar, bu ajanların iyileşme süresini anlamlı derecede kısalttığını göstermemiştir. C vitamini alımı semptomların süresini çok az bir farkla kısaltabilir, ancak bu etkinin oldukça sınırlı olduğu vurgulanmaktadır. Çinko ise semptom şiddetini azaltır ama düzelme sürecini uzatır (54).

2.7. Tanı

Viral soğuk algınlığı, hastanın bildirdiği şikayetler ve fiziksel muayene sırasında ortaya çıkan bulgular temel alınarak teşhis edilir. Muayene esnasında; konjonktival kızarıklık, burun mukozasında şişlik, nazal tıkanıklık ve boğazda kızarıklık gibi belirtiler saptanabilir. Lenf bezlerinin belirgin şekilde şişmesi genellikle gözlenmez; ek bronkospazm yoksa akciğer bulguları normal seyredebilir. Üst solunum yolu enfeksiyonunu diğer nedenlerden ayırmak ve hastalık şiddetini değerlendirmek amacıyla, örneğin Wisconsin Üst Solunum Semptom Anketi (WURSS) ve Jackson ölçeği gibi çeşitli klinik puanlama sistemleri geliştirilmiştir. Ancak, bu araçlar klinik araştırmalarda yaygın kullanılsa da, günlük uygulamada duyarlılık ve özgüllük açısından sınırlı kalmaktadır. (55)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma İzni

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (04.12.2023-Karar no:12) izin alınmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmada iki farklı grup üzerinden veri toplanmıştır:

Hasta Grubu:

Araştırmanın evrenini, Hatay ili Payas ilçesinde yer alan Payas 4 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve yakın zamanda viral akut üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş veya hâlihazırda bu enfeksiyonu yaşayan bireyler oluşturmuştur.

Payas ilçesi, Türkiye genelindeki 973 ilçe arasında sosyoekonomik gelişmişlik açısından 348. sıradadır. Yaşam kalitesi endeksi 0.23, hava kalitesi indeksi (AQI) 61'dir. Orta düzeydeki bu hava kirliliği, AVÜSYE insidansı açısından dikkate değer bir çevresel faktör olarak değerlendirilmiştir.

Payas 4 No'lu ASM'ye kayıtlı yaklaşık 9.000 kişilik nüfustan, belirlenen kriterlere uyan 1.850 kişi çalışmaya davet edilmiştir. Bu kişilerden 618'i anketi doldurmuş, eksik veri sağlayan 143 form değerlendirme dışı bırakılmış ve toplamda 475 kişilik örneklemle çalışma tamamlanmıştır. Örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak non-parametrik testler ve grup karşılaştırmaları için gereken minimum örneklem büyüklüğü esas alınarak hesaplanmıştır. Parametreler $\alpha=0.05$, etki büyüklüğü orta (0.3)ve test gücü $(1-\beta) = 0.90$ olarak belirlenmiş; sonuçta minimum 372 kişilik bir örneklem gerektiği hesaplanmıştır. Bu sayının üzerine çıkılarak 475 kişilik bir örneklemle yeterli istatistiksel güç sağlanmıştır.

Aile Hekimi Grubu:

Türkiye genelinde görev yapan aile hekimleri çalışma evrenini oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünü etkileyeceğinden Araştırma başlamadan önce, değişkenlerin dağılımına göre parametrik veya parametrik olmayan test kullanılmasına karar vermek amacıyla aşağıdaki kriter benimsenmiştir:

Eğer bir değişkenin normal dağılım varsayımı sağlanıyorsa, iki grup arasındaki fark tek kuyruklu bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilecektir. Bu test için önceden yapılan güç analizinde; etki büyüklüğü 0,5, alfa değeri 0.05 ve test gücü (power) 0.90 olarak belirlenmiş, her grup için en az 70 kişilik örneklem yeterli bulunmuştur. Kritik t-değeri 1.655, test gücü ise 0.9027 olarak hesaplanmıştır.

Eğer veriler normal dağılım göstermiyorsa, verilerin parametrik olmadığı kabul edilecek analizler medyan (ortanca) değerler üzerinden yapılacak ve gruplar arası karşılaştırma Mann-Whitney U testi ile gerçekleştirilecektir. Bu senaryoda rastgele seçimle ulaşılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden en az 30 aile hekimine, semptomatik kombinasyon ilaçları ve analjeziklerin kaç adetlik kutular halinde reçete edilmesinin uygun olduğu sorulması yeterli olacaktır. Aile hekimi katılımı her iki senaryoda da yeterli olacak sayının üzerinde gerçekleşerek ankete toplam 105 kişi katılmıştır

3.3. Verilerin Toplanması

Veriler, Aralık 2023 ile Mart 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formu çevrim içi olarak Google Forms platformunda hazırlanmış ve katılımcılar tarafından ya bireysel olarak ya da poliklinikte görev yapan asistan doktor veya tıbbi sekreterin yardımıyla doldurulmuştur. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımcıların çalışmaya dahil edilebilmesi için, yakın zamanda akut viral üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş olmaları ya da hali hazırda bu enfeksiyonu geçiriyor olmaları ön koşul olarak belirlenmiştir. Küçük yaştaki bireylerin verileri, ebeveyn veya yasal vasiler aracılığıyla toplanmıştır. Bu çalışmada, AVÜSYE tanısı, aile hekimliği pratiğinde yaygın olarak uygulanan dışlama yöntemine göre konulmuştur. Kriptik tonsillit, bakteriyel farenjit, akut sinüzit, bronşit, alt solunum yolu enfeksiyonları, pnömoni ve ateşli sistemik enfeksiyonlar dışlandıktan sonra, burun akıntısı, boğaz ağrısı, hafif ateş, öksürük, göz yanması, yaşarma ve yorgunluk gibi tipik AVÜSYE belirtileri gösteren hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Spesifik viral etiyolojinin aile

hekimliği ortamında belirlenmesinin sınırlı olması nedeniyle, tanı klinik kriterlere dayandırılmıştır.

3.4. Anket ve Ölçekler

3.4.1.Hasta Anketi

Çalışmada, viral üst solunum yolu enfeksiyonu geçirenlerin tedavi ve ilaç kullanım süreleri anketle incelenmiş, reçete edilen ilaç sayısı ile kullanım uyumu ve ilaç etkinliği değerlendirilmiştir.

Anket formu, araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup toplam 50 sorudan oluşmaktadır. Anket hem yüz yüze hem de çevrim içi (Google Forms) yollarla gönüllülük esasına göre uygulanmıştır. Anketin ilk sorusunda çalışmaya katılım onamı sorgulanmış, "Hayır" yanıtı verenlerin verileri analiz dışı bırakılmıştır.

Katılımcılara ilk olarak cinsiyet, yaş grubu ve eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgileri içeren sorular yöneltilmiştir. Ardından, son geçirdikleri viral üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında ateş, titreme gibi sistemik belirtilerin olup olmadığı, kaç adet ilaç reçete edildiği ve bu ilaçlardan hangilerinin grip ilacı, ağrı kesici, burun spreyi, boğaz spreyi/gargarası, balgam söktürücü, öksürük şurubu veya alerji ilacı olduğu sorgulanmıştır. İlaç kullanımıyla ilgili olarak, her bir ilaç türü için ilaç ismi, kaç gün ve kaç adet kullanıldığı gibi bilgiler sayısal olarak toplanmıştır. Ayrıca, katılımcıların bu ilaçlara verdikleri yanıtlar (örneğin, boğaz spreyinin boğaz ağrısını ne ölçüde rahatlattığı veya balgam söktürücünün balgam atımına yardımcı olup olmadığı) da değerlendirilmiştir. İnvaziv girişimlerin sorgulandığı bölümde, hastaların serum taktırıp taktırmadığı ve kalçadan enjeksiyon yaptırıp yaptırmadığı; bu işlemler sonrası iyileşme süresinin kaç gün sürdüğü gibi veriler toplanmıştır. AVÜSYE semptomlarının (ateş, boğaz ağrısı, burun akıntısı, öksürük, halsizlik vb.) ayrı ayrı kaç gün sürdüğü, hastanın ilaç kullanmadan kendini ne zaman toparladığı da gün cinsinden sorgulanmıştır. Ayrıca hastaların doktorlarından hangi ilaçları talep ettikleri, evlerinde ihtiyaç fazlası kaç adet kullanılmayan ya da kullanılmayan ama gerekli olabileceğini düşündükleri ilaç paketlerinin bulunduğu da araştırılmıştır. Veriler, çalışmanın amacına uygun olarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

3.4.2.Aile Hekimi Anketi

Aile hekimlerine yönelik hazırlanan anket, demografik bilgilerle başlamış, sonrasında AVÜSYE tedavisinde ilaç reçetelendirme alışkanlıklarına odaklanmıştır. Aile hekimlerine, ateşli ve ateşsiz AVÜSYE durumlarında paket yerine tane ile ilaç reçete edilmesi halinde kaç adet ilaç verecekleri sorulmuştur.

Bu iki anket, AVÜSYE tedavisinde ilaç adedi optimizasyonun belirlenmesi, ve aile hekimi AVÜSYE sempomatik tedavisinde kutu adet içeriği tercihinin hastalar tarafından kullanılan optimal kutu adet içeriği ile örtüşüp örtüşmediği konusunda literatüre katkı sağlamak üzere hazırlanmıştır.

3.5. Veri İncelemesi ve İstatistiksel Değerlendirme Süreçleri

Elde edilen verilerin analizi, Jamovi 2.3.28 paket programı ve IBM SPSS statistics versiyon 21 proğramı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Demografik özellikler descriptive frequency analizleri ile değerlendirilmiş, aritmetik ortalama ve ortanca değerler hesaplanmıştır.

3.5.1.İstatistiksel Testlerin Seçimi ve Uygulama Kriterleri

Hastaların ilaçlardan fayda görüp görmediği, Shapiro-Wilk testi ile normallik varsayımına tabi tutulmuştur. Normallik varsayımı ihlal edildiğinde, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerde ise Student's t-testi tercih edilmiştir.İlaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında iyileşme süresi açısından anlamlı bir fark olup olmadığı, Independent-Samples t-testi ile analiz edilmiştir. Paranteral tedavi alan iki grup arasında varyans eşitliği, Levene's testi ile değerlendirilmiş; eşit varyans varsayımı sağlanmadığında Welch's t-testi kullanılmıştır. Evdeki atıl ilaç miktarı ile yaş, cinsiyet gibi kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler, Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Atıl ilaç miktarı ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki, değişkenlerin sıralı yapıda olması nedeniyle Spearman's Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcı ve Hekim Demografik Özellikleri

4.1.1. Katılımcı Demografik Özellikleri

Hatay ili Payas ilçesindeki 4 No'lu ASM'de yüz yüze görüşme veya Google Form anketi yoluyla ulaşılan 1354 kişiden, 618 kişi anketi doldurmuş ve eksiksiz dolduran 483 kişi hasta örneklemi olarak alınmıştır. Katılımcıların 289'u kadın 184'ü erkek olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %5.1'i 0-12 yaş, 39' u 65 yaş ve üstü, 406'sı (%86.4) 12-65 yaş aralığındadır. Eğitim durumuna göre katılımcıların 9'u (%1,9) ilkokul terk iken, 83'ü (%17,9) ilkokul, 44 'ü (%9,5) ortaokul ,104 'ü lise (%22,5) , 205'i üniversite (%44,3),17'si (%3,7) doktora yada yüksek lisans mezunudur. (Tablo1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Özellik	Sayı	Toplam Yüzdesi
Kadın	289	61.0 %
Erkek	184	39 %
0-12 yaş	24	5.1 %
12-65 yaş	406	86.4 %
65-100 yaş	39	8.3 %
İlkokul terk	9	1.9 %
İlkokul	83	17.9 %
Ortaokul	44	9.5 %
Lise	104	22.5 %
Üniversite	205	44.3 %
Doktora-yüksek lisans	17	3.7 %

Katılımcıların %83'üne (381) SKİ reçete edildiği, %16,5'ine (242) ise reçete edilmediği saptanmıştır. Paracetamol içeren ilaçlar %28,9 (%n=169) oranında, ibuprofen içeren ilaçlar ise %21,7 (117) oranında reçetelenmiştir. Analjezik veya nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) reçetelenme oranı %60,4 (240) olarak

belirlenmiştir. Bu ilaçların %35,7'si (169) paracetamol, %24,7'si (117) ise NSAİİ içermektedir. Katılımcıların %51,1'ine (175) ise analjezik veya NSAİİ reçete edilmediği görülmüştür. Burun spreyi reçete edilenlerin oranı %34,2 (162) olup, bunların %12,9'u (61) oksi-ksil metazolin, %2,5'i (12) kortizon içeren preparatlar şeklindedir. %18,4'ü (87) ise reçetelenen burun spreyinin içeriğini bilmemektedir. Katılımcıların %51,1'ine de (242) burun spreyi reçete edilmemiştir. Gargara veya boğaz spreyi reçete edilenlerin oranı %34,6 (164) olarak kaydedilmiş; bu grupta %8'i (4) NSAİİ , %11,6'sı (55) NSAİİ ve antibiyotik (AB) kombinasyonu , %2'si (%n=1) tuzlu su, %2'si (n=1) sirke içeren preparatlardır. Gargara ya da boğaz spreyi reçete edilmeyenlerin oranı %53 (n=251) olarak tespit edilmiştir. Antihistaminik ilaçlar %16,3 (n=77) oranında reçete edilmiş, %59,5'ine (n=282) ise antihistaminik reçete edilmemiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Reçete edilen ilaçlar ve içerikleri

	n	%
SKİ Reçete edilen	381	83
Paracetamol içeren	169	28,9
İbuprofen içeren	117	21,7
SKİ. Reçete edilmeyen	242	16,5
Analjezik NSAİD Reçete edilen	240	60,4
Paracetamol içeren	169	35,7
NSAID içeren	117	24,7
Analjezik NSAİD Reçete edilmeyen	175	51,1
Burun Spreyi Reçete Edilen	162	34,2
Oksi-ksil metazolinli	61	12,9
Kortizonlu	12	2,5
Bilinmiyor	87	18,4
Bur. Spr. Reçete Edilmeyen	242	51,1
Gargara / boğaz spreyi Reçete Edilen	164	34,6
NSAİD içerikli	4	8
NSAİD+AB	55	11,6
Tuzlu su	1	2
Sirke	1	2
Gargara / boğaz spreyi reçete edilmeyen	251	53
Antihistaminik Reçete Edilen	77	16,3
Antihistaminik Reçete Edilmeyen	282	59,5

Katılımcıların %31,2'sine (n=148) mukolitik verilmiş veya daha önce mukolitik kullanmışlardır. Mukolitik kullananların %9,3'ü (n=44) asetilsistein, %1,9'u (n=9) erdostein, %2'si (n=1) karbosistein kullanırken, %15,6'sı (n=74) kullandıkları mukolitik ilacın ismini bilmemektedir. Katılımcıların %50,6'sı (n=240) ise daha önce hiç

mukolitik kullanmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %26,2'si (n=124) daha önce antitusif ilaç kullanmışken, %53'ü (n=251) hiç kullanmadıklarını ifade etmiştir. Antitusif ilaç kullananların %3,6'sı (n=17) oksalamin fosfat, %2,3'ü (n=11) butiramin sitrat, %0,6'sı (n=3) levodropropizin, %0,2'si (n=1) salbutamol kullanmış olup, %16,5'i (n=78) ise kullandıkları ilacın ismini bilmemektedir (Tablo3).

Tablo 3. AVÜSYE'de mukolitik ve antitusif ilaç kullanım oranı ile içerik dağılımı

	n	%
Mukolitik		
Evet	148	31,2
Asetilsistein	44	9,3
Erdostein	9	1,9
Karbosistein	1	2
İsmini bilmiyorum	74	15,6
Hayır	240	50,6
Antitusif		
Evet	124	26,2
Oksalamin fosfat	17	3,6
Butiramin sitrat	11	2,3
Levodropropizin	3	6
Salbutamol	1	2
İsmini Bilmiyorum	78	16,5
Hayır	251	53,0

4.1.2. Aile Hekimi Demografik Özellikleri

Aile hekimi anketine katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri tablo 2 de sunulmuştur. Ankete toplamda 105 kişi katılmıştır. Katılımcıların 41'i (39.0 %) kadın 64'ü (61.0 %) erkek olarak belirlenmiştir. Mesleki tecrübe olarak 7'si (6.7 %) 0-1 , 29'u (27.9 %) 2-5 , 19'u (18.3 %) 6-10 , 28'i (26.9 %) 11-15 , 5'i (4.8 %) 16-20 yıl, 16'sı (15.4 %) 21 yıl ve üzeri şeklindedir (Tablo4).

Tablo 4. Aile hekimlerinin demografik özellikleri

Özellik	**Sayı**	**Yüzde**
Kadın	41	39.0 %
Erkek	64	61.0 %
Tecrübe- yıl		
0 1	7	6.7 %
2 5	29	27.9 %
6 10	19	18.3 %
11 15	28	26.9 %
16 20	5	4.8 %
>21	16	15.4 %

4.2. Demografik ve Klinik Özelliklerin Semptomatik Tedaviye Etkisi

4.2.1.Ateşli ve Ateşsiz Hastalarda Akut Viral Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Semptomatik İlaç Kullanımının Karşılaştırılması

Katılımcılar arasında 276(%58,7) kişinin AVÜSYE sırasında ateşi olmuş ,194(%41,3) kişinin olmamıştır Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE olgularında reçete edilen ilaç sayısı, kullanılan ilaç miktarları ve kullanım sürelerinin karşılaştırılması tablo 5'de yapılmıştır.

Reçete edilen ilaç sayısı, ateşli AVÜSYE'de ortanca 3 (min: 1 – maks: 6), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 2 adet (min: 1 – maks: 6) ($p<0,001$).

SKİ kullanım süresi, ateşli AVÜSYE olgularında ortanca 5 (minimum: 0 – maksimum: 11), ateşsiz AVÜSYE 'de ise ortanca 3 gün (min: 0 – maks: 11) ($p<0,001$).

Kullanılan SKİ adedi ateşli AVÜSYE 'de ortanca 8 (minimum: 0 – maksimum: 40), ateşsiz AVÜSYE 'de ortanca 5 adet (min: 0 – maks 20) olarak belirlendi ($p=0,002$).

Analjezik kullanım süresi ateşli AVÜSYE'de ortanca 3 (min: 0 – maks: 11), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 2 gün (min: 0 – maks: 11) ($p<0,001$).

Analjezik toplam kullanımı ateşli AVÜSYE'de ortanca 4 (min: 0 – maks: 33), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 2,5 adet (min: 0 – maks: 22) ($p<0,001$).

Burun spreyi kullanım süresi ateşli AVÜSYE'de ortanca 3 (min: 0 – maks: 11), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 0 gün (min: 0 – maks: 11) ($p=0,003$).

Gargara veya boğaz spreyi kullanım süresi ateşli AVÜSYE'de ortanca 3 (min: 0 – maks: 11), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 2,5 gün (min: 0 – maks: 10) (p=0,009).

Antitusif kullanım süresi ateşli AVÜSYE'de ortanca 5 (min: 0 – maks: 11), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 4 gün (min: 0 – maks: 11) (p=0,128).

Alerji ilacı kullanım süresi ateşli AVÜSYE'de ortanca 4 (min: 0 – maks: 30), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 0 gün (min: 0 – maks: 19) (p=0,014). olarak belirlendi

İlaç kullanmaya ihtiyaç duyulmaması için geçen gün sayısı ateşli AVÜSYE'de ortanca 5 (min:1 – maks: 13), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 4 (min: 1 – maks: 19) olarak bulundu (p=0,001).

Evde bulunan atıl ilaç paketi sayısı, her iki grupta da ortanca 2 (min: 1 – maks: 6) (p=0,941) ,Evde bulunan stok ilaç paketi sayısı ise ateşli AVÜSYE'de ortanca 2 (min: 1 – maks: 6), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 2 adet (min: 1 – maks: 6) (p=0,259).olarak belirlendi.

AVÜSYE dışında yapılan son 10 başvuruda ilaç talebi, her iki grupta da ortanca 0 (min: 0 – maks: 10) idi. (p=0,092) (Tablo5).

Tablo 5. Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE olguları arasında ilaç kullanım, talep ve bulundurma farklılıklarının istatistiksel analizi

	Ateşli AVÜSYE Ortanca değer(Min-Maks)	Ateşsiz AVÜSYE Ortanca değer (Min-Maks)	P değeri
Reçete edilen İlaç sayısı	3 -(1-6)	2-(1- 6)	<0,001
SKİ kulanım süresi (gün)	5 -(0-11)	3-(0- 11)	<0,001
SKİ kulanım adeti	8 -(0-40)	5-(0- 20)	0,002
Analjezik kulanım süresi (gün)	3 -(0-11)	2-(0 -11)	<0,001
Analjezik kulanım adeti	4 -(0-33)	2,5-(0-22)	<0,001
Burun spreyi. kulanım süresi (gün)	3 -(0-11)	0-(0 -11)	0,003
Gargara-boğaz spreyi kulanım süresi (gün)	3-(0-11)	2,5-(0 -10)	0,009
Antitusif kulanım süresi (gün)	5-(0- 11)	4-(0 -11)	0,128
Alerji ilacı kulanım süresi (gün)	4-(0- 30)	0 -(0- 19)	0,014
İlaç gereksinim süresi (gün)	5-(1 -13)	4-(1- 19)	0,001
Evde bulunan atıl ilaç paketi sayısı	2-(1- 6)	2-(1- 6)	0,941
Evde bulunan stok ilaç paketi sayısı	2-(1 6)	2-(1- 6)	0,259
AVÜSYE dışı her 10 ziyaret için SKİ talebi sayısı	0-(0- 10)	0-(0- 10)	0,092

Mann-Whitney U testi

Farklı yaş gruplarına göre ateşli ve ateşsiz AVÜSYE SKİ kullanım süresi, ilaç ihtiyacının sona erdiği gün ve kullanılan SKİ adedi tablo 7 de gösterilmiştir.

Ateşli AVÜSYE'de SKİ kullanım süresi; 0–12 yaş grubunda ortanca 4,5 (min: 0 – maks: 7), 13–65 yaş grubunda ortanca 5 (min: 0 – maks: 11), 66–100 yaş grubunda ortanca 2,5 gün (min: 0 – maks: 10) olarak belirlendi.

Ateşsiz AVÜSYE'de SKİ kullanım süresi; 0–12 yaş grubunda ortanca 3 (min: 0 – maks: 6), 13–65 yaş grubunda ortanca 3 (min: 0 – maks: 6), 66–100 yaş grubunda ortanca 3 gün (min: 0 – maks: 6) idi.

Ateşli AVÜSYE'de hastaların ilaç kullanma ihtiyacı hissetmediği gün; 0–12 yaş grubunda ortanca 4 (min: 1 – maks: 7), 13–65 yaş grubunda ortanca 4 (min: 1 – maks: 11), 66–100 yaş grubunda ortanca 3 gün (min: 2 – maks: 7) olarak bulundu.

Ateşsiz AVÜSYE'de ise ; 0–12 yaş grubunda ortanca 3 (min: 1 – maks: 11), 13–65 yaş grubunda ortanca 3 (min: 1 – maks: 11), 66–100 yaş grubunda ortanca 4 gün (min: 1 – maks: 11) olarak bulundu.

Ateşli AVÜSYE'de kullanılan SKİ adedi; 0–12 yaş grubunda ortanca 7,5 (min: 0 – maks: 14), 13–65 yaş grubunda ortanca 7 (min: 0 – maks: 40), 66–100 yaş grubunda ortanca 5,5 (min: 0 – maks: 20) olarak ,ateşsiz AVÜSYE'de ise; 0–12 yaş grubunda ortanca 1 (min: 0 – maks: 40), 13–65 yaş grubunda ortanca 4 (min: 0 – maks: 40), 66–100 yaş grubunda ortanca 6 (min: 0 – maks: 40) olarak belirlendi. (Tablo6).

Tablo 6. Yaşa Göre AVÜSYE Hastalarında Semptomatik Tedavi Parametreleri

	0-12 yaş Ortanca değer(Min-Maks)	13-65 Ortanca değer(Min-Maks)	66-100 Ortanca değer(Min-Maks)
Ateşli AVÜSYE SKİ kullanım süresi(gün)	4,50 -(0-7)	5-(0- 11)	2,5-(0- 10)
Ateşsiz AVÜSYE SKİ kullanım süresi(gün)	3 -(0-6)	3 -(0-6)	3 -(0-6)
Ateşli AVÜSYE' ilaç gereksinim süresi(gün)	4 -(1-7)	4-(1- 11)	3-(2- 7)
Ateşsiz AVÜSYE' ilaç gereksinim süresi(gün)	3 -(1-11)	3 -(1-11)	4 -(1-11)
Ateşli AVÜSYE kullanılan SKİ adedi	7,5 -(0-14)	7-(0- 40)	5,50-(0- 20)
Ateşsiz AVÜSYE kullanılan SKİ adedi	1-(0-40)	4-(0-40)	6-(0-40)

Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE olgularında yaş gruplarına göre günlük SKİ kullanım sayısı ateşli olgularda 0-12 yaş için ortanca 1,66(0-4) ,12-65 yaş için 1,4 (0-4),65 yaş üstü için ise 2,2(0-4) adet olarak bulunmuştur Ateşsiz AVÜSYE de ise 0-12 yaş için günde ortalama 0,33 ,12-65 yaş için günde ortalama 1,33 ,65 yaş üstü için günde ortanca 2 adet olarak bulunmuştur (Tablo7).

Tablo 7. Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE olgularında yaşa göre günlük S.K.İ kullanım sayısı

Yaş	Ateşli AVÜSYE günlük SKİ kullanım adeti	Ateşsiz AVÜSYE günlük SKİ kullanım adeti
0-12	1,66	0,33
13-65	1,4	1,33
66-100	2,2	2

4.2.2. Eğitim Düzeyine Göre Semptomatik İlaç Kullanım Parametrelerinin Karşılaştırılması

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeylerine göre reçete edilen ilaç sayısı, kullanılan SKİ gün ve adet sayısı, analjezik, burun spreyi, gargara/boğaz spreyi, antitüsif, alerji ilacı kullanım süreleri ile tedaviye ihtiyaç duyulmayan gün sayısı ve evde bulunan atıl/stok ilaç miktarları karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumuna göre reçete edilen ilaç sayısının ortancası tüm gruplarda 2 olup, ilkokul mezunlarında 1 ile 6 arasında değişmekte, ortaöğretim ve yükseköğretim mezunlarında da benzer şekilde 1 ile 6 arasında farklılık göstermektedir. Buna rağmen kruskal wallis testine göre eğitim durumuna göre anlamlı bir fark saptanmış olup eğitim düzeyi arttıkça reçete edilen ilaç sayısı artmaktadır (p=0,011).

Burun spreyi kullanım süresi ortanca olarak ilkokul mezunlarında 2 (1–6), ortaöğretim mezunlarında 3 (0–10), yükseköğretim mezunlarında ise 3 gün (0–11) olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,018).

Benzer şekilde gargara/boğaz spreyi kullanım süresi ilkokul mezunlarında 2 (0–10), ortaöğretim ve yükseköğretim mezunlarında 3 gün olup, bu farklılık da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,013).

İlaç kullanma gereksiniminin kalmadığı gün sayısı da eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. İlköğretim mezunlarında bu süre ortanca 4 (1–12), ortaöğretim mezunlarında 4 (1–19), yükseköğretim mezunlarında ise 5 gün (1–13) olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,014).

Bunun dışında; SKİ kullanım süresi (p=0,568), SKİ adedi (p=0,964), analjezik kullanım süresi (p=0,857) ve adedi (p=0,821), antitusif kullanım süresi (p=0,651), alerji ilacı kullanım süresi (p=0,125), evde bulunan atıl ilaç (p=0,110) ve stok ilaç (p=0,057) sayılarında eğitim durumuna göre anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0,05) (Tablo8).

Tablo 8. Eğitim düzeyine göre ilaç kullanım özellikleri

	İlköğretim Ortanca (Min-Maks)	Ortaöğretim Ortanca (Min-Maks)	Yüksek öğretim Ortanca (Min-Maks)	P değeri
Reçete edilen İlaç sayısı	2 -(1-6)	2-(1- 6)	2-(1- 6)	0,011
SKİ Kaç gün kullandınız	4 -(0-11)	5-(0- 11)	4-(0- 11)	0,568
SKİ Kaç adet kullandınız	6 -(0-20)	7-(0- 40)	7-(0- 22)	0,964
Analjezik Kaç gün kullandınız	3 -(0-11)	3-(0 -11)	3-(0- 11)	0,857
Analjezik Kaç adet kullandınız	3 -(0-20)	4-(0- 33)	3-(0 -21)	0,821
Burun spreyini kaç gün kullandınız	2 -(1-6)	3-(0 -10)	3-(0- 11)	0,018
gargara-boğaz spreyini kaç gün kullandınız	2-(0-10)	3-(0 -10)	3-(0 -11)	0,013
Antitusif kaç gün kullandınız	4-(0- 11)	5-(0 -11)	5-(0 -11)	0,651
Alerji ilacını kaç gün kullandınız	0-(0- 11)	4 -(0- 19)	4-(0- 30)	0,125
Kaç günde ilaç kullanmaya ihtiyacınız kalmadı	4-(1 -12)	4-(1- 19)	5-(1 -13)	0,014
Evinizde kaç paket atıl ilaç var	2-(1- 6)	2-(1- 6)	2 -(1- 6)	0,11
Evinizde kaç paket stok ilaç var	2-(1 6)	2-(1- 6)	2 -(1- 6)	0,057

Kruskal Wallis testi

4.2.3. Demografik Özelliklerin Aile Hekiminden İlaç Talebi Üzerindeki Etkisi

4.2.3.1. Cinsiyete Göre Aile Hekiminden İlaç Talep Etme Durumu

Kadın katılımcıların %63,1'i AVÜSYE sırasında ilaç talebinde bulunurken, erkek katılımcılarda bu oran %55,7 olarak bulunmuş, buna karşılık, kadınların %36,9'u

ve erkeklerin %44,3'ü grip sırasında ilaç talebinde bulunmadıklarını belirtmiştir (p=0,111). (Tablo9).

Tablo 9. Cinsiyet ve Gripte İlaç Talebi Arasındaki İlişki

Cinsiyet	İlaç talebi oldu n(%))	İlaç talebi olmadı)	P değeri
kadın	107(%36,9)	183(%63,1	0,111
erkek	81(%44,3)	102(%55,7)	

4.2.3.2. Yaşa Göre Aile Hekiminden İlaç Talep Etme Durumu

Katılımcıların yaş gruplarına göre aile hekiminden ilaç talebinde bulunma eğilimleri değerlendirilmiştir. Yaş grupları 0–12 yaş, 13–65 yaş ve 66–100 yaş olarak üç kategoriye ayrılmış, her bir grupta ilaç talebi olan ve olmayan bireylerin sayıları ve yüzde oranları verilmiştir. Gruplar arası farkın istatistiksel anlamlılığı pearson Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.0–12 yaş grubundaki bireylerin %45,8'i ilaç talebinde bulunurken, %54,2'si bulunmamıştır (n=24).13–65 yaş grubundaki bireylerin %37,8'i ilaç talebinde bulunmuş, %62,2'si ilaç talebinde bulunmamıştır (n=407). 66–100 yaş grubunda ise ilaç talebinde bulunanların oranı %59,0, bulunmayanların oranı %41,0'dır (n=47).Genel toplamda, katılımcıların %40,0'ı ilaç talebinde bulunurken, %60,0'ı ilaç talebinde bulunmamıştır (n=470).Yaş gruplarına göre ilaç talebi dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,030) (Tablo10).

Tablo 10. Yaşa göre aile hekiminden AVÜSYE de ilaç talebi

Yaş Aralığı	İlaç Talebi Olan (n,%)	İlaç Talebi Olmayan (n,%)	Toplam	p değeri
0-12 Yaş	11(%45,8)	13(%54,2)	24(%5,1)	0,03
13-65 Yaş	154(%37,8	253(%62,2)	407(%86,6)	
66-100 Yaş	28(%59,0	19(%41,0)	47(%8,3)	
Toplam	193(%40,0)	285(%60,0)	470(%100,0)	

4.3. Aile Hekimi Reçeteleme Alışkanlıkları ve Hasta Kullanımı

4.3.1. Aile Hekiminin Cinsiyetine Göre Reçetelenen İlaçların Kutu Adet Tercihleri

Aile hekiminin cinsiyetine göre ateşli ve ateşsiz akut viral üst solunum yolu enfeksiyonlarında reçete edilen ilaç kutu adedi tercihleri SKİ için Ateşli AVÜSYE ortanca değeri kadın hekimlerde 12 (0–21), erkek hekimlerde 14 (1–21) (p=0,197).Ateşsiz AVÜSYE de ise bu kadın hekimlerde 9 (0–20), erkek hekimlerde 10 (0–21) (p=0,686) olarak bulunmuştur.Ateşli AVÜSYE için reçete edilen analjezik/NSAİİ kutu adedi tercihinin ortanca değeri kadın ve erkek hekimlerde eşit olup 9,5'tir (kadın: 1–20, erkek: 0–20) (p=0,954).Ateşsiz AVÜSYE için analjezik/NSAİİ kutu adedi tercihinde kadın hekimlerin ortanca tercihi 5 (0–20), erkek hekimlerin tercihi ise 6 (0–15) olarak belirlenmiştir (p=0,353).Ateşli AVÜSYE için reçete edilen SKİ şurup ölçek tercihlerinin ortanca değeri kadın hekimlerde 14 (0–21), erkek hekimlerde 14,5 (6–30)'dur (p=0,194).Ateşsiz AVÜSYE için reçete edilen SKİ şurup ölçek tercihlerinde kadın hekimlerin ortanca değeri 9 (0–21), erkek hekimlerin tercihi ise 10 (0–30) olarak bulunmuştur (p=0,148) Aile Hekiminin Cinsiyetine göre AVÜSYE'de reçete edilen ilaçların kutu adet tercihlerinin dağılımı hiçbir ilaç grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(Tablo11).

Tablo 11. Aile Hekiminin Cinsiyetine göre AVÜSYE'de reçete edilen ilaçların kutu adet tercihlerinin dağılımı

	Kadın Ortanca değer-	Erkek Ortanca değer-(Min-Maks)	Total Ortanca değer-(Min-Maks)	P
Ateşli SKİ adet	12 -(0-21)	14 -(1-21)	13 -(0-21)	0,197
Ateşsiz SKİ adet	9 -(0-20)	10 -(0-21)	9 -(0-21)	0,686
Ateşli analjezik NSAİD-NSAİD. adet	9,5-(1-20)	9,5-(0-20)	9,5-(0-20)	0,954
Ateşsiz analjezik -NSAİD NSAİD. adet	5-(0-20)	6-(0-15)	6-(0-20)	0,353
Ateşli SKİ. şurup ölçek	14-(0-21)	14,5-(6-30)	14-(0-30)	0,194
Ateşsiz SKİ. şurup ölçek	9-(0-21)	10-(0-30)	10-(0-30)	0,148

Mann Witney U testi

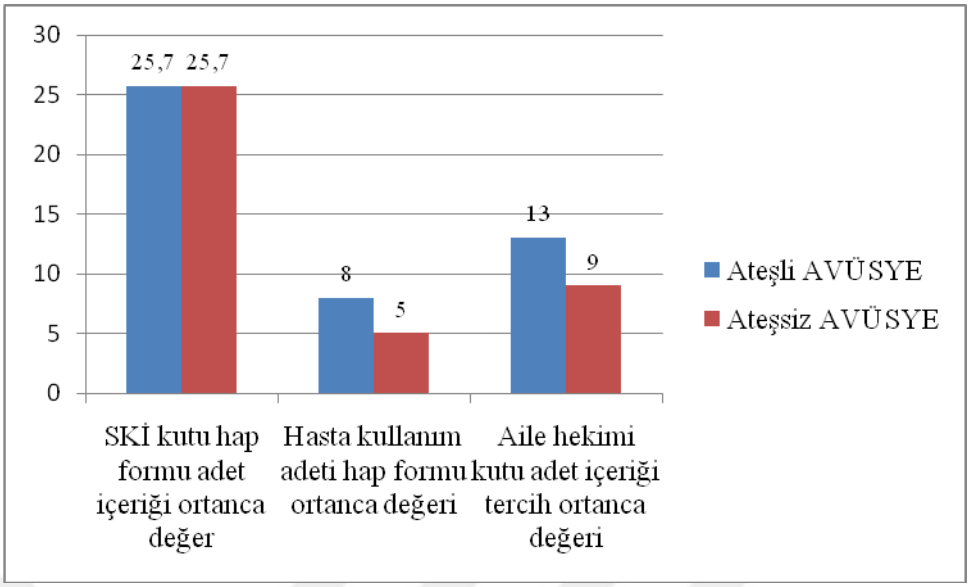
4.3.2.Semptomatik Kombinasyon İlacı Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri

2024 Türkiye verilerine göre, akut viral üst solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde reçete edilen semptomatik kombinasyon ilaçlarının kutu içerikleri incelendiğinde, ortalama tablet sayısı 25,7 olup, minimum 20, maksimum 30 tablet arasında değiştiği belirlenmiştir.

Kullanılan SKİ adedi, ateşli AVÜSYE olgularında ortanca 8 tablet (min: 0 – maks: 40), ateşsiz AVÜSYE olgularında ise ortanca 5 tablet (min: 0 – maks: 20) olarak saptanmış; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002) (Bkz. Tablo 5).

Öte yandan, çalışmaya katlan aile hekimlerinin reçete etmeyi uygun gördüğü ortanca tablet sayısı, ateşli olgularda 13 (min: 0 – maks: 21), ateşsiz olgularda ise 9 tablet (min: 0 – maks: 21) olarak kaydedilmiştir (Bkz. Tablo 11).

Bu veriler ışığında, kutu içerikleri, hasta tüketimi ve hekim reçeteleme eğilimleri arasındaki ilişki Şekil 1'de grafiksel olarak gösterilmiştir. Aile Hekiminin ateşli AVÜSYE hastalarında reçetelemeyi uygun gördüğü SKİ adeti ile hastaların kullandığı kutu adeti arasındaki arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,01$).SKİ Kutu adet içerikleri ile Aile Hekiminin ateşli AVÜSYE hastalarında reçetelemeyi uygun gördüğü SKİ adeti arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,01$). SKİ Kutu adet içerikleri ile hastaların kullandığı kutu adeti arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,01$)



Şekil 1 Semptomatik Kombinasyon İlacı Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri

4.3.3.Analjezik NSAID Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri

Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE olgularında kullanılan analjezik NSAİD tablet sayıları eczane kutu adet içeriği hasta tüketimi ve hekim reçete eğilimi karşılaştırılmıştır

Grafik hastaların kullandığı tabletlerin ortanca değerini aile hekimlerinin reçete ettiği tabletlerin ortanca değerini ve eczanelerde temin edilen kutuların ortanca tablet içeriğini göstermektedir

Ateşli AVÜSYE verileri mavi ateşsiz AVÜSYE verileri kırmızı sütunlarla sunulmuştur

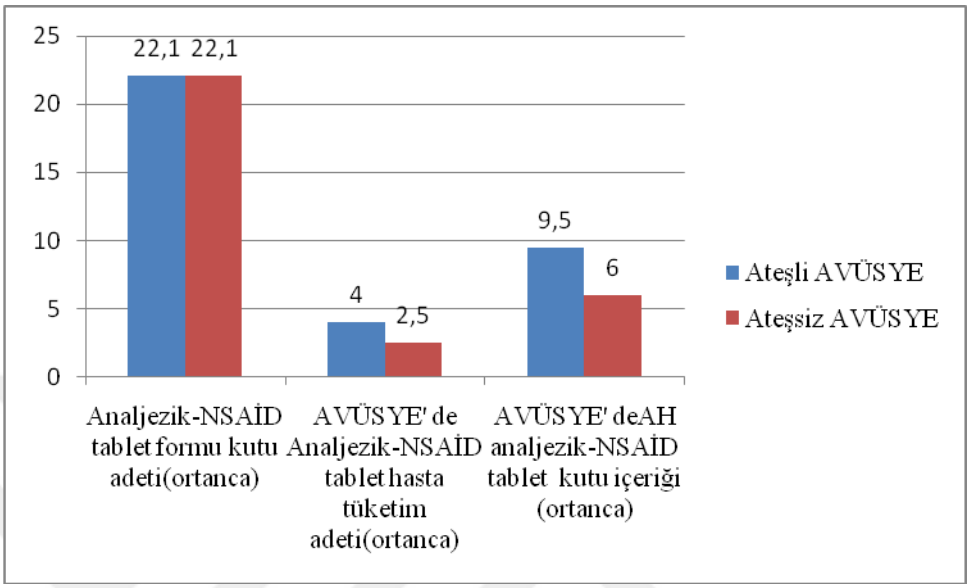
Türkiye'de reçete edilen analjezik NSAİD tabletlerinin kutu adet içeriğinin ortanca değeri ağrı kesici tablet formunda 22,1 (10-30) olarak bulunmuştur

Analjezik kullanım adeti ateşli AVÜSYE'de 4 (0-33) ateşsiz AVÜSYE'de 2,5 (0-22) idi (Bkz. Tablo 5).

Aile hekimlerinin reçete ettiği analjezik NSAİD adeti ateşli AVÜSYE'de 9,5 (0-20) ateşsiz AVÜSYE'de 6 (0-20) olarak tespit edilmişti(Bkz. Tablo 11).

Aile Hekimlerinin AVÜSYE de reçetelemeyi uygun bulduğu kutu adet içeriği ile analjezik NSAİD kutu adet içerikleri arasındaki fark istatistiksel olarak

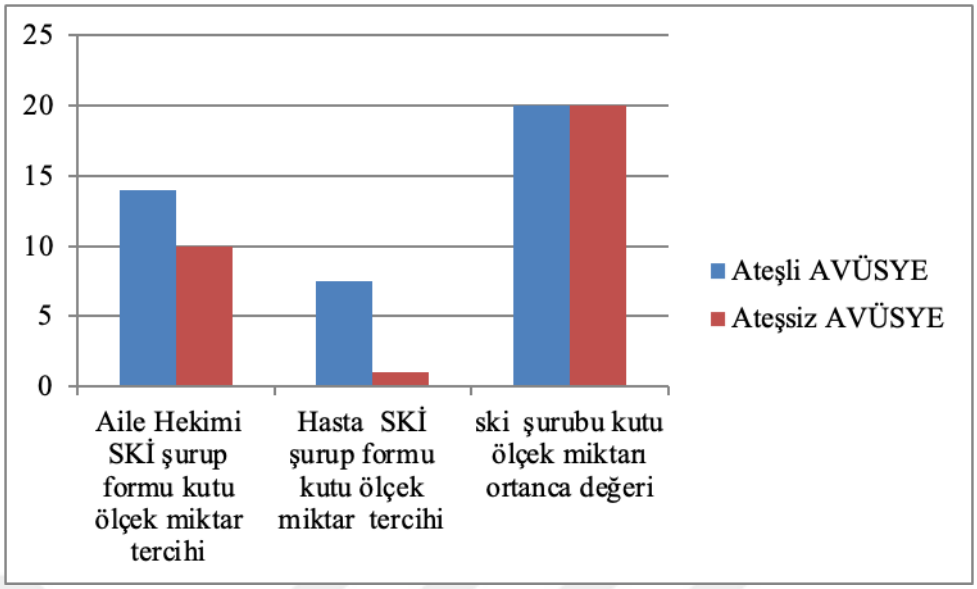
anlamlıdır(p<0,01) aynı şekilde AVÜSYE e analjezik-NSAİD hasta tüketim adeti ile analjezik NSAİD kutu adet içerikleri arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır(p<0,01) (Şekil2).



Şekil 1. Analjezik NSAID Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri

4.3.3.Semptomatik Kombinasyon Şurubu Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri

Aile hekimlerinin semptomatik kombinasyon ilacı (SKİ) şurup formu için reçete ettikleri ortanca doz, ateşli akut viral üst solunum yolu enfeksiyonu olgularında 14 ölçek, ateşsiz olgularda ise 10 ölçek olarak belirlenmiştir. Eczanelerde temin edilen SKİ şurup kutularının ortanca hacmi 20 ölçek düzeyindedir. Hastalar tarafından fiilen kullanılan dozlar incelendiğinde, Ateşli AVÜSYE'de kullanılan SKİ doz sayısı; 0–12 yaş grubunda ortanca 7,5 (min: 0 – maks: 14) iken, Ateşsiz AVÜSYE olgularında bu değer ortanca 1 (min: 0 – maks: 40) olarak belirlenmişir.Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır(p<0,01) (Şekil3).



Şekil 2. Semptomatik Kombinasyon Şurubu Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri

4.3.4.Gargara Boğaz Spreyi ve Burun Spreyi Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Hekim Reçete Eğilimleri

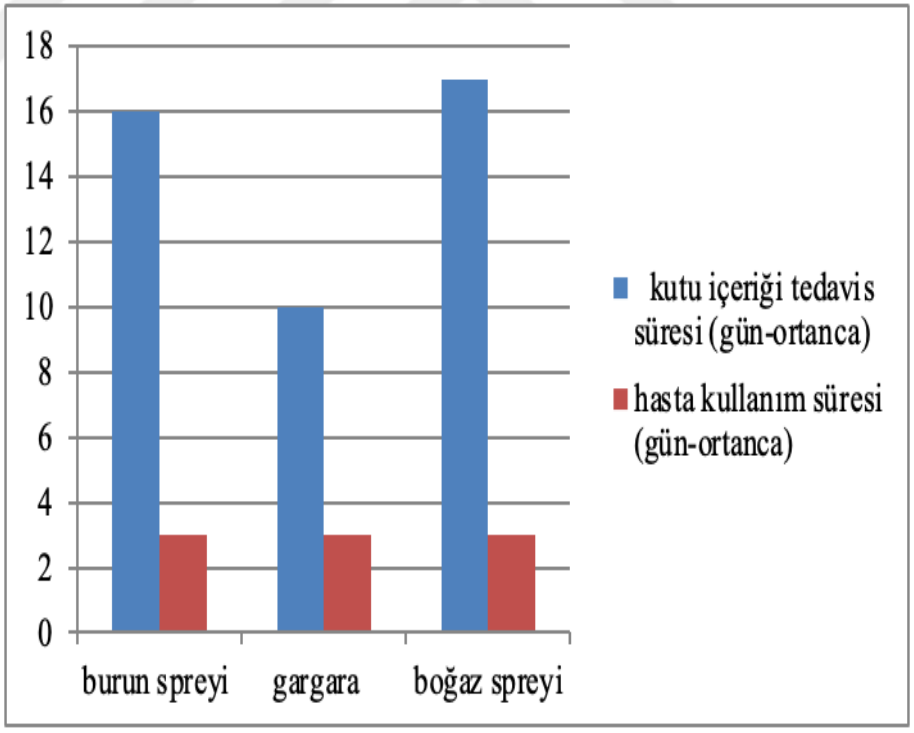
Gargara veya boğaz spreyi kullanım süresi ateşli AVÜSYE'de ortanca 3 gün (min: 0 – maks: 11), ateşsiz AVÜSYE'de ortanca 2,5 gün (min: 0 – maks: 10)idi (p=0,009).

Sektör temsilcilerinden alınan 2024 Pazar analiz tablolarına göre gargara ve boğaz sprey formlarını analiz ederek ortanca kaç mililitre (ml) ve kaç günlük tedavi dozu içerdiklerini belirleyebiliriz. Pazar analiz tablosundaki veriler dikkate alındığında, boğaz spreyi ve gargara formlarında piyasada bulunan ürünlerin mililitre cinsinden miktarları ve içerdiği tedavi süresi değerlendirilmiştir.

Boğaz spreyleri incelendiğinde, reçete edilen ve elden satılan tüm spreylerin 30 mililitrelik formlarda üretildiği sadece satış adeti olarak pazarda 8.sırada olan 1 ürünün 15 ml olduğu görülmektedir 30(15-30). Bu nedenle boğaz spreylerinde ortanca (median) miktar 30 ml olarak belirlenmiştir. Boğaz spreyleri genellikle günde 3 ila 4 kez, her kullanımda 2 ila 3 püskürtme şeklinde uygulanmaktadır. Bir püskürtme ortalama 0,2 ml hacmindedir. Bu hesaba göre günlük kullanım yaklaşık 1,8 ml'ye karşılık gelmektedir.

Bu da 30 ml'lik bir boğaz spreyinin yaklaşık olarak 16 ila 17 günlük tedavi dozu içerdiğini göstermektedir.

Gargaralar açısından bakıldığında ise reçete edilen ve elden satış adeti olarak pazarda 5.sıradaki ürünün 150 ml 6. ve 8. Sıradaki ürünlerin 120 ml ilk 4 sıra dahil diğer ilk 10 daki tüm ürünlerin 200 ml olduğu görülmektedir Bu nedenle gargara ortanca (median) miktar 200(120-200) ml olarak belirlenmiştir.Gargaralar genellikle günde 2 ila 3 kez kullanılmakta ve her kullanımda ortalama 10 ml gargara yapılmaktadır. Bu da günlük ortalama tüketimin yaklaşık 20 ml olduğu anlamına gelmektedir. Bu doğrultuda, 200 ml'lik bir gargara ürünü yaklaşık 10 günlük tedavi dozu içermektedir. Sonuç olarak, piyasadaki boğaz spreyleri genellikle 30 ml hacmindedir ve ortalama 16-17 günlük bir tedavi süresine uygundur. Gargaralar ise ağırlıklı olarak 200 ml olup ortanca10 günlük kullanım süresi sunmaktadır Gargara ,boğaz spreyi ve burun spreyi kutu adet içeriği ile hasta kullanım miktarı arasındaki fark her üçünde de istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,01$)(Şekil 4).



Şekil 3. Gargara Boğaz Spreyi ve Burun Spreyi Kutu Adet İçeriği Hasta Tüketimi ve Eğilimleri

4.4. Uygulama Alışkanlıkları ve Tedavi Etkileri

4.4.1. Akut Viral Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olan Hastalarda Serum Uygulama Alışkanlıkları ve Algılanan Tedavi Etkisi

Ateşli AVÜSYE hastalarından 58(%24,9) tanesine ateşsiz AVÜSYE hastalarının 16 (%7,2) tanesine intravenöz tedavi uygulanmıştır (Tablo12).

Tablo 12. AVÜSYE hastalarına intravenöz tedavi uygulanma oranı

I.V. uygulama	n-(%)
Yapıldı(Ateşli)	58(%24,9)
Yapılmadı(Ateşli)	175(%75,1)
Yapıldı(Ateşsiz)	16(%7,2)
Yapılmadı(Ateşsiz)	207(%92,8)

İntravenöz (i.v.) tedavi alıp almama durumuna göre nekahat süresi karşılaştırıldığında, ateşli hastalarda i.v. tedavi alan grubun nekahat süresi ortanca 4 gün (1–14 gün) iken, i.v. tedavi almayan grubun ortanca nekahat süresi 4 gün (1–10 gün) olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,176).Buna karşılık, ateşsiz hastalarda i.v. tedavi alanların ortanca nekahat süresi 3,5 gün (1–7 gün), i.v. tedavi almayanların ise 3 gün (1–8 gün) olarak belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,04).(Tablo13).

Tablo 13. Ateşli ve ayeşsiz AVÜSYE I.V.Tedavi sonrası iyileşme süresi

	AVÜSYE ı.v. tedavi sonrası nekahat Ortanca değer-(Min-Maks	AVÜSYE ı.v. tedavi olmadan nekahat Ortanca değer-(Min-Maks)	P
Ateşli	4-(1-14)	4-(1-10)	0,176
Ateşsiz	3,5-(1-7)	3-(1-8)	0,04

Mann-whitney u

4.4.2. İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama Alışkanlıkları ve Algılanan Tedavi Etkisi

Ankete katılan Ateşli olgularda 74 kişiye (%34,7) intramüsküler (i.m.) uygulama yapılırken, 139 kişiye (%65,3) uygulanmamıştır. Ateşsiz olgularda ise 33 kişiye (%16,9) i.m. uygulama yapılmış, 162 kişiye (%83,1) yapılmamıştır. (Tablo14).

Tablo 14. AVÜSYE hastalarına i.m. tedavi uygulanma oranı

I.M. uygulama	n-(%)
Yapıldı(Ateşli)	74(%34,7)
Yapılmadı(Ateşli)	139(%65,3)
Yapıldı(Ateşsiz)	33(%16,9)
Yapılmadı(Ateşsiz)	162(%83,1)

Ateşli olguların nekahat süresi, intramüsküler (i.m.) tedavi uygulanan grupta ortanca 4 gün (1–11 gün), uygulanmayan grupta ise ortanca 4 gün (1–9 gün) olarak belirlenmiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,034). Ateşsiz olgularda ise i.m. tedavi uygulanan grupta nekahat süresi ortanca 3,5 gün (1–7 gün), uygulanmayan grupta ortanca 3 gün (1–8 gün) olarak saptanmış; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,314). (Tablo 15).

Tablo 15. Ateşli ve ateşsiz AVÜSYE I.M.Tedavi alan ve almayan hastaların iyileşme süresi

	AVÜSYE ı.m. tedavi sonrası nekahat Ortanca değer-(Min-Maks	AVÜSYE ı.m. tedavi olmadan nekahat Ortanca değer-(Min-Maks)	P
Ateşli	4-(1-11)	4-(1-9)	0,034
Ateşsiz	3,5-(1-7)	3-(1-8)	0,314

Mann-Whitney U testi

4.4.3. Mukolitik Kullanımının Nekahat Süresi ve Sekresyon Üzerine Etkisi

Mukolitik tedavi uygulanan olgularda nekahat süresi ortanca 5 gün (1–13 gün), mukolitik tedavi uygulanmayanlarda ise ortanca 4 gün (1–19 gün) olarak saptanmış; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Sekresyon giderme süresi mukolitik kullanan grupta ortanca 5,5 gün (0–90 gün), kullanmayan grupta ise ortanca 0 gün (0–30 gün) olarak belirlenmiş; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). (Tablo 16).

Tablo 16. Mukolitik Kullanımının Nekahat Süresi ve Sekresyon Üzerine Etkisi

	Mukolitikile - ortanca (Min-Maks)	Mukolitiksiz -ortanca (Min-Maks)	p
nekahat	5-(1-13)	4-(1-19)	<0,01
sekresyon	5,5-(0-90)	0-(0-30)	<0,01

Mann-Whitney U Test

4.5. Topikal ve Diğer Semptomatik Tedavi Alışkanlıkları

4.5.1. Burun Spreyi Kullanım Alışkanlıkları ve Reçete Edilme Oranı

Ateşli ve ateşsiz tüm AVÜSYE ler ele alındığında Burun spreyi reçete edilen hasta sayısı 156 (%40,1) .Bunlardan 6 kişi (%2,7) 6 gün, 16 kişi (%7,1) 7 gün, 3 kişi (%1,3) 10 gün, 3 kişi (%1,3) 11 gün veya daha fazla kullanmıştır. Kullanım süresi ortanca değeri 3 minimum 0 maksimum 11dir.

Piyasada yaygın olarak bulunan burun spreylerinde 10 ml çözelti bulunur ve her püskürtme yaklaşık 0,156 ml ilaç verir.Bu miktarla bir burun spreyi 64 doz içerir bu da 16 günlük tedavi anlamına gelmektedir. (Tablo17).

Tablo 17. Burun spreyi kullanımına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Burun spreyi kullanan kişi sayısı	148
Kullanım süresi ortanca değer (gün)	3
Minimum (gün)	0
Maksimum(gün)	11

4.5.2. Gargara ve Boğaz Spreyi Kullanım Alışkanlıkları ve Reçete Edilme Oranı

Hastalara subjektif bir bulgu olarak gargara ya da boğaz spreyinden AVÜSYE semptomatik tedavisinde fayda görüp görmedikleri sorulduğunda toplam %48,9'unun gargara veya boğaz spreyinin "yardımcı olmadığını" veya "biraz yardımcı olduğunu" belirttiği, buna karşılık %51,1'inin ise "yardımcı olduğunu" veya "çok yardımcı olduğunu" ifade ettiği görülmektedir.(Tablo 18)

Tablo 18. Gargara –boğaz spreyinin hastalara subjektif etkisi

Gargara- boğaz spreyiHissedilen fayda	sayı	Toplam yüzde
Yardımcı olmadı	21	15.3 %
Biraz yardımcı oldu	46	33.6 %
Yardımcı oldu	45	32.8 %
Çok yardımcı oldu	25	18.2 %

Ateşli hastalarda gargara veya boğaz spreyi kullananların boğazda yanma süresi ortanca 4 gün (0–60 gün), kullanmayanların ise ortanca 3 gün (0–90 gün) olarak saptanmış; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Ateşsiz hastalarda gargara veya boğaz spreyi kullanan grubun boğazda yanma süresi ortanca 3 gün (0–15 gün), kullanmayan grubun ise ortanca 2 gün (0–30 gün) olarak belirlenmiş; bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$). Tüm hastalar birlikte değerlendirildiğinde, gargara veya boğaz spreyi kullanan grubun ortanca boğazda yanma süresi 4 gün (0–60 gün), kullanmayan grubun ise 3 gün (0–30 gün) olarak tespit edilmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). (Tablo 19).

Tablo 19. Boğaz spreyi ve gargara kullanımına göre boğazda yanma süresi

	Gargara- boğaz spreyi kullanan boğazda yanma süresi - ortanca (Min-Maks)	Gargara- boğaz spreyi kullanmayan boğazda yanma süresi - ortanca (Min-Maks)	p
Ateşli Hasta	4-(0-60)	3-(0-90)	<0,01
Ateşsiz Hasta	3-(0-15)	2-(0-30)	0,002
total	4--(0-60)	3-(0-30)	<0,01

Mann-Whitney U Test

4.6.Antibiyotik Talebi

4.6.1.Antibiyotik Talebi ile Semptomatik Tedavi Kullanımının İlişkisi

Hastaların kullandıkları SKİ adedi ile hekimden antibiyotik talep etme oranı arasında bir ilişki olup olmadığını incelenmiştir. (Tablo 20).

Tablo 20. AVÜSYE antibiyotik talep eden hasta sayısı

AVÜSYE AB Talebi	n (%).
Evet	33(7,4%).
Hayır	410(92,6%).

Antibiyotik (AB) kullanan olgularda semptom kontrolü için SKİ kullanım adedi ortanca 9 (0–20), antibiyotik kullanmayanlarda ise ortanca 6 (0–40) olarak saptanmış; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,344). Nekahat süresi antibiyotik kullananlarda ortanca 4 gün (1–11 gün), kullanmayanlarda ise ortanca 4,5 gün (1–19 gün) bulunmuş olup, bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,306). (Tablo 21).

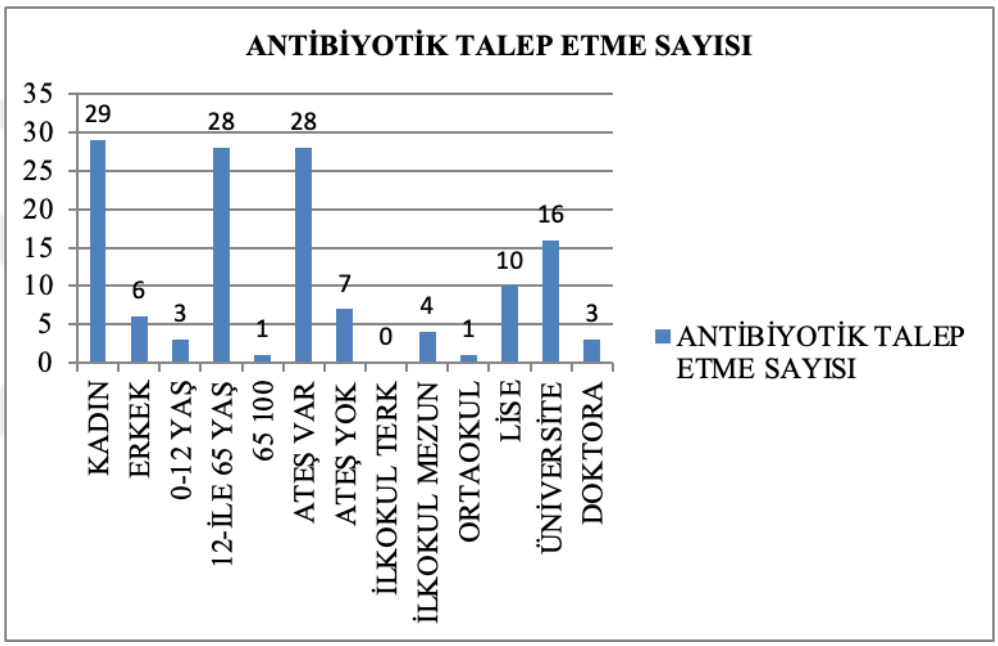
Tablo 21. Antibiyotik talebi ile semptomatik kombine ilaç tedavisi kullanımının ilişkisi **T**

	AB kullanan AVÜSYE de Ortanca (Min-Maks)	AB kullanmayan AVÜSYE de Ortanca (Min-Maks)	P
SKİ kullanım adeti	9-(0-20)	6-(0-40)	0,344
Nekahat süresi	4-(1-11)	4,5-(1-19)	0,306

4.6.2.Cinsiyet ve Eğitim Değişkenlerine Göre Antibiyotik Talep Oranları”

Katılımcıların 38,9 % u erkek iken antibiyotik talep edenlerin17.1 % i erkek olduğu kadınların erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla antibiyotik talep ettiği görülmüştür**(**p=0,023**).**. Kadın katılımcıların %11,4’ü (n=26) antibiyotik talep etmişken, erkek katılımcıların %4,4’ü (n=6) antibiyotik talep etmiştir. Kadınların %88,6’sı (n=202), erkeklerin ise %95,6’sı (n=130) antibiyotik talebinde bulunmamıştır.

Katılımcıların 48,1 % u üniversite ve doktora mezunu iken antibiyotik talep edenlerin55,8 % i üniversite ve doktora mezunu ,Katılımcıların 29,4 % u orta okul ve daha aşağı bir okul mezunu iken antibiyotik talep edenlerin14.7 % si orta okul ve daha aşağı bir okul mezunu olarak tespit edilmiştir.Katılımcıların 22,5 % u lise mezunu iken antibiyotik talep edenlerin 29,5 % i lise mezunu olarak tespit edilmiştir.Farklı eğitim düzeylerine sahip kişilerin antibiyotik talep etme oranları birbirinden anlamlı şekilde farklı bulunmamıştır**(**p=0,414**)** (Şekil 5)



Şekil 4. Denografik özellik ve ateş durumuna göre Antibiyotik talep etme sayısı

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, akut viral üst solunum yolu enfeksiyonlarının semptomatik tedavisinde reçete edilen ilaçların kutu içeriği sayısının optimizasyonuna yönelik Türkiye'deki öncü çalışmalardan biridir. Araştırma Payas 4 No'lu ASM evreninde yürütülmüş, AVÜSYE hastalarında kullanılan ilaçların miktarı ve reçeteleme davranışları değerlendirilmiştir. Bulgular, hem ateşli hem de ateşsiz olgularda reçete edilen ilaçların kutu içeriğinin, hastaların gerçek kullanım miktarlarının oldukça üzerinde olduğunu göstermiştir. Bu durum, tedavi sonrası önemli miktarda atıl ilacın kalmasına neden olmakta ve ilaç kutu içeriklerinin mevcut haliyle optimal olmadığını ortaya koymaktadır.

Çalışmada, kutu adet sayısının hastaların gerçek ihtiyaçlarına göre belirlenmesi durumunda, aile hekimlerinin reçete tercihleri ile hasta kullanımı arasında ne derece bir uyum olabileceği de irdelenmiştir. Sonuçlar, farklı kutu içerik seçenekleri sunulduğu zaman hekim tercihlerine bırakılan ilaç miktarlarının tam anlamıyla optimizasyon sağlamadığını göstermektedir. Özellikle burun spreyleri gibi bazı ilaçların mevcut ticari formları, kontrendike olabilecek kadar yüksek dozlar içermektedir. Bu durm maliyetleri arttırmanın yanı sıra ,kalan ilacın uygun olmayan koşullarda saklanması veya gelişigüzel kullanılması halinde hasta güvenliğini riske atma potansiyeli taşımaktadır.

Anket sonuçları, balgam söktürücü ve öksürük şuruplarının nekahat süresi üzerinde anlamlı bir etki yaratmadığını göstermektedir. Bazı hastaların bu ilaçları kullanırken kendilerini daha iyi hissettiğini ifade etmesi, rutin kullanım için yeterli gerekçe oluşturmamaktadır. Bu ilaçların büyük kutu içerikleri, tedavi süresi dışında kalan dozların atıl kalmasına ve gereksiz kullanımına neden olmaktadır. Bu nedenle, AVÜSYE'de bu tür ilaçların reçetelenmesinin tekrar gözden geçirilmesi, hasta memnuniyeti ile maliyet ve güvenlik dengesi temelinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmada ayrıca, ateşli AVÜSYE olgularında serum uygulamasının iyileşme sürecine anlamlı katkı sağlamadığı, hatta hafif bir gecikmeye neden olabileceği saptanmıştır. Hızlı iyileşme beklentisiyle yapılan bu uygulama, özellikle ehil olmayan kişiler tarafından uygulandığında komplikasyon riskini artırmaktadır. ASM ortamında

yapılan serum uygulamaları, sağlık hizmetlerinin aksamasına ve iş gücünün verimsiz kullanımına yol açabilmektedir. Benzer şekilde, ateşli vakalarda intramüsküler enjeksiyonların iyileşme süresini bir miktar kısalttığı görülmüştür. Ancak etki büyüklüğünün düşük olması nedeniyle bunun klinik anlamlılığı dikkatle değerlendirilmelidir. Ateşsiz vakalarda ise intramuskuler enjeksiyonun iyileşme süresine bir etkisi gözlenmemiştir.

Serum ve enjeksiyon uygulamalarının AVÜSYE'de hangi durumlarda gerekli olduğu konusunda aile hekimliğine özgü algoritmalar ve klinik protokoller oluşturulmalıdır. Ayrıca, hastaların antibiyotik ve serum talepleri üzerine yapılan değerlendirmede, 2018 yılında başlatılan "Akılcı Antibiyotik Kullanımı" kampanyasının farkındalığı artırdığı, antibiyotik talep oranlarını düşürdüğü görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe antibiyotik talebi artmakta, kadınlar erkeklere göre daha fazla talep göstermektedir.

Son olarak, hastaların evlerinde bulunan atıl ilaç miktarı ve ilaç stoklama alışkanlıkları incelenmiş, ilaç talebiyle doğrudan ilişkili bulunmasa da eğitim düzeyi arttıkça atıl ilaç miktarının azaldığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, ilaçların kutu içeriklerinin optimal olmamasının ve hastaların reçetelenen ilaçları tam olarak kullanmamasının önemli rol oynadığını göstermektedir. Atıl ilaç oluşumunu önlemek için, reçetelendirme sürecinde kutu içeriklerine müdahale edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

5.1. Literatürle Karşılaştırma

Literatürde, nonspesifik viral enfeksiyon ardından oluşan subakut öksürüğe yönelik kullanılan ilaçların etkinliğinin sınırlı olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda ise öksürüğün büyük ölçüde akut özellik taşıdığı, bu akut dönemde kullanılan ilaçların da belirgin bir tedavi edici etkisinin bulunmadığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, gerek subakut gerekse akut öksürük durumlarında mevcut tedavi seçeneklerinin etkisinin sınırlı kaldığını göstermektedir. 2018'deki bir çalışma, altı randomize klinik denemeyi (RCT) analiz etmiştir.

Araştırma verilerimiz, literatüre göre farklılık göstermektedir. Literatüre göre öksürük genellikle 3-8 hafta sürerken, araştırmamıza göre bu süre çoğunlukla 1 haftadır.

Hem literatür hem de araştırma verilerimiz, ilaçların bu süreçte belirgin bir fayda sağlamadığını, yani etkisiz olduğunu göstermektedir (57).

Çalışmamızda, üst solunum yolu enfeksiyonlarında sık kullanılan NSAİD'lerin ve analjeziklerin kullanım durumu ve etkinliği incelenmiştir. Literatürde, parasetamol ve ibuprofen gibi ateş düşürücü ilaçların bağışıklık yanıtını baskılayabileceği ve iyileşme sürecini uzatabileceği belirtilmektedir (58). Ayrıca, bazı çalışmalar aspirin ve ibuprofenin viral replikasyonu artırabileceğini göstermektedir (59).

NSAİD'lerin boğaz, baş ve kas ağrısı gibi semptomları kısa sürede hafifletebildiği ve hastaların kendilerini daha iyi hissetmesine katkı sağladığı bilinmektedir. Ancak, bu ilaçların hastalık süresini kısalttığına dair güçlü bir bilimsel kanıt bulunmamaktadır (60). Hapşırma gibi bazı semptomlarda olumlu etkiler gözlenirken, öksürük ve diğer solunum sistemi şikâyetleri üzerindeki etkileri sınırlı kalmaktadır (61).

Araştırmamızda, AVÜSYE hastalarının reçete edilen analjezik veya NSAİD leri ortalama kaç gün kullandığı belirlenmiştir. Bu bulgu, literatürde kullanım miktarına dair yeterli veri bulunmaması nedeniyle önemli bir katkı sunmaktadır. Öte yandan, çalışmamızda NSAİD'lerin olası bağışıklık baskılayıcı etkileri, viral replikasyon üzerindeki rolleri ya da yan etkilerine ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır.

Laura Decks ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında, toplam 15 araştırma (1838 katılımcı) incelenmiş ve nazal dekonjestanların soğuk algınlığı semptomlarını azaltmadaki etkinliği ve güvenliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda 9'u psödoefedrin, 3'ü ise oksimetazolin içeren tedavi protokollerine odaklanmıştır.

Semptom Süreleri: İncelenen çalışmaların 10'unda semptom süresi üç günden kısa, 3'ünde ise beş günden kısa olarak bildirilmiştir.

Sonuçlar: Tek dozluk nazal dekonjestan uygulamalarının etkinliği hakkında sınırlı sayıda veri mevcuttur. Birden fazla doz kullanımında, erişkin bireylerde burun tıkanıklığına dair öznel şikâyetlerde hafif düzeyde iyileşme görülebileceği belirtilmiştir. Ancak bu etkinin klinik anlamlılığı net olarak ortaya konulamamıştır. Ayrıca, oral ya da topikal nazal dekonjestanların etkinliğini karşılaştıran yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu ilaçların genel faydası hakkında kesin bir yargıya varılamamıştır (62).

Araştırma Bulgularımız ile Karşılaştırma: Çalışmamızda nazal dekonjestanların ortalama kullanım miktarı 7,7 doz, kullanım süresi ise ortalama 3,85 gün olarak saptanmıştır. Ancak, semptomların hafiflemesiyle doğrudan ilişkili veri elde edilememiştir. Bu durum, literatürdeki belirsizlikle paralellik göstermektedir ve nazal dekonjestanların etkisine dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Toplam 18 randomize kontrollü çalışmada (RCT), 4342 katılımcı (212'si çocuk) değerlendirilmiştir. Bu araştırmalarda antihistaminiklerin, doğal ya da deneysel olarak oluşturulmuş soğuk algınlığı durumlarında, plaseboya kıyasla monoterapi şeklindeki etkileri incelenmiştir.

Kısa Vadeli Etki (1-2 gün): Antihistaminiklerin, semptom şiddetini azaltmada plaseboya göre daha etkili olduğu belirlenmiştir (%45'e karşı %38). Orta ve Uzun Vadeli Etki (3-10 gün): Bu dönemde ise antihistaminiklerin plaseboya göre anlamlı bir avantaj sağlamadığı görülmüştür. Üçüncü günde rinore (burun akıntısı) ve hapşırma üzerindeki etkilerinin klinik açıdan anlamlı olmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca, çocuklarda antihistaminik kullanımının etkinliğine dair yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Literatürde, üst solunum yolu enfeksiyonlarında antihistaminiklerin 3. günden sonra plaseboya benzer etkiler gösterdiği bildirilmiştir. Araştırmamızda ise antihistaminiklerin tek başına ortalama 5 gün boyunca kullanıldığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, kombine grip ilaçları içinde yer alan antihistaminikler de dikkate alındığında, bu tür ilaçların ateşli viral enfeksiyonlarda ortalama 7,1 adet; ateşsiz enfeksiyonlarda ise ortalama 5,7 adet kullanıldığı saptanmıştır. Günlük kullanım ortalaması 1,7 olduğunda, ateşli enfeksiyonlarda ortalama kullanım süresi 4,176 gün; ateşsizlerde ise 3,335 gün olarak hesaplanmıştır (63).

5.2.1.Litaratürdeki yada Referans Kaynaklardaki Epidemiyolojik Verilere Göre Sık Karşılaşılan AVÜSYE Etkenleri Ve İyileşme Süreleri İle Payas Evreninde Ankete Katılan Hastaların İyileşme Sürelerinin Karşılaştırılması yapılacak olursa

Payas evreninde gerçekleştirdiğimiz bu anketin genel toplumu ne derece temsil ettiğini değerlendirmek amacıyla, toplumda sık görülen AVÜSYE ye neden olan virüslerin iyileşme sürelerine baktık. Eğer bu virüslerin iyileşme süreleri arasında belirgin farklılıklar varsa, yaptığımız anket geneli tam anlamıyla yansıtmayabilir.

Ancak, AVÜSYE'ye neden olan tüm virüslerin iyileşme süreleri birbirine yakınsa, anketimizin genel toplumu temsil etme gücünün daha yüksek olduğu söylenebilir.

CDC'nin 15 Ekim 2024 tarihinde yayımladığı rapora göre, 200'den fazla solunum virüsünün soğuk algınlığına yol açabileceği , soğuk algınlığına yol açan farklı etkenler arasında klinik semptom süreleri açısından anlamlı bir ayrım yapılmadığı, genel olarak soğuk algınlığı belirtilerinin enfeksiyon sonrası 2–3 gün içerisinde en yoğun seviyeye ulaştığı ve semptomların çoğunlukla 7 günden kısa sürede gerilediği ifade edilmiştir.Öte yandan, grip enfeksiyonlarında semptomların süresinin bireyler arasında değişkenlik gösterebildiği, çoğu vakanın tedavi gerektirmeyecek düzeyde hafif seyrettiği ve semptomların 5 ila 7 gün kadar sürebileceği de CDC raporunda vurgulanmıştır.

Literatürde, viral enfeksiyonlara bağlı öksürük tedavisinde kullanılan ilaçların etkinliğinin sınırlı olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda da, öksürüğün çoğunlukla akut dönemde ortaya çıktığı ve bu süreçte kullanılan ilaçların belirgin bir tedavi edici etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Literatürde öksürük süresi genellikle 3-8 hafta olarak bildirilmektedir; ancak araştırmamızda bu sürenin çoğunlukla bir haftadan kısa olduğu tespit edilmiştir. Buna rağmen hem literatür hem de çalışmamız, ilaçların belirgin bir yarar sağlamadığını ortaya koymaktadır.

Üst solunum yolu enfeksiyonlarında sık başvurulan NSAİD'lerin semptomları kısa vadede hafifletici etkileri bulunsa da, hastalık süresini kısalttıklarına dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Ayrıca bazı kaynaklar, bu ilaçların bağışıklık yanıtını baskılayarak iyileşmeyi geciktirebileceğini ve viral çoğalmayı artırabileceğini öne sürmektedir. Çalışmamızda, NSAİD kullanım süresine dair özgün veriler sunulmuş, ancak bu ilaçların bağışıklık sistemi üzerindeki etkileri değerlendirilmemiştir.

Nazal dekonjestanlarla ilgili meta-analizlerde, bu ilaçların burun tıkanıklığına yönelik kısa süreli ve hafif düzeyde fayda sağladığı, ancak klinik açıdan anlamlı etkinin net olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda da ortalama 3,85 gün kullanım süresi saptanmış, ancak semptomlarla doğrudan ilişkilendirilmiş fayda gösterilememiştir. Bu durum, literatürdeki belirsizlikle örtüşmektedir.

Antihistaminiklerin soğuk algınlığında kısa vadede (ilk 1-2 gün) sınırlı düzeyde etkili olabildiği, ancak üçüncü günden itibaren plaseboyla benzer etkiler gösterdiği bildirilmiştir. Araştırmamızda, antihistaminiklerin tek başına ortalama 5 gün süreyle

kullanıldığı, kombine grip ilaçlarında ise kullanım miktarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yine de uzun vadeli belirgin bir tedavi etkisi gözlemlenmemiştir.

Payas bölgesinde yürütülen araştırmamızın toplumun genelini temsil edip etmediğini değerlendirmek amacıyla, sık karşılaşılan AVÜSYE etkenlerinin iyileşme süreleri literatürle karşılaştırılmıştır. CDC'nin 2024 raporuna göre, çoğu viral etkenin semptom süresi benzerlik göstermekte ve semptomlar genellikle 2-3 gün içinde zirveye ulaşıp 7 gün içinde gerilemektedir. Bu benzerlik, anketimizin toplumu temsil etme gücünü desteklemektedir.

Bu çalışma, akut viral üst solunum yolu enfeksiyonlarında kullanılan semptomatik ilaçların kutu içeriği miktarlarının hasta ihtiyaçları ile ne derece örtüştüğünü irdeleyen literatürdeki nadir çalışmalardan biridir. İlaçların kutu içeriğinin hasta tarafından kullanılan dozlarla ne ölçüde örtüştüğü sorusu, yalnızca ekonomik değil, çevresel ve tıbbi açıdan da büyük önem taşımaktadır. Elde edilen bulgular, özellikle kutuların çoğu zaman gereğinden fazla tablet içermesi nedeniyle israfın ve atıl ilaç oluşumunun yaygın olduğunu ortaya koymuştur.

Hastaların çoğu, reçetelenen ilaçları belirtilenden daha kısa süre kullandıklarını ifade etmiş, bu da doz-frekans uyumsuzluğunu ve gereksiz ilaç teminini gündeme getirmiştir. İlginç şekilde, semptomlar ortalama 3-4 gün sürmesine rağmen, reçete edilen ilaçlar genellikle daha uzun kullanım sürelerini karşılayacak şekilde verilmiştir. Bu durum hem sağlık sistemine ekonomik yük getirmekte hem de evsel atıkların artmasına neden olmaktadır.

Çalışmada toplanan veriler, hasta davranışlarının ve kullanım alışkanlıklarının detaylı analizine olanak tanımıştır. Örneğin, ailelerin çocuklarında semptomları hafifletici değil, hastalığı durdurucu bir tedavi algısı ile ilaç kullanımını artırması, optimal doz belirlenmesini güçleştirmiştir. Ayrıca eğitim düzeyinin artmasıyla antibiyotik talebinin de artması, rasyonel ilaç kullanımına yönelik ayrı bir sorun alanına işaret etmektedir.

Yine bu araştırma, yalnızca teorik değerlendirmelerle sınırlı kalmayıp, sahadan elde edilen anket ve yüz yüze görüşmelerle zenginleştirilmiştir. Bu yönüyle, hem yerel hem de uluslararası düzeyde sağlık politikalarının şekillenmesine katkı sağlayabilecek nitelikte veri sunmaktadır.

5.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu çalışma, AVÜSYE'nin semptomatik tedavisinde ilaç kutusu içeriklerinin optimizasyonuna yönelik, gerçek hasta verilerine dayanan ilk saha uygulamalarından biridir. Hasta davranışlarını yansıtan özgün bulgular sunmakta; uygulanması hâlinde ilaç optimizasyonu kaynaklı ekonomik tasarruf yoluyla ülke ekonomisine katkı sağlayabilecek potansiyele sahiptir. Ayrıca hasta kullanım alışkanlıkları ile aile hekimlerinin reçetleme tercihleri arasındaki farkı ortaya koyması açısından dikkat çekicidir. Yerel verilerle küresel düzeyde politika üretimine zemin hazırlayan ve teorik bilgileri saha gerçekliğiyle birleştiren bir niteliğe sahiptir.

Ancak çalışma, yalnızca bir bölgeden elde edilen beyana dayalı verilerle sınırlıdır; bu durum genellenebilirliği kısıtlamakta ve hatırlama yanlılığı riskini artırmaktadır. İlaç etkinliği, non-farmakolojik önerilere uyum ve Aile hekiminin reçeteleme kararlarını hasta ile birlikte aldığı durumlarda, kutu içeriği tercihinin değişip değişmeyeceği değerlendirilmemiştir. Ayrıca semptom süresi ve ilaç kullanımı üzerindeki sosyoekonomik, kültürel ve çevresel etkenler ile viral varyasyonlar göz önünde bulundurulmamıştır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada,akut viral üst solunum yolu enfeksiyonu semptomatik tedavisinde ilaç kutu adet içeriklerinin optimal kaç olması gerektiği incelenmiştir.Katılımcılar AVÜSYE semptomatik tedavisi için verilen ilaçların ne kadarını kullanıyor.İlacı yazacak olan aile hekimleri mevcut kutu adetlerini optimal buluyor mu? optimal bulmuyorlarsa kendilerine göre optimal olan değer hastaların kullandıkları miktarla örtüşüyor mu? sorularının cevabı araştırılmıştır.

Çalışmada, AVÜSYE nedeniyle reçetelenen ilaçların hastalar tarafından genellikle kutu içeriğinin çok altında kullanıldığı ve kalan ilaçların atıl hale geldiği görülmüştür. Aile hekimleri mevcut kutu adetlerini optimumun üzerinde bulmakla birlikte, dozlara uygun kutu seçenekleri olsa bile hastaların fiili kullanımından fazla ilaç reçete etme eğilimindedir. Bu durum, bilimsel verilere dayalı tek doz içeriğine uygun kutu seçeneklerinin eczanelerde bulundurulmasının daha rasyonel olacağını göstermektedir.

Bu çalışmanın bulguları, atıl ilaç oluşumunun önlenmesinde en ekonomik ve uygulanabilir yaklaşımın, ilaç kutu içeriklerinin hastaların gerçek kullanım ihtiyacına göre optimize edilmesi olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, ilaç optimizasyonunun gerekliliğini ve bu alanda yapılacak çalışmaların önemini ortaya koymuş; bu bağlamda çalışma, konuya ilişkin önemli bir adım olmuştur. Ancak, ilaç optimizasyonuna yönelik daha geniş örneklem gruplarını içeren ve farklı demografik özelliklere sahip popülasyonlarda yapılacak araştırmalar, literatüre önemli katkılar sağlayacaktır. Ayrıca, uzun vadeli ve longitudinal tasarıma sahip çalışmalar, daha sağlıklı ve genellenebilir sonuçlara ulaşılmasına yardımcı olabilir.

Öneriler

Bu çalışmanın bulguları, reçetelenen ilaç kutu adetlerinin hasta kullanım miktarlarıyla uyumlu hale getirilmesinin, rasyonel ilaç kullanımını desteklemede ve atıl ilaç oluşumunu önlemede önemli bir strateji olduğunu ortaya koymuştur. Bu doğrultuda, ilaç endüstrisinin hasta bazlı kullanım verileri doğrultusunda daha düşük doz ve kutu içerikli formlara yönlendirilmesi, ilaç optimizasyonu açısından dikkate değerdir. Reçeteleme davranışlarının özellikle semptomatik tedaviye yönelik ilaçlarda yeniden değerlendirilmesi ve mevcut reçeteleme pratiklerinin hasta kullanım alışkanlıklarıyla örtüşecek şekilde güncellenmesi gerekmektedir. Aile hekimlerinin bu tür saha araştırmalarından elde edilen verilerle düzenli olarak bilgilendirilmesi, klinik karar süreçlerinde daha isabetli tercihler yapılmasına olanak sağlayacaktır. Ayrıca irrasyonel ilaç kullanımının önlenmesine yönelik olarak, hem sağlık profesyonellerine hem de topluma yönelik sistematik eğitim ve farkındalık programlarının geliştirilmesi gerekmektedir. İlaç kutu içeriklerinin belirlenmesinde hasta davranışlarını esas alan kanıta dayalı ulusal kılavuzların hazırlanması, hem birinci basamak sağlık hizmetlerinde hem de genel sağlık politikalarında etkinliğin artırılmasına katkı sunacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Kirkpatrick GL. Soğuk algınlığı. Prim Care 1996; 23:657.

2. Alhamad H, Patel N, Donyai P Towards Medicines Reuse: A Narrative Review of the Different Therapeutic Classes and Dosage Forms of Medication Waste in Different Countries.. s.l. : PMID: 33271889; PMCID: PMC7712270., 2020.

3. Bruel, Ann Van den 28 th WONCA EUROPA konferance.. International Convention Centre (ICC), Sydney, Australia : WONCA, 2023.

4. Alcamo IE, Bergdahl J (29 Temmuz 2003).Anatomyy- coloring workbook

5. Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk C, Kolber MR, Campbell S, Eurich DT, Lindblad AJ, Vandermeer B, Allan GM. What are the most common conditions in primary care?Birincil sağlık hizmetlerinde en sık görülen rahatsızlıklar nelerdir? What are the most common conditions in primary care? Systematic review. Can Fam Physician. 2018. kanada : famşly physician canada, 2018. PMCID: PMC6234945..

6. Guibas GV, Papadopoulos NG Viral Upper Respiratory Tract Infections.. 2017, Cham: Springer International Publishing. İSVİÇRE, s. 1-25.

7. Naz R, Gul A, Javed U, Urooj A, Amin S, Fatima Z. Etiology of acute viral respiratory infections common in Pakistan. 2024, PMC.

8. Colosia, A., Costello, J., McQuarrie, K., Kato, K., & Bertzos, K. Systematic literature review of the signs and symptoms of respiratory syncytial virus. Influenza and other respiratory viruses,. (2023, https://doi.org/10.1111/irv.13100.

9. Irwin, R. S., French, C. L., Chang, A. B., Altman, K. W. CHEST Expert Cough Panel* (2018). Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest, 153(1), 196–209PMID: 29080708, s. https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.10.016.

10. Livier Castillo, J., Flores Valdés, J. R., Maney Orellana, M., Satish, S., Ijioma, C. E., Benjamin, J., Ramirez Alvarez, E., Martinez Ramirez, M., Arruarana, V. S., & Calderon Martinez. The Use and Efficacy of Oral Phenylephrine Versus Placebo Treating Nasal Congestion Over the Years on Adults: A Systematic Review. Cureus. 2023, PMID: 38125218 PMCID: PMC10730950, s. https://doi.org/10.7759/cureus.49074.

11. Alaje, E. O., Udoh, E. E., Akande, P. A., Odey, F. A., & Meremikwu, M. M. Ibuprofen versus paracetamol for treating fever in preschool children in Nigeria: a randomized clinical trial of effectiveness and safety. 2020.PMID: 33224416

PMCID: PMC7664141, The Pan African medical journal, , s. 36, 350. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.350.21393.

12. Pappas DE,Hendley JO.,Hayden FG,Winter B Okul çağındaki çocuklarda soğuk algınlığının semptom profili pediatr Infect Dis J2008 27 8

13. StatPearls Publishing.PMID: 29630273 Kitaplık Kimliği: NBK493221, 2023.

14. Anderson, J., & Paterek, E. tonsillitis. s.l. : Tonsillitis. In StatPearls. StatPearls Publishing. PMID: 31335062 Kitaplık Kimliği: NBK544342, 2023.

15. Corsello, A., Marangoni, M. B., Macchi, M., Cozzi, L., Agostoni, C., Milani, G. P., & Dilena, R. Ateşli Nöbetler: Farklı Kılavuzların Sistematik Bir İncelemesi. italya : PMID: 38653182 DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2024.03.024, 2024.

16. Offringa, M., Newton, R., Nevitt, S. J., & Vraka, K. Çocuklarda ateşli nöbetler için profilaktik ilaç yönetimi. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003031.pub4 : Prophylactic drug management for febrile seizures in children. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD003031., 2021.

17. Livier Castillo J, Flores Valdés JR, Maney Orellana M, Satish S, Ijioma CE, Benjamin J, Ramirez Alvarez E, Martinez Ramirez M, Arruarana VS, Calderon Martinez E. The Use and Efficacy of Oral Phenylephrine Versus Placebo Treating Nasal Congestion Over the Years on Adults: A Systematic Review. Cureus. . s.l. : Nov 19;15(11):e49074. doi: 10.7759/cureus.49074. PMID: 38125218; PMCID: PMC10730950, 2023.

18. Deckx L, De Sutter AI, Guo L, Mir NA, van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. s.l. : Oct 17;10(10):CD009612. doi: 10.1002/14651858.CD009612.pub2. PMID: 27748955; PMCID: PMC6461189, 2016.

19. ang M, Chen J, Ding Y, Gan C, Hou Y, Lei J, Wan M, Li X, Xiao Z. .Efficacy and Safety of Sea Salt-Derived Physiological Saline Nasal Spray as Add-On Therapy in Patients with Acute Upper Respiratory Infection: A Multicenter Retrospective Cohort Study. Med Sci Monit. s.l. : 11;27:e929714. doi: 10.12659/MSM.929714. PMID: 33974619; PMCID: PMC8122848.dici şekilde iyileştirmiştir., 2021.

20. Llor C, Moragas A, Ouchi D, Monfà R, Garcia-Sangenís A, Gómez-Lumbreras A, Pera H, Pujol J, Morros R. Effectiveness of antitussives, anticholinergics, and honey versus usual care in adults with uncomplicated acute bronchitis: a multiarm randomized clinical trial. 28;40(2):407-413. doi: 10.1093/fampra/cmac112. PMID: 36239199; PMCID: PMC9619792 : fam praticere, 2023 Mar .

21. Garcia-Sanchez A, Peña-Cardelles JF, Ordonez-Fernandez E, Montero-Alonso M, Kewalramani N, Salgado-Peralvo AO, Végh D, Gargano A, Parra G, Guerra-Guajardo LI, Kozuma W. Povidone-Iodine as a Pre-Procedural Mouthwash to Reduce the Salivary Viral Load of SARS-CoV-2: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Int J Environ Res Public Health. s.l. :

1;19(5):2877. doi: 10.3390/ijerph19052877. PMID: 35270569; PMCID: PMC8909935., 2022 mart.

22. Yu YT, Deng JL, Jin XR, Zhang ZZ, Zhang XH, Zhou X. Effects of 9 oral care solutions on the prevention of oral mucositis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). . s.l. : 99(16):e19661. doi: 10.1097/MD.0000000000019661. PMID: 32311938; PMCID: PMC7220734, . . 2020 Apr.

23. Batista KS, Cintra VM, Lucena PAF, Manhães-de-Castro R, Toscano AE, Costa LP, Queiroz MEBS, de Andrade SM, Guzman-Quevedo O, Aquino JS. ;The role of vitamin B12 in viral infections: a comprehensive review of its relationship ith the muscle-gut-brain axis and implications for SARS-CoV-2 infection. s.l. : 10;80(3):561-578. doi: 10.1093/nutrit/nuab092. PMID: 34791425; PMCID: PMC8689946., Nutr Rev. 2022 Feb .

24. Tiralongo E, Wee SS, Lea RA. Elderberry Supplementation Reduces Cold Duration and Symptoms in Air-Travellers: A Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial. Nutrients. s.l. : 24;8(4):182. doi: 10.3390/nu8040182. PMID: 27023596; PMCID: PMC4848651.r., 2016 Mar .

25. s. core components.Promoting rational use of medicines. World Health Organization (WHO).

26. Graham, N. M. The epidemiology of acute respiratory infections in children and adults: a global perspective." (1990). s.l. : Epidemiologic Reviews, 12, 149-178.

27. Eccles, R Understanding the symptoms of the common cold and influenza.. s.l. : The Lancet Infectious Diseases, 5(11), 718-725. doi:10.1016/S1473-3099(05)70270-X., 2005.

28. Plaisance, K. I., & Mackowiak, P. A. Antipyretic therapy: physiologic rationale, diagnostic implications, and clinical consequences2000, Archives of Internal Medicine, s. 160(4), 449-456. doi:10.1001/archinte.160.4.449.

29. Kluger, M. J., Kozak, W., Conn, C. A., Leon, L. R., & Soszynski, D. "The adaptive value of fever." Infectious Disease Clinics of North America. 1998, s. 10(1), 1-20. doi:10.1016/S0891-5520(05)70318-6.

30. Stanley, E. D., Jackson, G. G., Panusarn, C., Rubenis, M., & Dirda.Increased virus shedding with aspirin treatment of rhinovirus infection. JAMA, 231(12), 1248-1251. doi:10.1001/jama.1975.03240240024020.

31. Graham, N. M., Burrell, C. J., Douglas, R. M., Debelle, P., & Davies, L.Adverse effects of aspirin, acetaminophen, and ibuprofen on immune function, viral shedding, and clinical status in rhinovirus-infected volunteers. The Journal of Infectious Diseases, s. 162(6), 1277-1282. doi:10.1093/infdis/162.6.1277aynak: Graham, N. M. (1990). "The epidemiology of acute respiratory infections in children and adults: a global perspective." Epidemiologic Reviews, 12, 149-178.

32. S Akşit .Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları cilt 11 • sayý 4 • 135 ttb.org.tr. STED, 2002, s. sted 2002 •.

33. Cannon JG. Ateşe bakış açısı: temel bilim ve geleneksel tıp. Complement Ther Med. 2013;21(Suppl 1):S54–S60. doi: 10.1016/j.ctim.2011.08.002. [DOI] [PubMed] [Google Akademik]

34. Earn DJ, Andrews PW, Bolker BM. Ateşi bastırmanın popülasyon düzeyindeki etkileri. Proc Biol Sci. 2014;281:20132570. doi: 10.1098/rspb.2013.2570. [DOI]]

35. Marti, J., & Apolone, G.Antipyretic therapy: evidence-based use of antipyretics in fever management. 2005, Expert Opinion on Pharmacotherapy, s. 6(12), 2131-2145. doi:10.1517/14656566.6.12.2131.

36. Dingle, J. T., et al Analgesic efficacy and safety of over-the-counter analgesics in the treatment of common cold symptoms.. 2004, American Journal of Therapeutics, , s. 11(2), 83-95. doi:10.1097/01.mjt.0000109792.76564.5a.

37. Mackowiak, P. A Antipyretic therapy: Physiologic rationale, diagnostic implications, and clinical consequences.. 2000, Archives of Internal Medicine, s. 160(4), 449-456. doi:10.1001/archinte.160.4.449.

38. Eccles, R., & Subratty, A. H The effects of a topical nasal decongestant on nasal airflow in volunteers with naturally acquired common cold.. 2006, American Journal of Rhinology, s. 20(2), 189-193.

39. Wahid, N. W. B., & Shermetaro , C. Rhinitis Medicamentosa. In StatPearls. StatPearls Publishing2023, s. PMID: 30855902 Kitaplık Kimliği: NBK538318.

40. Moss J, Fedok F. Complications of the medical and surgical therapy of chronic rhinosinusitis. 2004, Otolaryngologic Clinics of North America, s. 37(2): 437-55.

41. Becker SS, Simpson MG Nasal decongestants in the treatment of sinusitis.. Curr Allergy Asthma Rep. 2008, s. ; 8(2): 116-20.

42. Elbadawi LI, Talley P, Rolfes MA, ve diğerleri Amerika Birleşik Devletleri'nde 2014-2015 Grip Sezonunda Kabakulak Dışı Viral Parotit.. 2018, Clin Infect Dis 2018; 67:493, s. 67:493.

43. Rolfes MA, Millman AJ, Talley P, ve diğerleri. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2014-2015 Grip Sezonunda Griple İlişkili Parotit. 2018, Clin Infect Dis 2018; 67:485.

44. De Sutter AI, Saraswat A, van Driel ML. Soğuk algınlığı için antihistaminikler. 2015, Cochrane Veritabanı Syst Rev 2015; :CD009345.

45. P. V., Eccles, R., Blaiss, M. S., & Wingertzahn, M. A.Antihistamines in the treatment of chronic cough due to post-nasal drip syndrome: Efficacy and mechanism of action. , 2015, Journal of Allergy and Clinical Immunology, s. 20:21210.

46. Schifano, F., Chiappini, S., Miuli, A., Mosca, A., Santovito, M. C., Corkery, J. M., Guirguis, A., Pettorruso, M., Di Giannantonio, M., & Martinotti, G. (2021). Focus on Over-the-Counter Drugs' Misuse: A Systematic Review on Antihistamines, Cough Medicines, and Decongestants. Frontiers in psychiatry, 12, 657397. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.657397Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ (Ed.), Elsevier

47. Cohen YZ, Dolin R. Influenza. 19. bask, s. . s.1209., Harrison's Principles of Internal Medicine, 2015 newyork

48. Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, ve diğerleri Mevsimsel Gribin Tanısı, Tedavisi, Kemoprofilaksisi ve Kurumsal Salgın Yönetimine İlişkin 2018 Güncellemesi Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği'nin Klinik Uygulama Kılavuzları:.. 2019, s. Clin Infect Dis 2019; 68:e1.

49. Benhamou, D., Weiss, M., Borms, M., Lucaci, J., Girgis, H., Frolet, C., Baisley, W. T., Shoushi, G., Cribbs, K. A., & Wenk, M. Assessing the Clinical, Economic, and Health Resource Utilization Impacts of Prefilled Syringes Versus Conventional Medication Administration Methods: Results From a Systematic Literature Review. 2024, The Annals of pharmacotherapy, 58(9), 921–934., s. PMID: 38014840 DOI: 10.1177/10600280231212890.

50. Sewell, B., Francis, N., Harris, S., Gillespie, D., Bates, J., White, P., Alam, M. F., Hood, K., Butler, C. C., & Fitzsimmons, D. Cost-effectiveness of C-reactive protein point of care testing for safely reducing antibiotic consumption for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease as part of the multicentre, parallel-arm, open, individually randomised, controlled . 2024, BMJ open, 14(11), e084-PMID: 39609022 PMCID: PMC11660330 DOI: 10.1136/bmjopen-2024-084144, s. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084144.

51. Albrecht, H. H., Dicpinigaitis, P. V., & Guenin, E. P. (2017). Role of guaifenesin in the management of chronic bronchitis and upper respiratory tract infections. Multidisciplinary respiratory medicine, 12, 31. https://doi.org/10.1186/s40248-017-0113-4

52. Chow AW, Benninger MS, Brook I, ve diğerleri. Çocuklarda ve yetişkinlerde akut bakteriyel rinosinüzit için IDSA klinik uygulama kılavuzu. Clin Infect Dis 2012; 54:e72.

53. Schroeder, K., & Fahey, T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults. 2002, BMJ (Clinical research ed.), s. 324(7333), 329–331.

54. Paul, I. M., Beiler, J. S., McMonagle, A., Shaffer, M. L., Duda, L., & Berlin, C. M. Effect of dextromethorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. 2012, Pediatrics, s. 114(1), e85-e90.

55. Meltzer, E. O., & Bachert, C. Treating upper respiratory infections in an era of increasing antibiotic resistance: common sense solutions. Cochrane Database of Systematic Reviews, s. (4), CD006821.2015

56. King, D., Mitchell, B., Williams, C. P., & Spurling, G. K. "Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database of Systematic Reviews, s. (4), CD006821.2015

57. Hemilä, H., & Chalker, E Vitamin C for preventing and treating the common cold. 2015, Cochrane Database of Systematic Reviews, s. (1), CD000980.

58. arrett B, Brown R, Voland R, ve diğerleri. Rinovirüs enfeksiyonunun anket ve laboratuvar ölçümleri arasındaki ilişkiler Eur Respir J ., s. r J 2006; 28:358.

59. Treatments for subacute cough in primary care: systematic review and meta-analyses of randomised clinical trials. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 68(675), e694–e702. https://doi.org/10.3399/bjgp18X698885

60. Eccles, R. "Understanding the symptoms of the common cold and influenza. The Lancet Infectious Diseases, 2005. 5(11), 718-725. doi:10.1016/S1473-3099(05)70270-X.

61. Kluger, M. J., Kozak, W., Conn, C. A., Leon, L. R., & Soszynski, D. The adaptive value of fever Infectious Disease Clinics of North America 1998. , 10(1), 1-20. doi:10.1016/S0891-5520(05)70318-6.

62. Marti, J., & Apolone, G. "Antipyretic therapy: evidence-based use of antipyretics in fever management Cilt Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2005, Cilt Expert Opinion on Pharmacotherapy. 6(12), 2131-2145. doi:10.1517/14656566.6.12.2131.

63. Kim, S. Y., Chang, Y. J., Cho, H. M., Hwang, Y. W., & Moon, Y. S. (2015). Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. The Cochrane database of systematic reviews, 2015(9), CD006362. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006362.pub4

64. Deckx, L., De Sutter, A. I., Guo, L., Mir, N. A., & van Driel, M. L. (2016). Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. The Cochrane database of systematic reviews, 10(10), CD009612. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009612.pub2 PMID: 27748955; PMCID: PMC6461189..

65. De Sutter, A. I., Saraswat, A., & van Driel, M. L. (2015). Antihistamines for the common cold. The Cochrane database of systematic reviews, 2015(11), CD009345. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009345.pub2.

66. Jara JH, Katz MA, Khuri-Bulos N, Krishnan A, de Leon O, Lucero MG, McCracken JP, Mira-Iglesias A, Moïsi JC, Munywoki PK, Ourohiré M, Polack FP, Rahi M, Rasmussen ZA, Rath BA, Saha SK, Simões EA, Sotomayor V,

Thamthitiwat S, Treurnicht FK, Wamukoya M, Yosh Global burden of respiratory infections associated with seasonal influenza in children under 5 years in 2018: 20 Virus Global Epidemiology Network. Respiratory Lancet Glob Health. , 2020 apr, Cilt 10.1016/S2214-109X(19)30545-5. PMID: 32087815; PMCID: PMC7083228..

8. EKLER

Ek-A. OnamFormu

Ek-B. Hasta AnketFormu

Ek-C. Aile Hekimi Anket Formu

Ek-D. HatayMustafaKemalÜniversitesiEtikKurulOnayBelgesi

Ek-B.Anket Formu Hasta

Viral Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu semptomatik tedavisinde maliyet açısından akılcı ilaç kullanımına yaklaşım

Değerli Katılımcı 'Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu semptomatik tedavisinde maliyet açısından akılcı ilaç kullanımına yaklaşım'adındaki bu çalışmamız ile verilen rahatlatıcı ilaçların kutularındaki ilaç adetinin optimal olup olmadığını ,optimal değil ise optimalinin ne olması gerektiğini araştırmak amacıyla oluşturuldu .Katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup çalışmada kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır Tüm katılımcıların cevapları isim kullanılmadan değerlendirilecektir

Dr Erkan Yüksel

* Zorunlu soruyu belirtir

1-*Çalışmaya katılmayı kabul ediyormusunuz?

A. Evet
B. hayır

1. Cinsiyetiniz?

A. Kadın
B. Erkek

2. Yaş Aralığı

A. . 0-12
B. 13-65
C. 66 üstü

3. –Eğitim durumunuz

A. İlkokul terk
B. .ilkokul
C. Orta okul
D. Lise
E. Üniversite

F. Doktora yada yüksek lisans

6-Viral Akut üst solunum yolu hastalığınız(grip nezle gibi virüslerle oluşan kulak burun yada boğazınızı ilgilendiren hastalığınız) seyri boyunca ateş yada titreme üşüme nöbetiniz oldu mu?

Not Doktorunuzun Antibiyotik yazmayı uygun görmediği Akut Üst Solunum Enfeksiyonu Viral Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu olarak kabul edilecektir

A. Oldu
B. Olmadı

7. Viral Akut üst solunum yolu hastalığınız ile alakalı kaç adet ilaç reçete edildi?

A. 1
B. 2
C. 3
D. 4
E. 5
F. 5 den daha fazla

8-Grip ilacı verildi mi ?(Cevabınız hayır ise 11.soruya geçiniz)

A. Evet
B. Hayır

8.-Verilen grip ilacının ismini biliyorsanız yazar mısınız? (ismini bilmiyorsanız verildi ama ismini bilmiyorum yazınız)

Cevap Lütfen Yazıyla……..

9. Grip ilacını kaç gün kullandınız lütfen sayı ile yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

10-Grip ilacını kaç adet kullandınız lütfen sayı ile yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

11-Verilen ağrı kesicinin ismini yazar mısınız? (verildi ama ismini bilmiyorsanız ismini bilmiyorum yazınız)

Cevap Lütfen Yazıyla

12-Ağrı kesiciyi kaç GÜN kullandınız

Cevap Lütfen rakamla:

13-Ağrı kesiciyi kaç ADET kullandınız

Cevap Lütfen rakamla:

14-Burun spreyi verildi mi?(cevabınız hayır ise 17.soruya geçiniz)

A. Evet
B. Hayır

15-Burun spreyinin adını yazarmısınız? (İsmini bilmiyorsanız ismini bilmiyorum yazınız)

Cevap Lütfen Yazıyla

16-Burun spreyini kaç gün kullandınız?

Cevap Lütfen rakamla:

17-Gargara yada boğaz spreyi verildi mi ?(cevabınız hayır ise 21.soruya geçiniz)

A. Evet
B. Hayır

18-Gargara yada boğaz spreyinin ismini yazar mısınız? (İsmini bilmiyorsanız ismini bilmiyorum yazınız)

Cevap Lütfen Yazıyla

19-Gargara yada boğaz spreyini kaç gün kullandınız?

Cevap Lütfen rakamla:

20-Son Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu ya da daha önce boğaz ağrısı için kullandığınız Gargara yada boğaz spreyi şikayetlerinizde bir rahatlama sağladı mı?

A. boğazımdaki ağrı ve yanmayı tamamen geçirdi
B. boğazımdaki yanma ve ağrıyı epey geçirdi
C. boğazımdaki ağrı ve yanmayı kısmen geçirdi

D. Hissetiğim bir faydası olmadı

21-Balgam söktürücü verildi mi yada daha önce hiç balgam söktürücü kullandınız mı? (cevabınız hayır ise 24.soruya geçiniz)

A. Evet
B. Hayır

22-Balgam söktürücünün adını yazar mısınız? adını bilmiyorsanız verildi ama adını bilmiyorum şeklinde yazabilirsiniz

Cevap Lütfen Yazıyla

23-Balgam söktürücü gerçekten de balgam atmanıza yardımcı oldu mu ?

A. çok yardımcı oldu
B. yardımcı oldu
C. biraz yardımcı oldu
D. yardımcı olmadı

24-Antitusif şurup yada hap verildi mi yada daha önce hiç antitusif şurup yada hap kullandınız mı? (cevabınız hayır ise28 .soruya geçiniz)

A. Evet
B. Hayır

25-Öksürük şurubunun adını yazar mısınız? Bilmiyorsanız ismini bilmiyorum diyebilirsiniz

Cevap Lütfen Yazıyla

26-Öksürük şurubu öksürük şikayetinizde ne gibi değişiklik yaptı ?

A. kullandığım süre boyunca öksürüğümü tamamen kesti ilacı kesince devam etti
B. kullandığım süre boyunca öksürüğümü kısmen kesti ilacı kesince devam etti

C. kullandığım süre boyuncada ilacı kesince de öksürüğüm devam etti

27--Öksürük şurubunu kaç gün kullandınız?

Cevap Lütfen rakamla:

28-Allerji ilacı verildi mi? cevabınız hayır ise 30.soruya geçiniz

A. Evet
B. Hayır

29-Allerji ilacını kaç gün kullandınız ?

Cevap Lütfen rakamla:

30-Akut üst solunum hastalığınız seyri boyunca serum taktırdınız mı ?
(cevabınız hayır ise33 .soruya geçiniz)

A. Evet
B. Hayır

31-serumun içine ne katıldığını biliyorsanız yazarmısınız bilmiyorsanız bilmiyorum yazabilirsiniz?

Cevap Lütfen Yazıyla

32-Serum taktırdıktan sonra geçici bir rahatlama yaşamış olabilirsiniz ancak tam düzelmeniz kaç gün sürdü ?

Cevap Lütfen rakamla:

33-Kalçadan iğne yaptırdınız mı ? cevabınız hayır ise 35.soruya geçiniz

A. Evet
B. Hayır

34-Kalçadan iğne yaptırdıktan sonra geçici bir rahatlama yaşamış olabilirsiniz ancak tam düzelmeniz kaç gün sürdü?

Cevap Lütfen rakamla:

35-Aşağıdaki sorulara lütfen rakamla cevap yazınız Son yaşadığınınız akut viral üst solunum yolu enfeksiyonunda

ateşiniz kaç gün devam etti? olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

36-Boğaz ağrınız kaç gün devam etti? olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

37-Boğazda yanma kaç gün devam etti? olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

38-Öksürük kaç gün devam etti? olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

39-Burun akıntısı kaç gün devam etti? olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

40-Burun tıkanıklığı kaç gün devam etti? olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

41-Balgam kaç gün devam etti? olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

42-Hapşuruk kaç gün devam etti?olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

43-halsizlik kırgınlık kaç gün devam etti?olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

44-baş ağrısı kaç gün devam etti?olmadı ise 0 gün yazınız

Cevap Lütfen rakamla:

45-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğiniz zaman kaç günde ilaç kullanmaya gerek duymayacak kadar düzeldiniz?

Cevap Lütfen rakamla:

46-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu sebebiyle doktorunuza gittiğinizde doktorunuzundan aağıdakilerden birini yazmasını rica ettiniz mi ?

A. ilaç ricam olmadı
B. grip ilacı
C. balgam söktürücü
D. burun spreyi
E. öksürük şurubu
F. antibiyotik
G. rahatlatıcı serum
H. rahatlatıcı iğne
İ. Diğer

47-Tahminen şu anda evinizde kullanılmayan ve de ileride lazım olmayacağını düşündüğünüz içindeki ilaçların çoğu kullanılmamış kaç paket ilaç var?

A. hiç yok
B. 1-5 paket arası hap yada şurup
C. 5 10 paket arası hap yada şurup
D. 10 15 paket arası hap yada şurup
E. 15 20 paket arası hap yada şurup
F. 20 paketten fazla hap yada şurup

48-Tahminen şu anda evinizde son 6 aydır kullanılmayan ancak lazım olabileceğini düşündüğünüz içindeki ilaçların çoğu kullanılmamış kaç paket ilaç var? (örneğin ağrı kesici grip ilacı yada mantar kremi)

A. hiç yok

B. 1-5 paket arası hap yada şurup
C. 5 10 paket arası hap yada şurup
D. 10 15 paket arası hap yada şurup
E. 15 20 paket arası hap yada şurup
F. 20 paketten fazla hap yada şurup

49--Akut üst solunum yolu enfeksiyonu HARİCİ bir sebeple doktora gittiğiniz 10 ziyaretin ortalama kaçında grip ilacı da yazdırmayı talep edersiniz?

A. 0 yani hiç birinde
B. 1
C. 2
D. 3
E. 4
F. 5
G. 6
H. 7
İ. 8
J. 9
K. 10

50-Aşağıda adı geçen Kronik hastalığınız yada kullandığınız vücut direncini baskılayan ilaçlar varmı?

Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz

A. diyabetes mellitus (şeker hastalığı)
B. astım
C. kronik bronşit (KOAH)
D. Kanser
E. AİDS
F. Son 1 ay kortizon tedavisi aldınızmı(dekort ,prednol,kenakort a ampul)
G. Allerjik Rinit

Ek.C. Anket Formu Aile Hekimi

Viral Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonunda Aile Hekimlerinin İlaç Kutu Adet Tercihleri

Değerli Aile Hekimi,

Bu anket,viral akut üst solunum yolu enfeksiyonu semptomatik tedavisinde kullanılan grip ilacı ve ağrı kesici ilaçların kutu içeriğindeki tablet ve ölçek sayısına yönelik aile hekimlerinin tercihlerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

1) Kaç yıldır aile hekimi olarak görev yapıyorsunuz

A)0-1

B)2-5

C)6-10

D)11-15

E)16-20

F)21 ve üzeri

2) Cinsiyetiniz

Kadın

erkek

3) Grip ilaçları kutu yerine tane olarak reçete edilebilseydi , Viral Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu geçiren ateşli bir hastaya semptomatik tedavi amacıyla kaç adet grip ilacı yazardınız?

Cevap lütfen rakamla yazınız:

4) Grip ilaçları kutu yerine tane olarak reçete edilebilseydi , Viral Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu geçiren ateşsiz bir hastaya semptomatik tedavi amacıyla kaç adet grip ilacı yazardınız

Cevap lütfen rakamla yazınız:

5) Analjezik-NSAİD ilaçlar kutu yerine tane olarak reçete edilebilseydi , Viral Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu geçiren ateşli bir hastaya semptomatik tedavi amacıyla kaç adet analjezik yada NSAİD yazardınız?

Cevap lütfen rakamla yazınız:

6) Analjezik-NSAİD ilaçlar kutu yerine tane olarak reçete edilebilseydi , Viral Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu geçiren ateşsiz bir hastaya semptomatik tedavi amacıyla kaç adet analjezik yada NSAİD yazardınız?

Cevap lütfen rakamla yazınız:

7) Grip şurupları ateşli viral akut üst solunum yolu enfeksiyonu tedavisinde kullanıldığında,sİzce bir kutuda kaç doz tedaviye yetecek miktarda ölçek olmalıdır?

Cevap lütfen rakamla yazınız:

Grip şurupları ateşsiz viral akut üst solunum yolu enfeksiyonu tedavisinde kullanıldığında,sİzce bir kutuda kaç doz tedaviye yetecek miktarda ölçek olmalıdır?

Cevap lütfen rakamla yazınız:

9. ÖZGEÇMİŞ

Erkan Yüksel, [redacted] doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İskenderun'da tamamladı. 1992 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığı tıp eğitimini 1998 yılında tamamladı.

1999-2003 yılları arasında Kahramanmaraş Tekir Sağlık Ocağı'nda pratisyen hekim olarak görev yaptı. Ardından, 2003-2004 yılları arasında Kahramanmaraş 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalıştı. 2004-2006 yılları arasında İskenderun Devlet Hastanesi Acil Servisi ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde, 2006-2010 yılları arasında ise Dörtyol Devlet Hastanesi Acil Servisi ve Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev aldı.

13 Aralık 2010 tarihinden itibaren Hatay ili Payas ilçesindeki 4 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde aile hekimi olarak çalışmaktadır. Ayrıca, 21 Ağustos 2019 tarihinden bu yana aynı merkezdeki aile hekimliği görevine ek olarak, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda sözleşmeli aile hekimi asistanı olarak tıpta uzmanlık eğitimine devam etmektedir.