TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN YAŞLILARIN İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARI

Dr. Gülsüm Hatice Yüksel

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç.Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın

2016 – İSTANBUL

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN YAŞLILARIN İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARI

Dr. Gülsüm Hatice Yüksel

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç.Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın

2016 – İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Gülsüm Hatice Yüksel

Tez Başlığı :Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları

Sınav Yeri : Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 21.03.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	**Kurumu**	**İmza**
Doç.Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN	Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN	Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Melda KARAVUŞ	Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
Yrd. Doç. Dr. Fuat Nihat ÖZAYDIN	Okan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksel Okulu Yaşlı Bakım Programı	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 07/04/2016 tarih ve 37 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Göksel ŞENER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dr. Gülsüm Hatice YÜKSEL



TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanma süreci boyunca bana her konuda destek olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, sabırla yol gösteren, güler yüzünü hiçbir zaman esirgemeyen, her konuda kendime örnek aldığım tez danışmanım, çok değerli hocam Doç. Dr. A. Nilüfer Özaydın'a, bana Halk Sağlığı sevgisini aşılayan Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, yüksek lisans yapma konusunda beni teşvik eden ve öğrencilik hayatımı kolaylaştıran, tüm zorluklarda yanımda olan Pendik Toplum Sağlığı Merkezi eski sorumlu hekimi Dr. Şenol Hekimoğlu'na, tezimin her aşamasında başta Dr. Tuğba Can olmak üzere yardımları ve anlayışları için Pendik 06 Nolu ASM'deki çalışma arkadaşlarıma, araştırmaya katılmayı kabul ederek zaman ayıran tüm katılımcılara, yüksek lisans eğitimim süresince desteğini esirgemeyen eşime teşekkür ederim.

Dr. Gülsüm Hatice Yüksel

İÇİNDEKİLER

		Sayfa
	Beyan	i
	Teşekkür	ii
	İçindekiler Dizini	iii
	Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
	Tablo Dizini	vi
	Şekil ve Resim Dizini	x
	Ekler Dizini	xi
1.	**Özet**	1
2.	**İngilizce Özet**	2
3.	**Giriş ve Amaç**	3
3.1.	Amaç	8
4.	**Genel Bilgiler**	9
4.1.	Yaşlanma Süreci ve İlaç Kullanımı	9
4.2.	Yaşlılarda İlaç Etkisini Değiştiren Faktörler	13
4.3.	Yaşlılarda İlaç Kullanımında Karşılaşılan Sorunlar	15
4.4.	Akılcı İlaç Kullanımı	17
5.	**Gereç ve Yöntem**	20
5.1.	Araştırmanın Tipi	20
5.2.	Araştırmanın Yeri	20
5.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
5.4.	Araştırmanın Yöntemi	25
5.5.	Araştırmanın Değişkenleri	25
5.6.	Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	26
5.7.	Araştırma Verilerinin Toplanması	27
5.8.	Araştırma Verilerinin Bilgisayara Aktarılması ve Analizi	28
5.9.	Araştırmada Etik	28

5.10.	Araştırmanın Bütçesi	28
6.	**Bulgular**	31
6.1.	Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri	31
6.2.	Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sağlık Durumları ve Hastalık Özgeçmişi Özellikleri	36
6.3.	Araştırmaya Katılan Yaşlıların Hastalık Durumundaki Davranışları ve İlaç Kullanımı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri	42
6.4.	Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaç Saklama ve Kullanma Koşulları ile İlaç Kullanma Alışkanlıkları	52
6.5.	Araştırmaya Katılan Yaşlıların Gelir Durumu ve Sağlık Durumu Algılarını Etkileyen Faktörler	60
6.6.	Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaçlarını Ayırt Etme Yöntemleri	63
6.7	Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaçları ile ilgili Bilgi Kaynaklarını Etkileyen Faktörler	65
6.8.	Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Alma Davranışları ve İlaçları Hakkında Bilgi Düzeyleri	67
6.9.	Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaç Kullanımı Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler	70
7.	**Tartışma**	75
8.	**Sonuç ve Öneriler**	91
9.	**Kaynaklar**	93
10.	**Ekler**	98
11.	**Özgeçmiş**	110

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

AOİK: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı (Rate)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

NBYS: Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi

TÜBİTAK: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

GÖR: Gastro-özefageal Reflü

SKT: Son Kullanma Tarihi

HT: Hipertansiyon

KAH: Koroner Arter Hastalığı

PU: Peptik Ülser

GİS: Gastro-intestinal Sistem

WHO: World Health Organization

TABLO DİZİNİ

		Sayfa
Tablo 5.3.1.	Araştırma örnekleminin yaş gruplarına göre dağılımı, Pendik 06 Nolu ASM	22
Tablo 5.3.2.	Görüşme yapılan ve yapılmayan kişilerin yaş gruplarının dağılımı, Pendik 06 Nolu ASM	24
Tablo 6.1.1.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	33
Tablo 6.1.2.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre gelir ve sağlık durumu algılarının dağılımı	35
Tablo 6.2.1.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre tanılı sağlık sorunlarının dağılım	37
Tablo 6.2.2.1.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre tanı konulmuş hastalık sayısının dağılımı	38
Tablo 6.2.2.2.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre tanı konulmuş hastalık sayısının dağılımı	38
Tablo 6.2.3.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre araştırma esnasında kullanılmakta oldukları ilaç(lar) için aldıkları tanının alınma sürelerinin dağılımı	39
Tablo 6.2.4.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre geçmişteki ve güncel tedavi durumlarının dağılımı	40
Tablo 6.2.5.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaç tedavisi almama nedenlerinin dağılımı	40
Tablo 6.2.6.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre günlük kullanılan ilaç çeşidi sayısı ve doz miktarının dağılımı	41
Tablo 6.3.1.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre hastalık halindeki davranışlarının dağılımı	43
Tablo 6.3.2.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarının dağılımı	44
Tablo 6.3.3.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre son 1 yıl içindeki hekim başvuru sayıları	45
Tablo 6.3.4.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre kullandıkları ilaçlar	46

hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı

Tablo 6.3.5. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre herhangi bir ilaç yan etkisi yaşamaları halindeki davranışlarının dağılımı 47

Tablo 6.3.6. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaç kullanımı hakkında bilgi kaynakları ve bilgi alma davranışlarının dağılımı 49

Tablo 6.3.7. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre kullandıkları ilaçlara yönelik eczaneden verilen bilgilerin dağılımı 51

Tablo 6.3.8. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre kullandıkları ilaçlara yönelik verilen bilgileri uygulama davranışlarının dağılımı 52

Tablo 6.4.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaçların son kullanma tarihlerine uyma davranışlarının dağılımı 53

Tablo 6.4.2. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaçları saklama koşullarının dağılımı 53

Tablo 6.4.3. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre düzenli ilaç kullanma alışkanlıklarının dağılımı 54

Tablo 6.4.4. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre düzenli ilaç kullanmama nedenlerinin dağılımı 55

Tablo 6.4.5. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre reçetesiz ilaç kullanma durumlarının dağılımı 56

Tablo 6.4.6. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre hekime başvurmadan ilaç kullandıkları durumlar ve kullandıkları ilaç gruplarının dağılımı 57

Tablo 6.4.7. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaçlarını birbirinden ayırt etme yöntemlerinin dağılımı 58

Tablo 6.4.8. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre reçete edilen ilaçları eczaneden alma davranışlarının dağılımı 59

Tablo 6.4.9. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre reçete edilen ilaçları eczaneden alıp almamalarını etkileyen faktörlerin dağılımı 59

Tablo 6.5.1. Araştırmaya katılanların gelir durumu algısı, medeni durum ve kiminle yaşadıklarına göre sağlık durumu algılarının dağılımı 60

Tablo 6.5.2. Araştırmaya katılanların tanı konulmuş sağlık sorunlarının 62

sayılarına göre hastalanınca ilk yaptıklarının dağılımı

Tablo 6.5.3. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre hastalanınca ilk yaptıklarının dağılımı 63

Tablo 6.6.1. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre ilaçlarını ayırt etme yöntemlerinin dağılımı 64

Tablo 6.6.2. Araştırmaya katılanların yaşına göre ilaçlarını ayırt etme yöntemlerinin dağılımı 64

Tablo 6.6.3. Araştırmaya katılanların yaşayan çocuk sayısına göre ilaçlarını ayırt etme yöntemlerinin dağılımı 65

Tablo 6.7.1. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi kaynaklarına göre bu bilgileri yeterli bulma durumlarının dağılımı 66

Tablo 6.7.2. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi kaynaklarına göre bilgi düzeylerinin dağılımı 67

Tablo 6.8.1. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna soru sorma davranışına göre bilgi düzeylerinin dağılımı 68

Tablo 6.8.2. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna soru sorma davranışına göre yan etki durumundaki davranışlarının dağılımı 69

Tablo 6.8.3. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna sordukları sorulara göre yan etki durumunda yaptıklarının dağılımı 69

Tablo 6.8.4. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna soru sorma davranışına göre verilen bilgileri yeterli bulma durumlarının dağılımı 70

Tablo 6.9.1. Araştırmaya katılanların yaş, eğitim durumu ve medeni durumlarına göre ilaç kullanırken yakınlarından yardım alma durumları 71

Tablo 6.9.2. Araştırmaya katılanların diyabet tanısı almış olma durumuna göre ilaç saklama koşullarının dağılımı 72

Tablo 6.9.3. Araştırmaya katılanların medeni durumuna göre reçetesiz ilaç kullanılan sağlık sorunlarının dağılımı 73

Tablo 6.9.4. Araştırmaya katılanların gastro-özefageal reflü hastalığı yada peptik ülser tanısı almış olma durumuna göre kullandıkları reçetesiz ilaçların dağılımı 74

ŞEKİL VE RESİM DİZİNİ

		Sayfa
Şekil 5.3.1.	Araştırmanın akış şeması	23
Şekil 5.3.2.	Araştırma örnekleminin yaş grubuna göre dağılımı	25
Şekil 5.7.1.	Araştırma takvimi	27
Resim 5.2.1.	Çamçeşme Mahallesi Haritası	20

EKLER DİZİNİ

		Sayfa
EK 1:	Katılımcı Bilgi Formu	98
EK 2:	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyonu İzni	106
EK 3:	İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan araştırma izni	107
EK 4:	Katılımcı Bilgilendirme Formu	108
EK 5:	Gönüllü Onay Formu	109

1.ÖZET

Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Ve Davranışları; Dr. Gülsüm Hatice Yüksel, Danışman: Doç. Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Dünya'da ve Türkiye'de beklenen yaşam sürelerinin uzamasıyla yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı artmıştır. Yaşlılarda kronik hastalık sıklığının artmasının sonucu olan çoklu ilaç kullanımı önemli bir sorundur. Araştırmanın amacı yaşlılarda kronik hastalıkların çoklu ilaç kullanımıyla ilişkisi ve buna bağlı olarak yaşlıların ilaç kullanma konusundaki bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın tipi kesitseldir. İstanbul, Pendik'te bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üstü, random seçilmiş, 204 kişiden yüzyüze görüşerek veri toplanmıştır. SPSS 11.0 programıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, kesikli veriler için sayı ve yüzde olarak hesaplanmış, istatistiksel karşılaştırmalarda Pearson'un Ki-kare testi ve Mann Whitney U testi kullanılmış, $p<0,05$ düzeyi anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %62,7'si kadın; %37,2'si erkekti. Kadınların yaşlarının medyanı 72,00 (min:65, max:90); erkeklerin ise 73,00 yıldı (min:65, max:84). Katılımcıların %50'sinin 3+ tanı konulmuş kronik hastalığı bulunurken, %38'i günde 4-6 doz ilaç almaktaydı.

Katılımcıların %79,9'u kullandığı ilaçların ismini, %62'si yan etkilerini, %68'i ilaç etkileşimlerini bilmediğini, %68'i ilaçlar hakkında verilen bilgileri yeterli bulduğunu, %67'si ilaç prospektüsünü okuduğunu, %28'i ise ilaçlara yönelik verilen bilgileri uygulamadığını söylüyordu.

Araştırmaya katılanların %49,5'i ilaçlarını düzenli kullandığını söylerken, iyileştiğini düşündüğünde ilacını bırakma oranı %32,7'ydi. Reçetesiz ilaç kullanımı oranı %75,5 olup, bunların %76,6'sı daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı almaktaydı. Reçetesiz en sık kullanılan ilaç grubu ağrı kesicilerdi (%66,7).

Sonuçlar:

Yaşlılar birden fazla kronik hastalıkla yaşaması ve çoklu ilaç kullanımı nedeniyle akılcı ilaç kullanımına önem verilmesi gereken bir popülasyondur. Reçetesiz ilaç kullanımını önlemeye yönelik düzenlemeler yapılması büyük önem arz etmektedir. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını en aza indirme konusunda yaşlıların ve yakınlarının eğitilmesi gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlanma, geriatri, ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, akılcı ilaç kullanımı

2. ABSTRACT

Knowledge and Behavior of Elderly Applying to Family Health Center as to Drug Use;

Dr. Gülsüm Hatice Yüksel, Supervisor: Assoc. Prof. Ayşe Nilüfer Özaydın, Public Health Department

Objective: The proportion of the elderly population to total population has increased by extension of expected lifespan both in the world and Turkey. Multiple drug use due to increased incidence of chronic disease is a major problem in the elderly. The objective of the research is to evaluate the relation with multiple drug use in the elderly with chronic diseases as well as the knowledge and attitudes as to drug use in the elderly in relation with this.

Materials and Methods: The type of the study is cross-sectional. Data were collected from 204 people who were 65 years of age and older, randomly selected, residing in a Family Health Center in Pendik district of Istanbul province by interviewing face to face. The analysis was conducted by virtue of SPSS 11.0 program. Descriptive statistics were calculated as number and percentage for discrete data, Pearson's chi-square test and Mann-Whitney U test were utilized in statistical comparisons and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: 62.7% of participants were female while 37.2% were male. The median age of women was 72,00 (min: 65, max: 90) while the median age of males was 73.00 (min: 65, max: 84). 50% of participants were with 3+ diagnosed chronic diseases while 38% of them took 4-6 doses of drugs per day.

Participants indicated that they did not know the names, side effects and interaction of the drugs used through them by 79.9%, 62% and 68% respectively and 68%, 67% and 28% of them mentioned respectively that the information provided as to the drugs was adequate, they read the package insert, and they did not apply the information given for the drugs.

49.5% of the participants said that they were using their drugs regularly and the rate of quitting drug use when they thought they were healed was 32.7%. Non-prescription drug use rate was 75.5%, and 76.6% of them were taking drugs given for similar complaints before. Painkillers were the most commonly used in the non-prescription drug group (66.7%).

Results:

Older people form a population to which rational use of medicine has to be attached importance inasmuch as they live with more than one chronic disease and use multiple drugs. Making adjustments to prevent the use of non-prescription drugs is of great significance. Training of elderly and elderly relatives is required for minimizing the use of multiple drugs in the elderly.

Keywords: Aging, geriatrics, drug use, multiple use of drugs, rational drug use

3.GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanoğlu varoluşundan günümüze kadar hep daha uzun yaşamak istemiş, bunun için çalışmış ve hayalini kurmuştur. Bu hedef geride bıraktığımız yüzyılın ikinci yarısında hayal olmaktan çıkmış, özellikle sanayileşmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada doğumda beklenen yaşam süreleri ilerleyici bir şekilde artış göstermiştir.

Beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel, ileri yaş gruplarının toplam nüfus içindeki oranı da artmaktadır. Yaşlı nüfusun artması 21. yüzyılın en önemli demografik olgularından biri haline gelmiştir. Neredeyse her ülkede 60 yaş üstü kişilerin oranı doğumda beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve doğurganlık oranlarının azalması ile birlikte diğer herhangi bir yaş grubuna göre daha hızlı büyümektedir. Yaşlı nüfusun artması halk sağlığı politikaları ve sosyal kalkınma için bir başarı olarak kabul edilse de, aynı zamanda yaşlı insanların sağlık ve fonksiyonel kapasitelerinin olduğu kadar sosyal hayata katılım ve güvenliklerinin de en üst düzeye çıkarılması açısından topluma meydan okuyan bir durumdur(1,2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmekte ve toplum yaşlanmasının en önemli göstergelerinden biri olan doğumda beklenen yaşam süresinin ortalama değerinin geçen yüzyıla göre dünya genelinde arttığını bildirmektedir(2).Geçen yüzyılda ortalama doğumda beklenen yaşam süresi 30 yıl civarında iken 2013'te yaklaşık 66 yıl olarak belirtilmektedir. Bu yüzyılın sonuna kadar yaş ortalamasının 81'e yükselmesi beklenmektedir(3).

Dünya nüfusunun hızlı yaşlanması ile ilgili yapılan tahminlere göre 2000-2050 yılları arasında 60 yaş üstünün dünya nüfusuna oranının yaklaşık %11 den %22 ye çıkarak ikiye katlanacağı, 60 yaş üstü insan sayısının 605 milyondan 2 trilyona çıkacağı öngörülmektedir. Buna göre düşük ve orta gelirli ülkelerin diğer ülkelere göre daha hızlı ve dramatik bir demografik değişim yaşaması beklenmektedir. Çünkü Fransa'nın 65 yaş ve üzeri nüfusunun %7'den %14'e yükselmesi neredeyse 100 yıldan fazla sürmüşken Çin yada Brezilya için aynı büyüme 25 yıldan bile daha kısa sürede gerçekleşebilecektir(4).

Dünya üzerinde 80'li ve 90'lı yaşlarını görecek kişi sayısının her zamankinden daha fazla olacağının beklendiği bulunduğumuz yüzyılda, bireylerin ne kadar iyi yaşlanacağı ise birçok faktöre bağlıdır. Bireyin biyolojik sisteminin fonksiyonel kapasitesi yaşamın ilk yıllarında artar, erken erişkinlik döneminde zirveye ulaşır ve bundan sonra doğal bir düşüş gösterir. Bu düşüş oranı insanın yaşamı süresince beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, sigara yada alkol kullanımı, toksik ajan maruziyeti gibi yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin oluşturduğu ortama bağlıdır(4).

Önceki yüzyıllara oranla dünya nüfusunun giderek yaşlanmasının çeşitli nedenleri arasında düşük doğurganlık ve ölüm hızları, toplumların eğitim ve ekonomi seviyelerinde iyileşme, enfeksiyon hastalıkları ile mücadele, koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, temiz içme suyu ve sanitasyonun sağlanması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, sağlıklı beslenme, çalışma koşullarında ve yaşam tarzındaki olumlu gelişmeler sayılabilir. Bununla birlikte insan ömrünün uzaması ve ileri yaşlılık (DSÖ tanımına göre 85 yaş ve üzeri) kronik hastalıkların artmasını da beraberinde getirmektedir (5,6).

Yaşlanma da tıpkı çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi fizyolojik bir süreçtir ve kronolojik yaştan bağımsız olarak bireyler arasında büyük değişkenlik gösterebilmektedir. Yaşlanma sürecinde vücutta sistemlerin fonksiyonlarında gerileme, organ rezervlerinde azalma ortaya çıkmakta, hemostatik kontrolde, gerginleştirici faktörlere oluşturulan yanıtta ve çevreye uyum sağlamada zayıflama ile beraber, kişiler hastalıklara ve yaralanmalara karşı daha yatkın ve daha korumasız hale gelmektedir (7). Bununla beraber, toplumun bir parçası olan yaşlı bireyin bu döneminde kaliteli ve aktif bir yaşam sürmesinin ve ortaya çıkan hastalıkların doğru ve uygun şekilde tedavi edilmesinin sağlanması da önemli halk sağlığı konularından biridir.

Gelişmekte olan ülkelerde bile çoğu yaşlı insan enfeksiyöz yada paraziter hastalıklarla değil, kalp hastalığı, şeker hastalığı, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Buna ek olarak çoğu yaşlıda birden fazla kronik hastalık bir arada görülmektedir(4).

Yaşlanmanın doğal sonuçlarından birisi olarak ortaya çıkan akut ve kronik hastalıklara bağlı olarak, yaşlıların ilaç kullanım oranları toplumun geneline göre artmaktadır(8). Kuzey Amerika'da geriatrik hasta oranı %11 iken, ilaçların toplam fiyatının yaklaşık %30'unu bu grup ödemiştir. İlaçlara bağlı çok çeşitli sorunların yaşandığı bu popülasyonda, ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirmenin yollarından birisi de akılcı ilaç kullanımı (AİK) ilkeleri doğrultusunda tedavi düzenlenmesi ve reçete yazılması olarak görülmüştür(7,9).

Dünyadaki demografik değişime benzer şekilde Türkiye'de de yaşlı nüfus giderek artmaktadır ve artan yaşlı nüfusla ilgili beklenen olası sağlık sorunlarının ortaya konması artan bir öneme sahip olmaktadır. Günümüzde yaşlı nüfusun oranında dünya genelindeki artışa paralel olarak Türkiye'de de 65 yaş ve üstü kişilerin oranının hızla arttığı görülmektedir(10). Bu durumun doğal sonuçlarından birisi de toplumun geneline göre ilaç kullanımında yaşlıların oranının artmasıdır(11-13).

Dünya nüfusunun (2014) %8.3 unu oluşturan 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2025 yılında 1.2 milyar, 2050 yılında 2 milyara ulaşması beklenmektedir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi-2014 verilerine göre ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranı da %8'dir(5,6). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre de(TNSA 2013) ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranı %8'dir.

Genel Nüfus Sayımı sonuçları, 1935-2000 ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçları, 2007-2015'na göre; 1980 yılında 65 yaş ve üzerindeki kişi sayısı 2,1 milyon ve 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı %4,2 iken; 2000 yılında 3,9 milyon ve %5,7; 2015 yılında ise 6,5 milyon ve %8,2 olmuştur (64).

Demografik göstergelerdeki mevcut eğilimler devam ettiği takdirde Türkiye nüfusu yaşlanmaya devam edecektir. 2023'te 8,6 milyon olarak öngörülen yaşlı nüfus (65 yaş ve üstü) 2050'de 19,5 milyona, 2075'te ise 24,7 milyona çıkacaktır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2023'te %10,2'ye 2050'de %20,8'e, 2075'te %27,7'ye yükselecektir(5,6).

Yaşlı grupta ilaç kullanım sıklığını belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır(14,15). Huzur evinde kalan yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada, ilaç

kullanım oranının %94 olduğu; en çok kullanılan ilaçların, kardiyovasküler ajanlar ve analjezikler olduğu saptanmıştır(16). Amerika'da yaş grubuna göre ilaç kullanım oranını saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada, genel nüfusun %12'sini oluşturan yaşlı grubun ülke çapındaki ilaçların 1/4'ünü kullandığı (günde ortalama 4-5 ilaç) belirlenmiştir(15). Aynı çalışmada reçetesiz ilaç kullanımının 1/2'sinden yaşlı grubun sorumlu olduğu olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde ilaç kullanımı ile ilgili araştırma sonuçları, yurtdışında yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir(17-19). Ankara'da bir huzurevindeki yaşlı grup ile 2000 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %94,3'ünün, erkeklerin %80,4'ünün en az bir tane ilaç kullandığı; bir günde tüketilen ilaç miktarının ise kadınlarda 3,59, erkeklerde 2,39 olduğu belirlenmiştir(17). Yine 2002 yılında İzmir'de bir huzur evinde kalan yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada en çok kullanılan ilaçların kardiyovasküler ajanlar ve analjezikler olduğu saptanmıştır(16). Aydın Umurlu bölgesindeki yaşlı bireyler ile 2006 yılında yapılan bir çalışmada kronik hastalık ile ilaç kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğu ve huzurevinde kalan yaşlı bireylerin daha fazla ilaç kullandığı belirlenmiştir(18).

Ülkemizde reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları da yurt dışında yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir(17,20). İzmir'de 2006 yılında yaşlılarda yapılan bir diğer çalışmada yaşlıların %92,9'unun reçetesiz ilaç kullandığı, %55,4'ünün ilaçları reçete edilen şekilde kullanmadığı saptanmıştır(20). Yapılan çalışmalarda belirlendiği gibi yaşlı bireyde kronik sağlık sorunları nedeniyle reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullanımı diğer yaş gruplarına göre oldukça fazladır(17-20).

Genellikle minimum 4-5 ilacın aynı anda kullanılması olarak tanımlanan polifarmasinin görülme sıklığı yaşın ilerlemesi ile artış göstererek ülkeler arasında değişiklik göstermektedir ve yapılan bazı çalışmalarda 75 yaşın üzerindeki yaşlılarda yaklaşık %35-40 civarında olduğu belirtilmektedir (24,25,26,27).

Yaşlı grupta polifarmasiye yol açan faktörler; farklı doktorların reçete ettiği ilaçların birlikte kullanımı, doktorların çok sayıda ilaç reçete etmesi, nedene yönelik tedavi yerine semptomatik ilaç kullanımı, ilacın tedavi süresine uymadan sürekli kullanımı ve reçetesiz, doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanımıdır. Yaşlı grupta

polifarmasinin neden olabileceği sorunlar; ilaçların yan etkilerinin görülme sıklığında artma, ilaç kullanımına ilişkin uyumda bozulma, yaşam kalitesinde azalma ve maliyette artmadır(19). İlaç kullanımının neden olduğu mali yükü saptamak amacıyla yapılan çalışmalarda, ülkelerin genel sağlık giderleri içerisinde ilaç harcamalarının önemli yer tuttuğu belirlenmiştir(21,22). Bir derlemede; ülkemizdeki sağlık giderlerinin %40'ını ilaç ile ilgili harcamaların oluşturduğu saptanmıştır(23).

Uygun olmayan ilaç kullanımı etyolojisinde polifarmasi ile beraber birçok etken yer alır. İleri yaş, bakımevinde kalma, kronik hastalıkların sayısı etyolojide yer alan nedenler arasındadır (28,29). Ayrıca, çeşitli hastalıkları nedeniyle birden fazla doktora başvuran yaşlı hastalar için reçete yazan hekim sayısının, ilacın yan etkileri açısından bağımsız bir risk faktörü haline geldiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (30). Polifarmasi ve uygun olmayan ilaç kullanımının hekime bağlı diğer faktörleri ise ilacın etki ve etkileşimleri konusunda yetersiz bilgiye sahip olmalarıdır (31). Yaşlılarda görülen genel semptomların nedeninin bir hastalık süreci veya yaşlanmanın kendisi olduğu düşünülmesi ile birlikte yaşlılarda mevcut ilaçların öngörülmeyen bir etkisini telafi etmek için yeni bir ilacın yazılması da sık görülmektedir. Bu durum "reçete kaskadı" olarak adlandırılmaktadır (24). Hastaya veya hastanın bakımından sorumlu kişiye (hasta yakını veya bakıcı) bağlı bazı faktörler de polifarmasinin bir nedeni olabilir. Bu faktörler arasında bilişsel durum ile ilgili sorunlar, görme bozuklukları ve diğer fonksiyonel bozukluklar ile eğitim eksikliği gösterilebilir.

Polifarmasi, yaşlı bireylerde ilaç yan etkilerine duyarlılığın artması nedeniyle daha önemli hale gelmektedir. Yan etkiler aynı anda birden fazla ilaç kullanan yaşlıların %35'ini etkilediği ve bunların %95'inin öngörülebilir olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bu tür olumsuz reaksiyonların yaşlılarda %10,7 oranında hastanede yatmaya neden olduğu bildirilmiştir (32). Polifarmasi aynı zamanda kilo kaybı, düşme ve fonksiyonel ve bilişsel durumda zayıflama gibi spesifik olmayan sendromların riskini de artırır. Yapılan bir meta-analiz genç yetişkinler ile karşılaştırıldığında, yaşlı yetişkinlerde ilacın yan etkileri nedeniyle hastaneye yatma oranında dört kat artış olduğunu belirlemiştir (%16,6 yaşlılarda; %4,1 genç yetişkinlerde) (33).

Türkiye'de 1998-2005 yılları arasında yapılmış çalışmalarda yaşlılarda ilaç kullanım oranının ortalama 3,25 olduğu, en sık kullanılan ilaçların kardiyovasküler sistem ilaçları ve analjezik/ antienflamatuvar ilaçlar olduğu, hastaların, ilaçları konusunda yeterince bilgilendirilmedikleri, reçetelerinin doğru formatta yazılmadığı gibi konular dikkati çekmektedir(8).

3.1.Amaç

Bu araştırmada; İstanbul ili, Anadolu yakası, Pendik ilçesi Pendik 06 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kesin kayıtlı hastalardan random seçilen örneklemde, işitme ve iletişim kurma engeli olmayan (akut sağlık problemi vb.), araştırmaya katılmaya gönüllü, 65 yaş ve üstü bireylerin; ilaç kullanımı konusundaki bilgileri, davranışları ve bilgi kaynakları hakkında bilgi elde edilmesi amaçlanmaktadır.

Katılımcıların ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışlarını etkileyebileceği düşünülen kişisel sosyodemografik özelliklere ilişkin "cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, sosyal güvence, çalışma durumu, mesleği, çocuk sayısı, akut/kronik hastalığı olma durumu, çoklu kronik hastalığı olma durumu, yalnız/aile içinde yaşama durumu, gelir durumu algısı, sağlık durumu algısı, mevcut sağlık sorunlarının tanı alma ve tedavi durumu, kullanılan ilaç sayısı ve dozu verileri de elde edilerek, araştırma popülasyonunda AİK'nı etkileyen önemli faktörler tanımlanmaya çalışılacaktır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.Yaşlanma Süreci ve İlaç Kullanımı

Yaşlanma sabit bir kronolojik süreç değildir. Bütün çok hücreli organizmalar yaşam süreleri boyunca bazı dejeneratif değişiklikler geçirirler. İnsan anatomisi ve fizyolojisindeki bu zaman bağımlı dejenerasyonlar yaşlanmanın özünü oluşturur. Pek çok tür benzer süreç içerisinde yaşlanır. Yıllar boyunca neden çok hücreli organizmaların farklı yaşlanma hızlarına sahip olduğuna dair pek çok teori öne sürülmüştür. .Bunlardan en çok kabul gören teori vücut büyüklüğü ve metabolik hızla ters orantılı olan bir yaşlanma sürecini öngören düşüncedir (48).

'Yaşlanma' terimi ile zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlanmaktadır. Biyolojik yaşlanma yumurtanın döllenmesiyle başlar. Tüm yaşam boyu süren bir olgudur. Sosyal yaşlılık ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Modern tanımda kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da biriktirimleriyle yaşadığı dönemin adıdır. Kronolojik yaşlılık geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Toplumda bunun karşılığı yaş'tır (47).

"Yaşlılık" ise sözlük anlamı olarak yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Canlılar için biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma ulaştıktan sonra, yani üreme döneminin bitiminden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm sürecidir. Bu değişimlerin ise en önemlisi doğurganlığın azalması ve mortalitenin artmasıdır. Yaşın artması anlamına gelen 'yaşlanma' ile yaşamın spesifik bir bölümünü tanımlamak için kullanılan 'yaşlılık' kavramı arasında da küçük bir farklılık vardır; örneğin dört yaşını bitirip beş yaşına gelen bir çocuk bir miktar 'yaşlanmış' olmakla beraber henüz 'yaşlılık' evresine girmemiştir. İnsan dışındaki canlılarda 'yaşlılık' büyük ölçüde biyolojik ve fizyolojik

değişimle ilişkilidir. Oysaki insanın yaşlılığında bu sürece ek olarak toplumsal ve kültürel anlamlar da yüklenmiştir (49).

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (49).

Yaşlılığın nasıl ortaya çıktığı ve nasıl bir gelişim süreci geçirdiği konusunda çeşitli görüşler bulunmaktadır. Bu görüşlerden ilki yaşlılığın insanda ortaya çıkmasını, beyin hacmindeki artış ile ilişkilendirmektedir. Yüzyıllar içerisinde beyin hacmindeki artış ile insan türleri çevresel ölüm tehditlerini azaltmayı başarmışlardır. Aynı zamanda daha etkin kullandıkları beyinleriyle besin kaynaklarını artırıp çeşitlendirmişler ve daha kolay ulaşmayı sağlamışlardır. Bunun sonucu olarak hayatta daha uzun kalmayı başarmışlar ve 'yaşlılık' yaşamın bir parçası haline gelmiştir. İkinci görüş ise yaşlılığın ortaya çıkmasında biyolojik etkenlerden çok toplumsal değişimin daha etkin rol oynadığıdır. Bu görüş aile bireyleri arasındaki yardımlaşma ve ileriki yıllara aktarılan bilgi birikiminin önemini vurgulamaktadır. İnsan evriminin erken aşamalarında toplum içerisindeki bazı kadınlar kendi doğurganlıklarından vazgeçerek toplumun devamlılığının sağlanabilmesi için diğer doğum yapmış kadınların çocuklarına bakımı üstlenmişlerdir. Bunun neticesinde torunların daha iyi yetişmesi sağlanırken doğurganlık çağındaki kadınların daha fazla çocuk yapmasının önü açılmıştır. Bu yardımlaşma sayesinde toplumda aile içi ilişkiler gelişmeye başlamış, yaşlı bireylerin sayısı zaman içerisinde giderek artmıştır (49,50).

Son yıllarda yaşlılığın yalnızca biyolojik bir süreçten ibaret olmadığı, sosyal ve kültürel değerlerin yaşlılık üzerine etkilerinin olduğunu gösteren çalışmaların sayısında artış olmuştur. Her insanda yaşlanmakla ölmek arasında süren mücadelede, toplumsal ve kültürel etmenler önemli rol oynarlar. Fakat bu toplumsal ve kültürel

etmenlerin etkileşimi yaşlanmanın biyolojik gidişatı üzerine de etkilidir. Yaşlılığı günlük yaşam aktivitelerinin ve ilişkilerinin azaltılması olarak algılayan bireylerin, sosyal bütünlüklerinin yanında biyolojik yapılarının da bundan etkilendiği gözlemlenmektedir. "İlişki azaltımı" kuramı olarak literatürde yer bulan bu kuramda ileri yaşlarda yaşlıların giderek yaşamdan, günlük aktivitelerden ve toplumsal ilişkilerden kendilerini çektiklerini ve bu davranışların 'normal' olarak algılandığı vurgulanmıştır. Bu görüşü benimseyen toplumlardaki yaşlılarda başta ruhsal ve sosyal problemler olmak üzere pek çok sağlık sorunları oluşmaktadır (49).

Yaşlanmayla ortaya çıkan tıbbi sorunların artışı ve bunun neticesinde ilaç kullanımındaki artış evrensel boyutta benzerlik göstermekle birlikte ilaç kullanımı (drug utilization) bakımından ülkeler ve bölgeler arasında önemli farklılıklar görülebilmektedir. Bunun nedenleri arasında hekime başvuru alışkanlığı gibi sosyokültürel faktörlerden, eğitim düzeyine, ekonomik koşullardan o toplumdaki beklenen ortalama yaşam süresine ve sık karşılaşılan hastalıklara kadar çok çeşitli faktörler sıralanabilir(12,13,34).

İlerleyen yaşla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış nedeniyle birden fazla ilaç kullanımının yaygınlığının artması hem istenmeyen ilaç etkilerini hem de ilaç etkileşimi riskini artırmaktadır. Yaşlı bireylerde ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiği de değişkenlik gösterdiğinden yaşlılarda ilaç kullanımı özen gösterilmesi gereken bir konu haline gelmektedir (35).

Burada uygun ya da akılcı ilaç kullanımı kavramı devreye girmektedir. DSÖ akılcı ilaç kullanımını; "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyette ve kolayca ulaşabilmeleri" olarak tanımlamıştır. Nairobi'de 1985 yılında yapılan DSÖ toplantısı AİK (Akılcı İlaç Kullanımı) çalışmaları için başlangıç sayılmaktadır. AİK ilkeleri doğrultusunda hekimler ilaç seçiminde "etkililik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet" kavramlarını göz önünde bulundurarak karar vermelidir. Bu kurallara uyulmaması ise akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak tanımlanmaktadır (8,9).

Yaşlılarda AİK'i inceleyen bir çalışmada, Türkiye'de değişik illerde yaşlılarda ilaç kullanımını inceleyen 1998-2005 yılları arasında yapılmış yayınlar

değerlendirilmiş, yaşlılarda kişi başına düşen ilaç sayısı ortalamasının 3,25 olduğu, kadınların erkeklerden daha fazla ilaç kullandıkları, en sık kullanılan ilaçların kardiyovasküler sistem ilaçları ve analjezik/ antiinflamatuvar ilaçlar olduğu görülmüştür. Ayrıca, hastaların ilaçları konusunda yeterince bilgilendirilmedikleri, reçetelerinin doğru formatta yazılmadığı, reçetesiz ilaç kullanım oranlarının yüksek olduğu (%14), potansiyel olarak uygunsuz ilaç kullanım oranının %9,8 olduğu, kardiyovasküler sistem ilaçları kullananların yaklaşık üçte birinde (%29,9) ilaç kullanımına bağlı yan etkiler görüldüğü ve bunun çoklu ilaç kullanımına bağlı olduğu bildirilmiştir (8). İngiltere'de 60 yaş ve daha yukarısındaki yaşlı nüfusun toplam nüfusun sadece 1/5'i oluşturmasına rağmen, reçete edilen ilaçların %59'unu kullandığı, 70 yaş üzerindeki kişilerin %20'sinin 5 ya da daha fazla ilaç kullandığı bildirilmiştir (36).

Yaşlı popülasyonun ilaç kullanım oranları tüm dünyada genel popülasyona göre yüksek olmasına rağmen, gerek yeni ilaç geliştirilme aşamalarında gerekse genel popülasyonda yapılan klinik ilaç araştırmalarında (çalışma özel olarak yaşlı popülasyonu hedeflemiyorsa) yaşlı hasta grubu çeşitli nedenlerle ihmal edilmektedir (37). Yaşlı hasta gruplarında yapılan randomize kontrollü araştırmalarda ise genellikle hipertansiyon, osteoporoz gibi tek bir hastalığa odaklanılmaktadır. Halbuki bu yaş grubundaki çoğu hastanın birbiri ile etkileşebilen birden fazla hastalığı ve kullandığı ilacı bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2002-2011 yılları arasında onay alan ve yaşlı hasta grubunun da kullanabileceği 214 ilacın sadece 74'ünde yaşlı hasta grubu ile ilgili etkinlik ve güvenlilik verilerinin yeterli olduğu görülmüştür. Ayrıca yaşlılarda güvenlik ve etkinlik verisi bulunmayan 143 ilacın 90'ının bu popülasyon için önemli ilaçlar olduğu belirtilmiştir (38).

İlaç kullanımının yüksek, ancak ilaçların etkinlikleri ve güvenlikleri ile ilgili az veri bulunan yaşlı popülasyonda ilaç kullanımına karar vermeden önce yukarıda bahsedilen bu popülasyonda ilaç etkisini değiştirebilen farmakodinemik ve farmakokinetik faktörlerin bilinmesi ayrı bir önem arz etmektedir.

4.2.Yaşlılarda İlaç Etkisini Değiştiren Faktörler

Yaşlılarda da diğer bireylerde olduğu gibi ilaç etkisini değiştiren faktörleri farmakokinetik ve farmakodinamik faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır. Farmakokinetik faktörler emilim, dağılım, metabolizma ve atılım düzeyindeki değişikleri kapsarken farmakodinamik faktörler arasında homeostatik kontrol mekanizmalarının, doku ve reseptör duyarlılığının değişmesi sayılabilir (7,36-38).

Emilim: Yaşlanma ile beraber midede hidroklorik asit ve pepsin, pankreasdalipaz ve tripsin salınımında, kan dolaşımında, gastrik motilitede azalma gibi değişiklikler oluşmasına rağmen, ilaçların emilimde belirgin bir değişiklik olmaz. Bununla beraber B12 vitamini, demir ve kalsiyumun aktif transportu azalırken, gastrik mukozada dopadekarboksilaz enzim aktivitesinde azalma sonucu levodopa emilimi artabilir. Öte yandan yaşlı kişilerde beslenme alışkanlıkların değişmesi, kullanılan ilaçlar (antiasidler, antikolinerjikler, bazı bitkisel ürünler gibi) emilim hızını değiştirebilir (7,37).

Biyoyararlanım ve karaciğerde metabolizma: Mide ve bağırsaklardan emilen ilaçlar portal sistemden sistemik dolaşıma geçerken karaciğerden ilk geçişleri sırasında önemli oranda metabolize edilirler.

"İlk-geçiş metabolizması" ilaçların biyoyararlanımını belirleyen önemli bir faktördür. Yaşlanma ile beraber karaciğer kan akımında, kitlesinde, fonksiyonlarında azalma sonucu ilk-geçiş metabolizması azalır. Buna bağlı olarak, propranolol, labetolol, nifedipin gibi önemli oranda ilk-geçiş metabolizmasına uğrayan ilaçların biyoyararlanımı yaşlı kişilerde artabilir. Ön ilaç olan ve karaciğerde metabolizma sonucu aktif hale gelen enalapril, perindopril gibi anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin de karaciğerde ilk geçiş sırasında yeteri kadar metabolize edilememesi sonucu kandaki aktif ilaç konsantrasyonları azalabilir (7,36-38).

Yaşlılarda karaciğer ilaç metabolizması kişinin genel sağlık durumu, var olan kalp yetmezliği gibi hastalıkları, beslenme durumu, malnutrisyonu olup olmaması ve başka ilaçların kullanımı gibi diğer faktörlerden de etkilenir. Bu gibi durumlarda karaciğerde metabolize olan ilaç kullanımında dikkatli olunmalıdır (7,36-38).

Dağılım: Yaşlanma ile beraber vücutta kas/yağ/su oranları değişir. Toplam su ve yağsız vücut kitlesi azalırken, yağ oranı göreceli olarak artar. Bunu sonucu olarak gentamisin, digoksin, teofilin, lityum, etanol gibi suda çözünen polar ilaçların dağılım hacmi düşer ve plazma konsantrasyonları yükselir. Bu durum eğer böbreklerden atılım ile kompanse edilemiyorsa özellikle terapötik indeksi dar olan ilaçlar için önem arz edebilir ve ilaç toksisitisesine yol açabilir. Digoksin gibi ilaçların yükleme dozlarının azaltılması gerekir. Yağda çözünen polar olamayan diazepam, tiyopental, lignokain gibi ilaçların ise dağılım hacmi artar ve bu da yarılanma ömürlerinin uzamasına neden olabilir (7,36).

Atılım: Yaşla birlikte değişen fonksiyonlar içerisinde klinik olarak ilaç etkisini değiştiren en önemli faktör böbreklerden atılımdır. İlerleyen yaşla beraber glomerulosklerоz sonucu böbreklerde nefron kaybı oluşur ve böbrek kütlesi azalır. Nefron kaybının yanı sıra hiyalinizasyon sonucu intravasküler değişiklikler böbrek aferent arteriollerinde kan akımının azalmasına yol açar. Renal kan akımında azalma (40-50 yaşından sonra yılda %1) ve nefron kaybı ile beraber glomeruler filtrasyon hızı (GFR), tübüler sekresyon da giderek azalır. Bu durum böbreklerden elimine edilen ilaçların (özellikle suda çözünen antibiyotikler, aminoglikozidler, diüretikler, digoksin, lityum gibi) eliminasyonu yavaşlar, yarılanma ömürleri uzar, kan konsantrasyonları ve buna bağlı olarak toksisite riski artar; bu tür ilaçlar için hastanın böbrek fonksiyonlarına göre doz ayarlaması yapılmasını gereklidir(7,37,38).

Yaşlılarda akılda tutulması gereken önemli bir durum da GFR'nin azalmasına rağmen, yaşlanma ile beraber kas kütlesinin de azalması sonucu plazma kreatinin konsantrasyonunda bir değişiklik izlenmeyebilir. Dolayısı ile yaşlılarda yalnızca plazma kreatinin düzeyine bakarak böbrek fonksiyonları hakkında bir karar varmak yanıltıcı olabilir. Bu nedenle böbrek fonksiyonunu değerlendirmek ve ilaç dozunu ayarlamak için kreatinin klirensi hesaplanmalıdır (7,37,38).

Farmakodinamik değişiklikler: Yaşlanma ile ortaya çıkan farmakodinamik değişikliklerin farmakokinetik değişikliklerden ve hastalıklara bağlı değişikliklerden ayırt edilmesi çoğu zaman güçtür. Yaşlanma ile beraber doku reseptör duyarlılığının ve/veya homeostatik kontrol mekanizmalarının değişmesi ilaçların etkilerini değiştirebilmektedir (37,38). Yapılan çeşitli çalışmalarda ilerleyen yaşla birlikte kalp,

damarlar ve beyinde bazı reseptörlerin duyarlılığında değişme olduğu izlenmiştir. Reseptör duyarlılığındaki bu değişimler genel olarak reseptör sayısında ve afinitesinde değişme, ikincil ulak fonksiyonlarında değişme, hücresel yanıtta değişme ile ortaya çıkmaktadır. Örneğin, yaşlılarda kardiyovasküler ve solunum sisteminde beta reseptörlere duyarlılıkta azalma varken alfa reseptör duyarlılığı korunmuştur. Santral sinir siteminde sedatif-hipnotik, benzodiazepin, analjezik, opioid ve nöroleptiklere duyarlılık artışı gözlenmiştir. Özellikle benzodiyazepinler düşük kan konsantrasyonlarına rağmen, yaşlılarda belirgin sedasyon yapabilirler. Yaşlılarda nöroleptiklerin delirium, ekstra-piramidal yan etkiler, aritmi ve postürel hipotansiyon gibi yan etkileri daha sık görülmektedir. Trisiklik antidepresanlar, antihistaminikler ve antispazmodikler gibi ilaçların da ağız kuruluğu, görme bozukluğu, kabızlık, idrar retansiyonu, deliryum gibi antikolinerjik yan etkilerinde artma bulunmuştur(38).

4.3.Yaşlılarda İlaç Kullanımında Karşılaşılan Sorunlar

Yaşlı hastaları etkili, güvenli ve uygun ilacı seçerek tedavi ederken sık karşılaşılan bazı sorunların altının çizilmesi ve bunlara karşı önlem alınması da AİK açısından büyük önem taşımaktadır. Yaşlanma ile ortaya çıkan farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler dışında bu hasta grubunda sık rastlanılan sorunların başında çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi), ilaç-ilaç etkişimleri, tedaviye uyum güçlüğü ve ilaç doz aşımı gelmektedir (39,40).

Yaşlılık döneminde çoğunlukla birden fazla kronik hastalığın beraber bulunması ve her hastalık için farklı ilaçların kullanılmak durumunda olunması, hastaların hekim tavsiyesi olmadan kendi kendine başka ilaçlar ve bitkisel ilaçlar kullanma eğiliminde olması, ilacın tedavi süresi bittiği halde hala kullanımına devam edilmesi bu yaş grubundaki kişilerin sıklıkla çok sayıda ilaç kullanmalarına (polifarmasi) neden olmaktadır.

Yaşla beraber genel olarak kullanılan ilaç sayısı da artar. Çoklu ilaç kullanımı yalnızca ilaç etkileşimlerinin ve istenmeyen etkilerin ortaya çıkma olasılığını artırmaz, aynı zamanda ortaya çıkan karışık tedavi şeması hastaların tedaviye

uyumunu güçleştirir. Yaşlı hastalarda bilişsel fonksiyonlarda gerileme, unutkanlık, görme keskinliğinde azalma, diğer bedensel yetersizliklerde eklendiğinde ilaçların birbirleri ile karıştırılması sonucu tedavide aksaklıklara ve hatta doz aşımlarına yol açabilir. Yaşlılarda huzursuzluk, konfüzyon, sık sık düşme, depresyon, deliryum, ekstrapiramidal sendromlar, bulantı-kusma, kabızlık gibi belirtiler ortaya çıktığında ilaç yan etkisi de mutlaka değerlendirilmelidir.

Yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaç grubu merkezi sinir sistemi depresyonu yapan ilaçlardır. Bunları antibiyotikler, analjezikler, antikoagülanlar, antihipertansifler, bronkodilatatörler, diüretikler ve oral hipoglisemik ajanlar izlemektedir (40).

Yaşlanma ile ortaya çıkan farmakokinetik ve farmakodinamik değişikler sonucu ilaç etkisinin değişmesi ve yaşlı hastaların önemli kısmının çoklu ilaç kullanımının olması, ilaç yan etkilerinin bu grupta genel popülasyondan daha fazla oranda görülmesine yol açmaktadır. Yaşlıların hastanelere başvuru nedenlerinin %12-30'u istenmeyen ilaç etkileri veya etkileşimleridir(8,9).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 verilerine göre, dünya genelinde tüm ilaçların yaklaşık %50′si uygun olmayan şekilde reçetelenmekte, satılmakta veya uygulanmaktadır (41). Bu tüm hastaların yarısından fazlasının ilaçlarını doğru şekilde kullanamamakta olduğunu ortaya koymaktadır.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur. Akılcı olmayan ilaç kullanımı hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, yan etki görülme sıklığının artmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.

Bu nedenlerden dolayı dünyada çeşitli çözüm yolları üretilmeye, geliştirilmeye çalışılmakta ve tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de "Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)" çalışmaları yürütülmektedir. Son yıllarda T.C Sağlık Bakanlığı'nın 'Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı' çerçevesinde akılcı ilaç kullanımını destekleyecek faaliyetlerin yürütülmesi için koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması ayrıca hekim, eczacı, yardımcı sağlık personeli, halk ve ilaç sektörüne yönelik AİK

konusunda davranış değişikliği oluşturmak amacı ve etki edilen taraflarda AİK ile ilgili farkındalık, bilgi ve bilinç düzeylerini artırmak hedeflenmektedir.

Sağlık Bakanlığı ve SGK yaşlılarda akılcı ilaç kullanımına ayrıca önem vermektedir. Çünkü yaşlılarda birden fazla kronik hastalık görülmesi ile birlikte çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi) da yaygın görülen bir durumdur ve uygun olmayan ilaç kullanımı da bunların kaçınılmaz bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Akılcı ilaç kullanımının tam aksine eğer bir ilaç kabul edilemez yan etki profiline sahipse, yakın izleme gerektiriyor ve bu yapılamıyorsa, eşzamanlı kullanılan ilaçlarla önemli fakat göz ardı edilen bir etkileşimi varsa, daha iyi bir alternatifi varsa (örn; daha ucuz, daha az yan etki profili, sık dozaj), ve endikasyonu yoksa bu durum uygun olmayan ilaç kulllanımı olarak tanımlanabilir(43).

Ülkemizde 2010 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'ni yayınlamıştır (39). Rehberde çeşitli hastalıklarda yaşlılarda tanı ve tedavi bilgilerinin yanı sıra yaşlılarda AİK'e yönelik hekimlere kılavuzluk yapabilecek pratik öneriler yer almaktadır..

4.4.Akılcı İlaç Kullanımı

AİK kısaca ilaçların doğru kullanımıdır. Pratikte doğru ilacın, doğru hastalıkta, doğru kişide, doğru uygulama yolu ile doğru sürede, doğru bilgilendirme yapılarak kullanılması olarak özetlenebilir.
AİK'in dört öğesi vardır: 1. Etkililik, 2. Güvenlilik, 3. Uygunluk, 4, Maliyet.

AİK'in dört öğesinden ilki olan "etkililik" ilacın kullanılma gerekçesini karşılayan ölçüttür. Yani, tedavi amacına ne ölçüde yardımcı olduğu dikkate alınarak etkililik değer ölçütü belirlenir. Bu ölçütte ilacın farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri belirleyicidir.

"Güvenlilik" öğesinin değerlendirilmesinde, ilaç yan etki /karşıt etki görülme sıklığı, bu sorunların ciddiyet arz etmesi, risk/yarar ilişkisindeki risk oranının boyutu ölçülür.

"Uygunluk", ilacın ilgili hasta için uygunluğunun belirlendiği, hastada var olan bireysel özelliklerin değerlendirildiği, tedavinin kişileştirildiği bölümdür. Ayrıca ilacın kullanım avantaj/dezavantajına sahip olup olmaması gibi konular dikkate alınarak değerlendirme yapılır. Örneğin, kontrendikasyonlar, kullanım kolaylığı, kullanım sıklığının az veya çok olması, o bölgede/ülkede o ilaca ulaşımın kolay olup olmaması, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, özel hasta gruplarında kullanım kolaylığı/zorluğu bulunup bulunmaması, enteral/parenteral kullanımlar, vb. unsurlar ilacın uygunluğunu belirlemede kullanılan ayrıntılı ölçütlerdir.

"Maliyet", ilacın seçimi sırasında maliyet ölçütü ilaç adaylarının tedavi için gerekli toplam maliyeti üzerinden hesaplanır. Maliyet ölçütü değerlendirilirken, ülke olanakları, geri ödeme sistemi, akut ya da kronik hastalıkta ilaç kullanımı, toplam tedavi maliyeti, günlük, haftalık, aylık, yıllık maliyet, kutu maliyeti ya da reçete maliyeti gibi ölçütler dikkate alınabilir(8,9,42)

Hekimin AİK'e uygun, bir sistematik yaklaşım içerisinde tedaviyi düzenleme ve yönetme süreci şu şekilde basamaklandırılabilir(9):

1. Hekim tarafından hastanın sorununun tanımlanması ve doğru teşhisin konulması
2. İlaçlı veya ilaçsız, "etkili ve güvenilir" tedavinin tanımlanması
3. "Uygun" ilaç/ilaçların seçilmesi
4. Çoklu ilaç kullanımlarında etkileşimlerin öngörülmesi
5. Tedavinin "gerçekleşebilirliğinin ve maliyetinin" değerlendirilmesi
6. Her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçetenin yazılması
7. Hasta (ve gerekiyorsa hasta yakınının) tedavi hakkında bilgilendirilmesi
8. Tedavi başarısının değerlendirilmesi.

Akılcı İlaç Kullanımı (AİK), doktorun hastaya tanı koyması, reçete yazması, hastanın ilacı edinmesi, kullanması ve tedavisinin izlenmesini kapsayan geniş bir süreçtir. Bu sürecin en doğru şekilde işlemesi ancak devletin, ilaç endüstrisinin, doktorların, eczacıların, diğer sağlık çalışanlarının ve toplumun akılcı ilaç kullanımını benimsemesi ile mümkündür. Bu konuda toplumun bilinçlendirilmesi;

hastaların bilinçsiz ilaç kullanma sıklığının azaltılması; hekime gereksiz ilaç yazdırma baskısının azaltılması, tanı koyma sürecinde hekimin daha sağlıklı bilgi vermesinin sağlanması ve verilen tedaviye uyumunun artırılması açısından çok önemlidir. Bu alanda topluma yapılacak müdahalelerin daha etkin ve yerinde olması için öncelikle, hastaların bu konudaki bilinç düzeyleri ve yaklaşımları bilinmelidir. Ülkemizde, toplumun akılcı ilaç kullanımına bakış açısını değerlendiren kısıtlı sayıda çalışma bulunması ve mevcut çalışmaların örneklem sayısının yetersiz olması nedeni ile Pendik 06 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üstü bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutum ve yönelimlerini değerlendirmeyi amaçlayan bu araştırma, akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesi için gerekli verilerin toplanmasında bir basamak olacaktır.

.

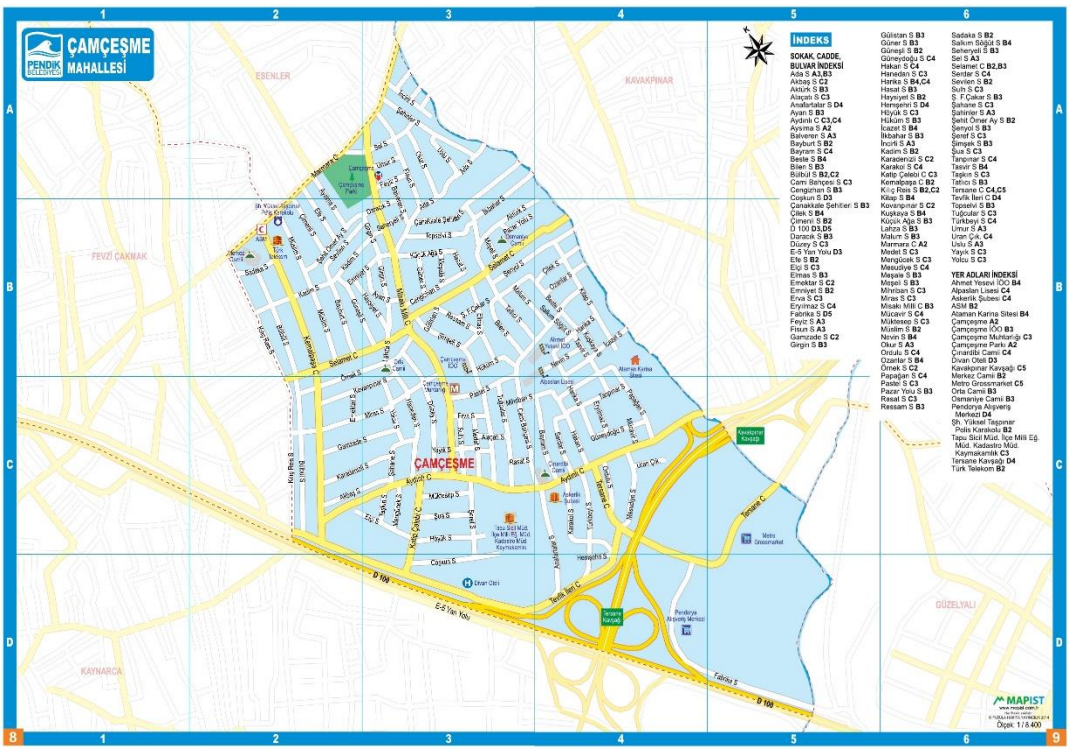
5.GEREÇ ve YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul, Anadolu yakası, Pendik ilçesi Çamçeşme Mahallesi'nde, Pendik'teki 35 Aile Sağlığı Merkezinden biri olan 6 Nolu ASM Bölgesi'nde 2015 yılında yürütülmüştür. Çamçeşme Mahallesi Pendik'in göç alan bölgelerindendir (44). Çamçeşme mahallesinin 2014 yılı ADNKS'ne göre toplam nüfusu 31249 dur. "65 yaş ve üzeri" nüfus 1301'dir (%4,16). "65 yaş ve üzeri" nüfusun %58'i kadın (n=754), %42'si erkektir (n=547) (51).



Resim 5.2.1. Çamçeşme Mahallesi Haritası (2015)

5.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı tarihte, İstanbul Pendik Çamçeşme Mahallesi'nde bulunan Pendik 06 Nolu ASM'ye kesin kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri, 1950 ve öncesi doğum tarihleri olan kişiler (N=652 kişi), araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilecek kişiler; 4 aile hekimliği biriminden oluşan 06 Nolu ASM' de, kullanılan ortak aile hekimliği bilgi sistemi üzerinden listelenmiş ve her birime kesin kayıtlı kişi listesi içinden 65 yaş ve üzeri kişiler seçilerek bir ortak liste oluşturulmuştur (N=652).

Toplam kesin kayıtlı 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 652'dir. İlaç kullanımını etkileyebilecek faktörler yaşa göre değişiklik gösterebileceğinden ve seçilecek olan örneklemin özelliklerinin evreni daha iyi temsil edebilmesi için 'yaşa göre tabakalı örneklem' yöntemi tercih edilmiştir.

Hedef araştırma nüfusu (N=652, 65 yaş üstü kişi) 'onarlı yaş gruplarına göre tabakalandırılıp' yaş gruplarına göre yüzde dağılımları bulunmuştur (Tablo 1).

Evrendeki birey sayısının bilindiği, tanımlayıcı ölçütlerin kullanıldığı bu araştırma için örneklem büyüklüğü hesaplaması aşağıdaki formülle yapılmıştır (45).

2013'de İstanbul'da yapılan bir araştırmada yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili uygun yanıt verme oranı yaklaşık %25 olarak bildirilmiştir (46). Benzer bir oran bulunacağı düşünülerek p: 0,25 alınmıştır.

$$n = (Nt^2pq) \div [d^2(N-1) + t^2pq]$$

N : Hedef kitledeki kişi sayısı

n : Örnekleme alınacak kişi sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

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

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası

$$n = (Nt^2pq) \div [d^2(N-1) + t^2pq]$$

$$n = (652.1{,}96^2.0{,}25.0{,}75) \div [0{,}05^2(652-1) + 1{,}96^2.0{,}25.0{,}75]$$

$$n = 482{,}601 \div 2{,}3928$$

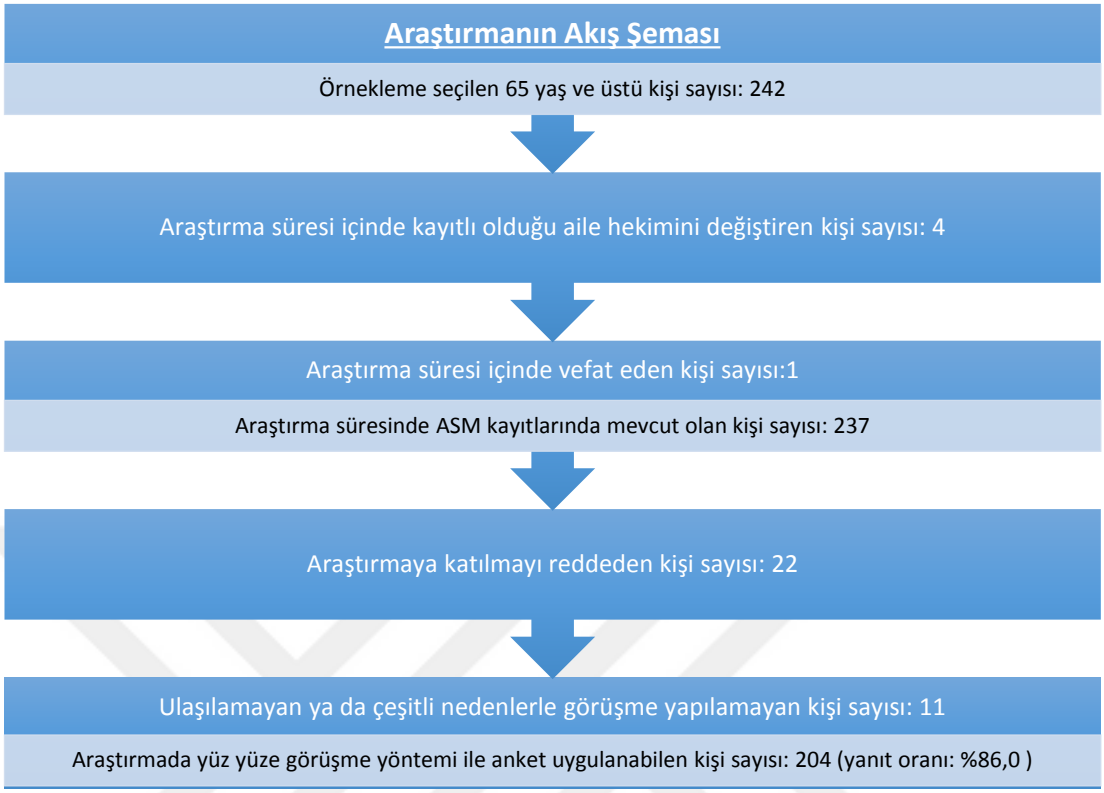
$$n = 201{,}68$$

%20 herhangi bir nedenle ulaşılamama, red olasılığı varsayılarak örneklem büyüklüğü 201x1.2=242 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırma için "n=242" örnek büyüklüğü olarak kabul edilmiştir.

Ardından her yaş grubuna ait kişi listesinden bilgisayar ortamında random olarak araştırmaya dahil edilecek katılımcı listeleri belirlenmiştir.

Tablo 5.3.1. Araştırma örnekleminin yaş gruplarına göre dağılımı, Pendik 06 Nolu ASM

Tabakalar "Yaş grupları"	Toplam kişi sayısı (N)	%	Ulaşılması planlanan (n)	Araştırma tarihinde kayıtlı olduğu aile hekimini değiştiren kişi sayısı	Araştırma tarihinde vefat etmiş kişi sayısı	Araştırma tarihinde ASM kayıtlarında mevcut kişi sayısı (n)
65-74	422	44	157	3		154
75-84	194	30	72		1	71
85+	36	26	13	1		12
Toplam	652	100.0	242	4	1	237



Şekil 5.3.1. Araştırmanın akış şeması

Araştırmada, örnekleme seçilen kişilerden 65-74 yaş grubundakilerin % 98'ine, 75-84 yaş grubundakilerin %98,6'sına, 85 yaş ve üstü gruptakilerin %92,3'üne ulaşılmıştır. Görüşme yapılabilen ve araştırma süresi içinde görüşülememiş kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı tablodaki gibidir (Tablo 5.3.2).

Örneklemde yer almakla birlikte görüşme yapılamayan kişiler ile görüşme yapılamamasının nedenleri aşağıdaki gibidir;

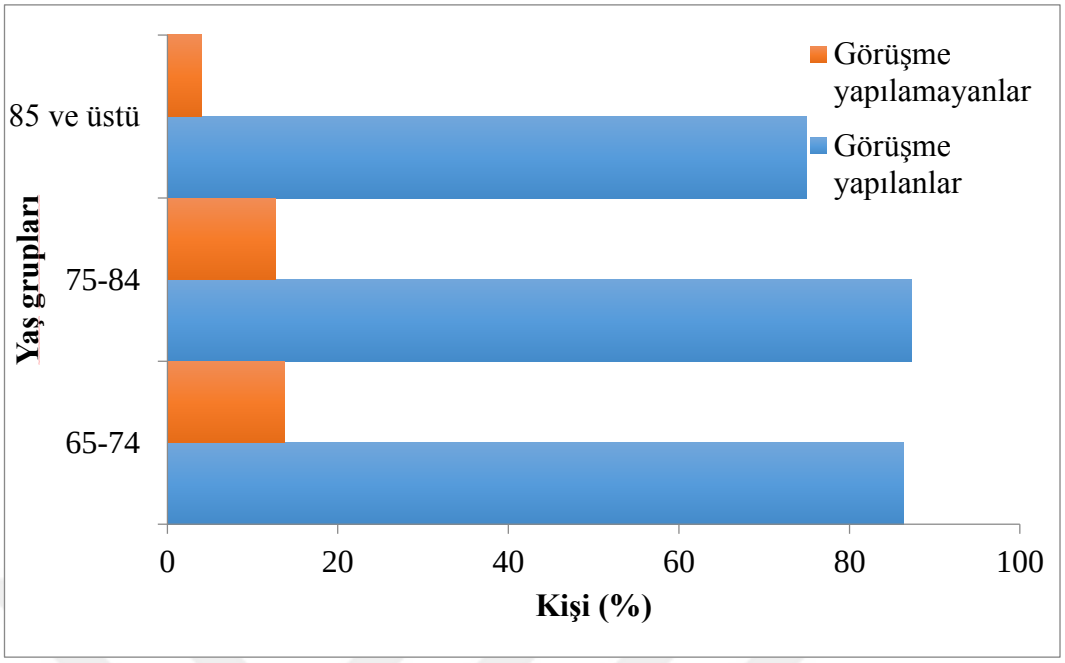
- 1kişiyle (%0,4) vefat etmiş olmaları nedeniyle
- 4kişiyle (%1,6) araştırma süresi içinde kayıtlı oldukları aile hekimini değiştirme nedeniyle
- 10kişiyle (%4,1) iletişim kuracak ve görüşme yapacak düzeyde olmaması (işitme problemi, nefes darlığı vb)
- 1 kişiyle (%0,4) iletişim bilgileri güncel olmadığı için ulaşılamama nedeniyle
- 22 kişiyle (%9) araştırmaya katılmayı kabul etmeme nedeniyle

  görüşme yapılamamıştır.

Örneklemde yer alan ve araştırma süresi içinde Pendik 06 Nolu ASM kayıtlarında bulunmayı sürdüren, araştırmaya katılmaya bir engeli bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 204 kişi üzerinden araştırmaya devam edilmiştir. Araştırma 204 kişinin katılımıyla tamamlanmıştır.

Tablo 5.3.2. Görüşme yapılan ve yapılmayan kişilerin yaş gruplarının dağılımı, Pendik 06 Nolu ASM

Yaş Grupları	Görüşme yapılabilen kişi		Görüşme yapılamayan kişi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
65-74	133	86,3	21	13,7	154	100.0
75-84	62	87,3	9	12,7	71	100,0
85 ve üstü	9	75,0	3	25,0	12	100,0
Toplam	204	86,0	33	14,0	237	100,0



Şekil 5.3.2. Araştırma örnekleminin yaş gruplarına göre dağılımı

5.4.Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırıcı tarafından geliştirilmiş standart bir veri formuyla veri toplanmıştır. Örneklemde yer alan 65 yaş ve üstü kişiler telefonla araştırmadan haberdar edilmiş ve gelebilecek durumda olanlar ASM'ye davet edilerek (201 kişi), gelemeyecek durumda olanların ise evlerine gidilerek (3 kişi) veri toplanmıştır. Yüz yüze görüşme yöntemi ile veri formunun doldurulması her bir katılımcı için yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

5.5.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- Kullanılan ilaç hakkında sahip olunan bilgi (ilacın adı, ne için kullanıldığı, dozu, kullanım şekli, yan etkileri),
- Reçetesiz ilaç kullanıp kullanmama,
- İlaç kullanma talimatlarına uyum (düzenli kullanma, uygun sürede ve uygun dozda kullanma),
- Kullanılan ilacın kim tarafından önerildiği,

- Yan etkileri, yan etkilerle baş etme durumu,
- İlaç kullanımından memnuniyet.

Bağımsız değişkenler

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Eğitim durumu,
- Medeni durum,
- Kiminle yaşadığı,
- Gelir durumu algısı,
- Sosyal güvence durumu,
- Hekim tarafından tanı konulmuş akut/kronik hastalıklar,
- Kullanılan ilaçlar ve mevcut tedavi durumu (akut/kısa süreli, kronik/uzun süreli),
- İlaçlar ve kullanımı hakkında bilgi edinme kaynağı (doktor, eczacı, yardımcı sağlık personeli, sağlık personeli dışında kişi/kişiler)

5.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 'İlaç Kullanımı Bilgi Formu' aracılığıyla elde edilmiştir. Form 46 sorudan oluşmaktadır. Formu doldurmadan önce katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmaya gönüllü-bilinçli katılımları ile ilgili 'Araştırma Onay Formu' nu doldurmaları sağlanmıştır.

'İlaç Kullanımı Bilgi Formu' aşağıdaki başlıkları içermektedir:

1. Temel bilgiler

   Araştırmaya katılan kişilerin sosyoekonomik ve demografik özelliklerini içermektedir (1-13. sorular). (Ek-1)
2. Özgeçmiş bilgileri

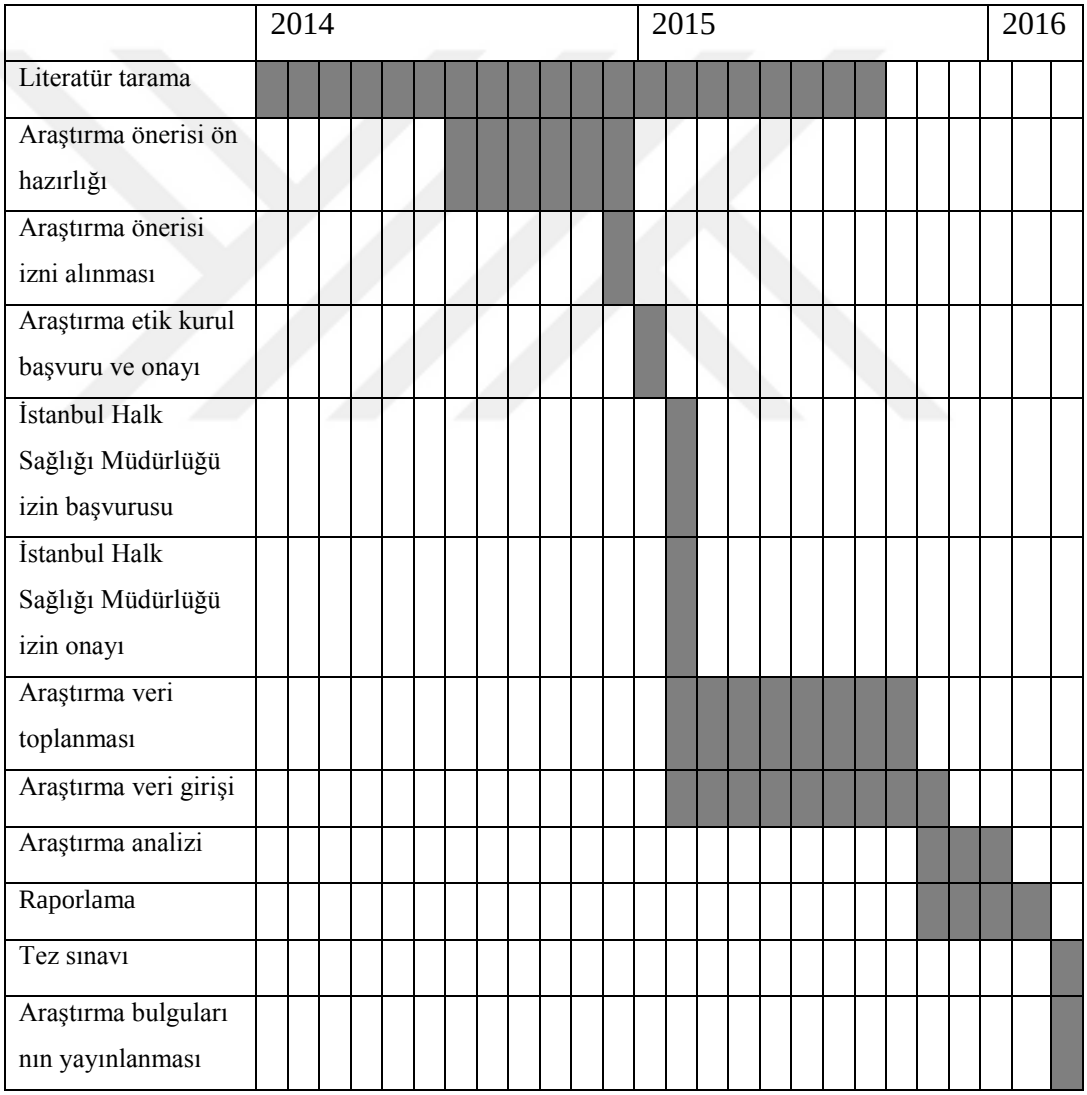
   Araştırmaya katılan kişilerin mevcut sağlık sorunları, bu sağlık sorunlarının ne kadar zamandır bulunduğu ve mevcut tedavi durumu, günlük kullanılan ilaç çeşidi ve dozu gibi bilgileri içermektedir (14-17. sorular).

3. İlaç kullanımı ile ilgili bilgi ve davranışları

   Araştırmaya katılan kişilerin hekime başvurma alışkanlıkları, ilaç kullanımı konusunda bilgi kaynaklarını, kullandıkları ilaçlar ile ilgili bilgi düzeylerini, ilaç kullanımı davranışlarını belirlemeyi amaçlayan soruları içermektedir (17-46. sorular).

5.7.Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma Ocak 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.



Şekil 5.7.1. Araştırma takvimi

5.8.Araştırma Verilerinin Bilgisayara Aktarılması ve Analizi

Araştırma verilerinin bilgisayara aktarılmasında ve analiz edilmesinde SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler, kesikli veriler için sayı ve yüzde hesaplanmış, istatistiksel karşılaştırmalarda Pearson'un Ki-kare testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ düzeyi kabul edilmiştir.

5.9.Araştırmada Etik

1. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyonu'ndan 09/01/2015 tarihinde araştırma için etik izin alınmıştır (Ek-2) .
2. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 11/02/2015 tarihinde araştırma için izin alınmıştır (Ek-3).
3. Dört aile hekimliği biriminden oluşan Pendik 6 Nolu ASM'de görev yapan Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı elemanları, araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır.
4. Araştırmada örnekleme seçilen her bir kişi, araştırma hakkında, katılımcı bilgilendirme formu okutularak bilgilendirilmiş ve izinleri alınmıştır (Ek-4 ve Ek-5).

5.10.Araştırmanın Bütçesi

Giderlerin Türü		
I A.	Personel Giderleri:	
	a) Araştırıcılara ödenecek ücretler	Yoktur
	b) Yardımcı personele ödenecek ücretler	Yoktur
B.	Araştırma kurumuna yapılacak ödeme	Yoktur
C.	Gönüllülere yapılacak ödemeler	

a) Doğrudan ödemeler Yoktur

b) Gönüllülerin masraflarının geri ödenmesi şeklindeki ödemeler Yoktur

D. Araştırma yerindeki hizmet alımları (danışmanlık, testler, bilgisayar işlemleri vb. ödemeler) Yoktur

E. Araştırma yeri dışında hizmet alımları (araştırma yeri dışından danışmanlık, test, işlem, baskı, iletişim vb ödemeler) Yoktur

F. Alet, teçhizat, yazılım, yayın alım giderleri (anketlerin basımı ve çoğaltılmaları ile raporun basımı ve çoğaltılması) 1000 TL

G. İlaç, kimyasal, kırtasiye vb sarf malzeme alımları Yoktur

H. Sigortalama giderleri (ve/veya tazminat karşılığı bloke para)

a) Gönüllüler için Yoktur

b) Varsa araştırıcılar için Yoktur

I. Seyahat giderleri Yoktur

J. Şerefiye veya telif ücreti şeklinde ödemeler Yoktur

K. Sözleşmeli araştırma kurumu varsa ona yapılacak ödemeler Yoktur

L. Diğer ödemeler 1000 TL

(Katılımcılara ulaşmak için kullanılacak telefon görüşmelerinin maliyeti ile ev ziyaretleri için kullanılacak araç ve yakıt giderleri)

GENEL TOPLAM **2 000 TL**

Gelirlerin Kaynağı

A. Destekleyici Yoktur

B. Araştırma fonları (TÜBİTAK, Üniversite Araştırma Fonu, DPT vs gibi) Yoktur

C. Kurum genel bütçesi	Yoktur
D. Diğer kaynaklar*	2000 TL
GENEL TOPLAM	**2000 TL**

*Araştırmanın sponsoru yoktur, tüm giderler araştırıcının kendisi tarafından karşılanmıştır.

6.BULGULAR

Bulguların ilk bölümünde araştırmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özellikleri, gelir durumu ve sağlık durumu algıları ve sağlık özgeçmişleri ile ilgili özellikleri (mevcut tanılı sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarının tanı alma zamanı, geçmişteki tedavi durumu, güncel tedavi durumu ve varsa medikal tedavi almama nedeni) sunulmuştur.

Daha sonra katılımcıların ilaç kullanım alışkanlıkları(günlük kullandıkları ilaç adedi ve dozu, yardımla ilaç kullanma durumları, ilaçlarını düzenli kullanma davranışları ve düzenli kullanmama nedenleri, reçetesiz ilaç kullanma durumları ve nedenleri) ve hastalık halindeki davranışları (hastalanınca ne yaptıkları ve hastalandıklarında ilk başvurdukları sağlık kuruluşları) değerlendirilmiştir. İlaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri (kullandıkları ilaçların isimleri, hangi ilacın ne için verildiği, yan etkileri ve ilaç etkileşimleri, son kullanma tarihi bilgisi ve saklama koşulları) sunulmuştur. Son olarak da yan etki yaşama durumundaki tutumları, ilaç kullanımı hakkında bilgi kaynakları ve bilgi edinme yöntemleri değerlendirilmiş, katılımcıların ilaç kullanımı hakkında verilen bilgilere ve bu bilgilere uyum sağlayıp sağlamadıklarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

6.1.Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı tarihte, İstanbul Pendik Çamçeşme Mahallesi'nde bulunan Pendik 06 Nolu ASM'ye kesin kayıtlı kişilerden random seçilmiş örneklemde yer alan 65 yaş ve üzeri olan 204 kişi ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1.1 te verilmiştir.

Araştırmaya katılanların %62,7'si kadın (n=128) ve %37,2'si erkekti (n=76). Araştırmaya katılan kadınların yaşlarının medyanı 72,00 yıl (min:65, max: 90) idi (n=128). Araştırmaya katılan erkeklerin yaşlarının medyanı 73,00 yıl (min: 65, max: 84) idi (n=76). [Yaş sürekli değişkeni Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, dağılımın normal olmadığı görüldü (p=0.0001).] Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin yaş dağılımları birbirine benzer bulundu ($p_{MannWhitney\ U}$=0.391).

Araştırmada, kadın ve erkeklerin yaş gruplarına dağılımları farklı bulundu (p=0.011) (Tablo 6.1.1). Araştırmaya katılan kadınların %68'i (n=87) '65-74 yaş' grubunda iken araştırmaya katılan erkeklerinse %60,5'i (n=46) '65-74 yaş' grubunda idi. Araştırmaya katılan kadınların %25'i (n=32) '75-84 yaş' grubunda iken, araştırmaya katılan erkeklerin %39,5'ı (n=30) '75-84 yaş' grubunda idi. Araştırmaya katılan kadınların %7'si (n=9) 85 yaş ve üstü iken erkeklerde 85 yaş ve üstü olan yoktu.

Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin medeni durumları arasında anlamlı bir fark vardı (p=0.0001) (Tablo 6.1.1). Araştırmaya katılanların %55,4'ü (n=113) evliydi. Araştırmaya katılan kadınların %37,5'i (n=48) evli iken, araştırmaya katılan erkeklerin %85,5'i (n=65) evliydi. Araştırmaya katılanların %44,6'sı (n=91) boşanmış veya eşini kaybetmişti. Araştırmaya katılan kadınların %62,5'i (n=80) boşanmış veya eşini kaybetmiş iken, araştırmaya katılan erkeklerin %14,5'i (n=11) boşanmış veya eşini kaybetmişti.

Araştırmada okuma yazma bilmeyen kadın sayısı 73 idi ve bu araştırmaya katılan kadınların **%57**'sini oluşturmaktaydı. Araştırmaya katılan erkeklerin ise **%1,3**'ü (n=1) okuma yazma bilmeyen gruptaydı. Araştırmaya katılan kadınların %24,2'si (n=31) ve araştırmaya katılan erkeklerin %22,4'si (n=17) okur yazardı. Araştırmaya katılan kadınların %18,8'i (n=24) ve erkeklerin %76,3'ü (n=58) ilkokul mezunu ve üzeri idi. Araştırmada, kadın ve erkeklerin eğitim seviyeleri farklıydı (p=0.0001) (6.1.1).

Araştırmaya katılan yaşlıların sosyal güvence durumları farklıydı. Sosyal güvencesi olmayan veya SGK dışı sosyal güvencelerden yararlanan (n=30) katılımcıların %18,8'i kadın iken, %7,9'u erkekti. SGK üzerinden sosyal güvencesi olan katılımcılar (n=174); kadınların %81,2'si, erkeklerin %92,1i' idi (p=0.041) (Tablo 6.1.1).

Araştırmada halen çalışmakta olan katılımcı sayısı n=1 (%0,5) idi ve katılımcıların geçmişte çalıştıkları sektörler farklıydı. Araştırmaya katılan kadınların %39,1'i (n=50) hiç çalışmamış (ev hanımı) iken, %50'si (n=64) çiftçilik yapmıştı. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %14,5'i (n=11) çiftçi iken %50'si (n=38) çeşitli sanayi kollarında işçi olarak çalışmıştı (p=0.0001) (Tablo 6.1.1).

Araştırmaya katılanların yaşayan çocuk sayısı değerlendirildi. [Yaşayan çocuk sayısı sürekli değişkeni Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, dağılımın normal olmadığı görüldü (p=0.0001).] Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı ortalamaları kadınlarda 4,28±1,49 çocuk (min=0 , max= 8) ; erkeklerde 3,95±1,49 çocuk (min=0, max=10) idi ($p_{\text{Mann Whtiney U}}$= 0.144).

Araştırmada kadınların araştırma esnasında halen yaşayan çocuk sayısı medianı 4,0 (min=0, max=8, n=128), erkeklerin ise medianı 4,0 (min=0, max=10)'dır (n=76). Araştırma grubunda araştırmaya katılan kadınların %28,9'unun (n=37) 3 ve daha az çocuğu var iken erkeklerin %34,2'sinin (n=26) 3 ve daha az çocuğu vardı. Araştırmaya katılan kadınların %33,6'sının (n=43), araştırmaya katılan erkeklerin ise %36,8'inin (n=28) 4 çocuğu vardı. Araştırmaya katılan kadınların %37,5'inin (n=48) 5 ve daha fazla çocuğu var iken, araştırmaya katılan erkeklerin %28,9'unun (n=22) 5 ve daha fazla çocuğu vardı (p=0.450) (Tablo 6.1.1).

Araştırmada kadınların %28,9'sı (n=37) yalnız yaşarken, %.35,9'u (n=46) eşi ile yada eşi ve çocukları ile yaşamakta idi. Araştırmada erkeklerin %6,6'sı (n=5) yalnız yaşarken, %.84,2'si (n=64) eşi ile yada eşi ve çocukları ile yaşamakta idi. Araştırmaya katılan kadınların %35,2'si(n=45) çocuklarından biri ile yada her çocuğunun evinde belli bir süre yaşamakta idi. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %9,2'si (n=7) çocuklarından biri ile ya da her çocuğunun evinde belli bir süre yaşamakta idi (p=0.0001) (Tablo 6.1.1.).

Tablo 6.1.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Yaş grupları							
65-74	87	68,0	46	60,5	133	65,2	0.011
75-84	32	25,0	30	39,5	62	30,4	
85+	9	7,0	0	0	9	4,4	
Medeni durum							
Evli	48	37,5	65	85,5	113	55,4	0.0001
Eşini kaybetmiş/ boşanmış	80	62,5	11	14,5	91	44,6	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Tablo 6.1.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (devam)

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Eğitim durumu							
Okur yazar değil	73	**57,0**	1	1,3	74	36,3	0.0001
Okur yazar	31	24,2	17	22,4	48	23,5	
İlkokul ve üzeri	24	18,8	58	**76,3**	82	40,2	
Sosyal güvence							
SGK	104	81,2	70	92,1	174	85,3	0.041
Diğer sosyal güvence ve sosyal güvencesi olmayan	24	18,8	6	7,9	30	14,7	
Çalışma durumu							
Halen çalışıyor	0	0,0	1	1,3	1	0,5	*
Halen çalışmıyor	128	100,0	75	98,7	203	99,5	
Çalıştığı sektör							
Tarım	64	50,0	11	14,5	75	36,8	0.0001
Sanayi	5	3,9	38	50,0	43	21,1	
Hizmet	9	7,0	26	34,2	35	17,2	
Hiç çalışmamış	50	39,1	1	1,3	51	25,0	
Yaşayan çocuk sayısı							
3 ve daha az	37	28,9	26	34,2	63	30,9	0.450
4	43	33,6	28	36,8	71	34,8	
5 ve daha fazla	48	37,5	22	28,9	70	34,3	
Kiminle yaşadığı							
Yalnız	37	28,9	5	6,6	42	20,6	0.0001
Eşi/eşi ve çocukları ile	46	35,9	64	**84,2**	110	53,9	
Çocuklarından biri ile/ her çocuğu ile belli bir süre	45	35,2	7	9,2	52	25,5	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

***** Cochrane ilkelerine göre Chi-Square analizi yapılamadığından p değeri hesaplanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %12,5'i (n=16) gelir durumlarını 'çok iyi' yada 'iyi' olarak değerlendirirken, gelir durumlarını 'orta' olarak değerlendiren kadınlar araştırmaya katılan kadınların %46,1'ini (n=59), 'kötü' yada 'çok kötü' olarak değerlendiren kadınlar ise araştırmaya kadınların %41,4'ünü (n=59) oluşturmaktaydı. Araştırmaya katılan erkeklerin %11,8'i (n=9) gelir durumlarını 'çok iyi' yada 'iyi' olarak değerlendirirken, gelir durumlarını 'orta' olarak değerlendiren erkekler araştırmaya katılan erkeklerin %52,6'sını (n=40), 'kötü' yada 'çok kötü' olarak değerlendiren erkekler ise araştırmaya katılan erkeklerin %35,5'ini (n=27) oluşturmaktaydı. Gelir durumu algısı bakımından iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0.651) (Tablo 6.1.2)

Araştırmaya katılan kadınların %14,1'i (n=18) sağlık durumlarını 'çok iyi' yada 'iyi' olarak değerlendirirken, sağlık durumlarını 'orta' olarak değerlendiren kadınlar araştırmaya katılan kadınların %28,9'unu (n=37), 'kötü' yada 'çok kötü' olarak değerlendiren kadınlar ise araştırmaya kadınların %57'sini (n=73) oluşturmaktaydı. Araştırmaya katılan erkeklerin %22,4'ü (n=17) sağlık durumlarını 'çok iyi' yada 'iyi' olarak değerlendirirken, sağlık durumlarını 'orta' olarak değerlendiren erkekler araştırmaya katılan erkeklerin %34,2'sini (n=26), 'kötü' yada 'çok kötü' olarak değerlendiren erkekler ise araştırmaya katılan erkeklerin %43,4'ünü (n=33) oluşturmaktaydı. Sağlık durumu algısı bakımından iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0.132) (Tablo 6.1.2).

Tablo 6.1.2. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre gelir ve sağlık durumu algılarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Gelir durumu algısı							
Çok iyi/ iyi	16	12,5	9	11,8	25	12,3	0.651
Orta	59	46,1	40	52,6	99	48,5	
Kötü/ çok kötü	53	41,4	27	35,5	80	39,2	
Sağlık durumu algısı							
Çok iyi/ iyi	18	14,1	17	22,4	35	17,2	0.132
Orta	37	28,9	26	34,2	63	30,9	
Kötü/ çok kötü	73	57,0	33	43,4	106	52,0	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

6.2.Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sağlık Durumları ve Hastalık Özgeçmişi Özellikleri

Araştırmaya katılan yaşlıların sağlık durumları ve hastalık özgeçmişi özellikleri Tablo 6.2.1 de verilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların **%99**'unun (n=202) hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalığı vardı. Araştırmada, kadınların %100'ü (n=128) ve erkeklerin %97,3 (n=74) 'hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık' beyanında bulundu ve beyan edilen hastalıkların uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalıklar ağırlıklı olması dikkat çekiciydi (Tablo 6.2.1).

Tablo 6.2.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre tanılı sağlık sorunlarının dağılımı

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam**	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tanı almış	128	100,0	74	97,4	202	99,0
Tanı almamış	0	0,0	2	2,6	2	1,0
Hastalıklar*						
Hipertansiyon	94	29,3	55	28,8	149	29,1
Diyabet	45	14,0	20	10,5	65	12,7
Hiperlipidemi	27	8,4	14	7,3	41	8,0
Koroner arter hastalığı	14	4,4	26	13,6	40	7,8
Astım/KOAH	17	5,3	12	6,3	29	5,7
Osteoporoz	17	5,3	0	0,0	17	3,3
GÖR/ülser	10	3,1	6	3,1	16	3,1
Depresyon	9	2,8	7	3,7	16	3,1
Benign prostat hiperplazisi	0	0,0	15	7,9	15	2,9
Hipotiroidi	13	4,1	2	1,1	15	2,9
Kardiyak aritmi	11	3,4	4	2,1	15	2,9
Toplam	321	100	191	100	512	100

Tablo 6.2.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre tanılı sağlık sorunlarının dağılımı (devam)

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam**	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Beyin damar hastalığı	8	2,5	6	3,1	14	2,7
Romatizma	12	3,7	1	0,5	13	2,5
Diğer***	44	13,7	23	12,0	67	13,1
Toplam	321	100	191	100	512	100

*Birden fazla yanıt alınmıştır.

**Cochrane ilkelerine göre Chi-Square analizi yapılamadığından p değeri hesaplanmamıştır.

*** Diğer başlığı altında allerji,bel fıtığı, bipolar mizaç bozukluğu, böbrek taşı, demans, eklem ağrısı, glokom, göz kuruluğu, işitme bozukluğu, kronik demir eksikliği, migren, miyastenia gravis, nöropati, psoriasis, üriner inkontinans, vertigo, akciğer ca, anksiyete bozukluğu, bel fıtığı, prostat ca, boyun fıtığı tanıları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlılar arasında en sık görülen hastalıklar hipertansiyon (%29,1, n=149), diyabetes mellitus (%12,7, n=65) ve hiperlipidemi (%8,0, n=41) idi. Araştırmaya katılan kadınların %29,3'ü (n=94) hipertansiyon, %14'ü (n=45) diyabetes mellitus, %8,4'ü (n=27) hiperlipidemi tanısı almıştı. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %28,8'i (n=55) hipertansiyon, %13,6'sı (n=26) koroner arter hastalığı, %10,5'i (n=20) diyabetes mellitus tanısı almıştı (Tablo 6.2.1).

Katılımcıların %17,6'sının (n=36) tanı konulmuş hastalık sayısı 1 iken, 4 ve üzeri sayıda tanı almış hastalığı olan n=32 katılımcı, toplam katılımcı sayısının %15,7'sini oluşturmaktaydı. Tanı konulmuş hastalık sayısı bakımından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0.562) (Tablo 6.2.2.1 ve Tablo 6.2.2.2)

Tablo 6.2.2.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre tanı konulmuş hastalık sayısının dağılımı

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tanı konulmuş hastalık sayısı						
0	0	0,0	2	2,6	2	1,0
1	20	15,6	16	21,1	36	17,6
2	42	32,8	22	**28,9**	64	31,4
3	49	**38,3**	21	27,6	70	**34,3**
4	13	10,2	11	14,5	24	11,8
5	4	3,1	2	2,6	6	2,9
6	0	0,0	2	2,6	2	1,0
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0

Tablo 6.2.2.2. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre tanı konulmuş hastalık sayısının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tanı sayısı							
≤2	62	48,4	40	52,6	102	50,0	0.562
≥3	66	51,6	36	47,4	102	50,0	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Araştırmaya katılanların hastalıklarının tanı alma sürelerine göre dağılımı Tablo 6.2.3 de verilmiştir.

Araştırmaya katılan, kadın ve erkeklerin 'kronik hastalıkları için tanı alma süreleri'nin medyanı sırayla 10,0 yıl (min 1,0, max 40,0) ve 10,0 yıl (min 1,0 max 60,00) bulundu. Araştırmaya katılan kadınların %18,3'ü (n=54) ve erkeklerin %10,98 'i (n=18) çalışmanın yapıldığı tarihte en uzun süredir var olan hastalığı

dikkate alındığında ‘5 yıldan kısa süre’ dir bir kronik hastalık ile yaşıyordu. Araştırmaya katılan kadınların %19,6’s (n=58) ve erkeklerin %17,6’sı (n=29) çalışmanın yapıldığı tarihte en uzun süredir var olan hastalığı dikkate alındığında ‘20 yıldan uzun süre’ dir bir kronik hastalık ile yaşıyordu (Tablo 6.2.3).

[Tanı alma süreleri sürekli değişkeni Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, dağılımın normal olmadığı görüldü (p=0.0001).]Cinsiyete göre tanı alma süreleri kıyaslandığında, araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin sahip oldukları kronik hastalıkları ile yaşama süreleri birbirine benzer bulundu($p_{\text{Mann Whitney U}}$=0.912).

Tablo 6.2.3. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre araştırma esnasında kullanılmakta oldukları ilaç(lar) için aldıkları tanının alınma sürelerinin dağılımı

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tanı alma süreleri*						
<5 yıl	54	18,3	18	10,9	72	15,7
5-9 yıl	72	24,4	46	28,1	118	25,7
10-14 yıl	65	22,0	53	32,3	118	25,7
15-19 yıl	46	15,6	18	10,9	64	13,9
>=20 yıl	58	19,7	29	17,7	87	18,9
Toplam	295	100,0	164	100,0	459	100,0

*Birden fazla hastalık için tanı süresi alınmıştır

Araştırmaya katılanların geçmişteki ve güncel tedavi durumlarına göre dağılımları Tablo 6.2.4’te verilmiştir.

Kattılımcılar sahip oldukları hastalıklardan %98,7’si (n=465) için ilaç tedavisi önerildiğini beyan ederken %1,3’ü (n=6) ilaç tedavisi önerilmediğini söyledi. Katılımcıların sahip oldukları hastalıkların %93,4’ü (n=440) için halen ilaç tedavisi alınırken %6,6’sı (n=31) için ilaç tedavisi alınmamaktaydı(Tablo 6.2.4).

Tablo 6.2.4. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre geçmişteki ve güncel tedavi durumlarının dağılımı*

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi durumu						
Geçmişteki durum						
İlaç tedavisi önerildi	298	98,7	167	98,8	465	98,7
İlaç tedavisi önerilmedi	4	1,3	2	1,2	6	1,3
Şimdiki durum						
İlaç kullanıyor	288	95,3	152	89,9	440	93,4
İlaç kullanmıyor	14	4,7	17	10,1	31	6,6
Toplam	302	100,0	169	100,0	471	100,0

*Cochrane ilkelerine göre Chi-Square analizi yapılamadığından p değeri hesaplanmamıştır.

İlaç tedavisi almayanların ilaç tedavisi almama nedenleri Tablo 6.2.5 te verilmiştir. İlaç tedavisi almayan katılımcıların %23,3'ü (n=7) doktoru ilaç tedavisini kestiği için ilaç almadığını, %16,7'si (n=5) ilaçlar dokunduğu için kendisi bıraktığını, %16,7'si cerrahi tedavi önerildiğini ve %16,7'si ilaçsız takip edildiğini bu nedenle ilaç tedavisi almadığını beyan etmiştir (Tablo 6.2.5).

Tablo 6.2.5. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaç tedavisi almama nedenlerinin dağılımı*

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlaç kullanmama nedenleri						
Doktor kesti	2	14,2	5	29,4	7	22,5
İlaçlar dokundu, kendisi bıraktı	2	14,2	3	17,6	5	16,1
Cerrahi tedavi önerildi	4	28,5	1	5,9	5	16,1
İlaçsız takip önerildi	1	7,1	4	23,5	5	16,1
Cihaz kullanımı önerildi	2	14,2	1	5,9	3	9,6
Doktora gidemedi	1	7,1	2	11,8	3	9,6
İlaçlar dokundu, doktor bıraktı	1	7,1	1	5,9	2	6,4
İlacı alamıyor/parası yok	1	7,1	0	0	1	3,2
Toplam	14	100,0	17	100,0	31	100,0

*Cochrane ilkelerine göre Chi-Square analizi yapılamadığından p değeri hesaplanmamıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların günlük kullandıkları ilaç çeşidi sayısı ve doz miktarına göre dağılımları Tablo 6.2.6'da verilmiştir. [Günlük kullanılan ilaç çeşidi sayısı sürekli değişkeni Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, dağılımın normal olmadığı görüldü (p=0.0001).] Cinsiyete göre ilaç çeşidi sayısı kıyaslandığında, araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin ilaç çeşidi sayıları birbirine benzer bulundu ($p_{Mann\ Whitney\ U}$=0.425).

Araştırmaya katılan, kadın ve erkeklerin günlük kullandıkları ilaç çeşidi sayısının medyanı sırayla 4,0 (min 0, max 12) ve 4,0 (min 0 , max 15,0) bulundu. Araştırmaya katılan kadınların %25'i (n=32) ve erkeklerin %28,9'u (n=22) günde 3 çeşitten az ilaç kullanıyorken, araştırmaya katılan kadınların %10,9'u (n=14) ve erkeklerin %13,2'si (n=10) 8 ve daha fazla çeşit ilaç kullanıyordu(p=0.844) (Tablo 6.2.6.). [Günlük kullanılan ilaç dozu sayısı sürekli değişkeni Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, dağılımın normal olmadığı görüldü (p=0.0001).]Cinsiyete göre ilaç dozu sayısı kıyaslandığında, araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin ilaç dozu sayıları birbirine benzer bulundu ($p_{Mann\ Whitney\ U}$=0.607).

Araştırmaya katılan, kadın ve erkeklerin günlük kullandıkları ilaç dozu sayısının medyanı sırayla 5,0 (min 0 , max 15,0) ve 5,0 (min 0 , max 18,0) bulundu. Araştırmaya katılan kadınların %32,8'i (n=42) ve erkeklerin %39,5'i (n=30) günde 3'ten az ilaç alıyorken, araştırmaya katılan kadınların %25,8'si (n=33) ve erkeklerin %28,9'u (n=22) 7 ve daha fazla ilaç alıyordu (p=0.368) (Tablo 6.2.6).

Tablo 6.2.6. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre günlük kullanılan ilaç çeşidi sayısı ve doz miktarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaç çeşidi sayısı/gün							
<3	32	25,0	22	28,9	54	26,5	0.844
3-4	43	**33,6**	24	**31,6**	67	**32,8**	
5-7	39	30,5	20	26,3	59	28,9	
≥8	14	10,9	10	13,2	24	11,8	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Tablo 6.2.6. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre günlük kullanılan ilaç çeşidi sayısı ve doz miktarının dağılımı (devam)

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaç dozu sayısı/gün							
≤3	42	32,8	30	**39,5**	72	35,3	0.368
4-6	53	**41,4**	24	31,6	77	**37,7**	
≥7	33	25,8	22	28,9	55	27,0	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

6.3.Araştırmaya Katılan Yaşlıların Hastalık Durumundaki Davranışları ve İlaç Kullanımı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Katılımcıların hastalandıklarında ilk yaptıkları Tablo 6.3.1' de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %57,0'si (n=73) hastalandığında ilk doktora/sağlık kuruluşuna gittiğini, %34,4'ü (n=44) ise daha önce aynı şekilde hastalandığında kullandığı ilaçları aldığını söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %61,8'i (n=47) hastalandığında ilk doktora/sağlık kuruluşuna gittiğini, %35,5'i (n=27) daha önce aynı şekilde hastalandığında kullandığı ilaçları aldığını beyan etmiştir. Hastalık halindeki davranışları bakımından iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0.239) (Tablo 6.3.1)

Tablo 6.3.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre hastalık halindeki davranışlarının dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalandıklarında ilk yaptıkları							
Doktora/ Sağlık kuruluşuna gitme	73	57,0	47	61,8	120	58,8	0.239
Daha önce aynı şekilde hastalandığımda kullandığı ilaçları alma.	44	34,4	27	35,5	71	34,8	
Eczacı tavsiyesiyle ilaç alma/ Arkadaş/akraba/ komşudan ilaç isteme	11	8,6	2	2,6	13	6,4	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Araştırmaya katılanların hastalandıklarında ilk başvurdukları sağlık kuruluşları Tablo 6.3.2'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %42,2'si (n=54) hastalandığında ilk Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunu, %33,6'sı (n=43) Devlet Hastanesi'ne, %10,9'u (n=14) Eğitim Araştırma/Üniversite Hastanesi'ne, %13,3'ü (n=17) Özel Hastaneye başvurduğunu söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %53,9'u (n=41) hastalandığında ilk Aile Sağlığı Merkezine, %23,7'si (n=18) ise Devlet Hastanesine %15,8'i (n=12) Eğitim Araştırma/Üniversite Hastanesi'ne, %6,6'sı (n=5) Özel Hastaneye başvurduğunu beyan etmiştir. İlk başvurulan sağlık kuruluşları bakımından iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0.217) (Tablo 6.3.2)

Tablo 6.3.2. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu							
Aile Sağlığı Merkezi	54	42,2	41	53,9	95	46,6	0.217
Devlet Hastanesi	43	33,6	18	23,7	61	29,9	
Özel muayenehane/ hastane	17	13,3	5	6,6	22	10,8	
Eğitim Araştırma/ Üniversite Hastanesi	14	10,9	12	15,8	26	12,7	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Araştırmaya katılan yaşlıların son 1 yıl içindeki hekime başvuru sayıları Tablo 6.3.3' te verilmiştir. [Son 1 yılda hekime başvuru sayısı sürekli değişkeni Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, dağılımın normal olmadığı görüldü (p=0.0001)]. Cinsiyete göre hekime başvuru sayısına bakıldığında, araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin hekime başvuru sayıları birbirine benzer bulundu ($p_{Mann\ Whitney\ U}$=0.102).

Araştırmaya katılan, kadın ve erkeklerin son 1 yılda hekime başvuru sayılarının medyanı sırayla 10 (min 3; max 30) ve 10 (min 1; max 50) bulundu. Araştırmaya katılan kadınların %28,9'u (n=37) ve erkeklerin %39,5 'u (n=30) 7 den az sayıda hekime başvururken, araştırmaya katılan kadınların %40,6'sı (n=52) ve erkeklerin %30,3'ü (n=23) 12 ve daha fazla sayıda hekime başvurmuştu (p=0.221) (Tablo 6.3.3.).

Araştırmaya katılan kadınlarda yaş ile tanılı hastalık sayısı (r=-0.027, $p_{pearson\ corelation}$=0.760), erkeklerde yaş ile tanılı hastalık sayısı (r=0.027, $p_{pearson\ corelation}$=0.819) arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Tanı alınan hastalık sayısı arttıkça hekime başvuru sayısının her iki cinsiyette de benzer şekilde arttığı saptanmıştır (kadınlar; r=0.335, $p_{pearson\ corelation}$=0.0001 ve erkekler; r=0.430, $p_{pearson\ corelation}$=0.0001).

Son bir yılda hekime başvuru sayısı sağlık algısı ile ilişkili bulunmuştur (erkekler $p_{Mann\ Whitney\ U}$=0.005, kadınlar için anlamlı değildi $p_{Mann\ Whitney\ U}$=0.298).

Erkeklerin sağlık algısı çok iyi olanların son bir yılda hekime başvuru sayılarının ortalaması 6,5∓7,8 (min=1,max=12; median=6,5); iyi olanların ortalaması 8,3∓6,1 (min=2, max=20 ; median=5); orta olanların ortalaması 7,2∓3,8 (min=1, max=16; median=6); kötü olanların ortalaması 16,59∓12,3 (min=2, max=50 ; median 15); çok kötü olanların ortalaması 12,8∓8,4 (min=6, max=25 ; median 10) tür.

Erkeklerden sağlık algısı kötü/ çok kötü olanların %72,7'sinin ≥3 tanı konulmuş hastalığı, sağlık durumu algısı çok iyi/ iyi oanların %76,5'inin ≤2 tanı konulmuş hastalığı vardı (p=0.0001)

Tablo 6.3.3. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre son 1 yıl içindeki hekime başvuru sayıları

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
Hekime Başvuru Sayısı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
<7	37	28,9	30	39,5	67	32,8	0.221
7-11	39	30,5	23	30,3	62	30,4	
≥12	52	40,6	23	30,3	75	36,8	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi düzeyleri Tablo 6.3.4' te verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların **%89,1'i** (n=114) kullandığı ilaçların hiçbirinin ismini bilmediğini %7,8'i (n=10) 2 ve daha fazla sayıda ilacının ismini bildiğini beyan ediyordu. Araştırmaya katılan erkeklerin **%61,8'i** (n=47) kullandığı ilaçların hiç birinin ismini bilmediğini %27,6 'sı (n=21) 2 ve daha fazla sayıda ilacının ismini bildiğini beyan ediyordu (p=0.0001).

Araştırmaya katılan kadınların %7,8'i (n=10) kullandığı ilaçların hiçbirinin ne için verildiğini bilmediğini %58,6 'sı (n=75) 1-4 sayıda ilacının ne için verildiğini %33,6'sı (n=43) ise 5 ve daha fazla ilacının ne için verildiğini bildiğini beyan

ediyordu. Araştırmaya katılan erkeklerin %17,1'i (n=13) kullandığı ilaçların hiçbirinin ne için verildiğini bilmediğini %51,3 'ü (n=39) 1-4 sayıda ilacının ne için verildiğini %31,6'sı (n=24) ise 5 ve daha fazla ilacının ne için verildiğini bildiğini beyan ediyordu (p=0.125).

Araştırmaya katılan kadınların **%61,7'si** (n=79) kullandığı ilaçların hiçbirinin yan etkisini bilmediğini %38,3 'ü (n=49) 1 ve daha fazla sayıda ilacının yan etkilerini bildiğini beyan ediyordu. Araştırmaya katılan erkeklerin %63,2'si (n=48) kullandığı ilaçların hiçbirinin yan etkisini bilmediğini %36,8 'i (n=28) 1 ve daha fazla sayıda ilacının yan etkilerini bildiğini beyan ediyordu (p=0.838).

Araştırmaya katılan kadınların **%67,2'si** (n=86) kullandığı ilaçların hiçbirinin ilaç etkileşimlerini bilmediğini %32,8'i (n=42) 1 ve daha fazla sayıda ilacının birbiriyle etkileşimini bildiğini beyan ediyordu. Araştırmaya katılan erkeklerin **%68,4'ü** (n=52) kullandığı ilacların hiçbirinin ilaç etkileşimlerini bilmediğini %31,6'sı (n=24) 1 ve daha fazla sayıda ilacının birbiriyle etkileşimini bildiğini beyan ediyordu (p=0.856)(Tablo 6.3.4).

Tablo 6.3.4. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı*

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlacın ismi							
Bilmiyor	114	**89,1**	47	**61,8**	161	**78,9**	0.0001
1 ilacı biliyor	4	3,1	8	10,5	12	5,9	
2 ve daha fazla ilacı biliyor	10	7,8	21	27,6	31	15,2	
İlacın kullanım amacı							
Bilmiyor	10	7,8	13	17,1	23	11,3	0.125
1-4 ilacı biliyor	75	58,6	39	51,3	114	55,9	
5 ve daha fazla ilacı biliyor	43	33,6	24	31,6	67	32,8	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Tablo 6.3.4. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı (devam)

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaç yan etkileri							
Bilmiyor	79	61,7	48	63,2	127	62,3	0.838
1 ve daha fazla ilacı biliyor	49	38,3	28	36,8	77	37,7	
İlaç etkileşimleri							
Bilmiyor	86	67,2	52	68,4	138	67,6	0.856
1 ve daha fazla ilacı biliyor	42	32,8	24	31,6	66	32,4	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

*Araştırmaya katılanların bilgi düzeyleri ayrıca ölçülmemiş, katılımcıların beyanlarına göre değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılanların herhangi bir ilaç yan etkisi yaşamaları durumunda yaptıkları Tablo 6.3.5'te verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %38,3'ü (n=49) yan etki durumunda ilacı bıraktığını, %49,2 'si (n=63) ise doktoruna başvurduğunu söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %35,5'i (n=27) yan etki durumunda ilacı bıraktığını, %55,3 'ü (n=42) ise doktoruna başvurduğunu söylemiştir (p= 0.880) (Tablo 6.3.5).

Tablo 6.3.5. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre herhangi bir ilaç yan etkisi yaşamaları halindeki davranışlarının dağılımı

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yan Etkiye Yanıt						
Doktoruna başvurma	63	49,2	42	55,3	105	51,5
Eczacıya danışma	3	2,3	2	2,6	8	3,9
Yakınlarına danışma	6	4,7	2	2,6	8	3,9
İlaç kullanımını bırakma	49	38,3	27	35,5	76	37,3
Yan etkiyi önemsemeden ilaca devam etme	7	5,5	3	3,9	10	4,9
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0

Araştırmaya katılanların ilaç kullanımı ile ilgili bilgi kaynakları ve bu bilgileri yeterli bulup bulmadıkları Tablo 6.3.6'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %39,1'sı (n=50) ilaç kullanımı hakkında en çok doktorundan bilgi aldığını, %27,3'ü (n=35) ise eczacısından bilgi aldığını söylemiştir. Araştırmaya katılan kadınların %60,9'u (n=78) ilaç kullanımı hakkında verilen bilgileri yeterli bulduğunu, %39,1'i(n=50) ise yeterli bulmadığını söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %50,0'ı (n=38) ilaç kullanımı hakkında en çok doktorundan bilgi aldığını, %34,2 'si (n=26) ise eczacısından bilgi aldığını söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %80,3'ü (n=61) ilaç kullanımı hakkında verilen bilgileri yeterli bulduğunu, %19,7'si (n=15) ise yeterli bulmadığını söylemiştir (p=0.004) (Tablo 6.3.6).

Araştırmaya katılanların ilaçları hakkında doktoruna soru sorup sormadıkları ve en çok sordukları sorular Tablo 6.3.6'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %64,1'i (n=82) ilaçları hakkında doktoruna soru sorduğunu, %35,9 'u (n=46) ise sormadığını söylemiştir. Araştırmaya katılan kadınların %54,9'u (n=45) en çok yan etkilerini sorduğunu, %15,8'i (n=13) kullanım amacını sorduğunu beyan etmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %59,2'si (n=45) ilaçları hakkında doktoruna soru sorduğunu, %40,8'i (n=31) ise sormadığını söylemiştir (p=0.489). Araştırmaya katılan erkeklerin %46,7'si (n=21) en çok yan etkilerini sorduğunu, %17,8'i (n=8) diğer ilaçlar ve besinlerle etkileşimlerini sorduğunu beyan etmiştir (p=0.445) (Tablo 6.3.6)

Araştırmaya katılanların ilaç kullanırken yakınlarından yardım alma durumları Tablo 6.3.6'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %22,7'si (n=29) ilaç kullanırken yakınlarından yardım aldığını, %77,3'ü (n=99) ise ilaçlarını kendisi kullanabildiğini söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %9,2'si (n=7) ilaç kullanırken yakınlarından yardım aldığını, %90,8 'i (n=69) ise ilaçlarını kendisi kullanabildiğini beyan etmiştir (p=0.015) (Tablo 6.3.6)

Araştırmaya katılanların prospektüsleri okuyup okumadıkları, ve içeriklerini amlaşılır bulma durumları ile prospektüs okumama nedenleri Tablo 6.3.6'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %68,8'i (n=88) prospektüsleri okuduğunu ya da yakınlarına okuttuğunu, %31,2'si (n=40) ise okumadığını söylemiştir. Prospektüs okuyanların %64,7'si (n=57) prospektüs içeriğini anlaşılır bulduğunu, %35,3'ü (n=31) anlaşılır bulmadığını söylemiştir. Prospektüs okumayan kadınların %15,0'si (n=6) okumama nedeni olarak yazıların küçük olduğunu, %67,5'u (n=27) yazılanları anlamadığını, %17,5 'i (n=7) okumayı gereksiz bulduğunu beyan etmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %63,2'si (n=48) prospektüsleri okuduğunu, %36,8'i (n=28) ise okumadığını söylemiştir (p=0.413). Prospektüs okuyanların %62,5'i (n=30) prospektüs içeriğini anlaşılır bulduğunu, %37,5'ü (n=18) anlaşılır bulmadığını söylemiştir. Prospektüs okumayan erkeklerin %28,6'sı (n=8) okumama nedeni olarak yazıların küçük olduğunu, %46,4'ü (n=13) yazılanları anlamadığını, %25,0'ı (n=7) okumayı gereksiz bulduğunu beyan etmiştir (p=0.267) (Tablo 6.3.6)

Tablo 6.3.6. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaç kullanımı hakkında bilgi kaynakları ve bilgi alma davranışlarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Bilgi kaynağı							
Doktor	50	39,1	38	50,0	88	43,1	0.004
Eczacı	35	27,3	26	34,2	61	29,9	
Yakını/ arkadaş	35	27,3	5	6,6	40	19,6	
Prospektüsü okurum	8	6,2	7	9,2	15	7,4	
Bilgileri yeterli bulma							
Evet	78	60,9	61	80,3	139	68,1	0.004
Hayır	50	39,1	15	19,7	65	31,9	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Tablo 6.3.6. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaç kullanımı hakkında bilgi kaynakları ve bilgi alma davranışlarının dağılımı (devam)

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaçları hakkında doktoruna soru sorma							
Evet	82	64,1	45	59,2	127	62,3	0.489
Hayır	46	35,9	31	40,8	77	37,7	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	
En çok sorulan soru							
Kullanım şekli /dozu	7	8,5	4	8,9	11	8,7	0.445
Kullanma süresi	10	12,2	4	8,9	14	11,0	
Kullanma amacı	13	15,8	8	17,8	21	16,5	
Yan etkileri	45	54,9	21	46,7	66	52,0	
Diğer ilaçlarla/ besinlerle etkileşimleri	7	8,5	8	17,8	15	11,8	
Toplam	82	100,0	45	100,0	127	100,0	
İlaç kullanırken yakınlarından yardım alma							
Evet	29	22,7	7	9,2	36	17,6	0.015
Hayır	99	77,3	69	90,8	168	82,4	
Prospektüs okuma							
Evet	88	68,8	48	63,2	136	66,7	0.413
Hayır	40	31,2	28	36,8	68	33,3	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	
Prospektüsü anlaşılır bulma							
Evet	57	64,7	30	62,5	87	64,0	0.691
Hayır	31	35,3	18	37,5	49	36,0	
Toplam	88	100,0	48	100,0	136	100,0	
Prospektüs okumama nedeni							
Yazıları küçük	6	15,0	8	28,6	14	20,6	0.267
Yazılanları anlamıyorum.	27	67,5	13	46,4	40	58,8	
Okumayı gereksiz buluyorum	7	17,5	7	25,0	14	20,6	
Toplam	40	100,0	28	100,0	68	100,0	

Araştırmaya katılanların kendilerine ilaç kullanımı hakkında eczaneden verildiğini söyledikleri bilgiler ve bu bilgileri uygulama durumları Tablo 6.3.7 ve 4.3.8'de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlara verilen bilgilerin %40,0'ı (n=114) ilaçların kullanım zamanı; %31,6'sı (n=90) ilaçların kullanım süresi, %8,4'ü (n=24) ilacın kullanma amacı, %8,8'i (n=25) de ilaçların yan etkileri ve yan etki durumunda ne yapmaları gerektiği hakkında bilgi verildiğini beyan etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %68,0'i (n=87) verilen bilgileri uyguladığını, %32,0'si (n=41) ise bazen uygulayıp bazen uygulamadığını yada hiç uygulamadığını söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %40,7'si (n=68) ilaçların kullanım zamanı; %31,1'i (n=52) ilaçların kullanım süresi, %9,6'sı (n=16) ilacın kullanma amacı, %9,0'ı (n=15) da ilaçların yan etkileri ve yan etki durumunda ne yapmaları gerektiği hakkında bilgi verildiğini beyan etmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %77,6'sı (n=59) verilen bilgileri uyguladığını, %22,4'ü (n=17) ise bazen uygulayıp bazen uygulamadığını yada hiç uygulamadığını söylemiştir (p=0.139) (Tablo 6.3.7 ve Tablo 6.3.8).

Tablo 6.3.7. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre kullandıkları ilaçlara yönelik eczaneden verilen bilgilerin dağılımı*,**

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Verilen bilgiler						
İlaçların kullanım zamanı	114	40,0	68	40,7	182	40,3
İlaçların ne kadar süre kullanılacağı	90	31,6	52	31,1	142	31,4
İlaçların neden verildiği	24	8,4	16	9,6	40	8,8
İlaçların yan etkileri	25	8,8	15	9,0	40	8,8
İlaçların hangi yoldan alınacağı	16	5,6	11	6,6	27	6,0
İlaçların kullanımı unutulursa ne yapılacağı	4	1,4	2	1,2	6	1,3
İlaçların saklanma koşulları	5	1,8	1	0,6	6	1,3
İlaçların birbirlerine/besinlerin ilaçlara etkisi	4	1,4	1	0,6	5	1,1
Bilgi verilmiyor	3	1,1	1	0,6	4	0,9
Toplam	285	100,0	167	100,0	452	100,0

*Birden fazla yanıt alınmıştır.

**Cochrane ilkelerine göre Chi-Square analizi yapılamadığından p değeri hesaplanmamıştır.

Tablo 6.3.8. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre kullandıkları ilaçlara yönelik verilen bilgileri uygulama davranışlarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Verilen bilgileri uygulama							
Evet	87	68,0	59	77,6	146	71,6	0.139
Hayır /Bazen	41	32,0	17	22,4	58	28,4	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

6.4.Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaç Saklama ve Kullanma Koşulları ile İlaç Kullanma Alışkanlıkları

Araştırmaya katılanların ilaçların son kullanma tarihlerini kontrol etme alışkanlıkları ve son kullanma tarihlerine uyma davranışları Tablo 6.4.1'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %78,1'i (n=100) ilaçların son kullanma tarihlerine baktığını, %21,9'u (n=28) ise bakmadığını söylemiştir. İlaçların son kullanma tarihini; kadınların %73,4'ü (n=94) ilaçların kutusundan öğrendiğini beyan etmiştir. Son kullanma tarihi geçen ilaçları kadınların %96,1'i (n=123) kullanmadığını, %3,9'u (n=5) ise kullandığını söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %76,3'ü (n=58) ilaçların son kullanma tarihlerine baktığını, %23,7'si (n=18) ise bakmadığını söylemiştir. İlaçların son kullanma tarihini; erkeklerin %75,0'ı (n=57) ilaçların kutusundan öğrendiğini beyan etmiştir. Son kullanma tarihi geçen ilaçları erkeklerin %98,7'si (n=75) kullanmadığını, %1,3'ü (n=1) ise kullandığını söylemiştir (Tablo 6.4.1).

Tablo 6.4.1. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaçların son kullanma tarihlerine uyma davranışlarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
SKT bakma							
Evet	100	78,1	58	76,3	158	77,5	0.765
Hayır	28	21,9	18	23,7	46	22,5	
SKT öğrenme yolu							
Doktora sorma	1	0,8	1	1,3	2	1,0	
Eczacıya sorma	12	10,9	8	10,5	22	10,8	
Kutusuna bakma	94	73,4	57	75,0	151	74,0	
Bilmiyor	19	14,8	10	13,2	29	14,2	
SKT geçen ilacı kullanma							
Evet	5	3,9	1	1,3	6	2,9	
Hayır	123	96,1	75	98,7	198	97,1	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Araştırmaya katılanların ilaçları saklama koşulları Tablo 6.4.2 verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %4,7'si (n=6) ilaçlarını buzdolabında, %83,6'sı (n=107) oda sıcaklığında, %11,7'si (n=15) ise ilacın gerektirdiği koşulda sakladığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %3,9'u (n=3) ilaçlarını buzdolabında, %80,3'ü (n=61) oda sıcaklığında, %15,8'i (n=12) ise ilacın gerektirdiği koşulda sakladığını beyan etmiştir (p=0.698)(Tablo 6.4.2).

Tablo 6.4.2. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaçları saklama koşullarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaç saklama koşulu							
Oda sıcaklığı	107	83,6	61	80,3	168	82,4	0.698
İlacın gereğine göre	15	11,7	12	15,8	27	13,2	
Buzdolabı	6	4,7	3	3,9	9	4,4	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Araştırmaya katılanların ilaçlarını düzenli kullanma alışkanlıkları ve düzenli kullanmama nedenleri Tablo 6.4.3'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %44,5'i (n=57) ilaçlarını düzenli kullandığını, %17,2'si (n=22) ise kullanmadığını söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %57,9'su (n=44) ilaçlarını düzenli kullandığını, %18,4 'ü (n=14) ise kullanmadığını söylemiştir. (p=0.088)(Tablo 6.4.3).

Tablo 6.4.3. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre düzenli ilaç kullanma alışkanlıklarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaçları düzenli kullanma							
Evet	57	44,5	44	57,9	101	49,5	0.088
Bazen	49	38,3	18	23,7	67	32,8	
Hayır	22	17,2	14	18,4	36	17,6	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Kadınların ilaçlarını düzenli kullanmama nedenleri incelendiğinde %'29,0'ı (n=42) ilaçlarını kendini iyi hissettiğinde kullanma gereği duymadığı, %18,6'sı (n=27) ilaçların başka zararlar vereceğini düşündüğü, %15,9'u (n=23) ilaçlarını kullanmakta zorlandığı (unuttuğu vs.) beyan etmiştir. Erkeklerin %39,5'i (n=32) ilaçlarını kendini iyi hissettiğinde kullanma gereği duymadığı, %23,5'i (n=19) ilaçların başka zararlar vereceğini düşündüğü, %9,9'u (n=8) ilaçlarını kullanmakta zorlandığı (unuttuğu vs.) için düzenli kullanmadığını beyan etmiştir (Tablo 6.4.4).

Tablo 6.4.4. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre düzenli ilaç kullanmama nedenlerinin dağılımı*,**

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düzenli ilaç kullanmama nedenleri						
Kendimi iyi hissettiğimde içme gereği duymuyorum.	42	29,0	32	39,5	74	32,7
İlaçların başka zararlar vereceğini düşünüyorum.	27	18,6	19	23,5	46	20,4
İlaçlarımı kullanırken zorlanıyorum.	23	15,9	8	9,9	31	13,7
Raporlarımın süresi dolunca yenisi çıkana kadar ilacımı alamıyorum.	12	8,3	7	8,6	19	8,4
İlacım bittiğinde tekrar reçete ettirmek zor oluyor.	24	16,6	6	7,4	30	13,3
Kullandığım ilaçlar şikayetlerimi geçirmiyor.	8	5,5	5	6,2	13	5,8
İlaçların hiçbir işe yaramadığını düşünüyorum.	3	2,1	3	3,7	6	2,7
İlacı yazan doktora güvenmiyorum.	4	2,8	1	1,2	5	2,2
İlacım bittiğinde yenisini alacak param olmayabiliyor.	2	1,4	0	0,0	2	0,9
Toplam	145	100	81	100	226	100,0

*Birden fazla yanıt alınmıştır.

**Cochrane ilkelerine göre Chi-Square analizi yapılamadığından p değeri hesaplanmamıştır.

Araştırmaya katılanların hekim önerisi olmadan ilaç kullanma alışkanlıkları ve reçetesiz ilaç kullanma nedenleri Tablo 6.4.5'te verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %78,9'u (n=101) hekim önerisi olmadan ilaç kullandığını, %21,1'i (n=27) ise kullanmadığını söylemiştir. Reçetesiz ilaç kullandığını söyleyen kadınların %80,2'si (n=81) daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı kullandığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %69,7'si (n=53) hekim önerisi olmadan ilaç kullandığını, %30,3'ü (n=23) ise kullanmadığını söylemiştir. Erkeklerin %69,8'i (n=37) daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı kullandığını beyan etmiştir (p=0.069) (Tablo 6.4.5).

Tablo 6.4.5. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre reçetesiz ilaç kullanma durumlarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Reçetesiz ilaç kullanma							
Evet	101	78,9	53	69,7	154	75,5	0.141
Hayır	27	21,1	23	30,3	50	24,5	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	
Reçetesiz ilaç kullanma şekli							
Eczacı önerisiyle kullanma	11	10,9	13	24,5	24	15,6	0.069
Çevresi/yakınları önerisiyle kullanma	9	8,9	3	5,7	12	7,8	
Daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı kullanma	81	80,2	37	69,8	118	76,6	
Toplam	101	100,0	53	100,0	154	100,0	
Reçetesiz ilaç kullanma nedeni							
Reçeteye gerek duymadığı/ Reçete yazdırmak zor olduğu/ SGK tarafından ödenmediği/ Yakını/arkadaşı tavsiye ettiği için	16	15,8	8	15,1	24	15,6	0.113
Muayene katkı payı ödememek için	9	8,9	11	20,8	20	13,0	
Daha önce kullandığı için	76	75,2	34	64,2	110	71,4	
Toplam	101	100,0	53	100,0	154	100,0	

Araştırmaya katılanların hekim önerisi olmadan ilaç kullandıkları durumlar ve kullandıkları ilaç grupları Tablo 6.4.6'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %27,3'ü (n=30) baş/ diş ağrısı, %37,3'ü (n=41) kas-eklem ağrısı, %17,3'ü (n=19) mide şikayetleri için hekime başvurmadan ilaç kullandığını; %69,1'i (n=76) ağrı kesicileri, %15,5'i (n=17) mide ilaçlarını

reçetesiz kullandığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %32,8'i(n=19) kas-eklem ağrısı, %22,4'ü (n=13) mide şikayetleri, %13,8'i (n=8) baş/ diş ağrısı için hekime başvurmadan ilaç kullandığını; %62,1'i (n=36) ağrı kesicileri, %22,4'ü (n=13) mide ilaçlarını reçetesiz kullandığını beyan etmiştir. Hekim önerisi olmadan ilaç kullanma nedenleri ve kullanılan ilaçlar bakımından kadın ve erkek katılımcılar arasında fark yoktu (p=0.073) (Tablo 6.4.6).

Tablo 6.4.6. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre hekime başvurmadan ilaç kullandıkları durumlar ve kullandıkları ilaç gruplarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Reçetesiz ilaç kullanılan durum							
Kas/eklem ağrısı	41	37,3	19	32,8	60	35,7	0.073
Baş ağrısı / Diş ağrısı	30	27,3	8	13,8	38	22,6	
Mide şikayetleri	19	17,3	13	22,4	32	19,0	
Soğuk algınlığı	9	8,2	12	20,7	21	12,5	
Diğer *	11	10,0	6	10,3	17	10,1	
Reçetesiz kullanılan ilaç grupları							
Ağrı kesiciler	76	69,1	36	62,1	112	66,7	0.519
Mide ilaçları	17	15,5	13	22,44	30	17,9	
Diğer**	17	15,5	9	15,5	26	15,5	
Toplam	110	100,0	58	100,0	168	100,0	

*HT, KAH, allerji, astım, depresyon, guatr, kabızlık, mantar, baş dönmesi.

** antibiyotikler ve HT, KAH, allerji, astım, depresyon, guatr, kabızlık, mantar, baş dönmesi ilaçları

Araştırmaya katılanların ilaçlarını birbirinden ayırt etme yöntemleri Tablo 6.4.7'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %82,0'ı (n=105) ilaçlarını kutusunun rengine ve şekline göre, %11,7'si (n=15) ilacının adına göre ayırt ettiğini söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %51,3'ü (n=39) ilaçlarını kutusunun rengine ve

şekline göre, %43,4'ü (n=33) ilacının adına göre ayırt ettiğini söylemiştir (p=0.0001). Katılımcıların %5,9'u (n=12) ise ilaçlarını birbirinden ayırt edememekte yada başka bir yöntemle ayırt etmektedir. (Tablo 6.4.7).

Tablo 6.4.7. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre ilaçlarını birbirinden ayırt etme yöntemlerinin dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaçları ayırt etme yöntemi							
İlaç kutusunun rengi ile	105	**82,0**	39	51,3	144	70,6	0.0001
İlacın adı ile	15	11,7	33	**43,4**	48	23,5	
Diğer/ ayırt edemiyorum	8	6,2	4	5,3	12	5,9	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Araştırmaya katılanların reçete edilen ilaçların hepsini alıp almadığı ve hangisini alıp almayacağına neye göre karar verdiği Tablo 6.4.8 ve 4.4.9'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %23,4'ü (n=30) eczaneye gittiğinde reçete edilen ilaçların hepsini aldığını, **%71,1'i** (n=91) ise bazen alıp bazen almadığını söylemiştir. Araştırmaya katılan kadınların ilacı alıp almayacağına karar verme kriterlerinin %42,5'i'ü (n=45) daha önce kullanma durumu, %28,3'ü (n=30) ilacın fiyatı, %9,4'ü (n=10) ise ilacın veriliş amacı olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan erkeklerin %21,1'i (n=16) eczaneye gittiğinde reçete edilen ilaçların hepsini aldığını, **%73,7** 'si (n=56) ise bazen alıp bazen almadığını söylemiştir (p=0.919). Araştırmaya katılan erkeklerin ilacı alıp almayacağına karar vermesinde %37,5 (n=24) daha önce kullanma durumu, %20,3 (n=13) ilacın fiyatı, %23,4 (n=15) ise ilacın veriliş amacının etkili olduğu görülmüştür (Tablo 6.4,8, Tablo 6.4.9).

Tablo 6.4.8. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre reçete edilen ilaçları eczaneden alma davranışlarının dağılımı

	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Reçete edilen ilaçları alma							
Bazen	91	71,1	56	73,7	147	72,1	0.919
Evet	30	23,4	16	21,1	46	22,5	
Hayır	7	5,5	4	5,3	11	5,4	
Toplam	128	100,0	76	100,0	204	100,0	

Tablo 6.4.9. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre reçete edilen ilaçları eczaneden alıp almamalarını etkileyen faktörlerin dağılımı *,**

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Reçete edilen ilaçların alınmasını etkileyen faktörler						
Daha önce kullanılma durumu	45	42,5	24	37,5	69	40,6
İlacın fiyatı	30	28,3	13	20,3	43	25,3
İlacın veriliş amacı	10	9,4	15	23,4	25	14,7
Reçeteyi veren doktorun ilgilenip ilgilenmemesi	9	8,5	3	4,7	12	7,1
İlacın neden reçete edildiğinin açıklanıp açıklanmaması	5	4,7	6	9,4	11	6,5
Akraba / arkadaş / komşu tavsiyesi	7	6,6	1	1,6	8	4,7
Diğer	0	0,0	2	3,1	2	1,2
Toplam	106	100,0	64	100,0	170	100,0

*Birden fazla yanıt alınmıştır,

**Cochrane ilkelerine göre Chi-Square analizi yapılamadığından p değeri hesaplanmamıştır.

6.5. Araştırmaya Katılan Yaşlıların Sağlık Durumu Algılarını Etkileyen Faktörler

Araştırmaya katılanların gelir durumu algısı, medeni durum ve kiminle yaşadıklarına göre sağlık durumu algılarının dağılımı Tablo 6.5.1'de verilmiştir.

Araştırmaya katılanlardan gelir durumunu kötü/çok kötü olarak tanımlayanların %60.0'ı sağlık durumunu kötü/çok kötü olarak, gelir durumunu orta olarak tanımlayanların %.51,5'i (n=51) sağlık durumunu kötü/çok kötü olarak, gelir durumunu çok iyi/iyi olarak tanımlayanların da %40.0'ı (n=10) sağlık durumunu orta olarak değerlendirmekteydi (p=0.051) (Tablo 6.5.1).

Araştırmaya katılanların sağlık durumu algılarını etkileyen başka faktörler de vardı. Katılımcıların yaşına, yaşayan çocuk sayılarına ve kiminle yaşadığına ve sosyal güvence durumlarına göre sağlık durumlarını değerlendirmelerinde anlamlı bir fark yokken, medeni durumlarına göre sağlık durumu algılarında fark vardı; eşini kaybetmiş, boşanmış, ayrı yaşayan ve hiç evlenmemişlerin %63,7'si, evli olan katılımcıların ise %42,5'i(n=48) sağlık durumlarını kötü/çok kötü olarak değerlendirmekteydi (p=0.009) (Tablo 6.5.1).

Katılımcıların kiminle yaşadıklarına göre sağlık durumu algıları değerlendirildiğinde yalnız yaşayan katılımcıların %61,9'u (n=26) sağlık durumunu kötü/çok kötü olarak tanımlıyordu. Eşi ya da eşi ve çocukları ile yaşayanların %42,7'si (n=47), çocukları ile yaşayanların ise %63,5'i (n=33) sağlık durumunu kötü/çok kötü olarak tanımlıyordu (p=0.071) (Tablo 6.5.1).

Tablo 6.5.1. Araştırmaya katılanların gelir durumu algısı, medeni durum ve kiminle yaşadıklarına göre sağlık durumu algılarının dağılımı

	Sağlık durumu algısı								
	Çok iyi/ iyi		Orta		Kötü/ çok kötü		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Gelir durumu algısı									
Çok iyi/ iyi	8	32,0	10	40,0	7	28,0	25	100,0	0.051
Orta	18	18,2	30	30,3	51	51,5	99	100,0	
Kötü/ çok kötü	9	11,2	23	28,8	48	60,0	80	100,0	
Toplam	35	17,2	63	30,9	106	52,0	204	100,0	

Tablo 6.5.1. Araştırmaya katılanların gelir durumu algısı, medeni durum ve kiminle yaşadıklarına göre sağlık durumu algılarının dağılımı (devam)

	Sağlık durumu algısı								
	Çok iyi/ iyi		Orta		Kötü/ çok kötü		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Medeni durum									
Evli	22	19,5	43	38,1	48	42,5	113	100,0	0.009
Evli olmayan*	13	14,3	20	22,0	58	63,7	91	100,0	
Kiminle yaşadığı									
Yalnız	6	14,3	10	23,8	26	61,9	42	100,0	0.071
Eşi/ eşi ve çocukları ile	21	19,1	42	38,2	47	42,7	110	100,0	
Çocuklarından biri/ Her bir çocuğun evinde belli bir süre	8	15,4	11	21,2	33	63,5	52	100,0	
Toplam	35	17,2	63	30,9	106	52,0	204	100,0	

*Eşini kaybetmiş, boşanmış, ayrı yaşıyor, hiç evlenmemiş

Araştırmaya katılanların hastalanınca ilk yaptıklarını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; katılımcıların yaşına, eğitim durumuna, sosyal güvencesine, yaşayan çocuk sayılarına göre hastalık halindeki davranışlarında anlamlı bir fark yokken, tanı konulmuş sağlık sorunlarının sayısına göre hastalık halindeki davranışlarında fark vardı. İki ve daha az tanısı olan katılımcıların %52,0'ı (n=53) ilk doktora/sağlık kuruluşuna gittiğini söylerken, %37,3'ü daha önce benzer rahatsızlığı için verilen ilacı aldığını beyan etti. Üç ve daha fazla tanısı olan katılımcılardan ise %65,7'si ilk doktora/sağlık kuruluşuna gittiğini söyledi (p=0.016) (Tablo 6.5.2).

Tablo 6.5.2. Araştırmaya katılanların tanı konulmuş sağlık sorunlarının sayılarına göre hastalanınca ilk yaptıklarının dağılımı

	Tanı sayısı						
	İki ve daha az		Üç ve daha fazla		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalanınca ilk yaptıkları							
Doktora/sağlık kuruluşuna başvurma	53	52,0	67	65,7	120	58,8	0.016
Daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı alma	38	37,3	33	32,4	71	34,8	
Eczacı/yakınları tavsiyesiyle ilaç alma	11	10,8	2	2,0	13	6,4	
Toplam	102	100,0	102	100,0	204	100,0	

Katılımcıların eğitim durumlarına göre hastalanınca ilk yaptıkları karşılaştırıldığında okur yazar olmayanların %63,5'i (n=47) doktora/sağlık kuruluşuna başvurduğunu söyledi. Okur yazar olanların %52,1'i (n=25), ilkokul mezunu ve üzeri eğitim durumu olanların ise %58,5'i (n=48) hastalanınca ilk doktora/sağlık kuruluşuna başvurduğunu söyledi. Daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı alma davranışı ise en çok ilkokul mezunu ve üzeri olanlar tarafından beyan edildi (%39,0; n=32) (p=0.455) (Tablo 6.5.3).

Tablo 6.5.3. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre hastalanınca ilk yaptıklarının dağılımı

	Eğitim durumu							
	Okur yazar değil		Okur yazar		İlkokul mezunu ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalanma durumunda ilk davranış								
Doktora/sağlık kuruluşuna başvurma	47	63,5	25	52,1	48	58,5	120	58,8
Daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı alma	22	29,7	17	35,4	32	39,0	71	34,8
Eczacı/yakınları tavsiyesiyle ilaç alma	5	6,8	6	12,5	2	2,4	13	6,4
Toplam	74	100,0	48	100,0	82	100,0	204	100,0

6.6.Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaçlarını Ayırt Etme Yöntemleri

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre ilaçlarını ayırt etme yöntemlerinin dağılımı Tablo 6.6.1'de verilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre ilaçlarını birbirinden nasıl ayırt ettikleri karşılaştırıldığında okur yazar olmayanların %91,9'u (n=68), okur yazar olanların %75,0'ı (n=36), ilkokul mezunu ve üzeri olanların ise %48,8'i (n=40) ilaçlarını kutusuna göre ayırt ettiğini söyledi. İlkokul mezunu ve üzeri olanların %51,2'si (n=42) ise ilaçlarını ayırt ederken diğer bir ayırt etme şekli olduğunu yada ayırt edemediğini söyledi (%46,3'ü; n=38 adına göre ayırt etmekteydi) (p=0.0001) (Tablo 6.6.1).

Tablo 6.6.1. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre ilaçlarını ayırt etme yöntemlerinin dağılımı

	Eğitim durumu								
	Okur yazar değil		Okur yazar		İlkokul mezunu ve üzeri		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaçlarını ayırt etme yöntemleri									
İlaç kutusunun rengine/şekline	68	91,9	36	75,0	40	48,8	144	70,6	0.0001
Diğer*	6	8,1	12	25,0	42	51,2	60	29,4	
Toplam	74	100,0	48	100,0	82	100,0	204	100,0	

*İlacın adına; ilacın şekline, rengine, büyüklüğüne; ilaçlarını ayırt edemiyor

Katılımcıların yaşına göre ilaçlarını birbirinden nasıl ayırt ettikleri karşılaştırıldığında ise 65-74 yaş grubunda olanların %68,4'ü (n=91), 75 yaş ve üzeri olanların %74,6'sı (n=53) ilaçlarını kutusuna göre ayırt ettiğini söyledi (p=0.008). (Tablo 6.6.2).

Tablo 6.6.2. Araştırmaya katılanların yaşına göre ilaçlarını ayırt etme yöntemlerinin dağılımı

	Yaş						
	65-74 yaş		75 yaş ve üzeri		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaçlarını ayırt etme yöntemleri							
İlaç kutusunun rengine/şekline	91	68,4	53	74,6	144	70,6	0.008
İlacın adına	38	28,6	10	14,1	48	23,5	
Diğer*	4	3,0	8	11,3	12	5,9	
Toplam	133	100,0	71	100,0	204	100,0	

*İlacın şekline, rengine, büyüklüğüne; ilaçlarını ayırt edemiyor

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısına göre ilaçlarını birbirinden nasıl ayırt ettikleri karşılaştırıldığında 4 ve daha az çocuğu olanların %66,4'ü (n=89), 5 ve daha fazla çocuğu olanların %78,6'sı (n=55) ilaçlarını kutusuna göre ayırt ettiğini söyledi (p=0.077). (Tablo 6.6.3).

Tablo 6.6.3. Araştırmaya katılanların yaşayan çocuk sayısına göre ilaçlarını ayırt etme yöntemlerinin dağılımı

	Çocuk sayısı						
	≤4		≥5		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
İlaçlarını ayırt etme yöntemleri							
İlaç kutusunun rengine/şekline	89	66,4	55	78,6	144	70,6	0.077
İlacın adına	38	28,4	10	14,3	48	23,5	
Diğer*	7	5,2	5	7,1	12	5,9	
Toplam	134	100,0	70	100,0	204	100,0	

*İlacın şekline, rengine, büyüklüğüne; ilaçlarını ayırt edemiyor

Araştırmaya katılanların ilaçlarını ayırt etme yöntemleri tanılı hastalık sayısına göre benzerdi (p=0.759).

6.7. Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaçları ile ilgili Bilgi Kaynaklarını Etkileyen Faktörler

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi kaynakları ve verilen bilgileri yeterli bulma durumları karşılaştırıldığında doktordan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %71,6'sı (n=63), eczacıdan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %72,1'i (n=44) verilen bilgileri yeterli bulmaktaydı. Hemşire/diğer sağlık personelinden bilgi aldığını söyleyen hiç katılımcı yok iken, yakınlarından bilgi aldığını söyleyenler ile prospektüs okuyarak bilgi edindiğini söyleyenlerin ise %53,2'si (n=32) bilgilerin yeterli olduğunu düşünmekteydi. Bilgi kaynaklarına göre bilgi yeterliliği arasında fark yoktu (p=0.179) (Tablo 6.7.1).

Tablo 6.7.1. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi kaynaklarına göre bu bilgileri yeterli bulma durumlarının dağılımı

	İlaç kullanımı hakkında bilgi kaynakları								
	Doktor		Eczacı		Diğer*		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Bilgileri yeterli bulma									
Evet	63	71,6	44	72,1	32	58,2	139	68,1	0.179
Hayır	25	28,4	17	27,9	23	41,8	65	31,9	
Toplam	88	100,0	61	100,0	55	100,0	204	100,0	

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgilerine, bilgi kaynaklarının etkisi değerlendirildi; ilacının adını, yan etkilerini ya da etkileşimlerini bildiklerini beyan edenler ile bilmediklerini beyan edenler blgi kaynakları arasında fark yoktu. Buna karşın bilgi kaynaklarına göre, kullandıkları ilaçların ne için kullanıldığına ilişkin bilgi düzeyleri farklı bulundu; Doktordan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %6,8'i (n=6), eczacıdan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %8,2'si (n=5), diğer bilgi kaynaklarını söyleyenlerin ise %21,8'i (n=12) kullandığı ilacın ne için verildiğini bilmediğini beyan etti. Yine doktordan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %60,2'si (n=53), eczacıdan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %50,8'i (n=31), diğer bilgi kaynaklarını söyleyenlerin ise %54,5'i (n=30) 1-4 ilacının ne için verildiğini bildiğini beyan etti. Doktordan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %33,0'ı (n=29), eczacıdan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %41,0'ı (n=25), diğer bilgi kaynaklarını söyleyenlerin ise %23,6'sı (n=13) 5 ve daha fazla ilacının ne için verildiğini bildiğini beyan etti (p=0.030). (Tablo 6.7.2).

Tablo 6.7.2. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi kaynaklarına göre bilgi düzeylerinin dağılımı

	İlaç kullanımı hakkında bilgi kaynakları								
	Doktor		Eczacı		Diğer*		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi düzeyleri									
İlacın ismi									
Bilmiyor	63	71,6	51	83,6	47	85,5	161	78,9	0.080
Biliyor	25	28,4	10	16,4	8	14,5	43	21,1	
İlacın kullanım amacı									
Bilmiyor	6	6,8	5	8,2	12	21,8	23	11,3	0.030
Bildiği ilaç sayısı 1-4	53	60,2	31	50,8	30	54,5	114	55,9	
Bildiği ilaç sayısı 5 ve üzeri	29	33,0	25	41,0	13	23,6	67	32,8	
İlaç yan etkileri									
Bilmiyor	54	61,4	37	60,7	36	65,5	127	62,3	0.845
Biliyor	34	38,6	24	39,3	19	34,5	77	37,7	
İlaç etkileşimleri									
Bilmiyor	58	65,9	43	70,5	37	67,3	138	67,6	0.839
Biliyor	30	34,1	18	29,5	18	32,7	66	32,4	
Toplam	88	100,0	61	100,0	55	100,0	204	100,0	

6.8. Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Alma Davranışları ve İlaçları Hakkında Bilgi Düzeyleri

Araştırmaya katılanların ilaç kullanımı hakkında bilgi alma davranışlarına göre bilgi düzeylerinin dağılımı Tablo 6.8.1'de verilmiştir.

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi alma davranışları ve bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında ilacının ne için verildiğini, yan etkilerini yada ilaç

etkileşimlerini bildiklerini/bilmediklerini beyan edenlerin ilaçları hakkında soru sorma davranışları arasında fark yoktu. Buna karşın kullandıkları ilaçların isimleri hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili soru sorma davranışı açısından fark vardı. Kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna soru sorduklarını söyleyenlerin %26,0'ı (n=33), sormadıklarını söyleyenlerin %13,0'ı (n=10) ilaçlarının isimlerini bildiğini beyan etti (p=0.027). (Tablo 6.8.1).

Tablo 6.8.1. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna soru sorma davranışına göre bilgi düzeylerinin dağılımı

	İlaç kullanımı hakkında soru sorma						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi							
İlacın ismi							
Bilmiyor	94	74,0	67	87,0	161	78,9	0.027
Biliyor	33	26,0	10	13,0	43	21,1	
İlacın kullanım amacı							
Bilmiyor	13	10,2	10	13,0	23	11,3	0.654
Bildiği ilaç sayısı 1-4	74	58,3	40	51,9	114	55,9	
Bildiği ilaç sayısı 5 ve üzeri	40	31,5	27	35,1	67	32,8	
İlaç yan etkileri							
Bilmiyor	73	57,5	54	70,1	127	62,3	0.071
Biliyor	54	42,5	23	29,9	77	37,7	
İlaç etkileşimleri							
Bilmiyor	81	63,8	57	74,0	138	67,6	0.129
Biliyor	46	36,2	20	26,0	66	32,4	
Toplam	127	100,0	77	100,0	204	100,0	

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında soru sorma davranışına göre yan etki durumunda yaptıkları arasında fark yoktu (p=0.130). (Tablo 6.8.2).

Tablo 6.8.2. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna soru sorma davranışına göre, yan etki durumundaki davranışlarının dağılımı

	İlaç kullanımı hakkında soru sorma						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Herhangi bir yan etki ile karşılaşıldığında ne yapılıyor?							
Doktoruna başvurma	63	49,6	42	54,5	105	51,5	0.130
İlaç kullanımını bırakma	53	41,7	23	29,9	76	37,3	
Diğer*	11	8,7	12	15,6	23	11,3	
Toplam	127	100,0	77	100,0	204	100,0	

*Yan etkiyi önemsemeden ilaca devam etme, yakınlarına danışma, eczacıya danışma

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında sordukları sorulara göre yan etki durumunda yaptıkları arasında ise fark vardı. Doktoruna ilaç kullanımı hakkında en çok ilaç kullanım detaylarını (kullanım şekli, dozu, süresi, amacı) soranların %52,2'si yan etki durumunda ilacı kullanmayı bırakıyor, en çok yan etki/ ilaç etkileşimi hakkında sorular soranların ise %60,5'i yan etki durumunda doktoruna başvuruyordu. (p=0.001). (Tablo 6.8.3).

Tablo 6.8.3. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna sordukları sorulara göre yan etki durumunda yaptıklarının dağılımı

	En çok sordukları soru						
	İlaç kullanımı		Yan etki / etkileşim		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Herhangi bir yan etki ile karşılaşıldığında ne yapılıyor?							
Doktoruna başvurma	14	30,4	49	60,5	63	49,6	0.001
İlaç kullanımını bırakma	24	52,2	29	35,8	53	41,7	
Diğer*	8	17,4	3	3,7	11	8,7	
Toplam	46	100,0	81	100,0	127	100,0	

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi alma davranışlarına göre bilgi kaynakları arasında fark yokken, bilgileri yeterli bulma durumları arasında ise fark vardı. Doktoruna ilaç kullanımı hakkında soru sormadığını beyan eden katılımcıların %81,8'i (n=63) ilaç kullanımı hakkında verilen bilgileri yeterli bulmaktayken, soru sorduğunu beyan edenlerin ise %59,8'i (n=76) bilgileri yeterli buluyordu (p=0.001). (Tablo 6.8.4).

Tablo 6.8.4. Araştırmaya katılanların kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna soru sorma davranışına göre verilen bilgileri yeterli bulma durumlarının dağılımı

	İlaçlar hakkında soru sorma						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Bilgileri yeterli bulma							
Evet	76	59,8	63	81,8	139	68,1	0.001
Hayır	51	40,2	14	18,2	65	31,9	
Toplam	127	100,0	77	100,0	204	100,0	

6.9. Araştırmaya Katılan Yaşlıların İlaç Kullanımı Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler

Araştırmaya katılanların yaş, eğitim durumu ve medeni durumlarına göre ilaç kullanırken yakınlarından yardım alma durumlarının dağılımı Tablo 6.9.1'de verilmiştir.

Araştırmaya katılanların yaşlarına, eğitim durumlarına ve medeni durumlarına göre, ilaçlarını kullanırken yakınlarından yardım almaları farklı iken, yaşayan çocuk sayılarına göre değerlendirildiğinde ise fark yoktu. "65-74" yaş grubundaki katılımcıların %87,2'si(n=116) ve 75-84 yaş grubundakilerin %79'u (n=49) ilaç kullanırken yakınlarından yardım almadığını, 85 yaş ve üstü olanların ise %66,7'si (n=6) yardım aldığını söylemiştir(p=0.001) (Tablo 6.9.1).

Okur yazar olmayan katılımcıların %73,0'ı (n=54), okur yazar katılımcıların %83,3'ü (n=40), ilkokul mezunu ve üzeri eğitim durumu olan katılımcıların ise

%90,2'si (n=74) ilaç kullanırken yakınlarından yardım almadığını söylemiştir (p=0.018) (Tablo 6.9.1).

Araştırmaya katılanların medeni durumları değerlendirildiğinde halen evli olan katılımcıların %93,8'i(n=106), evli olmayan katılımcıların (eşini kaybetmiş, boşanmış, ayrı yaşıyor, hiç evlenmemiş)%68,1'i (n=62) ilaç kullanırken yakınlarından yardım almadığını söylemiştir (p=0.0001) (Tablo 6.9.1).

Tablo 6.9.1. Araştırmaya katılanların yaş, eğitim durumu ve medeni durumlarına göre ilaç kullanırken yakınlarından yardım alma durumları

	İlaç kullanırken yakınlarından yardım alma						
	Evet		Hayır		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Yaş grubu							
65-74	17	12,8	116	87,2	133	100,0	0.001
75-84	13	21,0	49	79,0	62	100,0	
85 ve üstü	6	66,7	3	33,3	9	100,0	
Eğitim durumu							
Okur yazar değil	20	27,0	54	73,0	74	100,0	0.018
Okur yazar	8	16,7	40	83,3	48	100,0	
İlkokul mezunu ve üzeri	8	9,8	74	90,2	82	100,0	
Medeni durum							
Evli	7	6,2	106	93,8	113	100,0	0.0001
Evli olmayan*	29	31,9	62	68,1	91	100,0	
Toplam	36	17,6	168	82,4	204	100,0	

*Eşini kaybetmiş, boşanmış, ayrı yaşıyor, hiç evlenmemiş

Araştırmaya katılanların prospektüs okuma (ya da yakınlarına okutma) /okumama alışkanlıkları yaşa ve eğitim durumuna göre benzerdi.

Araştırmaya katılanların ilaç saklama koşulları sahip oldukları hastalıklara göre değerlendirildiğinde diyabet tanısı olan katılımcıların %23,1'i (n=15), diyabet

tanısı olmayan katılımcıların %8,6'sı (n=12) ilacın gereğine göre sakladığını söylemiştir (p=0.017) (Tablo 6.9.2).

Tablo 6.9.2. Araştırmaya katılanların diyabet tanısı almış olma durumuna göre ilaç saklama koşullarının dağılımı

	Tanı						
	Diyabet tanısı olan		Diyabet tanısı olmayan		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlaç saklama koşulları							
Oda sıcaklığı	48	73,8	120	86,3	168	82,4	0.017
Buzdolabı	2	3,1	7	5,0	9	4,4	
İlacın gereğine göre	15	23,1	12	8,6	27	13,2	
Toplam	65	100,0	139	100,0	204	100,0	

Araştırmaya katılanların düzenli ilaç kullanma alışkanlıkları yaşa, eğitim durumuna ve tanılı hastalık sayısına göre benzerdi (sırasıyla p= 0.662, p=0.404, p=0.249).

Araştırmaya katılanların düzenli ilaç kullanmama nedenleri yaşa, eğitim durumuna, medeni duruma, yaşan çocuk sayısına ve tanılı hastalık sayısına göre benzerdi (sırasıyla p=0.408, p=0.370, p=0.908, p=0.264, p=0.869).

Araştırmaya katılanların reçetesiz ilaç kullanma durumları yaşa, eğitim durumuna, yaşayan çocuk sayısına ve tanılı hastalık sayısına göre benzerdi (sırasıyla p=0.299, p=0.051, p=0.752, p=0.450), medeni duruma göre fark vardı (p=0.049).

Araştırmaya katılanların hekim önerisi olmadan ilaç kullanma durumları ile kullandıkları ilaç gruplarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 6.9.3'da verilmiştir.

Araştırmaya katılanlardan halen evli olanların , %33,3'ü (n=31) kas-eklem ağrısı, %23,7'si (n=22) mide şikayetleri , %17,2'si (n=16) baş ve diş ağrısı, %17,2'si (n=16) soğuk algınlığıiçin hekime başvurmadan ilaç kullandıklarını beyan etmiştir. Araştırmaya katılanlardan evli olmayanların (eşini kaybetmiş, boşanmış, ayrı yaşıyor, hiç evlenmemiş) %38,7'si (n=29) kas-eklem ağrısı, %29,3'ü (n=22) baş ve diş ağrısı, %13,3'ü (n=10) mide şikayetleri ve %6,7'si (n=5) soğuk algınlığı, için hekime başvurmadan ilaç kullandıklarını beyan etmiştir. Hekim önerisi olmadan ilaç kullanma nedenleri bakımından evli ve evli olmayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardı (p=0.049) (Tablo 6.9.3).

Tablo 6.9.3. Araştırmaya katılanların medeni durumuna göre reçetesiz ilaç kullanılan sağlık sorunlarının dağılımı

	Medeni durum						
	Evli		Evli olmayan*		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Reçetesiz ilaç kullanılan sağlık sorunu							
Kas/eklem ağrısı	31	33,3	29	38,7	60	35,7	0.049
Baş ağrısı / Diş ağrısı	16	17,2	22	29,3	38	22,6	
Mide şikayetleri	22	23,7	10	13,3	32	19,0	
Soğuk algınlığı	16	17,2	5	6,7	21	12,5	
Diğer şikayetler	8	8,6	9	12,0	17	10,1	
Toplam	93	100,0	75	100,0	168	100,0	

*eşini kaybetmiş, boşanmış, ayrı yaşıyor, hiç evlenmemiş

Araştırmaya katılanlardan gastro özefageal reflü hastalığı yada peptik ülser tanısı olanların %38,5'i (n=5) reçetesiz mide ilacı kullandığını söylerken, araştırmaya katılanlardan gastro özefageal reflü hastalığı yada peptik ülser tanısı olmayanların %16,1'i (n=25) mide ilacı kullandığını beyan etmiştir (p=0.120) (Tablo 6.9.4).

Tablo 6.9.4. Araştırmaya katılanların gastro özefageal reflü hastalığı yada peptik ülser tanısı almış olma durumuna göre kullandıkları reçetesiz ilaçların dağılımı

	Tanı					
	GÖR/ PU değil		GÖR/ PU		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Reçetesiz kullanılan ilaç						
Ağrı kesici	106	**68,4**	6	46,2	112	66,7
Mide ilacı	25	16,1	5	**38,5**	30	17,9
Diğer ilaçlar	24	15,5	2	15,4	26	15,5
Toplam	155	100,0	13	100,0	168	100,0

7.TARTIŞMA

İstanbul, Pendik ilçesi, 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireyler evreninden, onarlı yaş gruplarına tabakalı, random yöntemle seçilmiş bir örneklemde, 2015 yılında, yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplanmış olan kesitsel araştırmamızda 204 kişi ile başarıyla (ulaşılabilirlik oranı: %86,0) görüşülmüştür. İşitme engeli ve iletişim kurma engeli olmayan (akut sağlık problemi vb.), 65 yaş ve üstü bireylerin, ilaç kullanımı konusundaki bilgileri, davranışları ve bilgi kaynakları hakkında bilgi elde edilmesi amaçlanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 11.0 ile analiz edilmiş ve $p<0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmamızın; kayıtlı bir evrenden, ideal örnek büyüklüğü hesaplanarak ve olasılıklı örneklem seçme yöntemlerinden random ile seçilerek, 204 yaşlıda yürütülmüş olması kuvvetli yanlarındandır. Hesaplanan örneklemin %.86,0'ına ulaşılmış olması da araştırmanın bulgularının güvenilirliğini artırmaktadır. Yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplanması sayesinde yanlış anlaşılmalardan kaçınılması, cevap verilmeyen soru olmaması ve görüşmenin tek bir araştırıcı tarafından yapılması ile görüşmeci kaynaklı uyumsuzlukların engellenmiş olması da diğer güçlü yanlarıdır.

2010 yılından itibaren Türkiye'de yeni bir sağlık sistemi uygulanmaya başlamış, birinci basamak sağlık hizmetleri bölge bazlı Sağlık Ocağı sisteminden, nüfus bazlı Aile Hekimliği sistemine değişim göstermiştir. Sağlık Ocağı sisteminde, öncelikle ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri yanında, bütüncül bir yaklaşımla tüm yaş gruplarına da hizmet sunulmaktaydı. Ancak bebek ve çocukluk çağı ile doğurgan çağ kadınlara yönelik yapılandırılmış, standart sağlık programlarına benzer, sistematik bir kronik hastalık/yaşlı izlemi, Sağlık Ocağı sisteminde (224 saylı yasa) de, Aile hekimliği sisteminde de yer almamaktadır. Türkiye'de nüfusun yaş gruplarına dağılımının değişmesi, beklenen yaşam süresinin artmış olması, yaşlı nüfusun artması ve bu yaş grubunun sağlık ihtiyaçları ile sağlık sorunlarının artmasıyla, yaşlı nüfusa yönelik de sistematik kontrol programlarının planlanması, uygulanması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Türkiye'de 2010 sonrasında hem

değişen sağlık sistemi hem de değişen sağlık ihtiyaçları ile bu alanda yapılmış olan nitelikli çalışmaların azlığı bizi bu araştırmayı yapmaya yöneltmiştir.

Yaşlanmayla birlikte tıbbi sorunların artması ve buna bağlı olarak ilaç kullanımında görülen artış tüm dünyada benzerlik gösterse de; ilaç kullanımını etkileyen hekime başvuru alışkanlığı, eğitim düzeyi, ekonomik koşullar ve toplumda görülen sağlık sorunları gibi toplumsal nedenler değişkenlik gösterebilmektedir (12,13,34).

İleri yaşa bağlı kronik hastalıklarda artış olması, buna bağlı olarak da birden fazla ilaç kullanımının artması, ilaç yan etkilerini ve ilaç etkileşimlerini artırmaktadır. Yaşlı bireylerde değişen farmakokinetik ve farmakodinamik özellikler de yaşlılarda ilaç kullanımı konusuna ayrı bir önem verilmesi gerektiğini göstermektedir (35).

Bu araştırmada yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışlarını etkileyebilecek faktörler değerlendirilmiştir.

Araştırmada 128 kadın (%63) ve 76 erkek (%37) ile görüşüldü. Kadınların medyan yaşları 72 erkeklerin medyan yaşları 73 idi. Araştırmada, kadın ve erkeklerin yaş gruplarına dağılımları farklıydı (p=0.011); hem kadın hem de erkelerde çoğunluk '65-74 yaş' grubunda iken, kadınların %7'si 85 yaş ve üstü iken, 85 yaş ve üstünde hiç erkek yoktu. ADNKS 2014 verilerine göre Türkiye'de 65-74 yaş grubunun yaşlı nüfusa oranı %61, 75-84 yaş grubunda %31,3, 85 yaş ve üstü yaş grubunda ise %7,6 dır (65). Tek başına yaşayan yaşlı nüfusun %77,2'sini kadınlar, %22,8'ini ise erkekler oluşturmuştur (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620 Erişim tarihi: 23/02/2916). Türkiye geneline benzer olarak araştırmamızda da katılımcı kadınların evlilerin oranının düşük olduğunu ve yalnız yaşama oranının yüksek olduğunu gördük. Bu durum kadınların erkeklerden daha uzun yaşaması ve uzun yaşam süresine bağlı olarak eşini kaybetmesi ile açıklanabilir. Bu nedenle de kadınlarda yalnız yaşama oranı daha yüksek olabilir.

Araştırmamızda 65 yaş ve üzerindeki kadınların %57'si okuma yazma bilmiyordu, erkeklerin ise %1,3'ü (n=1) okuma yazma bilmiyordu. Araştırmada, kadın ve erkeklerin eğitim seviyeleri arasında fark vardı (p=0.0001). Türkiye'de

2013 yılında 25 ve daha yukarı yaşta olan ve okuma yazma bilmeyen toplam nüfus oranı %5,7 iken bu oran erkeklerde %1,9, kadınlarda %9,4'tür. Türkiye genelinde kadınların okur yazar olmayanları erkeklerin okur yazar olmayanlarının yaklaşık 5 katı kadardır (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18619 Erişim tarihi: 22/02/2016). Yine TUİK 2014 verilerine göre eğitim durumuna göre yaşlı nüfusun %23,9'u okuma yazma bilmiyor iken %41,2'si ilkokul mezunu, %4,7'si ise yükseköğrenim mezunudur (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620 Erişim tarihi: 23/02/2916). Araştırma popülasyonumuz, Türkiye ortalamasından düşük okur yazar oranına sahipti.

Araştırmamızda, 65 yaş ve üzeri grupta 1 kişi (%0.5) hala çalışmakta olduğunu bildirdi. Araştırmaya katılan kadınların %39'u (n=50) hiç çalışmamış (ev hanımı) iken, %50'si (n=64) çiftçilik yapmıştı. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %14,5'i (n=11) çiftçi iken %50'si (n=38) çeşitli sanayi kollarında işçi olarak çalışmıştı (p=0.0001). Hane Halkı İşgücü Araştırması sonuçlarına göre; 2013 yılında, Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde istihdam oranı %45,9 olup, bu oran erkeklerde %65,2, kadınlarda ise %27,1'dir (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18619 Erişim tarihi: 22/02/2016). Yine TUİK 2014 verilerine göre Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaşta işgücüne katılma oranı 2014 yılında %50,5 iken yaşlı nüfusun işgücüne katılma oranı %11,5 olarak gerçekleşti. Yaşlı erkek nüfusta bu oran %19,3 iken yaşlı kadın nüfusta %5,4'tür. Yaşlı nüfustaki işsizlik oranı ise %2,1'dir (https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=72&locale=tr Erişim tarihi: 22/02/2016).

Araştırmaya katılan yaşlıların sosyal güvencesi olan katılımcı 174/204 kişi idi ve kadınların %81'inin, erkeklerin %92'sinin SGK üzerinden sosyal güvencesi vardı (p=0.041). Sosyal güvencesi olmayan veya SGK dışı sosyal güvencelerden yararlanan 30/204 katılımcının %19'u kadın iken, %8'i erkekti. SGK İstatistik Yıllıkları 2014 verilerine göre Türkiye'de sigortalı nüfus oranı %83,7'dir (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari Erişim tarihi: 24/02/2016). Araştırmamızda katılımcıların Türkiye ortalamasına yakın olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızda Türkiye geneline benzer şekilde kadınların okuma yazma oranı ve çalışma hayatına dahil olma oranları düşüktür. Araştırmamızda kadınların geçimlerini sağlamak için evde dikiş, nakış, vb. işlerde çalışmaları, katılımcılar tarafından meslek olarak nitelendirilmediğinden yanıltıcı cevap almış olabiliriz. Bu durum kadınların sosyal güvencelerinin de düşük olmasını açıklayabilir. Erkeklerde okuma yazma oranı ve çalışma hayatında yer alma oranı daha yüksek, bunun sonucunda da sosyal güvencesi olanların oranı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada gelir durumunu orta değerlendirenlerle, sağlık durumlarını kötü/ çok kötü olarak değerlendirenler çoğunluktaydı (%48,5; %52,0). Gelir durumu algısı ve yaş, sağlık durumu algısını etkilemezken (sırasıyla p=0.051, p=0.478); evli olma, sağlık durumu algısını olumlu yönde etkilemekteydi (p=0.009). Bu durum eşlerin birbirlerine olumlu yönde destek vermeleri ile açıklanabilir. İzmir'de 2000 yılında bir huzurevinde yapılan çalışmada katılımcı yaşlıların sağlık düzeyleri algıları 'iyi' olanların yaş arttıkça azaldığı ancak kadın ve erkek arasında fark olmadığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi yükseldikçe, sağlık düzeyi algıları 'kötü' olanların azaldığı, medeni durum açısından da yaşlıların sağlık algılarında fark olmadığı saptanmıştır (16). Araştırma bulgularımızın farklı olması İzmir'deki çalışmanın huzurevinde yapılması nedeniyle karşılaştırılan faktörlerin bakım evinde kalma ve kendi ortamında yaşama durumlarında farklı sonuçlar doğurmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamızın örneklemi; sınırları belirli bir bölgede yaşayan ve sosyoekonomik düzeyi benzer olan bir gruptur. Çalışılan grubun bu anlamda homojen denilebilecek bir grup olması nedeniyle gelir durumları farklı değildi. Gelir durumları düşük sosyoekonomik düzey olarak tanımlanabilecek bir grup olmasına rağmen gelir durumu algısı kötü/çok kötü olan kişi sayısının beklenenden az olması özellikle kırsal kesimden göç etmiş olan bu grup için toplumumuzun 'kanaatkar' olma özelliğinin bir yansıması olarak düşünülebilir. Kırsal kesimden göç etmiş ve hala yılın belli dönemlerini memleketlerinde geçiren araştırma grubumuzun bazı ihtiyaçlarını memleketlerinden karşılamaları da geçimlerini kolaylaştıran bir etken olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %99'unun (n=202) hekim tarafından tanısı konmuş en az bir hastalığı vardı. Araştırmada, kadınların %100'ü (n=128) ve erkeklerin %97,3 (n=74) 'hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık' beyanında bulundu ve beyan edilen hastalıklar arasında, uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalıklar ağırlıklıydı. Katılımcıların %17,6'sının (n=36) tanı konulmuş hastalık sayısı 1 iken, katılımcıların %16'sının '4 ve üzeri' sayıda tanı almış hastalığı vardı. Araştırmamızda en çok tanı almış olan hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon (%29,1;n=149), diyabetes mellitus (%12,7;n=65) ve hiperlipidemi (%8,0,n=41) şeklinde idi.

Birden fazla hastalığın bir arada görülmesi, yaşlılık döneminin en önemli sağlık sorunlarındandır (52,62). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların karşılaştırıldığı 2005 yılında yapılan bir araştırmada, ülkemizde 65 yaş ve üzeri kişilerdeki kronik hastalık bulunma oranları; %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %14'ünde dört ve daha fazla hastalık olarak saptanmıştır (63). Dolu ve Bilgili'nin araştırmasında bir kronik hastalığı olanlar %56, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanlar ise %44 oranında bulunmuştur (53). Topbaş ve arkadaşlarının araştırmasında bir kronik hastalığı olan kadınların oranı %43,1, erkeklerin oranı %62,4, birden fazla kronik hastalığı olan kadınların oranı %56,9, erkeklerin oranı ise %37,6 olarak saptanmıştır (54). İstanbul'da ASM ve üniversite hastanesine başvuran yaşlıların karşılaştırıldığı bir çalışmada katılımcılarda birden fazla kronik hastalık görülme oranı yüksektir; en az bir kronik hastalığa sahip olan katılımcı oranı ise %96,6 olarak saptanmıştır (46) Bizim araştırmamızda hekim tarafından tanısı konmuş en az bir hastalığı olanların oranı %99'du, araştırma örnekleminin ASM'ye kayıtlı hastalardan seçilmiş olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

2006 yılında İzmir ve Aydın'da yapılan bakımevinde kalan ve toplum içinde yaşayan yaşlıların karşılaştırıldığı bir çalışmada katılımcı tüm yaşlıların %9.4'ü, bakımevinde yaşayan yaşlıların ise sadece %2,9'unda kronik hastalık bulunmadığı, toplum içinde yaşayan yaşlıların 3 ve üzeri kronik hastalığı bulunma sıklığının bakımevinde kalanlara göre fazla olduğu saptanmıştır (18).

Araştırmamızda katılımcıların tanı konulmuş hastalık sayısı ortalaması 2,51∓1,09 (min=0, max=6) idi. 2000 yılında huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda

yapılan bir araştırmada katılımcılara konan tanı sayısı ortalaması 2.44 olup bu ortalama kadınlarda 2.7, erkeklerde 2.1 idi. Erkeklerin %10.9'u, kadınların ise %7.4'ü daha önce herhangi bir hastalık tanısı almamıştı (17)

Yine huzurevlerinde yürütülen çok merkezli bir çalışmada 1944 katılımcıda en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon idi (%30.7). Bunu sırası ile osteoartrit, kalp yetmezliği, diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı izliyordu (11).

Diker (52), Dolu ve arkadaşları (53) Topbaş ve arkadaşları (54) ile Arpacı ve arkadaşları (55), Bulakçı (46)'nın çalışmalarında sık görülen kronik hastalıkların hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve kalp hastalıkları olduğu bulunmuştur. Araştırmamız bulgular açısından bu çalışmalara benzerlik gösteriyordu.

Araştırmamızda katılımcıların günlük kullandıkları ilaç sayısının ortalaması 4,25∓2,64 (min=0, max=15) idi. Yaşlılarda ilaç kullanımının boyutlarını inceleyen bir derlemede, Türkiye'de 1998-2005 yılları arasında yapılmış değişik illerde yaşlılarda ilaç kullanımını inceleyen yayınlar ele alınmış, yaşlılarda kişi başına düşen ortalama ilaç sayısının 3,25 olduğu, kadınların erkeklere göre daha fazla ilaç kullandıkları, en sık kullanılan ilaçların kardiyovasküler sistem ilaçları ve analjezik/antiinflamatuvar ilaçlar olduğu belirtilmiştir. Yine bu derlemede hastalara ilaçları ile ilgili yeterli bilgi verilmediği, reçetesiz ilaç kullanım yaklaşık %14'lerde olduğu belirtilmiştir (8).

Araştırmamızda katılımcıların %58,8'i hastalandığında ilk doktora/sağlık kuruluşuna gittiğini, %34,8'i daha önce aynı şekilde hastalandığında kullandığı ilaçları reçetesiz olarak alıp kullandığı, %6,4'ü ise eczacı ya da yakınlarına danışarak ilaç aldığını söylemiştir. İstanbul'da bir üniversite hastanesi ile aile sağlığı merkezinde tedavi olan yaşlıları karşılaştıran bir çalışmada; yaşlıların %85'i hastalandıklarında doktora gittiklerini ifade etmişlerdir. Kalan %13'ü evde ilaç varsa onu aldığını, %2'si ise eczacı ya da bir yakının tavsiyesiyle ilaç kullandığını belirtmiştir (46)

Araştırmamızda hastaların hekime başvurmakta zorluk çektiği ve bu nedenle kendilerine önceden reçete edilmiş ilaçların kullanımını taklit ederek kendilerini tedavi etmeye çalıştıkları görülmüştür.

Araştırmamızda kadınların %46,6'sı hastalandığında ilk Aile Sağlığı Merkezine başvurduğunu, %22,9'u ise Devlet Hastanesine başvurduğunu söylemiştir.

Araştırmamız Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı hastalarda yapılan bir çalışma olduğundan ve yüz yüze görüşme yöntemi ile aile hekimi tarafından veri toplandığından, 'ilk başvurulan sağlık kuruluşu bilgisi' verileri değerlendirilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmada katılımcılardan kullandığı ilaçların ismini bilmeyenlerin oranı %78,9, yan etkilerini bilmeyenlerin oranı %62,3, ilaç etkileşimlerini bilmeyenlerin oranı %67,6 olarak bulundu. Katılımcıların %88,7'si ise kullandığı ilaçların ne için verildiğini bildiğini söylüyordu.

Bulakçı'nın çalışmasında (46) yaşlıların %61'e yakınının kullandığı ilaçların adını bilmedikleri saptanmıştır. Yine Solmaz ve Akın'ın yaptıkları çalışmada (56) yaşlıların %35'inin ilaçlarının kullanım amacını, %64,4'ünün ise yan etkilerini bilmediği, %63,2'sinin son kullanma tarihini kontrol etmediği saptanmış, Eski ve Pınar'ın yaptıkları çalışmada (57) olguların büyük çoğunluğunun ilaçların kullanım amacını (%84,2), yan etkilerini (%94,2) ve diğer ilaçlarla etkileşimini (%95,8) bilmediği saptanmıştır.

Bu sonuçlar bizim araştırmamızla uyumlu olmakla birlikte, katılımcıların okur yazarlık durumları, çoklu ilaç kullanımı, ilaç isimlerinin karmaşık ve birbirine benzer olması ile açıklanabilir.

Araştırmada katılımcıların %43,1'i ilaç kullanımı hakkında en çok doktorundan bilgi aldığını %29,9'u ise eczacısından bilgi aldığını söylemiştir. Katılımcıların %68,1'i ilaç kullanımı hakkında verilen bilgileri yeterli bulduğunu söylemiştir.

Başka bir araştırmada yaşlıların kullandıkları ilaçlarla bilgiyi doktor, eczacı ve hemşireden aldıkları, bilgilerin en sık sözlü olarak verildiği ve katılımcıların çoğunun yapılan bilgilendirmeyi yeterli bulduğu saptanmıştır (53). Huzurevinde yapılan bir araştırmada yaşlıların %84,3'ü ilaçları hakkında bilgi verildiğini söylemiş, bilgi kaynağının doktorlar olduğunu belirtmiştir (58). Huzurevinde yapılan

bir başka araştırmada da, katılımcıların %68,3'ü ilaçları ile ilgili bilgi verildiğini söylemiş, bilgilendirmenin %44'ünün doktor, %17'sinin hemşire tarafından yapıldığını, sözlü ve yazılı bilgilendirme oranının yaklaşık aynı olduğunu, yapılan bilgilendirmenin %51,2'sinin yetersiz bulunduğunu saptamışlardır (59).

Başka bir çalışmada hastaların %62,5'i kullandıkları ilaçlar hakkında yeterli bilgi verilmediğini söylemiş ve yeterli bilgi verildiğini belirten grupta ise ilaç düzenli kullanımı yüksek bulunmuştur (57).

Araştırmamıza katılan kadınların %22,7'si (n=29) ilaç kullanırken yakınlarından yardım aldığını, %77,3'ü (n=99) ise ilaçlarını kendisi kullanabildiğini söylemiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %9,2'si (n=7) ilaç kullanırken yakınlarından yardım aldığını, %90,8 'i (n=69) ise ilaçlarını kendisi kullanabildiğini beyan etmiştir (p=0.015).

Araştırmaya katılanların %77,5'i (n=158) ilaçların son kullanma tarihlerine baktığını, ilaçların son kullanma tarihini %74,0'ı (n=151) ilaçların kutusundan öğrendiğini beyan etmiştir. Son kullanma tarihi geçen ilaçları katılımcıların %97,1'i (n=198) kullanmadığını söylemiştir.

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezi ve Üniversite Hastanesine başvuran yaşlıların karşılaştırıldığı bir araştırmada hastanede görüşülen yaşlıların %84,9'unun, ASM'de görüşülenlerin ise %77,1'inin ilaçların son kullanma tarihine baktıkları saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların %79,6'sı son kullanma tarihini ilaç kutusuna bakarak öğrendiklerini söylerken, %11'i eczacıya %3,3'ü de doktora sorarak öğrendiklerini ifade etmiştir. %6,1'i ise son kullanma tarihini nereden öğreneceğini bilmediğini ifade etmiştir. Hastanede görüşülen katılımcıların %96,9'u son kullanma tarihi geçmiş ilaçları kullanmadığını söylerken, ASM'de görüşülenlerde ise bu oran %79,1 olarak saptanmıştır (46).

Araştırmamızda katılımcıların kullandıkları ilaçların son kullanma tarihlerine uyma davranışları ile ilgili yanıtlarının güvenilirliği şüphelidir. Katılımcıların büyük çoğunluğu ilaçların son kullanma tarihi geçmişse kullanmadığı beyan etse de katılımcıların büyük bir bölümünün son kullanma tarihine aslında bakmadığı saptanmıştır. Bu yanlı cevaplar yüz yüze görüşme ile veri toplanmasında aile hekimi

ile görüşülmesinin kişilerde bazı davranışlarının gerçekte olan yerine ideal olanı dile getirme eğiliminden ve gözleme dayalı olmayıp beyana dayalı olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamıza katılanların %75,5'i (n=154) (kadınlar %78,9; erkekler %69,7) hekim önerisi olmadan ilaç kullandığını, reçetesiz ilaç kullandığını söyleyenlerin %76,6'sı (n=118) daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı kullandığını beyan etmiştir.

Çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada reçetesiz ilaç kullanımı kadınlarda %7.0, erkeklerde %6.0 olarak bulunmuştur. Reçetesiz ilaç kullanma nedenleri arasında en sık görülen davranış ise "Doktor tarafından daha önce reçete edilen ilacın tekrar kullanılması" dır. Daha sonra ise sıklığına göre bireyin kendi isteğine göre ilaç alması, akrabalarının önerisi, arkadaşlarının önerisi ve eczacının önerisi ile ilaç alması gibi davranışlar saptanmıştır(11).

Yine bir huzurevinde yapılan bir araştırmada kullanılan ilaçların %14.4'ü doktor önerisi olmadan reçetesiz olarak alınıyordu ve reçetesiz kullanılan ilaçların %64.7'sini kadınlar ve %35.3'ünü ise erkekler tüketiyordu (17).

Bizim araştırmamızda da bu çalışmalara uyumlu olarak kadınlarda reçetesiz ilaç kullanma oranı daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların hekime başvurmadan ilaç kullanmaları konusunda en dikkat çekici bulgu daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı kullanma alışkanlıklarının fazla olmasıdır. Katılımcılar yaşlı olmaları ve uzun süreli kronik hastalıklarla yaşamaları nedeniyle belirli ilaçları alışkanlık haline getirme eğiliminde olmalarından kaynaklanabileceği gibi, hastalandıklarında hekime başvurmak yerine önceden benzer şikayetleri için yine hekim tarafından verilen ve fayda gördüklerini düşündükleri ilaçları almaları hekime başvuru zorluğundan, yada alınan muayene ücretleri, reçete yazdırmadan ilaçları eczaneden almanın bazı ilaç gruplarında daha ekonomik olması ile de açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların %27,3'ü baş/diş ağrısı, %37,3'ü kas-eklem ağrısı, %17,3'ü mide şikayetleri için hekime başvurmadan ilaç kullandığını; %69,1'i ağrı kesicileri, %15,5'i mide ilaçlarını reçetesiz kullandığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %32,8'i (n=19) kas-eklem ağrısı, %22,4'ü (n=13)

mide şikayetleri, %13,8'i (n=8) baş/ diş ağrısı için hekime başvurmadan ilaç kullandığını; %62,1'i (n=36) ağrı kesicileri, %22,4'ü (n=13) mide ilaçlarını reçetesiz kullandığını beyan etmiştir.

Huzur evlerinde yapılan, 23 ili kapsayan ve 1944 kişi ile yapılan bir araştırmada; katılımcıların en sık kullandığı ilaçlar kardiyovasküler hastalıklar için kullanılan ilaçlar ve ağrı kesiciler olduğu görülmüştür. Araştırmada katılımcıların %11.7 si 4 ilaç, % 17.3'ü ise 5 veya daha fazla sayıda ilaç kullanmakta olup, en sık kullanılan ilaç gruplarının; kardiyovasküler sistem ilaçları (%26.7), ağrı kesiciler ve NSAİ ilaçlar (%20.8)ve hematopoetik sistem ilaçları (%14.8) olduğu görülmüştür (40).

Yine huzurevinde yapılan bir başka çalışmada reçetesiz sık kullanılan ilaç grubu kas-iskelet sistemi ilaçları olarak saptanmıştır (%72.5) ve NSAİ ilaçlar reçetesiz kullanılan ilaçlar içinde ilk sırada yer almıştır (%51,1). Reçetesiz olarak kullanılan ilaçlar sıklıklarına göre incelendiğinde kas-iskelet sistemi ilaçlarından sonra sindirim sitemi ilaçlarının yer aldığı görülmüştür (17).

ASM ve Üniversite hastanesine başvuran yaşlıların karşılaştırıldığı bir araştırmada katılımcıların %76,4'ü daha önce benzer şikâyeti için doktor tarafından verilen ilacı reçetesiz kullandığını, %14,9'u eczacı tavsiyesiyle, %8,6'sı ise çevresinin (yakınlarının) önerisiyle reçetesiz ilaç aldığını beyan etmiştir. Reçetesiz ilaç kullanılan en sık şikayetler sırayla; baş ağrısı, soğuk algınlığı, mide şikayetleri, eklem-kas ağrısı, tansiyon yüksekliği, kalp hastalığı ve şeker hastalığı olarak saptanmıştır. İlaç grupları ise sırayla; ağrı kesiciler, antibiyotikler, vitaminler, mide ilaçları, tansiyon, kalp ve şeker ilaçları şeklindedir (46).

Adana'da yapılan bir araştırmada katılımcıların %57'sinin hekime başvurmadan ilaç kullandıkları, en çok kullanılan ilaçların ağrı kesiciler olduğu, grip ve soğuk algınlığı durumunda ise reçetesiz antibiyotik kullandıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların %8'inin çevresinin tavsiyesiyle ilaç kullandığı belirlenmiştir(60).

Araştırmamız reçetesiz kullanılan ilaçlar ve bu ilaçların kullanıldığı durumlar bakımından söz konusu çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Doktora başvurmadan

ilaç kullanılan şikayetlerle kullanılan ilaçlar paralellik göstermektedir. Bu durum yaşlılarda kendi kendine ilaç kullanma kararı almanın sık görülen bir davranış olduğunu ve ilaçları bildikleri şikayetler yaşadıklarında aldıklarını göstermektedir. Yaşlıların, ilaçla tedavide sadece hastalığı hakkında değil, aynı semptomların farklı ve belki de daha ciddi hastalıkların belirtisi olabileceği konusunda da eğitilmeleri gerekli olabilir.

Araştırmamızda reçetesiz en sık kullanılan ilaçlar arasında antibiyotikleri yer almamıştır. Bunun sebebi 2012'de Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı düzenleme ile eczanelerde reçetesiz antibiyotik satışının yasaklanmasıdır. Ancak bu durum her ne kadar reçetesiz antibiyotik kullanımını azaltmışsa da, hekime reçete yazması için yapılan baskıyı artırmış ve reçeteli antibiyotik kullanımının niteliğini tartışmaya açık hale getirmiştir (Reçetelerde antibiyotik yazılması durumu bu araştırmada özellikle araştırılan alanlardan birisi olmayıp, araştırıcının gözlemlerine dayanmaktadır).

Araştırmamızda katılımcıların %70,6'sı (n=144) ilaçlarını kutusunun rengine ve şekline göre, %23,5'i (n=48) ilacının adına göre ayırt ettiğini söylemiştir. Katılımcıların %5,9'u (n=12) ise ilaçlarını birbirinden ayırt edememekte yada başka bir yöntemle ayırt etmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların %22,5'i (n=46) eczaneye gittiğinde reçete edilen ilaçların hepsini aldığını, %.72,1'i (n=147) ise bazen alıp bazen almadığını söylemiştir. Katılımcıların ilacı alıp almayacağına karar verme kriterlerinin %40,6'sı daha önce kullanma durumu, %25,3'ü ilacın fiyatı, %14,7'si ise ilacın veriliş amacı olduğu görülmüştür.

Akan ve arkadaşlarının yaptıkları bir derlemede Amerika'da yapılan bir çalışmada; hastaların %14 ila 21'inin verilen reçeteleri almadıkları, hastalara verilen tedavilerin yaklaşık yarısının yanlış kullanım nedeniyle yararlı olmadığı belirtmiştir(23).

Araştırmaya katılanların hastalanınca ilk yaptıklarını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; katılımcıların yaşına, eğitim durumuna, sosyal güvencesine, yaşayan çocuk sayılarına göre hastalık halindeki davranışlarında anlamlı bir fark yokken, tanı konulmuş sağlık sorunlarının sayısına göre hastalık halindeki

davranışlarında fark vardı. 2 ve daha az tanısı olan katılımcıların %52,0'ı (n=53) ilk doktora/sağlık kuruluşuna gittiğini söylerken, %37,3'ü daha önce benzer rahatsızlığı için verilen ilacı aldığını beyan etti. 3 ve daha fazla tanısı olan katılımcılardan ise %65,7'si ilk doktora/sağlık kuruluşuna gittiğini söyledi (p=0.016).

Katılımcıların tanı sayısı fazla olanlarda hastalık halinde hekime başvurma oranının yüksek olması daha çok doktora başvuran hastalarda tanı alma oranının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre hastalanınca ilk yaptıkları karşılaştırıldığında okur yazar olmayanların %63,5'i (n=47) doktora/sağlık kuruluşuna başvurduğunu söyledi. Okur yazar olanların %52,1'i (n=25), ilkokul mezunu ve üzeri eğitim durumu olanların ise %58,5'i (n=48) hastalanınca ilk doktora/sağlık kuruluşuna başvurduğunu söyledi. Daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı alma davranışı ise en çok ilkokul mezunu ve üzeri olanlar tarafından beyan edildi (%39,0 ; n=32).

İstanbul'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %85'i hastalandıklarında doktora başvurduklarını, %13'ü evde bulunan ilaçlardan kullandığını, %2'si ise eczacı ya da yakınlarına danışarak ilaç aldığını söylemiştir (46).

Ankara'da yapılan bir araştırmada ise katılımcıların %69,5'i hastalandıklarında ilk olarak doktora başvurduklarını, %15,8'i doktora gitmeden hastalığın geçmesini beklediklerini, %11,4'ü de evde bulunan ilaçlarından kullandıklarını ifade etmiştir (61).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre ilaçlarını birbirinden nasıl ayırt ettikleri karşılaştırıldığında okur yazar olmayanların %91,9'u (n=68), okur yazar olanların %75,0'ı (n=36), ilkokul mezunu ve üzeri olanların ise %48,8'i (n=40) ilaçlarını kutusuna göre ayırt ettiğini söyledi. İlkokul mezunu ve üzeri olanların %51,2'si (n=42) ise ilaçlarını ayırt ederken diğer bir ayırt etme şekli olduğunu yada ayırt edemediğini söyledi (%46,3'ü ; n=38 adına göre ayırt etmekteydi) (p=0.0001).

Katılımcıların yaşına göre ilaçlarını birbirinden nasıl ayırt ettikleri karşılaştırıldığında ise 65-74 yaş grubunda olanların %68,4'ü (n=91), 75 yaş ve üzeri olanların %74,6'sı (n=53) ilaçlarını kutusuna göre ayırt ettiğini söyledi (p=0.008).

Araştırmamızın bu bulguları göstermiştir ki, eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine bazı davranışlar üzerinde(ilaçları ayırt edebilme) yaş gibi olumlu ve bazı davranışlar üzerinde de (hastalandığında hekime başvurma ve hekime başvurmadan ilaç kullanma) olumsuz etkisi gözlenebilmektedir.

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi kaynakları ve verilen bilgileri yeterli bulma durumları karşılaştırıldığında doktordan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %71,6'sı (n=63), eczacıdan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %72,1'i (n=44) verilen bilgileri yeterli bulmaktaydı. Hemşire/diğer sağlık personelinden bilgi aldığını söyleyen hiç katılımcı yok iken, yakınlarından bilgi aldığını söyleyenler ile prospektüs okuyarak bilgi edindiğini söyleyenlerin ise %53,2'si (n=32) bilgilerin yeterli olduğunu düşünmekteydi. Bilgi kaynaklarına göre bilgi yeterliliği arasında fark yoktu (p=0.179).

İstanbul'da yapılan bir araştırmada, katılımcıların %79,7'si doktora reçetedeki ilaçlarla ilgili soru sorduğunu söylemiştir. En çok sorulan sorular sırasıyla ilacın yan etkileri (%53,9), kullanma amacı (%20,6), kullanım şekli (%13,6), kullanma süresi (%6,5), ilaç dozu (%4,3) ve maliyeti (%1,1) olmuştur. İlaç kullanımı ile ilgili en çok bilgiyi doktordan aldıkları saptanmıştır(%80,6), sonrasında ise prospektüs okuma, eczacı, yakınları ve diğer sağlık personeli gelmektedir. Aynı araştırmada %83,1'i ilaçla ilgli verilen bilgileri yeterli bulduğunu söylemiştir (46).

Katılımcıların kullandıkları ilaçların ne için kullanıldığı hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili bilgi kaynakları arasında fark vardı. Doktordan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %6,8'i (n=6), eczacıdan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %8,2'si (n=5) kullandığı ilacın ne için verildiğini bilmediğini beyan etti. Yine doktordan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %60,2'si (n=53), eczacıdan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %50,8'i (n=31) 1-4 ilacının ne için verildiğini bildiğini beyan etti. Doktordan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %33,0'ı (n=29), eczacıdan bilgi aldıklarını söyleyenlerin %41,0'ı (n=25) 5 ve daha fazla ilacının ne için verildiğini bildiğini beyan etti (p=0.030).

Bu durum reçetedeki ilaç sayısının artmasıyla doktorun tek başına bilgilendirmede yetersiz kaldığını, eczacılara da bu konuda görev düştüğünü göstermektedir.

Katılımcıların kullandıkları ilaçların yan etkileri hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili bilgi yeterliliği arasında fark vardı. Kullandıkları ilaçlar hakkında verilen bilgileri yeterli bulduklarını söyleyenlerin %69,8'i (n=97) ve yeterli bulmadıklarını söyleyenlerin %46,2'si (n=30) ilaçlarının yan etkilerini bilmediğini beyan ederken; kullandıkları ilaçlar hakkında verilen bilgileri yeterli bulduklarını söyleyenlerin %30,2'si (n=42) ve yeterli bulmadıklarını söyleyenlerin %53,8'i (n=35) ilaçlarının yan etkilerini bildiğini beyan etti (p=0.001).

İstanbul'da yapılan bir araştırmada yaşlıların %29,9'u kullandıkları ilacın yan etkilerini bildiğini belirtmiştir (46).

Bu durum ilaçlar hakkında verilen bilgileri yeterli bulan hastaların bile, çoklu ilaç kullanımının fazla olduğu yaşlı hastalar gibi özellikle dikkat edilmesi gereken bir grupta, yan etkiler konusunda daha etkin bir şekilde bilgilendirilmeleri gerektiğini göstermektedir.

Katılımcıların kullandıkları ilaçların isimleri hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili soru sorma davranışı açısından fark vardı. Kullandıkları ilaçlar hakkında doktoruna soru sorduklarını söyleyenlerin %26,0'ı (n=33), sormadıklarını söyleyenlerin %13,0'ı (n=10) ilaçlarının isimlerini bildiğini beyan etti (p=0.027). (Tablo 6.7.1).

Bu durum hekim-hasta ilişkisinin ve diyalogunun yeterli ve etkili olmadığının bir göstergesi olabilir.

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında sordukları sorulara göre yan etki durumunda yaptıkları arasında ise fark vardı. Doktoruna ilaç kullanımı hakkında en çok ilaç kullanım detaylarını (kullanım şekli, dozu, süresi, amacı) soranların %52,2'si yan etki durumunda ilacı kullanmayı bırakıyor, en çok yan etki/ ilaç etkileşimi hakkında sorular soranların ise %60,5'i yan etki durumunda doktoruna başvuruyordu. (p=0.001).

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi alma davranışlarına göre bilgileri yeterli bulma durumları arasında ise fark vardı. Doktoruna ilaç kullanımı hakkında soru sormadığını beyan eden katılımcıların %81,8'i (n=63) ilaç kullanımı

hakkında verilen bilgileri yeterli bulmaktayken, soru sorduğunu beyan edenlerin ise %59,8'i (n=76) bilgileri yeterli buluyordu (p=0.001). (Tablo 6.7.5).

Buradan hem bilgileri yeterli bulmayanların daha çok soru sorma eğilimde olduğu hem de soru sormayanların zaten verilen bilgileri önemsemediği sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılan 65-74 yaş grubundaki katılımcıların %87,2'si (n=116) ve 75-84 yaş grubundakilerin %79,0'ı (n=49) ilaç kullanırken yakınlarından yardım almadığını, 85 yaş ve üstü olanların ise %66,7'si (n=6) yardım aldığını söylemiştir(p=0.0001).

Okur yazar olmayan katılımcıların %73,0'ı (n=54), okur yazar katılımcıların %83,3'ü (n=40), ilkokul mezunu ve üzeri eğitim durumu olan katılımcıların ise %90,2'si (n=74) ilaç kullanırken yakınlarından yardım almadığını söylemiştir (p=0.018).

Araştırmaya katılanların medeni durumları değerlendirildiğinde halen evli olan katılımcıların %93,8'i (n=106), evli olmayan katılımcıların (eşini kaybetmiş, boşanmış, ayrı yaşıyor, hiç evlenmemiş) %68,1'i (n=62) ilaç kullanırken yakınlarından yardım almadığını söylemiştir (p=0.0001).

Eğitim seviyesindeki artış yaşlıların yardımsız ilaç kullanımı üzerinde olumlu etkiye sahipken ileri yaş olumsuz etkiye sahiptir. Medeni durum ileri yaşla birlikte yalnız yaşama/eşini kaybetme oranının artması nedeniyle yaşa benzer bir etkiye sahip olabilir.

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu konuda yapılmış başka bir çalışma bulunamamıştır.

Araştırmaya katılanların ilaçların son kullanma tarihini öğrenme yolu ağitim durumuna göre kıyaslandığında okur yazar olmayanların %64,9'u (n=48), okur yazar olanların %77,1'i (n=37) ilkokul mezunu ve üzeri eğitim durumu olanların ise %80,5'i (n=66) son kullanma tarihini ilacın kutusundan öğrendiğini söyledi (p=0.105). Katılımcıların yakınları aracılığı ile dolaylı olarak son kullanma tarihini öğrenmesi de yanıt olarak kabul edilmiştir.

Son kullanma tarihlerine bakma davranışı eğitim seviyesindeki yükselmeden olumlu olarak etkilense de, okuryazar olmayan hastalarda bile son kullanma tarihini öğrenme davranışı azımsanmayacak seviyede bulunmuştur. Bu bulguya yaşlıların yakınlarından yardım almasının olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların ilaç saklama koşulları sahip oldukları hastalıklara göre değerlendirildiğinde diyabet tanısı olan katılımcıların %23,1'i (n=15), diyabet tanısı olmayan katılımcıların %8,6'sı (n=12) ilacın gereğine göre sakladığını söylemiştir (p=0.017).

İnsülin kullanımın ve insülinin saklanma koşullarının diğer ilaçlardan farklı olmasının bu sonuca yol açtığı söylenebilir.

Araştırmaya katılanlardan gastroözefageal reflü hastalığı yada peptik ülser tanısı olanların %38,5'i (n=5) mide ilacı kullandığını söylerken, araştırmaya katılanlardan gastroözefageal reflü hastalığı yada peptik ülser tanısı olmayanların %16,1'i (n=25) mide ilacı kullandığını beyan etmiştir.

Bu durum mide ile ilgili tanısı olmayanlarda da çoklu ilaç kullanımı ve kullanılan ilaçların GİS (Gastrointestinal) yan etkileri nedeniyle mide ilacı kullanımının yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu konuda yapılmış başka bir çalışma bulunamamıştır.

Araştırmamızın kısıtlılığı ise örneklemin İstanbul'un 39 ilçesinden sadece Pendik ilçesinde ve Pendik ilçesindeki 35 Aile Sağlığı Merkezi'nden sadece 6 Nolu ASM sınırlarında yürütülmüş olması, sosyoekonomik ve kültürel açıdan benzer-homojen bir populasyon olması ve görüşmecinin aile hekimi olmasından kaynaklanabilecek olası yanlı cevaplar olarak tanımlanabilir. Bir diğer kısıtlılık ise yaşa bağlı hatırlama problemi olabilir.

8.SONUÇ ve ÖNERİLER

İstanbul, Pendik ilçesi, 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireyler evreninden, random yöntemle seçilmiş bir örneklemde, 2015 yılında, yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplanmış olan kesitsel araştırmamızda; yaşlı bireylerin çoğunda birden fazla kronik hastalık bulunduğunu saptadık. Araştırma verileri değerlendirildiğinde hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı, KOAH-Astım, osteoporoz, GÖR-ülser ve depresyon yaşlılarda görülen yaygın sağlık sorunlarıydı. Erkeklerde en sık görülen ilk 5 kronik hastalık; hipertansiyon (%28,8), koroner arter hastalığı (%13,6), diyabet (%10,5) , benign prostat hiperplazisi (%7,9), hiperlipidemi (%7,3) iken kadınlarda en sık görülen ilk 5 kronik hastalık; hipertansiyon (%29,3), diyabet (%14,0), hiperlipidemi (%8,4), astım/KOAH (%5,3), osteoporoz (%5,3) idi.

Buna paralel olarak katılımcılarda çoklu ilaç kullanımının da fazla olduğunu saptadık. Araştırmada günde 3 ve daha fazla farklı ilaç kullanan katılımcı oranı kadınlarda %75 erkeklerde %71 idi. Çoklu ilaç kullanımı hastanın tedaviye uyumunu zorlaştıran bir durum olmakla birlikte yan etki sıklığını ve ilaç etkileşimlerini de artırmaktadır. Yaşlı popülasyonda fonksiyonel bağımlılık durumunun görülmesi ve bilişsel fonksiyonlarda azalmanın olması, bu yaş grubunda ilaç kullanımı ve ilaç yan etkilerinin özel bir önem kazanmasına neden olmaktadır.

Araştırma süresince görüştüğümüz yaşlılarda ilaçların düzenli kullanım oranının düşük olduğunu gördük. Bu oran kadınlarda daha düşüktü (kadınlarda %44,5 ve erkeklerde %57,9). Katılımcılar kronik hastalıklarında dahi, akut yakınmaları geçtiğinde tedaviyi erken bırakmaya eğilimliydiler (kadınlarda %29,0; erkeklerde 39,5). Reçetesiz ilaç kullanımı oranı da oldukça yüksekti (Kadınlarda %78,9; erkeklerde 69,7).

Yaşlılarda sağlık durumunu ‘kötü’ olarak değerlendirenler katılımcıların yarısından fazlasını oluşturmaktaydı.

Biz bu araştırmada yaşlı hastaların ilaç kullanma davranışlarını araştırdık. Ancak Akılcı İlaç Kullanımında bir diğer önemli taraf, bu yaş grubunu izleyen, tedavilerini düzenleyen birinci, ikinci ve üçüncü basamak hekimlerdir. Yaşlı hastalar tedavi uyumu açısından özen gösterilmesi gereken bir popülasyondur, bu nedenle hastalığı ve tedavisi hakkında daha fazla bilgilendirilmelidirler. Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular hastaların kullandıkları ilaçlar konusunda en önemli bilgi kaynağı olarak gördükleri hekimlerin de yaşlılarda ilaç kullanımı konusundaki davranışlarının önemli olduğunu düşündürmektedir. Hekimlerde Akılcı İlaç Kullanımı ve özellikle yaşlılarda ilaç kullanımı konusunda çalışmalar yapılarak bilgi ve davranışları araştırılabilir ve buna yönelik çözümler geliştirilebilir.

Biz araştırmamızı yaşlı popülasyonda yaptık, toplum genelinde ve bazı risk gruplarında ek çalışmalar yapılması faydalı olacaktır. Özellikle bizim araştırma grubumuz gibi eğitim seviyesinin düşük olduğu yaşlı popülasyonda ilaç kullanım alışkanlıkların düzenlenebilmesi için hastaların bilgilendirilmesi kadar; ilaç kutularının ve prospektüslerinin yaşlıların görebileceği ve okuyabileceği puntolarla, anlayabilecekleri kelimelerle yazılması ve kişilere ilaç prospektüslerini okuma alışkanlıklarını geliştirmeye ve prospektüs okunurken dikkat edilmesi gerekenlere yönelik eğitim verilmesi, yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı davranışını geliştirmek için yararlı olabilir.

Araştırmada reçetesiz ilaç kullanımı olan katılımcılardan kadınların %80,2'si erkeklerin ise %69,8'i daha önce benzer şikayeti için verilen ilacı kullanmaktaydı. Bu durum eğitim durumuyla karşılaştırıldığında anlamlı değildi. Kişilerin eğitim durumundan bağımsız bir şekilde bu davranışı sergilemesi eğitim durumuna bakılmaksızın bu yaş grubuna ilaç kullanımı davranışlarını iyileştirmeye yönelik eğitim verilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Yaşlanmanın önlenemez, fizyolojik bir yaşam dönemi olduğu, ancak sağlıklı yaşlanma ile yaşam kalitesinin artırılabileceği düşünülerek; araştırmamızın verileri değerlendirildiğinde topluca bir araya getirilen yaşlılara ve yakınlarına ilaçlarını doğru biçimde kullanmaları konusunda eğitimler verilebilir. Yakını ile yaşamayan ve /veya çok yaşlı olup da ilaçlarını düzenli kullanamayan yaşlılar için de evde bakım/destek sağlık hizmet sunumları planlanabilir.

9. KAYNAKLAR

1. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020
2. Active Ageing, A Policy Framework. WHO publications 2002.
3. Erdönmez P. Küresel Demografik Değişim Süreci. Bankacılar Dergisi 2007; Sayı 62: 59-70.
4. Dünya Sağlık Örgütü, Ageing and Life-course, Facts About Ageing, 2014 Erişim tarihi:30/09/2014
5. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Türkiye ve Dünyada yaşlanma ve sorunları Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7(2):105-110i.
6. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2014 yılı sonuçları; http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620; Erişim tarihi: 20/03/2015
7. Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. Exp Geront 2003; 38: 843-853. http://dx.doi.org/10.1016/S0531-5565(03)00133-5
8. Akıcı A. Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri Doğrultusunda Yaşlılarda Reçete Yazma Ve Türkiye'de Yaşlılarda İlaç Kullanımının Boyutları. Türk Geriatri Dergisi 2006;Cilt 9: 19-27.
9. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. SGK Yayın No: 111, Ankara 2013. ISBN: 978-605-4844-05-0.
10. Devlet Planlama Teşkilatı. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) Resmi Gazete, 1 Temmuz 2006; Sayı: 26215.
11. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Drug use in older people. JAGS 2002;50:1163-1164.
12. Oktay Ş, Akıcı A. Yaşlılarda ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi kararı verme süreci. Türk Geriatri Dergisi 2001; 4(3):127-133.
13. Grahame-Smith D.G. & Aronson J.K: Drug Therapy in Old People: Oxford Textbook of Clinical Pharmacology and Drug Therapy. Second Edition, Oxford Universty Press 1992. s 141-146.

14. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu ÜM, Çalı Ş, Oktay Ş. Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2001; 4(3): 100-105.
15. Rathore SS, Mehta SS, Boyko WL, Schulman KA. Prescription medication use in older Americans: a national reportcard on prescribing. Family Medicine Journal 1998; 30: 733-739.
16. Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç-Uysal A, Özer M, ark. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Türk Geriatri Dergisi 2002; 5(2): 68-74.
17. Esengen Ş. Seçkin Ü, Borman P. Bodur H, Kutsal-Gökçe Y, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel -kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 2000; 3(1): 6-10.
18. Dişcigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya-Oklay A. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9(3): 117-121.
19. Arıoğul S. Geriatri ve gerontoloji. 1.Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2006.s. 393-400.
20. İ. Medikal Network Dahili Tıp Bilimleri 2006; 1(1): 27-32.
21. Gutierrez, K. Pharmacology for nursing practice. United States: Saunders WB; 2003. s. 45-51.
22. Top M, Tarcan M. Türkiye ilaç ekonomisi ve ilaç harcamaları:1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi. Liberal Düşünce Dergisi 2004; 9(35): 177-200.
23. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğer T. Yaşlıda ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 1999; 2 (1): 33-38.
24. Rochon PA, Schmader KE, Sokol HN (2012) Drug prescribing for older adults.
25. Ferner RE, Aronson JK (2006) Communicating information about drug safety. BMJ 333: 143-145.
26. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, SchummP, ve diğerleri. (2008) Use of prescription and over-the-comedications and dietary supplements among older adults in the United States. JAMA 300: 2867-2878.

27. Patterns of Medication Use in the United States (2006) Slone Araştırması web raporu; Erişim tarihi: 30/09/2014
28. Doshi JA, Shaffer T, Briesacher BA (2005) National estimates of medication use in nursing homes: findings from the 1997 medicare current beneficiary survey and the 1996 medical expenditure survey. J Am Geriatr Soc 53: 438-443.
29. Medicines and older people: implementing medicines-related aspects of the NSF for older people.
30. Green JL, Hawley JN, Rask KJ (2007) Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly out patient population? Am J Geriatr Pharmacother 5: 31-39.
31. Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V, Tallis RC (1992) Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. Age Ageing 21: 294-300.
32. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM (2008) Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. Ann Pharmacother 42: 1017-1025.
33. Beijer HJ, de Blaey CJ (2002) Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci 24: 46-54.
34. World Health Organization (1993). How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators. WHO, Geneva, 1993.
35. Akan P. Erdinçler D, Tezcan V. Beğer T: Yaşlılarda ilaç kullanımı. Geriatri 1999; 2 (1): 33-38.
36. Milton M, Hill-Smithe I, Jackson SHD. Prescribing for older people. BriMed J 2008; 336: 606-609. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39503.424653.80 PMid:18340075 PMCid:PMC2267940
37. Mangoni AA, Jackson HD. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. Br J Clin Pharmacol 2003; 57-1: 6-14.
38. R. Gülhan, Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı Okmeydanı Tıp Dergisi 29(Ek sayı 2):99-105, 2013 doi:10.5222/otd.supp2.2013.099

39. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi"2010.
40. Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 2006; Özel Sayı: 37-44.
41. T.C Sağlık Bakanlığı 'Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017'
42. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescribing. WHO/Action Programme on Essential Drugs, Geneva, 1994. (T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Reçete Yazma Rehberi (Türkçe Çeviri). Ankara, 2003. ISBN: 975-590-092-6).
43. Bahat G, Tufan F, Akın S, Tufan A, Erten N ve diğ. (2012) Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. J Gerontoloji Geriatrik Arş 1:104. doi:10.4172
44. Wikipedia, Çamçeşme, Pendik, Nisan 2009; https://tr.wikipedia.org/wiki/Çamçeşme,_Pendik Erişim tarihi 08.08.2015
45. Aktürk Z, Acemoğlu H. Sağlık Çalışanları İçin Araştırma ve Pratik İstatistik, 2010, Erzurum
46. Bulakçı B, Yaşlılarda İlaç Kullanımı İle İlgili Tutum Ve Davranışlar. İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2013, İstanbul (Danışman Doç. Dr. Ayşe Palanduz)
47. Güler Ç. Yaşlılıkta Tanımlar ve Yaşlılık Üstüne Söylenenler. Türk Geriatri Dergisi 1998; 1 (2) :105-0.
48. Gürgan T, Kart C, Bozdag G, Demirol A. Yaşlanma Fizyolojisi ve Olası Teoriler. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9 (4): 250-255.
49. Yavuzer H, Beğer T. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012;25:1-3
50. Duyar İ. İnsanda Yaşlılığın Evrimi. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8: 209-214.
51. Yaş grubu ve cinsiyet ayrımında İstanbul, Pendik, Çamçeşme Mahallesi nüfusu 31 Aralık 2014 tarihli ADNKS sonuçları (bilgi@tuik.gov.tr)Erişim tarihi 18.12.2015
52. Diker J. Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş ve üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics2000; 3(3):91-97.

53. Dolu İÇ, Bilgili N. Ankara'da yaşayan bir grup yaşlı bireyde ilaç kullanım uygulamaları ve ilaç bilgi düzeylerinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2010; 9(1): 37-44.
54. Topbaş M, Yarış F, Çan G. Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi? Trabzon'da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. Ege Tıp Dergisi 2003;42:85-90.
55. Arpacı F, Açıkel C, Şimşek I. Ankara'da yaşayan bir grup yaşlının ilaç kullanım tutumları. TAF Preventive Med Bull 2008;7:515-522.
56. Solmaz T, Akın B. Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. Turkish Journal of Geriatrics 2009; 12(2):72-81.
57. Eski Ö, Pınar R. Kardiyovasküler problemi olan yaşlılarda ilaç kullanım hatalarının incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2005; 8(3):141-147.
58. Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda tedaviye uyum. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(3): 177-181.
59. Ağırbaş K, Şenses M. Kocaeli huzurevinde kalan yaşlıların ilaç kullanma durumlarına genel bakış. Hemşirelik Forumu, 2003;6(2):11-15.
60. Pınar N. Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. Uzmanlık tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, 2010.
61. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4(5): 223-236.
62. Arslan GG, Eşer İ. Yaşlılara verilen eğitimin ilaç kullanım uyumuna etkisinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2005;8(3):134-140.
63. Ellidokuz H, Ellidokuz E, Uçku R, Aydın Ü. Kurumda ve evde yaşayan yaşlılarda sağlık durumu değerlendirmesi. Sağlık ve Toplum 2005; 15(2):40-44.
64. TUİK, Genel Nüfus Sayımı sonuçları, 1935-2000 ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçları, 2007-2015 ; Erişim Tarihi: 18/02/2016
65. TUİK, İl yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus - 2014, Türkiye Erişim Tarihi: 24/02/2016

10.EKLER

EK 1:

No:……

BİLGİ FORMU

Değerli ……Hanım/Bey,

Bu bilgi formu ile, sizlerin uygun ya da uygun olmayan ilaç kullanımı konularındaki yaklaşımınızı değerlendirmeyi amaçlıyoruz. Burada vermiş olduğunuz tüm bilgiler hasta hakları çerçevesinde tarafımızdan gizli tutulacak ve saklanacaktır. İçten ve samimi yanıtlarınız sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine ışık tutacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1) Adınız – Soyadınız:……
2) Cinsiyetiniz:
    1) Kadın ( )
    2) Erkek ( )
3) Doğum tarihiniz (yıl):……
4) En son mezun olduğunuz okul hangisidir?
    1) Okur yazar değil
    2) Okur yazar
    3) İlkokul mezunu
    4) Ortaokul mezunu
    5) İlköğretim mezunu
    6) Lise mezunu
    7) Ön lisans mezunu
    8) Üniversite mezunu
    9) Yüksek lisans mezunu
    10) Doktora mezunu
5) Halen medeni durumunuz hangisidir?
    1) Evli
    2) Eşini kaybetmiş
    3) Boşanmış
    4) Ayrı yaşıyor
    5) Hiç evlenmemiş
6) Sosyal güvenceniz var mı?
    1) Sosyal güvencesi yok
    2) SGK
    3) Yeşil Kart
    4) Özel Sağlık Sigortası
    5) Diğer (Belirtiniz):……
7) Çalışma durumunuz hangisidir?

1) Halen çalışmıyor
2) Halen çalışıyor

8) Hangi sektörde çalışıyorsunuz/çalıştınız?
   1) Tarım
   2) Sanayi
   3) Hizmet
9) Mesleğiniz:…….
10) Yaşayan çocuk sayınız :……
11) Kiminle yaşıyorsunuz?
   1) Yalnız
   2) Eşi ile
   3) Eşi ve çocukları ile
   4) Çocuklarından biri ile
   5) Her çocuğun evinde belli bir süre
   6) Bakıcı ile
   7) Diğer (belirtiniz):…….
12) Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
   1) En üst gelir grubu
   2) Üst gelir grubu
   3) Orta gelir grubu
   4) Alt gelir grubu
   5) En alt gelir grubu
13) Halen siz sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
   1) Çok iyi
   2) İyi
   3) Orta
   4) Kötü
   5) Çok kötü
14) Aşağıdaki sağlık sorunlarından sizde var olanları belirtiniz. (Bir hekim tarafından tanı konulmuş olanları seçiniz.)
   1) Hipertansiyon
   2) Şeker hastalığı
   3) Koroner arter hastalığı
   4) Kalp yetmezliği
   5) Beyin damar hastalığı
   6) Romatizma
   7) Astım / KOAH
   8) Görme / işitme bozukluğu
   9) Depresyon
   10) Kemik erimesi
   11) Üriner / fekal inkontinans
   12) Ülser / GÖR

13) Diğer (belirtiniz)
    1) …….....
    2) ……..
    3) ……..

15) Yukarıda belirttiğiniz var olan sağlık sorunlarınız için aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Hastalık	Ne kadar süre önce tanı aldınız?(yıl)	Geçmişteki tedavi durumunuz nedir? (tedavi önerildi /önerilmedi)	Halen tedavi durumunuz nedir? (ilaç kullanıyor/ilaç kullanmıyor)	İlaç kullanmıyorsanız nedeni nedir?
1) Hipertansiyon 2) Şeker hastalığı 3) Koroner arter hastalığı 4) Kalp yetmezliği 5) Beyin damar hastalığı 6) Romatizma 7) Astım / KOAH 8) Görme / işitme bozukluğu 9) Depresyon 10) Kemik erimesi 11) Üriner / fekal inkontinans 12) Ülser / GÖR 13) Diğer (belirtiniz): 1) ……..... 2) …….. 3) ……..				1) Doktor kesti 2) Doktora gidemedim 3) Raporum bitti 4) İlacı alamıyorum, param yok 5) İlaçlar dokundu, doktor kesti 6) İlaçlar dokundu, ben kullanmayı bıraktım 7) Diğer (belirtiniz)……...

16) Halen günde toplam kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz?

İlaç adı	Doz (adet)
1) …… 2) …… 3) …… 4) …… 5) ……	

17) Halen günde toplam kaç kere ilaç kullanıyorsunuz? ……kez/gün
18) Hastalanınca ilk ne yaparsınız?
    1) Doktora/ Sağlık kuruluşuna giderim.
    2) Eczacı tavsiyesiyle ilaç alırım.
    3) Arkadaş/akraba/komşudan ilaç isterim.
    4) Daha önce aynı şekilde hastalandığımda içtiğim ilaçları içerim.
    5) Diğer (belirtiniz):……
19) Hasta olunca ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?
    1) Aile Hekimi
    2) Devlet Hastanesi
    3) Eğitim Araştırma/ Üniversite Hastanesi
    4) Özel Muayenehane/Hastane
20) Son 1 yılda kaç kez doktora gittiniz?
    ……kez
21) Kullandığınız ilaçların adlarını biliyor musunuz?

İlaç ismi	Evet/Hayır
1) …… 2) …… 3) …… 4) …… 5) ……	

22) Kullandığınız ilaçların ne için verildiğini biliyor musunuz?

İlaç ismi	Evet/Hayır
1) …… 2) …… 3) …… 4) …… 5) ……	

23) Kullandığınız ilaçların birbirlerini etkileyip etkilemeyeceklerini biliyor musunuz?

İlaç ismi	Evet/Hayır/Bilmiyorum
1) …… 2) …… 3) …… 4) …… 5) ……	

24) Kullandığınız ilaçların yan etkilerini biliyor musunuz?

İlaç ismi	Evet/Hayır
1) …… 2) …… 3) …… 4) ……	

5) …….	

25) Kullandığınız ilaçlardan herhangi birinin yan etkisi ortaya çıktığında ne yaparsınız?
   1) İlacı kullanmayı bırakırım.
   2) Doktoruma başvururum.
   3) Yan etkiyi önemsemeden ilacı kullanmaya devam ederim.
   4) Yakınlarıma danışırım.
   5) Eczacıya danışırım
26) İlaç kullanımı hakkında en çok kimden bilgi alırsınız?
   1) Doktor
   2) Hemşire/diğer sağlık personeli
   3) Eczacı
   4) Yakını/arkadaş/komşu
   5) Prospektüsü (ilaç tarifesini) okurum
27) İlaç kullanımı hakkında size verilen bilgiyi yeterli buluyor musunuz?
   1) Evet
   2) Hayır
28) Doktorunuza reçetedeki ilaçla ilgili soru sorar mısınız?
   1) Evet
   2) Hayır
29) Doktorunuza reçetedeki ilaçla ilgili en çok ne sorarsınız?
   1) Kullanım şekli
   2) Dozu
   3) Kullanma süresi
   4) Kullanma amacı
   5) Yan etkileri
   6) Diğer ilaçlarla etkileşimleri
   7) Besinlerle etkileşimleri
   8) Diğer (Belirtiniz)…….
30) İlaç kullanırken yakınlarınızdan yardım alıyor musunuz?
   1) Evet
   2) Hayır
31) İlaç tarifesini (prospektüs) okur musunuz?
   1) Evet/ yakınlarıma okuturum
      1) İlaç tarifesini (prospektüs) anlaşılır buluyor musunuz?
         (1) Evet
         (2) Hayır
   2) Hayır
      1) İlaç tarifesini (prospektüs) neden okumazsınız?
         (1) Yazılar küçük
         (2) Yazılanları anlamıyorum.

(3) Okumayı gereksiz buluyorum

32) Kullandığınız ilacın son kullanma tarihine bakar mısınız?
    1) Evet/ yakınlarıma baktırırım
    2) Hayır
33) İlacın son kullanma tarihini nasıl öğrenirsiniz?
    1) Doktora sorarak
    2) Eczacıya sorarak
    3) Kutusuna bakarak/ yakınlarına baktırarak
    4) Bilmiyorum
34) Son kullanma tarihi geçmiş ilaçları kullanır mısınız?
    1) Evet
    2) Hayır
35) İlaçlarınızı nerede muhafaza edersiniz?
    1) Buzdolabında
    2) Oda sıcaklığında herhangi bir yerde
    3) Diğer (belirtiniz)…….
36) Reçete edilen ilaçlarınızı düzenli kullanır mısınız?
    1) Evet
    2) Hayır
    3) Bazen
37) İlaçlarınızı düzenli kullanmama nedenleriniz neler olabilir? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz.)
    1) Kullandığım ilaçlar şikayetlerimi geçirmiyor.
    2) Kendimi iyi hissettiğimde içme gereği duymuyorum.
    3) İlaçların başka zararlar vereceğini düşünüyorum.
    4) İlaçlarımı kullanırken zorlanıyorum.
    5) İlacım bittiğinde tekrar reçete ettirmek çok zor oluyor.
    6) İlaçların hiçbir işe yaramadığını düşünüyorum.
    7) İlacı yazan doktora güvenmiyorum.
    8) İlacım bittiğinde yenisini alacak param olmayabiliyor.
    9) Raporlarımın süresi dolunca yenisi çıkana kadar ilacımı alamıyorum.
    10) Diğer (belirtiniz) ……
38) Hekim önerisi olmadan/reçetesiz ilaç kullanır mısınız?
    1) Evet
        1) Hekim önerisi olmadan/reçetesiz ilacı nasıl kullanırsınız?
            (1) Eczacı önerisiyle kullanırım
            (2) Çevremin/yakınlarımın önerisiyle kullanırım
            (3) Daha önce benzer şikayetim için verilen ilacı kullanırım
    2) Hayır
39) Reçetesiz ilaç kullanma nedeniniz nedir?
    1) Reçeteye gerek duymadığı/Reçete yazdırmak zor olduğu için
    2) SGK tarafından ödenmediği için

3) Muayene katkı payı ödememek için
4) Yakını/arkadaşı tavsiye ettiği için
5) Daha önce kullandığı için
6) Diğer (Belirtiniz)……

40) Hekime başvurmadan ilaç kullandığınız şikayetler nelerdir?
1) Baş ağrısı
2) Soğuk algınlığı
3) Diş ağrısı
4) Kas/eklem ağrısı
5) Mide şikayetleri
6) Yüksek tansiyon
7) Kalp hastalığı
8) Şeker hastalığı
9) Diğer (belirtiniz)……..

41) Genellikle hekime başvurmadan kullandığınız ilaçlar nelerdir?
1) Ağrı kesiciler
2) Antibiyotikler
3) Vitaminler
4) Mide ilaçları
5) Tansiyon ilacı
6) Kalp ilacı
7) Şeker ilacı
8) Diğer (belirtiniz)……

42) İlaçlarınızı birbirinden ayırt etmek için nelere dikkat edersiniz?
1) İlacın adına
2) İlaç kutusunun rengine/şekline
3) İlacın şekline
4) İlacın rengine
5) İlacın büyüklüğüne
6) Diğer (belirtiniz)……..

43) Eczaneye gittiğinizde reçete edilen ilaçların hepsini alır mısınız?
1) Evet
2) Bazen
3) Hayır

44) Eczaneden reçete edilen ilaçlarınızın hangilerini alıp hangilerini almayacağınıza karar verirken aşağıdakilerden hangilerine dikkat edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
1) İlacın fiyatına
2) İlacın veriliş amacına
3) Daha önce kullanma durumuna
4) Akraba / arkadaş / komşuların tavsiyesine
5) İlacın neden reçete edildiğinin açıklanıp açıklanmamasına

6) Reçeteyi veren doktorun benimle ilgilenip ilgilenmemesine
7) Diğer (belirtiniz)……

45) Kullandığınız ilaçlara yönelik eczaneden aşağıdaki bilgilerin hangisi/hangileri size veriliyor? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
1) İlaçların neden verildiği
2) İlaçların hangi yoldan alınacağı
3) İlaçların kullanım zamanı
4) İlaçların ne kadar süre kullanılacağı
5) İlaçların içilmesi unutulursa ne yapılacağı
6) İlaçların yan etkileri
7) İlaçların saklanma koşulları
8) İlaçların birbirlerine etkisi
9) Besinlerin ilaçlara etkisi
10) Diğer (Belirtiniz)……

46) Kullandığınız ilaçlara yönelik verilen bilgileri uygular mısınız?
1) Evet
2) Bazen
3) Hayır

EK-2:Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyonu İzni

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2014.0332	70737436-050.06.04-
	PROJE ADI	Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd.Doç.Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 09.01.2015 **Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.**

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Elif AYDINER KARAKOÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

EK-3: İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan araştırma izni

PROTOKOL

Madde 1-
Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Gülsüm Hatice Yüksel arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Çalışma İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumluluğunda, Pendik İlçesi 06 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülecektir.
Çalışmanın adı: Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları
Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: A. Nilüfer Özaydın, Gülsüm Hatice Yüksel
a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu çalışma sahasında uygulanacak olan anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
b)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
Madde 3-
Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır. Sözleşme şartlarında aykırılık:
Protokol süresince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.
Protokolün Süresi:
a) Bu çalışmanın yürütücüsü ilgili kurumda 9 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
b) **Başlangıç 18/02/2015 Bitiş 18/10/2015**
c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.
İhtilafların Çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.
Yürürlük:
a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'ne teslim edilecektir.
c) Yürürlük bölümündeki (a) ve (b) maddeleri yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.
d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
e)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Taraflar:

11/02/2015

Araştırmacı
Adı-Soyadı:
Gülsüm Hatice YÜKSEL

Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Onur Özlem KÖSE

OLUR
.../.../2015
Prof. Dr. Nurhan İNCE
Halk Sağlığı Müdürü

EK-4: KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları

ARAŞTIRMANIN AMACI:

Bu araştırmada;

1-) Aile Sağlığı Merkezleri'nde birinci basamak sağlık hizmeti alan yaşlıların ilaç kullanımı konusunda bilgilerinin kaynaklarının belirlenmesi

2-) Çoklu ilaç kullanımının sık görüldüğü yaşlı nüfusun ilaç kullanımı uygulamalarının değerlendirilmesi

3-)65 yaş üstü bireylerin çeşitli özelliklerinin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve uygulamalarını etkileyip etkilemediğinin ortaya konulması amaçlanmaktadır

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmacılar sizinle yüzyüze görüşmeye dayalı bir anket süreci geçirecektir.

GİZLİLİK

Bu araştırmanın verileri sunulurken isminiz, size ait herhangi bir kişisel bilgi hiçbir yerde yayımlanmayacaktır. Araştırma sonuçları anonim olarak sunulacaktır. Herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve ankete katılmamanız durumunda bu sizin tedavi sürecinizi etkilemeyecektir.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ:

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Doç.Dr. A. Nilüfer Özaydın
Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı AD
Tel:02164212222
e-posta: *ghosal88@hotmail.com

Dr. Gülsüm Hatice Yüksel*

BU ARAŞTIRMANIN VERİLERİ SUNULURKEN İSMİNİZ, SİZE AİT HERHANGİ BİR KİŞİSEL BİLGİ HİÇBİR YERDE YAYIMLANMAYACAKTIR. ARAŞTIRMA SONUÇLARI ANONİM (İSİMSİZ) OLARAK SUNULACAKTIR.

EK-5: GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgilendirme formunu okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu saha araştırmasına kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

İmzası:

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	DR. GÜLSÜM HATİCE	**Soyadı**	YÜKSEL
Doğum Yeri	DENİZLİ	**Doğum Tarihi**	22.02.1988
Uyruğu	T.C	**Tel**	05305848954
E-mail	gulsumosal@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Yüksek Lisans	(Devam ediyor)	
Lisans	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi	2012
Lise	Denizli Erbakır Fen Lisesi	2006

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1. Aile Hekimi	Pendik 06 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	2014-
2. Tabip	Pendik Toplum Sağlığı Merkezi	2012-2014

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu #

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	73,75							

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	86,3	84,3	69,4
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	İyi
SPSS	İyi

*****Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Sertifika ve Eğitimler

1. Aile Hekimliği I. Aşama Uyum Eğitimi, Ekim 2015.
2. İstanbul Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Farkındalık Sempozyumu, Kasım 2014
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Ulusal Değerlendirmeci Eğitimi, Haziran 2014.
4. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Anne Ölümlerini Önleme Sempozyumu, Mart 2014
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Eğitici Eğitimi, Mayıs 2013.