



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KONYA BEYHEKİM EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN KİşİLERİN
ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI HAKKINDAKİ BİLGİSİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Yusuf Kenan YILDIZ

KONYA/2025



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KONYA BEYHEKİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN
ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI HAKKINDAKİ BİLGİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Yusuf Kenan YILDIZ
(Uzmanlık Tezi)

Tez Danışmanı
Doç. Dr. İbrahim Solak

KONYA/2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecim ve tez hazırlama sürecimin her aşamasında destek veren, bilimsel çalışmalar konusunda bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini aktaran, saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. İbrahim SOLAK'a çok teşekkür ederim.

Bu çalışmanın ortaya çıkma sürecindeki sabırlarından ve katkılarından dolayı Konya Beyhekim Evde Sağlık Hizmetleri ekibine içtenlikle teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimde birlikte çalıştığımız Beyhekim Palyatif Bakım Servis'inin tüm sağlık ve personel ekibine çok teşekkür ederim.

Rotasyonlarımı aldığım eğitim kliniklerinde bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan tüm hocalarıma ve mesaimi paylaştığım, birbirimize her konuda destek olduğumuz asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili aileme ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yusuf Kenan YILDIZ
Konya, 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMA SORUSU VE HİPOTEZ.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BAKIM HASTALARI VE BAKIM SÜRECİ	3
2.1.1. Bakım hastalarının tanımı	4
2.1.2. Bakım hastalarının sağlık ihtiyaçları.....	5
2.2. ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI (POLİFARMASI).....	6
2.2.1. Polifarmasi nedir?	6
2.2.2. Polifarmasinin Nedenleri	7
2.2.3. Polifarmasinin sağlık üzerindeki etkileri	9
2.2.4. Yaşlılarda polifarmasi riski	10
2.3. BAKIM VEREN KİŞİLERİN ROLÜ VE EĞİTİMİ.....	13
2.3.1. Bakım veren kişilerin görevleri.....	13
2.3.2. Bakım verenlerin ilaç bilgisi ve eğitimi	13
2.3.3. İlaç kullanımı konusunda karşılaşılan zorluklar	15
2.4. ÇOKLU İLAÇ KULLANIMINA DAİR BİLGİ VE FARKINDALIK	16
2.4.1. Bakım veren kişilerin ilaç kullanımı hakkındaki bilgi düzeyleri	16
2.4.2. Eğitim eksikliklerinin etkisi	17
2.4.3. Farkındalık artırma yöntemleri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. ETİK KURUL İZNİ.....	22
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	22
3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM SEÇİMİ	22
3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri	22
3.3.2. Dışlama Kriterleri.....	22
3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI.....	23
3.5. İSTATİKSEL ANALİZ	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	24
4.2. BAKIM VERENLERİN VE BAKIM HASTALARININ GENEL SAĞLIK DÜZEYLERİ ...	27
4.3. ÇOKLU İLAÇ KULLANIMINA DAİR BİLGİ FARKLILIKLARI	31
4.4. FARKINDALIK SEVİYELERİ VE EĞİTİM İHTİYACI	32

4.5. ÇOKLU İLAÇ KULLANIMININ ETKİLERİ HAKKINDA BİLGİ VE ALGILAR	35
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7. KAYNAKLAR.....	44
ÖZGEÇMİŞ	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
EKLER.....	49
EK-1: ETİK KURUL KARARI.....	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
EK- 2: ANKET FORMU	49



SİMGELER VE KISALTMALAR

AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
AİR	Advers İlaç Reaksiyonları
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DM	Diyabetes Mellitus
ESH	Evde Sağlık Hizmetleri
GETAT	Geleneksel Tıp ve Alternatif Tedavi
HT	Hipertansiyon
IV	İntra Venöz
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NSAİD	Non Steroidal Anti İnflammatory Drugs
PEG	Perkutan Endoskopik Gastrostomi
SP	Serebral Palsi
SSRI	Selektif Serotonin Reuptake İnhibitör
START	Screening Tool to Alert to Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Persons Prescriptions
SVO	Serebro Vasküler Hastalık
Vd	Ve diğer

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik verisi.....	25
Tablo 2: Çalışmaya alınan Bakım verenlerin sosyodemografik verisi.....	26
Tablo 3: Bakım verenlerin hastalıkları	28
Tablo 4: Çalışmaya alınan bakım hastalarının hastalıkları.....	29
Tablo 5: Hastaların ilaç kullanma oranları	30
Tablo 6: Hastaların Polifarmasi oranı.....	31
Tablo 7: Sorulara verilen cevap oranları	32
Tablo 8: Raporsuz ilaç kullanımı ve nedenleri.....	33
Tablo 9: GETAT ve Bitkisel ürün kullanımı.....	34
Tablo 10: Hastanın ilaç kullanım ve doktor kontrolü.....	35
Tablo 11: Sosyodemografik özelliklere göre anket cevap puanı	36

ÖZET

Bakım Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Çoklu İlaç Kullanımı Hakkındaki Bilgisinin Değerlendirilmesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklar, yaşlılık ve engellilik gibi bazı durumlar gündelik işlerin ve öz bakımın yapılmasına engel olur ve bir başkası tarafından bakım verilmesi ihtiyacını meydana getirir. Bakım veren kişinin çoklu ilaç kullanımını hakkında bilgi düzeyi ve tıp dışı uygulamalara yaklaşımı hastanın yaşam kalitesi ve ömür uzunluğu açısından büyük bir öneme sahiptir. Akılcı ilaç kullanımı (AİK) ve hastaya doğru yaklaşım bu bağlamda doğrudan etkili olabilmektedir. Bu çalışmayla bakım veren bireylerin çoklu ilaç kullanımına dair farkındalıkları, alternatif tedavilere yaklaşımları ve sosyodemografik özelliklerin bu yaklaşımlar üzerinde etkili olup olmadığı araştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma için Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde sağlık hizmetlerine (ESH) kayıtlı hastalara bakım veren kişiler 01/01/2025-01/04/2025 tarihleri arasında evlerinde ziyaret edilerek yüz yüze görüşme ile anket çalışması yapıldı. Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu veri toplamak amacıyla kullanıldı. Çalışmaya dışlama kriterlerini taşımayan dahil edilme kriterlerine sahip bakım verenler alındı. Bakım verenlerin cevapları araştırmacı tarafından kaydedildi. Medulla sistemi üzerinden hastanın tanımlı hastalıkları ve raporlu ilaçlarına ulaşıldı. Veriler SPSS 25.0 programı ile analiz edildi. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak; normal dağılım göstermeyen veriler medyan (interquartile range =IQR25-75) şeklinde sunuldu.

BULGULAR: Bu çalışmaya, 193'ü (%56,8) kadın, 147'si (%43,2) erkek olmak üzere toplam 340 hasta dâhil edilmiştir. Çalışma kapsamındaki hastaların yaş medyan değeri 77,0 yıl (66,25–85,75) idi. Hastaların 182'si (%53,5) dört ve daha az sayıda ilaç kullanırken, 158'i (%46,5) beş ve üzeri sayıda ilaç kullanmaktaydı. Kronik hastalık tanıları değerlendirildiğinde, hipertansiyon (HT) 187 (%55,0) bireyde görülerek, diğer çalışmalarda olduğu gibi en yüksek orana sahip hastalıktı.

Çalışmaya alınan hastalara bakım veren bireylerin 238 (%70,0)'i kadın, 102 (%30,0)'si erkekti. Bakım verenlerin yaş medyan değeri 55,0 yıl (44,0–63,0) olarak

saptandı. Eğitim düzeyleri incelendiğinde, bakım verenlerin 229 (%67,4)'unun ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu belirlendi. Ayrıca 305 (%80,9)'i aktif olarak bir işte çalışmamaktaydı. Bakım verenlerin 134 (%39,4)'ünün destek verdikleri hastalar için alternatif tıp ve bitkisel tedavi yöntemlerine başvurduğu görüldü. Bu uygulamalar arasında hacamatın, 36 (%10,6) kişiyle en sık tercih edilen yöntem olduğu görüldü.

SONUÇ: Bakım verenlerin eğitim seviyesi arttıkça çoklu ilaç kullanma hakkında bilgi düzeylerinde anlamlı artış olmuştur, daha önce bakım verme deneyiminin olması, bakım verenin hastayla artan yakınlık derecesi ve bakım verme süresinin uzamasıyla bilgi düzeyinde beklenin aksine anlamlı değişiklik olmadığı görüldü. Bakım verenlerin alternatif tedavilere yaklaşımı değerlendirildiğinde ise hastanın çaresiz hastalığının olması, bakım veren yaşı, cinsiyeti ve ekonomik durumunun anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü. En çok uygulanan alternatif tedavi yönteminin hacamat olduğu saptandı. Eğitim seviyesinin bilgi seviyesindeki olumlu etkisinden dolayı, eğitim yoluyla AİK ilkelerine ilişkin bilgi düzeyinin artırılması gerekmektedir. AİK ilkeleri, çoklu ilaç kullanımının neden olabileceği çevresel kirlilik, ekonomik kayıplar, yan etki ve komplikasyonların önlenmesinde etkili bir yaklaşımdır. Bu nedenle, yalnızca sağlık profesyonellerinin değil, hastalar ve bakım veren bireylerin de AİK ilkelerini bilmesi ve uygulaması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Bakım hastası, bakım veren, polifarmasi, uygunsuz ilaç kullanımı

ABSTRACT

An Assessment of Caregivers Knowledge on Polypharmacy in Care-dependent Patients

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Certain conditions such as chronic illnesses, aging, and disabilities can prevent individuals from performing daily tasks and self-care, creating a need for care to be provided by another person. The caregiver's level of knowledge about polypharmacy and their approach to non-medical (alternative) practices have great importance in terms of the patient's quality of life and life expectancy. In this context, rational drug use and appropriate patient care are directly effective. This study aimed to investigate caregivers' awareness regarding polypharmacy, their attitudes toward alternative treatments, and whether sociodemographic characteristics have an influence on these attitudes.

MATERIALS AND METHODS: A survey study was conducted through face-to-face interviews with caregivers of patients registered with the Home Healthcare Services of Konya Beyhekim Training and Research Hospital between 01/01/2025 and 01/04/2025, during home visits. A questionnaire prepared by the researcher based on a literature review was used for data collection. A total of 340 patients and 340 caregivers were included in the study. The caregivers' responses were recorded by the researcher. The patients' diagnosed diseases and prescribed medications were accessed via the Medulla system. The data were analyzed using the SPSS 25.0 software program.

RESULTS: A total of 340 patients were included in this study, of whom 193 (56.8%) were female and 147 (43.2%) were male. The median age of the patients was 77.0 years (66.25–85.75). While 182 patients (53.5%) were using four or fewer medications, 158 patients (46.5%) were using five or more medications. When chronic disease diagnoses were evaluated, hypertension (HT) was observed in 187 patients (55.0%), making it the most common condition, similar to other studies.

Among the caregivers of the patients included in the study, 238 (70.0%) were female and 102 (30.0%) were male. The median age of the caregivers was determined to be 55.0 years (44.0–63.0). In terms of educational level, 229 (67.4%) of the caregivers were found to have a primary school education. Additionally, 305 (80.9%) were not

actively employed. It was observed that 134 (39.4%) of the caregivers used alternative medicine and herbal treatments for the patients they supported. Among these practices, wet cupping (hijama) was the most preferred method, used by 36 individuals (10.6%).

CONCLUSION: The obtained data were compared with the sociodemographic characteristics of the patients and caregivers, and a statistically significant relationship was found between the level of education and the scores obtained from the questionnaire ($p < 0.001$). Therefore, it is necessary to increase the level of knowledge regarding the principles of rational drug use (RDU) through education. The principles of rational drug use (RDU) are an effective approach to preventing environmental pollution, economic losses, side effects, and complications that may arise from polypharmacy. For this reason, it is important that not only healthcare professionals but also patients and caregivers are aware of and apply the principles of RDU. Raising awareness among physicians, healthcare workers, and caregivers on this issue will contribute to the protection of public health.

Keywords: Care-dependent patient, caregiver, polypharmacy, inappropriate medication use

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

İnsan hayatı doğumla başlayan yaşlanmayla devam eden ve ölümle sonlanan bir süreçtir. Biyolojik olarak yaşlanma yumurtanın döllenmesiyle başlar ve yaşam boyu sürer. İnsan vücudu takvimsel ve biyolojik olarak yaş aldıkça hücre yenilenmesi ve onarımı azalır, yıkım ve kırılganlık artar. Ömür denilen bu yaş alma sürecinde anne karnıyla başlayan sendromik ve metabolik hastalıklar, hücre onarımının azalmasıyla ve çevresel faktörlerle oluşan hastalıklar, meydana gelen kazalar, travmalar, vd. nedenler beraberinde çoklu ilaç kullanımı, tıp dışı tedavi arayışı ve bakım ihtiyacını meydana getirir (1). Bazı hastaların kendi işlerini ve öz bakımını yapmasını engeller ve başka biri tarafından bakım verilmesi ihtiyacına neden olur. Bu durum da bakım veren kişinin çoklu ilaç kullanımı hakkında bilgi düzeyi, eğitim seviyesi, tıp dışı uygulamalara yaklaşımı hastanın yaşam kalitesi ve ömür uzunluğu açısından büyük önem teşkil etmektedir. Hastanın yaşam süresi ve konforunu artırmak için AİK ve hastaya doğru yaklaşım gerekmektedir (2).

Akılcı İlaç Kullanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlanmaktadır (3).

Akılcı İlaç Kullanımında birçok kişi ve kuruluşun sorumluluğu vardır. İlaça ve kullanım şekline karar veren hekim, ilacı üreten firma, ilacı temin eden eczacı, uygulayan hemşire ve diğer sağlık personeli, ilacı kullanan hasta/hasta yakını, bilginin sunulmasında görevli medya, sivil toplum kuruluşları, düzenlemelerden sorumlu otoritelerin tamamı AİK’da sorumluluk taşımaktadır. AİK’nın sorumlularından biri olan hastaların aynı zamanda en önemli hasta haklarından biri de AİK ilkelerine uygun olarak sağlık hizmetinden faydalanmaktır (4).

Akılcı olmayan ilaç kullanımına sebep olan temel bazı sorunlar; ilacın uygun doz ve yeterli sürede kullanılmaması, hastaya ve/veya bakım verene yeteri kadar zaman ayrılamaması ve bilgi verilmemesi, hasta/bakım verenin eğitim ve biliş seviyesinde ki eksiklik, aynı etkinlikteki ilaçlardan pahalı olanın reçete edilmesi ve/veya eczacı tarafından verilmesi, ilaç kullanım endikasyonlarının yanlışlığı, ilaç uygulama yönteminin yanlışlığı olarak sıralanabilir (5).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucunda; tedaviye uyum sorunları, tedavinin yeteri kadar sağlanamaması, antibiyotiklere karşı gelişen direnç, maddi kayıplar, ciddi yan etkiler ve ilaç reaksiyonları oluşması, hasta/bakım verenlerin tıbbi olan inancının azalması gibi sorunlar meydana gelir (2).

Bu sorunların engellenmesi ve en azından minimum seviyeye indirilmesi için hastadan hekime, devletten ilaç endüstrisine kadar herkese görev düşmektedir. Devletler hem kendi ülkeleri için Akılcı ilaç kullanım ilkelerine yönelik politikalar geliştirmeli hem de diğer dünya ülkeleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır. Bu konuda hasta ve hasta yakınlarına düşen rolün etkisini belirleyebilmek için halkın bilgi, eğitim ve bilinç düzeyini değerlendirmek ve bunların düzeyini artıracak planlamalar yapılmalıdır (6).

Tüm bu bilgiler ışığında bakım hastalarının ne kadar kırılgan ve bakım konusunun ne kadar hassas bir konu olduğu ortadadır. Bu çalışmayla bakım veren bireylerin ilaç kullanımına ilişkin yaklaşım ve farkındalıklarını incelemek ve sosyodemografik özelliklerin ilaç kullanım davranışları üzerinde etkili olup olmadığı araştırıldı. Çalışmanın literatüre katkı sağlaması, bakım verenlerin bilgi ve farkındalığının artırılması için verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde faydalı olması amaçlandı.

1.2. Araştırma Sorusu ve Hipotez

Araştırma sorusu: Bakım hastalarına bakım veren bireylerin, çoklu ilaç kullanımı ve tedavi yaklaşımı konusundaki farkındalıkları ne düzeydedir?

Hipotez: Bakım verenlerin çoklu ilaç kullanımı hakkında bilgi ve farkındalık eksiklikleri, hasta bakımında hata yapma oranlarını artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım Hastaları ve Bakım Süreci

Bakım verme terimi bir kişinin beslenme, giyinme, korunma gibi ihtiyaç duyduğu gereksinimleri üstlenme ve sağlama işidir. Bakım verilmesine ihtiyaç duyan kişiye bakım hastası, bakım vermenin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gibi aşamalara ise bakım süreci denmektedir (7). Bakım hastaları fiziksel, zihinsel ve psikolojik durumlarına ve sahip oldukları hastalıklara göre farklılıklar gösterir. Bu hastaların mevcut demografik özellikleri, sahip oldukları hastalık ve fiziksel-zihinsel engelleri onların diğer bireylere bağımlılık düzeylerini, ihtiyaç duydukları bakım ve desteği doğrudan etkiler. Bakım ve sağlık hizmetleri her bir bakım hastası için özel olarak planlanmalıdır çünkü her hastanın sağlık durumu ve sahip olduğu sosyal imkanlar birbirinden büyük oranda farklılık gösterebilir. Bakım hastası için özel olarak yapılan planlama hastanın bireysel ihtiyacına yönelik olacağı için fiziksel ve psikolojik iyilik halini artırıp daha fazla bağımsızlık imkanı sağlayabilir. Bakım süreci ise kişinin bu iyilik halini sağlamak, yaşam kalitesini artırmak ve bağımsızlığını koruyup artırmak amacıyla yapılır. Bakım süreci yalnızca bakım verenin değil aile ve yakınlarının katıldığı bir süreç olmalıdır çünkü hastanın bakımına destek olmak, ihtiyaçlarını gidermek, bakım verenin yükünü azaltmak ve hastanın hayata karşı motivasyonunu artırmak konularında aile ve yakınları büyük rol oynar (8).

Aile içi ilişkilerin önemli olduğu Türk toplumu gibi geleneksel toplumlarda hasta bakımı hem diğer kişiler tarafından takdir edilen, hem de yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak görülse de bakım veren kişi için bakım vermenin bir yük oluşturduğu gerçeğini değiştirmemektedir (9).

Bakım sürecinin bakım veren üzerinde oluşturduğu yük fiziksel, psikolojik, ekonomik, sosyal vb. yönlerden olabilir. Sürekli yatan hastanın yatağından kaldırılarak banyoya götürülmesi ve banyo yaptırılması, kıyafetlerinin değiştirilmesi, yatak yarası(dekübit ülseri) oluşmaması için sürekli pozisyon verilmesi, mevcut yatak yaralarının tedavi edilmeye çalışılması bakım veren için fiziksel yüküdür ve kas-iskelet sistemi üzerinde fiziksel stres yaratarak bakım verenin omurga, boyun, diz ve eklem ağrıları yaşamasına ve yeni hastalıkların oluşmasına neden olabilir (10).

Demans, Alzheimer ve bilişsel bozukluklar gibi duygu-davranış bozukluklarına sebep olan hastalıklar hastanın zaman zaman öfke, unutkanlık,

odaklanamama, kafa karışıklığı gibi davranışlar göstermesine neden olabilir bu da zaten zor olan bakım sürecini daha da zorlaştırarak bakım verenin psikolojik dayanıklılığını zorlayabilir. Hem hasta hem de bakım veren için depresyon ve anksiyete görülmesine neden olabilir (11).

Bakım verenin ara verilmeden ve/veya diğer aile bireylerinin desteği olmadan uzun süreli bakım vermesi kişinin sosyal ortamlardan uzaklaşmasına, kendini yalnız hissetmesine, mutsuzluk ve umutsuzluğa kapılmasına neden olabilir. Bakım sürecinin yoğun olduğu durumlarda bakım veren bireyler kendi özel hayatına ve ailesine yeterince zaman ayıramayabilir, kendi işleriyle ve sağlıklarıyla yeterince ilgilenemeyebilirler. Bu durum bakım verenin sağlığının bozulmasına aile içi kavgalara ve ilişkilerin bozulmasına neden olabilir (1).

Hastanın ilaç, mama, bez, yatak gibi ihtiyaçlarının temin edilmesi, hastanın hastaneye götürülmesi için araç ihtiyacı bakım verenin üzerinde ciddi ekonomik yük oluşturur (12).

Bakım verme süreci genellikle zorlu ve stresli geçen bir dönemdir, sürekli ilgi ve takip gerektirir. Literatür genellikle bakım verme sürecinin olumsuz etkilerine odaklansa da, sınırlı sayıda olmakla birlikte bazı çalışmalar bakım verme sürecinin olumlu yönlerini ortaya koymaktadır. Bakımın olumlu yönü, “bakım deneyiminden kaynaklanan kazanımlar veya memnuniyet duyguları” olarak tanımlanmaktadır (13).

2.1.1. Bakım hastalarının tanımı

Bakım verme terimi bir kişinin beslenme, giyinme, korunma gibi ihtiyaç duyduğu gereksinimleri üstlenme ve sağlama işidir. Bakım verilmesine ihtiyaç duyan kişiye bakım hastası, bakım vermenin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gibi aşamalara ise bakım süreci denmektedir (7).

Bulunduğumuz dönem bilim ve teknolojinin baş döndürücü hızda geliştiği bir dönemdir. Bilim ve teknolojinin günümüzde hızlı bir şekilde gelişmesi; bir yandan yaşam konforunu artırıp insan ömrünün uzamasını sağlarken diğer yandan ise yaşam kalitesi azalmış, sağlıkları bozulmuş ve bakıma ihtiyaç duyan bireylerin sayıca artmasına neden olmuştur (1). Yaşlı nüfus ülkemizde ve dünyada her geçen gün artmaktadır. Toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2’ye yükselmiştir (14). Bu rakamlara bakılacak olursa nüfusu milyar ile ifade edilen Dünya’nın artan yaşlı sayısı görülmektedir.

Bireylerin bakıma ihtiyaç duyma sebepleri şu şekilde sıralanabilir (8, 15);

- Artan yaş ve hastalık sayısı
- Hücre onarımının azalması ve çevresel faktörlerle hastalıkların meydana gelmesi
- Genetik, sendromik ve metabolik hastalıklar
- Çeşitli kazalar, travmalar, yaralanmalarla meydana gelen fiziksel ve zihinsel engellilik
- Bireylerde görülen bilişsel, fonksiyonel ve davranışsal değişiklikler
- İlerleyici kas-sinir hastalıkları
- Senilite

Bu faktörler bireylerin temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini güçleştirmekte ve bakımda bir başkasının desteğine ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır.

2.1.2. Bakım hastalarının sağlık ihtiyaçları

Kişinin bağımsız şekilde yaşaması için gerekli fonksiyonel yaşam aktivitelerini temel günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental yaşam aktiviteleri olarak 2 gruba ayırabiliriz. Temel günlük yaşam aktiviteleri; duş almak, saç-sakal tırnak bakımı gibi kişisel hijyen, hareket etmek, yemek yeme, tuvalet ihtiyacını giderme, giyinme gibi aktiviteleri içermektedir. Enstrümental yaşam aktiviteleri ise; mali işler, alışveriş, yemek hazırlamak, telefon-internet kullanmak, ilaç doz ve saatlerini takip etme sorumluluğu gibi daha kompleks aktiviteleri içermektedir (16, 17).

Hastanın giyinme, kişisel hijyen, beslenme, yıkanma, tuvalet gibi kişisel işleri; ilaçlarının verilmesi, sağlık kontrollerinin yaptırılması düzenli takip-tedavisi gibi sağlık işleri; fatura ödenmesi, alışveriş gibi ekonomik işleri ve hastayla birlikte yaşamak bakım veren ve aile üyelerinin sağladığı bakım hizmetlerinde çok geniş bir yelpazeyi oluşturmaktadır (18, 19). Aile üyeleri bakım verenlerle birlikte hastanın ihtiyaç duyduğu günlük temel yaşam aktiviteleriyle birlikte; hareket, sağlık kontrolleri, ilaçların takibi, motivasyon verilmesi gibi enstrümental işlerde destek olur (20).

Bakım hastaları temel günlük işler ve enstrümental yaşam aktiviteleri haricinde ruhsal ve psikolojik iyilik haline ihtiyaç duyarlar. Bilişsel farkındalığı olan hastalar üretkenlik göstermek, kimseye yük olmamak isterler. Bu isteklerini kendine, bakım

verene ve diğer aile üyelerine ispat etmek isterler. Bunun için onların karar vereceği küçük de olsa durumlar yaratmak, geçmişte ki sahip olduğu başarıları ve güzel şeyleri hatırlatıp saygı duymak, kendi duygularını ifade edebilmelerini sağlamak hem iyilik halini artırır hem de psikolojik bir ihtiyaçtır (21).

2.2. Çoklu İlaç Kullanımı (Polifarmasi)

2.2.1. Polifarmasi nedir?

Kimyasal yapıya sahip olan ilaçlar keşfedildiği günden itibaren tıbbın temel taşlarından biri olmuşlardır. Yeterli doz ve doğru kullanımla birçok hastalıkta gösterdikleri faydaları paha biçilemezdir. Bu kadar faydalı olmalarının yanı sıra uygunsuz ve hatalı kullanımlarının hem sağlık hem de ekonomik açıdan birçok zararı vardır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin uygunsuz ilaç kullanımına ayırdıkları bütçeleri ülke ekonomisine ağır bir yük oluşturmaktadır (22).

Birden fazla miktarda ilaç kullanımına çoklu ilaç kullanımı anlamına gelen polifarmasi denmektedir. Polifarmasinin tanımıyla ilgili hala net bir fikir birliği yoktur. Tanımlamayı geliştirmeye ve özellikle yaşlılarda polifarmasi tanımını ilaç sayısından çok ilaçların etkinliği, uygunluğu ve klinik sonuçlarına kaydırmaya yönelik çalışmalar devam etmektedir (23, 24).

Son yıllarda yapılan çalışmalara göre yaklaşık 143 polifarmasi tanımı ve ilişkili terim bulunmaktadır. Literatürde; beş veya daha fazla ilacın eş zamanlı kullanılması polifarmasinin en yaygın tanımı olarak geçmektedir (24-29).

Literatürdeki bazı polifarmasi tanımlamaları (30-33);

- 240 gün ya da daha uzun bir süre iki veya daha çok ilaç kullanımı
- Hastanın klinik olarak uygun olmayan ilaçları kullanımı
- Beş veya daha fazla ilacın aynı zamanda birlikte kullanılması
- Hastanın kliniğine göre ihtiyaç duyulandan fazla ilaç kullanılması ya da tedavisinin içinde en az 1 gereksiz ilacın bulunması olarak yer almaktadır.

Polifarmasi çok sayıda negatif klinik sonuçla ilişkilendirilmiştir. Kas eklem ağrıları, halsizlik gibi hafif kliniklerden düşme ve kırıklar, bilişsel bozukluk, hastaneye yatış oranında artma, ölüm gibi ağır tablolara kadar yol açabilir (26, 34).

Dünya çapında olduğu gibi ülkemizde de polifarmasi görülen hastaların çoğu 65 yaş ve üzeri hastalardan oluşur (35).

Dikkat çekici nokta ise polifarmasinin her zaman uygunsuz ilaç kullanımı anlamına gelmeyeceğidir. Polifarmasi özellikle 65 yaş üstü hastalarda bazen tıbbi gereklilikte olabilir (36).

2.2.2. Polifarmasinin Nedenleri

Polifarmasinin nedenlerini oluşturan 3 temel ayak vardır. Bunlar; hasta, bakım veren ve sağlık profesyonelleridir.

Hasta İle İlişkili Nedenler (26, 35)

- Tedavi gerektiren çoklu hastalığının olması
- Bilişsel düzeyi
- Farklı doktorlara götürülmesi
- Eğitim seviyesi
- İlaçların artan yaşla birlikte metabolizasyon hızının azalması
- İlaçların yan etkileri için yeni ilaçlar kullanmak
- Unutkanlık, isteksizlik gibi nedenlerle düzensiz kullanım

Bakım veren ve Aile Üyeleri İle İlişkili Faktörler (37-39)

- Bitkisel tedavilerin ve ilaç dışı uygulamaların doktora haber verilmeden kullanılması
- Reçetesiz ilaçların kullanılması
- İlaç sayısının arttıkça hastanın iyileşeceğine olan inancı
- Hastayı farklı doktorlara götürmek ve çok sayıda ilaç reçete edilmesiyle hastanın sağlığıyla yakından ilgilendiği inancı
- Daha önce kullanılmış ilaçların iyi geldiği düşüncesiyle doktora danışılmadan yeniden reçete ettirilmesi
- Daha sonra ihtiyaç olur diye ilaç reçete ettirilerek depolamak
- Konu komşu, arkadaş, TV ve sosyal medya önerileriyle ilaç başlamak
- Eğitim seviyesi
- Doz ve saatlerin uygun olarak verilmemesi
- Maddi sebepler

Hastadan ve bakım verenlerden kaynaklı başka sorunlarda polifarmasinin nedeni olabilir. Eğitim seviyesi düşüklüğü, bilişsel sorunlar, görme bozuklukları gibi sorunlar bu sorunlar arasında sayılabilir. Bir kısım hastanın hastaneye yatışı esnasında o anlık problemlerine yönelik verilen ilaçların taburculuk sonrasında da kullanımına

devam edildiği görülmüştür. Bundan dolayı hastaların taburculuk sırasında ilaçlarının kontrol edilmesi ve yakınlarının kullanılabilecek ilaçlar konusunda bilgilendirilmesinin ilaç kullanım hatalarını azaltacağı gösterilmiştir (40).

Doktor önerisine rağmen ilaç prospektüslerini okuyup kaygı duymaları nedeniyle tedaviyi yarım bırakma, önerileri uygulamama da olabilecek diğer sorunlardandır(41-44).

Sağlık Profesyonelleri İle İlişkili Faktörler (35, 45)

- Hasta anamnez ve ilaç bilgilerinin eksik alınması
- Reçete kaskadı oluşturulması
- Reçete ve medulla sistemi ile ilgili eksiklikler
- Semptomlara yönelik çok sayıda ilaç reçete edilmesi
- Geriatrik popülasyonda semptom ve ilaç yan etkisinin ayırt edilmesinde ki güçlükler
- İlaç fizyolojisindeki bilgi eksikliği
- Hastaya/bakım verene yeterli bilginin verilmemesi

Yapılan başka bir çalışmada sağlık profesyonelleriyle ilgili diğer nedenler şöyle sıralanabilir (6, 26);

- Güncel rehberlere uygun ilaçların reçete edilmemesi
- Gereksiz yere vitamin veya bitkisel ilaçların önerilmesi
- Yeni çıkan ilaçların uygun olmayan doz ve sürelerde verilmesi
- Gereksiz yere ilaçların enjeksiyon formunun reçete edilmesi
- Eczacı tarafından hasta veya bakım verenlerin yeteri kadar bilgilendirilmemesi
- İlaç-ilaç etkileşimlerinin ve ilaç-gıda etkileşimlerinin yeteri kadar bilinmemesi
- Pahalı olan ilaçların reçete edilmesi
- İlaç üretimi ve dağıtım ağıyla ilgili sorunlar

Türkiye de 2020 yılında ülke genelinde bir çalışma yapılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanan 6.104.798 kişilik geriatrik popülasyonu kapsayan araştırmaya göre yılda 4 veya daha fazla kez, 5 ve üzeri ilaç içeren reçete yazılma oranı %14,3'tür. Ayrıca aynı çalışmada bir ayda 5 ve üzeri ilaç içeren reçete alan hasta oranının %16-%20,7 arasında değiştiği belirtilmiştir (46).

2.2.3. Polifarmasinin sağlık üzerindeki etkileri

Dinamik bir sektör olan ilaç sektörü her geçen gün değişmekte, gelişmekte ve yeni ilaçların üretilip kullanıma girmesini sağlamaktadır. Sürekli artan ilaç miktarı, reçeteli-reçetesiz ilaçlara ulaşma kolaylığı ve denetimin yetersiz olduğu bitkisel tedaviler ilaçların nasıl uygun şekilde kullanılacağı sorusunu ve AİK kavramını ortaya çıkarmıştır (47).

Akılcı İlaç Kullanımı Dünya Sağlık rgt tarafından “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlanmaktadır (3).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı birçok soruna yol açmaktadır. Yeterli tedavinin sağlanamaması, yüksek maliyetler, ilaç-ilaç etkileşimlerinin artması, advers reaksiyonların gelişmesi, ülke ekonomisinden ayrılan bütçenin artması, antibiyotik direncinin gelişmesi, tedaviye uyum sorunları, hastalıkların tekrarlaması, toksisite insidansında artış, bazı ilaçlara karşı bağımlılık bu sorunlar arasında sayılabilir (4, 48, 49).

Advers İlaç Reaksiyonları (AİR) hem terapotik kullanım nedeniyle hem de uygunsuz kullanım nedeniyle oluşabilir. AİR ise insanlarda hastalığın profilaksisi, teşhisi, tedavisi veya fizyolojik fonksiyonun modifikasyonu için normal olarak kullanılan ilaç dozlarında meydana gelen, zararlı ve istenmeyen tepkidir (50). AİR'ler için en yüksek risk faktörü kullanılan ilaç sayısıdır. Sayı arttıkça riskte katlanarak artar.

Polifarmasinin neden olduğu semptomlarla yaşlanmanın doğal belirtileri birbirine karıştırılabilmektedir. Yorgunluk, unutkanlık, algılamada azalma, düşme, kas eklem ağrıları, kabızlık, inkontinans, iştahta azalma, baş dönmesi, titreme, uyku süresi ve döngüsündeki değişikler bu semptomlar arasında sayılabilir (51).

Polifarmasinin olumsuz sonuçları ve etiyolojisinde risk faktörü olduğu durumlar üzerinde birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmalara bazı örnekler verecek olursak (52-57);

- Polifarmasi nedenli düşme vakaları 4 ve üzeri ilaç alanlarda özellikle trisiklik antidepresanlar, nöroleptikler, antikonvülzanlar, benzodiazepinler, SSRI'lar, sınıf IA antiaritmik ajanlar, diüretik ve digoksin kullananlarda daha sıktır. Polifarmasinin deliryumun da etiyolojisinde olduğu kanıtlanmış ve 3'ten fazla ilaç kullananlarda daha sık olduğu gözlemlenmiştir.

- Bir vaka-kontrol çalışmasında kalça kırığı için polifarmasinin bağımsız risk faktörü olduğu belirlenmiştir.
- Fiziksel sakatlık, düşmeler, kırıklar ve ölüm gibi olumsuz sonuçların insidansının artma nedenlerinden biri olan sarkopeni geriatrik sendrom veya bozukluk olarak tanımlanır. Yaşlılarda yapılan bir çalışmada sarkopeniyle, ilaç sayısı ve polifarmasi riski arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir.
- Kore’de yapılan bir kohort çalışmasına 3 milyon yaşlı birey dahil edilmiştir. Çalışma sonucuna göre hastaneye yatış oranının artmasında polifarmasinin risk faktörü olduğu belirlenmiştir.
- Yapılan diğer bir çalışmaya göre kullanılan ilaç sayısının artmasıyla uyku süresinin etkilenmediği fakat uyku döngüsünün olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir.
- Türkiye’de yapılan bir çalışmada uyku bozukluklarında polifarmasi bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur.

Polifarmasinin sağlık üzerindeki etkilerini özetle şöyle sıralayabiliriz: düşme ve kırıklarda artış, hastaneye ve bakım evine yatış oranlarında artış, uyku bozuklukları, ilaç yan etkileri, kilo değişimleri, sedasyon hali, kognitif disfonksiyon (58).

2.2.4. Yaşlılarda polifarmasi riski

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık tanımını; “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak yapmaktadır (59). Bu dönem ayrıca gelir düzeyinin, güzelliğin, üretkenliğin, sağlığın, cinsel gücün, sosyal statünün azaldığı veya kaybedildiği bir dönemdir (60).

Yaşlanmayla birlikte insan vücudunda fiziksel ve ruhsal olarak birçok değişim meydana gelir. Böbrek fonksiyonlarında, idrarı konsantre etme ve moleküllerin emilim yeteneğinde azalma başlar. Kemik dokuda kayıplar başlayarak kemik dokuda kırılabilirliğin artması, kifoz-skolyoz, dişlerde kayıp, osteoporoz, kas eklem ağrıları, kas gücü kaybı ve sonucunda denge bozuklukları oluşmaya başlayabilir. Cilt altı yağ dokunun azalmasıyla ilaç emilimlerinde azalma, ciltte kuruluk ve kırılganlık artışı meydana gelebilir. Doku elastikiyetinin azalmasıyla birlikte akciğer esnekliğini kaybeder göğüs duvarının rijiditesi artar ve akciğerin fonksiyonlarında azalma görülebilir. Damarların elastikiyetinin azalmaya başlamasıyla da kardiyovasküler sistemde yapı ve dolaşım bozuklukları oluşabilir. Kardiyovasküler olaylar yaşlılığa

bağlı morbidite ve mortalitenin en sık sebebidir. Bağırsak hareketlerinin yavaşlamaya başlamasıyla kabızlık oluşabilir. Hormonal sistemdeki değişimler ve bazal metabolizmanın yavaşlamasıyla tansiyon hastalıkları, glikoz intoleransı, cinsel istek ve güçte azalma meydana gelebilir. Bağışıklık sistemi fonksiyonlarının yavaşlamasına bağlı olarak çabuk hastalanma, geç iyileşme ve kronik enfeksiyon sorunları oluşabilir. Sinir hücrelerindeki miyelin doku kaybına ve ilerleyici hasarlara bağlı Alzheimer ve demans gibi hastalıklar başlayıp tüm hayatı ve hayat konforunu etkileyebilir. Kelime haznesinde azalma, hafızada kayıplar, hareketlerde yavaşlama, öğrenme ve algılama yeteneğinin azalması gibi kognitif fonksiyonlarda kayıplar meydana gelebilir. Denge ve koordinasyon kaybı, tremor görülebilir (61).

Organların fizyolojik rezervi yaşlı bireylerde genç bireylere göre azalmış olup homeostatik mekanizmaları yaşlanma süreci olumsuz etkilemektedir. Yaşlanma sürecinin getirdiği fizyolojik değişiklikler ilaçların emilim, dağılım, metabolizma ve atılımını yani farmakokinetik ve farmakodinamik süreçlerini etkilemektedir (62).

Bir ilacın emilim, dağılım, metabolizma ve atılım süreçleri başka bir ilaç tarafından etkilenebilmektedir. Bir ilacın diğer bir ilaca oluşacak yanıtını değiştirmesi ile farmakodinamik değişiklikleri oluşmaktadır (63).

Bu durum bir ilaçtan yeteri kadar fayda görülmemesine, istenmeyen etkilerin oluşmasına böylece doz artışına ve/veya benzer yetkinlikte ikinci üçüncü ilacın reçete edilmesine neden olur. Polifarmasinin önemli diğer bir nedeni de ‘reçete kaskadı’ olayıdır. Reçete kaskadı bir ilacın oluşturduğu yan etkiyi gidermek için başka bir ilaç reçete edilmesi olarak tanımlanmaktadır (47).

Yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında son 90 gün içerisinde antipsikotik tedavi almış hastalara almamış olanlara göre 5.4 kat daha fazla anti-parkinson ilacı reçete edilmesi reçete kaskadına tipik bir örnektir (64).

NSAİD ilaçların yaşlı popülasyonda reçete edilmesi sıkça karşılaşılan bir durumdur. Prostaglandinlerin sentezlenmesi bu ilaçlar ile inhibe edilir ve inhibisyon sonucu prostoglandinlerin kan basıncı düzenlemedeki rolleri nedeniyle HT meydana gelebilir. Bu etkiye yönelik anti-hipertansif başlanması, metoklopropamid kullanımının ekstrapiramidal yan etkiler oluşturmamasından dolayı levodopa başlanması, diüretik olarak tiazid kullanımıyla ürik asitin yükselmesi ve ürik asiti düşürmeye yönelik tedavi başlanması gibi durumlar reçete kaskadına örnek oluşturur. Oysa yaşlı

popülasyonda ortaya çıkan yeni bir semptom aksi ispat edilene kadar ilaç yan etkisi olarak kabul edilmeli ve hastanın kullandığı tüm ilaçlar ve tedaviler gözden geçirilmelidir (65, 66).

Kullanılan ilaç sayısı arttıkça yan etki oluşma ihtimali de artmaktadır. İki ilaç kullanımında %6, beş ilaç kullanımında %50, sekiz ve üstü ilaç kullanımında yan etki oluşma ihtimali neredeyse %100'e ulaşmaktadır (67).

Önlenebilir sağlık sorunlarında kalp yetmezliği, diyabet, HT ve meme kanserinden sonra ilaç yan etkileri önemli bir yer almaktadır (68).

Dikkat edilecek bazı basit kurallarla AİK sağlanabilir ve ilaç yan etkileri azaltılabilir. Özellikle yaşlı popülasyon da ve diğer bakım hastalarında dikkat edilmesi gereken akılcı ilaç kullanım ilkeleri şöyledir (5, 66, 69);

- En uygun, en güvenli, en ucuz ilaç seçilmelidir.
- Tedavi basitleştirilmeye çalışılmalı, doz sıklığı minimuma indirilmelidir.
- Uzun etkili ilaçlar tercih edilmeye çalışılmalıdır.
- Aynı anda birden fazla hastalığı tedavi edebilecek ilaçlar seçilmelidir.
- Yeni gelişen semptomlar öncelikle ilaç yan etkisi olarak düşünülmeli ve mevcut tedavi gözden geçirilmelidir.
- Yaşam kalitesi öncelikli hedefler arasında tutularak ilaç preparatları ve tedavi planı buna göre seçilmelidir.
- Toksisite dışında ilaçlar aniden kesilmemeli yan etkileri minimum düzeye indirebilmek ve hasta tolerasyonunu sağlamak için kademeli olarak doz azaltımı yapılmalıdır.
- Herhangi bir şikayeti olmasa da hasta yılda en az bir defa görülmeli genel kontrolü yapıp kullandığı ilaçlar ve tedavisinin uygunluğu gözden geçirilmelidir.
- Mümkünse ilaçların etken maddesi, piyasa adı, dozu, kullanım süresi ve hangi hastalık için kullandığı bir kağıda yazılarak hasta ve/veya bakım verene verilmeli ve bilgilendirilmelidir.

2.3. Bakım Veren Kişilerin Rolü ve Eğitimi

2.3.1. Bakım veren kişilerin görevleri

Bakım verme hastayı bir bütün olarak değerlendirerek bütün ihtiyaçlarına yönelik bakım sürecinin planlanması ve uygulanmasıdır. Hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve maddi olarak ihtiyaç duyabileceği bütün kavramları içeren faaliyetleri ve sorumlulukları üzerine alma olarak tanımlanmaktadır (11).

Bakım veren kavramı ise yaşamının idamesi için yapması gereken günlük temel ve enstrümental aktiviteleri yerine getirmekte güçlük çeken bireylerin bakımını üstlenen kişi olarak tanımlanmaktadır (12).

Çok yönlü bakım sürecinin hastane masraflarını artırması, hastaların kendi alışkın olduğu konforlu ortamlarında bakım almak istemesi, sağlıktaki insan gücü yetersizliği vd. nedenler sağlık hizmetlerinin evde sunulmasını artırmaktadır (15).

Evde bakım hizmeti farklı kişiler tarafından sağlanabilir; hasta kendi kendine bakım verebilir, informal bakıcılar(aile ve arkadaşlar) ve formal bakıcılar(sağlık profesyonelleri) tarafından bakım verilebilir (70, 71).

Hastanın giyinme, kişisel hijyen, beslenme, yıkanma, tuvalet gibi kişisel işleri; ilaçlarının verilmesi, sağlık kontrollerinin yaptırılması düzenli takip-tedavisi gibi sağlık işleri; ekonomik işler, alışveriş gibi ekonomik işleri ve hastayla birlikte yaşamak bakım veren ve aile üyelerinin sağladığı bakım hizmetlerinde çok geniş bir yelpazeyi oluşturmaktadır (18, 19). Aile üyeleri bakım verenlerle birlikte hastanın ihtiyaç duyduğu günlük temel yaşam aktiviteleriyle birlikte; hareket, sağlık kontrolleri, ilaçların takibi, motivasyon verilmesi gibi enstrümental işlerde destek olur (20).

2.3.2. Bakım verenlerin ilaç bilgisi ve eğitimi

Bakım veren bireylerin yeterli bilgi ve eğitime sahip olması hastanın sağlığı, yaşam kalitesi, bakım verenin kendine güveni ve rahat hissetmesi açısından çok önemlidir. Bakım verenlerin ihtiyaç duyduğu bilgi sadece bakım verdiği hastanın ilaç dozlarını ve saatlerini bilmesiyle sınırlı değildir. Tedaviyle alakalı komplikasyonlar, ilaçların olası yan etkileri, alternatif tedavi yöntemleri ve sürecin tamamının yönetimi de bilgi ihtiyaçları arasındadır. Ne yazık ki uzun dönem bakım sağlamada bakım verenlerin çoğu yeterli donanıma sahip değildir. Bundan dolayı kendilerini hazırlıksız ve özgüvensiz hissetmektedirler. Bakım verenin rahat hissetmesi ve bakıma muhtaç bireylere bakım verilmesine yönelik bütüncül bir bakış için bakımın temel basamağını

oluşturan bakım vereni odağa almak, bakım veren temelli çalışmalar yapmak, sağlığı ve eğitimiyle ilgilenmek gereklidir. Hastanın sağlığı, ömür uzunluğu ve konforu bakım verenin sağlığı, huzuru ve konforundan geçmektedir. Bu yüzden hastalar ve bakım verenler hassas gruplar olarak değerlendirilmelidir. Bakım verenlerin yükünü azaltmak için ülke politikalarında bakım hastası ve bakım verenlere yer verilmeli maddi yüklerinin giderilmesi için kaynak ayrılmalıdır. Bakım verenlerin ruhsal sağlığı için manevi-psikolojik danışma hizmeti verilmeli, bilgi ve dayanışma için sosyal destek kuruluşları aktifleştirilmeli eğitim ve destek sağlanmalıdır (72-74).

Bakım verenlerin hastalarına uyguladığı takiplerle ilgili yapılan bir çalışmaya göre; bakım verenlerin %50.6'sının tansiyon takibi, %34.6'sının ağız bakımı, %28.1'inin yara bakımı yaptığı, %22.6'sının parmak ucu glukoz ölçümü yaptığı ve %18.2'sinin fizik tedavi egzersizleri yaptığı saptanmıştır (15). Bakım verenlerin takipler ve uygulamalar konusunda eğitilmesi hastanın basit kontrol ve uygulama ihtiyaçlarının kendileri tarafından giderilerek Aile Sağlığı Merkezi (ASM) veya hastane ihtiyacını azaltır.

Yaşlı bireylerin polifarmasi riskini azaltmak ve sağlığını iyileştirmek için diyet ve egzersiz önerileri önemli derece etkilidir. Yetersiz beslenme ve immobilité demans, Alzheimer, fiziksel ve fonksiyonel bağımlılık gibi komorbiditelerle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Hastalık eğitimi, diyet değişikliği ve egzersizin birlikte uygulandığı 3 haftalık bir süreçte tip-2 diyabeti olan hastalarda rutin ilaç maliyetinde önemli düşüş olmuştur (75).

Eğitim ve danışmanlıkların planlanması sağlıklı yaşlılar, hastalar ve bakım verenler için faydalı olabilir. Onlara yeterli zaman ayrılması, açık ve sade bilgilerin verilmesi işlerini kolaylaştırabilir (69).

Bakım verenin eğitimi ve dikkat edilecek noktaları şöyle sıralayabiliriz (58, 76);

- Bakım verenin ilaç yönetimindeki eksik noktalarının tespit edilmesi
- Reçeteli ilaçların nasıl verildiği değerlendirilerek yanlışların düzeltilmesi
- İlaç yan etkileri konusunda bilgi verilmesi
- İlaçların verilmesi ve/veya uygulanması için hatırlatıcı takvim, çalar saat gibi araçlar kullanılmasını sağlamak

- İlaç ihtiyacını, yan etkilerini ve etkileşimlerini azaltmak, hastanın sağlığını korumak için beslenme konusunda bilgilendirmek
- Tansiyon, parmak ucu glikoz ölçümü, fizik tedavi egzersizleri gibi konularda eğitim verilmesi
- İyi baskılı canlı renklere sahip olan eğitici broşürlerin verilmesi
- Ailenin diğer üyelerinin sorumluluk ve görev paylaşımı konusunda bilgilendirilmesi

2.3.3. İlaç kullanımı konusunda karşılaşılan zorluklar

Cep telefonu, bilgisayar ve internete erişimin yaygınlaşması ile birlikte sosyal medya kullanımı artmış ve bilgi kaynaklarına ulaşmak sağlık profesyonellerine ulaşmaktan daha hızlı ve kolay hale gelmiştir. Bu nedenle hasta ve bakım verenler kendi ulaştıkları bilgi ve öneriler sonucunda reçetesiz ilaç kullanımına yönelebilmektedir. Herhangi bir sağlık kuruluşunda muayene olmadan ilaç kullanılması; antibiyotiğe direnç gelişmesine, hastalıkların yeteri kadar tedavi edilememesine, tedavi süresinin uzamasına, semptomların gölgelenerek yanlış tanı konmasına veya tanının gecikmesine, sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (69).

Bakım verenlerin kendi bakımını ve hastalarının bakımını üstlenerek daha güvende hissetmesi, tedaviye ulaşım kolaylığı, hükümetlerin maddi yükünün azalması, eczacı ve hekimlerin hasta sayısının azalarak daha etkin tedavi verilmesi sağlık kuruluşuna muayene olunmadan kendi kendine ilaç kullanımının avantajlarıdır. Ancak bu durum güvenli ve etkin ilaç kullanımından tamamen uzak bir durumdur. Reçetesiz ve kendi kendine tedavi uygulamanın ise olası riskleri şöyledir; ciddi advers reaksiyonları, değişkenlik gösteren yan etki yelpazesi, hatalı dozaj, hatalı uygulama, bağımlılık, ciddi hastalıkların maskelenerek teşhisinin gecikmesi ve ölümdür. Ayrıca gelişen antibiyotik direnci ise dünyanın önemli sağlık sorunlarından (77).

Arkadaşlar, aile, komşular ve sosyal medyadan gelen eksik ve hatalı bilgilerle kullanılan reçetesiz ilaçların haricinde bitkisel ürünlerin kullanılması da hastaların tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Medya ve sosyal medyada ‘doğal ürün’, ‘bitkisel ürün’, ‘gıda takviyesi’, ‘ilaç dışı tedavi ürünü’, ‘alternatif tedavi’ adı altında birçok ürünün reklamı yapılmakta ve denetimsiz şekilde satılmaktadır (78). İnsanlar bu ürünleri bitkilerden üretildiği için herhangi bir zararının olmayacağı, vücuda güç

vereceği, bağışıklığı artıracadı, doğal olduğu için herhangi bir yan etki oluşturmayacadı inancıyla kullanmaktadır. Hatta hekimlerin bir kısmı muayene ve kontroller esnasında bu ürünleri zararlı olarak görmedikleri için hastaya sormamakta diğer ilaçlarla etkileşimlerini göz ardı etmektedir. Eczaneler haricinde marketler, aktarlar gibi pek çok yerden bitkisel ürünlere kolayca ulaşılabilmesi internetten satışlarının yapılması bu ürünlerin kontrollerini zorlaştırmaktadır. Üretilme aşaması, ürünün yeterlilik ve kalitesi, sağlık açısından bir zararının olup olmadığı ve satışlarının kontrol altında olması gereken bu ilaçların kontrol ve denetimleri yeterli seviyede değildir (79).

2.4. Çoklu İlaç Kullanımına Dair Bilgi ve Farkındalık

2.4.1. Bakım veren kişilerin ilaç kullanımı hakkındaki bilgi düzeyleri

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Küreselleşen dünya ve artan nüfus, düşük öğrenim düzeyi, danışmanlık hizmetlerinin eksikliği, geliştirilen strateji ve müdahalelerin yetersizliği, bu sorunun nedenleri arasındadır. Bakım verenlerin bilgi düzeyleri bakım verdikleri kişilere ve kendi bireysel özelliklerine göre değişmektedir. Bakım hastalarının sağlık durumları, yaşı, ilaç çeşitliliği, eğitim seviyesi; bakım verenin yaşı, kendi hastalıkları, eğitim durumu bilgi düzeyini etkilemektedir. Bakım verenler kendi ihtiyacını gideremeyecek durumda olan kişilere bakım verdikleri için ilaç yönetimi konusunda temel bilgilere sahip olması bakım hastaları için çok önemlidir. şu faktörlere bağlı olarak bilgi düzeyleri farklılık gösterebilir (1, 11, 12, 80);

Eğitim ve deneyim: Daha önce hastaya bakmış olmak, pratik veya teorik bir eğitim almış olmak oldukça önemlidir. Bakım verenin kendine güvenmesini sağlar ve hastanın bakımında hata ihtimalini azaltır.

İletişim: İyi bir iletişime sahip olan bakım veren hem hastayla hem de sağlık profesyonelleriyle ilaç kullanımı ve olası sorunlar hakkında diyalog kurarak doğru bilgi ve kullanıma kolayca ulaşabilir.

İlaç takibi: Bakım verenlerin hatırlatıcı saat ve takvim kullanması çoklu ve karmaşık ilaç kullanımında oldukça önemlidir. Doz aşımı ve hatalı kullanımların önüne geçilmesi için bakım verenin hatırlatıcı saat ve takvim kullanmayı öğrenmesi gereklidir.

İlaç bilgisi: Bakım verenler ilaçlarla alakalı bilgiyi genel de prospektüs ve ilaç etiketi okuyarak elde ederler. Ancak her birey ne zaman hastaneye gidilmesi ne zaman ilacın bırakılması hakkında bilgi sahibi olmayabilir.

Yan etkiler ve acil durumlar: Bakım verenlerin yan etkilerle ve acil durumlarla ilgili bilgi sahibi olması acil durumlarla karşılaştıklarında daha hızlı davranmalarına imkan sağlar. Örneğin basit bir alerjik reaksiyon müdahalesi bilgisi hayat kurtarabilir.

Yaş: Genç bakım verenlerin teknolojiyi daha yakından takip edebilmeleri nedeniyle bilgiye ulaşımı kolaylaştır hata yapma ihtimalini azaltır.

Bakım verenlerin ve aile üyelerinin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını artırmak adına düzenli olarak sağlık profesyonelleri ve bakım hizmetinde profesyonel olanlar tarafından eğitim verilmesi önemlidir. Hatırlatıcı broşürler, hatırlatıcı materyaller kullanılması da faydalı olabilir. AİK konusunda yapılan bir araştırmada araştırmaya katılanların çoğunun AİK kavramını duymamış olması, duymuş olanlarınsa tanımını bilmemesi üzücü bir bulgudur. Bu konuda kamu spotları yapıldığı, ASM'lere hastanelere ve diğer sağlık kuruluşlarına broşürlerin asıldığı, hastalara dağıtıldığı bilinmektedir. Bu kavramın bilinme oranının düşük olması toplumun duyarsızlığını ve yapılan kampanyaların yeterince etkili olmadığını düşündürmektedir (81).

2.4.2. Eğitim eksikliklerinin etkisi

İlaç konusunda bakım verenlerin eğitim eksikliği hem bakım veren için hem de hastanın sağlığı için birçok ciddi sonuca yol açabilir. Eğitim eksikliğinin sonuçlarını şu alt başlıklar altında sıralayabiliriz (82-84);

1- Yanlış ilaç kullanımı

Eğitim eksikliği bakım veren bireylerin kullanılan ilaçlar konusunda hata yapmasına neden olabilir. Bu durum dozun eksik veya fazla verilmesine, erken veya geç verilmesine, aç veya tok verilmesine neden olabilir. Bu nedenle;

- İlaçların yanlış dozda verilmesi toksik etki oluşturabilir veya yeterli etkinlik sağlanmayabilir.
- Aç/tok kullanımda ters olarak verilirse ilaçtan yeterli fayda görülmeyebilir, yan etki artabilir.

2- İlaç etkileşimleri ve yan etkiler

Eğitim eksikliği yan etki veya ilaç etkileşimi oluştuğunda bakım veren tarafından fark edilmemesine ve ciddi sorunlar görülmesine neden olabilir. Örneğin;

- İlaç alerjileri oluşabilir. Fark edilmezse ölüme kadar gidebilir.
- Bir ilaç başka bir ilaçla etkileşime girerek yan etki oluşturabilir tedavi yetersizliğine neden olabilir.

3- İlaçların takibi

İlaçların hangi saatlerde hangi dozlarda verileceği, hangi ilacın ne zaman raporunun biteceği, ne zaman yeniden reçete edilmesi gerektiği bakım veren tarafından takip edilmesi gereken temel sorumluluklardandır. Eğitim eksikliği ilacın verilmesinin unutulmasına, temin edilmesinin gecikmesine neden olabilir.

4- Durumlara müdahale

Eğitim eksikliği hastanın hayatını riske atan ya da ciddi sağlık sorunlarına yol açabilecek durumlar karşısında acil müdahale edilememesine ve bu durumların tanınarak acil müdahale için haber verilememesine neden olabilir.

5- İlaçların saklanması

Bazı ilaçlar oda sıcaklığında, ışıklı ortamda saklanabilir bazı ilaçların ise buzdolabında veya karanlık ortamda saklanması gerekmektedir. Eğitim eksikliği ilaçların saklama koşullarına tam uyulamamasına ve ilaçların özelliklerinin azalmasına veya kaybolmasına neden olabilir.

6- Psikolojik etkiler

Eğitim eksikliği bireyin kendini yetersiz hissederek bakım konusunda stresli ve kaygılı hissetmesine neden olabilir. Bu da bakım hastasına güvensiz yaklaşmaya ve hastanın bundan dolayı psikolojik olarak olumsuz hissetmesine neden olabilir.

7- İletişim eksiklikleri

Eğitim eksikliği bakım verenin kendini yeterli ifade edememesine, sormak istediği soruları tam olarak soramamasına neden olabilir. Bu da sağlık profesyonelinin bakım verenin eksik olduğu noktayı anlayıp yardımcı olamamasına ve hastanın bundan dolayı etkilenmesine yol açabilir.

8- Hasta güvenliği

Eğitim eksikliği bakım verenin yetersiz olduğu noktalardan dolayı hatalı uygulamalara neden olabilir. Bu da hastanın can güvenliğini istemsizce riske atmaktadır.

Yapılan bir çalışmada, katılımcıların ilaçları saatinde ve düzenli kullanmadığı, reçete edilen ilaçlar hakkında yeteri kadar bilgilendirilmediği, kullanılmayan ilaçları saklama/imha etme konusunda bilgi eksikliği yaşadığı, ilaçları temin etmede zorluk yaşadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcıların çoğunun kullandığı ilaçlar bitmeden başka bir hekime gidip ilaç yazdırma, ilaç dozunda kendi kendine değişiklik yapma ve ilacı kullanma talimatlarına uygun kullanmama gibi sorunlar yaşadığı halde akılcı ilaç kullanım davranışları sergilediği izlenimi edinilmiştir (81).

İhtiyaç olmayan ilaçların reçete edilmesi, ilaçların son kullanma tarihinin geçirilmesi, kullanılmayacak ilaçların sağlık kuruluşlarına teslim edilmek yerine çöpe atılması ülke ekonomisi için büyük kayıptır. Akıllı ilaç kullanımı konusunda bilincin artırılması, yanlış alışkanlıkların değiştirilmesi ve ilaç israfının önlenmesi bu yüzden çok önemlidir (47).

Sonuç olarak, ilaç kullanımı ve yönetimi hakkında bakım veren kişilerin yeterli eğitim almamaları, hasta-bakım veren sağlığı ve birey-toplum ekonomisi alanında ciddi sorunlara yol açabilir. Bu nedenle, bakım veren kişilere yönelik düzenli eğitimler verilmeli ve danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır. Hasta sağlığını ve güvenliğini korumak, tedavi süreçlerinde istenen başarıyı sağlamak adına verilecek eğitim ve danışmanlık hizmeti büyük önem taşır (47, 85).

2.4.3. Farkındalık artırma yöntemleri

Akılcı olmayan ilaç kullanımında ülke ekonomisi ilaç harcamalarına ciddi paylar ayırır. Bu durum hem önemli ekonomik sorunlara hem de önemli sağlık sorunlarına neden olur. Bütün ülkeler bu sorunun çözümü için politikalarını gözden geçirmeli ve AİK ilkelerine yönelik geçerli ve uygulanabilir kararlar almalıdır(86). AİK konusunda özellikle hekim, eczacı, hemşire ve diğer sağlık personellerine daha fazla sorumluluk düşmektedir. Sağlıklı bireyler ve hastalarla daha çok bir araya gelen bu meslek grupları reçetesiz ilaç kullanımı, ilaçları koruma ve saklama, ilaçların imhası, bitkisel ilaçlara yönelim, öneri üzerine ilaç alma, kendi kendine ilaç başlama

gibi konularda topluma eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeli, AİK bilincini artırmalıdır. Sağlık hizmeti sunan tüm birimlerde özellikle hastaların ulaşmasının daha kolay olduğu birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi tarafından polifarmasi ve AİK ilkeleri önemsenerek her hastanın tedavi planı değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım hastanın morbidite ve mortalitesinde, akut ve kronik hastalıkların tedavi ve kontrolünde yaşam kalitesi artışında ve tedavi maliyetinde etkin rol oynayacaktır. Hastanın tedavisini düzenlerken aile hekimlerinin dikkat etmesi gereken ilkeler şöyledir; hasta anamnez ve muayenesinin tam olarak yapılması, mevcut kullanılan ilaçların sistemden taranması mümkünse hastanın yanında getirmesi, yaşlı popülasyon da düşük dozlarla tedaviye başlanarak kademeli olarak artırılması, mümkün olan en az sayıda en etkin tedavinin düzenlenmesi, ilaçların erken ve geç dönem komplikasyonları açısından değerlendirme yapılması ve hastaya/bakım verene yeteri kadar zaman ayrılarak gerekli bilgilerin verilmesidir (45, 81, 87).

Hasta ve/veya bakım verenlere verilecek bilgiler aşağıdaki konuları kapsamalıdır (2, 47);

- İlaçların etkileri ve hangi etkinin ne zaman ortaya çıkacağı
- İlaçların kullanım doz ve süreleri
- İlaçların nasıl saklanacağı ve fazla kalan ilaçların ne yapılması gerektiği
- İlaçların yan etkisi ve yan etki görülmesi durumunda ne yapılması gerektiği
- Advers reaksiyonların ne olduğu ve neyi önemsemesi gerektiği
- Hekim önermeden ilaç kesilmemesi ve bitkisel tedavi-geleneksel tıp ve alternatif tıp (GETAT) gibi ilaç dışı tedavileri uygulamaması

Yaşlı hasta popülasyonunda ilaç yükünü azaltmak ve uygunsuz ilaç kullanımının önüne geçmek için oluşturulmuş bazı kılavuzlar vardır. Bunlardan en çok bilinenleri şöyle sıralayabiliriz (37, 88);

- İlaç yükü indeksi (Drug Burden Index-DBI)
- Beers kriterleri
- STOPP/START ve Time kriterleri
- Yaşlı Kompleks Hastalarda Uygun İlaç Kullanımı Değerlendirme Kriterleri (Criteria to Assess Appropriate Medication Use Among Elderly Complex Patient-CRİME)

- İlaç Uygunluğu İndeksi (Medication Appropriateness Index)

Beers kriterleri ilk olarak 1991 yılında yayınlanmış, sonrasında 1997, 2003, 2012, 2015, 2019 yıllarında yenilenmiştir. Beer's kriterlerinde ilaç-ilaç etkileşimi açısından kaçınılması gereken ilaçlar listelenmiştir (89). 2023 yılında kılavuz güncel haliyle yeniden yayınlanmıştır. Beer's kriterleri belirli durum ya da durumlar altında sakınılması gereken ilaçların listesini içermektedir. STOPP kriterleri ise yaşlı da çok özel bir endikasyon olmadıkça kaçınılması gereken tehlikeli ve/veya uygunsuz en sık görülen ilaç kullanım örneklerini içermektedir (88, 90).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul İzni

Çalışma için KTO Karatay Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul’undan 31/10/2024 tarihinde 2024/019 kayıt numarasıyla onay alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Türü

Bu araştırma bir Eğitim Araştırma Hastanesine bağlı Evde Sağlık Biriminde yürütülen Kesitsel (Cross-sectional) çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Çalışma için 01/01/2025-01/04/2025 tarihleri arasında Konya Beyhekim Eğitim Araştırma Hastanesi ESH’a kayıtlı hastalara bakım veren kişilere yüz yüze görüşme ile anket çalışması yapıldı. Çalışmaya dışlama kriterlerini taşımayan ve dahil edilme kriterlerini taşıyan bakım verenler alındı. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve sözel olarak onayları alındı.

3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri

- 01/01/2025-01/04/2025 tarihleri arasında Beyhekim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ESH’a kayıtlı olarak takip edilen hastalara bakım veren olmak
- Eğitim durumu en az okuryazar olmak
- Dışlama kriterlerine sahip olmayan 18 yaş üstü olmak.
- Hastanın bakımından asıl sorumlu kişi olmak

3.3.2. Dışlama Kriterleri

- Mental retardasyona sebep olan zihinsel engeli olmak
- İletişimi bozacak derecede işitme veya konuşma engeli olmak
- 18 yaşından küçük olmak
- Alzheimer ve demans gibi kognitif fonksiyonları etkileyen hastalıkların olması.
- Post-op ESH hizmeti alan hasta ve bakım vereni olmak

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Konya Beyhekim Eğitim Araştırma Hastanesi ESH'a kayıtlı hastalara bakım veren kişilere 01/01/2025-01/04/2025 tarihleri arasında yüz yüze görüşme ile anket çalışması yapıldı. Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan anket (Ek-2) veri toplama formu olarak kullanıldı. Anket formu iki kısımdan oluşmaktaydı. Birinci kısım hasta ve bakım verenin demografik verileri, açık uçlu sorular ve tedavi yaklaşımlarından oluşan 35 soruyu kapsamaktaydı. İkinci kısım ise bakım verenin çoklu ilaç kullanımı hakkında ki bilgilerini ölçmek için hazırlanmış 14 soruyu kapsamaktaydı. Yüz yüze yapılan görüşmelerde bakım verenin dışlama ve dahil edilme kriterlerine uygun olmasına dikkat edildi. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verildi. Bakım verenlerden Dünya Tabipler Birliği Helsinki bildirgesine uygun yazılı onam alındı. Araştırmacı tarafından sorulan sorulara katılımcının verdiği cevaplar kaydedildi. Çoklu ilaç kullanımı için hazırlanmış 14 sorunun her biri için soru puanı 7,1428 olarak belirlendi. Verilen doğru cevap sayısı 7,1428 ile çarpılarak toplam cevap puanı 100 puan üzerinden değerlendirildi.

3.5. İstatiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin analizleri, International Business Machines (IBM) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) olarak; normal dağılım göstermeyen veriler medyan (interquarter range =IQR25-75) şeklinde sunulmuştur. Normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki kare test, Fisher exact testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizler çift yönlü olarak, %5 anlamlılık düzeyi ve %95 güven aralığı esas alınarak gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Bu çalışmaya 193 (%56,8)'ü kadın, 147 (%43,2)'si erkek toplam 340 hasta alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların yaş medyan değeri 77,0 (66,25-85,75) yıldır. ESH'ni alışı süre medyan değeri 7,0 (2,0-24,0) aydır. Hastaya bakım veren kişi 24,0 (4,0-81,0) aydır bakım vermektedir.

Hastaların 227 (%66,8)'si çocuklarıyla aynı evde, 113 (%33,2)'ü farklı evde yaşıyordu. Hastaların 135 (%39,7)'i eşiyle aynı evde yaşıyordu. Hastaların 89 (%26,2)'u torunlarıyla birlikte yaşıyordu. Hastaların 26 (%7,6)'sı annesi ile birlikte 29 (%8,5)'u babasıyla birlikte yaşıyordu. Hastaların 91 (%26,8)'i diğer kişilerle birlikte yaşamaktaydı.

Hastaların 324 (%95,3)'üne yakınları, 16 (%4,7)'sına ücretli bakıcılar bakmakta idi. Hastaların 272 (%80,0)'sine birinci derece yakınları, 9 (%2,6)'una ikinci derece yakını, 43 (%12,6)'üne üçüncü derece yakını ve 16 (%4,7)'sına ise ücretli bakıcılar bakmakta idi.

Çalışmaya alınan hastaların 121 (%35,6)'i sürekli yatıyor, 94 (%27,6)'ü oturabiliyor, 125 (%36,8)'i destekle yürüyebiliyordu. Çalışmaya alınan hastaların, 14 (%4,1)'ü nazogastrik sonda ile, 25 (%7,4)'i PEG ile, 4 (%1,2)'ü iv yolla, 297 (%87,3)'si ise normal beslenebiliyordu.

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik verisi

		Medyan (IQR ₂₅₋₇₅)
Yaş (yıl)		77,0 (66,25-85,75)
ESH alma süresi (ay)		7,0 (2,0-24,0)
		n (%)
Cinsiyet	Erkek	147 (43,2)
	Kadın	193 (56,8)
Birlikte yaşadığı kişiler	Eşyle	135 (39,7)
	Çocuklarıyla	227 (66,8)
	Torunlarıyla	89 (26,2)
	Annesiyle	26 (7,6)
	Babasıyla	29 (8,5)
	Diğer kişilerle	91 (26,8)
Hareket durumu	Sürekli yatıyor	121 (35,6)
	Oturuyor ve yatıyor	94 (27,6)
	Destekle yürüyebiliyor	125 (36,8)
Beslenme şekli	Nazogastrik sonda	14 (4,1)
	PEG	25 (7,4)
	IV	4 (1,2)
	Normal yiyor	297 (87,3)

Çalışmaya alınan hastalara bakım verenlerin 238 (%70,0)'i kadın, 102 (%30,0)'si ise erkek idi. Bakım verenlerin yaş medyan değeri 55,0 (44,0-63,0) idi. Bakım verenlerin 229 (%67,4)'u ilköğretim, 56 (%16,4)'sı lise ve 55 (%16,2)'i üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahipti.

Bakım verenlerin 2 (%0,6)'si öğrenci, 201 (%59,1)'i ev hanımı, 18 (%5,3)'i memur, 47 (%13,8)'i işçi ve özel sektör 53 (%15,6)'ü emekli ve 19 (%5,6)'u ise çalışmıyor idi. Bakım verenlerin 158 (%46,5)'i asgari ücret ve altı gelir durumuna sahip iken 182 (%53,5)'si asgari ücretten fazla gelir durumuna sahipti.

Bakım verenlerin 289 (%84,1)'u evli, 54 (%15,9)'ü ise bekar idi. Bakım verenlerin 54 (%15,9)'ünün çocuğu yok, 139 (%40,9)'ünün 1 veya 2 çocuğu var iken 147 (%43,2)'sinin ise 2 den fazla çocuğu vardı.

Bakım verenlerin 24 (%7,1)'ü birden fazla hastaya bakmakta iken, 316 (%92,9)'sı bir hastaya bakmakta idi. Bakım verenlerin 242 (%71,2)'si daha önce bakım verme deneyimi yaşamamış, 98 (%28,8)'i ise daha önce bakım verme deneyimi yaşamıştı.

Hastaya bakma sebeplerine bakıldığında ise bakım verenlerin 148 (%43,5)'i başka bakacak kimse olmadığı için, 16 (%4,7)'sı para kazanmak için 176 (%51,8)'sı diğer nedenlerle hastaya bakmakta idi. Diğer nedenler arasında ise, 41 (%12,1)'i kardeşler sırayla bakıyor, 9 (%2,6)'u bakan kişiye yardım etmek için, 85 (%25,0)'i sevdiği için, 37 (%10,9)'si vicdanını rahatlatmak için ve 5 (%1,5)'i ise sevap kazanmak için hastaya bakmakta idi.

Tablo 2: Çalışmaya alınan Bakım verenlerin sosyodemografik verisi

		Medyan (IQR ₂₅₋₇₆)
Yaş (yıl)		55,0 (44,0-63,0)
Bakım verme süresi (ay)		24,0 (4,0-81,0)
		n (%)
Cinsiyet	Erkek	102 (30,0)
	Kadın	238 (70,0)
Hastaya yakınlık derecesi	Ücretli bakıcı	16 (4,7)
	1.Derece yakını	272 (80,0)
	2.Derece yakını	9 (2,6)
	3.Derece yakını	43 (12,6)
Bakma nedeni	Başka kimse olmadığı için	148 (43,5)
	Para kazanmak için	16 (4,7)
	Diğer nedenler	176 (51,8)
	Kardeşler sırayla bakıyor	41 (12,1)
	Bakan kişiye yardım	9 (2,6)
	Sevdiği için	85 (%25,0)
	Vicdanının rahatlaması	37 (10,9)
	Sevap kazanmak	5 (1,5)

Eğitim durumu	İlköğretim	229 (67,4)
	Lise	56 (16,4)
	Üniversite ve üstü	55 (16,2)
Meslek	Ev hanımı	201 (59,1)
	Memur	18 (5,3)
	İşçi veya özel sektör	47 (13,8)
	Emekli	53 (15,6)
	Çalışmıyor	19 (5,6)
	Öğrenci	2 (0,6)
Bakım verme deneyimi	Var	98 (28,8)
	Yok	242 (71,2)
Hasta sayısı	Bir hasta	316 (92,9)
	Birden fazla hasta	24 (7,1)
Gelir düzeyi	Asgari ücret ve altı	158 (46,5)
	Asgari ücretten fazla	182 (53,5)
Medeni hali	Evli	289 (84,1)
	Bekar	54 (15,9)
Çocuk sayısı	Yok	54 (15,9)
	1-2 çocuk	139 (40,9)
	>2 çocuk	147 (43,2)

4.2. Bakım Verenlerin ve Bakım Hastalarının Genel Sağlık Düzeyleri

Bakım verenlerin, 96 (%28,2)'sinin HT, 58 (%17,1)'inin DM, 27 (%7,9)'sinin tiroid, 7 (%2,1)'sinin KBY, 12 (%3,5)'sinin KAH, 29 (%8,5)'unun kardiyolojik hastalık, 29 (%8,5)'unun astım, 6 (%1,8)'sinin KOAH, 20 (%5,9)'sinin nörolojik hastalık, 18 (%5,3)'inin romatolojik hastalık, 18 (%5,3)'inin psikiyatrik hastalık, 7 (%2,1)'sinin malignite tanılı hastalıkları ve 62 (%18,2)'sinin diğer hastalıkları (osteoporoz, hepatit, glokom vd.) mevcuttu.

Tablo 3: Bakım verenlerin hastalıkları

	Var n (%)	Yok n (%)
HT	96 (28,2)	244 (71,8)
DM	58 (17,1)	282 (82,9)
Tiroid	27 (7,9)	313 (92,1)
KBY	7 (2,1)	333 (97,9)
KAH	12 (3,5)	328 (96,5)
Kardiyolojik hastalık	29 (8,5)	311 (91,5)
Astım	29 (8,5)	311 (91,5)
KOAH	6 (1,8)	334 (98,2)
Nörolojik hastalık	20 (5,9)	320 (94,1)
Romatolojik hastalık	18 (5,3)	322 (94,7)
Psikiyatrik hastalık	18 (5,3)	322 (94,7)
Malignite	7 (2,1)	333 (97,9)
Diğer hastalıklar	62 (18,2)	278 (81,8)

Bakım verenlerin 162 (%47,6)'si raporlu ilaç kullanmıyor iken 178 (%52,4)'i ise raporlu ilaç kullanıyordu. Bakım verenlerin kullandığı raporlu ilaç sayısı medyan değeri 1,0 (0,0-2,0) idi.

Hastaların 187 (%55,0)'sinin HT, 107 (%31,5)'sinin DM, 23 (%6,8)'ünün tiroid, 18 (%5,3)'inin KBY, 46 (%13,5)'sının KAH, 89 (%26,2)'sının kardiyolojik hastalık, 42 (%12,4)'sinin astım, 42 (%12,4)'sinin KOAH, 12 (%3,5)'sinin

romatolojik hastalık, 56 (%16,5)'sının psikiyatrik hastalık, 53 (%15,6)'ünün malignite, 77 (%22,6)'sinin demans, 64 (%18,8)'ünün SVO, 91 (%26,8)'inin demans ve SVO haricinde nörolojik tanıli hastalıkları ve 140 (%41,2)'inin diğer hastalıkları (osteomiyelit, büllöz pemfigoid, periferik arter tıkanıklığı, pulmoner emboli vd.) mevcuttu.

Tablo 4: Çalışmaya alınan bakım hastalarının hastalıkları

	Var n (%)	Yok n (%)
HT	187 (55,0)	153 (45,0)
DM	107 (31,5)	233 (68,5)
Tiroid	23 (6,8)	317 (93,2)
KBY	18 (5,3)	322(94,7)
KAH	46 (13,5)	294 (86,5)
Kardiyolojik hastalık	89 (26,2)	251 (73,8)
Astım	42 (12,4)	298 (87,6)
KOAH	42 (12,4)	298 (87,6)
Nörolojik hastalık	91 (26,8)	249(73,2)
Romatolojik hastalık	12 (3,5)	328 (96,5)
Psikiyatrik hastalık	56 (16,5)	284 (83,5)
Malignite	53 (15,6)	287 (84,4)
Demans	77 (22,6)	263 (77,4)
SVO	64 (18,8)	276 (81,2)
Diğer hastalıklar	140 (41,2)	200 (58,8)

Çalışmaya alınan bakım hastalarının 179 (%52,6)'u HT ilacı, 97 (%28,5)'si DM ilacı, 24 (%7,1)'ü tiroid ilacı, 12 (%3,5)'si KBY ilacı, 107 (%31,5)'si kardiyoloji ilacı, 40 (%11,8)'i astım ilacı, 34 (%10,0)'ü KOAH ilacı, 14 (%4,1)'ü romatoloji ilacı, 138 (%40,6)'i nöroloji ilacı, 71 (%20,9)'i psikiyatri ilacı, 146 (%42,9)'sı antikoagülan, 12 (%3,5)'si malignite ilacı 115 (%33,8)'i ise raporlu diğer ilaçları kullanıyordu.

Tablo 5: Hastaların ilaç kullanma oranları

	n (%)
HT	179 (52,6)
DM	97 (28,5)
Tiroid	24 (7,1)
KBY	12 (3,5)
Kardiyoloji	107 (31,5)
Astım	40 (11,8)
KOAH	34 (10,0)
Romatoloji	14 (4,1)
Nöroloji	138 (40,6)
Psikiyatri	71 (20,9)
Antikoagülan	146 (42,9)
Malignite	12 (3,5)
Diğer	115 (33,8)

Hastaların 182 (%53,5)'si 5'ten az sayıda ilaç kullanıyorken, 158 (%46,5)'i 5 ve üzeri sayıda ilaç kullanıyordu. Hastaların kullandığı ilaç sayısı medyan değeri 4,0 (2,0-6,0) idi.

Tablo 6: Hastaların Polifarmasi oranı

Hastanın kullandığı raporlu ilaçlar ¹	<5 182 (53,5)
	≥5 158 (46,5)

4.3. Çoklu İlaç Kullanımına Dair Bilgi Farklılıkları

Çalışmaya alınan hastalara bakım verenlerin 162 (%47,6)'si bitkisel ürünlerin zararının olmadığını, 155 (%45,6)'inin takviye gıda adı altında satılan ürünlerin herhangi bir zararı olmadığına ve 218 (%64,1)'inin hacamat, sülük, kuru kupa gibi GETAT uygulamalarının zararlı olmadığına inanmaktaydı.

Çalışmaya alınan hastalara bakım verenlerin, 87 (%25,6)'si ilaçların herhangi bir zararı olmadığını, 315 (%92,6)'i ilaçların bazı yan etkilerinin olabileceğini düşünürken, 42 (%12,4)'si tüm ilaçların aynı yan etkiyi oluşturacağını düşünmekteydi.

Çalışmaya alınan hastalara bakım verenlerin, 46 (%13,5)'si bütün ilaçların tok karnına alınacağını, 63 (%18,5)'ü tüm ilaçların günün herhangi bir saatinde kullanılabileceğini, 48 (%14,1)'i ise tüm ilaçların tedavi süresinin birbirine eşit olduğunu düşünmekteydi.

Çalışmaya alınan hastalara bakım verenlerin, 57 (%16,8)'si pahalı olan ilaçların daha faydalı olduğunu, 59 (%17,4)'u ilaç sayısı arttıkça hastanın iyileşme ihtimalinin arttığını düşünmekteydi.

Çalışmaya alınan hastalara bakım verenlerin, 283 (%83,2)'ü ilaçların birbiriyle etkileşebileceğini, 19 (%5,9)'u ise ilaçların her yaşta aynı miktar da kullanılabileceğini düşünmekteydi.

Çalışmaya alınan hastalara bakım verenlerin, 313 (%92,1)'ü bazı ilaçların bağımlılık yapabileceğini düşünmekteydi.

Çoklu ilaç kullanımıyla ilgili bilgi seviyesini değerlendirmek için hazırlanan sorulardan en çok doğru cevap verilen 13. soruydu (İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir). Bakım verenlerin 321 (%94,1)'i ilaçların her yaşta aynı miktarda kullanılamayacağını düşünüyordu. En az doğru cevap verilen 3. Soruydu

(Hacamat, sülük, kuru kupa uygulaması gibi GETAT uygulamalarının herhangi bir zararı yoktur). 218 (%64,1)'i GETAT işlemlerinin herhangi bir zararı olmadığını düşünüyordu.

Tablo 7: Sorulara verilen cevap oranları

Anket Sorusu	Evet n (%)	Hayır n (%)
1. Soru	162 (47,6)	178 (52,4)
2. Soru	155 (45,6)	185 (54,4)
3. Soru	218 (64,1)	122 (35,9)
4. Soru	87 (25,6)	253 (74,4)
5. Soru	315 (92,6)	25 (7,4)
6. Soru	42 (12,4)	298 (87,6)
7. Soru	46 (13,5)	294 (86,5)
8. Soru	63 (18,5)	277 (81,5)
9. Soru	283 (83,2)	57 (16,8)
10. Soru	57 (16,8)	283 (83,2)
11. Soru	59 (17,4)	281 (82,6)
12. Soru	48 (14,1)	292 (85,9)
13. Soru	19 (5,9)	321 (94,1)
14. Soru	313 (92,1)	27 (7,9)

4.4. Farkındalık Seviyeleri ve Eğitim İhtiyacı

Çalışmaya alınan bakım hastalarının 199 (%58,50)'u raporsuz ilaçlar da kullanmaktaydı. Raporsuz kullanılan ilaçları 118 (%34,7)'i 1 yıldan az süredir, 52 (%15,3)'si 1-5 yıl arasında, 31 (%9,1)'i ise 5 yıldan fazla süredir kullanmaktaydı.

Çalışmaya alınan bakım hastaları raporsuz ilaçları, 107 (%31,5)'si ağrıların geçmesi için, 21 (%6,2)'i bağışıklığı güçlendirmek için, 28 (%8,2)'i enfeksiyonun geçmesi veya oluşmaması için ve 74 (%21,8)'ü ise diğer nedenlerle raporsuz ilaç kullanmaktaydı 12 (%16,2)'si kabızlık için, 18 (%24,3) nefesinin rahatlaması için, 12 (%16,2) yara iyileşmesi vd nedenler).

Çalışmaya alınan hastalardan raporsuz ilaç kullananların 194 (%57,1)'ü doktor önerisiyle, 11 (%3,2)'i eczacı önerisiyle, 2 (%0,6)'si komşusunun önerisiyle, 1 (%0,3)'i televizyon programı önerisiyle, 4 (%1,2)'ü ise diğer kaynaklardan aldığı önerilerle ilaç kullanmaktaydı.

Tablo 8: Raporsuz ilaç kullanımı ve nedenleri

		n (%)
Raporsuz İlaç kullananlar	Evet	199 (58,5)
	Hayır	141 (41,5)
Raporsuz İlaç kullanım süresi	<1 yıl	118 (34,7)
	1-5 yıl	52 (15,3)
	>5 yıl	31 (9,1)
Raporsuz İlaç kullanım nedeni	Ağrıların geçmesi için	107 (31,5)
	Bağıışıklığı güçlendirmek için	21 (6,2)
	Enfeksiyonun geçmesi/oluşmaması	28 (8,2)
	Diğer nedenler	74 (21,8)
Diğer nedenler	Kabızlık	12 (16,2)
	Nefesinin rahatlaması	18 (24,3)
	Yara iyileşmesi vd	12 (16,2)
Raporsuz-Reçetesiz İlaçlar kimin önerisiyle başladı?	Doktor	194 (57,1)
	Eczacı	11 (3,2)
	Komşu	2 (0,6)
	TV programı	1 (0,3)
	Diğer Kaynaklar	4 (1,2)

Çalışmaya alınan hastaların 36 (%10,6)'sı hacamat, 4 (%1,2)'ü akupunktur, 15 (%4,4)'i sülük, 16 (%4,7)'sı kuru kupa, 3 (%0,9)'ü diğer geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini yaptırmıştı. Hastaların 60 (%17,6)'ı bitkisel ürün veya ilaç kullanmaktaydı. Bitkisel ürün kullanan hastaların 12 (%20,0)'si kantaron bitkisi, 5 (%8,3)'i multivitamin tabletleri, 3 (%5,0)'ü propolis ve diğer bitkisel ürünleri kullanmaktaydı.

Tablo 9: GETAT ve Bitkisel ürün kullanımı

	n (%)		n (%)
GETAT	74 (21,8)	Hacamat	36 (10,6)
		Akupunktur	4 (1,2)
		Kuru kupa	16 (4,7)
		Sülük	15 (4,4)
		Diğer GETAT yöntemleri	3 (0,9)
Bitkisel tedavi	60 (18)	Kantaron Bitkisi	12 (3,6)
		Diğer bitkisel ürünler	40 (12,0)
		Propolis	3 (0,9)
		Multivitamin	5 (1,5)

Hastaların 325 (%95,6)'i ilaçlarını düzenli kullanıyordu. İlaçları düzenli kullanmayan hastaların, 7 (%46,6)'si ilaçların tadını sevmediğinden, 2 (%13,3)'si faydası olduğuna inanmadığından 2 (%13,3)'si demanstan dolayı yutmayı unuttuğundan, 4 (%26,6)'ü ilaçtan bıktığından ilaçları düzgün kullanmamaktaydı.

Çalışmaya alınan bakım verenlerin 54 (%15,9)'ü ilaç kullanımı için hatırlatıcı saat veya not kullanmaktaydı.

Hastaların 70 (%20,6)'ine her ay, 46 (%13,5)'sına 3 ayda bir, 32 (%9,4)'sine 6 ayda bir, 21 (%6,2)'sine yılda bir, 103 (%30,3)'üne düzensiz doktor kontrolü yapılırken, 68 (%20,0)'ine ise herhangi bir doktor kontrolü yapılmamakta idi.

Tablo 10: Hastanın ilaç kullanım ve doktor kontrolü

		n (%)
İlaçları düzenli kullanılıyor mu?	Evet	325 (95,6)
	Hayır	15 (4,4)
Neden düzenli kullanmıyor?	Tadını sevmiyor	7 (46,6)
	Faydası olduğuna inanmıyor	2 (13,3)
	Demanstan dolayı unuttuğundan	2 (13,3)
	İlaç içmekten bıktığı için	4 (26,6)
Hatırlatıcı saat veya takvim kullanılıyor mu?	Evet	54 (15,9)
	Hayır	
Doktor kontrolü ne sıklıkla yapılıyor?	Her ay	70 (20,6)
	Üç ayda bir	46 (13,5)
	Altı ayda bir	32 (9,4)
	Yılda bir	21 (6,2)
	Düzensiz	103 (30,3)
	Yapılmaz	68 (20,0)

4.5. Çoklu İlaç Kullanımının Etkileri Hakkında Bilgi ve Algılar

Çoklu ilaç kullanımıyla ilgili hazırlanmış anket sorularının puanlamasına bakıldığında;

Bakım verenlerde yaşı ≤ 55 olanlarda 78,5 (21,4-100,0) >55 olanlarda 76,5 (14,2-100,0) olarak bulunmuştur.

Cinsiyeti kadın olanlarda puan 77,5 (14,2-100,0) erkek olanlarda 77,8 (28,5-100,0) olarak bulunmuştur.

Eğitim durumu ilköğretim olanlarda 75,2 (14,2-100,0) lise olanlarda 81,8 (21,4-100,0) üniversite ve üzeri olanlarda 83,2 (57,1-100,0) olarak saptanmıştır. ($p<0,001$)

Medeni durumu bekar olanlarda 78,7 (42,8-100,0) evli olanlarda 77,4 (14,2-100,0) olarak bulunmuştur.

Mesleği ev hanımı olanlarda 76,1 (14,2-100,0) çalışanlarda 81,8 (42,0-100,0) emeklilerde 77,2 (28,5-100,0) çalışmayanlarda 79,3 (64,2-100,0) olarak bulunmuştur.

Daha önce hasta bakma deneyimi olanlarda 77,3 (28,5-100,0) olmayanlarda 77,7 (14,2-100,0) olarak bulunmuştur.

Raporlu ilaç kullanan bakım verenlerin 76,9 (14,2-100,0) ilaç kullanmayanların 78,5 (21,4-100,0) olarak bulunmuştur.

Çalışmaya alınan hastanın kullandığı ilaç sayısı <5 olanların 77,7 (14,2-100,0) ≥ 5 olanların 77,4 (35,7-100,0) olarak bulunmuştur.

Bakım verenin bakmakla yükümlü olduğu hasta sayısı bir kişi olanların 77,7 (14,2-100,0) birden fazla kişi olanların ise 76,1 (50,0-100,0) olarak bulunmuştur.

Hastaya bakan bakım veren hastanın yakını olduğunda 77,5 (14,2-100,0) ücretli bakıcı olduğunda 79,9 (57,1-100,0) olarak bulunmuştur.

Hastaya bakma sebebine bakıldığında hastaya bakacak başka kimse olmadığı için bakanların 77,8 (35,7-100,0) para kazanmak için bakanların 81,4 (57,1-100,0) ve diğer sebeplerle bakanların 77,1 (14,2-100,0) olarak bulunmuştur.

Ekonomik durumu asgari ücret ve altı 76,8 (21,4-100,0) asgari ücret üstü olanların 78,2 (14,2-100,0) olarak bulunmuştur.

Bakım verme süresi ≤ 24 ay olanlarda 78,1 (21,4-100,0) > 24 ay olanlarda 77,0 (14,2-100,0) olarak bulunmuştur.

Tablo 11: Sosyodemografik özelliklere göre anket cevap puanı

	n (%)	Puan Medya (IQR ₂₅₋₇₅)	p
Bakım verenin yaşı ¹	≤ 55 183 (53,9) > 55 157 (46,1)	78,5 (21,4-100,0) 76,5 (14,2-100,0)	0,360
Bakım verenin cinsiyeti ¹	Kadın 238 (70) Erkek 102 (30)	77,5 (14,2-100,0) 77,8 (28,5-100,0)	0,988
Eğitim Durumu ²	İlköğretim 229 (67,3) Lise 56 (16,5) Üniversite ve üstü 55 (16,2)	75,2 (14,2-100,0) 81,8 (21,4-100,0) 83,2 (57,1-100,0)	<0,001
Bakım verenin medeni durumu	Bekar 54 (15,9) Evli 286 (84,1)	78,7 (42,8-100,0) 77,4 (14,2-100,0)	0,714
	Ev hanımı 201 (59,1) Çalışıyor 65 (19,1)	76,1 (14,2-100,0) 81,8 (42,0-100,0)	0,118

Bakım verenin mesleği	Emekli 53 (15,6) Çalışmıyor 21 (6,2)	77,2 (28,5-100,0) 79,3 (64,2-100,0)	
Önceki deneyimi ¹	Yok 242 (71,1) Var 98 (28,9)	77,7 (14,2-100,0) 77,3 (28,5-100,0)	0,711
Bakım verenin raporlu ilaç kullanımı ¹	Yok 162 (47,7) Var 178 (52,3)	78,5 (21,4-100,0) 76,9 (14,2-100,0)	0,311
Hastanın kullandığı raporlu ilaçlar ¹	≤4 182 (53,5) >4 158 (46,5)	77,7 (14,2-100,0) 77,4 (35,7-100,0)	0,676
Bakım verenin bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı ¹	Bir hasta 316 (93) Birden fazla hasta 24 (7)	77,7 (14,2-100,0) 76,1 (50,0-100,0)	0,457
Hastaya yakınlık derecesi ²	Hasta yakını 324 (95,3) Ücretli bakıcı 16 (4,7)	77,5 (14,2-100,0) 79,9 (57,1-100,0)	0,675
Hastaya bakma sebebi ²	Başka bakan olmadığı için 148 (43,5) Para kazanmak için 15 (4,4) Diğer sebepler 177 (52,1)	77,8 (35,7-100,0) 81,4 (57,1-100,0) 77,1 (14,2-100,0)	0,729
Ekonomik durum ¹	Asgari ücret ve altı 158 (46,5) Asgari ücret üstü 182 (53,5)	76,8 (21,4-100,0) 78,2 (14,2-100,0)	0,586
Bakım verme süresi ¹	≤24 ay 171 (50,3) >24 ay 169 (49,7)	78,1 (21,4-100,0) 77,0 (14,2-100,0)	0,779

¹Mann Whitney U Testi, ²Kruskal Wallis Testi

5. TARTIŞMA

Akılıcı İlaç Kullanımı her birey için önemli olmakla birlikte, özellikle kırılğan bakım hastalarıyla yakından ilgilenen bakım verenler açısından çok daha büyük bir öneme sahiptir. Ülkemizde ve dünyada hekimlerin, sağlık çalışanlarının, hastaların ve bakım verenlerin bu konuda daha bilinçli olması ve farkındalıklarının artırılması, yalnızca ülke ekonomisine olan yükü azaltmakla kalmaz, aynı zamanda hastaların daha sağlıklı ve konforlu bir yaşam sürmelerine de katkı sağlar (15, 20).

Polifarmasi için ESH kapsamında yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Muğla ilinde 65 yaş üstü 255 hastanın yaş ortalaması $82,19 \pm 7,61$ olup, yaş aralığı 65-104 %71,8'i kadın (n=183), %28,2'si erkek (n=72) hastalardan oluşmaktaydı (59). Özçakır'ın (2023) çalışmasını ise yaş ortalaması $46,4 \pm 13,7$ %55,2'si kadın olan bakım verenler (n=37) oluşturmaktaydı. Bu çalışmaya dahil edilen hasta grubunun yaş aralığının diğer çalışmalardan küçük olmasının nedeni, serebral palsi (SP) ve lösemi gibi tanılara sahip çocuk hastaların da dahil edilmiş olmasıdır. Bu durum, hasta grubunun yaş dağılımını etkilemiştir. Diğer yandan, bakım verenlerin yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı, diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Hasta cinsiyetinde kadınların ağırlıkta olması literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik göstermekte ve belirgin fark gözlenmiştir (15, 59, 91).

Aydoğdu Kocadağ'ın (2016) araştırmasına katılan ESH Hastaların 25 (%9,8)'inin yalnız yaşadığı belirtilmişti. Bu çalışmada hastaların birlikte yaşadığı kişiler değerlendirildiğinde yalnız yaşayan hastalar çalışmaya dahil edilmediğinden verilerimiz bir miktar farklılık göstermektedir.

Bakım verenleri kapsayan diğer çalışmada bakım verenlerin %86,7'si yakınları, %77,3'ü birinci derece yakınları iken %13,3'ü ücretli bakıcılardı (15). Gündük'ün bulguları ülkemiz de ve dünyadaki diğer çalışmalarla uyumluydu (92, 93). Ancak bu çalışmada ücretli bakıcı oranının düşük hasta yakını oranının yüksek olması çalışmanın yapıldığı bölgedeki aile bağlarının kuvvetli olduğunu ya da ücretli bakıcılık faaliyetinin düşük olduğunu düşündürmektedir.

Hastaya bakılma sebebi değerlendirildiğinde literatürde benzer çalışma görülmedi. Bakım verenlerin 135 (%39,7)'i zorunluluk ve para kazanmak haricinde manevi sebeplerle bakım vermekteydi.

Bakım verenlerin eğitim ve çalışma durumu değerlendirildiğinde bu çalışmada aktif olarak çalışmayanlar literatür verileri ile yaklaşık aynı değerdeydi. Okur yazar olmayanlar çalışmaya dahil edilmediği için bu çalışmada ilköğretim düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanlar daha yüksek olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmalara göre ilköğretim ve üstü eğitim seviyesinin bu çalışmada belirgin daha yüksek olması çalışmanın yapıldığı bölgenin eğitim seviyesinin çalışmanın yapıldığı diğer bölgelerden yüksek olduğunu düşündürmektedir. İkinci bir neden olarak ta çalışmaya kronik hastalığı olan yaşça küçük hastalara bakım veren genç ebeveynlerin dahil edilmesi bu oranın yükselmesine neden olmuş olabilir (59, 92, 94, 95).

Birden fazla hastaya bakım vermek bakan kişilerin bakım yükünü artırmakta; fazla sayıdaki ilaçları takip etmesi, informal bakımın zorlaşması, bakım verenin kendisine ve ailesine zaman ayıramamasına neden olmaktadır. Bir hastaya uzun zamandır bakım verenlere ve aynı anda birden fazla hastaya bakım verenlere bakım verme sebepleri sorulduğunda, bakım verme süreçlerindeki zorlukları haricen anlatmaları bu yükü daha çok fark edilir kılmıştır.

Diğer çalışmalardaki katılımcıların yaklaşık %51,5'i asgari ücret ve altında bir gelire sahipti (84, 96). Bu çalışmadaki asgari ücret ve altında geliri olanların daha az sayıda olması çalışma yapılan merkezlerin ekonomik gelişmişlik farkından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Benzer çalışmalarda HT (%56,5), (%47,0) oranlarıyla çalışmanın en yüksek oranına sahipti. Bu çalışmadaki hastaların sahip olduğu kronik tanıli hastalıklar değerlendirildiğinde HT diğer çalışmalardaki gibi en yüksek orana sahipti (15, 39). Demans ve SVO tanıları yine aynı çalışmalara göre belirgin derece düşük kalmaktaydı. Bunun nedeni bu çalışma kapsamında yaş sınırı olmadığı için lösemi, SP, Omurilik felci gibi kronik hastalık tanıli genç hastaların dahil edilmiş olmasıyla bağdaştırılabilir. Bu da totalde SVO-demans oranını düşürmektedir. Ancak tüm nörolojik hastalıklar tek kategoride değerlendirildiğinde çalışmadaki oran diğer çalışmalara göre bir miktar yüksek olmaktadır. DM ve Tiroid hastalıkları ayrı ayrı ve birlikte değerlendirildiğinde çalışmadaki oran diğer çalışmalara göre belirgin derece düşük olmaktadır (15, 39). Bu duruma çalışmanın yapıldığı merkezin beslenme kültürünün ve çalışmaya alınan hastaların yaş grubunun benzer çalışmalardan daha düşük olmasının getirdiği düşük komplikasyon oranının sebep olduğu düşünülmektedir

Diğer çalışmalardaki hastaların immobilité ve mobilité oranları birbirine yakındı ve tam yatalak olma durumu %45-46 civarındaydı (15, 91). Ancak bu çalışmada daha düşük düzeydeydi. Bu oransal fark diğer çalışmaların oturabilen hastaları da tam bağımlı kategorisinde değerlendirmesi veya bizim çalışmamıza katılmayı kabul eden bakım verenlerin yakınlarının durumundan kaynaklı olabilir.

Polifarmasi oranına bakıldığında Kocadağ'ın (2016) çalışmasında %48,6 Çelickci'nin (2021) çalışmasında %47 idi. Bu çalışmadaki polifarmasi bulguları diğer çalışmalarla benzerdi.

Kocadağ'ın (2016) yaptığı çalışmada hastaların 72 (%29,1)'sinin düzenli ilaç kullanmadığı, sebebi ise %33,3 oranında ilaçların unutulması olarak bulunmuştu. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin neredeyse hepsi ilaçları düzenli olarak verdiklerini belirttiler. Bakım verenler hangi sebeple bakım veriyor olurlarsa olsunlar bunu bir sorumluluk olarak benimsemiş olmaları veya hastayı ihmal ediyormuş izlenimi oluşmasın diye sosyal beklentiye uygun yanıt vermelerinden dolayı bu çalışmadaki oran bu kadar yüksek çıkmış olabilir. Çünkü bakım verenlerin 54 (%15,9)'ü ilaç kullanımı için hatırlatıcı saat veya not kullanmaktaydı.

Çalışmaya alınan hastalara 36 (%10,6)'sı hacamat, geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri yaptırılmıştı. Bitkisel ürün kullanan hastaların 12 (%20,0)'si kantaron bitkisi, kullanmaktaydı. Çalışmada ki alternatif tıp kullanma oranı diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzerdi (91, 97). Hacamat bu çalışmada belirgin farkla en çok uygulanan GETAT yöntemi idi. Bu farklılığın oluşmasında bölgenin dini görüşünün etkili olduğu düşünülmektedir.

Düzensiz doktor kontrolü yapılan ve herhangi bir doktor kontrolü yapılmayan hastaların bakım verenlerine bu durumun sebepleri soruldu. Herhangi bir doktor kontrolü yapılmama sebebi olarak hasta yakınlarının uzun bir ömür beklentisi olmaması, hasta yaşının çok ileri olması ve mevcut hastalığın amansız olması gibi sebepler olduğu öğrenildi. Düzensiz doktor kontrolü yapılan hastaların ise genel olarak şikayetinın olması durumunda kontrole götürüldüğü öğrenildi.

Çalışmaya alınan hasta ve bakım verenlerin demografik verileri ve sahip olduğumuz diğer verilerle, bakım verenlerin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik hazırlanan 14 soruya bakım verenlerin verdiği doğru cevap puanları toplanarak belirlenen toplam cevap puanı karşılaştırıldı. Bakım verenin yaşının, cinsiyetinin, evli

veya bekar olmasının, aktif çalışma durumunun, ekonomik gelirinin bilgi seviyesinde anlamlı farklılık oluşturmadiğı görüldü.

Eğitim durumu arttikça bakım veren doğru cevap puanının arttiğı tespit edildi. Bu bulgu beklenenle ve çalışma amacıyla uyumluydu.

Bakım verenin daha önceki bakım deneyimi ve bakım verme süresi ile cevap puanı arasında beklenenin aksine anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Deneyim arttikça cevap puanının artması bekleniyordu.

Bakım verenin hastaya olan yakınlık derecesinin ve bakım verme sebebinin cevap puanında beklenenin aksine anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Bakım verenin hastaya yakınlığı arttikça sorumluluk duygusunun artacağı ve böylece doğru cevap puanının artması bekleniyordu. Alternatif olarak ücretli bakım verenlerin tecrübelerinden dolayı daha fazla puan alabileceğı düşünöldü.

Bakım verenin kullandığı ilaç sayısı ve hastanın kullandığı ilaç sayısı ile kıyaslandığında cevap puanında beklenenin aksine anlamlı bir farklılık oluşturmadiğı görüldü. Bakım verenin kendi kullandığı ilaç sayısı arttikça ilaç kullanımıyla daha yakından ilgileneceğı için cevap puanının artması bekleniyordu. Hastanın kullandığı ilaç sayısı arttikça da bilmediğı farklı ilaçların kullanımını öğrenmesi gerektiğı için cevap puanında artma bekleniyordu.

Psikiyatrik hastalığın çoklu ilaç kullanımıyla ilgili bilgiyi ne yönde etkilediğı değerlendirildi. Bakım verenlerin psikiyatrik hastalık tanısı olanlarla olmayanlar arasında cevap puanında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü.

Eğitim düzeyi dışında diğere parametrelerin cevap puanını istatistiki olarak değıştirmemesi bakım verenlere eğitim verildiğı takdirde hasta yaklaşımı açısından anlamlı bir fark oluşturuncağını düşöndürdü.

Bakım verenlerin destek oldukları bakım hastası için uyguladıkları alternatif tıp ve bitkisel tedavi yöntemine bakıldığında hacamatın 36 (%10,6) ile en yüksek alternatif tıp yöntemiydi. Çoklu ilaç kullanımıyla ilgili bilgi seviyesini ölçmeye yönelik hazırlanmış olan sorularda 3. soru (Hacamat, sölük, kuru kupa uygulaması gibi GETAT uygulamalarının herhangi bir zararı yoktur) sorulduğunda bakım verenlerin çok büyük bir kısmı; peygamberimiz yapmış olduğuna göre tabi ki zararı yoktur şeklinde cevaplar verdi. Bu nedenle hacamatın en yüksek oranda olması çalışmanın yapıldığı bölgeye hakim dini görüş ile ilgili olduğü düşünöldü.

Bitkisel ürün kullananların 12 (%20,0)'si kantaron bitkisi kullanıyordu. En yüksek oranın kantaron bitkisinde olması çalışmanın bakım hastaları kapsamında olmasından kaynaklıydı. Çünkü dekübitleri olan hastalar için yara iyileşmesi amacıyla kullanılıyordu.

Malignite, SVO, Demans gibi ümidin kesildiği hastalıklarla diğer hastalıklara sahip bakım hastalarına bakım verenlerin alternatif tedavi yaklaşımları karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık görülmedi. Bunun nedeni zaten bakıma muhtaç olan, bilinç durumu yeteri kadar iyi olmayan, yeteri kadar beslenemeyen hastaya GETAT yöntemlerinin ve bitkisel ürünlerin ne yönde etki edeceğinin bilinmemesi olabilir.

Çoklu ilaç kullanımıyla ilgili bilgi seviyesini değerlendirmek için hazırlanan sorulardan en çok doğru cevap verilen sorunun 13. Soru (İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir) olması bakım verenlerin çocuklarının ve torunlarının kullandığı ilaçlardan dolayı doz hesabı kavramın aşına olmasıyla bağdaştırılabilir. En az doğru cevap verilen sorunun 3. Soru (Hacamat, sülük, kuru kupa uygulaması gibi GETAT uygulamalarının herhangi bir zararı yoktur) olması çalışmanın yapıldığı bölgeye hakim dini görüş ile bağdaştırıldı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya alınan bakım hastalarına bakım verenler çoklu ilaç kullanımına yaklaşımları ve alternatif tedavi yöntemlerini uygulamaları açısından değerlendirildi. Elde edilen veriler hasta ve bakım verenlerin demografik verileriyle karşılaştırıldı. Eğitim seviyesi ile cevap puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi. Eğitim seviyesi haricindeki verilerin cevap puanı üzerinde istatistiki olarak anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı görüldü. Çalışma hipotezi eğitim seviyesi arttıkça hastanın konfor ve yaşam süresinin artacağı yönündeydi. Elde edilen veriler eğitim seviyesinin önemini destekler nitelikteydi. Günün hangi saatinde ilaç verilmesi gerektiği, kullanılacak ilaç için aç veya tok kullanımdan hangisinin daha uygun olduğu gibi konuları bilen bakım veren, hastanın beden regülasyonunu dengede tutma ve gelişebilecek komplikasyonları önlemede daha başarılı olacaktır.

Akılcı İlaç Kullanımı ilkeleri çoklu ilaç kullanımının beraberinde getirebileceği çevresel kirlilik, ekonomik kayıplar, yan etki ve komplikasyonları önlemede en etkin yollardan biridir. Ülkemizde ve dünyada AİK ilkelerini sağlık profesyoneli olan ve olmayan herkesin bilmesi ve uygulaması gerekmektedir. Çalışmada görüldüğü üzere eğitim düzeyi bilgiyi etkileyen en önemli kriterlerden biridir. Her ne kadar bu çalışma bakım verenleri kapsamaktaysa da hekimlerin, sağlık çalışanlarının, hastaların ve bakım verenlerin bu konuda eğitilmeleri yararlı olacaktır. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının eğitimi, toplumla kurdukları doğrudan temas sayesinde hem toplumun bilinç düzeyini artırmakta hem de AİK ilkeleriyle daha etkin tedaviyle ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır. Bakım verenlerin eğitimi kendileri başta olmak üzere; bakım verdikleri hasta, sorumlu oldukları mevcut aile üyeleri açısından çok boyutlu yarar sağlayacaktır. Başta politikacılar olmak üzere sağlık profesyonelleri ve halkın tamamını kapsayan eğitim programlarının düzenlenmesi, görsel-işitsel medya araçları aracılığıyla toplumda farkındalığın artırılması, ayrıca eczane ve aktar gibi satış noktalarında ilaç ve bitkisel ürünlerin denetiminin etkin bir şekilde sağlanması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Duman H. Konya ilinde evde bakım ihtiyacı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükünün, yaşam kalitesinin ve bunlarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi. 2019.
2. Bilge U, Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliğinde akılcı ilaç kullanımı. Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı İstanbul, Tahev Yayınları No. 2019;7.
3. Organization WH. The rational use of drugs. Report of the conference of experts. Geneva: World Health Organization: 1985. 2015.
4. Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Alkan A, Öncül H. Toplumun akılcı ilaç kullanımına bakışı. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Ankara. 2011.
5. Arat G. Kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve evsel ilaç atık farkındalık düzeyinin belirlenmesi. 2023.
6. Oral S. Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışları. Abant Medical Journal. 2021;10(3):330-44.
7. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17(2):74-82.
8. Durna Z, Akın S. Kronik hastalıklar ve bakım. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. 2012;1-8.
9. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi. 2012;9(3):22-9.
10. Ademoğlu MÇ, Kutlu İ. Evde Bakım Desteğinden Faydalanan Ailelerde Bakım Yükü. IJSS. 2024;8(35):397-418.
11. Duru Aşiret G. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
12. Bekdemir A. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunlar ve bakım yükünün belirlenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
13. Cheng S-T, Mak EP, Lau RW, Ng NS, Lam LC. Voices of Alzheimer caregivers on positive aspects of caregiving. The Gerontologist. 2016;56(3):451-60.
14. Kurumu Tİ. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023: TÜİK; 2024 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2023-53710>].
15. Güdük Ö, Güdük Ö, Sertbaş Y. Evde sağlık hizmetlerinde informal bakım verenlerin bilgi ve beceri düzeyinin belirlenmesi. Online Turkish Journal of Health Sciences. 2020;5(4):648-60.
16. Boyle PA, Cohen RA, Paul R, Moser D, Gordon N. Cognitive and motor impairments predict functional declines in patients with vascular dementia. International journal of geriatric psychiatry. 2002;17(2):164-9.
17. Mlinac ME, Feng MC. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. Archives of Clinical Neuropsychology. 2016;31(6):506-16.
18. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi. 2009;46.
19. Zarit SH. Family care and burden at the end of life. Cmaj. 2004;170(12):1811-2.
20. Kütahyalı GN, Şentürk SG. Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Olumlu Bakım Verme Deneyimlerinin İncelenmesi. Geriatrik Bilimler Dergisi. 2024;7(3):171-83.
21. Orak OS, Sezgin S. Kansere Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği. 2015;6(1).
22. Okyay RA, Erdoğan A. Self-medication practices and rational drug use habits among university students: a cross-sectional study from Kahramanmaraş, Turkey. PeerJ. 2017;5:e3990.

23. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(9).
24. Lee EA, Brettler JW, Kanter MH, Steinberg SG, Khang P, Distasio CC, et al. Refining the definition of polypharmacy and its link to disability in older adults: conceptualizing necessary polypharmacy, unnecessary polypharmacy, and polypharmacy of unclear benefit. *Perm J*. 2020;24(18):212.
25. Guillot J, Maumus-Robert S, Bezin J. Polypharmacy: a general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapies*. 2020;75(5):407-16.
26. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Therapeutic advances in drug safety*. 2020;11:2042098620933741.
27. Gomes MS, Amorim WW, Morais RS, Gama RS, Graia LT, Queiroga HM, Oliveira MG. Polypharmacy in older patients at primary care units in Brazil. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2019;41:516-24.
28. McMahon M, Hatton C, Bowring D. Polypharmacy and psychotropic polypharmacy in adults with intellectual disability: A cross-sectional total population study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2020;64(11):834-51.
29. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*. 2017;17:1-10.
30. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM-d. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Family practice*. 2000;17(3):261-7.
31. Zarowitz BJ, Stebelsky LA, Muma BK, Romain TM, Peterson EL. Reduction of high-risk polypharmacy drug combinations in patients in a managed care setting. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2005;25(11):1636-45.
32. Papapetrou I, Jelastopulu E, Symeonidou E, Kleridou M, Floridou D, Charalambous G. Investigation of polypharmacy and rational prescribing in elderly patients in a health centre of Nicosia, Cyprus. *China-USA Business Review*. 2012;11(12).
33. Dw K. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. *Jama*. 2002;287:337-44.
34. Wastesson JW, Morin L, Tan EC, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert opinion on drug safety*. 2018;17(12):1185-96.
35. Sahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Health Sciences Institute*. 2018;6(1):15-25.
36. Wyles H, Rehman H. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European journal of internal medicine*. 2005;16(5):311-3.
37. Sofulu F, Karadakovan A. Geriatrik Bireylerin Polifarmasi ve İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2022;7(3):529-33.
38. Soltys A, Tyburski E. Predictors of mental health problems in formal and informal caregivers of patients with Alzheimer's disease. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):435.
39. Çelikçi S. Palyatif bakım servisindeki yaşlı hastalarda polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımının beers ve TIME-to-STOP kriterlerine göre değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021;47(3):405-9.
40. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN, et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. *Journal of critical care*. 2003;18(4):201-5.
41. Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı Ve Bakım. 2014.
42. Işık A, Doruk H, Mas M. Yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri. *Klinik Gelişim Dergisi*. 2004;17(2):25-31.

43. Doshi JA, Shaffer T, Briesacher BA. National estimates of medication use in nursing homes: findings from the 1997 medicare current beneficiary survey and the 1996 medical expenditure survey. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(3):438-43.
44. Arslan Ş, Atalay A, Kutsal Gy. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Geriatrici*. 2000;3(2):56-60.
45. Elkin N. Yaşlılarda Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanımına Aile Hekimliği Yaklaşımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020(11):279-90.
46. Aydos Tr, Emre Aydingöz S, Lux Km, Efe Oe, İşli F, Aksoy M, Kadi E. Polypharmacy Prevalence Among Geriatric Patients In Primary Healthcare Settings Across Turkey: A Cross-Sectional Analysis Through The Nationwide Prescription Information System. *Turkish Journal Of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2020;23(2).
47. Beggi B, Aşık Z. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2019;19(2):251-60.
48. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *The Lancet*. 2005;365(9459):579-87.
49. Calikoglu E, Köygeçiz E, Kosan Z, Aras A. Rational drug use and prescribing behavior of family physicians in Erzurum, Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2019;22(5):626-32.
50. Organization WH. Safety of medicines: a guide to detecting and reporting adverse drug reactions: why health professionals need to take action. World Health Organization; 2002.
51. Dagli RJ, Sharma A. Polypharmacy: a global risk factor for elderly people. *Journal of international oral health: JIOH*. 2014;6(6):i.
52. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999;47(1):30-9.
53. Lai S-W, Liao K-F, Liao C-C, Muo C-H, Liu C-S, Sung F-C. Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study. *Medicine*. 2010;89(5):295-9.
54. Pana A, Sourtzi P, Kalokairinou A, Velonaki VS. Sarcopenia and polypharmacy among older adults: a scoping review of the literature. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2022;98:104520.
55. Chang TI, Park H, Kim DW, Jeon EK, Rhee CM, Kalantar-Zadeh K, et al. Polypharmacy, hospitalization, and mortality risk: a nationwide cohort study. *Scientific reports*. 2020;10(1):18964.
56. Lande RG, Gagnani C. Relationships between polypharmacy and the sleep cycle among active-duty service members. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2015;115(6):370-5.
57. Küçükdağlı P. Polypharmacy and related factors in geriatric outpatients. *Eur J Geriatric Gerontol*. 2019;1(2):56-60.
58. Erbay Ö. Yaşlılarda Büyüyen" Polifarmasi" Sorunu: Hemşirelerin Rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2018;10(3).
59. Aydoğdu Kocadağ B, Çelik A, Dinçer E, Karadaban Emir G, Uzay Çetinkaya P, Özcan M, et al. Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastalarda polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımının değerlendirilmesi. *Çiftlik Hayvanlarında Davranış ve Refah İlişkisi Farm Animal Behaviour and Welfare Relationship*. 2016.
60. Baş G. Geriatrik bireylerde polifarmasinin kognitif durum ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkileri: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
61. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(3):385-95.
62. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British journal of clinical pharmacology*. 2004;57(1):6-14.

63. Midlöv P. Pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *OA Elderly Medicine*. 2013;1(1):1.
64. Avorn J, Bohn RL, Mogun H, Gurwitz JH, Monane M, Everitt D, Walker A. Neuroleptic drug exposure and treatment of parkinsonism in the elderly: a case-control study. *The American journal of medicine*. 1995;99(1):48-54.
65. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *Bmj*. 1997;315(7115):1096-9.
66. İlhan B, Öztürk GB. Yaşlı ve Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics*. 2015;1(1):1-7.
67. Zagaria M. Pharmaceutical care of the older patient. *US PHARMACIST*. 2000;25(2):94-108.
68. Monette J, Gurwitz JH, Avorn J. Epidemiology of adverse drug events in the nursing home setting. *Drugs & aging*. 1995;7:203-11.
69. Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;3(3):44-55.
70. Council NR, Behavioral Do, Sciences S, Integration BoH-S, Care CotRoHFiHH. Health care comes home: the human factors: National Academies Press; 2011.
71. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, et al. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*. 2010;11(3):125-32.
72. Kekeç M. Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
73. Sherwood PR, Given CW, Given BA, Von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of aging and health*. 2005;17(2):125-47.
74. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Palyatif bakım alan kanser hastalarının ağrı yönetiminde integratif yaklaşımlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;4(3):54-64.
75. Lanhers C, Walther G, Chapier R, Lesourd B, Naughton G, Pereira B, et al. Long-term cost reduction of routine medications following a residential programme combining physical activity and nutrition in the treatment of type 2 diabetes: a prospective cohort study. *BMJ open*. 2017;7(4):e013763.
76. Atila UDD. Akılcı Antibiyotik Kullanımı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2017;9(3):1-2.
77. İlhan E. Birinci Basamakta Reçetesiz ilaç Kullanımı Ve Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey); 2021.
78. İstanbulluoğlu S, Çeliker A. İlaç-bitkisel ürün etkileşimlerinin önlenmesinde eczacının rolü. *FABAD Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018;43(3):291-305.
79. Basaran NF, Akici A. Patients' experience and perspectives on the rational use of drugs in Turkey: a survey study. *Patient preference and adherence*. 2012;719-24.
80. Dağdeviren T, Demir N, Adahan D, Dağdeviren M, Tekin O. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinde bakım yükü. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;14(2):186-95.
81. Yaramış Mİ, Ulupınar S. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin akılcı ilaç kullanım davranışları. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2021;4(1):10-20.
82. Ülger E. Birinci basamakta yetişkin hastalarda polifarmasi, akılcı ilaç kullanımı ve tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin araştırılması: Bursa Uludağ University (Turkey); 2021.
83. Köse E, Erdoğan N, Bedir N, Demirbaş M, İnci MB, Karabel MP, et al. Sakarya'nın Taraklı İlçesindeki Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bazı Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(1):80-9.
84. Yaman Z, Demirci HF. Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma. *Turkish Studies-Social Sciences*. 2021;16(1):395-405.
85. Coşkun NC, Sungur MA, Aydın M, Solmaz Cİ, Turhan EÇ, Dizman B, et al. Batı Karadeniz Bölgesinde bir üniversite hastanesine başvuran hasta ve hasta yakınlarının akılcı

ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021;11(2):206-13.

86. Sürmelioglu N, Kiroğlu O, Erdoğan T, Karataş Y. Measures for Prevention of Irrational Drug Use. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2015;24(4):452-62.

87. Solak Y, Kaya E, Yoldaşcan B. Aile Hekimlerinin Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi ve Tutumları. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2021;18(2):193-8.

88. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart J-B, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. European geriatric medicine. 2023;14(4):625-32.

89. Panel AGSBCUE, Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, et al. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2019;67(4):674-94.

90. Panel AGSBCUE. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2023;71(7):2052-81.

91. Kocadağ B. Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastalarda polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımının değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Muğla. 2016.

92. Chen M-C, Kao C-W, Chiu Y-L, Lin T-Y, Tsai Y-T, Jian Y-TZ, et al. Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age. Health and Quality of Life Outcomes. 2017;15:1-10.

93. Koraltan A. Eve bağımlı hastalara bakım verenlerin genel sağlık algısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması: Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.

94. Kalınkara V, Kalaycı İ. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü Ve Tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017;10(2):19-39.

95. Yeşiltaş A, Adıgüzel O. Evde sağlık hizmetlerinde hasta yakınlarının memnuniyeti. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;7(1):863-80.

96. Korkmaz EA. Kırsal alanda yaşayan yaşlılarda polifarmasi yaygınlığı ve ilişkili faktörler: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.

97. Özkaya H, Karakaya Y, Aslaner H, Yaman N, Gül M, Alagöz Ş, Ekinci O. Investigation of the status of using traditional and complementary medicine practices in patients hospitalized in a palliative care center. Konuralp Medical Journal. 2020;12(1):124-30.

EKLER

EK- 2: ANKET FORMU

BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN KİŞİLERİN ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI HAKKINDAKİ BİLGİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1-Hasta yaşı:

2-Hasta cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

3-Hastanın evde sağlık hizmeti alma süresi: yıl ay

4-Hasta kimlerle aynı evde yaşıyor?

☐ Çocuklarıyla ☐ Eşiyle ☐ Torunlarıyla ☐ Annesiyle ☐ Babasıyla ☐ Diğer

5-Hastanın hareketlilik durumu nedir?

☐ Sürekli yatıyor ☐ Oturabiliyor ☐ Destekle yürüyebiliyor

6-Hastanın beslenme şekli nedir?

☐ Nazogastrik sonda ☐ PEG ☐ Damar yolu ☐ Normal yiyor

7-Hastaya bakım veren kimdir?

☐ Ücretli bakıcı ☐ Yakını

8-Bakım veren, hastanın yakınıysa yakınlık derecesi nedir?

☐ 1. Derece yakını ☐ 2. Derece yakını ☐ 3. Derece yakını

9-Bakım veren, hastaya ne zamandır bakıyor?

.....yıl ay

10-Bakım verenin hastaya bakma sebebi nedir?

☐ Başka kimse olmadığı için ☐ Para kazanmak için ☐ Diğer

11-Bakma sebebi ‘diğer’ seçeneği seçildiyse neden hangisidir?

☐ Kardeşler sırayla bakıyor ☐ Bakan kişiye yardım için ☐ Sevdığı için
☐ Vicdanının rahatlaması için ☐ Sevap kazanmak için

12-Bakım verenin yaşı:

13-Bakım verenin cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

14-Bakım verenin eğitim durumu nedir?

☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ve üstü

15-Bakım verenin mesleği nedir?

☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ İşçi veya özel sektör ☐ Emekli ☐ Çalışmıyor
☐ Öğrenci

16-Bakım verenin daha önce bakım verme deneyimi oldu mu?

☐ Hayır ☐ Evet

17-Bakım verenin bakmakla sorumlu olduğu başka bakım hastası var mı?

☐ Yok ☐ Var

18-Bakım verenin ekonomik durumu nedir?

☐ Asgari ücret ve altı ☐ Asgari ücretten fazla

19-Bakım verenin medeni hali nedir?

☐ Bekar ☐ Evli

20-Bakım verenin çocuğu var mı?

☐ Yok ☐ Var→ Sayısı

21-Bakım verenin tanıli hastalıkları nelerdir?

Diyabetes Mellitus		KOAH	
Hipertansiyon		Nörolojik Hastalık	
Tiroid Hastalığı		Romatolojik Hastalık	
Kronik Böbrek Hastalığı		Psikiyatrik Hastalık	
Koroner Arter Hastalığı		Malignite	
Kardiyolojik Hastalık		Diğer Hastalıklar	
Astım			

22-Bakım verenin kullandığı raporlu ilaçlar nelerdir?

Sistemik İlaçlar (Tablet, enjeksiyon, inhaler)	Lokal İlaçlar (Krem, damla, sprej)
1-	1-
2-	2-
3-	3-
4-	4-
5-	5-
6-	6-
7-	7-
8-	8-
9-	9-
10-	10-

23-Hastanın tanıli hastalıkları nelerdir?

Diyabetes Mellitus		Demans	
Hipertansiyon		Serebrovasküler olay	
Tiroid Hastalığı		Nörolojik Hastalık	
Kronik Böbrek Hastalığı		Romatolojik Hastalık	
Koroner Arter Hastalığı		Psikiyatrik Hastalık	
Kardiyolojik Hastalık		Malignite	
Astım		Diğer Hastalıklar	
KOAH			

24-Hastanın kullandığı raporlu ilaçlar nelerdir?

Sistemik İlaçlar (Tablet, enjeksiyon, inhaler)	Lokal İlaçlar (Krem, damla, sprey)
1-	1-
2-	2-
3-	3-
4-	4-
5-	5-
6-	6-
7-	7-
8-	8-
9-	9-
10	10

25-Hastanın kullandığı raporlu olmayan ilaçları nelerdir?

Sistemik İlaçlar (Tablet, enjeksiyon, inhaler)	Lokal İlaçlar (Krem, damla, sprey)
1-	1-
2-	2-
3-	3-
4-	4-

26-Raporlu olmayan ilaçlar ne zamandır kullanılıyor?

☐ 0-1 yıl arası ☐ 1-5 yıl arası ☐ 5 yıldan fazla

27-Raporlu olmayan ilaçlar ne için kullanılıyor?

☐ Ağrılarının geçmesi ☐ Bağışıklığının güçlenmesi ☐ Enfeksiyonun geçmesi/oluşmaması ☐ Diğer.....

28-Raporlu olmayan ilaçlar kimin önerisiyle başladı?

☐ Doktor ☐ Eczacı ☐ Komşu ☐ Sosyal Medya ☐ TV programı ☐ Diğer.....

29-Hasta için kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri var mı?

☐ Hacamat ☐ Akupunktur ☐ Sülük ☐ Kuru Kupa uygulaması ☐ Diğer.....

30-Hasta için kullanılan takviye gıda, bitkisel ilaç veya ürün var mı?

Bitkisel ilaçlar	Takviye ürünler	Vitamin/Mineral	Diğer
1-	1-	1-	1-
2-	2-	2-	2-
3-	3-	3-	3-
4-	4-	4-	4-

31-Hasta ilaçları düzenli kullanıyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

32-Hasta ilaçları düzenli kullanmıyorsa neden kullanmıyor?

☐ Tadını sevmiyor ☐ Faydası olduğuna inanmıyor ☐ Diğer

33-Hastanın ilaçları düzenli kullanmamasına sebep olan diğer nedenler nedir?

☐ İlaçların tadını sevmediğinden ☐ Faydası olduğuna inanmadığından ☐
Demanstan dolayı yutmayı unuttuğundan ☐ İlaç içmekten bıktığından

34-Bakım veren, hastanın ilaçları için hatırlatıcı saat veya not kullanıyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

35-Hastaya ne sıklıkla doktor kontrolü yapılıyor?

☐ Her ay ☐ 3 ayda bir ☐ 6 ayda bir ☐ Yılda bir ☐ Düzensiz
kontrol yapılır. ☐ Kontrol yapılmaz.

Bakım verenin düşüncesine uygun seçenekler işaretlenecektir.

1-Bitkisel ürünlerin herhangi bir zararı yoktur.

☐Evet ☐Hayır

2-İlaç dışı B12, omega, magnezyum vb. takviye gıda ürünlerinin herhangi bir zararı yoktur.

☐Evet ☐Hayır

3-Hacamat, sülük, kuru kupa uygulaması gibi GETAT uygulamalarının herhangi bir zararı yoktur.

☐Evet ☐Hayır

4-İlaçların herhangi bir zararı yoktur.

☐Evet ☐Hayır

5-İlaçlar bazı yan etkiler oluşturabilir.

☐Evet ☐Hayır

6-Tüm ilaçlar aynı yan etkiyi oluşturur.

☐Evet ☐Hayır

7-Tüm ilaçlar tok karnına kullanılır.

☐Evet ☐Hayır

8-Tüm ilaçlar günün herhangi bir saatinde kullanılabilir.

☐Evet ☐Hayır

9-İlaçlar birbiriyle etkileşebilirler.

☐Evet ☐Hayır

10-Pahalı olan ilacın faydası daha fazladır.

☐Evet ☐Hayır

11-Kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastanın iyileşme ihtimali artar.

☐Evet ☐Hayır

12-Tüm ilaçların tedavi süresi birbirine eşittir.

☐Evet ☐Hayır

13-İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.

☐Evet ☐Hayır

14-Bazı ilaçlar bağımlılık yapabilir.

☐Evet ☐Hayır

