

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
EVDE HASTA BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI



**Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Polifarmasi ve Akılcı İlaç  
Kullanım Farkındalığı ile Kırılganlık İlişkisi**

Yüksek Lisans Tezi

**Kübra KARTAL BEDER**

Danışman

**Dr.Öğr.Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU**

SAMSUN  
2025

## TEZ KABUL VE ONAYI

**Kübra KARTAL BEDER** tarafından, **Dr.Öğr.Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU** danışmanlığında hazırlanan **EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN YAŞLI BİREYLERDE POLİFARMASİ VE AKILCI İLAÇ KULLANIM FARKINDALIĞI İLE KIRILGANLIK İLİŞKİSİ** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 5.2.2025 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	<b>Unvanı Adı Soyadı</b>	<b>Üniversitesi</b>	<b>Ana Bilim/Ana Sanat Dalı</b>	<b>Sonuç</b>
<b>Başkan</b>	Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul
			Hemşirelik Bölümü	<input type="checkbox"/> Ret
			Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
<b>Üye Danışman</b>	Dr. Öğr. Üyesi Figen Çavuşoğlu	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul
			Hemşirelik Bölümü	<input type="checkbox"/> Ret
			Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
<b>Üye</b>	Doç. Dr. Ayşe Çal	Ankara Medipol Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul
			Hemşirelik Bölümü	<input type="checkbox"/> Ret
			Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Faik Ahmet SESLİ  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet  (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır

27/12/ 2024

Kübra KARTAL BEDER

## TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

**Tez Başlığı:** EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN YAŞLI BİREYLERDE POLİFARMASİ VE AKILCI İLAÇ KULLANIM FARKINDALIĞI İLE KIRILGANLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 27.12.2024 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 15

Tek kaynak oranı : % 4 çıkmıştır.

27 /12/ 2024

Dr.Öğr.Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU

## ÖZET

### EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN YAŞLI BİREYLERDE POLİFARMASI VE AKILCI İLAÇ KULLANIM FARKINDALIĞI İLE KIRILGANLIK İLİŞKİSİ

Kübra KARTAL BEDER

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

EVDE HASTA BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

Yüksek Lisans, Aralık/2024

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU

**Amaç:** Bu çalışma, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerde polifarmasi ve akılcı ilaç kullanım farkındalığı ile kırılabilirlik ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç Yöntem:** Araştırmanın türü kesitsel özellikte olup evreni Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık biriminde kayıtlı bireyler oluşturmaktadır. Sisteme kayıtlı 100 hasta olup ayrıca bir örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ve 100 hasta ile veri toplama sonlandırılmıştır. Veriler “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği”, “Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerle birlikte pearson korelasyon analizi basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada etik kurul ve kurum izinleri ile birlikte katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

**Bulgular:** Yaşlı bireylerin yaş ortalamaları  $74.20 \pm 8.40$  olup %56’sı erkek, %83’ü evli, %35’i ilköğretim mezunu, %51’i günlük 3 ve daha az ilaç kullanmaktadır. Yaşlı bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı Ölçeği toplam puan ortalamaları  $58.35 \pm 9.65$ ’tir. Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği puanlarına göre kırılabilirlik seviyeleri incelendiğinde; yaşlı bireylerin %26’sının kırılabilir olmadığı, %26’sının görünürde savunmasız, %23’ünün hafif kırılabilir, %13’ünün orta kırılabilir ve %12’sinin şiddetli kırılabilir olduğu belirlenmiştir. Polifarmasi düzeyi ile akılcı ilaç kullanım farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ), polifarmasi düzeyi ile kırılabilirlik düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmaya katılan yaşlıların, polifarmasi düzeyi arttıkça, akılcı ilaç kullanım farkındalıklarında belirgin bir değişim gözlemlenmemekte, ancak polifarmasi arttıkça kırılabilirlik düzeyi artış göstermektedir. Yaşlı bireylerin daha fazla ilaç kullanmaları, sağlık durumlarındaki kırılabilirliği artmasında etkili olmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlılık, Evde sağlık hizmetleri, Polifarmasi, Akılcı ilaç kullanımı.

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN POLYPHARMACY AND RATIONAL DRUG USE AWARENESS AND FRAILTY IN ELDERLY INDIVIDUALS RECEIVING HOME CARE SERVICES

Kübra KARTAL BEDER

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Home Health Care Nursing

Master, December/2024

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Figen ÇAVUŞOĞLU

**Purpose:** This study was conducted to reveal the relationship between polypharmacy and awareness of rational drug use and frailty in elderly individuals receiving home care services.

**Materials and Methods:** The type of the research is descriptive-relational and the population consists of individuals registered in Giresun Training and Research Hospital Home Health Unit. There were 100 patients registered in the system and it was aimed to reach the entire population by not selecting a sample and data collection was finalised with 100 patients. Data were collected using the "Descriptive Information Form", "Edmonton Frailty Scale" and "Rational Drug Use Scale". The data were analysed with SPSS for Windows 22 package programme. The significance level was taken as 0.05 for statistical tests. In the statistical evaluation of the data, Pearson correlation analysis and simple linear regression analysis were used along with descriptive statistics. Written and verbal consent was obtained from the participants along with ethics committee and institutional permissions.

**Results:** The mean age of the elderly individuals was  $74.20 \pm 8.40$ , 56% were male, 83% were married, 35% were primary school graduates, and 51% used 3 or less drugs daily. The mean total score of the Rational Drug Use Awareness Scale of the elderly individuals was  $58.35 \pm 9.65$ . When the frailty levels were examined according to the Edmonton Frailty Scale scores, it was determined that 26% of the elderly individuals were not frail, 26% were apparently vulnerable, 23% were mildly frail, 13% were moderately frail and 12% were severely frail. It was revealed that there was no significant relationship between the level of polypharmacy and the level of awareness of rational drug use ( $p > 0.05$ ), while there was a significant positive relationship between the level of polypharmacy and the level of vulnerability ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** As the level of polypharmacy increases, no significant change is observed in the awareness of rational drug use of the elderly participating in the study, but the level of frailty increases as polypharmacy increases. The fact that elderly individuals use more medication is effective in increasing the frailty in their health status.

**Keywords:** Aging, Home healthcare services, Polypharmacy, Rational drug use.

## ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecinde akademik anlamda gelişme göstermeme büyük katkısı olan, tez konusunun belirlenmesinde bana yol gösteren, başarısı ve azmiyle örnek alacağım çok değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan başta Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı başkanı Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Birsen ALTAY'a, Ebelik bölümü öğretim üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU'ya,

Giresun Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık birimi sorumlu doktoru Doc.Dr Arzu AYRALER'e, birim sorumlusu Duygu AYDIN ve değerli çalışma arkadaşlarıma, hemşire arkadaşım Mehmet ÇÖPOĞLU'na

Eğitim hayatım boyunca bana desteğini her zaman hissettiğim, meslek sahibi olup ayaklarımın üzerinde durmamda en büyük katkısı olan, varlığından güç aldığım, mutluluk kaynağım, canım annem Hacer KARTAL'a manevi desteklerini benden esirgemeyen babam Ahmet KARTAL, ablam Hande KARTAL MUTLU abim Mücahit MUTLU ve çok sevdiğim biricik yeğenim Ahmet Alp MUTLU'ya

Her zaman yanımda olan çalışma sürecinde desteğini benden esirgemeyen bir ömrü beraber geçirmeye söz verdiğim değerli eşim Bahadır BEDER ve değerli BEDER ailesine sonsuz teşekkürlerimi sunarım. İyi ki varsınız.

Kübra KARTAL BEDER

# İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI .....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI .....	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR .....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma .....	4
2.2. Yaşlılık Dönemindeki Değişiklikler .....	5
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık .....	7
2.3.1. Türkiye’de Yaşlılık .....	8
2.3.2. Dünya’da Yaşlılık .....	8
2.4. Evde Sağlık Hizmetleri.....	9
2.4.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantaj ve Sınırlılıkları .....	11
2.4.2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Özellikleri .....	12
2.5. Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetleri .....	14
2.5.1. Evde Sağlık Hizmetinin Yaşlı Bireyler Açısından Önemi .....	15
2.5.2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Sıklıkla Görülen Hastalıklar.....	16
2.6. Kırılganlığın Tarihçesi.....	19
2.7. Yaşlı Bireylerde Kırılganlık .....	20
2.8. Sağlık Hizmetleri Kapsamında Kırılganlığın Önlenmesi .....	24
2.9. Akılcı İlaç Kullanımı .....	24
2.10. Dünyada ve Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı.....	27
2.11. Yaşlı Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı .....	28
2.12. Polifarmasi Kavramı ve Tanımı .....	29
2.12.1. Polifarmasinin Sebepleri .....	31
2.12.2. Polifarmasinin Sonuçları .....	32
2.12.3. Polifarmasi Sıklığı.....	33
2.13. Yaşlı Bireylerde Polifarmasi .....	34
2.14. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Polifarmasi .....	35
2.15. Yaşlı Bireylerde Kırılganlık, Akılcı İlaç kullanımı, Polifarmasi ve Evde Hasta Bakım Hemşireliği.....	36

<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM</b> .....	<b>42</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	42
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	42
3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama .....	42
3.4.1 Tanımlayıcı Bilgi Formu .....	42
3.4.2 Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı Ölçeği (EAİKFÖ) .....	43
3.4.3. Edmonton Kırılganlık Ölçeği .....	43
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	44
3.5.1. Bağımlı Değişkenler .....	44
3.5.2. Bağımsız Değişkenler .....	44
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	44
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	44
3.8. Sınırlılıklar .....	45
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>46</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>51</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>55</b>
<b>7. EKLER</b> .....	<b>56</b>
<b>8. KAYNAKLAR</b> .....	<b>65</b>
<b>9. ÖZ GEÇMİŞ</b> .....	<b>75</b>
<b>10. İLETİŞİM BİLGİLERİ</b> .....	<b>75</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

AİK	: Akılcı İlaç Kullanımı
AİKÖ	: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği
BM	: Birleşmiş Milletler
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Groningen Kırılganlık Ölçeği
HT	: Hipertansiyon
TDK	: Türk Dil Kurumu
TİK	: Türkiye İlaç Kılavuzu
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
NSAİİ	: Antienflamatuar İlaçlar
SHARE	: Avrupa Sağlık, Yaşlanma ve Emeklilik Araştırması

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1: Yaşlı Bireylerde Polifarmasi Düzeyi (n=100) .....	48
Şekil 4.2: Yaşlı Bireylerin Kırılganlık Seviyelerinin Dağılımı (n=100).....	49
Şekil 4.3: Polifarmasi ile Kırılganlık Arasındaki İlişki .....	50



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1: Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=100) .....	46
Tablo 4.2: Yaşlı Bireylerin AİK Farkındalığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları (n=100).....	48
Tablo 4.3: Yaşlı Bireylerin Kırılgnalık Ölçeği Toplam Puanları (n=100).....	49
Tablo 4.4: Polifarmasi, AİK Farkındalığı ve Kırılgnalık Arasındaki İlişki .....	49
Tablo 4.5: Polifarmasi Düzeyinin Kırılgnalık Düzeyine Olan Etkisine Yönelik Regresyon Analizi.....	50



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlılık dönemi, bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan çeşitli değişimlere uğradığı ve bu değişimlerin sağlık üzerinde önemli etkiler yarattığı bir süreçtir. Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıkların artışı ve çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi) yaygın bir durum haline gelmektedir (Bayer ve Yasin, 2022). Polifarmasi, bir bireyin birden fazla ilacı düzenli olarak kullanması anlamına gelir ve yaşlı bireylerde yan etki riski, ilaç-ilaç etkileşimleri ve tedaviye uyum sorunları gibi çeşitli problemleri beraberinde getirmektedir. Bu durum, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ve sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Polifarmasinin bu olumsuz etkileri ile baş edebilmede akılcı ilaç kullanımı önemli hale gelmektedir (Işık, 2004).

Charlesworth ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmada, 1988-2010 yılları arasında 65 yaş üstü bireylerin %40'ının beş veya daha fazla ilaç kullandığı ve bu durumun "polifarmasi" olarak tanımlandığı belirtilmiştir. Bu, yaşlı bireylerin karmaşık ilaç rejimleriyle karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Davi ve arkadaşları (2008) ise 57-85 yaş grubundaki bireylerin %29'unun, 75-85 yaş arasındaki bireylerin ise %36'sının en az beş reçeteli ilaç kullandığını tespit etmiştir. Bu oranlar, yaş ilerledikçe ilaç kullanımının arttığını ve yaşlıların çoklu ilaç kullanımına eğilimli olduğunu vurgulamaktadır. Davidoff ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise yaşlı bireylerde uygunsuz ilaç kullanım oranının %30.9 olduğu saptanmıştır. Özellikle non-steroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), %10.9 ile en yüksek prevalansa sahip ilaç grubu olarak öne çıkmıştır. Bu durum, yaşlı bireylerde uygunsuz ilaç kullanımına yönelik özel önlemler alınması gerektiğini işaret etmektedir. Bu bulgular, yaşlı bireylerde polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımının yaygınlığına dikkat çekerek, ilaç yönetiminde daha etkili stratejilere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Özellikle, sağlık profesyonellerinin yaşlı bireylerin ilaç tedavisini düzenlerken bu sorunlara daha fazla özen göstermesi gerektiği anlaşılmaktadır. Bu durum, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ve sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Polifarmasinin bu olumsuz etkileri ile baş edebilmede akılcı ilaç kullanımı önemli hale gelmektedir.

Akılcı İlaç Kullanımı (AİK), bireylerin ilaçlarını doğru dozda, uygun zamanlarda ve etkili bir şekilde kullanmalarını ifade eder. AİK farkındalığı, özellikle polifarmasiye maruz kalan yaşlı bireylerde, ilaçların etkili ve güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlamak için kritik öneme sahiptir. Ancak, bu farkındalık düzeyinin düşük olması, yanlış ilaç kullanımı ve tedavi başarısızlıklarına yol açmaktadır (Arslan ve ark., 2020). Yaşlılık döneminde polifarmasi ile etkili olduğu görülen bir diğer bileşen de kırılگانlıktır. Kırılگانlık, yaşlı bireylerde görülen fiziksel ve biyolojik rezervlerin azalması, stres faktörlerine karşı dayanıklılığın düşmesi gibi durumlarla karakterize edilen bir sendromdur. Kırılگان bireyler, daha sık hastalanma, düşme, yaralanma ve bağımlılık geliştirme gibi risklerle karşı karşıya kalmaktadır (Cayır, 2020).Yapılan çalışmalarda polifarmasi ile kırılگانlık arasında doğrusal bir ilişki olduğu gösterilirken AİK farkındalığı ile bu değişkenlerin etkileşiminin inceleyen çalışmaların olmadığı görülmüştür. Polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımının birbiri ile ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda kırılگانlık ile de bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (Koçak ve ark., 2017).

Yaşlı birey evde olduğu sürece kendi sağlık bakımının sorumluluğunu üstlenmekte, bu kapsamda her ne kadar evde sağlık hizmeti kapsamında sağlık profesyonelinin desteği olsa bile her anında yanında olamadığı için bu sorumluluk çoğunlukla kendisinde olmaktadır. Bu durumda genel olarak yaşlı bireyin yaşam kalitesinin artırılması, mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesi için kırılگانlık düzeyi, polifarmasi ve akılcı ilaç kullanım farkındalığının ortaya konulması önemlidir (Elkin, 2020). Özellikle yaşlılık döneminde kırılگانlık düzeyinin azalması ile birlikte polifarmasi bu durumun daha da ağırlaşmasına yol açabilmektedir. Bununla birlikte yaşlı bireyin akılcı ilaç kullanım farkındalığının belirlenmesi ve bu kavramların ilişkisinin ortaya konması yaşlı bireyin evde bakım protokolünde yeni düzenlemeleri ve yeni yaklaşımları getirmektedir (Akıcı, 2013., Yılmaztürk, 2013). Yapılan çalışma bu ilişkinin ortaya konması ve özellikle evde bakım hemşirelerinin yaşlı bakımında ve bilimsel literatüre de önemli katkılar sağlamaktadır (Gutierrez Valencia ve ark., 2018).

## Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerde polifarmasi ve akılcı ilaç kullanım farkındalığı ile kırılganlık ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

### 1.1 Araştırma Soruları

1. Evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde polifarmasi sıklığı nedir?
2. Yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanım farkındalık düzeyleri ve kırılganlık düzeyleri nasıldır?
3. Polifarmasi ile kırılganlık düzeyi ve akılcı ilaç kullanım farkındalık düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
4. Akılcı ilaç kullanım farkındalık düzeyi ile kırılganlık düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma

Yaşın sayısal olarak ilerlemesiyle ifade edilen yaşlanma kavramıyla, yaşamın belli bir dönemini ifade eden yaşlılık kavramlarının birbirinden ayırt edilmesi önemlidir. Cansız varlıklar için ‘eskime, yıpranma’ olarak tanımlanan kavram, canlılar için ‘yaşlanma’ olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanma canlıların zaman ilerledikçe geçirdiği değişim, dönüşümleri ifade etmektedir (Duyar, 2008). Türk Dil Kurumu’na göre ‘yaş’ doğuştan beri geçen ve yıl birimi ile ölçülen zamandır, ‘yaşlı’ yaşı ilerlemiş, kocamış kimsedir, ‘yaşlılık’ ise yaşlı olma durumu, ihtiyarlık olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023).

Yaşlılık çevreye karşı adaptasyon yeteneğinin zamanla azalması durumudur ve 65 yaş üstü bireyler ‘yaşlı’ olarak kabul edilmiştir (Güney ve ark., 2003). Diğer canlıların çoğunda ‘yaşlılık’ biyolojik ve fizyolojik bir süreçken, insanda buna toplumsal ve kültürel anlamlar da yüklenmiştir, yani yaşlılık fizyolojik, psikolojik, sosyal, kronolojik ve ekonomik yönleri olan bir süreçtir (Yerli, 2017). Yaşlılık kişinin yaşamındaki gelişme ve olgunlaşma sonucunda, genetik ve çevre arasındaki etkileşimin sonuçlarının en üst düzeyde görüldüğü, bir takım fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin ortaya çıktığı, karmaşık bir dönemdir. Yaşlılık ile birlikte fiziksel ve bilişsel fonksiyonlar geriler, sağlık bozulur, bireyin üretkenliğinde ve gelir düzeyinde azalma görülür; gençliğin, güzelliğin, cinselliğin, saygınlığın, bağımsızlığın, sosyal yaşantının ve desteğin azalması gibi pek çok kayıp yaşanabilir (Konak, 2008).

Yaşlanma hayat boyu devam eden ve günümüzde önlenmesi mümkün olmayan; kronolojik, sosyolojik, biyolojik ve psikolojik bir gerileme sürecidir (Doç ve Ardahan, 2010).

### ***Kronolojik Yaşlanma***

Doğumdan itibaren başlayıp, yaşam ilerledikçe geçen zamandır (Yerli, 2017). Birleşmiş Milletler (BM) ise 60 yaş üstünü yaşlı olarak kabul edip ve 60-69 yaş arası genç yaşlı, 70-79 yaş arası ileri yaşlı, 80 ve üzerini ise çok ileri yaşlılık olarak tanımlamıştır (BM, 2019a).

### ***Biyolojik Yaşlanma***

Bireylerin gelişim sürecinde vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişim göstermesidir (Yerli, 2017). İçsel ve dışsal faktörlerin etkisiyle, hücrelerde fiziksel ve kimyasal birtakım reaksiyonlar ortaya çıkmasının sonucunda biyolojik olarak yaşlanma süreci başlar. (Bulut ve Özçakar, 2012).

### ***Sosyokültürel Yaşlanma***

Kişinin toplum içindeki rollerinin, statüsünün değişmesidir (Yerli, 2017). Tanımı sosyal ve kültürel özelliklere göre toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Çevrenin kişiyi yaşlı olarak nitelendirdiği yaştır (Baran, 2005).

### ***Psikolojik Yaşlanma***

Kişinin kendini yaşlı olarak hissetmesi ve bunu kabullenip içselleştirmesidir (Öztürk, 2015).

### ***Ekonomik Yaşlanma***

Emeklilikle başlayan süreçtir, gelir azalmakta ve toplumsal statü kaybolmaktadır, yoksulluk yaşının özgüvenini azaltabilmektedir (Yerli, 2017).

## **2.2. Yaşlılık Dönemindeki Değişiklikler**

Yaşlılığı anlayabilmek için dönemin kendine özgü fiziksel, zihinsel, psikolojik, sosyal özelliklerini bilmek gerekmektedir (Yerli, 2017) Yaşlanma döneminde biyokimyasal, fizyolojik pek çok değişiklik görülür; karşılaşılan streslere karşı adaptasyon yeteneğinde azalma ile birlikte kas kitlesinde, organların, bağışıklık sisteminin, nörolojik ve endokrinolojik sistemlerin işlevlerinde zamanla azalma görülmektedir. Yaşlanma yaşı ve hızı kişiden kişiye değişkenlik

göstermektedir (Özbek ve Öner, 2008). Yaşlanma süreci, bedensel ve zihinsel aktivitelerde azalmalara neden olabilir. Kas kütlelerinin azalması, fiziksel aktiviteyi kısıtlayabilir ve hareketlerin yavaşlamasına yol açabilir. Özellikle kadınlarda menopoz sonrası kemik yoğunluğunun azalması, boyun kısılmasına, omurga problemlerine ve kırıklara neden olabilir. Bununla birlikte, yaşlanma sürecinde algılama, yaratıcılık, dikkat ve düşünme hızı gibi zihinsel yeteneklerde de azalma gözlemlenebilir. Yeni bilgileri öğrenme yeteneği de yaşla birlikte azalmaktadır (Yılmaz ve Şara, 2014).

Demans, sıkça yaşlı bireylerde karşılaşılan bir hastalıktır ve yaşla birlikte gelişen türüne "senil demans" denir. Bu hastalıkla birlikte hafıza güçlüğü yaşanır, zihinsel yetenekler azalır, yaşlı kişiler çevrelerine karşı ilgi kaybı gösterebilir, konuşurken doğru kelimeleri bulmakta zorlanabilir ve düşünme hızı yavaşlamaktadır (Yılmaz ve Şara, 2014).

Kulak ve göz başta olmak üzere duyu organlarında da birtakım değişiklikler meydana gelir ve genellikle yaşlı olumsuz etkiler, yaşının yalnızlaşmasına yol açabilir. İşitme yeteneğinde azalma başlayabilir, işitme kayıpları meydana gelebilir ve denge sorunları ortaya çıkabilir. Gözlerle ilgili olarak ise görme keskinliği azalabilir ve gözyaşı üretimi azalmaktadır (Yerli, 2017).

Artan hastalık sıklığının ve ölüm oranlarının en sık sebebi kardiyovasküler sistem hastalıklarıdır. Kalbin yapısındaki ve işlevlerindeki değişimler sonucu kalp yetmezliği ortaya çıkar. Damar duvarlarının kalınlaşmasıyla ateroskleroz olur ve buna bağlı hipertansiyon, inme, koroner arter hastalığı gibi hastalıklarda artış meydana gelmektedir. Akciğerlerdeki ve solunum kaslarındaki değişikliklere bağlı solunum yeteneği de azalmaktadır. Bunun sonucunda da yaşlılar pnömoni gibi akciğer enfeksiyonlarına daha sık yakalanmaktadır. Solunum sistemi enfeksiyonları yaşlılarda önemli bir ölüm sebebi olmaktadır. Sindirim sisteminde de birtakım değişiklikler meydana gelmektedir ve bunun sonucunda iştahsızlık, hazımsızlık, ishal, kabızlık, obezite, kaşeksi, inkontinans gibi problemler ortaya çıkmaktadır (Yıldırım ve ark., 2014).

Yaşlılıkta uykuya etki eden çok fazla faktör vardır ve yaşlanmayla birlikte uykuda değişiklikler görülebilmektedir. Uyku kalitesi azalıp uyku problemleri ortaya çıkabilir. Gece verimli bir şekilde uyuyamaması sonucu yaşlının gündüz uykusuzluk şikayetleri artmaktadır (Göktaş ve Özkan, 2006).

Çoğunlukla bir sebeple açıklanamayan, hastalık olarak tanımlanmayan, tipik olmayan sendrom ve klinik durumlar geriatric sendrom ile açıklanmaktadır (Anpalahan ve Gibson, 2008). Yaşlılık döneminde vücuttaki sistem fonksiyonlarında kayba bağlı dış streslere karşı yaşlının hassasiyeti artar, bunun sonucunda kırılabilirlik veya kırılabilir yaşlı sendromu ortaya çıkmaktadır (Keskinler ve ark., 2013).

Yaşlı birey eski yaşantısına özlem duyup eskiye sıkı sıkı bağlanmakta, yeni olan her şeyden kaçmaya çalışıp, alışkanlıklarını bırakmamaktadır. Yeni yaşama uyum konusunda problem yaşayan yaşlı bireyin hafızasında bozulmalar olabilir ve bu daha çok yeni olan şeyleri unutmak şeklinde kendini göstermektedir. Aynı zamanda yaşlı çevresindekilere karşı bencil bir tutum geliştirebilir, daha alıngan olabilir, kendisi yaşça herkesten daha büyük olduğu için diğerlerinin daha genç olup ona hizmet etmesi gerektiğini düşünebilir (Koç, 2022).

Yaşlı bireyler genellikle demans ve depresyon gibi sebeplerle adaptasyon güçlüğü yaşamaktadır. Bu dönemde kronik hastalıkların başlaması, görme ve işitmenin azalması veya kaybolması, ailevi kayıplar gibi sebepler depresyonu artırmaktadır (Sözen ve ark., 2020). Yaşlı kişide duygusal değişiklikler meydana gelir, özgüveni azalır, yalnızlıktan, hastalıktan, ölümden korku olabilir ve umutsuzluk duygusu yaşanmaktadır (Akbolat, 2021).

### **2.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık**

Birleşmiş Milletler’in tanımına göre, ülkenin yaşlı nüfus oranının %4’ün altında olması o ülkenin nüfusunun ‘genç’, %4-7 arasında olması ‘erişkin’, %7-10 arasında olması ‘yaşlı’, %10’un üzerinde olması ise ‘çok yaşlı’ olduğu anlamına gelmektedir (United Nations. World Social Report, 2023).

### 2.3.1. Türkiye’de Yaşlılık

TÜİK 2023 verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus 2018 senesinde 7.186.204 kişi iken beş yılda %21.4 oranında artmış, 2023 yılında 8.722.806 kişi olmuştur. Verilere göre yaşlı nüfusun %44.5’ini erkekler, %55.5’ini kadınlar oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun oranı 2018 yılında %8.8 iken, 2023 yılında %10.3’e yükselmiştir. Nüfus çalışmalarına göre bu oranların 2030’da %12.9’a, 2040’ta %16.3’e, 2060’ta %22.6’ya, 2080’de ise %25.6’ya ulaşacağı öngörülmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasliilar-2023>).

2018 ve 2023 yıllarındaki yaş gruplarına göre yaşlı nüfus 65 yaş ve üzeri olan yaşlı nüfusun, yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, 2018 senesinde %62.2’si 65-74 yaş, %28.6’sı 75-84 yaş, %9.2’si 85 ve üzeri yaştır. 2023 senesinde ise %64.0’ı 65-74 yaş, %28.1’i 75-84 yaş, %7.9’u 85 ve üzeri yaştır. 100 yaş ve üzerindeki yaşlılar, yaşlı nüfusun %0.1’ini oluşturmaktadır. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasliilar-2023>).

Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2018 senesinde %12.9 iken bu oran 2023 senesinde %15.0’a yükselmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı bağımlılık oranının 2030 senesinde %19.6, 2040 senesinde %25.3, 2060 senesinde %37.5 ve 2080 senesinde %43.6 olacağı öngörülmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasliilar-2023>).

### 2.3.2. Dünya’da Yaşlılık

Birleşmiş Milletlerin tahminlerine göre 2022 senesi için dünya nüfusu yaklaşık 8 milyar kişi, yaşlı nüfus ise yaklaşık 783 milyon kişi olarak tahmin edilmektedir. Buna göre yaşlı nüfus dünya nüfusunun %9.8’ini oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus oranı en fazla olan ilk üç ülke Japonya (%29.9), İtalya (%24.1) ve Finlandiya (%23.3) olmuştur.184 ülke içerisinde 66. sırada Türkiye yer almaktadır (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023-49688>).

Birleşmiş Milletlerin World Social 2023 raporu sonuçlarına göre 2050 senesinde yaşlı nüfusunun 1.6 milyarı geçmesi beklenmektedir. Otuz yıl içerisinde yaşlı nüfusunda en fazla artışın Kuzey Afrika, Batı Asya ve Sahra altı Afrika’da

olacağı düşünülürken, günümüzde yaşlı nüfus oranının Kuzey Amerika ve Avrupa'da en yüksek olduğu görülmektedir. (United Nations. World Social Report, 2023).

#### **2.4. Evde Sağlık Hizmetleri**

Evde sağlık hizmetleri, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık, bakım, rehabilitasyon ve destek hizmetlerinin genellikle kurum dışında, kişinin kendi evinde veya yaşadığı çevrede sunulduğu bir hizmet türü olarak yer almaktadır. Bu hizmetler; doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonellerini de içeren multidisipliner bir ekip tarafından verilmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin hedef kitlesi; engelliler, 60 yaş ve üstü kişiler, kronik hastalığı olan bireyler veya iyileşmeye ve gözetime ihtiyacı olan kişiler yer almaktadır. (Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2 Haziran 2023, Resmi Gazete). Evde sağlık hizmetleri ile bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi veya yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir. Aynı zamanda, bu hizmetlerin sağlanmasıyla, aile üyelerinin veya bakım verenlerin sorumluluklarının bir kısmı hafifletilebilmektedir (Ankern Hansen ve ark., 2018).

Evde bakım veya evde sağlık hizmetleri terimleri, ülkeler arasında kavramsal olarak farklılık göstermektedir. Kaynak incelemelerinde bu terimlerin daimi bakım, toplum düzeyinde uzun süreli bakım veya evde uzun süreli bakım gibi farklı anlamlar taşıdığı görülmektedir (Krick ve ark., 2019; WHO, 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen ve "Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu" tarafından hazırlanan "Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'nda; evde uzun süreli bakım terimi, mevcut sağlık ve sosyal hizmet yapılarına ek olarak sunulan bir hizmet olarak kabul edilmektedir. Bu hizmet, bakıma ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylere, yaşam alanlarından uzaklaştırılmadan ev atmosferinde sağlanmaktadır. Geleneksel olarak aile, akraba, arkadaş ve komşulardan oluşan kişiler veya resmi olarak bu hizmeti veren alanında uzmanlaşmış ekipler tarafından sağlanabilmektedir. Evde uzun süreli bakımın esas amacı, bireylerin sağlık ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak ve onlara alışık oldukları çevrede destek sağlamaktır. Bu şekilde, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve topluma entegrasyonunun desteklenmesi amaçlanmaktadır (Krick ve ark., 2019; WHO, 2004).

Evde sağlık hizmetlerinin artan tercih edilme nedeni toplumsal, ekonomik ve sağlıkla ilgili yönleri içermektedir. Bunlar;

1. Ekonomik Yönler: Evde sağlık hizmetleri, hastane veya bakım evlerine kıyasla genellikle daha ekonomik bir seçenek sunmaktadır. Bu hizmetler, hastaneye yatırma maliyetlerini ve bakım evlerinin aylık ücretlerini azaltabilecek faydalar sağlayabilmektedir. Aynı zamanda, evde sağlık hizmetleri sayesinde kişilerin aktif çalışma hayatlarına devam etmeleri sağlanabilmektedir.

2. Toplumsal Değerler ve Bağımsızlık: Evde sağlık hizmetleri, bireylerin toplumsal bağlarını korumalarına ve kendi evlerinde yaşamaya devam etmelerine olanak tanımaktadır. Bu, bireylerin toplum içindeki değerlerini korumalarına ve bağımsızlıklarını sürdürmelerine yardımcı olmaktadır. Huzurevlerine veya bakım evlerine yerleşmek zorunda kalmadan özgürce yaşayabilmelerini sağlamaktadır.

3. Kaliteli ve Hızlı Bakım: Evde sağlık hizmetleri, hastaların daha yakın, bireysel ve kişiselleştirilmiş bir bakım almasını sağlamaktadır. Hastanın kendi evinde veya çevresinde sağlanan bu hizmetler, hastanın rahatlığı ve huzuru için daha uygun bir ortam sunmaktadır. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri sayesinde hastaların sorunlarının daha hızlı tespit edilmesi ve müdahalelerin daha hızlı yapılması mümkün olmaktadır, bu da iyileşme sürecini hızlandırmaktadır.

4. Mobil ve Esnek Bakım: Evde sağlık hizmetleri, hastaların evlerine göre düzenlenmiş bir Şekilde sağlık hizmetlerine erişmelerini sağlamaktadır. Bu, hastaların tedavi ve bakım planlarını kendi günlük yaşamlarına daha iyi uyum sağlayacak Şekilde ayarlamalarına olanak tanımaktadır. Ayrıca, bu hizmetler, hastaların aileleri ve çevreleriyle daha yakın bir ilişki içinde olmalarına yardımcı olmaktadır.

Bu faktörlerin bir araya gelmesiyle, evde sağlık hizmetleri günümüzde giderek daha popüler hale gelmektedir. Bu hizmetler hem hastaların hem de ailelerin ihtiyaçlarını karşılayacak Şekilde tasarlanmış ve sunulmaktadır (Chen ve ark., 2017; Takahash ve ark., 2016; WHO, 2004).

### 2.4.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantaj ve Sınırlılıkları

Günümüzde sağlık hizmetlerinin evlere taşınması, hastaların konforunu ve bakım erişimini artıran önemli bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Ancak, bu hizmetlerin avantajları ve sınırlılıkları dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu başlık altında, evde sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan avantajlar ve sınırlılıklar aşağıda verilmiştir. Buna göre,

Avantajları:

1. Hastaların Konforu ve Rahatlığı: Evde sağlık hizmetleri, hastaların kendi ev ortamlarında tedavi ve bakım almalarını sağlar. Tanıdık bir çevrede olmak, tedavi sürecini olumlu yönde etkileyebilir ve hastaların psikolojik iyilik hali üzerinde olumlu etkilere sahip olabilir.

2. Erişilebilirlik ve Kolaylık: Evde sağlık hizmetleri, hastaların tedavi ve bakım hizmetlerine daha kolay erişmelerini sağlar. Özellikle uzun süreli bakım gerektiren hastalar için, sürekli hastaneye gitmek yerine evlerinde bakım almak daha pratik ve konforlu olabilir.

3. Aile ile Yakın İletişim: Evde sağlık hizmetleri, hastaların aileleriyle daha yakın bir ilişki içinde olmalarını sağlar. Bu, aile üyelerinin hastanın tedavi sürecine aktif bir şekilde katılmasını ve destek olmasını sağlayabilir.

4. Hastanın İtibar ve Özgürlüğünü Koruma: Evde sağlık hizmetleri, hastaların kendi yaşam tarzlarına ve günlük rutinlerine uyum sağlamalarını kolaylaştırır. Bu da hastaların onur ve özgürlüklerini korumalarına yardımcı olabilir.

5. Hastanın Hastane Ortamlarından Korunması: Zayıf bağışıklık sistemine sahip veya bulaşıcı hastalıklara duyarlı hastalar için, evde sağlık hizmetleri hastane ortamlarından kaçınarak enfeksiyon riskini azaltabilir. (Taşkın Koç, 2023)

### Sınırlılıkları:

1. Ekipman ve Kaynak Sınırlamaları: Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği, hastanın evinde gerekli tıbbi ekipman ve kaynakların bulunabilirliğine bağlıdır. Eksik ekipman veya kaynaklar, tedavi seçeneklerini sınırlayabilir.

2. Profesyonel Bakımın Sınırlı Olması: Evde sağlık hizmetlerinde, hastanın sürekli bir sağlık uzmanı gözetiminde olması mümkün olmayabilir. Bu durumda, tedavi süreci ve sağlık durumu hakkında eksik veya yanlış bilgi alınabilir.

3. Acil Durumlarda Tepki Verme Zorluğu: Evde sağlık hizmetleri, acil durumlar için hızlı bir müdahaleyi zorlaştırabilir. Beklenmeyen tıbbi acil durumlarla başa çıkmak, sağlık personeli için zorlu olabilir.

4. Sosyal ve Psikolojik Destek Eksikliği: Evde sağlık hizmetleri alan hastalar, hastane ortamlarında sunulan sosyal ve psikolojik desteğin eksikliğini hissedebilirler. Bu da psikolojik iyilik hali ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir.

5. Hastanın Aile Üyelerinin Yükü: Evde sağlık hizmetleri, hastanın bakımını üstlenen aile üyeleri üzerinde ek bir yük oluşturabilir. Bu durum, aile içi ilişkileri ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (Engür, 2023).

Sonuç olarak, evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve sınırlılıkları, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve hastaların bakımında dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir. Her durumda, hastanın ihtiyaçlarına ve sağlık durumuna en uygun bakım şeklinin belirlenmesi önemlidir (Diecmann, 2015).

### **2.4.2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Özellikleri**

Evde sağlık hizmetleri, çeşitli sağlık sorunlarına sahip olan ve hastanede yatmak zorunda olmayan bireyler için büyük bir kolaylık sağlar. Ancak, evde sağlık hizmetlerinden kimlerin faydalanabileceği konusu, belirli gruplar ve ihtiyaçlar göz önüne alınarak dikkatle ele alınmalıdır. Evde sağlık hizmetlerine başvurup bu hizmetlerden faydalanabilecek grupları incelediğimizde, öncelikle bakım ihtiyacı olan gruplar dikkat çeker. Yaşlılar, engelliler ve yatağa bağımlı veya yarı bağımlı bireyler, bu kapsamda değerlendirilir. Bu bireylerin günlük bakım ve tıbbi

ihtiyaçlarının evlerinde karşılanması, onların yaşam kalitesini artırır ve ailelerine destek olur (Hafalır, 2023).

Laboratuvar tetkiki gereken hastalar da evde sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler. Hastanede yatış gerektirmeyen ancak düzenli tetkikler gerektiren durumlar, evde sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilir ve bu hizmetler hastanın evine kadar götürülerek sağlanır. Hastaneden taburcu edildikten sonra takip ve tedavi gereken hastalar da evde sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Özellikle cerrahi müdahale sonrası iyileşme sürecinde olan hastaların evde düzenli olarak takip edilmesi, komplikasyon riskini azaltır ve iyileşme sürecini hızlandırır. Son dönem kanser hastaları ve palyatif bakım ihtiyacı olanlar da evde sağlık hizmetlerinden önemli bir şekilde faydalanır. Evde sunulan bakım ve destek, hastanın rahatlamasına ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlar. (Harrington ve Kitchener, 2010).

Nörolojik hastalıklara sahip bireyler, özellikle serebrovasküler hastalık, kas hastalığı ve Alzheimer hastalığı gibi durumlar evde sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Bu hastaların evde düzenli olarak takip edilmesi ve gerekli bakımın sağlanması, hastalığın seyrini kontrol altında tutmada önemli bir rol oynar. Evde sağlık hizmetlerinden faydalanabilecek diğer gruplar arasında hemşirelik hizmeti ihtiyacı olanlar, kronik hastalıklara sahip olanlar (kalp ve damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, koah vb.), yatak yarası gibi yara bakımı gerektirenler, intramusküler/subkutan enjeksiyon tedavisi alanlar, foley sonda tedavisi alanlar ve ağız ve diş sağlığı tedavisi ihtiyacı olanlar da bulunur (Çoban ve Esatoğlu, 2004). Bu gruplar, evde sağlık hizmetlerinden faydalanarak hastanede yatmak zorunda kalmadan sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilirler. Bu da hem sağlık sisteminin yükünü hafifletir hem de hastaların yaşam kalitesini artırır (Altundaş ve ark., 2010). Ancak, evde sağlık hizmetlerinin verilmesi sürecinde hastanın gereksinimlerinin doğru bir şekilde belirlenmesi ve profesyonel sağlık ekibi tarafından uygun bir şekilde yönetilmesi önemlidir. Bu sayede hastaların ihtiyaçlarına uygun ve etkili bir şekilde hizmet sunulabilir (Genet ve ark., 2011).

## 2.5. Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetleri

Yaşlılık, bireylerin fizyolojik ve psiko-sosyal aktivitelerinde gözlemlenen düşüşler sonucu ortaya çıkan doğal bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, yaşlılık, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme noktasında bağımlılık geliştirmeleriyle de ilişkilendirilebilir. Daha kapsamlı bir çerçevede, yaşlılık; bireyin değişen yaşam koşullarına uyum sağlama yeteneğinin azalması ve içsel ile dışsal faktörler arasındaki dengeyi kurma kapasitesinin zayıflaması olarak ifade edilmektedir. Bu durum, aynı zamanda bireyin ölüm riskinin artmasına da yol açmaktadır (Paramita ve ark., 2018; Ünal ve Özdemir, 2019). Bu tanımlar, yaşlılık döneminin karmaşıklığını ve bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri anlamada önemli bir temel sunmaktadır.

Nüfusun toplumsal ve sosyal yapısındaki değişiklikler, kalkınma ve gelişme gibi evrensel politikaların evrimi ve tıp alanındaki ilerlemelere paralel olarak, yaşlı nüfus oranında belirgin bir artış gözlemlenmektedir (Chang ve ark., 2019; Hao ve ark., 2020). Dünya genelinde yaşlı nüfusta her yıl yaklaşık %5 oranında bir artış yaşanması, bu grubun tüm popülasyonlar arasında en hızlı büyüyen demografik segment olduğunu göstermektedir (WHO, 2020). Bu durum, yaşlı bireylerin sağlık, sosyal hizmetler ve politika geliştirme konularında daha fazla dikkate alınması gerektiğinin altını çizmektedir.

Hızla artan yaşlı nüfus, yaşlı bireylerin sağlık ve sosyal hizmet ihtiyaçlarının da önemli ölçüde artmasına neden olmaktadır. Bu artışın yeterli bir şekilde karşılanabilmesi, 65 yaş ve üzeri bireylere sunulan sağlık ve sosyal hizmetlerin de aynı hızda gelişmesi ile mümkün olacaktır. Dünya genelinde, 2000'li yılların başında yaklaşık 70 milyon olan ileri yaş grubundaki bireylerin sayısının, önümüzdeki 50 yıl içerisinde beş kat artması beklenmektedir (BM, 2019b). Bu bağlamda, sağlık veya bakım hizmeti sunumunu değerlendirirken, yaşlı nüfusun en hızlı artan alt grubunun 80 yaş ve üzerindeki bireyler olduğu dikkate alınmalıdır. Bu durum, özellikle ileri yaş grubunun özel gereksinimlerini karşılamak amacıyla sağlık hizmetleri ve sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle, yaşlı bireylerin sağlık ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak için daha kapsamlı ve sürdürülebilir stratejiler geliştirilmesi elzemdir (Işık ve ark., 2016).

Yaşlı bireylerin sağlık veya bakım ihtiyaçları söz konusu olduğunda, büyük bir kısmının kendi ev ortamlarında veya yaşadıkları çevrede hizmet almayı tercih ettiği bilinmektedir (Johnson ve ark., 2018). Bu durum, yaşlıların bağımsızlıklarını koruma isteği ve tanıdık bir ortamda bulunma gereksinimleri ile ilişkilidir. Bu bağlamda, evde sağlık ve bakım hizmetleri, giderek daha fazla önem kazanan bir hizmet sunum biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Evde sunulan bu hizmetlerin, yaşlıların yaşam kalitelerini artırma ve onlara daha iyi bir destek sağlama potansiyeli bulunmaktadır. Bu nedenle, evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, yaşlı nüfusun artışı ile paralel olarak kritik bir gereklilik haline gelecektir (Cayır, 2020).

### **2.5.1. Evde Sağlık Hizmetinin Yaşlı Bireyler Açısından Önemi**

Yaşlı bireylerin sağlık gereksinimlerine bağlı olarak, yaşlı hastaların izlenmesi son derece önemlidir. 65 yaş ve üzerindeki bireylerin, diğer yaş gruplarına kıyasla artan kronik hastalıkların etkisiyle sağlık hizmet sunucularına daha sık başvurduğu gözlemlenmektedir. Türkiye'de gerçekleştirilen bir araştırmada, yaşlıların %90'ının en az bir, %35'inin iki, %23'ünün üç ve %15'inin ise dört veya daha fazla hastalık tanısıyla karşılaştığı bulunmuştur (Cunningham ve ark., 2020).

Ülkemizde, bütün nüfusu kapsayan güncel bir engelli sayımına dair herhangi bir çalışma yapılmamış olması, engelli bireylerin sayısına ilişkin veri eksikliğine yol açmaktadır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın 2016 yılı verilerine göre, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorluk çeken bireylerin nüfusun %16,2'sini oluşturduğu bildirilmiştir. Ayrıca, engelli nüfusun %4'ten fazlasının evde sağlık veya bakım hizmetine ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2016). Yaşlılıkla birlikte artan kronik hastalıkların, mortalite ve morbidite oranlarını yükselttiği; bu durumun sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu veriler, yaşlı bireylerin sağlık ve sosyal hizmet ihtiyaçlarının karşılanması için daha etkili stratejilerin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Noale ve ark., 2020).

Kronik hastalıkların tanı ve tedavisindeki gelişmeler sayesinde, kronik hastalığı ve belirgin yeti yitimi olan yaşlı bireylerde tam bir iyileşme sağlanamasa da yaşam süreleri önemli ölçüde uzamaktadır. Bu durumda, kronik hastalıkların yönetimi ön plana çıkmakta ve bireylerin fonksiyonel durumlarının korunması veya iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Böylece, yaşam kalitesinin düşmesinin önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Bu hedefe ulaşmak için, yaşlı bireylerde hastalıkların, bilişsel ve fonksiyonel yetersizlik ölçütlerinin ve mortalite nedenlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Sabgayda ve ark., 2020). Bu unsurların dikkate alınması, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek açısından büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde aile hekimliği uygulamasından evde sağlık hizmetleri çıkarılmış olsa da, ABD’de yaşlı hastalara aile hekimliği çerçevesinde sunulan sağlık ve bakım hizmetlerinin artışı dikkat çekmektedir. Bu durum, aile hekimliği uygulamalarının önemini artırmakta ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini güçlendirmektedir. Aile hekimlerinin hastalarıyla sürekli iletişim içinde olmaları, bireyleri fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bütünsel bir şekilde değerlendirmeleri, geriatric yaş grubunda sık görülen kronik hastalıkların tanı ve tedavisinin etkin bir biçimde yönetilmesine önemli katkılar sağlamaktadır (AAFP, 2021; Harris Kojetin ve ark., 2019; Michas, 2021).

Amerika Birleşik Devletleri’nde gerçekleştirilen bir araştırma, sağlık ve bakım hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması durumunda, hizmet alan yaşlı bireylerin aynı aile hekiminde kayıtlı kalmayı tercih ettiklerini göstermektedir. Bu bağlamda, yaşlıların aile hekimleriyle olan ilişkilerini, hekim emekli oluncaya, taşınuncaya veya vefat edinceye kadar sürdürdükleri vurgulanmaktadır (Mold ve ark., 2004).

Bu bulgular, sürekli bakım ilişkilerinin yaşlı bireylerin sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır.

### **2.5.2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Sıklıkla Görülen Hastalıklar**

Evde sağlık veya bakım hizmetine ihtiyaç duyan yaşlı bireylerde, genellikle nörolojik, ortopedik, kardiyak, solunum sistemi hastalıkları, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıklarla sıkça karşılaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, kronik hastalığı,

geri dönüşümsüz patolojik değişikliklerin sonucunda gelişen, uzun süreli izleme ve bakım gerektiren, tıbbi tedavi ve rehabilitasyona rağmen sıklıkla önlenemeyen ve vücutta kalıcı işlev veya doku bozuklukları bırakan süreğen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014). Bu tanım, yaşlı bireylerin sağlık yönetimi ve bakım planlamasında dikkate alınması gereken önemli bir çerçeve sunmaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi, yaşlıların yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sisteminin etkinliğini sağlamak açısından kritik bir rol oynamaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Çalışması Raporu'na göre, 60 yaş ve üzeri bireylerde engellilikle (sakatlıkla) geçirilen yaşam yıllarını etkileyen en yaygın 10 hastalık sırasıyla şunlardır: kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alzheimer/demans, diyabet, serebrovasküler hastalıklar, osteoartrit, işitme kaybı, demir eksikliği anemisi, iskemik kalp hastalığı, unipolar depresif hastalıklar ve hipertansif kalp hastalıkları (Sağlık Bakanlığı, 2004). Bu veriler, yaşlı nüfusun sağlık durumu ve engellilik oranlarını etkileyen kritik sağlık sorunlarını ortaya koymakta ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde önemli bir referans oluşturmaktadır. Bu hastalıkların yönetimi, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sistemine olan yükü azaltmak açısından büyük önem taşımaktadır (Can ve Ünal, 2008).

Evde sağlık veya bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin bu hizmetten yararlanma nedenleri incelendiğinde, genellikle yatağa bağımlı hastalar arasında hemipleji ve kardiyovasküler hastalıklar gibi durumların yanı sıra Alzheimer, diyabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği, kalça kırığı ve osteoporoz gibi hastalıkların da öne çıktığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Bu evde sağlık hizmetleri alan yaşlı bireylerde sıkça karşılaşılan sorunlara yönelik yaklaşım, kronik hastalıkların tanı, tedavi ve yönetimi; beslenme bozukluğu/malnütrisyon; bağımlılık durumu ve çoklu ilaç kullanımına dair sorunların çözümü gibi temel sağlık ve bakım hizmeti konularını içermektedir. Bu çerçevede, yaşlı bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması için bütüncül bir hizmet sunumu sağlanması gerekmektedir (Çubukçu ve Yazıcıoğlu, 2019).

Evde sağlık hizmeti uygulamalarında, yaşı bireylerin yaşıdığı çevre koşulları ve bakım verenlerin özellikleri bazı zorluklara yol açabilmektedir. Bu zorluklar arasında, yeterli bilgiye sahip olmama, yetersiz kişisel bakım, bireyin eve, yatağı veya başkasına bağımlı olması, fiziksel aktivite düşüklüğü, deride hassaslık veya yara oluşumu, olumsuz ev veya çevre koşulları, Alzheimer ve demansa bağı bakım sorunları, malnütrisyon, tedavi uygulamalarına katılım ve sürdürmede güçlük, düşme ve kazalara bağı sakatlıklar ile şiddet, ihmal ve istismar gibi güvenlik eksiklikleri bulunmaktadır (Hassankhani ve ark., 2020; Lotfi Fatemi ve ark., 2019).

Evde sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan hastalıklar ve belirti yönetimi, etkin bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Yaşı bireylerin bağımsız yaşama becerilerini geri kazanmalarına yardımcı olmak amacıyla, evde sağlık hizmeti ekibi tarafından bakım planlamaları ve uygulamaları dikkatle değerlendirilmelidir. Bu süreç hem bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek hem de yaşam kalitelerini artırmak açısından kritik bir öneme sahiptir. Evde sağlık hizmeti alan yaşı bireylerde sıkça rastlanan kronik hastalıklar arasında serebrovasküler hastalıklar, kalp hastalıkları, kanser, diyabet, depresyon ve Alzheimer-demans yer almaktadır. Bu hastalıklar, yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları arasında da önemli bir yer tutmaktadır (Health Quality Ontario, 2013; Schenker ve Costa, 2019). Bu durum, yaşı bireylerin sağlık yönetimi ve bakım planlamalarında bu hastalıkların etkili bir şekilde ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi, yaşı bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve bağımsızlıklarını korumak açısından kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin polifarmasi durumlarını dikkatle değerlendirmesi ve gerektiğinde müdahale etmesi gerekmektedir (Çayır, 2013).

İlerleyen yaş, polifarmasi için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Yıldırım ve Kılıç, 2017). Polifarmasi ile ilişkili diğer risk faktörleri, hastayla, bakım verenle ve sağlık profesyonellerine bağı olmak üzere üç ana gruba ayrılarak incelenmiştir (Elkin, 2020).

Hastayla ilgili risk faktörleri arasında; bilişsel fonksiyon kaybı, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, bakıma muhtaç olma durumu, birden fazla hekimi ziyaret etme ve şikayetlerini net bir şekilde ifade edememe gibi

unsurlar yer almaktadır. Bakım verene bağı riskler ise; komşu veya tanıdık önerisiyle ilaç başlanması, daha fazla ilaç vermenin hastaya daha iyi bakıldığı algısı, daha önce kullanılan ilaçların tekrar reçete edilmesi ve evde fazla sayıda ilaç bulundurulması gibi durumlarla özetlenmiştir (Keskinoglu ve ark., 2016). Son olarak, sağlık profesyonellerine bağı riskler arasında; anamnezin eksik alınması, tedaviye çok sayıda semptomatik ilacın eklenmesi, önceki reçetelerin merkezi sistemden görülememesi nedeniyle yeni ilaçların reçete edilmesi, geriatrik sendromlar konusundaki bilgi eksiklikleri ve iyatrojenik durumlar sıralanmaktadır (Elkin, 2020). Bu risk faktörlerinin dikkate alınması, polifarmasi yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Nedeni ne olursa olsun, çoklu ilaç kullanımında ilaç etkileşimleri ve yan etkilerin ortaya çıkma riski artmakta, bu durum hastaların tedaviye uyumunu azaltmakta ve tedavi maliyetlerini yükseltmektedir. Ayrıca, polifarmasiye bağı olarak hastane başvuru sayısında ve yatarak tedavi ihtiyacında belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bunun yanı sıra, polifarmasi ile ilişkili olarak hastalarda kemik patolojileri ve kilo kaybı gibi ek tıbbi sorunların da ortaya çıktığı kanıtlanmıştır (Chiang Hanisko, 2014). Bu bulgular, polifarmasinin yönetiminin önemini vurgulamakta ve sağlık hizmetleri planlamasında dikkate alınması gereken kritik bir alan olduğunu göstermektedir (Yörük ve ark., 2012).

## **2.6. Kırılğanlığın Tarihçesi**

Geriatrik sendromlar arasında yer alan kırılğanlık, fonksiyonel kapasite ve fizyolojik rezervdeki düşüş nedeniyle bir kişinin strese yol açan durumlara dayanma kabiliyetinin azaldığı durum olarak tanımlanmaktadır (Clegg ve ark., 2013). Örneğin, dayanıklı birey, idrar yolu enfeksiyonu gibi küçük bir stres faktörü sonrası fonksiyonel işlevde küçük bir bozulma yaşar ve ardından eski durumuna geri dönerken; benzer bir stres etkenine maruziyet sonrası kırılğan bireyler fonksiyonel işlevlerde daha büyük bir bozulma yaşamakta; bağımlılık ortaya çıkabilmekte ve geri dönüş eski düzeyde olmamaktadır. DSÖ tarafından 2015 yılında yayınlanan Dünya Yaşlanma ve Sağlık Raporu'nda kırılğanlık tanımına zemin sağlayabilecek, "işsel kapasite" ve "fonksiyonel beceri" kavramları ortaya konmuştur. Buna göre, işsel kapasite, bireyin fiziksel, zihinsel ve psikolojik kapasitelerinin birleşimi olarak tanımlanmakta ve kişinin sağlık, genetik ve bireysel özelliklerinden oluşmakta iken; bunun çevresel etmenler ile etkileşimi kişilerin

fonksiyonel becerilerini belirlemektedir. Söz konusu raporda kırılgnlık, bir dizi olumsuz sağlık sonucu riskini artıran, içsel kapasitenin azalmasına neden olan, fizyolojik sistemlerde ilerlemiş yaşa bağlı düşüş nedeniyle herhangi bir strese karşı artmış savunmasızlık durumu olarak tanımlanmaktadır (Hogan, 2018).

Literatürde kırılgnlık kavramı ilk olarak 1950'ler ve 1960'larda görölmektedir (Cesari ve ark., 2017). Bu dönemlerde toplumun hızla yaşlandığı, yaşlı bireylerin bakımlarının nerelerde ve nasıl yürütüleceği ile ilgili tartışmalar yürütölmekte; kırılgnlık kavramının adı bu tartışmalar içerisinde geçmektedir (Old ve Frail, 1968). Geçmişte kırılgnlık, genellikle fonksiyonel bağımlılık üzerinden ya da mevcut tıbbi durumlar üzerinden tanımlanmıştır (Rockwood ve ark., 1994). Örneğin Woodhouse ve arkadaşları kırılgn bireyleri, "65 yaşın üstü, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı ve çoğunlukla kurumsal bakım alan bireyler" (Woodhouse ve ark., 1988); Gillick "başkalarının desteği olmaksızın yaşamını devam ettiremeyen güçsüz bireyler" (Gillick, 1989) olarak tanımlamış ve fonksiyonelliği ön plana çıkarmışlardır. Pawlson ise "çok sayıda hastalık" (Pawlson, 1988), MacAdam ve arkadaşları "kronik durumlara sahip yaşlılar" (MacAdam ve ark., 1989), Williams ve arkadaşları "kronik, zayıflatıcı hastalıklar nedeniyle uzun süreli hastane bakımı gerektiren durum" (Williams ve ark., 1989) olarak tanımladıkları kırılgnlık ile kişilerin mevcut tıbbi durumlarını ve kronik hastalıklarını ön plana çıkarmışlardır.

Kavramın daha tutarlı kullanımını ise, özellikle 2001 yılı itibari ile Fried ve arkadaşları tarafından ortaya konan Fenotip Modeli ve devamında ortaya konan diğer operasyonel tanımlar ile başlamıştır (Cesari ve ark., 2017). Söz konusu yıllardan itibaren kavram, aynı zamanda daha sık bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır; son yıllarda geriatrik tıp alanında önemli tartışma konularından biri haline gelmiştir. Öyle ki günümüzde kırılgnlık için "geriatrik tıbbın kutsal kâsesi" benzetmesi yapılmaktadır (World Health Organisation, 2017).

## **2.7. Yaşlı Bireylerde Kırılgnlık**

"Kırılgn yaşlı" kavramı, ilk kez Monsenyör Charles F. Fahey ve Amerika Birleşik Devletleri Federal Yaşlanma Konseyi tarafından tanımlanmıştır. 1978 yılında bu terim, genellikle 75 yaşın üzerindeki, çeşitli sağlık ve sosyal sorunlar

nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmek için bir ya da daha fazla destek hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri ifade etmektedir. Kırılgnlık, yaşlı yetişkinler arasında sıkça görülen ve stres faktörlerine karşı artan duyarlılığı tanımlayan bir durum olarak nitelendirilmektedir. Bu durum, doğrudan veya dolaylı olarak sağlık harcamalarının artışına yol açan karmaşık ve çok boyutlu bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır.

Yaşlı yetişkinler arasında küresel kırılgnlık prevalansının, kullanılan sınıflandırma yöntemlerine bağlı olarak %12 ile %24 arasında değişiklik gösterdiği tahmin edilmektedir. Sistemik derlemeler, toplumda yaşayan yaşlı bireyler arasında kırılgnlık oranının %11 civarında olduğu, ancak uzun süreli hastane yatışlarında bu oranın %50'ye kadar yükselebileceğini ortaya koymaktadır (O'Caomh ve ark., 2021). Kadınlarda ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde kırılgnlık oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kırılgnlık, yaştan bağımsız olarak, mortalite ile anlamlı bir ilişki sergilemektedir. Bunun yanı sıra, kırılgnlık hastaneye yatış ve bakım evine kabul gibi diğer olumsuz sağlık sonuçlarıyla da ilişkilendirilmiştir (O'Caomh ve ark., 2021; Orkaby ve ark., 2019).

Kırılgnlık, çok boyutlu bir klinik durum olması nedeniyle sakatlık ve mortalite gibi daha ciddi klinik sonuçlarla ilişkili olduğu bilinen önemli bir geriatrik sendrom olarak değerlendirilmektedir. Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyeti Enstitüsü (NICE) tarafından yayımlanan yönergeler, çoklu kronik hastalıklara sahip yaşlı bireylerin sağlık ve bakım süreçlerinde kırılgnlığın göz önünde bulundurulmasını önermektedir (Lujic ve ark., 2022).

Kırılgnlık, kas kütleğinde, kas gücünde ve fiziksel performansta azalma ile tanımlanan ve genellikle yaşamın beşinci dekatında ortaya çıkan bir sendrom olan sarkopeni ile ilişkili olarak gelişebilir. Sarkopeninin yaşlı bireylerin %9.9 ila %40.4'ünü etkilediği bildirilmektedir. Her iki durum da geriatrik sendromlar arasında sınıflandırılmakta olup benzer klinik özellikler sergilemektedir. Bu ortak özellikler arasında kas atrofisi ve fonksiyon kayıpları yer almaktadır (de Sire ve ark., 2022).

Sarkopeni tanısına yönelik temel yönergeler, Yaşlılarda Sarkopeni Üzerine Avrupa Çalışma Grubu (Cruz Jentoft ve ark., 2019), Asya Sarkopeni Çalışma

Grubu (Chen ve ark., 2020a) ve Uluslararası Sarkopeni Çalışma Grubu (Cruz-Jentoft ve ark., 2019) tarafından belirlenmiştir. Bu kılavuzlarda tanı kriterleri için kullanılan kesme değerleri değişiklik göstermekle birlikte, kas kütlelerinde azalma, kas gücünde zayıflama ve fiziksel performansın düşüşü, sarkopeni teşhisinde temel kriterler olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, sarkopeni ve kırılabilirlik için kullanılan teşhis unsurlarından el kavrama gücü ve yürüme hızı gibi ölçütlerin kesme değerlerinin de büyük ölçüde benzer olduğu belirtilmiştir (Chen ve ark., 2020a; Cruz-Jentoft ve ark., 2019).

Uluslararası Hastalık Sınıflaması'nda (International Classification of Diseases, ICD) "Kırılabilirlik" terimi için spesifik bir kodlama bulunmamasına rağmen, bu durumun teşhis edilmesine yönelik çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. En yaygın kullanılan ölçekler arasında Fried Kırılabilirlik Fenotipi, Kırılabilirlik İndeksi (Frailty Index), Klinik Kırılabilirlik Ölçeği (Clinical Frailty Scale), Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği, PRISMA-7 ve Groningen Kırılabilirlik Ölçeği (GFI) yer almaktadır. Kırılabilirliğin, stresörlere karşı artan duyarlılık ile tanımlanan çok boyutlu bir klinik durum olması, değerlendirme sürecinde birden fazla faktörün dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Fiziksel, sosyal ve bilişsel durumların kırılabilirlik üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, bugüne kadar kümülatif eksiklik veya psikososyal kırılabilirlik gibi farklı yaklaşımlara dayalı birçok kırılabilirlik modeli geliştirilmiştir (Gobbens ve Uchmanowicz, 2023; Varan ve ark., 2022). Bununla birlikte, günümüzde hastaların kırılabilirlik durumunu değerlendirmek için evrensel olarak kabul edilmiş tek bir standart araç bulunmamaktadır. Fried Kırılabilirlik Fenotipi, kırılabilirlik durumunu tanımlamak için en sık kullanılan modellerden biri olarak öne çıkmaktadır.

Fried Kırılabilirlik Fenotipi, fiziksel kırılabilirliğe dayanan ve beş temel kriteri içeren bir modeldir. Bu kriterler, kişinin kendisi tarafından bildirilen tükenme, kilo kaybı, düşük fiziksel aktivite, yavaş yürüme hızı ve düşük kavrama kuvvetini kapsamaktadır. Bu kriterlerin her birinin değerlendirilmesi için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (Varan ve ark., 2022).

Fiziksel aktivite veya vücut ağırlığı düşük olan sarkopenik hastalarda kırılabilirlik, genellikle daha kötü bir prognoz sergilemektedir. Altta yatan hastalıkların kontrol altına alınması, egzersiz ve yeterli, sağlıklı beslenme,

sarkopeni ve kırılğanlığın tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, ilaç tedavilerinden önce sağlıklı yaşam aktivitelerinin önerilmesi ve bu aktivitelerin hastalar tarafından benimsenmesinin desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

Kırılğanlıkla ilgili araştırmalar çoğunlukla toplum içerisindeki yaşlılar veya sağlık hizmeti kullanan yaşlılara odaklanmaktadır (Miettinen ve ark., 2017). Bununla birlikte, evde bakım hizmetleri ve kırılğanlığın ele alındığı çalışmalarda konunun önemine dikkat çekilmektedir (Cegri ve ark., 2020).

Kırılğan yaşlılar artmış sağlık ve sosyal hizmet gereksinimlerine sahip olmalarına karşın söz konusu hizmetlere erişimle ilgili sorunlar yaşayabilmektedir (Fret ve ark., 2019). Bu noktada, evde bakım hizmetlerinin, bireyin yaşam alanında sunuluyor olması nedeniyle hizmet erişimi ile ilgili bariyerlerin aşılmasında fayda sağlayabilir (Spratt ve ark., 1997). Ayrıca evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesini artırma etkisi, kişilerin yaşadıkları çevrede de iyileşme sağlaması, yaşlıların kurumsal bakım yerine evde bakımı tercih etmeleri ve bunun ruhsal açıdan iyilik hali sağlaması nedeniyle kırılğanlık durumunu geri döndürme veya önleme potansiyeli taşımaktadır (Stuck ve ark., 1999). Yine evde bakım hizmetleri içerisinde koruyucu hizmetler başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin sunulması, kırılğan yaşlılarda artan hastane yatış süreleri ve sağlık hizmeti kullanımının azalmasını, hastane enfeksiyonlarına duyarlılığın daha yüksek olduğu bu bireylerde riskin ortadan kaldırılmasını, tedaviye uyum ile kırılğanlığın altında yatan hastalıkların etkisinin azaltılmasını sağlama potansiyeline sahiptir. Ayrıca evde bakımın söz konusu bu yönleri ile kurumsal bakımın maliyet-etkin bir alternatifi olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark., 2010).

Kırılğan bireylere evde bakım hizmeti sunumunun yanı sıra, araştırmacılar yürütölmekte olan evde bakım hizmetlerinde kırılğanlığın taranması ve izlem gerekliliğine dikkat çekmektedir. Çalışmalarda, mevcut sağlık durumunda kötüleşmenin önüne geçebilmek adına kırılğanlığın erken tanısının önemi vurgulanmaktadır (Cegri ve ark., 2020). Kırılğan yaşlılar için ev tabanlı izlem için geliştirilmeye çalışılan teknolojiler mevcuttur (Lunardini ve ark., 2019).

## 2.8. Sağlık Hizmetleri Kapsamında Kırılabilirliğin Önlenmesi

Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında; birinci basamak sağlık hizmetleri doğası gereği, yaşlı yetişkinleri sürecin başında, henüz kırılabilirliğin gelişmediği dönemde, tarama ve düzenli izlem açısından fırsat sağlayabilir. Aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimi davranışları gibi kırılabilirlik ve diğer birçok kronik hastalık ile ilgili risk faktörlerinin saptanması ve müdahale edilmesi birinci basamak sağlık hizmetlerinde mümkün görülmektedir (Romera Liebana ve ark., 2018). Benzer şekilde kırılabilirlik ve çeşitli hastalıkların gelişimi arasındaki bağlantı göz önüne alındığında, kırılabilirliğin sınırlandırılması, söz konusu hastalıkların birincil ve ikincil önlenmesi açısından fayda sağlayabilir (Veronese ve ark., 2017). Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta arasında kurulan yakın ve sürekli ilişki, bakım önceliklerini ve gereksinimleri belirleme noktasında kolaylık sağlayabileceği belirtilmektedir (Geiger ve ark., 2016). Nitekim kırılabilir bireylerin, fiziksel, çevresel ve psikososyal gereksinimleri artmıştır ve daha fazla karşılanmamış gereksinimleri bulunmaktadır. Acil, uzman bakımı ve daha ileri sağlık hizmetleri açısından ise, hastaların kırılabilirlik durumlarının değerlendirilmesi, mevcut hastalıkların komplikasyonları, uygulanan tedavinin istenmeyen etkileri, hastanede yatış süresi, ölüm riski açısından bir öngörü sağlayabilir (Jorgensen ve Brabrand, 2017). Ayrıca hastane yatışı, palyatif bakım, evde bakım gibi hizmetler açısından gereksinimlerin belirlenmesi noktasında, kişilerin kırılabilirlik durumları göz önünde bulundurulabilir. Yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemisinin süregeldiği günümüzde, yaşlı nüfusun kırılabilirliğe dayalı yönetiminin hem terapötik hem de önleyici stratejiler için doğru bir risk sınıflandırması sağlayabileceğine dair kanıtlar ortaya konmaktadır (Kundi ve ark., 2020). Kırılabilirliğin önlenmesinde akılcı ilaç kullanımı önemli bir yaklaşım olarak görülmektedir (Puts ve ark., 2017).

## 2.9. Akılcı İlaç Kullanımı

Kılavuzlara göre akılcı ilaç kullanımı; ilaç seçiminin, dozunun, süresinin, klinik ihtiyaçlara uygun, hizmet sağlayıcıya, topluma ve hastaya en düşük maliyetle verilmesini ve doğru şekilde dağıtılıp uygun şekilde alınmasını sağlayacak şekilde doğru ve uygun kullanımını içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Doğru kalitede, güvenli ve etkili doğru ilacın mevcut olması, pazarlamanın doğru

yapılması, uygun maliyetli olması ve alt yapısının bireye ve topluma uygun olması gerekmektedir. Literatürde, ilaçların doğru kullanımı, etkili reçete yazma gibi tamamlayıcı terimler de 'akılcı kullanım' yerine kullanılmaktadır. İlacın bu şartlara uygun kullanılmaması halinde akılcı olmayan veya yanlış veya yersiz kullanım olarak kabul edilmektedir. Özel veya kamu hastanelerine başvuran hastaların %30-40'ında ilaçların yarısının reçeteleme, dağıtım, satış veya uygulama aşamalarının kılavuzlara uygun olmadığı tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2002).

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri aşağıda belirtilmiştir (World Health Organization, 2002).

- Ulusal düzeyde bir kurum oluşturulmalı ve bu ilgili kurumun ilaç politikalarının denetlenmesi ve planlanmasının yürütülmesinde görev alması,
- Karar verme, eğitim verme ve planlama gibi süreçlerde klinik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanılması,
- İlaç listelerinin ulusal düzeyde geliştirilmesi ve ilgili tedavilerde kullanılması,
- İlaç ve tedavi komitelerinin merkezi hastane ve ilçelerde kurulması,
- Farmakoterapi eğitiminin probleme dayalı bir şekilde düzenlenmesi ve lisans programlarının öğretim planında kullanılması,
- Tıp eğitimlerine hizmet içinde de devam edilmesi,
- Dönütlerin ve denetimlerin önemsenmesi,
- Bağımsız ilaç kökenlerinin benimsenmesi,
- Halka yönelik ilaç ile ilgili eğitimlerin gerçekleştirilmesinin desteklenmesi,
- Etik dışı finansal müdahalelerden kaçınılması,
- Mecburi ve mevzuata uygun düzenlemelerin kullanılması,

- Sağlık alanında yeterli personel ve ilaç bulunabilirliğini sağlamak için gerekli harcamaların hükümet tarafından yapılması.

Akılcı ilaç kullanımı beş aşamadan oluşan bir süreci içermektedir (Eylül ve Burç, 2012).

1. Reçetelendirme öncesi süreç: İlaçların eczaneden hastaya ulaşmasına kadar olan süreci ifade eden reçetelendirme öncesi süreç; ilaçların geliştirilmesi, ruhsat alma aşaması, üretim aşaması, pazarlama aşaması, dağıtım aşaması ve depolanma aşamasını kapsamaktadır (Kaplancıklı, 2018).

2. Tanı ve tedavi süreci: Hekimler, hastalık tanı ve tedavisinin düzenlenme sürecinden birincil derecede sorumludur. Bu bağlamda, hastalıkların tanısını koyma, tedavinin amaçlarını belirleme, tedavi seçeneklerini gözden geçirerek uygun tedavileri belirleme, hastalarda uygun ilaçları seçme, uygun şekilde ilaç reçetelendirme, hastaları bilgilendirme ve tedavi başarısını değerlendirme amacıyla hastaların doğru şekilde takibi hekimin görevleri arasındadır (Altındış, 2017).

3. İlaç tedarik süreci: İlaç tedarik süreci, hekim tarafından hastalığın tanısının konulması ve tedavi protokolünün oluşturulması sürecinden sonra gelmektedir. Bu süreçte çoğunlukla eczacılar yer almaktadır. Eczacıların hastaya yönelik eğitimler düzenlemesi de AİK açısından önem taşımaktadır (Toklu ve Dülger, 2014).

4. İlaç uygulama/kullanma süreci: İlaç uygulama ve kullanma süreci multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda bu sürecin başarı ile sonuçlanabilmesi için ilacı kullanan/uygulayan kişilerin, hekim, eczacı ve diğer sağlık personelinin bu süreç hakkında detaylı bilgiye sahip olması ve kendisine düşen sorumlulukları yerine getirmesi elzemdir (Toklu, 2015).

5. İlaç atıkları ve imha süreci: Tehlikeli atık olarak değerlendirilen ilaçların toksik özellikleri bulunmaktadır. Bu nedenle ilaçların imha süreci de AİK ilkeleri kapsamında önemli bir basamaktır. Akılcı ilaç kullanımı açısından ilgili sağlık personelinin uygun şekilde davranması ve sorunların çözümüne odaklanması imha sürecinde önem taşımaktadır (Akılcı, 2013).

## 2.10. Dünyada ve Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı

Dünyadaki gelişmelerden yola çıkarak 1990’lı yıllarda Türkiye’de başlayan AİK çalışmaları DSÖ önerileri çerçevesinde sürdürülmektedir. Sağlık Bakanlığı konuyla ilgili saha çalışmalarına 1992 yılında başlamıştır.

- 1996 yılında Marmara Tıp Fakültesi’nde Probleme Dayalı Akılcı Tedavi Eğitimi başlamıştır. Tüm sağlık çalışanlarına bu eğitimin verilmesi yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır (Akıcı, 2013).
- 1998-1999 yıllarında DSÖ ile Sağlık Bakanlığı arasında AİK çalışmaları başlamıştır. AİK’nın yaygınlaşması amacıyla toplantılar yapılmış, eğitici faaliyetler düzenlenmiştir. 1999 yılında Türkiye İlaç Kılavuzu (TİK) basılmıştır.
- Tanı ve Tedavi Rehberi ilk olarak 2002-2003 yıllarında basılmış ve revize edilmiştir. DSÖ’nün AİK ile ilgili kaynakları Türkçe’ye çevrilmiştir. 2006 yılında AİK Çalıştayı gerçekleştirilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından AİK eğitiminin uzaktan verilmesi çalışmalarına 2010 yılında başlanılmıştır. Yine 2010 yılında Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu ve AİK şube Müdürlüğü kurulmuştur.
- 2011’de Antalya’da Uluslararası İlaç Geliştirme konferansı gerçekleştirilmiştir. 2013 yılında Akılcı İlaç Kullanımı kitabı yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) 2011 yılında kurulmuştur. TİTCK bünyesinde 2012’de “Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi” kurulmuş, 2014’de dairenin adı “Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi” olarak değiştirilmiştir. Daireye bağlı birimlerden biri olan “Akılcı İlaç Kullanımı Birimi” AİK çalışmalarını takip edilmekte ve yürütmektedir. “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017 ile birlikte 81 ilde AİK faaliyetlerinin yürütülmesi ve koordinasyonu için İl Sağlık Müdürlükleri altında “AİK İl Koordinatörlükleri” oluşturulmuştur. Bu plan, AİK faaliyetlerini desteklemek, tüm sağlık personeli, toplum ve diğer muhataplarına yönelik AİK ile ilgili davranış değişikliği ve farkındalık yaratmak ve onların bilgi düzeylerini artırmak amacıyla oluşturulmuştur. AİK yapılanması, tüm

paydaşları ile değerlendirilmiştir. Her başlıkta dört alt başlık faaliyeti bulunmaktadır; bunlar yönetsel düzenleme ve planlamalar, tanıtım, eğitim ve izleme-değerlendirme şeklindedir. Bu planın devamında “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022” uygulamaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015).

- Bakanlık, AİK çalışmalarını büyük kitlelere ulaştırabilmek amacıyla elektronik ortama taşımış ve kitle iletişim araçlarında AİK ile ilgili çeşitli çalışmalar yürütmüştür.

## 2.11. Yaşlı Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı

Yaşlanan nüfus yapısı ve buna bağlı artan kronik hasta sayısı düşünüldüğünde yaşlılardaki ilaç kullanımı ve beraberinde getirdiği akılcı olmayan ilaç kullanımı sorunu oldukça ciddi boyutlardadır. Yaşlı bireylerde yaşlanmaya bağlı olarak vücudun fizyolojik rezervi ve uyum yeteneği istenmeyen şekilde azalmakta olup organların fonksiyonlarının azalması nedeniyle ilaçların vücuttaki farmakokinetiği ve farmakodinamiği farklılaşabilmektedir. Yaşlı bireylerde morbidite insidansının daha yüksek olması; polifarmasi ve istenmeyen etkilerin daha sık gelişmesiyle ilişkilidir (Badur 2016, Yılmaz 2019). Beers ve ark. tarafından 1991 yılında yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımında çeşitli kriterler geliştirmiştir (Beers ve ark., 1991). Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımına ilişkin kriterler aşağıdaki gibidir:

- Alışkanlıkları bilinmeli (İlaç, sigara ve alkol gibi),
- İlaç tedavisinin gerekliliği değerlendirilmeli,
- Reçete edilen ilaçların özellikleri bilinmeli,
- Tedaviye başlarken minimum doz ile başlanmalı,
- İlaç dozu, kombinasyonları ve tedaviyi sonlandırma dikkatlice belirlenmeli,
- Yaşlı bireyin kolay uyumu için tedavi basitleştirilmeli,
- Tedavi düzenli olarak incelenmeli,

- Yaşlı bireyin ihtiyacı olmayan ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır (İlhan ve Öztürk, 2015; Doğan ve Çalışkan, 2019).

## 2.12. Polifarmasi Kavramı ve Tanımı

Polifarmasi terimi, ilk kez 150 yılı aşkın bir süre önce çoklu ve aşırı ilaç kullanımını tanımlamak amacıyla ortaya çıkmıştır (Mortazavi ve ark., 2016). Ancak, literatürde bu kavramın tanımında bir uzlaşma sağlanmamış olup, çeşitli tanım alternatifleri bulunmaktadır. Bu tanımlardan bazıları, en az 240 gün boyunca iki veya daha fazla ilacın eş zamanlı kullanımını, iki veya daha fazla ilacın kombinasyon halinde kullanılmasını ve beş veya daha fazla ilacın birlikte kullanılmasını içermektedir (Linjakumpu ve ark., 2002). Öte yandan, National Service Framework (NSF) kuruluşu, dört veya daha fazla ilacın birlikte kullanılmasını polifarmasi olarak değerlendirmektedir (Bjerrum ve ark., 1998). Bu durum, polifarmasinin kapsamının ve tanımının geniş bir yelpazeye yayıldığını göstermektedir. Dolayısıyla, polifarmasi üzerine yapılan çalışmalar ve tartışmalar, sağlık hizmetleri alanında önemli bir yer tutmakta ve ilaç yönetimi stratejilerinin geliştirilmesine yönelik katkılarda bulunmaktadır.

Yatarak tedavi gören hastalar arasında çoklu ilaç kullanımı yaygın bir durumdur. 2012 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, yatan hastalar arasında polifarmasi oranının %74 olduğu tespit edilmiştir (Trumic ve ark., 2012). Kritik durumdaki hastalar, aldıkları ilaçların sayısının fazla olması ve bu ilaçların farmakokinetik özelliklerinden kaynaklanan nedenlerle ilaç etkileşimlerine bağlı advers ilaç olayları açısından yüksek risk taşımaktadırlar. Polifarmasi, tedavi etkinliğini artırma, yan veya toksik etkilerin azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması, eşlik eden hastalıkların tedavisi ve bir ilaca ait yan etkinin başka bir ilaçla giderilmesi gibi çeşitli sebeplerle klinik uygulamalarda sıkça tercih edilmektedir (Diker, 2000). Ancak, klinik çalışmalarda çoklu ilaç kullanımının beklenen yararlarının yanı sıra, farklı mekanizmalarla etkileşimlerden kaynaklanan önemli sorunlara da yol açabileceği gözlemlenmiştir (Wyles ve Rehman, 2005). Bu durum, polifarmasi uygulamalarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. İlaç yönetimi stratejilerinin, potansiyel etkileşimleri en aza indirecek şekilde tasarlanması, hasta güvenliği ve tedavi etkinliği açısından hayati öneme sahiptir.

Kelime anlamı "çoklu ilaç kullanımı" olan polifarmasi, günümüzde net bir tanım yapılamadığı ve ilaç sayısı için belirli bir sınır değeri tespit edilemediği bir kavramdır. Bununla birlikte, bazı araştırmalar "hastanın ihtiyacından fazlası" ifadesini polifarmasi tanımı olarak kabul etmektedir (Yıldırım ve Kılıç, 2017). Sürekli olarak kullanılan ilaçlar ve özellikle geriatrik hastalarda artan polifarmasi, çeşitli riskler de taşımaktadır (Halli Tierney ve ark., 2019). Bu bağlamda, polifarmasinin yönetimi, hasta güvenliği ve tedavi etkinliği açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin polifarmasi durumlarını dikkatle değerlendirmesi ve gerektiğinde müdahale etmesi gerekmektedir.

İlerleyen yaş, polifarmasi için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Yıldırım ve Kılıç, 2017). Polifarmasi ile ilişkili diğer risk faktörleri, hastayla ilgili, bakım verenle ilgili ve sağlık profesyonellerine bağlı olmak üzere üç ana gruba ayrılarak incelenmiştir (Elkin, 2020).

Hastayla ilgili risk faktörleri arasında; bilişsel fonksiyon kaybı, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, bakıma muhtaç olma durumu, birden fazla hekimi ziyaret etme ve şikayetlerini net bir şekilde ifade edememe gibi unsurlar yer almaktadır. Bakım verene bağlı riskler ise; komşu veya tanıdık önerisiyle ilaç başlanması, daha fazla ilaç vermenin hastaya daha iyi bakıldığı algısı, daha önce kullanılan ilaçların tekrar reçete edilmesi ve evde fazla sayıda ilaç bulundurulması gibi durumlarla özetlenmiştir. Son olarak, sağlık profesyonellerine bağlı riskler arasında; anamnezin eksik alınması, tedaviye çok sayıda semptomatik ilacın eklenmesi, önceki reçetelerin merkezi sistemden görülememesi nedeniyle yeni ilaçların reçete edilmesi, geriatrik sendromlar konusundaki bilgi eksiklikleri ve iyatrojenik durumlar sıralanmaktadır (Elkin, 2020). Bu risk faktörlerinin dikkate alınması, polifarmasi yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır.

Nedeni ne olursa olsun, çoklu ilaç kullanımında ilaç etkileşimleri ve yan etkilerin ortaya çıkma riski artmakta, bu durum hastaların tedaviye uyumunu azaltmakta ve tedavi maliyetlerini yükseltmektedir. Ayrıca, polifarmasiye bağlı olarak hastane başvuru sayısında ve yatarak tedavi ihtiyacında belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bunun yanı sıra, polifarmasi ile ilişkili olarak hastalarda kemik patolojileri ve kilo kaybı gibi ek tıbbi sorunların da ortaya çıktığı kanıtlanmıştır (Chiang Hanisko ve ark., 2014). Bu bulgular, polifarmasinin yönetiminin önemini

vurgulamakta ve sağlık hizmetleri planlamasında dikkate alınması gereken kritik bir alan olduğunu göstermektedir.

### **2.12.1. Polifarmasinin Sebepleri**

Polifarmasi nedenleri çok faktörlü bir yapıya sahiptir. Bu faktörler arasında yaş, multimorbidite (birden fazla hastalığın bir arada bulunması), bakım evinde kalma durumu, bilişsel ve fonksiyonel bozukluklar, görme problemleri, düşük eğitim düzeyi, kronik hastalık sayısının fazlalığı ve sağlık çalışanlarının konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması gibi etkenler yer almaktadır (Hinshaw ve ark., 2013). Bu çok boyutlu etmenler, polifarmasi riskini artırmakta ve hastaların tedavi süreçlerini karmaşık hale getirmektedir. Dolayısıyla, polifarmasinin önlenmesi ve yönetilmesi, bu faktörlerin dikkate alınarak stratejiler geliştirilmesiyle mümkün olacaktır (Kojima ve ark., 2011).

Hastaların ilaçlarını reçete edildiği şekilde kullanmamaları, aynı sorun için birden fazla hekime başvurmaları ve çevresel kaynaklardan edindikleri bilgilerle hekime danışmadan ilaç kullanmaları, polifarmasiyi tetikleyen davranışlar arasında yer almaktadır. Yeterli bilgi düzeyine sahip olmayan ve hastayı bütüncül bir şekilde değerlendirmeyen sağlık çalışanları da polifarmasi açısından önemli bir risk faktörü oluşturabilmektedir. Ayrıca, hastanın kullandığı ilaç bilgisine erişimi olmayan hekimlerin, gereksiz veya uygun olmayan ilaçları tekrarlayarak reçetelemesi de polifarmasi nedenleri arasında sayılmaktadır. Örneğin, bir ilacın yan etkileri, birçok hekim tarafından başka bir ilaçla tedavi edilmeye çalışılmakta; bu durum "reçete kaskatı" olarak adlandırılmaktadır (Picco ve ark., 2016). Bu tür uygulamalar, polifarmasinin yönetiminde dikkate alınması gereken kritik sorunları ortaya çıkarmaktadır.

Bilişsel ve kognitif sorunlar, görme problemleri, işlevsel bozukluklar ve düşük eğitim seviyesi gibi etmenler, polifarmasiye yol açabilecek diğer sorunlar arasında yer almaktadır. İlerleyen yaşla birlikte, endokrin, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar gibi birçok sağlık sorununda görülme sıklığı artmakta ve bu durum, birden fazla hastalığı olan bireylerin aynı veya farklı uzmanlıklardaki hekimlere başvurma eğilimlerini artırmaktadır (Yıldırım ve Kılınç, 2017). Bu çoklu başvurular, tedavi sürecinde karmaşıklığa yol açarak polifarmasi riskini artırmakta

ve hastaların ilaç yönetimini daha da zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, yaşlı bireylerin sağlık hizmetleri alırken daha dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yaşlı bireylerde görülen semptomların yeni bir hastalık olarak değerlendirilmesi ve yan etkileri telafi etmek amacıyla farklı ilaçların reçete edilmesi, polifarmasiyi tetikleyen yaygın durumlardandır. Bu durum, polifarmasi açısından önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Ayrıca, hekimlerin ilaçların etkileri ve etkileşimleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları da polifarmasi riskini artıran diğer bir faktördür (Taşkın Şayir ve ark., 2014). Bu nedenlerle, yaşlı hastaların tedavi süreçlerinde dikkatli bir değerlendirme ve kapsamlı bir bilgi paylaşımı gereklidir.

### **2.12.2. Polifarmasinin Sonuçları**

Çoklu ilaç kullanımı, ilaçlar arasındaki etkileşimlerin ve yan etkilerin sıklığını artırabilmektedir. Aynı zamanda, çoklu reçeteleme durumu, "reçete kaskatı" riskini yükseltmekte ve yaşlı hastalarda tedaviye uyumsuzluk sorunlarına yol açabilmektedir (Benedetti ve ark., 2009). Bu durum, sağlık harcamalarında artışa neden olurken, hastaların kognitif ve fiziksel fonksiyonlarında azalmaya, düşme olaylarına ve hatta kalça kırıklarına yol açarak yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Ayrıca, bu faktörler hastane yatışlarının artmasına ve potansiyel olarak ölümlere de sebep olabilmektedir (Bozkurt ve ark., 2019). Dolayısıyla, çoklu ilaç kullanımının dikkatli bir şekilde yönetilmesi, hasta güvenliği ve tedavi etkinliği açısından kritik bir önem taşımaktadır.

Polifarmasi, farklı yaş gruplarındaki bireylerde önemli yan etkilere yol açabilir; ancak bu olgu, özellikle yaşlı bireyler için daha belirgin bir tehdit oluşturmaktadır. Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik ve biyolojik değişiklikler, bireylerin gençlere oranla hastalıklara karşı daha savunmasız hale gelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, polifarmasinin yaşlı popülasyon üzerindeki etkileri dikkate alınmalı ve tedavi süreçlerinde özel bir özen gösterilmelidir (Erbay, 2018).

Multimorbidite, yaşlanan toplumlarda yaygın bir olgu olarak karşımıza çıkmakta ve bu durum, yaşlı bireylerin birden fazla ilaç kullanma gereksinimini artırmaktadır (Pazan ve Wehling, 2021). Özellikle antihipertansif ilaçlar,

hipolipidemikler, antidepresanlar, hipoglisemik ilaçlar, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ve bitkisel preparatlar, yaşlı hastaların günlük yaşamlarında sıkça kullanılan tedavi yöntemleri arasında yer almakta olup, bu ilaçların etkileşim potansiyeli önemli bir risk oluşturmaktadır.

Bu bağlamda, yaşlı bireylerde ilaç etkileşimleri, tedavi süreçlerinin yönetimi açısından kritik bir mesele olarak değerlendirilmelidir. İlaçların birbiriyle etkileşim içerisinde olabileceği göz önüne alındığında, klinik uygulamalarda, etkileşime girebilecek ilaçların reçete edilmesinde titizlikle yaklaşılması elzemdir (Bozkurt ve ark., 2019). Bu tür etkileşimlerin önlenmesi hem tedavi etkinliğini artırmak hem de yan etkilerin en aza indirilmesi adına büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, polifarmasi ve uygun olmayan ilaç kullanımı, yaşlı bireylerin sağlık durumunu olumsuz etkilemekte ve bu durum, bakımevine yerleştirilme, mobilizasyon güçlükleri, hastaneye yatış sıklığı, morbidite ve mortalite oranlarının artma eğiliminde önemli bir rol oynamaktadır (Yeşil ve ark., 2012). Bu nedenle, yaşlı hastaların ilaç yönetiminin dikkatli bir şekilde ele alınması hem bireysel sağlıklarını korumak hem de genel yaşam kalitelerini artırmak açısından hayati öneme sahiptir.

### **2.12.3. Polifarmasi Sıklığı**

Polifarmasi sıklığı, dünya genelinde yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerinin kalitesine bağlı olarak %4 ile %96.5 arasında önemli değişiklikler göstermektedir (Guillot ve ark., 2020; Khezrian ve ark., 2020). Bu geniş aralık, farklı ülkelerin sağlık sistemlerinin etkilerini ve yaşlı nüfusun ilaç kullanım alışkanlıklarını yansıtmaktadır. Dolayısıyla, polifarmasi ile ilgili stratejilerin geliştirilmesi, her toplumun ihtiyaçlarına göre uyarlanmalı ve etkin bir sağlık yönetimi sağlanmalıdır.

Avrupa Sağlık, Yaşlanma ve Emeklilik Araştırması (SHARE), 34.232 katılımcı ile 17 Avrupa ülkesinde gerçekleştirilmiştir. Bu ülkeler arasında Almanya, Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Fransa, Hırvatistan, İtalya, Lüksemburg, Polonya, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Slovenya ve Yunanistan bulunmaktadır. Çalışmada, polifarmasi, 65 yaş ve üzeri bireylerde beş veya daha fazla ilaç kullanımı olarak tanımlanmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcı ülkelerdeki polifarmasi sıklığı %32.1 olarak belirlenmiştir. En

düşük polifarmasi oranı %26.3 ile İsviçre'de görülürken, en yüksek oran %39,9 ile Çek Cumhuriyeti'nde tespit edilmiştir (Midao ve ark., 2018). Bu bulgular, farklı ülkelerin sağlık sistemleri ve yaşlı nüfusun ilaç kullanım alışkanlıkları arasındaki çeşitliliği ortaya koymaktadır.

### 2.13. Yaşlı Bireylerde Polifarmasi

Polifarmasi çoklu ilaç kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Hasta tarafından aynı anda beş veya daha fazla ilacın birlikte kullanılması ya da iki veya daha fazla ilacın 240 gün veya daha uzun süre kullanılması olarak tanımlanabilmektedir (Güven, 2019). Polifarmasi tüm bireyler için bir problem olmakla birlikte özellikle yaşlı hastalarda daha sık karşılaşılmaktadır (Asma ve ark., 2014). Yaşlı bireylerde polifarmasi oranı %23-%39 arasındadır (Güven, 2019). Polifarmasi etiolojisinde bilinen en önemli risk faktörleri ileri yaş ve huzurevinde kalmadır. Doktorun ilaç etki ve etkileşimi konusundaki bilgi eksikliği, fonksiyonel bozukluklar, hastanın bilişsel, görme sorunları, eğitim seviyesindeki düşüklük ve bakıcıya ait sorunlar etiolojide rolü olan değişkenlerdir (Belgi Yıldırım ve Kılınç, 2017). ABD'de yapılan bir çalışmada polifarmasinin en fazla 65 yaş ve üzeri kadınlar arasında görüldüğü ve bu yaşlı kadınların %23'ünün en az beş ilaç, %12'sinin ise en az 10 ilaç kullandığı tespit edilmiştir (Yeşil ve ark., 2012). Pakistan'da yaşlılarla yapılan bir çalışmada reçete başına ilaç sayısı 4.74 olarak bulunmuştur (Saqib ve ark., 2018). Türkiye'de yaşlı bireylerde beş ve üzeri ilaç kullanım oranı kadınlarda %63.2 erkeklerde ise %55.3 olarak bildirilmiştir (Bahat ve ark., 2014).

Polifarmasi sonucunda ilaç-ilaç ya da ilaç-besin etkileşimleri gibi istenmeyen sağlık problemleri oluşumu artmaktadır (Zeybek, 2018). Polifarmasinin sonuçları; ilaç etkileşim ve yan etki sıklığının artması, hastanın tedaviye uyumunun azalması, malnütrisyon, davranış bozuklukları, hastaneye yatışların artması, düşmeler, bakımevlerine giden hasta sayılarında artış, mortalitenin artması olarak özetlenebilir (Güven, 2019). Yaşlı bireylerde polifarmasi durumunda alınacak önlemler;

- Yaşlı bireyin tedavisi ona özgü olmalı ve en uygun ilaç seçilmelidir,
- Tanıya yönelik ilaç reçete edilmeli, hastalık belirtileri için ilaç önerilmemelidir,

- İlaçsız tedavi edilebilecek tıbbi sorunlar incelenmelidir,
- Başka doktorlar tarafından ilaç yazılmış mı araştırılmalıdır,
- Doz ayarlamasına dikkat edilmeli, ilaca minimum doz ile başlanmalı ve gerekirse kontrollü bir şekilde artırılmalıdır,
- Yan etkisi olabilecek ilaçların kullanılması gerektiğinde mümkün olduğunca kısa sürede kullanılıp kesilmelidir,
- Kişinin günlük yaşamını etkileyebilecek sedasyon veya sakinleştirici özelliği olan ilaçlar dikkatle önerilmeli ve kullanılmalıdır,
- Yaşlı bireyin tedavi uyumunu arttırmak için takvim hazırlanmalı, ilaç kutuları etiketlenmelidir,
- Tedavi planı periyodik olarak değerlendirilmelidir (Onar ve Kapucu, 2011).

#### **2.14. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Polifarmasi**

Yaşam süresinin uzaması, beraberinde kronik sağlık sorunlarının artışı da getirmektedir (Özkayar ve Arıoğul, 2007). Bu bağlamda, birden fazla kronik hastalığın (multimorbidite) varlığı, çeşitli semptomlar, bozukluklar ve engellerle ilişkili bir durumdur. Multimorbidite, yaşlı bireylerin sağlık yönetimini karmaşıklaştırmakta ve tedavi süreçlerinde zorluklar yaratmaktadır. Bu nedenle, yaşlı popülasyonun sağlık ihtiyaçlarının daha etkili bir şekilde ele alınması gerekmektedir.

Çoklu morbidite, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde ortak bir olumsuz etki yaratabilmektedir. Bu durum, kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyerek günlük aktivitelerini sınırlamakta ve hareketliliğini azaltmaktadır. Ayrıca, birden fazla ilaç kullanma gerekliliği, sık sağlık hizmeti temaslarını ve ilaçlara bağlı yan etki risklerini artırma potansiyeli taşımaktadır (Gökçe ve Kutsal, 2012). ABD’de Dwyer ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada toplumda yaşayan 65 yaş üzerindeki kadınların %23’ünde, 75-85 yaş arasındakilerin ise %35-40’ında beşten fazla ilaç kullanımı olduğu gösterilmiştir. Avrupa’da ise Shelter çalışmasının bir raporu olarak 8 farklı Avrupa ülkesindeki bakım evlerinden bildirilen çalışmada, polifarmasi sıklığı %49.7 olarak bildirilmiştir (Onder ve ark., 2012).

Bu olumsuz etkiler, yaşlı bireylerin genel sağlık durumunu daha da karmaşık hale getirerek, tedavi süreçlerini zorlaştırmakta ve yaşam kalitelerini düşürmektedir.

Akılcı ilaç tedavisinin temel başlangıç noktası, doğru bir tanının konulmasıdır. Yaşlı bireyler, çeşitli nedenlerle hekime başvurabilirler; bu nedenler arasında semptomlar, sağlık sorunları, anksiyete, ilaç yan etkileri veya tedaviye uyumsuzluk gibi durumlar yer alır. İlaç tedavisine karar verilmeden önce, ilaç dışı tedavi seçenekleri gözden geçirilir. Bu süreçte, diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri hakkında hastalara bilgi verilmesi önem taşır (Yeşil ve ark., 2012).

Bu sürecin başarıya ulaşması, hastanın tedaviye uyumu ile yakından ilişkilidir. Uyumun artırılması için hasta, hasta yakını ve hekim arasında etkili ve anlaşılır bir diyalog kurulması gerekmektedir. Hekim, tedavi hedeflerine ulaşmak amacıyla ilaç alternatiflerini değerlendirirken etkinlik (yeterli doz ve süre), güvenlik (yan etkiler, ilaç etkileşimleri), uygunluk (kontrendikasyonlar, saklama koşulları) ve maliyet gibi faktörleri karşılaştırır (Onder ve ark., 2014).

Hekim, hastanın mevcut durumu, kullandığı diğer ilaçlar ve alışkanlıkları hakkında detaylı bilgi topladıktan sonra en uygun seçenekleri belirler. Ayrıca, yaşlı bireylerin olası görme, işitme ve algılama fonksiyonlarındaki azalmaları göz önünde bulundurarak, yeterli bilgileri içeren bir reçete yazılması esastır. Hastalar ve hasta yakınları, önemli bilgi, talimat ve uyarılar hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilir. Tedavinin etkileri ve yan etkileri açısından belirli aralıklarla izlenmesi, yaşlı hastalarda düzenli takiplerin yapılmasını gerektirmektedir (Taşdemir, 2013).

## **2.15. Yaşlı Bireylerde Kırılganlık, Akılcı İlaç kullanımı, Polifarmasi ve Evde Hasta Bakım Hemşireliği**

İlaç tedavisine başlanması doktorun görevi iken; ilaçların uygulanması ve takibi hemşirenin görevi olarak tanımlanmıştır (Özer ve Özdemir, 2009). Hemşirelerin sağlık hizmetinde ilaç hazırlama ve uygulamasından sorumlu olmaları hastalar ile yakın ilişkide olmaları ve tedavinin takip ve değerlendirmesini yapmaları nedeni ile akılcı ilaç kullanımının artırılmasında önemli rolleri bulunmaktadır (Gantaş ve Uğurluoğlu, 2018). Akılcı ilaç kullanımında hemşireler

uygulayıcı ve eğitici rolünü kullanır. Hemşireler hasta ve ailesine tedavi boyunca; gereksinimlerine, eğitim durumlarına, taleplerine göre, ilaçların güvenli ve doğru kullanımı, dozu, saatleri, yan etkileri gibi konularda eğitim ve danışmanlık verir ve bu sayede ilaçların akılcı uygulanmasını sağlar (Çiftçi ve Aksoy, 2017; Taşocak, 2012).

İlaçlar, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde birey ve toplum için büyük öneme sahip olduğundan halk sağlığı açısından da akılcı kullanımı gerekmektedir (Işık ve ark., 2004). Birey, aile ve toplumun sağlığını hedef alan halk sağlığı için AİK bu üç düzeyde de sağlığın sürdürülmesinde elzemdir (Aydın ve Gelal, 2012). Yaşlı bireylerin ilaç kullanımı hemşire tarafından her başvuruda sorgulanmalı, takip edilmeli, ilaç tedavisi AİK ilkelerine göre planlamalı ve verilen tedavinin dikkatle izlenmesini gerekmektedir (Yılmaz, 2019; Badur, 2016). Yaşlı bireylerde ilaç kullanım hatalarını önlemek için halk sağlığı hemşirelerinin önemli sorumlulukları vardır. Bu doğrultuda; rehberlik, eğitim ve danışmanlık rollerini kullanması gerekir. Planlanan eğitim ve danışmanlıklarda bilgilerin açık ve net sunulması, gerekli zamanın ayrılması, ayrıca nörolojik değerlendirmenin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, yaşlı bireylerin ilaç yönetiminin desteklenmesi için evde sağlık geliştirilmelidir (Ekenler ve Koçoğlu, 2016). Halk sağlığı hemşireleri toplumsal yönde akılcı ilaç kullanımının yaygınlaşmasında etkili olabilir. Poliklinik ya da hastanede tedavi sonrası hastanın ilacı reçete edilerek evine gönderilir ve tedavisi evde devam eder. Evde tedavinin devam etmesi ilacın yanlış kullanım riskini de artırır. Bu riskin yönetilmesinde halk sağlığı hemşireleri önemli sorumluluklar üstlenebilir. Halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretleri ile bireyleri akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirmeli ve gerekli eğitimleri düzenlemelidir. Ev ziyaretlerinde yaşlı birey veya yakınından akılcı ilaç uygulamalarına dair geri bildirimler almalı sağlıklı davranış ve tutumların sürekliliğini sağlamalıdır (Ekenler ve Koçoğlu, 2016; Çobanoğlu ve Özdemir Alkanat, 2019).

Yaşlı bireylere ev ziyaretleri yaşlıların fonksiyonel durumlarını korumak, geliştirmek ve hastane hizmetlerinin kullanımını azaltmak amacıyla yapılmaktadır (Sherman ve ark., 2016). Ev ziyaretleri ilaçların gözden geçirilmesini ve nasıl alındığının gözlenmesini, yaşlı bireyin işlevselliğinin ve beslenmesinin

değerlendirilmesini; bakım verenin stresinin, sosyal destek durumunun ve yetkinliğinin değerlendirilmesini, güvenlik sorunlarının saptanmasını ve koruyucu sağlık hizmeti ihtiyacını tespit etmeyi içermektedir (Unwin ve Tatum, 2011; Ong ve ark., 2017). Yaşlı bireylere düzenli yapılan ev ziyaretleri sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, tıbbi ve sosyal ihtiyaçları belirlemede önemli katkıda bulunmaktadır (Tarricone ve Tsouros, 2008; Luck ve ark., 2013; Dorresteijn ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda ev ziyaretlerinin, ev ortamını düşmelere karşı güvenilir hale getirmede ve tedavi uyumunu sağlamada etkinliği belirlenmiştir (Elley ve ark., 2008; Markle Reid ve ark., 2010, Luck ve ark., 2013). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise ev ziyaretlerinin yaşlı bireylerde kronik hastalık yönetimi, düşmenin önlenmesi ve kişiselleştirilmiş ilaç eğitimi konularında etkili olduğu görülmüştür (Coşan 2007, Gök 2009, Gürler 2016).

İlaç kullanımıyla ilgili sorunlar için hemşireler tarafından uygulanması gereken girişimler şu şekildedir (Aksu ve Karadakovan, 2010);

- Yaşlı bireyin kullandığı ilaçlar diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde düzenlenmelidir.
- Tedavi düzenli olarak takip edilmeli, değerlendirilmeli ve ihtiyaç olmayan ilaçlar ekiple iş birliği sağlanarak tedaviden çıkarılmalıdır.
- Yaşlı bireylere kullanacağı ilaçların zamanı, sıklığı, süresi ve miktarı ile ilgili bilgi verilmelidir. Her ilacın yalnızca verilmiş amacına uygun kullanılması gerektiği vurgulanmalıdır.
- Yeni bir ilaç kullanılacaksa mutlaka prospektüsünün okunması gerektiği belirtilmelidir.
- İlaç yazdırmadan önce doktora alerji, kronik hastalık ve önemli durumların söylenmesi gerektiği belirtilmelidir.
- İlaç dozunu alamadığında ya da unuttuğunda yapması gerekenler anlatılmalıdır, ilaçlarını kullanmaması gereken durumlar açıklanmalıdır.
- İlaç takvimi, özel ilaç kutuları kullanma, ilaç listesi oluşturma ve alarm kurma gibi yöntemler, dozların unutulmasını önlemek ve hasta uyumunu artırmak için öğretilmelidir.
- Yan etkiler, ilaç-ilaç ya da ilaç-besin etkileşimleri yaşlı bireyin anlayabileceği biçimde ifade edilmelidir.

- Sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkların ve bitkisel ürünlerin ilaçlar üzerindeki etkisi açıklanmalıdır.
- Son kullanma tarihlerini kontrol etmeden ilaç kullanmaması, ilaç alırken reçete kontrolünü yapması ve sürekli kullandığı ilaçları ara sıra kontrol ettirmesi önerilmelidir.
- Reçetesiz ilaç kullanmanın ve başkasına ilaç tavsiye etmenin olası riskleri vurgulanmalıdır.
- Kullanılmayan ilaçların son kullanma tarihi geçmeden sağlık kuruluşlarına veya eczaneye teslim edilebileceği söylenmelidir.
- İlaçların prospektüsü dikkate alınarak saklanması ve taşınması gerektiği vurgulanmalıdır.
- Bazı ilaçları alırken sakıncalı olan aktiviteler (araç kullanmama, ağır egzersiz yapmama vb.) açıklanmalıdır.
- Yaşlı bireylere özellikle pahalı ilaçları gereksiz kullanmanın ülke ekonomisine zarar verebileceği anlatılmalıdır.
- Hemşire, konuyla ilgili bilgi, duyarlılığı arttırmalı, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin geleneksel anlayışın dışına çıkmalıdır (Aksu ve Karadakovan, 2010).

Yaşlı bireylerde kırılabilirlik, sağlık durumu ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiler yaratabilen, multidisipliner bir yaklaşım gerektiren bir durumdur. Kırılabilirlik, yaşlı bireylerin fiziksel, bilişsel ve sosyal işlevselliğinde azalma, stresörlere karşı daha duyarlı hale gelme ve sağlık sorunlarıyla başa çıkma kapasitesinde zayıflama ile karakterize edilir. Bu durum, yaşlı bireylerin hastalıkları daha şiddetli geçirmelerine, tedaviye yanıtlarının azalmasına ve mortalite oranlarının artmasına yol açabilir. Kırılabilirliğin yönetimi, genellikle multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve akılcı ilaç kullanımı ile evde hasta bakım hemşireliği bu süreçte önemli rol oynamaktadır (Taşocak, 2012).

Yaşlı bireylerin tedavisinde akılcı ilaç kullanımı, tedavi sürecinin önemli bir parçasıdır. Yaş ilerledikçe vücut fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelir; bu da ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiği üzerinde etkili olabilir. Kırılabilir yaşlılarda, aşırı ilaç kullanımı veya yanlış ilaç seçimi, tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkileyebilir ve ek sağlık sorunlarına yol açabilir. Akılcı ilaç kullanımı, her bir ilacın uygunluğunun değerlendirilmesi, gereksiz ilaçların elimine edilmesi,

dozajların yaşa ve vücut ağırlığına göre uyarlanması anlamına gelir. Bununla birlikte, ilaç etkileşimleri ve yan etkiler de göz önünde bulundurularak, tedavi süreci sürekli olarak izlenmeli ve gerektiğinde yeniden düzenlenmelidir (Onar ve Kapucu, 2011).

Yaşlılarda, genellikle polifarmasi (birden fazla ilaç kullanımı) söz konusu olabilmektedir ve bu durum ilaç etkileşimleri ile ilgili riskleri artırır. Akılcı ilaç kullanımı, bu risklerin minimize edilmesini sağlar, tedaviye yanıtı iyileştirir ve kırılabilirlik belirtilerini azaltmaya yardımcı olabilir. Ayrıca, ilaçların kullanımı kadar, tedaviye bağlı yaşam tarzı değişikliklerinin, egzersiz ve beslenme gibi faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekir (Özer ve Özdemir, 2009).

Evde hasta bakım hemşireliği, yaşlı bireylerin bakımının optimize edilmesinde kritik bir rol oynar. Kırılabilir bireyler, evde bakım hizmetlerinden faydalanarak, kendi yaşam alanlarında daha bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürebilirler. Hemşireler, bu süreçte bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için gereken desteği sağlar. Kırılabilirlik durumunda, hemşireler, hastaların fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını değerlendirir ve gerekli müdahaleleri yapar (Coşan, 2007; Gök, 2009; Gürler, 2016).

Evde hasta bakım hemşireliği, aynı zamanda egzersiz programlarının uygulanması, beslenme düzenlemelerinin yapılması ve ilaç takibinin yapılması gibi temel sağlık yönetimi unsurlarını içerir. Örneğin, kırılabilir bireyler için uygun egzersiz programları belirlemek, kas gücünü ve fiziksel performansı artırmaya yardımcı olabilir. Aynı şekilde, sağlıklı beslenme önerileri, vücut ağırlığını ve kas kütlelerini korumak adına büyük önem taşır. Hemşireler, yaşlı bireylerin sağlıklarını iyileştirmek için bu tür bir bütünsel yaklaşımı uygular ve kırılabilirlikle ilişkili komplikasyonların önlenmesinde aktif bir rol oynar (Işık ve ark., 2004).

Evde hasta bakım hizmetleri, kırılabilir yaşlıların bağımsızlıklarını sürdürebilmeleri ve yaşam kalitelerini artırabilmeleri için oldukça önemlidir. Hemşirelerin sağladığı eğitim ve rehberlik, bireylerin bakım süreçlerinde daha bilinçli olmalarına ve tedaviye uyumlarının artmasına yardımcı olabilir. Ayrıca, evde bakım sürecinde aile üyelerine yönelik verilen destek, hastaların bakım

yükünü hafifletebilir ve daha sürdürülebilir bir bakım ortamı sağlayabilir (Çobanoğlu ve Özdemir Alkanat, 2019).

Kırılgnlık, yaşlı bireylerin sağlığını doğrudan etkileyen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen bir durumdur. Bu durumun yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve evde hasta bakım hemşireliği gibi çok disiplinli yaklaşımlar gerektirir. Akılcı ilaç kullanımı, tedaviye yanıtı iyileştirirken, gereksiz ilaç kullanımını engeller ve olası ilaç etkileşimlerini önler. Evde hasta bakım hemşireliği ise, hastaların fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılayarak, bağımsızlıklarını ve yaşam kalitelerini sürdürebilmelerine yardımcı olur. Her iki yaklaşımın bir arada kullanılması, kırılgn yaşlı bireylerin sağlıklarını iyileştirmede ve yaşam sürelerini uzatmada etkili olabilir (Ekenler ve Koçoğlu, 2016).

Arslan ve arkadaşlarının (2020) aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş üstü yaşlı bireylerde kırılgnlık ile ilaç kullanımı ve polifarmasi arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yaptığı çalışmada beş ve üzeri ilaç kullanan (polifarmasi) yaşlı bireylerin oranı %49.1 olarak belirlenmiştir. Polifarmasi tespit edilen yaşlıların yarısından fazlasında (%55.6) kırılgnlık tespit edilmiştir. Çok sayıda çalışmada polifarmasinin yaşlılarda kırılgnlığı arttırdığı tespit edilmiş olup, polifarmasiye bağlı istenmeyen olayların ve ilaç etkileşimlerinin beş ve üzeri ilaç kullanımında meydana geldiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Gnjidic ve ark., 2012; Rolland ve ark., 2016). Fransa, Hollanda ve Japonya'da yapılmış olan çalışmalarda polifarmasi ve kırılgnlık arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir (Herr ve ark., 2015; Schoufour ve ark., 2015; Yuki ve ark., 2018).

Ketenci ve Akpınarın'da (2024) aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş üstü yaşlı bireylerde polifarmasinin neden olduğu ilaç-ilac etkileşimleri ile kırılgnlık arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yaptığı çalışmada polifarmasi sıklığı %72.2 olarak belirlenmiş ve hastaların %89.2'sinde kırılgnlık tespit edilmiştir. Çalışmaya göre polifarmasi ve kırılgnlık arasında açık bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur.

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma kesitsel türde yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu çalışma Aralık 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında Giresun Eğitim Araştırma Hastanesinde Evde Sağlık Birimine kayıtlı 65 yaş üstü hastalara ev ziyaretleri yapılarak uygulanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri biriminde kayıtlı 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Bu kapsamda hizmet alan sisteme kayıtlı 100 yaşlı birey yer almaktadır. Araştırma kapsamında ayrıca bir örneklem seçim yöntemine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş olup toplam 100 yaşlı birey ile veri toplama sonlandırılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden, verilerin toplandığı tarihlerde aktif evde sağlık birimi hastası olan, herhangi bir iletişim ya da dil problemi olmayan 65 yaş üstü tüm bireyler çalışma kapsamına alınmıştır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama**

Veriler, yaşlı bireylerin evlerinde yüz-yüze, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı bilgi formu, Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı Ölçeği ve Edmonton Kırılgenlik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

##### **3.4.1 Tanımlayıcı Bilgi Formu**

Tanımlayıcı bilgi formu araştırmacılar tarafından literatürden faydalanılarak hazırlanmış toplam 21 sorudan oluşmaktadır (Aras, 2018; Elkin, 2020). Bu formda sosyo-demografik bilgilerle birlikte ilaç kullanım durumları, kronik hastalık ve kırılgenlikle ilişkili olabilecek ifadelerden oluşmaktadır. Çalışma kapsamında polifarmasi görülme durumunun değerlendirilmesinde literatürde belirtildiği üzere beş ve üzeri ilaç kullanımı polifarmasi varlığı olarak belirlenmiştir (Bahat ve ark., 2014).

### 3.4.2 Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı Ölçeği (EAİKFÖ)

Aktaş ve Selvi (2019) tarafından geliştirilen ölçek 15 maddeden meydana gelmektedir. Beşli likert tipi ölçekleme yöntemi ile tasarlanmış (1: Kesinlikle katılmıyorum.....5: Kesinlikle katılıyorum) olan ölçekten minimum 15 maksimum 75 puan alınmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.83 olarak belirlenmiş olup, bu çalışmadaki değeri 0.82 olarak hesaplanmıştır. Ölçek tek alt boyut ve üç bileşenden oluşmaktadır. Birinci bileşen “doğru bilgilendirilme farkındalığı” (6, 8, 9, 11, 16, 17, 20, 22. maddeleri), ikinci bileşen “doğru ilaç farkındalığı” (3, 5, 7, 10. maddeleri) ve üçüncü bileşen de “doğru kullanım şekli farkındalığı” (15, 18, 19. Maddeleri) dir. Ölçekten alınan puan arttıkça akılcı ilaç kullanım farkındalığı da artmaktadır (Durmuş ve ark., 2011; Aktaş ve Selvi, 2019).

### 3.4.3. Edmonton Kırılganlık Ölçeği

Yaşlı bireylerin kırılganlık düzeyini ölçen Edmonton kırılganlık ölçeği Rolfson ve ark. (2006) tarafından geliştirilmiş olup, Aygör ve ark. (2018) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kırılganlığı belirlemede kullanılan ölçek 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça, kırılganlık düzeyi de artmaktadır. Ölçek minimum 0, maksimum 17 puan arasında skorlanmaktadır. Kırılgan değil (0-4 puan), görünüşte savunmasız (5-6 puan), hafif kırılgan (7-8 puan), orta kırılgan (9-10 puan), şiddetli kırılgan (11-17 puan arası) olarak gruplandırılmıştır (Aygör Eskiizmirli ve ark., 2018; Rolfson ve ark., 2006). Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.62, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında 0.75, yapılan çalışmada ise 0.65 olarak hesaplanmıştır. Ölçek geriatrik değerlendirmede yer alan ve kırılganlıkta belirleyici rol oynayan dokuz kırılganlık boyutundan oluşmaktadır. Bu boyutlar; Fonksiyonel performans, kontinans, ruh hali, beslenme, ilaç kullanımı, sosyal destek, fonksiyonel bağımsızlık, genel sağlık durumu, bilişsel durum şeklinde dokuz başlık içerisinde kırılganlık incelenmektedir. Kırılganlık ölçeğinin boyutlarından genel sağlık durumu ve ilaç kullanımı iki soru ile diğer boyutlar bir soru ile değerlendirilmektedir (Omuzubozlu, 2024).

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

#### 3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmada bağımlı değişken, yaşlı bireylerin polifarmasi düzeyleri, akılcı ilaç kullanım farkındalığı ve kırılabilirlik düzeyleridir.

#### 3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleridir.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programları kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi (p) 0.05 olarak alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 3.6.1.** Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Değerlendirilen Özellikler	İstatistiksel Yöntemler
Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi	Çarpıklık Katsayısı Basıklık Katsayısı
Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi	Yüzdeler Dağılımı Frekans Dağılımı
Yaşlı bireylerin ölçek toplam ve alt boyut puanlarının belirlenmesi	Ortalama Değeri Standart Sapma Değeri
Polifarmasi, AİK farkındalığı ve kırılabilirlik düzeyleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi ve açıklanması	Pearson Korelasyon Analizi Basit Doğrusal Regresyon Analizi
Ölçek toplam/alt boyut iç tutarlık katsayılarının belirlenmesi	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı

### 3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma Kapsamında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunda etik onam alınmıştır (Karar no: 2023-716)(EK 4).Verilerin toplanabilmesi için araştırmanın yürütüleceği Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı kurum izni alınmıştır (EK 5). Bununla birlikte araştırmaya katılan bireylerden sözlü ve yazılı onam da alınmıştır. Ölçeklerin

kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışmalarını yapan araştırmacılara e-mail yoluyla ulaşılmış ve gerekli izinler alınmıştır. (EK 6), (EK 7). Araştırmada Helsinki Bildirgesi'nde kabul edilen etik ilkeler gözetilmiştir.

### **3.8. Sınırlılıklar**

Araştırma, yalnızca Giresun Eğitim Araştırma Hastanesi'nde evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üstü bireylerle sınırlıdır. Bu nedenle, bulgular yalnızca bu hastanenin veri setiyle sınırlandırılmıştır.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin, polifarmasi, akılcı ilaç kullanımı (AİK) farkındalığı ve kırılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi ve değişkenler arasındaki ilişkilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	44	44.0
Erkek	56	56.0
Medeni Durum		
Evli	83	83.0
Bekar	17	17.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	31	31.0
Okur-yazar	11	11.0
İlkokul	35	35.0
Ortaokul-Lise	9	9.0
Üniversite	14	14.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	14	14.0
Çalışmıyor	86	86.0
Yaşanılan Yer		
İl	39	39.0
İlçe	26	26.0
Köy	35	35.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	96	96.0
Hayır	4	4.0
Birlikte Yaşanan Kişi		
Yalnız	11	11.0
Eşi	24	24.0
Çocukları	26	26.0
Eşi ve çocukları	39	39.0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	38	38.0
Gelir gidere denk	50	50.0
Gelir giderden fazla	12	12.0
Yaş [(yıl), min= 65-maks=96]	74.20	8.40
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

#### 4.2. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ve Kırılabilirlik ile İlgili Bazı Özelliklerin

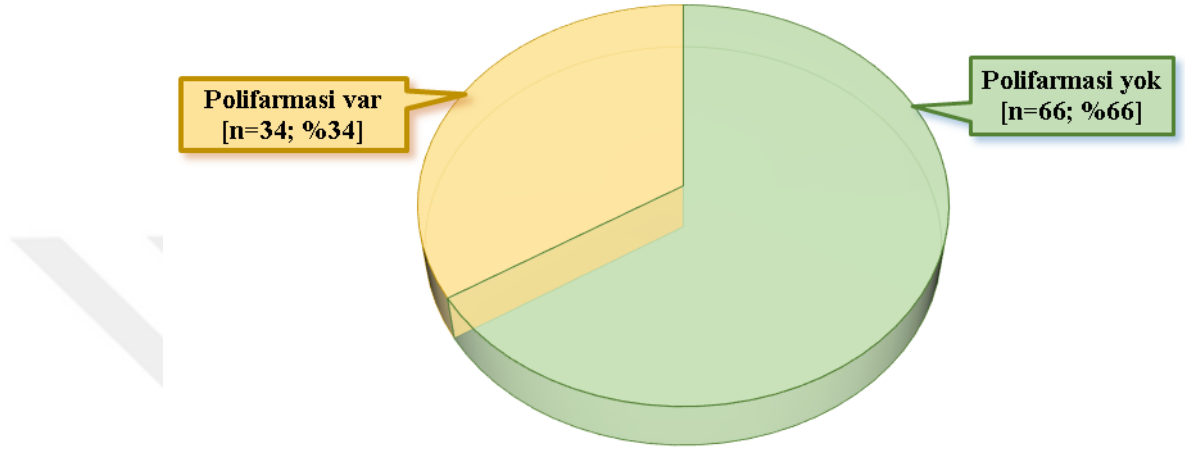
##### Dağılımı

İlaç Kullanımı ve Kırılabilirlik İlişkisine Dair Bilgiler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Kullanıyor	9	9.0
Kullanmıyor	76	76.0
Bırakmış	15	15.0
<b>Kronik Hastalık Öyküsü</b>		
Evet	79	79.0
Hayır	21	21.0
<b>Kronik Hastalık Türü*</b>		
HT	55	55.0
DM	33	33.0
Kardiyovasküler Hastalık	27	27.0
Diğer	12	12.0
<b>Sürekli İlaç Kullanma Durumu</b>		
Evet	83	83.0
Hayır	17	17.0
<b>Günlük Kullanılan İlaç Sayısı</b>		
Üç ve daha az	51	51.0
Dört	15	15.0
Beş ve üzeri	34	34.0
<b>İlaçlarını Uygun Zaman Aralığında Kullanma Durumu</b>		
Evet	94	94.0
Hayır	6	6.0
<b>Son Bir Yılda Kırık Öyküsü</b>		
Var	9	9.0
Yok	91	91.0
<b>Kırık Nedenli Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu</b>		
Evet	11	11.0
Hayır	89	89.0
<b>Sosyal Destek Alma Durumu</b>		
Evet	70	70.0
Hayır	30	30.0
<b>Sağlık Durumuna Yönelik Algı</b>		
İyi	32	32.0
Orta	61	61.0
Kötü	7	7.0
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Yaşlı bireylerin %56'sının erkek, %83'ünün evli, %35'inin ilköğretim mezunu, %86'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %39'unun il merkezinde yaşadığı, %96'sının çocuk sahibi olduğu, %39'unun eşi ve çocukları ile beraber yaşadığı, %50'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %76'sının sigara kullanmadığı, %79'unun kronik hastalık öyküsünün bulunduğu, %55'inin hipertansiyon hastası olduğu, %83'ünün sürekli ilaç kullandığı, %51'inin günlük 3 ve daha az ilaç kullandığı, %94'ünün ilaçlarını uygun zaman aralıklarında aldığı, %9'unun son bir

yılda kırık öyküsünün olduğu, %11'inin kırık nedenli cerrahi operasyon geçirdiği, %70'inin sosyal destek aldığı, %61'inin kendi sağlık durumunu “orta düzey” olarak değerlendirdiği, yaş ortalamalarının 74.20±8.40 yıl olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

## POLİFARMASİ DÜZEYİ



Şekil 4.1. Yaşlı Bireylerde Polifarmasi Düzeyi (n=100)

Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin %34'ünde polifarmasi bulunduğu, dört ve daha az ilaç kullanan %66'sında ise polifarmasi bulunmadığı belirlenmiştir (Şekil 4.1; Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Yaşlı Bireylerin AİK Farkındalığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları (n=100)

AİK Farkındalığı Ölçeği	Ort.	SS	Min.	Maks.	Cronbach Alfa
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	30.22	6.23	12.0	40.0	0.82
Doğru İlaç Farkındalığı	15.53	3.20	5.0	20.0	0.72
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	12.60	2.25	6.0	15.0	0.69
AİK Farkındalığı Ölçeği Toplam	58.35	9.65	27.0	75.0	0.85

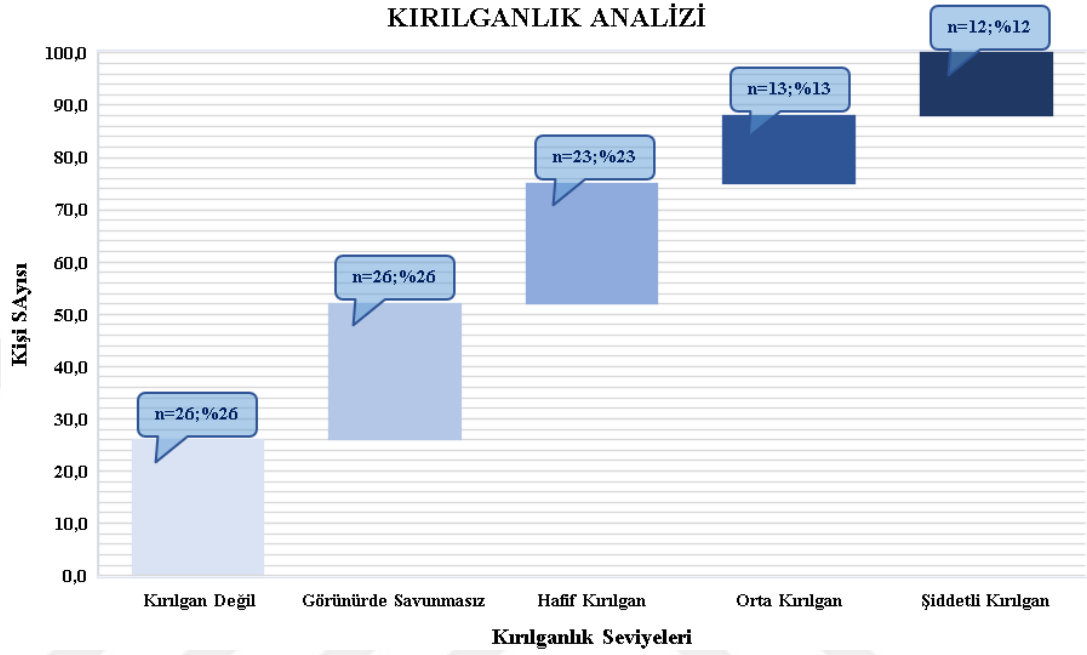
\*AİK= Akılcı İlaç Kullanımı; Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=minimum, Maks=maksimum

Yaşlı bireylerin AİK Farkındalığı Ölçeği toplam puan ortalamaları 58.35±9.65'tir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı için 30.22±6.23, Doğru İlaç Farkındalığı için 15.53±3.20 ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı için 12.60±2.25'tir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Yaşlı Bireylerin Kırılgnlık Ölçeği Toplam Puanları (n=100)

Ölçek Bilgisi	Ort.	SS	Min.	Maks.	Cronbach Alpha
Kırılgnlık Ölçeği	6.42	3.21	1.0	14.0	0.65

\* Ört=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min.=minimum, Mask=maksimum



Şekil 4.1. Yaşlı Bireylerin Kırılgnlık Seviyelerinin Dağılımı (n=100)

Yaşlı bireylerin Kırılgnlık Ölçeği toplam puan ortalaması  $6.42 \pm 3.21$ 'dir.

Ölçek puanlarına göre kırılgnlık seviyeleri incelendiğinde; yaşlı bireylerin %26'sının kırılgn olmadığı, %26'sının görünürde savunmasız, %23'ünün hafif kırılgn, %13'ünün orta kırılgn ve %12'sinin şiddetli kırılgn olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.2).

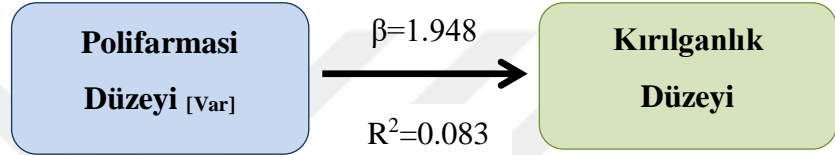
Tablo 4.4. Polifarmasi, AİK Farkındalığı ve Kırılgnlık Arasındaki İlişki

Değişkenler	Polifarmasi Düzeyi [Var]	AİK Farkındalığı	Kırılgnlık
Polifarmasi Düzeyi [Var]	r	-	-
	p	-	-
AİK Farkındalığı	r	0.110	-
	p	0.276	-
Kırılgnlık	r	<b>0.288</b>	0.009
	p	<b>0.004</b>	0.930

\*r=Pearson Korelasyon katsayısı

Polifarmasi düzeyi ile AİK farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0.05$ ), polifarmasi düzeyi ile kırılgenlik düzeyi arasında düşük düzeyde ve pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ( $r=0.288$ ;  $p=0.004$ ), AİK farkındalık düzeyi ile kırılgenlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4).

Yaşlı bireylerin polifarmasi düzeylerinin kırılgenlik düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla regresyon modeli kurulmuştur (Şekil 4.3). Polifarmasi düzeyi kukla değişken olarak kodlanmış ve polifarmasi bulunan grup [Var] referans olarak alınmıştır.



Şekil 4.3. Polifarmasi ile Kırılgenlik Arasındaki İlişki

Yapılan regresyon analizi sonucunda modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $F=8.888$ ;  $p=0.004$ ). Buna göre, yaşlı bireylerde polifarmasi düzeyinin kırılgenlik düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir ( $\beta=1.948$ ;  $p=0.004$ ). Polifarmasi düzeyi kırılgenlik düzeyindeki toplam değişimin %8.3'ünü anlamlı şekilde açıklamıştır ( $R^2=0.083$ ). Yaşlı bireylerin polifarmasi düzeyi arttıkça kırılgenlik düzeyi artmaktadır (Tablo 4.5; Şekil 4.3).

Tablo 4.5. Polifarmasi Düzeyinin Kırılgenlik Düzeyine Olan Etkisine Yönelik Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta_1$	t	p	$\beta_2$	% 95 Güven Aralığı	Model Sonuçları		
							$R^2$	F	p
Kırılgenlik	Sabit	5.758	15.110	<b>0.000</b>		5.001 6.514	0.083	8.888	<b>0.004</b>
	Polifarmasi Düzeyi [Var]	1.948	2.981	<b>0.004</b>	0.288	0.651 3.245			

\* $p<0.05$ ;  $\beta_1$ = Standartlaştırılmamış Regresyon Katsayısı;  $\beta_2$ = Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı;  $R^2$ = Açıklayıcılık Katsayısı,

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerde polifarmasi ve akılcı ilaç kullanım farkındalığı ile kırılabilirlik ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Bu kapsamda çalışmanın bulguları araştırma soruları çerçevesinde literatürle tartışılmıştır.

Yapılan çalışmada yaşlıların çoğu eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Büyük bir çoğunluğu sigara kullanmamaktadır. Yaşlıların çoğu kronik hastalığa sahip ve sürekli ilaç kullanmakta olup; yarısı üç ve daha az ilaç kullanırken yarıya yakını beş ve üzeri ilaç kullanmaktadır. Birçoğu ilaçlarını uygun zaman aralığında tüketmektedir. Çok azında kırık öyküsü ve kırığa bağlı cerrahi operasyon geçirme öyküsü vardır. Yaşlıların çoğu sosyal destek aldığını belirtmiş ve sağlık durumlarını algılama düzeyleri de orta düzeyde bulunmuştur.

Polifarmasi tanımına genel olarak bakıldığında literatürde çoğunlukla beş ve üzeri ilaç kullanımının bu tanıma uygun olduğu görülmüştür. Çalışmada da katılımcılar arasında beş ve daha üzeri ilaç kullanımı olanlar polifarmasi olarak nitelendirilmiştir. Buna göre yaşlı bireylerin yaklaşık üçte birinde (%34) polifarmasi (beş ve üzeri ilaç kullanımı) olduğu tespit edilmiştir.

Dişçigil ve arkadaşlarının (2006) 65 yaş üstü 127 yaşlıyla polifarmasiyi araştırdığı çalışmada yaşlılarla yapılan görüşmeler sonrası günlük ortalama ilaç kullanımı 4.5 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya alınan tüm yaşlıların yarıdan fazlasının (%60.6) dört ve üzerinde ilaç kullandığı saptanmıştır. Bulakçı'nın (2013) 65 yaş üstü yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada yaşlıların yarıya yakını (%40.7) beş ve daha fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Özbek, Kaya, Tekin ve Doğa'nın (2006) huzur evinde yaşayan, yaşları 50-91 arasında değişen 56 yaşlı bireyle yaptığı çalışmaya göre yaşlıların yarisından fazlası (%55.54) beş ve üzeri ilaç kullanmaktadır. Kızmaz ve arkadaşlarının (2020) aile hekimliği polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü yaşlılarla yaptığı çalışmada, yaşlıların polifarmasi oranı yarıya yakın (%38.7) olarak bulunmuştur. Akarsu'nun (2022), yine 65 yaş üstü yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada polifarmasi oranı yüksek oranda (%93.5) bulunmuştur.

Çalışmada yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanım farkındalık düzeyleri incelendiğinde yükseğe yakın bir farkındalığa sahip oldukları görülmüştür. Aynı zamanda alt boyutlardan doğru bilgilendirilme, doğru kullanım şekli ve doğru ilaç farkındalığı düzeylerinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu ilkokul mezunu olmasına rağmen ilaç kullanım durumlarında grubun yarısından fazlasında polifarmasi olmayışı, yalnız yaşamıyor oluşları ve evde bakım hizmeti alıyor olmaları ilaç kullanım farkındalığının artmasına yol açmış olabilir. Çünkü ilaç kullanım durumlarıyla ilgili herhangi bir sorun ya da eksiklik eve gelen sağlık profesyoneli danışmanlığında düzenlenebilir. Durmuş İskender ve arkadaşlarının (2023) 50 yaş üstü 76 bireyde tespit ettiği Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı Ölçek puanı  $56.50 \pm 10.16$  olarak saptanmıştır. Tosun ve Hoşgörün (2021) 31 yaş üstü 190 kişide tespit ettiği çalışmada katılımcıların Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı ortalamasının  $3.84 \pm 0.605$  ile yüksek olduğu söylenebilir. Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı ölçeğinin alt boyutları Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı  $4.40 \pm 0.668$ , Doğru İlaç Farkındalığı alt boyutu  $3.68 \pm 0.927$  ile olduğu saptanmıştır. Yavuz Emik (2018) 301 kişi dâhil ettiği yaş ortalaması 57 olan akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesiyle yaptığı çalışmadaki veriler, bu çalışmadaki bulguyu desteklemektedir. Toplumda kronik hastalıkların artması ile birlikte akılcı ilaç kullanımı önemli bir konu haline gelmiş ve sağlık hizmetlerine de konunun öneminin yansımış olması da literatürdeki örneklerde farkındalık düzeyinin yüksek oluşunu açıklayabilir.

Yapılan çalışmada evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin kırılabilirlik düzeyleri incelenmiş buna göre katılımcıların çoğunluğunun kırılabilir değil ya da görünürde savunmasız veya hafif kırılabilir olduğu görülmüştür. Kırılabilirlik, yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan sağlık sorunlarına karşı duyarlılıklarını ve yaşam kalitelerini etkileyen bir durumdur (Yıldız, 2023). Çalışmadaki katılımcıların evde bakım hizmeti alıyor oluşları, yaş ortalamalarının çok yüksek olmayışı ve mevcut kronik hastalıklarının çoğunluğunda hipertansiyon diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar olması nedeniyle bağımlılık oranlarının fazla olmayışı kırılabilirlik oranlarının hafif düzeyde olmasını açıklayabilir. Yaş arttıkça kırılabilirlik ortalamasının arttığı literatürde ortaya konmuştur

Çalışmada polifarmasinin akılcı ilaç kullanımı ve kırılabilirlik arasındaki ilişki varlığı incelenmiş buna göre polifarmasi ile kırılabilirlik arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu polifarmasi arttıkça kırılabilirlik düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte polifarmasi ile akılcı ilaç kullanım farkındalığı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Polifarmasi düzeyinin yaşlı bireylerdeki kırılabilirlik düzeyinin %8.3'ünü açıkladığı tespit edilmiştir. Polifarmasi ve kırılabilirlik arasındaki ilişki literatürle de uyumlu olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da polifarmasi tespit edilen yaşlı bireylerde kırılabilirlik düzeyinin arttığı, polifarmasinin kırılabilirlik üzerinde risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Çoklu ilaç kullanımının yaşlılarda kırılabilirlik üzerinde pozitif etki gösterdiğini tespit eden ve iki durum arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Rolland ve Morley, 2016; Gnjidic ve arkadaşları, 2012; Herr ve arkadaşları, 2015; Schoufour ve arkadaşları, 2015; Yuki ve arkadaşları, 2018). Ekram ve arkadaşlarının (2022) de yaptıkları bir çalışmada, polifarmasinin kırılabilirlikle ilişkili olup olmadığı incelenmiş ve buna göre katılımcıların yarıdan fazlasının (%55) ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Arslan ve arkadaşlarının (2020) aile hekimliğine başvuran 65 yaş üstü yaşlı bireyler yaptıkları çalışmada katılımcılar arasında polifarmasi oranı yarıya oldukça yakın olarak (%49.1) olarak saptanmış ve polifarmasi tespit edilen yaşlıların kırılabilirlik düzeylerinin de anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak yapılan regresyon analizinde polifarmasinin kırılabilirlik düzeyini etkilemediği ortaya konmuştur.

Polifarmasi oranının azaltılmasında akılcı ilaç kullanımını desteklemek, konuya yönelik farkındalığı arttırmak önerilen faaliyetler arasında yer almaktadır. Ancak yapılan çalışmada polifarmasi ve akılcı ilaç kullanım farkındalığı arasından anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Literatürde doğrudan yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanım farkındalığı ve polifarmasi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara rastlanmamış olsa literatürde polifarmasinin yaşlı birey üzerinde ortaya çıkabilecek risklerin azaltılmasında akılcı ilaç kullanımının öneminin anlatılmasının etkili olduğu önerilmektedir (Çelik ve Olgun, 2022; İlhan ve Öztürk, 2015). Ayrıca yaşlı bireyler için ilaç kullanımını düzenlemek, gereksiz ilaçları elimine etmek ve uygun tedavi seçeneklerini doğru bir biçimde değerlendirmek, dikkatli bir ilaç yönetimi ve düzenli sağlık kontrolleri, polifarmasi riskini azaltmada tavsiye edilen uygulamalar arasındadır (Weiss, 2011; Elbi ve Cengiz Özyurt, 2021). Çalışmada

katılımcıların evde bakım hizmeti alıyor olmaları, yaş ortalamalarının çok yüksek olmaması, kronik hastalık sayılarının fazla olmaması ve polifarmasi tespit edilen grubun tüm katılımcıların üçte birini oluşturuyor olmaları polifarmasi ve akılcı ilaç kullanım farkındalığı arasında bir ilişki bulunmamasını açıklayabilir. Ayrıca çalışmadaki yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanım farkındalıklarının yüksek olmasının da evde bakım hizmeti alıyor olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Çalışmada katılımcıların akılcı ilaç kullanım farkındalık puan ortalamasının yükseğe yakın olduğu, üçte birinde (%34) polifarmasi olduğu
- Katılımcıların çoğunluğunun kırılğan değil, görünürde savunmasız veya hafif kırılğan düzeyde olduğu
- Polifarmasi düzeyi arttıkça kırılğanlık düzeyinin de arttığı, polifarmasi oranının kırılğanlık düzeyini anlamlı bir şekilde etkilediği, kırılğanlık düzeyinin %8.3'ünü açıkladığı,
- Polifarmasi ile akılcı ilaç kullanım farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

*Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:*

- Yaşlı bireylerde kırılğanlık düzeyinin azaltılması için polifarmasi oranının azaltılması, buna yönelik akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitimler düzenlenmesi
- Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylere yapılan eğitimlerde akılcı ilaç kullanım farkındalığı artırmaya ve polifarmasinin düzenlenmesine yönelik içerikler sunulması
- Gelecekte yapılması planlanan çalışmalarda daha büyük örneklem üzerinde yapılarak sonuçların karşılaştırılması
- Evde bakım hizmeti alan ve almayan yaşlı bireylerde akılcı kullanım farkındalığı, polifarmasi ve kırılğanlığın karşılaştırılarak evde bakım hizmeti alıyor olmanın etkisi incelenmesi önerilmektedir.

## 7. EKLER

### EK1: Tanımlayıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırmanın “Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı ile Kırılabilirlik İlişkisinin Belirlenmesi” amacıyla yürütülmektedir.

Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Elde edilen kişisel veriler gizli tutulacak olup sadece bilimsel çalışma niteliğinde olacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz ve doğru cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Gösterdiğiniz ilgi ve hemşirelik bilimine yaptığımız katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Hemşire Kübra Kartal Beder

Dr.Öğr.Üyesi Figen Çavuşoğlu

Yüksek Lisans Öğrencisi

Tez danışmanı

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz? 1.Kadın 2.Erkek
- 3) Boy.....
- 4) Kilo.....
- 5) Eğitim durumunuz nedir?  
1. Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4.Orta okul 5.Lise  
6.Üniversite
- 6) Medeni durumunuz? 1.Bekâr 2.Evli 3.Boşanmış
- 7) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
- 8) Nerede yaşıyorsunuz? 1.İl 2.İlçe 3.Köy
- 9) Çocuğunuz var mı? 1.Var 2.Yok
- 10) Kiminle yaşıyorsunuz? 1.Yalnız 2. Eşi 3. Çocukları 4. Eşi ve çocukları 5. Sosyal kurum
- 11) Gelir durumunuz nedir? 1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla
- 12) Sigara alışkanlığınız var mı? 1.Var 2.Yok 3. Bıraktım
- 13) Tanı konulmuş bir kronik rahatsızlığınız var mı? 1.Var 2.Yok

**Cevabınız “Var” ise 13. soruyu cevaplayınız. Cevabınız “Yok” ise 14.sorudan devam ediniz.**

14)Hangi kronik rahatsızlığa sahipsiniz? 1.Diyabet 2.Hipertansiyon

3.Kardiyovasküler 4.Kanser 5.Diğer....

15) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? 1.Var 2.Yok

16) Sürekli kullandığınız ilaç sayısı kaç? 1.Üçden az 2.Dört-Beş adet 3.Beşten fazla

17) Kullandığınız ilaçları uygun saat aralığında tüketiyor musunuz?1.Evet 2.Hayır

18) Son bir sene içerisinde herhangi bir uzvunuzda kırılma meydana geldi mi?

1.Evet 2.Hayır

19) Kırılmaya bağlı cerrahi bir operasyon geçirdiniz mi? 1.Evet 2.Hayır

20) Ailenizden veya çevrenizden sosyal destek- yardım alıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

21) Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1.İyi 2.Orta 3.Kötü



## EK 2: Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı Ölçeği (AİKFÖ)

AŞAĞIDAKİ SORULARA UYGUN OLANI İŞARETLEYİNİZ.	1.Kesinlikle Katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Kararsızım	4.Katılıyorum	5.Tamamen Katılıyorum
1. Bize iyi gelen ilaçlar benzer şikâyetleri olan yakınlarımıza da iyi gelir.					
2. Yakınlarımızın ilaç tavsiyelerini dikkate almalıyız.					
3. Bize iyi gelen ilaçları diğer aile bireylerimizde de (çocuklarımız, ailenin yaşlı bireyleri, gebeler, vb.) güvenle kullanılabılıriz.					
4. İlaçlar doktor önerisi dışında da güvenle kullanılabilir.					
5. Reçetede yazan ilaçların nasıl kullanılacağı (doz/miktar, aç/tok karna vb.) doktor ya da eczacı dışındaki diğer sağlık çalışanlarına da danışılabilir					
6. Doktora gitmeden önce, varsa evdeki ilaçları kullanarak öncelikle kendi kendimize iyileşmeye çalışmalıyız.					
7. Şikâyetimiz geçmezse doktorun önerdiklerinin dışında başka tedaviler/ilaçlar da deneyebiliriz.					
8.İlerde lazım olabileceği düşüncesi ile doktordan reçeteye ilaç eklemesi talep edilebilir.					
9.Doktor önerisi dışındaki tedavi yöntemlerinin tamamı insan sağlığı açısından risklidir.					
10.Hangi ilacı kullanacağımıza yalnızca doktor karar vermelidir.					
11.İlaç kullanmanın gerekli olup olmadığına yalnızca doktor karar vermelidir.					
12.Sağlık çalışanı da olsa (hemşire, eczacı, sağlık memuru vb.) doktor dışında hiç kimsenin ilaç tavsiyesi dikkate alınmamalıdır.					
13.Reçete yazılırken hâlihazırda kullanmakta olduğumuz ilaçları doktor sormamış olsa bile mutlaka söylenmelidir.					
14.İlaçlarımızı kullanmadan önce saklama koşullarını, beklenen yan etkilerini, vb. öğrenmek için ilaç kutusundan çıkan kâğıt (prospektüs) mutlaka okunmalıdır					
15. Başladığımız ilaçları önerilen zaman aralıklarıyla kullanmak bir zorunluluktur.					

### EK 3: Edmonton Kırılgnlık Ölçeği

Kırılgnlık alanı	Madde	0 puan	1 puan	2 puan
Bilişsel durum	Lütfen bu çizili dairenin bir saat olduğunu düşünün. Sizden sayıları doğru yerlerine koymanızı ve sonra elinizle 11'i 10 geçeyi göstermenizi istiyorum.	Hata yok	Küçük yerleştirme hataları	Diğer hatalar
Genel sağlık durumu	Geçen yıl kaç defa hastaneye yattınız?	0	1-2	>2
	Genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?	Mükemmel, çok iyi, iyi	İdare eder	Kötü
Fonksiyonel bağımsızlık	Aşağıdaki aktivitelerin kaçında yardıma ihtiyacınız olur? -Yemek hazırlama -Alışveriş yapma, -Ulaşım -Telefon -Ev temizliği -Çamaşır Yıkamak -Paranın idaresi -İlaç almak	0-1	2-4	5-8
Sosyal Destek	Yardıma ihtiyacınız olduğunda size yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenebiliyor musunuz?	Her zaman	Bazen	Hiç
İlaç kullanımı	Düzenli olarak 5 veya daha fazla farklı ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet	
	Zaman zaman reçeteli ilaçlarımızı almayı unutuyor musunuz?	Hayır	Evet	
Beslenme	Son zamanlarda giysilerinizde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybınız oldu mu?	Hayır	Evet	
Ruh Hali	Kendinizi sıklıkla üzgün veya depresif hisseder misiniz?	Hayır	Evet	
Kontinans	İstemsiz idrar kaçırma probleminiz var mı?	Hayır	Evet	
Fonksiyonel Performans	Sizden bu sandalyeye rahatça oturmanızı rica ediyorum. Size 'gidin' dediğim zaman ayağa kalkın ve zeminde işaretli yere kadar (ortalama 3 metre) rahat ve güvenli yürüyün ve geri dönüp sandalyeye oturun. Süresi değerlendirilir.	0-10 sn	11-20 sn	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma ihtiyaç duyması
Toplam	Toplam skor kolonların skorları toplamıdır			

## EK 4: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul Kararı



### ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
25.08.2023	8	2023-716

**KARAR NO:** 2023-716  
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Kübra KARTAL' ın Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU danışmanlığında "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı ile Kırılganlık" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket ve ölçek çalışmalarını içeren 56116 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Kübra KARTAL' ın Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU danışmanlığında "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı ile Kırılganlık" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket ve ölçek çalışmalarının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

## EK 5: Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Kararı



T.C.  
GİRESUN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-41544352-799-230352079  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Dr. Öğr. Üyesi  
Figen ÇAVUŞOĞLU)

29.11.2023

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 20.11.2023 tarihli ve E-72975315-100-2300131555 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden; Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU' nun sorumluluğunda; danışmanı olduğu Evde Hasta Bakımı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kübra KARTAL' ın "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı ile Kırılabilirlik" konulu tez çalışmasını 04 Aralık 2023 - 21 Şubat 2025 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Evde Sağlık Biriminde yapması Müdürlüğümüze uygun mütalaa edilmiştir.

Söz konusu verilerin kullanılmasında kişisel verilere/özel hayatın gizliliğine özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının bir nüshasının Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini arz/rica ederim.

Doç. Dr. Muhammet BULUT  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı (1 Adet)

Dağıtım:  
Gereği:  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğüne  
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

Bilgi:  
Giresun Eğitim Ve Araştırma Hastanesine

## EK 5: Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Kararı (devam)

T.C.  
GİRESUN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



### KOMİSYON KARARI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün 20.11.2023 tarihli ve E-72975315-100-2300131555 sayılı yazısına istinaden; Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU' nun sorumluluğunda; danışmanı olduğu Evde Hasta Bakımı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kübra KARTAL' ın "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanım Farkındalığı ile Kırılganlık" konulu tez çalışmasını 04 Aralık 2023 - 21 Şubat 2025 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Evde Sağlık Biriminde yapması Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.

Doç. Dr. Muhammet BULUT  
İl Sağlık Müdürü

### ÜYELER

Memmet Ç. Kızı  
Destek Hizmetleri Başkanı

Uzm. Dr. Didem ÖKTAR  
Halk Sağlığı Uzmanı

Dr. Ümit NİZ  
Kamu Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yrd.

Dr. Tahsin ÖZTÜRK  
Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd.

## EK 6: Edmonton Kırılgnlık Ölçeği İzni



**Fwd: Edmonton Kırılgnlık Ölceği**

**Hülya** <hulya.eskiizmirli@duygusalakademi.com.tr>

Alici: <hulya.eskiizmirli@duygusalakademi.com.tr>

CC: <hulya.eskiizmirli@duygusalakademi.com.tr>, <hulya.eskiizmirli@duygusalakademi.com.tr>, <hulya.eskiizmirli@duygusalakademi.com.tr>

Merhaba Kübra Hanım

Yüksek lisans tezim kapsamında Prof Dr Çiçek Fadiloglu, Prof Dr Fisun Senuzun / Dr. Sevnaz Şahin rehberliğinde geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğum Edmonton Ölçeğini size iletiyorum. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Saygılarımla

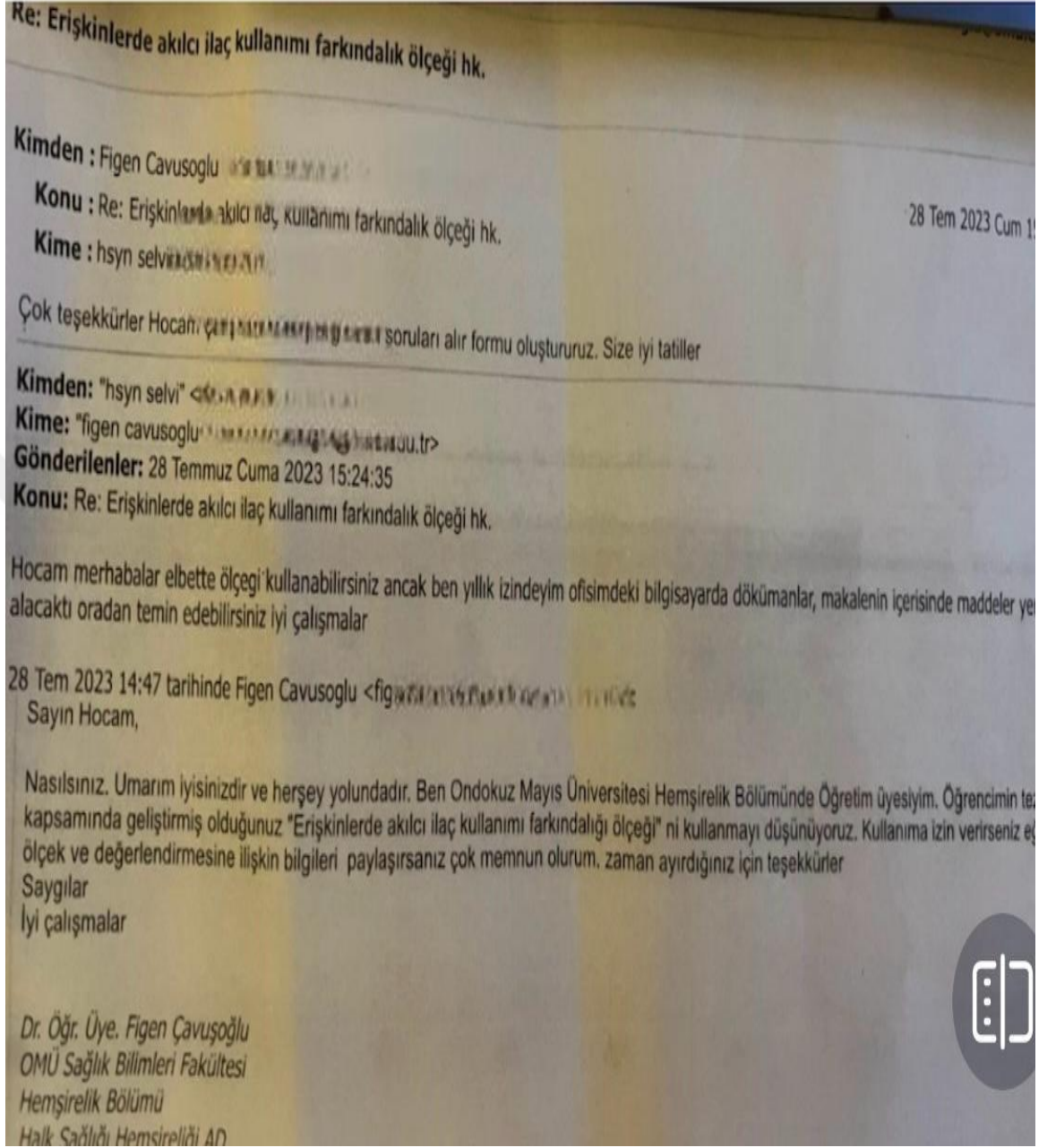
Hulya Eskiizmirli Aygör

### 2 eklenti

 Edmonton Kırılgnlık Ölçeği\_.doc  
44K HTML olarak görüntüle Tara ve indir

 VALIDATIONOFEDMONTONFRAILSCALEINTOELDERLYTURKISHPOPULATION (1)  
536K HTML olarak görüntüle Tara ve indir

## EK 7: Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanım Farkındalık Ölçeği İzni



## 8. KAYNAKLAR

- AAFP/American Academy of Family Physicians. (2021). *Geriatric care*. <https://www.aafp.org/afp/topicModules/viewTopicModule.htm?topicModuleId=55#0>
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2016). *Türkiye Sağlık Araştırması*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2016-24573>
- Akbolat, A. (2021). Yaşlılarda yaşam kalitesi ve dindarlık ilişkisi. *Türkiye Din Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 11, 201–232.
- Aksu, T., ve Karadakovan, A. (2010). Yaşlıda ilaç kullanımı ve hemşirelik yönetimi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 57-71.
- Aktaş, H., ve Selvi, H. (2019). Erişkinlerde akılcı ilaç kullanımı farkındalık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 439-447.
- Altındış, S. (2017). Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 2, 34-38.
- Altuntaş, M., Yılmaz, T. T., Güçlü, Y. A., ve Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20(3), 153-158.
- Anker Hansen, C., Skovdahl, K., McCormark, B., and Tonnessen, S. (2018). The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services—A systematic review from a person-centred perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1309–e1326.
- Aydın, B., ve Gelal, A. (2012). Akılcı ilaç kullanımı: Yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(1), 57-63.
- Bahat, G., Akpınar, T. S., Tufan, F., et al. (2012). Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. *J. Gerontol Geriatrik Arş*, 1(1), 104-109
- Baran, A. G. (2001). Türkiye’de yaşlılık politikalarının sosyolojik analizi. In *1 Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı*.
- Bayer, N., Yasin U. (2022). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerin Akılcı İlaç kullanımı ve Geleneksel Tıp Tutumlarının Belirlenmesi. *J Soc Anal Health*, 2(1): 21-27.
- Beers, M. H., Ouslander, J. G., Rollinger, I., Reuben, D. B., Brooks, J., and Beck, J. C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, 151(9), 1825-1832.
- Beğ, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(3), 1-3.
- Benedetti, M. S., Whomsley, R., Poggesi, I., Cawello, W., Mathy, F. X., Delporte, M. L., Papeleu, P., and Watelet, J. B. (2009). Drug metabolism and pharmacokinetics. *Drug Metabolism Reviews*, 41(3), 344-390.
- Benjamin, A. E. (1992). An overview of in-home health and supportive services for older persons. In *In-Home Care for Older People: Health and Supportive Services* (pp. 9-52).
- Birleşmiş Milletler (BM)/United Nations (UN). (2019a). *World population aging*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

- Birleşmiş Milletler (BM)/United Nations (UN). (2019b). *World population prospects*. [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)
- Birleşmiş Milletler (BM)/United Nations (UN). (2019c). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU* (2019 ed.). ISBN 978-92-76-09815-7.
- Birleşmiş Milletler (BM)/United Nations (UN). (2021). *Population structure and ageing: Increase in the share of the population aged 65 years or over between 2010 and 2020*.
- Bjerrum, L., Sogaard, J., Hallas, J., et al. (1998). Polypharmacy: Correlations with sex, age, and drug regimen. A prescription database study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 54, 197-202.
- Bozkurt, E., Parlar, A., ve Arslan, S. O. (2019). Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının incelenmesi ve polifarmasi varlığı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1254-1266.
- Bulut, Ü. ve Özçakar, N. (2011). Nasıl yaşıyoruz? *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 1-5.
- Can, Ö.S. ve Ünal, N. (2008). Evde bakım ve tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(4), 6-13.
- Capitman, M., Yee, D., Prottas, J., Leutz, W., and Westwater, D. (1989). Case management for frail elders: The Robert Wood Johnson Foundation's program for hospital initiatives in long-term care. *Gerontologist*, 29(6), 737-744.
- Cayır, Y. (2020). Evde sağlık hizmetleri. *Türk Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Dergisi*, 14(1), 147-152.
- Cegri, F., Orfila, F., Abellana, R. M., and Pastor-Valero, M. (2020). The impact of frailty on admission to home care services and nursing homes: Eight-year follow-up of a community-dwelling, older adult, Spanish cohort. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-13.
- Cesari, M., Calvani, R., and Marzetti, E. (2017). Frailty in older persons. *Clinical Geriatrics Medicine*, 33(3), 293-303.
- Chang, A. Y., Skirbekk, V. F., Tyrovolas, S., Kassebaum, N. J., and Dieleman, J. L. (2019). Measuring population ageing: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*, 4(3), e159-e167.
- Chen, M. C., Kao, C. W., Chiu, Y. L., Lin, T. Y., Tsai, Y. T., Jian, Y. T. Z., and Kao, S. (2017). Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-10.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., and Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752-762.
- Coşkun, N. (2011). *Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Cruz-Jentoft, A. J., and Sayer, A. A. (2019). Sarcopenia. *Lancet*, 393(10191), 2636-2646.
- Cunningham, C., O'Sullivan, R., Caserotti, P., and Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 30(5), 816-
- Çelik Güzel, E., ve Toprak, D. (2018). Türkiye'de evde sağlık hizmetleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(5), 15-19.

- Charlesworth CJ, Smit E, Lee DS, Alramadhan F, Odden MC. (2015). Polypharmacy among adults aged 65 years and older in the United States: 1988-2010. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*;70(8):989-95.
- Chiang-Hanisko, L., Tan, J. Y., and Chiang, L. C. (2014). Polypharmacy issues in older adults. *Hu Li Za Zhi*, 61(3), 97-104.
- Çiftçi, B., ve Aksoy, M. (2017). Çocuklarda akılcı ilaç kullanımı ve hemşirelerin sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 191-194.
- Çoban, M. (2008). Son dönem bakım merkezlerinde (hospice) verilen hizmetler. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Uluslararası Katılımlı*, Antalya.
- Çoban, M., ve Esatoğlu, A. (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, 12, 10-120.
- Çobanoğlu, A., ve Alkanat, H. Ö. (2019). Hastanede yatan hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 33-40.
- Çubukçu M, Yazıcıoğlu B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2016;16(4):325-331.
- Deniz, S. (2019). Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutum ve Davranışların Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3): 619-632.
- Davidoff A, Miller E, Sarpong EM, Yang E, Brandt N, Fick MD.(2015). Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults using the 2012 Beers Criteria. *Journal of American Geriatric Society* ;63(3):486 500.
- Dieckmann, J. L. (2015). Home health care: A historical perspective. In *Handbook of Home Health Care Administration* (2nd ed., pp. 9-23). Jones and Bartlett Learning.
- Diker, J. (2000). Körfez 6 Nolu sağlık ocağı ile yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Geratri*, 3(3), 91-97.
- Doç, Y., ve Ardahan, M. (2010). Yaşlılık ve huzurevi. *Yaşlılık ve Huzurevi*, 20(20), 25-32.
- Duyar, İ. (2008). Gerontolojinin temelleri. In R. Mas, A. T. Işık, M. A. Karan, T. Beğer, Ş. Akman, ve T. Ünal (Eds.), *Geriatric* (pp. 9-19). Ankara: TGV.
- Durmuş İskender M, Özcan E, Gülsoy A, Uyan Y. (2023). *The Relationship Between Self-Awareness of Rational Drug Use and Health Literacy in Adult Individuals: A Cross-Sectional Study*. *TJFMPC*; 17 (4) :512-520.
- Dwyer L, Han B, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. (2010) Polypharmacy in nursing home residents in the United States: results of the National Nursing Home Survey. *Am J Geriatr Pharmacother*;8(1):63-72. 11.
- Elkin N. (2020). Yaşlılarda polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımına Aile Hekimliği yaklaşımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 279-290.
- Ekenler, Ş., ve Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 44-55.
- Engür, A. T. (2023). *Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Palyatif Bakım Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tokat.
- Erbay, Ö. (2018). Yaşlılarda büyüyen "polifarmasi" sorunu: Hemşirelerin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 10(3), 222-227.

- Ergin, K. (1992). Yaşlanma ile ilgili fizyolojik değişiklikler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 75–82.
- European Social Policy Network. (2018). Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies. *European Commission*.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (2005, March 10). *T.C. Resmi Gazete*, 25751.
- Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik. (2023, June 2). *T.C. Resmi Gazete*, 32209.
- Dişçigil G, Tekinç N, Anadolu Z, Bozkaya AO. (2006). Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3): 117-121.
- Fret, B., De Donder, L., Lambotte, D., Dury, S., Van der Elst, M., De Witte, N., et al. (2019). Access to care of frail community-dwelling older adults in Belgium: A qualitative study. *Primary Health Care Research and Development*, 20, e47.
- Geiger, K., Schneider, N., Bleidorn, J., Klindtworth, K., Jünger, S., Müller-Mundt, G. (2016). Caring for frail older people in the last phase of life – the general practitioners' view. *BMC Palliative Care*, 15(1), 52.
- Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Melchiorre, M. G., Greco, C., and Deville, W. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11, 207.
- Gillick, M. R. (1989). Long-term care options for the frail elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(12), 1198–1203.
- Ginsberg, T. B., Pomerantz, S. C., and Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. *Age and Ageing*, 34(5), 475–480.
- Göktaş, K., ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda uyku bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(4), 226–233.
- Güney, U., Ergün, Ö., Bozdemir, N., Uğuz, Ş., Güzel, R., Burgut, R., et al. (2003). Adana huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniği'ne başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 6(3), 89–94.
- Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. (2012). Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*, 65:989-95.
- Hafalır, E. K. (2023). Ankara Şehir Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden 2021 yılı içinde hizmet alan diyabet tanılı hastaların incelenmesi (Uzmanlık Tezi). Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.
- Halli-Tierney, A. D., Scarbrough, C., and Carroll, D. (2019). Polypharmacy: Evaluating risks and deprescribing. *American Family Physician*, 100(1), 32-38.
- Hao, L., Xu, X., Dupre, M. E., Guo, A., Zhang, X., Qiu, L., Zhao, Y., and Gu, D. (2020). Adequate access to healthcare and added life expectancy among older adults in China. *BMC Geriatrics*, 20(1), 129.
- Harrington, C., and Kitchener, M. (2010). Medicare and Medicaid in long-term care. *Health Affairs*, 29(1), 22-28.
- Harris-Kojetin, L. D., Sengupta, M., Lendon, J. P., Rome, V., Valverde, R., and Caffrey, C. (2019). Long-term care providers and services users in the United States, 2015-2016. *Vital and Health Statistics Series*, 3(43), 1–68.

- Hassankhani, H., Rahmani, A., Best, A., Taleghani, F., Sanaat, Z., and Dehghannezhad, J. (2020). Barriers to home-based palliative care in people with cancer: A qualitative study of the perspective of caregivers. *Nursing Open*, 7(4), 1260-1268.
- Health Quality Ontario. (2013). In-home care for optimizing chronic disease management in the community: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(5), 1–65.
- Herr M, Robine J-M, Pinot J, et al. (2015). Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*;24:637-46.
- Hinshaw, T., Kapusnik-Uner, J., Zarowitz, B., and Matuszewski, K. (2013). Identifying knowledge gaps in the labeling of medications for geriatric patients. *Pharmacy and Therapeutics*, 38(9), 535.
- Hogan, D. B. (2018). Models, definitions, and criteria for frailty. In *Conn's Handbook of Models for Human Aging* (2nd ed., pp. 35–44). Elsevier Inc.
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., and Fried, L. P. (2019). Frailty: Implications for clinical practice and public health. *Lancet*, 394(10206), 1365–1375.
- Işık, A., Doruk, H., ve Mas, M. (2004). Yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri. *Klinik Gelişim Dergisi*, 17(2), 25-31.
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A., ve Fidan, C. (2016). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-186.
- İlhan, B., ve Öztürk, G. (2015). Yaşlı ve Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics*, 1(1), 1-7.
- Johnson, S., Bacsú, J., Abeykoon, H., McIntosh, T., Jeffery, B., and Novik, N. (2018). No place like home: A systematic review of home care for older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 37(4), 400–419.
- Jørgensen, R., and Brabrand, M. (2017). Screening of the frail patient in the emergency department: A systematic review. *European Journal of Internal Medicine*, 45, 71–73.
- Karahan, A., ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 155–159.
- Kayaalp, O. (2009). *Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji* (12th ed., Vol. 1, p. 143). Pelikan Yayıncılık Ltd. Şti.
- Keskinler, M. V., Tufan, F., ve Oguz, A. (2013). Geriatrik sendromlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(2), 41–48.
- Keskinoğlu P, Pıçakçiefte M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. (2016). Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*.16(1):21-26.
- Ketenci S., ve Akpınar NG. (2024). *Predigting and Detecting Polypharmacy-Related Drug Interactions and Frailty* : Geriatrics. *ATLJM*. 4(11):156-163.
- Koç, M. (2022). Gelişim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(12), 287–304.
- Koffman, J., Higginson, I., and Naysmith, A. (1996). Hospice at home service for patients with advanced HIV/AIDS: A pilot evaluation of referrals and outcomes. *British Journal of General Practice*, 46, 539-540.

- Kojima, G., Taniguchi, Y., Kitamura, A., and Fujiwara, Y. (2020). Is living alone a risk factor of frailty? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 59, 101048.
- Konak, A., ve Çiğdem, Y. (2008). Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1), 23–65.
- Krick, J. A., ve Feltman, D. M. (2019). Neonatologists' preferences regarding guidelines for periviable deliveries: Do we really know what we want? *Journal of Perinatology*, 39, 445–452
- Kızmaz, M., Kumtepe Kurt, B., Çetin Kargin, N., Döner, E. (2020). *Kırsalda İlçe Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran 65 Yaş Üstü Hastalarda Polifarmasi Prevelansı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. *Ankara Med J*, 20(1), 123-134.
- Kundi, H., Çetin, E. H. Ö., Canpolat, U., Aras, S., Çelik, O., Ata, N., et al. (2020). The role of frailty on adverse outcomes among older patients with COVID-19. *Journal of Infection*, 81(6), 944–951.
- Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., et al. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 809–817
- Lotfi Fatemi, N., Karimi Moonaghi, H., and Heydari, A. (2019). Perceived challenges faced by nurses in home health care settings: A qualitative study. *International Journal of Community-Based Nursing and Midwifery*, 7(2), 118–127.
- Lunardini, F., Luperto, M., Romeo, M., Renoux, J., Basilico, N., Krpic, A., et al. (2019). The MOVECare project: Home-based monitoring of frailty. In *2019 IEEE EMBS International Conference on Biomedical and Health Informatics (BHI 2019)* (pp. 0–3). IEEE.
- Michas, F. (2021). Home care in the U.S. – Statistics facts. *Health, Pharma and Medtech Care and Support*. <https://www.statista.com/topics/1690/home-care-in-the-us/>
- Miettinen, M., Tiihonen, M., Hartikainen, S., and Nykänen, I. (2017). Prevalence and risk factors of frailty among home care clients. *BMC Geriatrics*, 17(1), 4–9.
- Mold, J. W., Fryer, G. E., and Roberts, A. M. (2004). When do older patients change primary care physicians? *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(6), 453–460.
- Noale, M., Limongi, F., and Maggi, S. (2020). Epidemiology of cardiovascular diseases in the elderly. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1216, 29–38.
- Onder G, Landi F, Fusco D, Corsonello A, Tosato M, Battaglia M, et al. (2014). Recommendations to prescribe in complex older adults: results of the CRITERIA to assess appropriate Medication use among Elderly complex patients project. *Drugs Aging*;31 (1):33-45.
- Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P. (2012) SHELTER Project. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*;67(6):698-704.
- Omuzobozlu, C. (2024). *Geriyatrik Kanser Hastalarında Kırılganlığın Destekleyici Bakım Gereksinimleri İle İlişkisi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Öksüz, H. (2018). *Evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti*, Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

- Özbek, Z., ve Öner, P. (2008). Geriyatrik fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler. *Türk Klinikleri Biyokimya Dergisi*, 6(2), 73–80.
- Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan S. (2006). Yaşlılarda tedaviye uyum. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3): 177-181
- Özkul, M., ve Kalaycı, İ. (2015). Türkiye’de yaşlılık çalışmaları. *Sosyolojik Konferans*, 52(2), 259–290.
- Öztürk, H. (2015). *Yaşlanma ve kırsal yaşlılık mevcut durum raporu*. Ankara.
- Paramita, D. P., Adiatmika, I. G. P., Kuswardhani, T., and Mustika, I. W. (2018). Physiological and psychosocial change and the need for health intervention model for elderly. *International Journal of Health Sciences*, 2(2), 61–67.
- Pawlson, L. G. (1988). Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internists versus geriatricians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(3), 202–208.
- Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., et al. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: A scoping review of the literature and international policies. *Age and Ageing*, 46(3), 383–392.
- Rockwood, K., Howlett, S. E., MacKnight, C., Beattie, B. L., Bergman, H., Hébert, R., et al. (2004). Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: Report from the Canadian study of health and aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59(12), 1310–1317.
- Rolland Y, Morley JE. Frailty and polypharmacy.(2016). *J Nutr Health Aging*, 20:645-6.
- Romera-Liebana, L., Orfila, F., Segura, J. M., Real, J., Fabra, M. L., Möller, M., et al. (2018). Effects of a primary care-based multifactorial intervention on physical and cognitive function in frail, elderly individuals: A randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 73(12), 1674–1688.
- Sabgayda, T. P., Edeleva, A. N., and Tarasov, N. A. (2020). Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniia i istorii meditsiny, 28(Special Issue), 1108–1112.
- Sağlık Bakanlığı. (2004). *Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik projesi, hastalık yükü final raporu*. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge*.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik*. Resmi Gazete, 27.02.2015, Sayı 29280.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). *Evde sağlık hizmetleri raporu*. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569. ISBN: 978-625-44323-1-6. İstanbul.
- Schenker, M., and Costa, D. H. D. (2019). Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in primary health care. *Ciencia and Saúde Coletiva*, 24, 1369–1380.
- Schoufour JD, Echteld MA, Bastiaanse LP, (2015).Evenhuis HM. The use of a frailty index to predict adverse health outcomes (falls, fractures, hospitalization, medication use, comorbid conditions) in people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* ;38:39-47.

- Sezer, A., Demirbaş, H., ve Kadioğlu, H. (2015). Evde bakım hemşireliği: Mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 160–165.
- Sözen, F., Yavuz Çolak, M., ve Ersoy, K. (2020). Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi örneği. *J Turkish Family Physician*, 11(4), 191–199.
- Spratt, J. S., Hawley, R. L., and Robert, E. H. (1997). *Home health care: Principles and practices*. GR/St. Lucie Press.
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C., and Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 48(4), 445–469.
- Takahashi, P. Y., Naessens, J. M., Peterson, S. M., Rahman, P. A., Shah, N. D., Finnie, D. M., Weymiller, A. J., Thorsteinsdottir, B., ve Hanson, G. J. (2016). Short-term and long-term effectiveness of a post-hospital care transitions program in an older, medically complex population. *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*, 4(1), 30–35.
- Tanlı, S. (1996). *Evde bakım hizmetlerinin firmalaştırılması: Bir işletme planı önerisi*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Taşkın Koç, Ş., ve Koç, S. (2023). Ankara il merkezinde evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi: Kalitatif bir çalışma. *Uzmanlık Tezi*, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Taşkın Şayir, Ç., ve Aslan Karaoğlu, S. (2014). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18(1), 35–41.
- Toklu, H. Z. (2015). Eczacılık uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics Dergisi*, 3(1), 17–22.
- Tosun, N. ve Hoşgör, H. (2021). A Research to Determine the Relationship Between EHealth Literacy and Rational Drug Use Awareness. *Cumhuriyet University Journal of Economics and Administrative Sciences*, 22(2), 82-102.
- Tuncel, G., ve Uzun, H. (2019). Türkiye'de yaşlılara yönelik sosyal politikalar üzerine bir inceleme. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilim Dergisi*, 3(2), 309–334.
- Tümerdem, Y. (2006). Gerçek yaş. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3), 195–196.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *Nüfus projeksiyonları, 2018-2080* [Data file]. Retrieved February 22, 2020, from <https://www.tuik.gov.tr>.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010, January). *Medicare hospice benefits*. Retrieved from <https://www.medicare.gov>
- U.S. National Library of Medicine. (2020). *Home care services* [Internet]. Retrieved January 20, 2021, from <https://medlineplus.gov/homecareservices.html>
- United Nations. (2023). *World social report 2023: Leaving no one behind an ageing world*. United Nations.
- Uyanık, Y. (2017). Yaşlılık, yaşlanan nüfus ve sosyal politika. *İş ve Hayat*, 3(5), 67–100.
- Ünal, E., ve Özdemir, A. (2019). Old age and aging. In *Recent studies in health sciences* (pp. 414–424). St. Kliment Ohridski University Press Sofia.

- Veronese, N., Cereda, E., Stubbs, B., Solmi, M., Luchini, C., Manzato, E., et al. (2017). Risk of cardiovascular disease morbidity and mortality in frail and pre-frail older adults: Results from a meta-analysis and exploratory meta-regression analysis. *Ageing Research Reviews*, 35, 63–73
- Woodhouse, K. W., Wynne, H., Baillie, S., James, O. F., and Rawlins, M. D. (1988). Who are the frail elderly? *The Quarterly Journal of Medicine*, 68, 505–506.
- World Health Organization. (2002). *WHO policy perspectives on medicines: Promoting rational use of medicines: Core components*. Retrieved from <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>
- World Health Organization. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons* (Vol. 5, pp. 7-38). WHO Centre for Health Development.
- World Health Organization. (2007). *Definition of an older or elderly person*. Retrieved January 2, 2022, from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World Health Organization. (2017). *Classification of health care functions (ICHA-HC)*. OECD, European Union, World Health Organization. Chapter 5.
- World Health Organization. (2020). *Ageing*. In *Health at a glance: Asia/Pacific 2020: Measuring progress towards universal health coverage*.
- Wyles, H., and Rehman, H. U. (2005). Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 16(5), 311–313.
- Yapıcı, G., Balıkçı, S., ve Uğur, Ö. (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımını konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(4), 458-465.
- Yavuz Emik. (2018). *İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Akılcı İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi*, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52), 1278–1287.
- Yeşil, Y., Cankurtaran, M., ve Kuyumcu, M. E. (2012). Polifarmasi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(3), 18–23.
- Yıldırım, A. B., ve Kılınç, A. Y. (2017). Polypharmacy and drug interactions in elderly patients. *Archives of the Turkish Society of Cardiology*, 45(90), 17–21.
- Yıldırım, A. B., ve Kılınç, A. Y. (2017). Yaşlı hastalarda polifarmasi ve ilaç etkileşimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(5), 17–21.
- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş., ve Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19–23.
- Yılmaz, İ. (2019). *Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*, Harran Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- Yılmaz, M., ve Şara, E. (2014). Yaşlılık ve evde sağlık hizmetinde finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 117–127.
- Yılmaz, M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125–132.

- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de ve dünyada akılcı ilaç kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 42–49.
- Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. (2012). Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*.;1(1):12-15
- Yuki A, Otsuka R, Tange C, et al. (2018). Polypharmacy is associated with frailty in Japanese community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int*;18:1497-500.
- Yurtsever Çelik S., Olgun N. (2022). Yaşlı Diyabetli Bireylerde Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanımı. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*, 2(2),18-21
- Zeybek, F. (2018). *Klinikte yatarak tedavi gören 65 yaş ve üstü bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik uygulamaları ve yaşam kalitesi*, Karabük Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Karabük.

## 9. ÖZ GEÇMİŞ

Kübra Kartal BEDER Trabzon Beşikdüzü Anadolu Öğretmen Lisesini 13.06.2014 yılında bitirdikten sonra Konya Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden 21.06.2019 tarihinde mezun oldu. 23.02.2022 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Evde Hasta Bakımı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programına girdi. Mezun olduktan sonra Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde dört yıl görev yapıp, şu an mesleğine Kars Akyaka Devlet Hastanesinde devam etmektedir. A2 seviyesinde İngilizce bilmektedir. Sağlık Bakanlığı onaylı Evde Sağlık sertifikasına sahiptir.

Temel ilgi alanları; evde sağlık ve yaşlı bakımı, yara bakımı, sağlıklı yaş alma ve halk sağlığıdır.

## 10. İLETİŞİM BİLGİLERİ

ORCID ID : 0009-0004-7434-7100

### **Yayınlar:**

Kartal, K. ve Çavuşoğlu, F. (2023) Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı  
IV. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, Sayfa 17-18, 14-17Aralık  
2023, Samsun Sempozyum Bildiri E-Kitabı (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum).