



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLILARDA POLİFARMASİ İLE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

SEVDA SÖNMEZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları
Tez Sahibi : Sevda SÖNMEZ
Tez Başlığı : Yaşlılarda Polifarmasi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü
Sınav Tarihi : 20.06.2014

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

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yard.Doç.Dr. Bilgi GÜLSEVEN
KARABACAK

Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza

B. Gülsen

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Şenay UZUN

Yeditepe Üniversitesi

S. Ecevit Alpar
Şenay Uzun

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 09/07/2014 tarih ve 33. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I.BEYAN

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

.../.../2014

Sevda SÖNMEZ

II. TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmamda ve aldığım yüksek lisans eğitimimde bana yol gösteren, her aşamada desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam

Yrd. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK'a,

Bilgi ve tecrübelerini eğitim sürecim içerisinde benden esirgemeyen çok değerli hocam *Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a,*

Emeğini ve zamanını bana ayıran, manevi desteğini her daim yanımda hissettiğim sevgili eşim *Korhan SÖNMEZ'e,*

Tezin oluşumunda ve yüksek lisans eğitimim süresince büyük desteklerini gördüğüm *Elif ACAR, Cansu POLAT, Duygu KURT, Şerife TAŞ ve Ortopedi Kliniği mesai arkadaşlarıma,*

Tezin istatistik verilerinin analizinde yardımcı olan *Murat MUTLU'ya,*

İlgi, destek ve anlayışları için *aileme,*

Bana çok değerli vakitlerini ayırarak *araştırmaya katılan bireylere*

Teşekkür Ederim

Sevda SÖNMEZ - 2014

I. BEYAN.....	iii
II. TEŞEKKÜR.....	iv
III. İÇİNDEKİLER.....	v
IV. KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
V. TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Yaşlanma.....	6
4.1.1. Yaşlanma ile ilgili temel kavramlar.....	8
4.1.2. Yaşlılık dönemi.....	9
4.1.3. Dünyada yaşlı nüfus.....	10
4.1.4. Türkiye’de yaşlı nüfus.....	10
4.1.5. Yaşlılarda görülen kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı.....	11
4.2. Polifarmasi.....	12
4.2.1. Yaşlılarda polifarmasinin nedenleri.....	13
4.2.2. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu.....	13
4.2.3. Yaşlıların ilaç kullanımına uyumunda hemşirenin rolü.....	15
4.2.4. Polifarmaside alınacak önlemler.....	16
4.2.5. Yaşlıda akılcı ilaç kullanım esasları.....	17
4.3. Yaşam Kalitesi.....	18
4.3.1. Yaşlılık ve yaşam kalitesi.....	18
4.4. Polifarmasi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	19
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	21
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21

5.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	22
5.3.2. Araştırmadan çıkartılma kriterleri.....	22
5.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
5.5. Veri Toplama Araçları.....	22
5.5.1. Mini Mental Durum Ölçeği.....	23
5.5.2. Görüşme formu.....	23
5.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	23
5.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci.....	24
5.7. Verilerin Analizi.....	25
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
6. BULGULAR.....	27
6.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	28
6.2. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımına Yönelik Bulgular.....	30
6.3. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Yönelik Bulgular.....	31
6.4. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	32
6.5. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	41
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	50
7.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	50
7.2. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımlarına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	51
7.3. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	53
7.4. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	54
7.5. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	57
8. KAYNAKLAR.....	63
9. EKLER.....	70
10. ÖZGEÇMİŞ.....	95

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

A	Ağrı
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
DR	Duygusal Rol
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E	Enerji
FBÖ	Fiziksel Bölüm Özeti
FF	Fiziksel Fonksiyon
FR	Fiziksel Rol
FS	Fiziksel Sağlık
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GS	Genel Sağlık
MBÖ	Mental Bölüm Özeti
MMDÖ	Mini Mental Durum Ölçeği
MS	Mental Sağlık
RS	Ruh Sağlığı
SF	Sosyal Fonksiyon
SF-36	Short Form-36
YKÖ	Yaşam Kalitesi Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı
Tablo 2.	Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Bulunma Durumu ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı
Tablo 3.	Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı
Tablo 4.	Yaşlı Bireylerin Günde Kullandıkları İlaç Sayı Ortalamaları
Tablo 5.	Yaşlı Bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı
Tablo 6.	Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Reçetesiz İlaç Kullanımının Karşılaştırılması
Tablo 7.	Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Reçetesiz İlaç Kullanımının Karşılaştırılması
Tablo 8.	Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bitkisel İlaç Kullanımının Karşılaştırılması
Tablo 9.	Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Bitkisel İlaç Kullanımının Karşılaştırılması
Tablo 10.	Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Reçeteli İlaç Kullanımının Karşılaştırılması
Tablo 11.	Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Reçeteli İlaç Kullanımının Karşılaştırılması
Tablo 12.	Reçetesiz İlaç Kullanma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
Tablo 13.	Bitkisel İlaç Kullanma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
Tablo 14.	Reçeteli İlaç Kullanma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
Tablo 15.	Kullanılan Reçeteli İlaç Sayısı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamaları Arasındaki İlişki

1. ÖZET

Çalışma 65 yaş ve üzerindeki yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini İstanbul'da kamuya bağlı bir bakım merkezinde kalan ve araştırma kriterlerine uygun olan 113 yaşlı birey oluşturmaktadır. Veriler görüşme formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, frekans, oran, Kolmogorov-Smirnov testi, t-testi, tek yönlü ANOVA ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Araştırma grubunun yaş ortalaması $81,6 \pm 6,5$ olup, %57,5'i kadın, %43,4'ü lise mezunu, %71,7'si dul, %73,5'i orta gelirlidir. Yaşlıların %84,1'inde hipertansiyon, %50,4'ünde kalp hastalığı, %34,5'inde diyabet mevcuttur. Yaşlıların %25,7'sinin reçetesiz ilaç, %28,3'ünün bitkisel ilaç kullandığı, kullanılan reçeteli ilaç sayısının ortalama $8,19 \pm 1,90$ (range: 5-11) adet olduğu saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamaları $63,14 \pm 24,68$, sosyal fonksiyon boyutu puan ortalamaları $78,65 \pm 27,18$, fiziksel rol boyutu puan ortalamaları $58,63 \pm 36,87$, duygusal rol boyutu puan ortalamaları $61,95 \pm 38,80$, ruh sağlığı boyutu puan ortalamaları $72,25 \pm 12,12$, enerji boyutu puan ortalamaları $56,59 \pm 20,43$, ağrı boyutu puan ortalamaları $60,53 \pm 26,32$, genel sağlık boyutu puan ortalamaları $56,95 \pm 17,42$, fiziksel bölüm özeti puan ortalamaları $48,80 \pm 10,46$ ve mental bölüm özeti puan ortalamaları ise $41,00 \pm 10,04$ olarak bulundu. Kullanılan reçeteli ilaç sayısı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel bölüm özeti ve mental bölüm özeti dışındaki tüm alt boyutlar arasında anlamlı negatif korelasyonlar ($r = -0,26$ ile $-0,50$ arasında, $p < 0,05$) vardır. Yaşlılarda kullanılan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, polifarmasi, SF-36, yaşam kalitesi, yaşlı birey.

2. SUMMARY

The Relationship Between Polypharmacy And The Life Quality In The Elderly

This study was made descriptively to determine the relationship between the multiple drug use and the life quality of the elderly people aged 65 and older. Sample of this research was formed with 113 elderly people who matched with the criteria of there search and stayed in a public care center in Istanbul. Data were collected through interview forms and SF-36 Quality of Life Scale. For the evaluation of the data, average and standard deviations, frequency, ratio, Kolmogorov-Smirnov Test, T-Test, OneWayAnova and Pearson Correlation analysis were used. The age average of there search group was $81,6 \pm 6,5$ and 57,5% of them were women, 43,4% of them were high school graduates, 71,7% of them were widows and 73,5% of them were middle income individuals. 84,1% of the elderly had hypertension, 50,4% of them had heart disease and 34,5% of them had diabetes. It was confirmed that, 25,7% of them used non-prescription drugs, 28,3% used herbal drugs and it was also confirmed that number of prescription drugs used was approximately $8,19 \pm 1,90$ (range: 5-11). It was found that, point averages of physical function, social function, physical role, emotional role, mental health, energy, pain, overall health, physical part abstract and mental part abstract of the SF-36 scale were $63,14 \pm 24,68$, $78,65 \pm 27,18$, $58,63 \pm 36,87$, $61,95 \pm 38,80$, $72,25 \pm 12,12$, $56,59 \pm 20,43$, $60,53 \pm 26,32$, $56,95 \pm 17,42$, $48,80 \pm 10,46$, $41,00 \pm 10,04$ respectively. There were meaningful negative correlations (between $r = -0,26$ and $-0,50$, $p < 0,05$) between the number of prescription drugs used and all subdimensions other than physical and mental part abstracts. In the elderly, as the number of drugs used increased, quality of life decreased.

Key Words: Nursing, polypharmacy, SF-36, life quality, elderly individual.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık; yaşam sürecinin, çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağıdır (Arslan, Atalay ve Kutsal 2000). Sosyal anlamda ise, insanın bağımsız konumda iken başkalarına bağımlı konuma geçmesi demektir. Yaşlılık tanımı için belli bir yaş sınırı vermek güçtür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılık dönemini, 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir (Beğer ve Yavuzer 2012).

İnsan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle, yaşlı nüfusa ilişkin sorunlar da günümüzde daha fazla önem kazanmıştır (Solmaz ve Akın 2009). Yaşlı bireylerde duysal ve motor gerileme, hipertansiyon, diyabet, kanser, beslenme bozukluğu, emosyonel ve entellektüel durumda değişimler yaygındır (Şahin ve Baydar 2009). Yaşlılardaki en önemli sağlık sorunlarından birisinin birden fazla hastalığın bir arada bulunması olduğu bilinmektedir (Solmaz ve Akın 2009). Bu durum yaşlı bireyde, sağlık ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Böylece yaşlı bireyler, birtakım engeller ve sorunlarla birlikte yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaktadırlar (Berberoğlu, Gül, Eskiocak, Ekuklu ve Saltık 2002). İlerleyen yaşla birlikte artan akut ve kronik hastalıklar uzun süreli ve çoklu ilaç kullanımını da beraberinde getirmektedir (Esengen ve ark 2000).

Çoklu ilaç kullanımını ifade eden “polifarmasi kavramı”; tedavide en az bir gereksiz ilacın bulunması veya klinik olarak gerekli olandan daha fazla ilacın kullanılması olarak tarif edilebilir. Polifarmasi; özellikle hasta uzun zamandan beri ve yüksek dozlarda çok sayıda ilaç kullandığında zararlıdır (Erdoğanlar 2010). Polifarmasiye neden olan başlıca faktörleri öykü alınırken yaşlı hasta tarafından kullanılan ilaçların tümünün hekim tarafından görülmemesi, reçetesiz ilaç kullanımı ve hastanın aldığı ilaç türü/dozu ile ona reçete edilen ilaç türü/dozu arasındaki farklılıklar oluşturmaktadır (Fulton and Allen 2005).

Polifarmasi tüm hastalar için ama özellikle yaşlılar için bir sorundur (Henderson, Buchwald and Manson 2006). Yaşlılarda polifarmasi oranı yüksektir (Kutsal 2006a).

Yaşlı popülasyonda polifarmasi oranı %23 ile %39 arasında değişmektedir (Erdoğan 2010).

Yaşlılarda önemli geriatric sendromlardan biri olarak kabul edilen polifarmasi, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu durum morbidite ve mortalite oranlarını yükseltmekte ve sağlık giderlerini arttırmaktadır (Yeşil, Cankurtaran ve Kuyumcu 2012). Yaşam kalitesi kavramı, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlaması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziksel durumun istendik düzeyde olması, kişiler arasındaki ilişkilerini sürdürebilmesi olarak tanımlanır. Polifarmasi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, polifarmasinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Henderson et al 2006).

Özellikle yaşlı bireylerde yaşam boyu tedavisi devam eden kronik hastalıkların yönetiminin amacı tedaviye odaklanmaktan çok fonksiyon ve yaşam kalitesinin korunmasına doğru kayma göstermiştir. Dolayısıyla tıbbi tedavinin amacı ölümleri ve kronik komplikasyonları önlemek iken, yaşlılarda ana amaç hastalıkları elimine etmekten ziyade hastalığın ciddiyetinin azaltılması ve denge bozukluklarının önlenmesi, sık görülen hastalıkların erken saptanıp önlenmesi ve çoklu ilaç tedavilerinden mümkün olduğunca kaçınılması gibi birçok müdahale ile hastalıkların kontrol altına alınması ve yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılması olmuştur (Beğen ve Yavuzer 2012).

İlaçlar yerinde ve zamanında, uygun bir şekilde kullanıldıklarında yararlı oldukları halde, bilgisizce ve rastgele aşırı kullanıldıklarında oldukça zararlı olabilmektedir (Akbaşrak 2003). Bireye bütüncül yaklaşımla bakım veren hemşirenin temel işlevlerinden biri de hekim tarafından reçete edilen ilaçların uygulanmasıdır. Hemşirenin ilaç uygulamalarını etkin ve güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmesi; ilaçların beklenen etkilerini, birbiriyle etkileşimlerini, yan etkilerini ve bireyin yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitesinde meydana getirebileceği değişimleri bilmesini ve bireye bu konuda eğitim vermesini gerektirir (Kutsal 2006a).

Bu araştırma, 65 yaş üstü yaşlılarda polifarmasi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlandı.

Araştırmanın yanıt aranan soruları şunlardır:

- Yaşlılarda tanıtıcı özellikler ile polifarmasi arasında ilişki var mıdır?
- Yaşlılarda tanıtıcı özellikler ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
- Yaşlılarda polifarmasi ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yaşlanma

Yaşam için bir organizmanın tüm fizyolojik fonksiyonları gerçekleştirme kapasitesine sahip olması gerekir. Bu fonksiyonel kapasite normal şartlarda belirli bir düzeyde doğumda başlayıp, gelişim sürecinde organizmanın gereksiniminin çok üzerinde en üst seviyeye ulaşır ve ilerleyen yaşla birlikte azalmaya başlar. Yaşlanma, bir türün bütün bireylerinde hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan, türe özgü belirli bir zamanın geçişine bağlı olarak tüm anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri sonucu ölümle noktalanın normal bir süreçtir (Şahin ve Baydar 2009). 1998 yılı Dünya Sağlık Raporu'nda ise yaşlanma; “özürlülüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma” şeklinde yer almaktadır (İzgi 2009).

Uzun yıllardır yaşlanma nedenlerinin tartışılması devam etmektedir. Moleküler düzeyden vücut sistemlerinin fonksiyonel düzeylerine kadar uzanan süreçte meydana gelen spesifik değişiklikler yaşlanma olayının ana mekanizmalarıdır. Yaşlanmanın diğer mekanizmaları ise oksidatif stres ve serbest radikaller ile ilişkili mitokondriyal hasar ve epifiz-melatonin teorileri ile telomer kısalması teorisidir. Kişinin genetik yapısı ve çevresi arasındaki etkileşmenin ürünü olan sağlık, gençlikten yaşlılığa doğru insan vücudunda doğal olarak meydana gelen başta morfolojik ve fizyolojik değişikliklere bağlıdır. Yaşlı organizmanın uyum gücü, çeşitli stres ve dış uyarılarla baş etme yeteneği azalmaktadır. Kısaca yaşlılık, tüm uyarılara yanıt yatkınlığının arttığı ve yaşamı sürdürme yeteneğinin azaldığı bir olgunlaşma sonrası değişiklikler zinciridir (Şahin ve Baydar 2009).

İnsan yaşamındaki kronolojik dönemler, kişilerin sağlık durumlarını ve sağlık sorunlarını belirlemektedir. Yaşlılarda kronik hastalıkların görülmesinde, ilerleyen yaşla birlikte kişilerde meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişiklikler rol oynar. (Telatar ve Özcebe 2004). Kronik hastalıkların artması sonucunda ise yaşlı birey giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır. Yaşla birlikte ilaçların farmakokinetik özellikleri değişmektedir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları, atılımları ve reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı

olarak ilaçlara verilen yanıt yaşı bireylerde farklılıklar göstermektedir (Tüzün ve Eker 2003).

Yaşlanma ile birlikte gastrointestinal sistemde emilim yüzeyi, motilite ve sfinkter aktivitesi, kan akımı, bazal ve uyarılmış mide asidi salınımı ve aktif transport azalmaktadır. Yine yaşlılarda birçok ilacın beraber kullanımına bağlı olarak emilim etkilenebilir. Örneğin 65 ve üstü yaş grubunda sık görülen konjestif kalp yetmezliği, splanknik kan akımını azaltarak emilimi olumsuz yönde etkiler (Bilir 1995). Yaşın ilerlemesiyle birlikte derideki keratinize hücrelerin artması ve deri hidrasyonundaki azalma cilt üzerine uygulanan ilaçların emiliminde değişikliklere yol açabilir. Bu değişiklikte emilim miktarının aynı kaldığı ancak emilim hızının yavaşladığı ifade edilmektedir (Tüzün ve Eker 2003). Bazı araştırmacılar emilimdeki değişikliklerin yaşla beraber görülen farmakolojik değişiklikler arasında en önemsiz değişiklikler olduğunu ileri sürmektedir (Higginson and Carr 2001).

Yaşlanma ile albumin fraksiyonunda azalma gözlenirken, toplam plazma proteini değişmemektedir. İlaçların çoğu albumine bağlandığı için yaşlı kişilerde azalmış albumin konsantrasyonundan dolayı plazmada daha çok serbest ilaç bulunur. Yaşlıda çok sayıda ilaç kullanımı sonucu, azalan albumin konsantrasyonu ile beraber, yan etki görülme olasılığı artar. Bu durum özellikle yüksek oranda proteine bağlanan ve yaşlılarda sık olarak kullanılan oral hipoglisemikler, antikoagulanlar ve salisilatlar için geçerlidir (Higginson and Carr 2001). Malnütrisyon bulunan veya kronik hastalıklar gibi plazma proteinlerinin düştüğü yaşlılarda dikkatli olunmalıdır.

İlerleyen yaşa bağlı vücut yağ kitlesinde artış ile birlikte kas kitlesinde ve vücut su miktarında azalma görülmektedir. Bu nedenle suda eriyen ilaçların dağılım hacmi azalır, yağda eriyen ilaçların etki süreleri artar ve yağda eriyen sedatiflerin yaşlıda kullanımı tehlike oluşturabilir. Suda çözünen ilaçlar, düşük dozda başlanmalı ve gerekli durumlarda ilaç plazma düzeyleri kontrol edilmelidir. Yaşlılarda reseptör sayısında ve afinitesinde oluşan değişikliklere bağlı olarak ikincil mesaj sistemleri ve hücre yanıtı da değişmektedir (Higginson and Carr 2001, Tüzün ve Eker 2003). Bu etkenler düşünülerek hareket edildiğinde yaşlı bireylerde kronik hastalıkların

prevalansının ve ilaç tüketiminin bilinmesi sağlık alanındaki politikaların daha doğru belirlenmesini sağlayacaktır (Arslan, Atalay ve Kutsal 2000).

DSÖ Yaşlanma ve Sağlık Programı'nın gerekçesinde durum şöyle ifade edilmektedir: “Yaşlı kişilerin sağlığı denildiğinde, belirleyici konu olarak yalnızca hastalık prevalansı ya da hastalığın yokluğu görülemez ve görülmemelidir. Yaşlı kişilerin büyük bölümü hastalıkları olsa da, hastalıklarının günlük hayatlarını ciddi olarak etkileyen olumsuz sonuçları ortadan kaldırılabilirdiği takdirde, kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebilir” (Eser, Saatli, Eser, Baydur ve Fidaner 2010).

4.1.1. Yaşlanma ile ilgili temel kavramlar

“Yaşlanma”, “yaşlılık” ve “ihtiyarlık” kavramları karışan ve sık kullanılan kavramlardır. Bu kavramlar çoğu zaman yanlışlıkla birbirleri yerine kullanıldığı ve birbirleri arasındaki ayrımın net olmadığı görölmektedir (Duyar 2008).

Cansız varlıkların zamanla katettikleri mesafe ‘eskime’ veya ‘yıpranma’ olarak tanımlanırken canlı varlıklar için ‘yaşlanma’ şeklinde ifade edilir. Canlı varlıkların zamanla yaşlanma süreci her ne kadar yıpranma ve bozulmayı içeren bir süreç olsa da onarım mekanizmaları devrede olduğu için “yaşlanma”, dünyaya gelen her canlının zaman içerisinde aldığı mesafe olup ölümle sona ermektedir (Beğer ve Yavuzer 2012).

“Yaşlılık” ise artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Canlılar için üreme döneminin bitiminden ölümüne kadar geçen zaman dilimi değişim ve dönüşüm sürecidir. Doğurganlığın azalması ve mortalitenin artması bu değişimlerin en önemlisidir. Yaşın artması anlamına gelen ‘yaşlanma’ ile yaşamın özel bir bölümünden bahsederken kullanılan ‘yaşlılık’ kavramı arasında da küçük bir farklılık vardır; örneğin beş yaşını bitirip altı yaşına gelen bir çocuk bir miktar ‘yaşlanmış’ olup henüz ‘yaşlılık’ evresine girmemiştir. ‘Yaşlılık’ insan dışındaki canlılarda biyolojik ve fizyolojik değişimle ilişkili olup insanın yaşlılığında bu değişimlere ek olarak toplumsal ve kültürel anlamlar da yüklenmiştir (Duyar 2008).

“İhtiyarlık” kavramında daha çok ileri yaşı getirdiği toplumsal ve kültürel ilişkiler ifade edilmektedir ve tanım olarak ‘yaşlılık’ ile eşanlamli olarak kullanılmaktadır (Duyar 2005). Günümüzde gelişmiş toplumlarda, ihtiyarlık sözcüğü kullanım dışı bırakılmıştır (Tümerdem 2006).

4.1.2. Yaşlılık dönemi

Yaşlılık, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedilmesine bağlı olarak, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin ruhsal ve sosyal yönden gerilemesidir (Göz ve Erkan 2008, Danış 2009).

DSÖ’nün yaşlılığı bilimsel anlamda sınıflandırılması şöyledir;

1. Takvim yaşı; yaşlılık sınırı 64 yaşı bitimi, 65 yaşı başlamasıdır. Yaşlılıkta üç evre vardır:
 - 65-75 yaş arası; erken yaşlılık evresi
 - 75-85 yaş arası; orta yaşlılık evresi
 - 85 yaş ve üzeri; ileri yaşlılık evresi
2. Biyolojik yaş; hücrelerin değişimini ifade eder ve anne karnında başlamaktadır. Kişilerin yaşam biçimi, hücrelerin yaşlanmasını yavaşlatabildiği gibi hızlandırabilmektedir.
3. Sosyal yaş; kişi ile ilgili kararı etrafındaki bireylerin; ‘çok yaşlanmışsın ya da yaşı göstermiyorsun’ sözleri ile vermesidir.
4. Ekonomik yaş; emekli olmakla başlayan evredir ve ülkelerin sosyal yapılanmalarına göre değişmektedir.
5. Fizyolojik yaş; vücudun fizyolojik olarak yeterliliğinin beklenenden daha erken yaşlarda azalmasıdır.
6. Psikolojik yaş; anılarda yaşlanma, geçmişe özlem, geçmişe takılı kalma, geçmişten kopamama vardır. Geleceğe güvensizlikten kaynaklanan korku, kaygı, üzüntü vb. duyguların tümü psikolojik olarak olumsuz etkiler ve mutlaka profesyonel anlamda destek alınmalıdır.
7. Toplumsal yaş; bireylerin toplum içindeki yaşamında, çalışma ve sosyal iletişimde güç ve yeteneğinin azalarak kaybolmasıdır.

Bilimsel olarak yaşı nüfusu ile ilgili bir sınıflama daha yapılmıştır. Takvim yaşı 65 yaş üzerinde olması göz önüne alınarak, nüfus oranları belirlenmiştir.

1. Genç nüfuslu toplumlar; 65 yaş ve üstü nüfus oranı %4'ten düşüktür. Doğu Akdeniz ve Afrika'daki oranlar %2-3 arasındadır. Özellikle de Güney Afrika'da HIV/AIDS nedeniyle ortalama yaşam süresi kısalmıştır.

2. Erişkin nüfuslu toplumlar; 65 yaş ve üstü nüfus oranı %4-7 arasındadır. Güneydoğu Asya ve Pasifik'teki oranlar %5-7 arasındadır.

3. Yaşlı nüfuslu toplumlar; 65 yaşın üstündekilerin oranı %10 ve daha fazladır. Almanya, Avusturya, Belçika, Hollanda, vb. bazı Avrupa ülkelerinde, İskandinav ülkeleri, Rusya, Japonya, Yeni Zelanda da değerler yüksektir (Akgün, Bakar ve Budaklıoğlu 2004, Arpacı 2005, Tümerdem 2006, Er 2009).

4.1.3. Dünyada yaşlı nüfus

Dünya nüfusu her geçen gün yaşlanmaktadır (Beğer ve Yavuzer 2012). Dünyada yaşlı nüfusun artış hızı (%2,1), genel nüfus artış hızından (%1,2) daha fazladır. Yaşlı popülasyonda 80 yaş üstünde bulunanların nüfus artış hızı ise %4,3'tür. Dünya nüfusu son 100 yıl içinde (1950-2050) dörde katlanırken yaşlı nüfusun 10 kez artacak olması dikkat çekicidir. Dünyada en fazla yaşlı artışı 2008-2040 arasında %316 ile Singapur'da gerçekleşmesi beklenmektedir (Mandıracıoğlu 2010).

Günümüzde, dünyada yaşlıların nüfus içinde yüzdesinin en fazla olduğu kıta, Avrupa (%20) ve en az olduğu kıta ise %5 ile Afrika'dır. 2050 yılına gelindiğinde, Avrupa'da yaşlı nüfus oranı %37'ye çıkarken Afrika'da %10 olacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde, toplam nüfus içinde yaşlıların yüzdesinin en yüksek olduğu ülkeler; Japonya, Avusturya, İspanya, Çek Cumhuriyeti, Slovenya, Yunanistan, İsveç ve İtalya'dır (Shrestha 2000).

4.1.4. Türkiye'de yaşlı nüfus

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (A.D.N.K.S.) 2012 sonuçlarına göre 31 Aralık 2012 tarihi itibarıyla Türkiye'nin nüfusu 75.627.384'tür. Bu sayının %50,1'i (37.956.168) erkeklerden, %49,9'u (37.671.216) kadınlardan oluşur. Türkiye nüfusunun en önemli özelliklerinden biri genç olmasıdır. Toplam nüfusun %24,9'unu

oluşturmaktadır. Ancak bu oran 1965'den beri sürekli azalmakta ve Türk toplumu giderek yaşlanmakta, 0-14 yaş grubu 1965'te nüfusun %41,9'unu oluştururken 2012'de %24,9'unu oluşturmuştur (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13425>, Erişim Tarihi: 13.11.3013).

Türkiye'de yaşlı nüfusun (65+ yaş) toplam nüfus içindeki payı 20. yüzyılın son 10 yılına kadar %5'in altında kalarak ciddi bir değişiklik göstermemiştir. Doğurganlıktaki düşüşle birlikte yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı giderek artmaktadır. Hızlı iç göç nedeniyle özellikle kırsal kesimin yaşlılık oranları daha hızlı artmaktadır. Türkiye'de 2011 yılında %7,3 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının 2050 yılında %17,6'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13425>, Erişim Tarihi: 13.11.3013).

4.1.5. Yaşlılarda görülen kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı

Dünyada en sık ölüm nedeni olarak bilinen kronik hastalıkların (Dişçigil, Tekinç, Anadol ve Bozkaya 2006), insidans ve prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir (Beğer ve Yavuzer 2012).

Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir araştırmaya göre, ülkemizde 65 yaş üzerindeki yaşlıların; %90'ında genellikle bir kronik hastalık, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört veya daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu belirtilmektedir (Arslan ve Eşer 2005).

Türkiye genelinde yapılan çok merkezli çalışmalarda yaşlılarda sıklıkla görülen kronik hastalıkların sırasıyla; hipertansiyon %30,7, osteoartrit %13,7, kronik kalp yetersizliği %13,7, diyabetes mellitus %10,2, koroner arter hastalığı %9,8 ve osteoporoz %8,2 olduğu saptanmıştır (Turaman 2001).

Yaşlı popülasyonda kronik hastalık prevalansının fazla olması ilaç tüketimini de arttırmaktadır (Arslan ve Eşer 2005, Queneau 2006). Yaşlılarda ilaç kullanımı

poliklinik hastalarında günde üç ila altı arasında iken, bu sayı yatan hastalarda ortalama olarak 10-15 olabilmektedir. Yaşlılarda en çok kullanılan ilaç grubu kardiyovasküler sistem ilaçları, analjezik-antiinflamatuvar ilaçlar ve endokrin sistem ilaçlarıdır (Dökmeci 2006).

4.2. Polifarmasi

İlaç, saf bir kimyasal madde ya da ona eşdeğer olan bitkisel ya da hayvansal kaynaklı,tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan, standart miktarda aktif madde içeren karışımı ifade eder. DSÖ ilacı; “fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları alanın yararı için değiştirmek ya da incelemek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlar (Aktay, Hancı ve Balseven 2003).

İlaçtan beklenen etki, fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları olumlu duruma çevirmesidir. Ancak, ilaçların tanı ve tedavi amacıyla kullanımları sırasında elde edilen yararlarının yanı sıra, yan etkiler, toksik etkiler, alerjik reaksiyonlar, idiyosenkrazi ve ilaç etkileşimleri gibi istenmeyen durumlarda ortaya çıkabilmektedir (Aktay, Hancı ve Balseven 2003).

Polifarmasinin tanımı konusunda kesin fikir birliği olmamakla birlikte genellikle aynı anda birden fazla endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelmektedir (Göksel 2010). Literatüre bakıldığında polifarmasi için farklı bir çok tanımlama kullanıldığı görülmektedir (Çurgunlu 2011). Bu tanımlardan bazıları; iki ya da daha fazla ilacın en az 240 gün süre ile bir arada kullanımı, iki ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımı, dört ya da daha fazla ilaç kullanımı, beş ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımı şeklindedir (Yeşil ve ark 2012).

Polifarmasi; klinikte, tedavi etkinliğini arttırmak, yan ve/veya toksik etkiyi azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak gibi amaçlarla sıklıkla uygulanır (Diker 2000). Ayrıca sistemik, patolojik durumlarda ise kaçınılmaz olarak çoklu ilaç kullanımına başvurulmaktadır. Ancak beklenen yararlarının yanında polifarmasi uygulamalarının bazen çok çeşitli mekanizmalarla etkileşimlerden kaynaklanan

önemli sorunları, olumsuzlukları da beraberinde getirdiği klinik araştırmalarda da gözlenmiştir (Şahin, Baydar ve Girgin 2009).

4.2.1. Yaşlılarda polifarmasinin nedenleri

Yaşlılarda polifarmasinin nedenleri;

- Hastanın farklı hekimlere giderek çok sayıda reçete alması,
- Reçetelere çok sayıda ilaç yazılması,
- Hekimlerin fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları,
- Hastaların fazla ilaç beklentileri,
- Yaşlılarda tanıdan ziyade semptomaya yönelik olarak ilaç kullanılması,
- Hekimlerin eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi,
- Hastanın veya hekimin tercihi olarak kullanılan ilaçların düşünülmeden tekrar yazılması,
- Çok sayıda reçetesiz ilaç satılması,
- Yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimi olarak sıralanabilir.

Ayrıca son altı ay içinde hastaneye yatarak tedavi olmuş olmak, kadın olmak, depresyonda olmak, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta memnuniyeti de diğer önemli faktörler olarak sıralanabilir (Kutsal 2002, Kutsal 2006b, Onar ve Kapucu 2011, Ballentine 2008).

Verilen bir ilacın yan etkisini tedavi etmek için başka bir ilaç verilmesi ile oluşan “reçete kaskadı” polifarmasinin diğer bir önemli nedenidir. Örneğin demans tedavisinde verilen kolinesteraz inhibitörlerinin neden olduğu dispeptik yakınmalar ya da uykusuzluk için başka bir ilacın verilmesi (Yeşil ve ark 2012).

4.2.2. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu

İlaç uyumu; kişinin davranışlarının tıbbi ve sağlık önerileri ile uygunluk derecesidir. Yaşlılarda birden fazla hastalığın olması, farklı tedavilerin birlikte kullanılması, kognitif ve fonksiyonel kapasitenin azalmasıyla ilacı anlama ve uyum sorunu oluşur (Beers and Berkow 2002, Arslan 2003). Uyum hastanın ilaç

hakkındaki bilgisi, hafızası, beklentileri ve tatmin düzeyi, hekim ve hasta arasındaki iletişim gibi birçok faktörle ilişkilidir. Yaşlının görme kusurları ve el becerilerindeki azalma ilaç etiketini okuyamama veya kapağı açamama gibi sorunlara, mental durumunda görülen değişiklikler de ilaç kullanımında unutkanlıklara yol açabilir. Yaşlıların ilaçlara ilişkin bilgilerinin ve uyumlarının azlığı yan etki riskini artırıp ilaç tedavisini karmaşık hale getirmektedir (Diker 2000, Esengen ve ark 2000, Evcik ve Kızılay 2001).

Yaşlı bireylerde farklı hekimler tarafından reçete edilen farklı ilaçlar bulunması, reçetesiz alınabilen ilaçların kontrolsüz kullanımı ile birlikte, kullanılan ilaç sayısı ve ilaçlar arasındaki etkileşim olasılığı artmaktadır (Fialová and Onder 2009). Arslan ve ark. (2000) ile Neafsey ve Shellman (2000) çalışmalarında, yaşlıların %86'sının kullandıkları ilaçlar ile ilgili en az iki sorun yaşadıklarını saptamışlardır.

Yaşlılar bazen hiç ilaç almayarak veya gereğinden fazla ilaç alarak tedaviye direnç gösterebilirler. İlaça bağlı mortalite ve morbidite oranı %17'dir. Yaşlıların 1/3-1/2'si ilaç kullanımına uymamaktadır. Hasta hekim ilişkisindeki kopukluklar, kognitif bozukluklar, kabul edilemez yan etkilerin varlığı, reçetelerin tekrarlanmasındaki zorluklar, ilaç fiyatlarının yüksek olması, karmaşık ilaç alma programı ve hastanın tedaviye inanmaması nedeniyle bilinçli olarak ilaç kullanmama gibi durumlar tedaviye uyumsuzluğun nedeni olabilir (Arslan ve ark 2000, Akıcı, Kalaça, Uğurlu, Çalı ve Oktay 2001, Beğer 2002).

Arslan (2003) çalışmasında, huzurevinde yaşayan yaşlıların %65'inin ilaçlarını almayı unuttuklarını saptamıştır. Unutma nedenlerini yaşlıların %25,6'sı dikkatsizlik, %17,9'u unutkanlık, %17,9'u ise ilaç kullanmaktan sıkılma olarak belirtmişlerdir.

Kronik hastalığı olan bireyler ilaçlarını her gün düzenli kullanmalıdır. Bazılarının günde tek ilaç almaları gerekirken, bazılarının daha fazla ilaç kullanması gerekmektedir. Kullanılacak ilaçların karışmasını ve şaşırmayı önlemek için ilaç uyum listesine ya da etiketleme gibi düzenlemelerin yapılmasına gereksinim vardır. Bu düzenlemeler hastanın bağımsızlığını, hastanın tedavisine katılımını,

bireyselleştirilmiş hasta bakımını ve hasta eğitimini sağlamak açısından önemli yer tutar (Bird 1990). Arslan (2003) çalışmasında yaşlılara bireysel olarak verilen ilaç kullanma eğitiminin yaşlıların kullandıkları ilaca uyumunu arttırdığını saptamıştır.

4.2.3. Yaşlıların ilaç kullanımına uyumunda hemşirenin rolü

Yaşlı bireylerin tedaviye uyumu ile ilaç tedavisinin başarıya ulaşması doğrudan ilişkilidir. Bunun sağlanması da hasta ve yakınları ile hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimi gerektirir (Akıcı ve ark 2001).

Hemşirelikte temel işlevlerden biri ilaçların uygulanmasıdır. Genellikle ilacı hekim reçete eder, hemşire de hastaya verir veya nasıl kullanılacağını öğretir ve ilacın gerekli etkiyi sağlayıp sağlamadığını gözlemler. Evde yaşayan yaşlılar için toplum sağlığı hemşirelerine, kurumda kalan yaşlılar için kurum hemşirelerine ve yataklı tedavi kurumlarındaki yaşlılar için ise hastanede çalışan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire ilacın etkilerini, yan etkilerini bilmesi ve yaşlı bireyin kendi sağlık durumu ile ilacın etkilerini anlayabilmesi için, yaşlı bireye ilaç hakkında bilgi vermesi gerekmektedir (Arslan ve Eşler 2005). Arslan (2003) çalışmasında, kullandıkları ilaçlar ile ilgili bilgiyi yaşlıların %43,9'unun hekimden, %39'unun eczacıdan, %17,1'inin ise hemşireden aldıklarını saptamıştır.

Hemşireler, yaşlı bireyler için temel bilgi kaynağı ve rehber kişilerdir (Şavlı 1996). Yaşlılarda ilaç kullanımına ilişkin yapılacak sağlık eğitimi konusunda sağlık ekibinin her üyesi bilinçli ve duyarlı olmalı ve bu eğitim yaşlı birey ile karşılaşılan tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmelidir. Danışman hemşireler de yaşlı bireylere yönelik eğitim programlarında en aktif eğitmenlerden biridir (Onar ve Kapucu 2011).

Hastanede çalışan hemşireler, ilacı uygulayan kişi ve hastayla sürekli iletişim halinde olduğu için hasta ve yakınlarına ilaçla ilgili eğitim vermelidirler (Erdil 2009). Bu eğitim sonrasında yaşlıların ilaca uyumu belirli aralıklarla kontrol edilmeli ve gerekirse eğitim tekrarlanmalıdır. Hemşireler klinikte sürdürülen tüm bilimsel

programlara aktif olarak katılmalı, eğitici ve uygulayıcı olarak hasta eğitim programlarının vazgeçilmez elemanı olmalıdır (Kaya 2009).

4.2.4. Polifarmaside alınacak önlemler

Sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğin, sağlık güvencesine kavuşabilirliğin ve mevcut sağlık hizmetlerin niceliğinin ve niteliğinin artırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici düzeye ulaştırılabilmesi hem yaşam süresini hem de yaşam kalitesini arttıracaktır. Sağlık hizmetinde başta tıp, eczacılık, diş hekimliği, hemşirelik olmak üzere diğer tüm önemli rolü olan meslekler, yaşlı popülasyona karşı, sorumluluklarına göre, gerekli olan önemi ve özeni göstererek eğitim ve uygulamalara yer vermelidir (Şahin ve Baydar 2004).

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını azaltmaya yönelik öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- Yaşlı hastaya ilaç önerilirken tedavi bireye özgü olmalı, o hastaya en uygun ilaç seçilmelidir.
- Tedaviye başlamadan önce tanı konmuş olmalı, sadece hastalık belirtileri için ilaç önerilmemelidir.
- Tıbbi sorunlar olanaklar elverdiğince ilaçsız olarak tedavi edilmeye çalışılmalıdır.
- Her muayeneye kullanmakta olduğu bütün ilaçlarını (reçetesiz ilaçlar da dahil) getirmesi söylenmelidir.
- İlacı mümkün olan en düşük dozda başlanmalıdır.
- Eğer gerekiyorsa ilacın dozu kontrollü olarak arttırılmalıdır.
- Sedasyon yapan, sakinleştirici özelliği olan ilaçlar kişinin günlük yaşamındaki faaliyetlerini etkileyebileceği için dikkatle önerilmeli ve kullanılmalıdır.
- Doz ayarlaması dikkatle yapılmalıdır.
- Yan etkisi olabilecek ilaçlar mümkün olduğunca kısa sürede kullanılıp, kesilmelidir.
- İlaçlar gerekli laboratuvar incelemeleri yapıldıktan sonra reçete edilmelidir.
- İlaç tedavisi basitleştirilmelidir.

- Hastanın tedaviye uyumunu artırmak için kullanım takvimi hazırlanmalı, ilaç kutuları belirgin olarak etiketlenmelidir.
- Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gereksiz ilaçlar tedaviden çıkarılmalı, tekrar yazımlar önlenmelidir (Filit, Futterman and Orland 1999, Linjakumpu et al 2002, Akıcı 2006, Şahin ve Baydar 2009, Onar ve Kapucu 2011).

4.2.5. Yaşlıda akılcı ilaç kullanım esasları

Akılcı ilaç kullanımı (AİK) süreci, hastanın probleminin dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, sonra da uygun bir reçete yazıp hastaya açık bilgiler ve talimatlar vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan bir yaklaşımı gerektirir (Akcı ve ark 2001).

DSÖ'nün tanımlamasına göre akılcı ilaç kullanımı; “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri”dir (Uluoğlu 2007, Arslan 2011).

Yaşlıların ilaç kullanımı sırasında dikkat etmesi gereken hususlar aşağıda sıralanmıştır:

- İlaçlar daima hekim kontrolünde kullanılmalıdır.
- İlaç kullanımı sırasında hekimin tarif ve önerilerine tamamen uyulmalıdır.
- İlaçlar, karışıklığa yol açmamak ve çevresel faktörlerin olumsuz etkilerinden korumak için orijinal ambalajlarında muhafaza edilmelidir.
- Kullanılan ilaçlar hekime danışmadan kesilmemelidir.
- Yeni bir şikayetle hekime başvurulduğu zaman daha önce tanı konmuş hastalıklar ve kullanılmakta olan tüm ilaçlar hekime söylenmelidir.
- Verilen ilaçların tükettikleri gıdalarla muhtemel etkileşimleri hakkında bilgi verilmelidir.
- Bitkileri veya bitkisel ürünleri kullanıp kullanmadığı belirlenmeli ve bu konuda hekim uyarılmalıdır.

- Çevrenin (akraba, komşu, arkadaş vb.) önerilerine dayalı ilaç kullanımından kaçınılmalıdır.
- İlaçların kullanımı sırasında ortaya çıkan (basit olsun ya da olmasın) her türlü olumsuz belirti hekime danışılmalıdır.
- Ağız yoluyla ilaç kullanımı sırasında sadece bir bardak su kullanılmalı, süt veya meyve suyu gibi sıvılarla yutulmasından sakınılmalıdır.
- İlaç kullanımı sırasında hekimin önerdiği doza azami özen gösterilmelidir.
- “Her hastalığın tedavisi için ilaç kullanılmalıdır” ve “ne kadar çok ilaç o kadar fayda” gibi yanlış düşüncelerden sakınılmalıdır (Aydos 2011).

4.3. Yaşam Kalitesi

İçinde bulunduğumuz yüzyılda ortalama yaşam süresi ciddi olarak uzamıştır (Lu and Hu 2002). Toplumların yaşlanması, yani yaşlı nüfusun artması arzu edilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Burada yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanan yaşamın kalitesi de önem kazanmaktadır (Berberoğlu ve ark 2002, Telatar ve Özcebe 2004).

Yaşam kalitesi ile ilgili tartışmalar iki bin yıl önce Aristo tarafından başlatılmıştır ancak ne anlam ifade ettiği ile ilgili tartışmalar hala devam etmektedir. Aristo'ya göre iyi yaşam kalitesi sadece iyi bir yaşama sahip olmak değil aynı zamanda onu devam ettirmektir. Bu durum yaşam kalitesini sürdürmek için taktiklerin oluşturulduğu yaşam olarak tanımlanan ileri yaşlarda daha önemlidir (Günaydın 2010).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, “Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak tanımlamaktadır (Avcı ve Pala 2004).

4.3.1. Yaşlılık ve yaşam kalitesi

İnsanın beklenen yaşam süresi sürekli uzamakla birlikte insan ömrü değiştirilememektedir. Çünkü insan ömrü, ölümün kişinin fonksiyonel rezervinin yıpranmasına bağlı olduğu durumda, kişinin hastalık ve travma olmadan yaşadığı

süredir. Bu yüzden yaşlıların kronik hastalıkları ne kadar iyi bilinirse tıbbi tedavideki hedefler de o kadar iyi belirlenebilir (Akyol 1992). Yaşlı kişileri etkileyen kronik hastalıkların çoğunun tedavisinin imkansız olduğu gerçeği düşünüldüğünde, yaşlı kişilerdeki tedavi hedefleri kür amacından çok fonksiyon ve yaşam kalitesinin korunmasına doğru kayma göstermiştir. Örneğin; anemi fonksiyonel açıdan kişiyi doğrudan etkilemese de hafif olan aneminin tedavi edilmesi morbiditenin baskılanması açısından önemlidir. Dolayısıyla tıbbi tedavinin amacı her zaman ölümleri ve kronik komplikasyonları önlemek iken, yaşlılarda ise ana hedefin hastalıkları elimine etmekten ziyade hastalığın ciddiyetini azaltmak olduğu bilinmelidir. Sağlıklı bir yaşam tarzının oluşturulması, hareket ve denge bozukluklarının önlenmesi, sık görülen hastalıkların erken saptanıp ilaçla önlenmesi ve de çoklu ilaç tedavilerinden mümkün olduğunca kaçınılması gibi birçok müdahale ile hastalıklar kontrol altına alınıp, yaşlıların yaşam kaliteleri artırılabilir (Beğer ve Yavuzer 2012).

Yaşlılar için kaliteli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için, bakım ile ilgili kararlara yaşlının da katılması, yaşlı sağlğının geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi, engelliliğin azaltılması ve de kendi evlerinde hizmet alabilmeleri de gerekmektedir (Akyol 1992).

4.4. Polifarmasi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Fizyolojik değışiklikler, psikolojik ve motor retardasyon, mental değışiklikler, beslenme bozuklukları ve çoklu sistemik hastalıklar, bilindiğı üzere, yaşlanma süreci içinde daha fazla ve sık görölmektedir. Yaşlanmaya bağı olarak metabolizmada ve ilaçların ekskresyonunda ortaya çıkan değışiklikler yaşlılarda ilaç yan etki riskini artırmaktadır (Steinman et al 2006). Uygunsuz olarak çoklu ilaç reçeteleme ve kullanım alışkanlıkları yaşam kalitesini azaltmakta, ilaçlara bağı morbidite ve mortalite riskini de artırmaktadır. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı tedaviyi karmaşık hale getirmekte, maliyeti artırmakta, sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri açısından da sorun oluşturmaktadır. İlaç etkileşimlerinin ve yan etkilerinin görölme oranı çoklu ilaç kullanımı ile katlanarak artmaktadır. Yaşlılardaki süregen hastalıklar, yaşam

kalitesinde bozulmaya ve ciddi boyutlara varan sağlık harcamalarına neden olarak ekonomik açıdan da ağır bir yük oluşturmaya devam etmektedir (Kutsal 2006).

Yaşlıların yaşam kalitesini artırmak için reçetesiz ilaç kullanımı azaltılmalı ya da en azından reçete verirken istenmeyen ilaç etkileşimleri akılda tutularak, reçetesiz olarak tüketilen ilaçlar sorgulanmalıdır (Esengen ve ark 2000).

Hemşirelik bakımının hedefi, yaşam kalitesini desteklemektir. Bu nedenle, hemşire yaşlıların gereksinimlerini karşılarken, yaşlı için yaşam kalitesinin anlamını ve yaşam kalitesinin geliştirilebilmesi için uygun müdahaleye yönelik bilgiye sahip olmalıdır (Borglin, Edberg and Hallberg 2005, Ercan 2010).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmaları ile hastanın tedavi sonucu ne kazandığı veya ne kaybettiği hakkında fikir edinilebilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini lme, hastanın fonksiyonlarını normal hale getirmenin amaçlandığı uzun dönemli hastalıklarda ve kronik hastalıklarda önem taşımaktadır (Kaya 2002, Bakın 2011).

Yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biri olmalıdır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen çoklu ilaç kullanımı ölçülmeli, aralarında nasıl bir ilişki olduğu değerlendirilmelidir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, 65 yaş ve üstü yaşlılarda polifarmasi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlandı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kasım 2013 - Ocak 2014 tarihleri arasında İstanbul'da kamuya bağlı bir özel bakım merkezinde gerçekleştirildi.

Bakım merkezi tam bakım ve normal bakım olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bakım merkezinde sürekli olarak bir doktor, iki psikolog, bir diyetisyen, bir sosyal hizmetler uzmanı ve 14 hemşire görev yapmaktadır. Yatağa bağımlı veya hasta olan hak sahipleri her gün doktor, hemşire, psikologdan oluşan bir ekip tarafından muayene edilmektedir. Kapasitesi 216 yataklı olan bakım merkezinde; 200 kişilik lokanta ve mutfak, terzi, çamaşırhane, kafeterya, fizik tedavi salonu, berber, kuaför, dinlenme, TV ve oyun salonları, şark köşesi, uğraşı salonu, revir ve kantin bulunmaktadır. Ayrıca bakım merkezinde; 24 saat tıbbi takip ve düzenli tedavi, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme konusunda yardım, psikolojik danışmanlık hizmeti, sosyal hizmet uzmanı tarafından aktif yaşama yönelik 6-8 faaliyet, hobi, sanat ve el becerileri faaliyetleri, spor salonu hizmeti, sosyal aktiviteler (tiyatro, sinema, gezi, eğlence ve doğum günü kutlamaları), jakuzi ve egzersiz programı, GATA Hatdarpaşa Eğitim Hastane'sine günün belirli saatlerinde servis, kütüphane hizmeti sunulmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bakım merkezinde kalan 65 yaş ve üstü 186 birey oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip, evrende yer alan yaşlıların tümünün çalışma kapsamına alınması planlandı. Fakat altı bireyin araştırmayı kabul etmemesi, yedi bireyin dört ve üzeri ilaç kullanmıyor olması, 21 bireyin demans tanısı almış olması, 36 bireyin fiziksel engelinin olması, üç bireyin Mini Mental Durum Ölçeği

(MMDÖ) puanının 24'ten düşük olması nedeniyle, 73 birey araştırma dışı bırakıldı. Araştırmada 113 yaşlı birey araştırmanın örneklemini oluşturdu.

5.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Sözel iletişim kurulabilen,
- Fiziksel engeli olmayan,
- MMDÖ puanı 24 ve üzerinde olan,
- Mental fonksiyonunu etkileyen hastalığı bulunmayan (demans, vb. gibi),
- Dört ve üzerinde ilaç kullanan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlılar çalışmaya alındı.

5.3.2. Araştırmadan dahil edilmeme kriterleri

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Sözel iletişim kuramayan,
- Fiziksel engeli olan,
- MMDÖ puanı 23 ve altında olan,
- Mental fonksiyonunu etkileyen hastalığı bulunan (demans, vb. gibi),
- Dördün altında ilaç kullanan,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen yaşlılar çalışmaya alınmadı.

5.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Tanıtıcı Özellikler

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: İlaç Kullanım Özellikleri

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) puanı

5.5. Veri Toplama Araçları

Bireylerin örnekleme dahil edilebilmesi için mental durum değerlendirilmesinde ilk olarak MMDÖ (EK-1) kullanıldı. Araştırmada veriler; Görüşme Formu (Ek-2) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3) ile toplandı.

5.5.1. Mini Mental Durum Ölçeği (Ek-1)

Folstein ve arkadaşları tarafından (1975), mental yetersizlikleri değerlendirmek amacıyla geliştirilen, klinik araştırma ve uygulamalarda oldukça sık kullanılan bir araçtır. Çok iyi yapılandırılmış geçerlik ve güvenilirliği sınanmış bir ölçektir. Ölçek beş temel zihinsel işlevi (oryantasyon, bellek, dikkat, hesap yapma ve dil) değerlendirmektedir. Ölçeğin maddeleri oryantasyon, bellek ve dikkati araştırılan sorulardan alınan puanlar ile objeleri isimlendirme, sözel ve yazılı emirleri yerine getirme gibi bilişsel işlevleri değerlendiren sorulardan alınan puanlar, diğer ölçeklerde olduğu gibi, yaş ve eğitim düzeyinden etkilenir. Bu nedenle çalışmada örgün eğitim kurumuna gitmemiş hastalara, bu formun standart versiyonu yerine eğitimsizler için hazırlanmış versiyonu uygulandı. Testten alınabilecek maksimum puan 30 olup, 23 puan ve altı zihinsel fonksiyonlardaki bozulmayı gösterir (Seyhan 2011).

5.5.2. Görüşme formu (Ek-2)

Yaşlı bireyi tanıttıcı özelliklerine ilişkin iki bölüm ve toplam 15 sorudan oluşan form araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturuldu. Formun birinci bölümünde yaşlı bireyin sosyo-demografik özelliklerine ve kronik hastalık bulunma durumuna ilişkin 12 soru bulunmaktadır. Formun ikinci bölümü ise kullanılan ilaçlara ilişkin özellikleri içeren üç soruyu içermektedir.

5.5.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3)

Ware ve arkadaşları tarafından, 1988 yılında geliştirilmiş olan SF-36 YKÖ, fiziksel ve mental yönden sağlığı değerlendirme amacıyla düzenlenmiştir (Ware and Sherbourne 1992). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995'te R. Pınar tarafından yapılan SF-36'nın Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,92 olup, test-tekrar-test güvenilirlik katsayıları 0,73-0,90 arasında değişmektedir (Pınar 1994). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren ölçek, 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel rol (4 madde), duygusal rol (3 madde), ruh sağlığı (5 madde), enerji (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık algısını (5 madde) içeren 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır (Dayapoğlu 2005). Fiziksel fonksiyon, kişinin sağlığının orta zorluktaki faaliyetleri,

birkaç kat merdiven çıkmasını kısıtlayıp kısıtlamadığı ve kısıtlıyorsa bunun derecesi ile ölçülmektedir. Fiziksel rol ise fiziksel sağlığı nedeniyle günlük işlerinde yapmak istediğinden daha azını yapma durumu ve daha önce yapabildiği faaliyetlerde kısıtlılık olup olmaması ile değerlendirilir. Genel sağlık ve ağrı tek bir soru ile, sırasıyla “Genel olarak sağlığınız nasıl?” ve “Geçtiğimiz dört hafta boyunca ağrı normal işlerinizi yapmanıza engel oldu mu? Olduysa ne kadar?” ile belirlenmektedir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, genel sağlık ve ağrı alt boyutlarından YKÖ’nin fiziksel alanını gösteren tek bir puan olan Fiziksel Bölüm Özeti (FBÖ) hesaplanmıştır. Duygusal rol, duygusal problemler nedeniyle günlük işlerinde yapmak istediğinden daha azını yapma durumu ve günlük faaliyetlerini her zamanki gibi dikkatlice yapıp yapamama durumu ile belirlenir. Ruh sağlığı geçen dört haftanın ne kadarında çökkün ve kederli olduğu, ne kadarında sakin ve huzurlu olduğu ile değerlendirilir. Enerji ise dört haftanın ne kadarında çok enerjisi olduğu ile sosyal fonksiyon da bedensel sağlığının ve duygusal problemlerinin sosyal faaliyetlerine ne kadar engel olduğu ile ölçülmektedir. Duygusal rol, ruh sağlığı, enerji ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından Mental Bölüm Özeti (MBÖ) hesaplanmıştır (Sönmez ve ark 2007). Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu ifade etmektedir (Akyol 1992, Yıldız 2010). Ölçeğin puan hesaplaması Ek 4’te yer almaktadır.

5.5.3.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin güvenilirliği

Bu çalışmada örnekleme oluşturan bireylerin SF-36 YKÖ puanları ayrı ayrı toplandı ve yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach’s Alpha katsayısı 0,903 bulundu.

5.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Örneklem kriterlerine uygun olan yaşlı bireyler öncelikle araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildi ve yazılı izinleri alındı (Ek-5 ve Ek-6).

Yaşlı bireylere MMDÖ uygulanarak çalışmaya dahil edilecek yaşlılar belirlendi. Sonra çalışmaya dahil olan yaşlıların sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımı hakkındaki veriler “Görüşme Formu” kullanılarak toplandı. Daha sonra yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ölçmek için “SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulandı.

Uygulamadan önce yaşlı bireylere ölçekteki soruların nasıl cevaplandırılacağı hakkında bilgi verildi. Veriler araştırmacı tarafından yaşlı bireyler ile yüz yüze görüşülerek elde edildi ve her görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

5.7. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler bilgisayar ortamında SPSS 13.0 programı kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans, oran) ve önemlilik testleri kullanıldı. Önemlilik testlerinde; verilerin karşılaştırılmasında ikili gruplar için bağımsız gruplarda Student t-testi, ikiden fazla gruplar için bağımsız gruplarda tek yönlü ANOVA testleri kullanıldı. Kullanılan ilaç sayısı ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. Kolmogorov-Smirnov testi ile değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı tespit edildi. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce;

- Yaşlı bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında Hasta Bilgilendirme Formu (Ek-5) ile bilgi verildi ve Hasta Onam Formu (Ek-6) ile katılmayı kabul eden yaşlıların yazılı ve sözlü onamları alındı.
- Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Etik Kurulu’ndan yazılı onay alındı (Ek-7).
- Ankara GATA Anket Kurulu’ndan çalışmanın yapılacağı kurum için yazılı izin alındı (EK-8).

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulması zorunludur. Bu amaç doğrultusunda araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, özerkliğe saygı, yeterli ve doğru bakım alma, zarar vermeme, yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu. Araştırma süresince bireysel hakların korunması gerektiğinden İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı (Ek-9).

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Tek merkezde yapılması
- Sağlık olanaklarını içeren kurum olması
- Tüm yaşlı bireylerin sosyal güvencesinin olması

6.BULGULAR

Yaşlı bireylerde reçetesiz ilaç kullanımı, bitkisel ilaç kullanımı ve reçeteli ilaç kullanımını belirlemek, belirlenen bu değişkenlerin yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile ilişkilerini saptamak amacıyla yapılan araştırmanın bulguları beş bölüm olarak verildi;

Birinci bölümde, yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular,

İkinci bölümde, yaşlı bireylerin ilaç kullanımına yönelik bulgular,

Üçüncü bölümde, yaşlı bireylerin yaşam kalitesine yönelik bulgular,

Dördüncü bölümde, yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ile ilaç kullanımı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular,

Beşinci bölümde, yaşlı bireylerin ilaç kullanımı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır.

6.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 1: Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=113)

Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
65-75	20	17,7
76-85	60	53,1
>85	33	29,2
Cinsiyet		
Kadın	65	57,5
Erkek	48	42,5
Eğitim Durumu		
İlkokul	2	1,8
Ortaokul	33	29,2
Lise	49	43,4
Üniversite	29	25,6
Medeni Durum		
Evli	32	28,3
Dul	81	71,7
Çocuk		
Var	97	85,8
Yok	16	14,2
Gelir Durumu		
Düşük	3	2,6
Orta	83	73,5
Yüksek	27	23,9

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, yaş ortalaması $81,6 \pm 6,5$ olan yaşlıların %53,1’inin (n=60) 76-85 yaş grubunda, %57,5’inin (n=65) kadın, %43,4’ünün (n=49) lise mezunu olduğu görülmektedir. Yaşlıların %71,7’si (n=81) dul, %85,8’i (n=97) çocuk sahibi, %73,5’i (n=83) ise orta gelirlidir.

Tablo 2: Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Bulunma Durumu ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=113)

Kronik Hastalıklar	n	%
Hipertansiyon		
Var	95	84,1
Yok	18	15,9
Diyabet		
Var	39	34,5
Yok	74	65,5
Kalp Hastalığı		
Var	56	49,6
Yok	57	50,4
Osteoartrit		
Var	11	9,7
Yok	102	90,3
Osteoporoz		
Var	16	14,2
Yok	97	85,8
Uyku Sorunu		
Var	71	62,8
Yok	42	37,2
Kronik Hastalık Sayısı		
1 adet	17	15,0
2 adet	41	36,3
3 adet	33	29,2
4 adet	22	19,5

Tablo 2’de araştırma kapsamına alınan yaşlıların kronik hastalık bulunma durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Yaşlıların %84,1’inin (n=95) hipertansiyonu, %34,5’inin (n=39) diyabeti, %49,6’sının (n=56) kalp hastalığı vardır ve %62,8’i (n=71) uyku sorunu yaşadığını ifade etmektedir. Yaşlı bireylerin %36,3’ünde iki adet kronik hastalık, %29,2’sinde üç adet kronik hastalık olduğu bulundu.

6.2. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımına Yönelik Bulgular

Tablo 3: Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=113)

İlaç Kullanımı	n	%
Reçetesiz İlaç		
Var	29	25,7
Yok	84	74,3
Bitkisel İlaç		
Var	32	28,3
Yok	81	71,7
Reçeteli İlaç Sayısı/Gün		
5 adet	13	11,5
6 adet	12	10,6
7 adet	17	15,0
8 adet	17	15,0
9 adet	20	17,7
10 adet	20	17,7
11 adet	4	3,6
12 adet	9	8,0
13 adet	1	0,9

Tablo 3'te yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Yaşlıların %25,7'sinin (n=29) reçetesiz ilaç kullandığı, %28,3'ünün (n=32) bitkisel ilaç kullandığı, %17,7'sinin (n=20) ise dokuz adet ve 10 adet reçeteli ilaç kullandığı bulundu.

Tablo 4: Yaşlı Bireylerin Günde Kullandıkları İlaç Sayı Ortalamaları (N=113)

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Reçetesiz İlaç	113	1	2	1,74	0,44
Bitkisel İlaç	113	1	2	1,72	0,45
Reçeteli İlaç	113	5	11	8,19	1,90

Tablo 4'te yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayı ortalamaları verilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin günlük kullandıkları ilaç sayı ortalamalarının reçeteli ilaçlar için $8,19 \pm 1,90$ olduğu görülmektedir. Ortalamalar reçetesiz ilaçlar için $1,74 \pm 0,44$ ve bitkisel ilaçlar için $1,72 \pm 0,45$ olarak bulundu.

6.3. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Yönelik Bulgular

Tablo 5: Yaşlı Bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=113)

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Fiziksel Fonksiyon	113	5	100	63,14	24,68
Sosyal Fonksiyon	113	0	100	78,65	27,18
Fiziksel Rol	113	0	100	58,63	36,87
Duygusal Rol	113	0	100	61,95	38,80
Ruh Sağlığı	113	28	96,00	72,25	12,12
Enerji	113	10	100	56,59	20,43
Ağrı	113	0	90,00	60,53	26,32
Genel Sağlık	113	15	90,00	56,95	17,42
Fiziksel Bölüm Özeti	113	0	73,24	48,80	10,46
Mental Bölüm Özeti	113	0	57,71	41,00	10,04

Tablo 5'te yaşlı bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin SF-36 YKÖ'nin alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını sosyal fonksiyon boyutundan ($78,65 \pm 27,18$) aldıkları, bunu ruh sağlığı alt boyutu ($72,25 \pm 12,12$), fiziksel fonksiyon alt boyutu ($63,14 \pm 24,68$), duygusal rol alt boyutu ($61,95 \pm 38,80$) ve ağrı alt boyutunun ($60,53 \pm 26,32$) izlediği saptandı.

6.4. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 6: Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Reçetesiz İlaç Kullanımının Karşılaştırılması (N=113)

Reçetesiz İlaç Kullanımı						
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	p, X ²
Yaş						
65-75	6	30,0	14	70,0	20	p=0,499
76-85	17	28,3	43	71,7	60	X ² =1,390
>85	6	18,2	27	81,8	33	
Cinsiyet						
Kadın	20	30,8	45	69,2	65	p=0,148
Erkek	9	18,8	39	81,2	48	X ² =2,091
Eğitim						
İlkokul	0	0,0	2	100	2	
Ortaokul	12	36,4	21	63,6	33	p=0,332
Lise	10	20,4	39	79,6	49	X ² =3,416
Üniversite	7	24,1	22	75,9	29	
Medeni Durum						
Evli	11	34,4	21	65,6	32	p=0,183
Dul	18	22,2	63	77,8	81	X ² =1,776
Çocuk Durumu						
Var	26	26,8	71	73,2	97	p=0,494
Yok	3	18,8	13	81,2	16	X ² =0,467
Gelir Durumu						
Düşük	0	0,0	3	100	3	
Orta	25	30,1	58	69,9	83	p=0,168
Yüksek	4	14,8	23	85,2	27	X ² =3,566
Toplam	29	25,7	84	74,3	113	

Ki-kare test

Tablo 6’da yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanma durumlarının karşılaştırılması verilmektedir. Reçetesiz ilaç kullanımının 65-75 yaş grubunda (%30), kadınlarda (%30,8), ortaokul mezunlarında (%36,4), evli olanlarda (%34,4), çocuğu olanlarda (%26,8) ve gelir durumu orta düzeyde olanlarda (%30,1) diğerlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ancak yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 7: Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Reçetesiz İlaç Kullanımının Karşılaştırılması (N=113)

	Reçetesiz İlaç Kullanımı					
	Var		Yok		Toplam	p, X ²
	n	%	n	%	n	
Hipertansiyon						
Var	24	25,3	71	74,7	95	p=0,823
Yok	5	27,8	13	72,2	18	X ² =0,050
Diyabet						
Var	9	23,1	30	76,9	39	p=0,648
Yok	20	27,0	54	73,0	74	X ² =0,209
Kalp Hastalığı						
Var	11	19,6	45	80,4	56	p=0,146
Yok	18	31,6	39	68,4	57	X ² =2,110
Osteoartrit						
Var	2	18,2	9	81,8	11	p=0,550
Yok	27	26,5	75	73,5	102	X ² =0,358
Osteoporoz						
Var	7	43,8	9	56,2	16	p=0,074
Yok	22	22,7	75	77,3	97	X ² =3,196
Uyku Sorunu						
Var	22	31,0	49	69,0	71	p=0,092
Yok	7	16,7	35	83,3	42	X ² =2,836
Toplam	29	25,7	84	74,3	113	
Kronik Hastalık Sayısı						
1 adet	4	23,5	13	76,5	17	p=0,693 X ² =1,454
2 adet	9	21,9	32	78,1	41	
3 adet	11	33,3	22	66,7	33	
4 adet	5	22,7	17	77,3	22	
Toplam	29	25,7	84	74,3	113	

Ki-kare test

Tablo 7’de yaşı bireylerin kronik hastalık bulunma durumuna göre reçetesiz ilaç kullanma durumlarının karşılaştırılması verilmektedir. Reçetesiz ilaç kullanımının osteoporoz olanlarda (%43,8), uyku sorunu yaşayanlarda (%31,0), üç adet kronik hastalık bulunanlarda (%33,3) diğerlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ancak yaşı bireylerin kronik hastalık bulunma durumuna göre reçetesiz ilaç kullanımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 8: Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bitkisel İlaç Kullanımının Karşılaştırılması (N=113)

	Bitkisel İlaç Kullanımı					
	Var		Yok		Toplam	p, X ²
	n	%	n	%	n	
Yaş						
65-75	6	30,0	14	70,0	20	p=0,404
76-85	14	28,3	43	71,7	60	X ² =1,815
>85	12	18,2	27	81,8	33	
Cinsiyet						
Kadın	28	43,1	37	56,9	65	p=0,001
Erkek	4	8,3	44	91,7	48	X ² =16,419
Eğitim						
İlkokul	0	0,0	2	100	2	p=0,019 X ² =9,986
Ortaokul	16	36,4	17	63,6	33	
Lise	11	20,4	38	79,6	49	
Üniversite	5	24,1	24	75,9	29	
Medeni Durum						
Evli	8	25,0	24	75,0	32	p=0,623
Dul	24	29,6	57	70,4	81	X ² =0,242
Çocuk Durumu						
Var	30	30,9	67	69,1	97	p=0,130
Yok	2	12,5	14	87,5	16	X ² =2,298
Gelir Durumu						
Düşük	0	0,0	3	100	3	p=0,543
Orta	24	30,1	59	69,9	83	X ² =1,223
Yüksek	8	14,8	19	85,2	27	
Toplam	32	25,7	81	74,3	113	

Ki-kare test

Tablo 8’de yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre bitkisel ilaç kullanma durumlarının karşılaştırılması verilmektedir. Buna göre, sosyo-demografik özelliklerden cinsiyete ve eğitim durumuna göre bitkisel ilaç kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($p<0,05$). Bitkisel ilaç kullanımı kadınlarda (%43,1) ve ortaokul mezunlarında (%36,4) diğerlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir. Diğer sosyo-demografik özelliklerine göre bitkisel ilaç kullanımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ancak 65-75 yaş grubunda (%30,0), çocuğu olanlarda (%30,9) ve gelir durumu orta düzeyde olanlarda (%30,1) diğerlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 9: Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Bitkisel İlaç Kullanımının Karşılaştırılması (N=113)

	Bitkisel İlaç Kullanımı					
	Var		Yok		Toplam	p, X ²
	n	%	n	%	n	
Hipertansiyon						
Var	29	30,5	66	69,5	95	p=0,231
Yok	3	16,7	15	83,3	18	X ² =1,432
Diyabet						
Var	10	25,6	29	74,4	39	p=0,647
Yok	22	29,7	52	70,3	74	X ² =0,210
Kalp Hastalığı						
Var	8	14,3	48	85,7	56	p=0,001
Yok	24	42,1	33	57,9	57	X ² =10,770
Osteoartrit						
Var	6	54,5	5	45,5	11	p=0,042
Yok	26	25,5	76	74,5	102	X ² =4,129
Osteoporoz						
Var	13	81,2	3	18,8	16	p=0,001
Yok	19	19,6	78	80,4	97	X ² =25,726
Uyku Sorunu						
Var	18	25,4	53	74,6	71	p=0,363
Yok	14	33,3	28	66,7	42	X ² =0,828
Kronik Hastalık Sayısı						
1 adet	4	23,5	13	76,5	17	p=0,757 X ² =1,182
2 adet	12	29,3	29	70,7	41	
3 adet	8	24,3	25	75,7	33	
4 adet	8	36,4	14	63,6	22	
Toplam	32	28,3	81	71,7	113	

Ki-kare test

Tablo 9’da yaşlı bireylerin kronik hastalık bulunma durumuna göre bitkisel ilaç kullanma durumlarının karşılaştırılması verilmektedir. Buna göre, kronik hastalıklardan kalp hastalığı, osteoartrit ve osteoporoz bulunma durumuna göre bitkisel ilaç kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (p<0,05). Bitkisel ilaç kullanımı kalp hastalığı olmayanlarda (%42,1), osteoartriti olanlarda (%54,5) ve osteoporozu olanlarda (%81,2) diğerlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir. Diğer kronik hastalık bulunma durumuna göre bitkisel ilaç kullanımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, ancak

hipertansiyonu olanlarda (%30,5) ve dört adet kronik hastalığı bulunanlarda (%36,4) diğerlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 10: Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Reçeteli İlaç Kullanımının Karşılaştırılması (N=113)

Reçeteli İlaç Kullanımı								
	5-7 ilaç		8-10 ilaç		11 ve üstü ilaç		Toplam	p,X ²
	n	%	n	%	n	%	n	
Yaş								
65-75	12	60,0	6	30,0	2	10,0	20	p=0,139 X ² =6,946
76-85	17	28,3	34	56,7	9	15,0	60	
>85	13	39,4	17	51,5	3	9,1	33	
Cinsiyet								
Kadın	26	40,0	32	49,2	7	10,8	65	p=0,705 X ² =0,699
Erkek	16	33,3	25	52,1	7	14,6	48	
Eğitim Durumu								
İlkokul	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	p=0,426 X ² =5,976
Ortaokul	15	45,4	15	45,4	3	9,2	33	
Lise	19	38,8	23	46,9	7	14,3	49	
Üniversite	8	27,6	18	62,1	3	10,3	29	
Medeni Durum								
Evli	10	31,2	17	53,1	5	15,7	32	p=0,650 X ² =0,862
Dul	32	39,5	40	49,4	9	11,1	81	
Çocuk Durumu								
Var	36	37,1	49	50,5	12	12,4	97	p=0,999 X ² =0,001
Yok	6	37,5	8	50,0	2	12,5	16	
Gelir Durumu								
Düşük	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	p=0,022 X ² =11,414
Orta	29	34,9	46	55,4	8	9,7	83	
Yüksek	13	48,1	10	37,1	4	14,8	27	
Toplam	42	37,2	57	50,4	14	12,4	113	

Ki-kare test

Tablo 10'da yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre reçeteli ilaç kullanma durumlarının karşılaştırılması verilmektedir. Buna göre, sosyo-demografik özelliklerden gelir durumuna göre reçeteli ilaç kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($p<0,05$). Gelir durumu yüksek düzeyde olanlarda beş-yedi adet ilaç kullanımı (%48,1) daha yüksek orandadır. Diğer sosyo-demografik özelliklerine göre reçeteli ilaç kullanımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, ancak 65-75 yaş grubunda (%60,0), kadınlarda (%40,0) ve

ortaokul mezunlarında (45,4) beş-yedi adet ilaç kullanımı diğerlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 11: Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Reçeteli İlaç Kullanımının Karşılaştırılması (N=113)

Reçeteli İlaç Kullanımı								
	5-7 Adet		8-10 Adet		11 ve üstü adet		Toplam	p,X ²
	n	%	n	%	n	%	n	
Hipertansiyon								
Var	34	35,8	50	52,6	11	11,6	95	p=0,552
Yok	8	44,4	7	38,9	3	16,7	18	X ² =1,118
Diyabet								
Var	12	30,8	20	51,3	7	17,9	39	p=0,341
Yok	30	40,5	37	50,0	7	9,5	74	X ² =2,150
Kalp Hastalığı								
Var	17	30,4	28	50,0	11	19,6	56	p=0,047
Yok	25	43,7	29	50,9	3	5,4	57	X ² =6,104
Osteoartrit								
Var	5	45,5	6	54,5	0	0,0	11	p=0,412
Yok	37	36,3	51	50,0	14	13,7	102	X ² =1,776
Osteoporoz								
Var	8	50,0	6	37,5	2	12,5	16	p=0,486
Yok	34	35,0	51	52,6	12	12,4	97	X ² =1,445
Uyku Sorunu								
Var	21	29,6	39	54,9	11	15,5	71	p=0,074
Yok	21	50,0	18	42,9	3	7,1	42	X ² =5,209
Kronik Hastalık Sayısı								
1 adet	8	47,1	9	52,9	0	0,0	17	
2 adet	18	43,9	19	46,3	4	9,8	41	p=0,355
3 adet	11	33,3	16	48,5	6	18,2	33	X ² =6,647
4 adet	5	22,7	13	59,1	4	18,2	22	
Toplam	42	37,2	57	50,4	14	12,4	113	

Ki-kare test

Tablo 11’de yaşlı bireylerin kronik hastalık bulunma durumuna göre reçeteli ilaç kullanma durumlarının karşılaştırılması verilmektedir. Buna göre, kalp hastalığı olanlara göre reçeteli ilaç kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (p<0,05). Kalp hastalığı olanlarda sekiz ila 10 adet ilaç kullanımı (%50,0) daha yüksek orandadır. Sekiz ila 10 adet reçeteli ilaç kullanımının hipertansiyonu olanlarda (%52,6), diyabeti olanlarda (%51,3), osteoartriti olanlarda (%54,5), uyku sorunu yaşayanlarda (%54,9) ve dört adet kronik hastalık

bulunanlarda (%59,1) diğerlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ancak yaşlı bireylerin kronik hastalık bulunma durumuna göre reçeteli ilaç kullanımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

6.5. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 12: Reçetesiz İlaç Kullanma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=113)

	Reçetesiz İlaç Kullanımı	n	Ortalama	Standart Sapma	p	t
Fiziksel Fonksiyon	Var	29	58,62	21,25	0,254	-1,146
	Yok	84	64,70	25,69		
Sosyal Fonksiyon	Var	29	78,45	24,75	0,963	-0,046
	Yok	84	78,72	28,10		
Fiziksel Rol	Var	29	45,69	33,45	0,028	-2,231
	Yok	84	63,10	37,12		
Duygusal Rol	Var	29	45,98	43,11	0,01	-2,639
	Yok	84	67,46	35,84		
Ruh Sağlığı	Var	29	70,62	10,27	0,404	-0,837
	Yok	84	72,81	12,71		
Enerji	Var	29	56,72	18,14	0,968	0,040
	Yok	84	56,55	21,27		
Ağrı	Var	29	63,45	23,03	0,491	0,691
	Yok	84	59,52	27,41		
Genel Sağlık	Var	29	53,45	14,40	0,211	-1,258
	Yok	84	58,15	18,26		
Fiziksel Bölüm Özeti	Var	29	48,85	9,01	0,977	0,029
	Yok	84	48,78	10,97		
Mental Bölüm Özeti	Var	29	45,49	7,42	0,005	2,888
	Yok	84	39,44	10,39		

Student t-test

Tablo 12’de Yaşlı bireylerin reçetesiz ilaç kullanma durumuna göre SF-36 YKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Araştırmaya katılanlardan

reçetesiz ilaç kullananlar ile kullanmayanların fiziksel rol boyutu, duygusal rol boyutu ve mental bölüm özeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,028$; $p=0,01$; $p=0,005$). Reçetesiz ilaç kullanan bireylerin mental bölüm özet puan ortalamaları yüksek, fiziksel rol boyutu ve duygusal rol boyutu puan ortalamaları düşüktür.

Araştırmaya katılanlardan reçetesiz ilaç kullananlar ile kullanmayanların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı, enerji, ağrı, genel sağlık boyutlarının puan ortalamaları ve fiziksel bölüm özeti puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ancak sosyal fonksiyon ve ruh sağlığı boyutu puan ortalamaları yüksektir ($p>0,05$).

Tablo 13: Bitkisel İlaç Kullanma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=113)

	Bitkisel İlaç Kullanımı	n	Ortalama	Standart Sapma	p	t
Fiziksel Fonksiyon	Var	32	66,56	27,81	0,357	0,926
	Yok	81	61,79	23,38		
Sosyal Fonksiyon	Var	32	82,81	22,39	0,308	1,024
	Yok	81	77,01	28,81		
Fiziksel Rol	Var	32	53,91	35,98	0,395	-0,855
	Yok	81	60,49	37,26		
Duygusal Rol	Var	32	58,33	36,91	0,536	-0,621
	Yok	81	63,38	39,65		
Ruh Sağlığı	Var	32	72,50	12,05	0,89	0,138
	Yok	81	72,15	12,22		
Enerji	Var	32	60,78	20,60	0,172	1,375
	Yok	81	54,94	20,26		
Ağrı	Var	32	61,56	28,75	0,795	0,261
	Yok	81	60,12	25,47		
Genel Sağlık	Var	32	59,22	19,39	0,386	0,871
	Yok	81	56,05	16,62		
Fiziksel Bölüm Özeti	Var	32	51,07	6,79	0,149	1,453
	Yok	81	47,91	11,51		
Mental Bölüm Özeti	Var	32	41,33	10,23	0,824	0,223
	Yok	81	40,86	10,02		

Student t-test

Tablo 13'te yaşlı bireylerin bitkisel ilaç kullanma durumuna göre SF-36 YKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Araştırmaya katılanlardan bitkisel ilaç kullananlar ile kullanmayanların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol, duygusal rol, ruh sağlığı, enerji, ağrı, genel sağlık boyutlarının puan ortalamaları ve fiziksel bölüm özeti, mental bölüm özeti puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ancak sosyal fonksiyon ve ruh sağlığı boyutu puan ortalamaları yüksektir ($p>0,05$).

Tablo 14: Reçeteli İlaç Kullanma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=113)

	Reçeteli İlaç Kullanımı	n	Ortalama	Standart Sapma	p	F	Tek Yönlü ANOVA Post Hoc Test
Fiziksel Fonksiyon	5	13	80,77	19,67	0,001	5,521	5 ile 10 adet p=0,016;
	6	12	73,33	19,69			5 ile 11 ve üstü adet p=0,001;
	7	17	71,47	24,35			6 ile 11 ve üstü adet p=0,005;
	8	17	68,53	26,38			7 ile 11 ve üstü adet p=0,003 ve 8 ile 11 ve üstü adet p=0,011 <0,05
	9	20	59,00	16,03			
	10	20	54,00	24,63			
	11 ve üstü	14	40,36	21,52			
	Total	113	63,14	24,68			
Sosyal Fonksiyon	5	13	88,46	18,01	0,001	6,980	5 ile 11 ve üstü adet p=0,001;
	6	12	95,83	8,14			6 ile 10 adet p=0,023;
	7	17	85,29	21,30			6 ile 11 ve üstü adet p=0,001;
	8	17	80,88	30,97			7 ile 11 ve üstü adet p=0,001;
	9	20	87,50	17,21			8 ile 11 ve üstü adet p=0,003 ve 9 ile 11 ve üstü adet p=0,001 <0,05
	10	20	67,50	26,72			
	11 ve üstü	14	47,32	31,46			
	Total	113	78,65	27,18			
Fiziksel Rol	5	13	76,92	23,85	0,003	3,512	5 ile 10 adet p=0,029 ve 6 ile 10 adet p=0,003 <0,05
	6	12	87,50	22,61			
	7	17	61,76	28,11			
	8	17	60,29	42,44			
	9	20	51,25	35,79			
	10	20	37,50	37,61			
	11 ve üstü	14	51,79	40,98			
	Total	113	58,63	36,87			
Duygusal Rol	5	13	74,36	30,89	0,021	2,609	6 ile 10 adet p=0,030 <0,05
	6	12	83,33	33,33			
	7	17	60,78	37,70			
	8	17	66,67	40,82			
	9	20	70,00	37,31			
	10	20	40,00	39,88			
	11 ve üstü	14	47,62	36,31			
	Total	113	61,95	38,80			
Ruh Sağlığı	5	13	77,23	11,00	0,002	3,797	5 ile 11 ve üstü adet p=0,018 ve 6 ile 11 ve üstü adet p=0,001 <0,05
	6	12	81,67	7,52			
	7	17	71,76	12,76			
	8	17	73,88	7,76			
	9	20	72,00	12,85			
	10	20	69,40	11,11			
	11 ve üstü	14	62,57	13,64			
	Total	113	72,25	12,12			

Tek Yönlü ANOVA

Tablo 14: Reçeteli İlaç Kullanma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=113) (devam)

	Reçeteli İlaç Kullanımı	n	Ortalama	Standart Sapma	p	F	Tek Yönlü ANOVA Post Hoc Test
Enerji	5	13	70,00	16,83	0,001	7,210	5 ile 10 adet p=0,016; 5 ile 11 ve üstü adet p=0,001; 6 ile 10 adet p=0,02; 6 ile 11 ve üstü adet p=0,001; 7 ile 11 ve üstü adet p=0,002; 8 ile 11 ve üstü adet p=0,001 ve 9 ile 11 ve üstü adet p=0,005<0,05
	6	12	70,00	12,25			
	7	17	60,00	15,91			
	8	17	61,18	18,07			
	9	20	57,00	17,65			
	10	20	48,50	21,16			
	11 ve üstü	14	33,93	18,52			
	Total	113	56,59	20,43			
Ağrı	5	13	66,15	20,22	0,131	1,689	Fark yok
	6	12	75,00	25,05			
	7	17	66,47	25,48			
	8	17	59,41	22,21			
	9	20	60,50	25,02			
	10	20	52,00	29,13			
	11 ve üstü	14	49,29	31,25			
	Total	113	60,53	26,32			
Genel Sağlık	5	13	66,54	13,75	0,001	7,222	5 ile 10 adet p=0,032; 5 ile 11 ve üstü adet p=0,001; 6 ile 9 adet p=0,049; 6 ile 10 adet p=0,002; 6 ile 11 ve üstü adet p=0,001; 7 ile 11 ve üstü adet p=0,018; 8 ile 11 ve üstü adet p=0,001 ve 9 ile 11 ve üstü adet p=0,048<0,05
	6	12	72,08	9,16			
	7	17	57,94	14,90			
	8	17	62,65	18,30			
	9	20	55,50	15,30			
	10	20	49,50	17,01			
	11 ve üstü	14	39,64	12,63			
	Total	113	56,95	17,42			
Fiziksel Bölüm Özeti	5	13	47,93	6,75	0,197	1,464	Fark yok
	6	12	48,37	12,09			
	7	17	45,31	6,68			
	8	17	47,71	13,81			
	9	20	54,59	7,80			
	10	20	48,73	13,20			
	11 ve üstü	14	47,38	8,47			
	Total	113	48,80	10,46			
Mental Bölüm Özeti	5	13	38,47	9,63	0,556	0,822	Fark yok
	6	12	37,95	9,27			
	7	17	44,49	8,99			
	8	17	40,92	12,18			
	9	20	42,65	7,99			
	10	20	41,15	12,28			
	11 ve üstü	14	39,22	8,67			
	Total	113	41,00	10,04			

Tek Yönlü ANOVA

Tablo 14'te yaşlı bireylerin reçeteli ilaç kullanma durumuna göre SF-36 YKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Araştırmaya katılanlardan, reçeteli ilaç kullananların kullandıkları ilaç sayısına göre fiziksel fonksiyon boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001<0,05$). Yapılan tek yönlü ANOVA Post Hoc Test sonucuna göre aradaki bu fark, beş adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,016<0,05$), beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,005<0,05$), yedi adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,003<0,05$) ve sekiz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,011<0,05$) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan, reçeteli ilaç kullananların kullandıkları ilaç sayısına göre sosyal fonksiyon boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001<0,05$). Yapılan tek yönlü ANOVA Post Hoc Test sonucuna göre aradaki bu fark, beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,023<0,05$), altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), yedi adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), sekiz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,003<0,05$) ve dokuz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan, reçeteli ilaç kullananların kullandıkları ilaç sayısına göre fiziksel rol boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,003<0,05$). Yapılan tek yönlü ANOVA Post Hoc Test sonucuna göre aradaki bu fark, beş adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,029<0,05$) ve altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,003<0,05$) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan, reçeteli ilaç kullananların kullandıkları ilaç sayısına göre duygusal rol boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,021<0,05$). Yapılan tek yönlü ANOVA Post Hoc Test sonucuna göre aradaki bu fark, altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,03<0,05$) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan, reçeteli ilaç kullananların kullandıkları ilaç sayısına göre ruh sağlığı boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,002<0,05$). Yapılan tek yönlü ANOVA Post Hoc Test sonucuna göre aradaki bu fark, beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,018<0,05$) ve altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan, reçeteli ilaç kullananların kullandıkları ilaç sayısına göre enerji boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001<0,05$). Yapılan tek yönlü ANOVA Post Hoc Test sonucuna göre aradaki bu fark, beş adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,016<0,05$), beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,02<0,05$), altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), yedi adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,002<0,05$), sekiz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$) ve dokuz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,005<0,05$) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan, reçeteli ilaç kullananların kullandıkları ilaç sayısına göre genel sağlık boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001<0,05$). Yapılan tek yönlü ANOVA Post Hoc Test sonucuna göre aradaki bu fark, beş adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,032<0,05$), beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), altı adet ile dokuz adet ilaç kullananlar ($p=0,049<0,05$), altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,002<0,05$), altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), yedi adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,018<0,05$), sekiz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$) ve dokuz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,048<0,05$) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan, reçeteli ilaç kullananların kullandıkları ilaç sayısına göre ağrı boyutu, fiziksel bölüm özeti ve mental bölüm özeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 15: Kullanılan Reçeteli İlaç Sayısı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=113)

		Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol	Duygusal Rol	Ruh Sağlığı	Enerji	Ağrı	Genel Sağlık	Fiziksel Bölüm Özeti	Mental Bölüm Özeti
Reçeteli İlaç Sayısı	r	-0,47	-0,43	-0,35	-0,28	-0,36	-0,50	-0,26	-0,49	0,07	0,04
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,70

Pearson Korelasyon Analizi

Yapılan Pearson Korelasyon analizine göre; reçeteli ilaç sayısı ile fiziksel fonksiyon boyut puan ortalamaları ($r=-0,47$), sosyal fonksiyon boyut puan ortalamaları ($r=-0,43$), fiziksel rol boyut puan ortalamaları ($r=-0,35$), duygusal rol boyut puan ortalamaları ($r=-0,28$), ruh sağlığı boyut puan ortalamaları ($r=-0,36$), enerji boyut puan ortalamaları ($r=-0,50$), ağrı boyut puan ortalamaları ($r=-0,26$) ve genel sağlık boyut puan ortalamaları ($r=-0,49$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Reçeteli ilaç sayısı ile fiziksel bölüm özeti puanları ve mental bölüm özeti puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon yoktur.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 81,6 olup, yaşlı bireylerin %53,1'inin 76-85 yaş aralığında olduğu bulundu (Tablo 1). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2013 verilerine göre ülkemizde doğuşta beklenen yaşam süresi 76,9 yıldır. Düzenli olarak artan doğuşta beklenen yaşam süresinin 2023 yılında 77,9 yıl olacağı öngörülmüştür (www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=265, Erişim tarihi: 31 Mayıs 2014). Çalışmada elde edilen yaş ortalaması TÜİK verisinden biraz yüksek olup, modern teknolojinin, hastalık tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin kalitesinin iyileşmesinin ilerleyen yıllarda yaşam süresini daha da arttıracığına yönelik bir örnek oluşturmaktadır.

Çalışmadaki yaşlı bireylerin %62,8'i uyku sorunu yaşadığını ifade etti (Tablo 2). Arslan'ın (2011) yaptığı çalışmasındaki araştırma grubunda evde kalan yaşlıların %33,3'ü, hizmet alanların %65'i, huzurevinde kalanların ise %42,1'i uyku sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Konya'da yapılan çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda evinde yaşayanlara göre uyku sorunlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Göktaş 2006). Yaşlanma ile birlikte kişilerde uyku sorunlarında artış eğilimi görülür. Yapılan çalışmalarda çoğu yaşlının uyku kalitesinden memnun olmadıkları, kronik uyku sorunu yaşadıkları bildirilmiştir. Kalitesiz uyku yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerde %84,1 ile en çok görülen kronik hastalık hipertansiyondur. Bunu sırasıyla %49,6 ile kalp hastalıkları, %34,5 ile diyabet, %14,2 ile osteoporoz, %9,7 ile osteoartrit takip etmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin %36,3'ünde iki kronik hastalık, %29,2'sinde üç adet kronik hastalık, %19,5'inde dört kronik hastalık bulunmaktadır (Tablo 2). Arslan ve ark'nın (2000) yaptığı çalışmada en sık görülen kronik hastalığın %30,7 ile hipertansiyon olduğu, bunu sırası ile osteoartrit, kalp yetmezliği, diyabet, koroner arter hastalığı, osteoporozun izlediği belirlenmiştir. Sönmez ve ark'nın (2007) yaptığı çalışmada hipertansiyon (%56,8),

kalp hastalığı (%32,9), osteoartrit (%30,1) ve osteoporoz (%24) en çok rastlanan hastalıklar olarak göze çarpmaktadır. Dolu'nun (2008) ve Sarı'nın (2013) yaptığı çalışmalarda da en fazla görülen hastalığın hipertansiyon olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışma sonucunda ortaya çıkan veriler diğer çalışmalarla uyumludur. Hipertansiyonun birçok çalışmada ilk sırada kaydedilen kronik hastalık olmasıyla birlikte yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalık görülmesi de oldukça yaygın bir durumdur (Esengen ve ark 2000; Diker 2000; Arpacı, Açikel ve Şimşek 2008; Dolu ve Bilgili 2010; Topbaş, Yarış, ve Can 2013). Yaşlı bireylerde birden fazla hastalık görülme oranının yüksek olması çoklu ilaç kullanımı, ilaç kullanım hatalarının artması ve kullanılan ilaca bağlı olarak görülen yan etkilerin artmasına neden olacağından oldukça risk taşıyan bir durumdur.

7.2. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerde reçetesiz ilaç kullanımı %25,7 olarak bulundu (Tablo 3). Güngörmüş'ün (2001) yaptığı ve tüm yaş gruplarını içeren çalışmasına göre bireylerin %68'inin reçetesiz ilaç aldığı ve en fazla reçetesiz ilaç tüketiminin "20-35" yaşları arasında (%74) olduğu saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde nüfusun %13'ünü yaşlıların oluşturduğu ve reçetesiz ilaçların %40'ını tükettikleri bildirilmiştir (Kaufman, Kelly, Rosenberg, Andersen and Mitchell 2002). Esengen ve ark (2000) yaptıkları çalışmada ise reçetesiz ilaç kullanma oranını %14,4 bulmuşlardır. Arslan ve Eşler (2005) tarafından yapılan çalışmada, hekim reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullanma sıklığı %20 olarak bulunmuştur. Solmaz ve Akın (2009) çalışmasında yaşlıların %19,2'sinin hekim reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullandığını saptamıştır. Dolu (2008) yaptığı çalışmasında yaşlı bireylerin %16,7'sinin reçetesiz ilaç aldıklarını tespit etmiştir. Yaşlılarda reçetesiz ilaç kullanımının fazla olmasının nedeni, kronik hastalıklarında kullandıkları ilaçların aynı olması nedeniyle, muayene olmaksızın ilaçlarını kendileri temin etmekte olmaları ve bireylerin yüksek olan muayene ücretini ödememek için, doğrudan eczanelerden elden ilaç alımına başvurması olabilir. Bu sonuçlar reçetesiz ilaç kullanımının önemli bir sorun olduğunu ve acil önlemler alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %28,3'ünün bitkisel ilaç kullandığı bulundu (Tablo 3). Kaufman ve ark (2002) yaptıkları çalışmalarında yaşlı bireylerin %11'inin bitkisel ilaç kullandıklarını tespit etmiştir. Dedeli ve Karadakovan (2011) çalışmalarında yaşlı bireylerin %62,1'inin bitkisel ürünler kullanmakta olduğunu bildirmişlerdir. Kolay'ın (2011) 30 yaş ve üzerindeki bireyleri kapsayan çalışmasında 51 yaş ve üzeri kişilerde bitkisel ilaç tedavi yöntemlerine daha çok başvurulduğu ifade edilmiştir. Bitkisel ilaç kullanımının artma nedeni; bireylerin bitkisel ilaçları kendi isteğiyle alabiliyor olması ve medyanın sağlıkla ilgili konularda bitkisel ürünlerden bahsediyor olması düşünülebilir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %17,7'sinin dokuz ve 10 adet reçeteli ilaç, %15'inin yedi ve sekiz adet reçeteli ilaç, %11,5'inin beş adet reçeteli ilaç, %10,6'sının altı adet reçeteli ilaç, %8'inin 12 adet reçeteli ilaç, %3,6'sının 11 adet reçeteli ilaç, %0,9'unun 13 adet reçeteli ilaç kullandığı bulundu (Tablo 3). Arslan ve ark'nın (2011) çalışmasında yaşlı bireylerin %28,2'si bir ilaç, %24,3'ü iki ilaç, %18,5'i üç ilaç, %11,7'si dört ilaç ve %17,3'ü beş veya daha fazla sayıda ilaç kullandığı belirtilmiştir. Solmaz ve Akın'ın (2009) çalışmasında ilaç sayıları değerlendirildiğinde yaşlı bireylerin %46,5'inin üç ve daha fazla ilaç kullandığı ortaya çıkmıştır. Steinman ve ark'nın (2006) çalışmasına katılan yaşlı bireylerin %32'si altı ve daha az sayıda ilaç, %43'ü yedi-dokuz ilaç, %25'i 10 ve üzeri ilaç kullandığını ifade etmiştir. Bulakçı (2013) çalışmasında beş ve üzeri ilaç kullanım oranını %40,7 olarak bulmuştur. Dişçigil ve ark.(2006) dört ve üstü ilaç kullanımının yaşlıların %60,6'ında olduğunu tespit etmişlerdir. Dolu'nun (2008) çalışmasına katılan yaşlı bireylerin %15,3'ü dört ilaç, %10'u beş ilaç, %12'si altı ve üzeri ilaç kullandığını ifade etmiştir. Özbek, Kaya, Tekin ve Doğa'nın (2006) çalışmasına göre beş ve üzeri ilaç kullanım oranı ise %55,4'tür. Bu araştırma sonuçları yaşlılarda polifarmasinin fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayı ortalamaları incelendiğinde, kullanılan reçeteli ilaç sayı ortalamasının $8,19 \pm 1,90$ olduğu görüldü (Tablo 4). Pesen (2013) yaptığı çalışmada yaşlıların kullandığı ilaç sayısı ortalamasını $4,6 \pm 2,8$ olarak ifade etmiştir. Henderson ve ark (2006) yaptıkları

çalışmada önceki yıl hastaneye yatırıldıklarını bildiren hastaların kullandıkları ilaç sayı ortalamalarının $10,3 \pm 3,1$ olduğunu, hastaneye yatırılmayanların ortalama $9,8 \pm 3,7$ sayıda ilaç aldığını ifade etmişlerdir. Steinman ve ark'nın (2006) çalışmasında yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayı ortalaması 8,1 olarak bulunmuştur. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının sık görüldüğü literatürde de belirtilmektedir (Arslan ve ark 2000, Esengen ve ark 2000, Gallagher, Barry and O'Mahony 2007, Hajjar, Cafiero and Hanlon 2007). Larsen ve Martin (1999) tüm hekim ziyaretlerinin %75'inin yazılı bir reçeteye son bulmakta olduğunu belirtmişlerdir. Prybys, Melville, Hanna, Gee ve Chyka (2002) yaptıkları çalışmada hekimlerin hasta bireyleri eğitmektense reçete yazmanın daha kolay bir çözüm yolu olduğunu saptamışlardır. Yapılan bu çalışmalar, hekimlerin reçete yazarken daha duyarlı ve daha seçici davranmaları gerektiğini düşündürmektedir. Kullanılan ilaç sayısının fazla olması yaşlıların ilaç kullanımına uyumunu azaltabilir ve ilaçlara bağlı yan etki görülme oranını arttırabilir.

Bu çalışmada, kullanılan ortalama ilaç sayısının fazlalığı, çalışmaya dört ve üzeri ilaç kullanan bireylerin dahil edilmesi gibi gözükse de, dahil edilmeyen bireyler göz önüne alınıp ortalama kullanılan ilaç sayısına bakıldığında ortalamanın yine de yüksek olduğu görülmektedir.

7.3. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin SF-36 YKÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde yaşlı bireylerin yaşam kalitesi alt boyutlarından en düşük puanı enerji boyutundan ($56,59 \pm 20,43$), en yüksek puanı sosyal fonksiyon alt boyutundan ($78,65 \pm 27,18$) aldıkları bulundu. Sosyal fonksiyon boyut puanının yüksek çıkması, aynı yaş grubundan bireylerle sosyal bir ortamda yaşamalarından, enerji alt boyut puanının düşük çıkması ise yaşın getirdiği birtakım fiziksel hareket kısıtlılıklarından kaynaklanmış olabilir. Fiziksel bölüm özeti puan ortalaması ($48,80 \pm 10,46$), mental bölüm özeti puan ortalamasına ($41,00 \pm 10,04$) göre daha yüksek bulundu. Bunun nedeni araştırmaya katılan yaşlıların önemli bölümünün duygusal ve sosyal anlamda kendilerine destek olan kişi ya da kişilerin varlığını bilmemeleri olabilir.

Sönmez ve ark'nın (2007) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon puanı 57 ± 37.8 ; fiziksel rol puanı 64.2 ± 32.4 ; ağrı puanı 65.2 ± 31.3 ; genel sağlık puanı 47.8 ± 25.3 ; duygusal rol puanı 73.4 ± 27.8 ; ruh sağlığı puanı 69.7 ± 22.1 ; sosyal fonksiyon puanı 68.7 ± 34.1 ; enerji puanı 58.7 ± 27.0 ; fiziksel ve mental bölüm özet puanlarının ortalamaları ise sırasıyla 39 ± 12.8 , 49.5 ± 10.5 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada en düşük yaşam kalitesi puanı genel sağlıkta, en yüksek yaşam kalitesi puanı ise duygusal rolde elde edilmiştir. Mental bölüm özetinin puan ortalaması fiziksel bölüm özetine göre daha yüksek bulunmuştur.

Henderson ve ark'nın (2006) Amerika'da yaşayan yaşlı bir Kızılderili grubu arasında ilaç kullanımının yaşam kalitesiyle olan ilişkisini incelediği çalışmada fiziksel bölüm özeti ortalama 36,5, mental bölüm özeti ise ortalama 48 olarak bulunmuştur.

Sarı'nın (2013) yaptığı çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde, fiziksel fonksiyonun en yüksek ortalamaya, duygusal rol kısıtlılığının en düşük ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Veyisoğlu'nun (2002) yaptığı araştırma sonuçlarına göre, dinlenme ve bakımevinde yaşayan 65 yaş ve üstü kişilerin yaşam kaliteleri incelendiğinde fiziksel bölüm ve mental bölüm özetlerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmadaki yaşam kalitesinin alt bileşenlerinin puanları diğer çalışmalarla birebir aynı olmasa da benzer bir şekilde orta düzeyde bulundu. Yaşam kalitesi puanlarının çok düşük çıkmamasının nedeni yaşlı bireylerin sosyoekonomik düzeyinin yüksek ve eğitilmiş yaşlılardan oluşması olabilir.

7.4. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Yapılan çalışmada yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ve sahip oldukları kronik hastalık bulunma durumuna göre reçetesiz ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği bulundu ($p>0,05$). Ancak 65-75 yaş

arasında olanlarda, kadınlarda, ortaokul mezunlarında, osteoporozu olanlarda reçetesiz ilaç kullanımı daha fazladır (Tablo 6-7). Arslan ve ark'nın (2000) çalışmasında reçetesiz ilaç kullanım oranı kadınlarda %7, erkeklerde %6 olarak bulunmuştur. Esengen ve ark (2000) yaptıkları çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların %14,4'ünün hekim reçete ve önerisi olmadan ilaç aldığını ve bunların %64,7'sinin kadın, %35,3'ünün erkek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmalarda da kadınların reçetesiz ilaç kullanımının erkeklerden daha fazla olduğu görülmekte ancak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında Bulakçı (2013) çalışmasında reçetesiz ilaç kullanımının en fazla "lise ve üzeri" grupta (%50) görüldüğünü belirtmiştir. Bu veriler bulguları kısmen desteklemekte ancak eğitim durumu ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir.

Yapılan araştırmada yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerden cinsiyete göre bitkisel ilaç kullanımı karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha fazla oranda bitkisel ilaç kullandığı, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 8). Bunun sebebi bitkisel ilaçların medyadaki sağlıkla ilgili konularda yer alması, kadınların televizyonu erkeklerden daha fazla izlemesi ve arkadaşları arasında bitkisel ilaçları birbirlerine önermelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan araştırmada yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerden eğitim durumuna göre bitkisel ilaç kullanımı karşılaştırılmasına bakıldığında ortaokul ve üniversite mezunlarının ilkokul ve lise mezunlarına göre daha fazla bitkisel ilaç kullandığı, ilkokul mezunlarından hiçbirinin bitkisel ilaç kullanmadığı, en fazla bitkisel ilaç kullananların ise ortaokul mezunları olduğu görüldü, eğitim durumuna göre bitkisel ilaç kullanımı açısından bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 8). Eğitim düzeyi arttıkça bitkisel ilaç kullanımı azalmaktadır. Bu topluluktaki ilkokul mezunlarının iki kişi olması nedeniyle, ilkokul mezunlarının hiçbir bitkisel ilacı kullanmaması çok anlamlı değildir.

Yapılan araştırmada yaşlı bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklardan kalp hastalığına göre bitkisel ilaç kullanımı karşılaştırıldığında hastalıkların görüldüğü bireylerin görülmediği bireylere göre daha az bitkisel ilaç kullandığı, osteoartrit ve osteoporoz göre bitkisel ilaç kullanımı karşılaştırıldığında ise hastalıkların görüldüğü bireylerin görülmediği bireylere göre daha fazla bitkisel ilaç kullandığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 9). Buradaki verilerden kalp hastalığı olan yaşlı bireyler; bitkisel ilaç kullanımı ile kullandığı reçeteli ilaçların etkileşime girerek bu ilaçların etkilerini daha fazla açığa çıkarabilir dşncesiyle hareket ediyor olabilirler. Osteoartrit ile osteoporozu olan bireylerin ise tam tersi bitkisel ilaca yöneldiklerini görmekteyiz. Bunun sebebi doktorların tavsiye ettikleri bitkisel içerikli ilaçları kullanmaları olabilir. Yapılan araştırmada yaşlı bireylerin kronik hastalık bulunma sayısına göre bitkisel ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği bulundu ($p>0,05$).

Yapılan araştırmada yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerden gelir durumuna göre reçeteli ilaç kullanımı karşılaştırıldığında gelir durumu düşük olanların en fazla 11 adet ve üzeri ilaç kullandığı, gelir durumu orta olanların en fazla sekiz-10 adet ilaç kullandığı, gelir durumu yüksek olanların en fazla beş-yedi adet ilaç kullandığı, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 10). Burdaki verilere bakıldığında gelir durumu artığı kullanılan ilaç sayısında azalma görüldü. Bunun sebebi sosyo-ekonomik durumu yüksek olanların daha sağlıklı bir yaşam sürmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan araştırmada yaşlı bireylerin kronik hastalık bulunma durumuna göre reçeteli ilaç kullanımı karşılaştırıldığında kalp hastalığı olanların en fazla sekiz-10 adet ilaç kullandığı, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 11). Bu sonuçlar kalp hastalığı olanlarda ek hastalıklarında olduğunu, bu nedenle fazla sayıda ilaç kullanımı olduğunu düşündürmektedir.

7.5. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan yaşlılardan reçetesiz ilaç kullananların kullanmayanlara göre SF-36 YKÖ fiziksel rol ve duygusal rol boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu ($p<0,05$), dolayısıyla bu alt boyutlarda yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu, mental bölüm özeti puanlarının ise daha yüksek olduğu ($p<0,05$), bu boyuttaki yaşam kalitelerinin ise daha iyi olduğu, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı, enerji, ağrı, genel sağlık ve fiziksel bölüm özeti puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 12). Yaşam kalitesinin bazı boyutlarının düşük olmasının nedeni; bir zamanlar reçeteli satılan ama şimdilerde reçetesiz ulaşılabilen ilaçların sayısının artması ve yaşlı bireylerin hekim kontrolü olmadan aldıkları bu reçetesiz ilaçları düşünmeden kullanması olabilir. Ayrıca doğal oldukları için toksik olmadıkları düşünülen bitkisel kökenli preparatlar ve çay şeklinde hazırlanan ürünler çoklu ilaç kullanan bireylerde zararlı etkiler oluşturabilir, esas tedavinin etkinliğinin azalmasına veya beklenen terapötik yanıtın abartılı olmasına neden olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılardan bitkisel ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında yaşam kalitesinin tüm alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 13). Bitkisel ilaç kullanımı ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki olmaması, bitkisel ilaç kullanan bireylerin az sayıda olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlılardan reçeteli ilaç kullananların ilaç adetine göre ağrı, fiziksel bölüm özeti ve mental bölüm özeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), diğer yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 14).

Fiziksel fonksiyon puanlarında bu farkın; beş adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,016<0,05$), beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,005<0,05$), yedi adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,003<0,05$) ve sekiz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,011<0,05$)

arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü (Tablo 14). Burada artan reçeteli ilaç sayısının fiziksel fonksiyon puanını azalttığı, en bariz farkın beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlarda olduğu görüldü.

Sosyal fonksiyon puanlarında bu farkın; beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,023<0,05$), altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), yedi adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), sekiz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,003<0,05$) ve dokuz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$) arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü (Tablo 14). Buradaki en belirgin fark, altı adet ilaç kullanan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin, 11 ve üstü ilaç kullananlara göre daha iyi olmasıdır.

Fiziksel rol puanlarında bu farkın; beş adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,029<0,05$) ve altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,003<0,05$) arasındaki farktan, duygusal rol puanlarında bu farkın; altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,03<0,05$) arasındaki farktan, ruh sağlığı puanlarında ise bu farkın, beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,018<0,05$) ve altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$) arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü (Tablo 14). Buradaki kullanılan reçeteli ilaç sayısında artış oldukça fiziksel rol, duygusal rol ve ruh sağlığı puanlarında azalma olduğu gözlemlendi.

Enerji puanlarında bu farkın, beş adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,016<0,05$), beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,02<0,05$), altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), yedi adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,002<0,05$), sekiz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$) ve dokuz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,005<0,05$) arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü (Tablo 14). Bu boyutta en yüksek puanı beş ve altı adet ilaç kullananların aldığı, en düşük puanı ise 11 ve üstü ilaç kullananların aldığı belirlendi.

Genel sağlık puanlarında ise bu farkın, beş adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,032<0,05$), beş adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), altı adet ile

dokuz adet ilaç kullananlar ($p=0,049<0,05$), altı adet ile 10 adet ilaç kullananlar ($p=0,002<0,05$), altı adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$), yedi adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,018<0,05$), sekiz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,001<0,05$) ve dokuz adet ile 11 ve üstü ilaç kullananlar ($p=0,048<0,05$) arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü (Tablo 14). Kullanılan reçeteli ilaç sayısının artmasıyla genel sağlık puanlarının düştüğü gözlemlendi.

Kullanılan reçeteli ilaç sayısı ile fiziksel fonksiyon puanları, sosyal fonksiyon puanları, fiziksel rol puanları, duygusal rol puanları, ruh sağlığı puanları, enerji puanları, ağrı puanları ve genel sağlık puanları arasında anlamlı negatif korelasyonlar vardır (Tablo 15). Bu durum kullanılan reçeteli ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesinin bu alt boyutlarındaki puanların azaldığını göstermektedir. Yaşam kalitesinin bu alt boyutlarındaki puanların azalması kullanılan ilaçlara bağlı olarak görülen yan etkilerden kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde yaşlı bireylerde polifarmasi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Bunlardan birisi olan Henderson ve ark'nın (2006) yaptığı çalışmada polifarmasi ile yaşam kalitesinin mental bölüm özeti arasında belirgin bir ilişki olmadığı, fiziksel bölüm özeti arasında ise belirgin bir ters ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buradaki mental bölüm özeti ile polifarmasi arasındaki ilişki, yapılan bu çalışmayla aynı sonucu verirken, fiziksel bölüm özetinde ise çoklu ilaç kullanımının fiziksel bölüm özet puanını azalttığı yönünde farklılık göstermektedir.

Arslantaş ve ark (2006) ile Kılıçoğlu ve ark'nın (2005) yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmalarda yaşam kalitesi alanında alınan puanların, uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olanlarda daha düşük olduğu bulunmuştur. Birden fazla kronik hastalığı olan bireylerin doğru orantılı olarak kullandığı ilaç sayısının da artmasıyla yaşam kalitelerinin düşük bulunması yapılan çalışmayı desteklemektedir.

Dönmez'in (2010) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür. Yapılan çalışma Dönmez'in (2010)

alışması ile paralellik gösterip yaşam kalitesiyle ilaç sayısının ters orantılı bir ilişki içerisinde olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşıldı:

- Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 81,6 olup, %53,1'inin 76-85 yaş aralığında olduğu, %62,8'inin uyku sorunu yaşadığı, %84,1'inin hipertansiyon hastası olduğu, %36,3'ünün iki adet kronik hastalığa sahip olduğu bulundu.
- Yaşlı bireylerin %25,7'sinin reçetesiz ilaç, %28,3'ünün bitkisel ilaç, %17,7'sinin dokuz ve 10 adet reçeteli ilaç, %15'inin yedi ve sekiz adet reçeteli ilaç kullandığı bulundu.
- Yaşlı bireylerin kullandıkları reçeteli ilaç sayısı ortalamasının günde $8,19 \pm 1,90$ olduğu, araştırmaya dört ve üzeri ilaç kullananların alınmasının da etkisiyle ortalamanın yüksek olduğu görüldü.
- Yaşlı bireylerin SF-36 YKÖ fiziksel bölüm özeti puan ortalamaları $48,80 \pm 10,46$, mental bölüm özeti puan ortalamaları ise $41,00 \pm 10,04$ olarak, fiziksel bölüm özeti puanı mental bölüm özeti puanına göre daha yüksek bulundu. Yaşam kalitesi alt boyutlarından en düşük puanın enerji boyutu ($56,59 \pm 20,43$), en yüksek puanın ise sosyal fonksiyon boyutu ($78,65 \pm 27,18$) olduğu bulundu.
- Yaşlılarda reçetesiz ilaç kullananların kullanmayanlara göre fiziksel rol ve duygusal rol puanlarının daha düşük, mental bölüm özeti puanının ise daha yüksek olduğu belirlendi.
- Yaşlıların kullandıkları reçeteli ilaç sayısı ile fiziksel bölüm özeti ve mental bölüm özeti dışındaki yaşam kalitesi alt boyutları arasında ters bir ilişki olduğu, ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesi alt boyutlarının puanlarının azaldığı görüldü.
- Kadınların erkeklere göre daha fazla bitkisel ilaç kullandığı bulundu.
- Ortaokul mezunu yaşlı bireylerin bitkisel ilaç kullanımı diğer eğitim durumlarına göre daha fazla bulundu.
- Kalp hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre daha az bitkisel ilaç tükettikleri, osteoartrit ve osteoporozu olan bireylerin olmayanlara göre daha fazla bitkisel ilaç tükettikleri bulundu.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şunlar önerilebilir;

- Birden fazla ilaç kullanırken ilaçların birbiriyle etkileşim riskinin yaşanmayla birlikte daha da arttığı göz önünde bulundurularak reçete yazılmalıdır.
- Çoklu ilaç kullanımının çok önemli bir mesele olduğu, kullanılan ilaç sayısının artmasının yaşam kalitesini azaltacağı unutulmamalı ve özellikle birden fazla hekimin izlem ve tedavisi altında olan yaşlı bireylerin kullandıkları ilaçlar, bakımdan sorumlu hemşire tarafından sürekli kontrol edilmelidir.
- Kullanılan ilaç sayısını azaltmak, verilen ilaçlara uyma oranını arttırmak ve polifarmasi görülme oranını azaltmak için yaşlı bireylere verilen eğitim artırılmalı, ilaçları hekim istemindeki şekliyle almasına yardım edecek ilaç kutuları, ilaç tedavisi takvimleri gibi yardımcıları kullanılmalıdır.
- Yaşlı bireylerdeki yüksek bulunan uyku sorununun kronik yorgunluğa, endişeli, kaygılı olma gibi psikolojik sorunların yanısıra gündüz uykululuğuna, süregelen yorgunluğa, kaza ve düşme riskinde artmaya neden olabileceği, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratabileceği düşünülerek önemsenmeli ve uygun yaklaşımla tedavisi sağlanmalıdır.
- Yaşlıların yaşam kalitesini arttırmak için reçetesiz ilaç kullanımı azaltılmalı, reçetesiz olarak tüketilen ilaçlar sorgulanmalıdır.
- Reçetesiz ilaç kullanımının azalması için sağlık çalışanlarının yapabilecekleri müdahalelerle ilgili daha fazla araştırma yapıp reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçilmelidir.
- Gelecek çalışmalarda bitkisel ilaç ve reçetesiz ilaç kullanımına daha detaylı şekilde yer verilmelidir.
- Yaşlıların ilaç sayıları ve yaşam kaliteleri zaman zaman karşılaştırılmalı, tıbbi durumlarının gereği olarak çok sayıda ilaç kullanmak zorunda olan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirecek girişimler hemşireler tarafından belirlenmeli ve planlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

- Akbayrak N. (2003). Oral/Ağız Yolu ile İlaçların Verilmesi. İçinde: *Hemşirelik Esasları*. Eds: İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Öztürk E, 8. baskı, Damla Mat. Rek. Ve Yay. Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.215-226.
- Akgün S, Bakar C, Budaklıoğlu İİ. (2004). Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(2): 105-110.
- Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Çalı Ş, Oktay Ş. (2001). Pratisyen hekimlerin yaşlıların ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 4(3): 100-105.
- Akıcı A. (2006). Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları. *Türk Geriatri Dergisi*, Özel Sayı: 19-27.
- Aktay G, Hancı İH, Balseven A. (2003). İlaç Etkileşimleri Ve Hekim Sorumluluğu. *Sted*, 12(7): 261-264.
- Akyol AD. (1992). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. K Ergin).
- Arpacı F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. *Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim Kültür Yayınları*, Ankara.
- Arpacı F, Açıkel C, Şimşek I. (2008). Ankara’da yaşayan bir grup yaşlının ilaç kullanım tutumları. *TAF Prev Med Bull*, 7: 515-522.
- Arslan GG. (2003). Yaşlılara Verilen Eğitimin İlaç Kullanım Uyumuna Etkisinin İncelenmesi. Ege Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. İ Eşer).
- Arslan GG, Eşler İ. (2005). Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirelerin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2): 147-157.
- Arslan HN. (2011). Yaşlıların Yaşadıkları Ortama Göre Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin Karşılaştırılması. Ondokuz Mayıs Ü. Tıp F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Prof. Dr. Ş DABAK).
- Arslan Ş, Atalay A, Kutsal YG. (2000). Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(2): 56-60.
- Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. (2006). Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(2): 81-89.

- Avcı K, Pala K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2): 81-85.
- Aydos TR. (2011). Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. İçinde: Yaşlı Sağlığı Modülleri. Eds: Özvarış ŞB, Aslan D, Anıl Matbaacılık A.Ş., Ankara, s.413-428.
- Bakın D. (2011). Skolyoz Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesi. Haliç Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. L Şenturan).
- Ballentine NH. (2008). Polypharmacy in the elderly: maximizing benefit, minimizing harm. *Crit Care Nurs Q.*, 31(1): 40-45.
- Beers MH, Berkow R. (2002). Geriatrik Tıp. The Merck Manual. Keleş İ (çev)., 17. Baskı, Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.2503-2509.
- Beğer T. (2002). Yaşlıda İlaç Kullanımı Polifarmasi. *I. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı*, Antalya, 14-17.
- Beğer T, Yavuzer H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25: 1-3.
- Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. (2002). Edirne Huzurevi'nde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve Katz İndeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 5(4): 144-149.
- Bilir N. (1995). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Yaşlılık Sorunları. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Bertan M, Güler Ç, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Bird C. (1990). Drug administration: A prescription for self-help. *Nursing Times*, 86(43): 52-55.
- Borglin G, Edberg AK, Hallberg IR. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19: 201-220.
- Bulakçı BB. (2013). Yaşlılarda İlaç Kullanımı ile İlgili Tutum ve Davranışlar. İstanbul Ü., İstanbul Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD., Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. A Palanduz).
- Çurgunlu A. (2011). Polifarmasi kavramı. *Akademik Geriatri Derneği*, 2: 68-70.
- Danış MZ. (2009). Türkiye'de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(1): 67-83.
- Dayapoğlu N. (2005). Stroklu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yard. Doç. Dr. M Tan).

- Dedeli Ö, Karadakovan A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD.*, 1(1): 23-32.
- Demiral Y. (2001). Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı AD., Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Z Okuyan).
- Diker J. (2000). Körfez 6 No'lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerdekronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(3): 91-97.
- Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO. (2006). Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3): 117-121.
- Dolu İÇ. (2008). Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaların Belirlenmesi. Gazi Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD., Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Bilgili).
- Dolu DÇ, Bilgili N. (2010). Ankara'da yaşayan bir grup yaşlı bireyde ilaç kullanım uygulamaları ve ilaç bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 9(1): 37-44.
- Dökmeci D. (2006). Yaşlıda polifarmasi ve toksisite. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2(46): 53-58.
- Dönmez G. (2010). Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Abant İzzet Baysal Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NÜ Yıldırım).
- Duyar İ. (2008). Gerontolojinin Temelleri. İçinde: Geriatri. Eds: Mas R, Işık AT, Karan MA, Beğer T, Akman Ş, Ünal T, TGV, Ankara, s.9-19.
- Er D. (2009). Psikososyal Açıdan Yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(4): 131-144.
- Ercan N. (2010). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: ON Emiroğlu).
- Erdil F. (2009). Yaşlıların ilaç kullanımında eczacı-hemşire işbirliğinin önemi. Hacettepe Ü., GEBAM Yayınları, Ankara, s.91-96.
- Erdinçler DS. (2010). Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 69: 9-31.
- Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal YG, Yücel M. (2000). Huzur evinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(1): 6-10.

- Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. (2010). Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 37-48.
- Evcik D, Kızılay B. (2001). Geriatrik hastalarda el kavrama gücü ve günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlik düzeyi ile ilişkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 4(1): 11-14.
- Fialová D, Onder G. (2009). Medication errors in elderly people: contributing factors and future perspectives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6): 641-645.
- Fillit H, Futterman R, Orland B. (1999). Polypharmacy management in medicare managed care: changes in prescribing by primary care physicians resulting from a program promoting medication reviews. *Am J Manag Care*, 5: 587-594.
- Fulton MM, Allen ER. (2005). Polypharmacy in the elderly: A literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4): 123-132.
- Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. (2007). Inappropriate prescribing in the elderly. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32: 113-121.
- Göksel SÜ. (2010). Olgularla polifarmasi. *Akademik Geriatri Derneği*, 1: 6-9.
- Göktaş K. (2006). Huzurevinde Kalan Yaşlılar ile Evde Yaşayan Yaşlıların Uyku, Yaşam Kalitesi, İşlevsellik Açısından Karşılaştırılması. Selçuk Ü., Psikiyatri AD., Uzmanlık Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. İ Özkan).
- Göz F, Erkan M. (2008). Yaşlılık Sorunları ve Bakım İlkeleri. Medikal Yayıncılık, İstanbul.
- Günaydın R. (2010). Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 13(4): 278-284.
- Güngörmüş Z. (2001). Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı ile Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişki. Atatürk Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Sayan).
- Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*, 5(4): 345-351.
- Henderson JA, Buchwald D, Manson SM. (2006). Relationship of medication use to health-related quality of life among a group of older American Indians. *Journal of Applied Gerontology*, 25(1): 89-104.
- Higginson IJ, Carr AJ. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting, *BMJ*, 322: 1297-1300.

- İzgi MC. (2009). Etik Açısından Yaşlı Mahremiyeti: Huzurevi Örneğinde Hizmet Alanlar Ve Verenler Açısından Bir Değerlendirme. Ankara Ü. Deontoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. N.Y. Oğuz).
- Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Andersen TE, Mitchell AA. (2002). Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: The Stone Survey. *JAMA*, 287: 337-334.
- Kaya H. (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1: 19-23.
- Kaya, N. (2002). Romatoid Artritli Bireylerde Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi. İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. K. Babadağ).
- Kılıçoğlu A, Yenilmaz Ç. (2005). Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 18(4): 187-195.
- Kolay ME. (2011). Tüketicilerin Bitkisel İlaçları Satın Alma Davranışlarının İncelenmesi. Süleyman Demirel Ü., Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme AD., Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İ. Ateşoğlu).
- Köylüoğlu AC. (2012). Uyku Apne Sendromlu Hastalarda SF-36 Ölçeği ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Harran Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı, Nöroloji AD., Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Sönmezler).
- Kutsal YG. (2002). Yaşlılarda analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların akılcı kullanımı. İçinde: Geriatri, Turgut Yayıncılık, İstanbul, s: 173-179.
- Kutsal YG. (2006a). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, (özel sayı): 37-44.
- Kutsal YG. (2006b). Yaşlanan dünya. *Türk. Fiz. Tıp Rehab. Dergisi*, 52(Özel Ek A): A6-A11.
- Larsen PD, Martin JH. (1999). Polypharmacy and elderly patients. *AORN Journal*, 69(3): 619-628.
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*, 55: 809-817.
- Lu H, Hu M. (2002). Complementation on Shanghai health care for the elderly in the 21st century. *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society*, 11: 18-50.

- Mandıracıoğlu A. (2010). Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3): 39-45.
- Neafsey PJ, Shellman J. (2000). Adverse self-medication practices of older adults with hypertension attending blood pressure clinics: Adverse self-medication practices. *The Internet Journal of Mental Health*, 1:1.
- Onar E, Kapucu S. (2011). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Polifarmasi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 3: 22-28.
- Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan S. (2006). Yaşlılarda tedaviye uyum. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3): 177-181.
- Pesen E. (2013). Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Geriatrik Hastalarda Polifarmasi ve İlaç Kullanımı ile İlgili Uygunlukların İrdelenmesi. Uludağ Ü., İç Hastalıkları AD., Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa, (Danışman: Doç. Dr. C Demircan).
- Pınar R. (1994). Diabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. B Yürügen).
- Prybys KM, Melville KA, Hanna JR, Gee A, Chyka PA. (2002). Polypharmacy in the elderly: Clinical challenges in emergency practice: Part 1: Overview, etiology and drug interactions. *Emergency Medicine Reports*, 23(11): 145-153.
- Queneau P. (2006). Pitfalls of polypharmacy, particularly in the elderly. *Bull Mem Acad R Med Belg.*, 161(6): 408-421.
- Sarı E. (2013). Edirne Merkezinde Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Trakya Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD., Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. İ Dindar).
- Saygın MZ, Öztürk E, Koçer A, Lüleci A, Çalıkan M. (2005). Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi baş ağrısı:psikiyatrik morbidite ve diğer ayırt edici özelliklerin araştırılması. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 3(1): 22-26.
- Seyhan E. (2011). Kalça Kırığı Ameliyatı Olan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. İ Çavdar).
- Shrestha LB. (2000). Population aging in developing countries. *Health Affairs*, 19: 204-212.
- Solmaz T, Akın B. (2009). Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 12(2): 72-81.

- Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kuralay M, Gülcan MA. (2007). İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 21 (3): 145-153.
- Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PL. (2006). Polypharmacy and prescribing quality in older people. *J Am Geriatr Soc*, 54(10): 1516-1523.
- Şahin G, Baydar T. (2004). Yaşlılarda İlaç Kullanımına Bağlı İstenmeyen Durumlar. İçinde: Sağlık ve Başarılı Yaşlanma. Hacettepe Üniversiteleri Hastaneleri Basımevi, Ankara, s. 63–70.
- Şahin G, Baydar T. (2009). Yaşlılıkta güvenli ilaç kullanım ilkeleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 15: 75-82.
- Şahin G, Baydar T, Girgin G. (2009). Yaşlılıkta sık kullanılan ilaçlarla etkileşimler. *Türk Geriatri Dergisi*, 16: 84-90.
- Şavlı H. (1996). Kronik hastalıklarda hasta eğitim programların ve danışman eğitim hemşirelerinin önemi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2: 37-8.
- Telatar TG, Özcebe H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3): 162-165.
- Topbaş M, Yarış F, Çan G. (2003). Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi? Trabzon’da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. *Ege Tıp Dergisi*, 42(2): 85-90.
- Turaman C. (2001). Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta Planlanması. *Türk Geriatri Dergisi*, 4(1): 22-27.
- Tümerdem Y. (2006). Gerçek Yaş. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3): 195-196.
- Tüzün EH, Eker L. (2003). Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. *Sağlık ve Toplum*, 13(2): 3-8.
- Uluoğlu C. (2007). Psikiyatrik hastalıklarda polifarmasi ne zaman akılcıdır. *Klinik Psikiyatri*, 10: 157-170.
- Veyisoğlu GD. (2002). Dinlenme ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Başkent Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. K Ersoy).
- Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. (2012). Polifarmasi. *Klinik Gelişim Geriatri*, 25: 18-23.

- Yıldız Ö. (2010). Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Afyon Kocatepe Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD., Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Doç. Dr. G Maralcan).
- Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-İtem Short-Form Healty Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and İtem Selection. Medical Care. 30(6): 473-483.

9. EKLER

Ek 1. Mini Mental Durum Ölçeği-Standart

Ad/ Soyad:..... Yaş:.....
Eğitim (yıl):..... Aktif tel:.....
Tarih:..... T.puan:.....

Oryantasyon (Toplam puan 10) (Her bir madde için 1 puan verilir)

Hangi yıl içindeyiz:.....()
Hangi mevsimdeyiz:.....()
Hangi aydayız:.....()
Bu gün ayın kaç:.....()
Hangi gündeiz:.....()
Hangi ülkede yaşıyoruz:.....()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız:.....()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir:.....()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir:.....()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız:.....()

Kayıt hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir)
.....()

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
(Her doğru işlem için 1 puan verilir) (100, 93, 86, 79, 72, 65,)
.....()

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin (masa, bayrak, elbise) (Her doğru isim için 1 puan verilir).....()

Lisan (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır her doğru isim için 1 puan verilir) (Toplam puan 2).....()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. “Eğer gelmiş olsaydı ben de giderdim” (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)

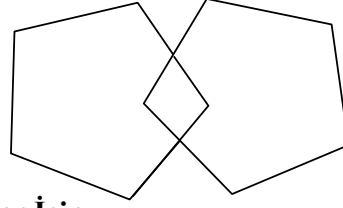
.....()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. “Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen” (30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3).....()

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (Doğru işlem için 1 puan verilir).....()

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (30 sn süre tanınır, anlamlı cümle için 1 puan verilir).....()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 dk süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir).....()

GÖZLERİNİZİ KAPATIN.



Mini Mental Durum Ölçeği-Eğitimsizler İçin

Ad/ Soyad:

Yaş:.....

Eğitim (yıl):.....

Aktif tel:.....

Tarih:

T.puan:.....

Oryantasyon (Toplam puan 10) (Her bir madde için 1 puan verilir)

Hangi yıl içindeyiz:.....()

Hangi mevsimdeyiz:.....()

Hangi aydayız:.....()

Hangi gündeyiz:.....()

Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı?.....()

Hangi ülkede yaşıyoruz:.....()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız:.....()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir:.....()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir:.....()

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız:.....()

Kayıt hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir)

.....()

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin Pazar’dan önce Cumartesi gelir, ondan önce ne gelir? (Haftanın toplam 5 günü doğru sayması gerekir. Her doğru gün için 1 puan verilir)

.....()

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin (masa, bayrak, elbise)(Her doğru isim için 1 puan verilir).....()

Lisan (Toplam puan 9)

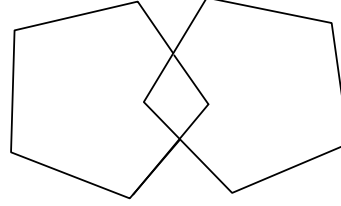
a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır her doğru isim için 1 puan verilir) (Toplam puan 2).....()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. “Eğer gelmiş olsaydı ben de giderdim” (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)

.....()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. “Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen” (30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3).....()

- d) Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın (gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir).....()
- e) Şimdi evinizle ilgili birşey söyleyin (30 sn süre tanınır, anlamlı cümle için 1 puan verilir).....()
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dk süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir).....()



Ek 2. Görüşme Formu

Değerli katılımcı,

Bu form, çoklu ilaç kullanımının 65 yaş üstü yaşlılarda yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek için planladığımız çalışma için demografik verilerin elde edilmesini sağlayacak bir formdur. İsim belirtmenize gerek yoktur. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Sevda SÖNMEZ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

GÖRÜŞME FORMU

Bölüm 1: Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz
() Kadın () Erkek
3. Eğitim Durumunuz
() Okur yazar olmayan
() Okur yazar
() İlkokul
() Ortaokul
() Lise
() Üniversite
4. Medeni Durumunuz
() Evli () Bekar () Dul

5. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumunuz

()Var ()Yok

6. Gelir Durumunuz

()Düşük ()Orta ()Yüksek

7. Sosyal Güvenceniz Olup Olmama Durumunuz

()Var ()Yok

8. Kronik Hastalığınız Olup Olmama Durumunuz

()Var ()Yok

Cevabınız Var ise belirtiniz.....

10. Uyku Sorunu Olup Olmama Durumunuz

()Var ()Yok

11. Sigara İçme Durumunuz

()Var ()Yok

12. Alkol İçme Durumunuz

()Var ()Yok

Bölüm 2: Kullandığı İlaçlar

13. Reçetesiz İlaç Kullanma Durumunuz

()Var ()Yok

Cevabınız Var ise belirtiniz.....

14. Bitkisel ya da Başka Bir Madde İçerikli İlaç Kullanma Durumunuz

()Var ()Yok

Cevabınız Var ise belirtiniz.....

13. Reçeteli İlaç Kullanma Durumunuz

()Var ()Yok

Cevabınız Var ise belirtiniz.....

Ek 3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şu an sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?
a) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler
Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor
b) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler
Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor
c) Günlük alış-verişte alınanları kaldırma ve taşıma
Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor

d) Merdivenlerle çok sayıda kat çıkma

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor

e) Merdivenle bir kat çıkma

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor

f) Eğilme veya diz çökme

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor

g) Bir-iki kilometre yürüme

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor

h) Birkaç sokak öteye yürüme

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor

i) Bir sokak öteye yürüme

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor

j) Kendi kendine banyo yapma veya giyinme

Evet, oldukça kısıtlıyor Evet, biraz kısıtlıyor Hayır,hiç kısıtlamıyor

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız nedeniyle işinizde veya diğer günlük işlerde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

Evet Hayır

b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

Evet Hayır

c) İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?

Evet Hayır

d) İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)

Evet Hayır

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

Evet Hayır

b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

Evet Hayır

c) İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor musunuz?

Evet Hayır

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi**
- b) Biraz etkiledi**
- c) Orta derecede etkiledi**
- d) Oldukça etkiledi**
- e) Aşırı etkiledi**

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç**
- b) Çok hafif**
- c) Hafif**
- d) Orta**
- e) Şiddetli**
- f) Çok şiddetli**

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işlerinizi (ev veya ev dışı işlerinizi) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi**
- b) Biraz etkiledi**
- c) Orta derecede etkiledi**
- d) Oldukça etkiledi**
- e) Aşırı etkiledi**

9. Aşağıdaki sorunlar 4 hafta boyunca sizin neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı karşılayan en iyi cevabı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak seçiniz.

a) Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

Her zaman Çok zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

b) Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

c) Hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

d) Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

e) Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

f) Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

g) Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

h) Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

i) Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiçbir zaman

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaşlarınızı veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren

11. Aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için doğru olanı işaretleyiniz.

a) Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim

Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Çoğunlukla bilmiyorum	Yanlış	Kesinlikle yanlış
------------------	------------------	-----------------------	--------	-------------------

b) Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım

Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Çoğunlukla bilmiyorum	Yanlış	Kesinlikle yanlış
------------------	------------------	-----------------------	--------	-------------------

c) Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum

Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Çoğunlukla bilmiyorum	Yanlış	Kesinlikle yanlış
------------------	------------------	-----------------------	--------	-------------------

d) Sağlığım mükemmel.

Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Çoğunlukla bilmiyorum	Yanlış	Kesinlikle yanlış
---------------------	---------------------	--------------------------	--------	----------------------

Ek 4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Hesaplaması

SF-36'nın sağlık boyutlarının puanlarının hesaplanması işlemi şu sırayla gerçekleştirilmektedir:

- Sorular puanlanır. SF-36 sorularının puanlaması aşağıda gösterilmiştir:

1. ,2. ,6. ,8. Soruların puanlaması: a)5 b)4 c)3 d)2 e)1

3. soru puanlaması: Evet, oldukça kısıtlıyor=1

Evet biraz kısıtlıyor=2

Hayır,hiç kısıtlamıyor=3

4. ve 5. soruların puanlaması: Evet=1

Hayır=2

7. sorunun puanlaması: a)6 b)5 c)4 d)3 e)2 f)1

9. (a,d,e,h) sorunun puanlaması: Her zaman=6

Çoğu zaman=5

Oldukça=4

Bazen=3

Nadiren=2

Hiçbir zaman=1

9. (b,c,f,g,i) sorunun puanlaması: Her zaman=1

Çoğu zaman=2

Oldukça=3

Bazen=4

Nadiren=5

Hiçbir zaman=6

10. sorunun puanlaması: a)1 b)2 c)3 d)4 e)5

11. (a,c) sorunun puanlaması: Kesinlikle doğru=1

Çoğunlukla doğru=2

Çoğunlukla bilmiyorum=3

Yanlış=4

Kesinlikle yanlış=5

11. (b,d) sorunun puanlaması: Kesinlikle doğru=5

Çoğunlukla doğru=4

Çoğunlukla bilmiyorum=3

Yanlış=2

Kesinlikle yanlış=1 (Yıldız 2010).

- Soruların birleştirilmesi ile boyutlar elde edilir.

Boyutlar	Soruların anketteki numaraları	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham puan aralığı	En Düşük ve En Yüksek Boyut Değeri
Fiziksel fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20	0-100
Sosyal fonksiyon	6+10	2-10	8	0-100
Fiziksel rol	4a+4b+4c+4d	4-8	4	0-100
Duygusal rol	5a+5b+5c	3-6	3	0-100
Ruh sağlığı	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25	0-100
Enerji	9a+9e+9g+9i	4-24	20	0-100
Ağrı	7+8	2-12	10	0-100
Genel sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20	0-100

(Kaynak: Demiral Y. (2001). Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı AD., Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Z Okuyan).)

Olası en düşük ham puan; ilgili sorulardan alınabilecek en düşük puanı, olası en yüksek puan; ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek puanı ve olası ham puan aralığı ise; ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek ve en düşük puan arasındaki farkı gösterir (Yıldız 2010).

Ham ölçek puanlarının 0-100 arasında değerlendirilmesi için formül yapılır. Puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesinin de o kadar iyi olduğu anlaşılır (Yıldız 2010). Ham ölçek puanı dönüştürülürken aşağıdaki formül kullanılmaktadır:

$$\text{Boyut değeri} = \frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fizik fonksiyon ham puanı 21 ise (olası en düşük puan 10 ve olası ham puan aralığı 20)

$$FF = \frac{21 - 10}{20} \times 100 \quad FF = 55$$

SF-36'nın genel sağlık değerlendirmesi alanında, hastanın sağlık durumunun son bir yıl içindeki değişimini sorgulayan 2. soru puanlanmamaktadır (Saygın, Öztürk, Koçer, Lüleci ve Çalıkan 2005).

- Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamaları hesaplanarak fiziksel bölüm özeti (F.B.Ö.) ve mental bölüm özeti (M.B.Ö.) elde edilir.

Z skor dönüştürmesi

$$Ff_z = (FF - 84.52404) / 22.89490$$

$$Fr_z = (FR - 81.19907) / 33.79729$$

$$A_z = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$Gs_z = (GS - 72.21316) / 20.16964$$

$$E_z = (E - 61.05453) / 20.86942$$

$$Sf_z = (SF - 83.59753) / 22.37642$$

$$Dr_z = (DR - 81.29467) / 33.02717$$

$$Rs_z = (RS - 74.84212) / 18.01189$$

$$\text{Fiziksel Sağlık (FS)} = (ff_z \times 0.42402) + (fr_z \times 0.35119) + (a_z \times 0.31754) + (gs_z \times 0.24954) + (e_z \times (-0.02877)) + (sf_z \times (-0.00753)) + (dr_z \times (-0.19206)) + (rs_z \times (-0.22069))$$

$$\text{Mental Sağlık (MS)} = (ff_z \times (-0.22999)) + (fr_z \times (-0.12329)) + (a_z \times (-0.09731)) + (gs_z \times (-0.01571)) + (e_z \times 0.23534) + (sf_z \times 0.26876) + (dr_z \times 0.43407) + (rs_z \times 0.48581)$$

$$FB\ddot{O} = 50 + (MS \times 10)$$

$$MB\ddot{O} = 50 + (FS \times 10) \text{ (Demiral 2001).}$$

Ek 5. Hasta Bilgilendirme Formu

Katılımcılar için bilgilendirme

“Yaşlılarda polifarmasi (çoklu ilaç kullanımı) ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi.”

Bu araştırma çalışmasında yer almak için davet ediliyorsunuz. Katılmadan önce bu araştırmanın neden yapıldığını ve ne içerdiğini anlamanız önemlidir. Bu bilgilendirme formu araştırma hakkında size bilgi vermektedir. Lütfen aşağıdaki bilgilendirmeyi dikkatlice okuyun ve anlamadıklarınızı danışın. Eğer size yeterince açık gelmeyen kısımlar varsa ya da daha fazla açıklama isterseniz lütfen bize sorun.

Çalışmanın amacı nedir?

Bu araştırma bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın adı formun başında yer almaktadır. Bu çalışmada 65 yaş üstü yaşlılarda polifarmasi (çoklu ilaç kullanımı) ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenecektir. Bu çalışmada sizlerinde görebileceği gibi üç ayrı form kullanılacaktır. Her üç formda araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulacaktır. Bu formlardan birincisi mental durumunuzu test ederek çalışmaya dahil olup olamayacağınızı belirleyecektir. İkinci form kişisel özelliklerinizi, kronik hastalık varlığınızı ve ilaç kullanımınıza ilişkin bilgilerinizi içermektedir. Üçüncü form ise yaşam kalitenizi değerlendirmek üzere soru-cevap şeklinde uygulanacaktır. Bu uygulamalar sonucunda sizlerden araştırmanın verileri toplanmış olacaktır.

Katılmak zorunda mıyım?

Bu çalışmaya katılımınız tamamıyla gönüllülüktedir. Katılma ya da katılmama kararı sizindir. İstedığınız an sebep belirtmeden ayrılabilirsiniz. Ayrılmanız hiçbir şekilde çalışma dışında aldığınız tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Eğer katılmaya istekli iseniz onam formunu imzalayınız.

Katılımın muhtemel riskleri ya da faydaları ne olacaktır?

Araştırma sonucunda, yaşlıların çoklu ilaç kullanımı yaşam kalitelerini nasıl etkilediği belirlenecek, sonuçların uygulamaya yansıtılması sağlanmaya çalışılacak ve bilim ile literatüre katkı sağlanmış olacaktır. Araştırma esnasında sizin için risk oluşturabilecek herhangi bir girişim uygulanmayacaktır.

Gizlilik

Araştırma sürecinde toplanan tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Bilgilere ulaşım sadece araştırmacılarla sınırlı olacaktır. Yapılacak sunumlarda isminiz kullanılmayacaktır. Bununla birlikte kanuni zorunlulukların ortaya çıktığı durumlarda size ait kayıtlar yetkili kurum ve kişiler tarafından incelenebilir. Bu belgeyi imzalamakla böyle bir inceleme yapılırsa bunu kabul etmiş oluyorsunuz.

Bu çalışma hastanede yapılan araştırmayı denetleyen Araştırma Etik Komitesi tarafından onaylanmıştır ve hastane tarafından istenen diğer izinleri almıştır.

Ödemeler ve ek ücretler

Eğer bu çalışmada yer alırsanız herhangi bir ek ücret ödemeyeceksiniz ya da bu çalışma karşılığında size ücret ödenmeyecektir.

Ek sorunuz var mı?

Bu araştırma çalışması ile ilgili sorunuz ya da düşünceniz varsa iletişim için;

Telefon:

0 506 609 95 56

Bu bilgilendirmeyi okuduğunuz ve çalışmada yer almayı değerlendirdiğiniz için teşekkürler.

Saygılarımızla,

Tarih:/...../.....

Yüksek Hemşire Sevda SÖNMEZ

Marmara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 6. Hasta Onay Formu

Bilgilendirme Formunu okudum. Araştırmanın amacının 65 yaş üstü yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek olduğunu okudum/bana anlatıldı ve anladım. Konu hakkında bana soru sorma şansı verildi ve sorularım yanıtlandı. Bu araştırmaya katılmamın yaşamımı herhangi bir şekilde etkilemeyeceğini anladım. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının Telefon Numarası: 0 506 609 95 56

Katılımcının

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Araştırmacının

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Ek 7. Etik Kurul İzni

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 28
OTURUM TARİHİ : 06 Kasım 2013
OTURUM BAŞKANI : Prof.Dış Tbp.Alb.Yaşar Meriç TUNCA
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Tbp.Alb.Muharrem UÇAR

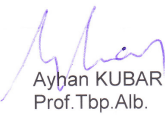
GATA Etik Kurulu'nun 06 Kasım 2013 günü yapılan 28'nci oturumunda, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servis Şefliğinde görevli Svl. Me. Hem. Sevda SÖNMEZ'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Yaşlılarda Polifarmasi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı, tek merkezli, anket çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

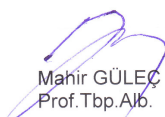
BAŞKAN


Y. Meriç TUNCA
Prof.Dış Tbp.Alb.

ÜYE


Ayhan KUBAR
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
Cengiz BAŞOĞLU
Prof.Tbp.Alb.

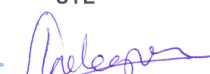
ÜYE


Cemil YILDIZ
Prof.Tbp.Alb.

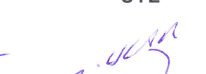
ÜYE


Semih GÖRGÜLÜ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Ergun TOZKOPARAN
Prof.Tbp.Alb.

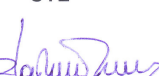
ÜYE


Muharrem UÇAR
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE


Emine İYİGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

ÜYE


Harun TUĞCU
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE


Cengiz Han AÇIKEL
Doç.Tbp.Alb.

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ KOMUTANLIĞI
İSTANBUL

HRK.EĞT.Ş. : 3730-2D -14/Eğt.Öğt.Ks.

07 Ocak 2014

KONU : Anket Çalışması Hk.

DAĞITIM KISMINA YAZILMIŞTIR

İLGİ : (a) GATA H.Paşa Eğt.Hst.Btbp.lığının 30 Eylül 2013 tarihli, BTBP.İLMİ YRD.: 1200-444-13/ Cerr. Hstl.Böl.Ort.ve Trav. sayılı ve "Dilekçe" konulu yazısı.

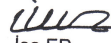
(b) GATA K.lığının 28 Şubat 2013 tarihli, HRK.: 50687469- 3730 -13 / (Mzn.Son.) (3) 1511-868 sayılı ve "Anket Çalışması Hakkında." konulu emri.

1. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Bölümünde yüksek lisan eğitimine devam eden Svl.Me.(Hemşire) Sevdâ SÖNMEZ, ilgi (a) ile "Yaşlılarda Polifarmasi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının anket uygulamasını TSK Çamlica Özel Bakım Merkezi Başkanlığı'nda yapmayı talep etmiştir.

2. Anılan çalışmanın, Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Komisyonu tarafından incelendiği ve uygulanabilir olduğuna karar verildiği ilgi (b) ile bildirilmiştir.

Arz ederim.

HASTANE KOMUTANI EMRİYLE


İsa ER
Kurmaya Albay
Kurmaya Başkanı

DAĞITIM :
Gereği :
Baştabipliğe
TSK Çalica Özel Bakım Mrk.Bşk.lığına

İşlemleri ni aldım.
İ. Bençer
[Signature]

007-3
13.01.14.

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası :Svl.Me.G.ERKUL (2312)

HİZMETE ÖZEL

Ek 9. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi

Gönüllüler Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler

Dünya Tıp Birliği'nin

18. Genel Kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran 1964) benimsenmiş,
29. Genel Kurulunda (Tokyo, Japonya, Ekim 1975),
35. Genel Kurulunda (Venedik, İtalya, Ekim 1983),
41. Genel Kurulunda (HongKong, Eylül 1989),
48. Genel Kurulunda (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996),
52. Genel Kurulunda (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000)
53. Genel Kurulunda (Washington 2002-29. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir)
55. Genel Kurulunda (Tokyo 2004-30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir)
59. Genel Kurulunda (Seul, Ekim 2008) geliştirilmiştir.

A. Giriş

1. Dünya Tıp Birliği, insanlardan elde edilen ve kime ait olduğu belirlenebilen materyal ya da veriler üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere, gönüllülerin yer aldığı tıbbi araştırmalar için etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir.

Bildirge bir bütün olarak ele alınmalı ve içerdiği maddeler, ilgili bütün diğer maddeler göz önünde bulundurulmadan uygulanmamalıdır.

2. Bildirge esas olarak hekimlere yönelik olsa da, Dünya Tıp Birliği gönüllüler üzerinde yapılan tıbbi araştırmalara katılan diğer kişilerin de bu ilkeleri benimsemesini desteklemektedir.

3. Hekimin görevi, üzerinde tıbbi araştırma yapılan gönüllüler de dahil olmak üzere insan sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgisi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.

4. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi "Hastamın sağlığı benim ilk önceliğimdir" cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu "Tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın yararına göre davranması gerektiği"ni bildirir.

5. Tıbbi ilerlemeler, insanlar üzerinde yapılan araştırmalara dayanır. Tıbbi araştırmalarda yeterince temsil edilmeyen popölasyonlara, araştırmaya katılım konusunda uygun erişim sağlanmalıdır.

6. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalarda, gönüllünün iyilik hali diğer bütün menfaatlerden önce gelmelidir.

7. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı; hastalıkların 8nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Mevcut en iyi girişimler bile güvenlilik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından, yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerdendirmeye tabi tutulmalıdır.

8. Tıbbi uygulamalarda ve tıbbi araştırmalarda uygulanan girişim/girişimlerin pek çoğu, tehlike ve sakınca içermektedir.

9. Tıbbi araştırma, insana saygıyı destekleyen, onun haklarını ve sağlığını koruyan etik standartlara tabidir. Bazı araştırma grupları istismara açıktır ve özel korunmaya ihtiyaçları vardır. Bunlar arasında kendi başlarına olur ya da ret veremeyenler ve baskı veya uygunsuz etkiden zarar görebilecek olan bireyler sayılabilir.

10. Hekimler, gönüllüler üzerindeki araştırmalar konusunda kendi ölkelerinde yürürlükte olan etik, yasal ve düzenleyici kurallar ile standartların yanı sıra, geçerli uluslararası kural ve standartları da göz önünde bulundurmalıdır. Hiçbir ulusal ve uluslararası etik, yasal ve düzenleyici kural, bu bildirmede bulunan ve gönüllülerin korunmasına yönelik olan herhangi bir hükmü zayıflatamaz veya yok sayamaz.

B. Tüm Tıbbi Araştırmalara Uygulanabilir Temel İlkeler

11. Gönüllülerin yaşamını, sağlığını, onurunu, vücut bütünlüğünü, kendisi ile ilgili karar verme hakkını, mahremiyetini ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak, araştırmaya katılan hekimin görevidir.

12. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar; genel olarak kabul edilmiş bilimsel ilkelere uygun olmalı, kapsamlı bilimsel literatür bilgisini, ilgili diğer bilgi kaynaklarını, yeterli laboratuvar ve uygun hayvan deneylerini temel almalıdır. Araştırmalarda kullanılan hayvanların iyilik haline saygılı olunmalıdır.

13. Çevreye zarar verebilecek tıbbi araştırmalar yürütüleceği zaman, uygun önlemler alınmalıdır.

14. Gönüllüler üzerinde yapılacak bütün araştırmaların tasarım ve uygulaması, araştırma protokolünde açık bir şekilde tanımlanmalıdır. Protokol, dikkate alınan etik düşüncelere ilişkin bir beyan içermeli ve bu bildirgede öngörülen ilkelerin nasıl ele alınacağını belirtmelidir. Protokol; finansmanı, destekleyiciyi/destekleyicileri, kurumsal bağları, diğer olası çıkar çatışmalarını, gönüllülere sunulan teşvikleri ve araştırmaya katılmaları sonucu zarar görebilecek gönüllülerin tedavi edilmesi ve/veya tazmin edilmesine ilişkin hükümleri içermelidir. Protokol, gönüllülerin araştırma sürecinde gördüğü tedavilere araştırmadan sonra da devam edebilmeleri veya diğer uygun tedavi veya faydalara erişimleri konusundaki düzenlemeleri tanımlamalıdır.

15. Araştırma protokolü, çalışma başlamadan önce değerlendirme, yorum, rehberlik ve onay için bir araştırma etik kuruluna sunulmalıdır. Bu kurul; araştırmacı, destekleyici ve diğer unsurlardan bağımsız olmalıdır. Kurul, araştırmanın yapıldığı ülke veya ülkelerin yasa ve yönetmeliklerinin yanı sıra, geçerli uluslararası kural ve standartları dikkate almalı, ancak bunlar bu bildirgede gönüllülerin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya yok saymamalıdır. Etik Kurulun sürdürülmekte olan çalışmaları izleme hakkı olmalıdır. Araştırmacılar izleme bilgilerini, özellikle de herhangi bir ciddi advers olayla ilgili

bilgileri kurula vermelidir. Kurul tarafından değerlendirilmedikçe ve onay verilmedikçe protokolde hiçbir değişiklik yapılmamalıdır.

16. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca yeterli bilimsel deneyim ve uygun niteliklere sahip bireyler tarafından yürütülmelidir. Hastalar veya sağlıklı gönüllüler üzerindeki araştırmalar, yetkin ve uygun niteliklere sahip bir hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanı gözetiminde yapılmalıdır. Gönüllüleri koruma sorumluluğu her zaman hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanına aittir ve olur vermiş olsalar bile asla gönüllülere ait değildir.

17. Mağdur veya istismara açık bir popülasyon veya topluluk üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca araştırmanın söz konusu popülasyon veya topluluğun sağlık gereksinimleri ve önceliklerine yanıt veren bir araştırma olması ve bu popülasyon veya topluluğun araştırmanın sonuçlarından yarar görmesi konusunda makul bir olasılık bulunması koşulu ile kabul edilebilir.

18. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma öncesinde, araştırmaya katılan birey ve topluluğun veya araştırma konusu olan hastalıktan etkilenen diğer birey veya toplulukların, araştırmadan görecekları yarara kıyasla araştırmanın doğurabileceği tahmini tehlike ve sakıncalar da dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir.

19. Her klinik araştırma, ilk gönüllü araştırmaya dahil edilmeden önce açıkça erişilebilir bir veritabanına kaydedilmelidir.

20. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde bunlarla baş edilebileceğinden emin olmadıkça, gönüllüler üzerindeki araştırma projelerine katılamazlar. Hekimler, saptanan riskler yararlardan daha fazla olduğunda ya da olumlu ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtlara ulaşıldığında, araştırmayı derhal sona erdirmelidirler.

21. Araştırmadan hedeflenen amaç/amaçların önemi, araştırmanın gönüllüler üzerinde yaratacağı tehlike ve sakıncalardan daha ağır basıyor ise araştırma gönüllüler üzerinde gerçekleştirilmelidir.

22. Yetkin bireylerin araştırmaya katılımları gönüllü olmalıdır. Her ne kadar aile üyelerine veya toplum liderlerine danışmak uygun görülse de yetkin birey, serbest iradesi ile kabul etmedikçe hiçbir araştırma çalışmasına dahil edilemez.

23. Araştırmaya katılan gönüllülerin mahremiyetinin ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak; gönüllülerin fiziksel, zihinsel ve sosyal bütünlükleri üzerinde araştırmanın etkisini en aza indirmek için her türlü önlemin alınması gerekir.

24. Yetkin bireyler üzerinde yapılacak bir araştırmada her gönüllü aday; benimsenen amaçlar, yöntemler, finansman kaynakları, bütün olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal bağları, araştırmadan beklenen yararlar, olası tehlikeler, araştırmanın vereceği rahatsızlıklar ve çalışmanın diğer ilgili yönleri hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Gönüllü aday; araştırmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım olurunun geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Gönüllü adaylarının özgül bilgi gereksinimlerinin yanı sıra bilgi verme konusunda kullanılan yöntemlere de özel dikkat gösterilmelidir. Gönüllü adayının bu bilgileri anlamasını sağladıktan sonra hekim veya uygun niteliklere sahip başka bir birey, tercihen yazılı olarak, gönüllünün serbest iradesiyle verilmiş bilgilendirilmiş gönüllü olurunun alınmalıdır. Eğer onay, yazılı olarak alınamıyor ise; gönüllü oluru, tanık huzurunda resmi olarak belgelenmelidir.

25. Kime ait olduğu belirlenebilen materyal ya da verilerin kullanılacağı bir tıbbi araştırma için hekim; verilerin toplanması, analizi, saklanması ve/veya yeniden kullanımı konusunda onay almalıdır. Bu onayın elde edilmesinin söz konusu araştırma için olanaksız olduğu veya pratik olmadığı veya araştırmanın geçerliliğine dair bir tehdit oluşturacağı durumlar olabilir. Bu durumlarda araştırma, yalnızca bir araştırma etik kurulunun değerlendirme ve onayından sonra yapılabilir.

26. Bir araştırma için bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınırken, hekim, kendisiyle gönüllü arasında bir bağımlılık ilişkisi olup olmadığı ya da baskı altında olur verilip verilmediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, bilgilendirilmiş gönüllü oluru; tamamen bu konunun dışında olan ve konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir kişi tarafından alınmalıdır.

27. Araştırmanın; çocuk, kısıtlı gibi yetkin olmayan gönüllülerde yapılması gerekiyorsa, hekim yasal temsilcinin oluru almalıdır. Araştırmanın olası gönüllünün temsil ettiği popülasyonun sağlığını korumayı amaçlaması, araştırmanın yetkin gönüllülerle yapılamaması ve araştırmanın en az ölçüde tehlike ve sakınca içermesi söz konusu değilse, bu bireyler kendileri için yararlı olma ihtimali olmayan bir araştırmaya dahil edilemez.

28. Yetkin kabul edilmeyen bir gönüllü aday, araştırmaya katılma kararı hususunda olur verebiliyorsa; hekim, yasal temsilcinin onayına ek olarak gönüllünün oluru da almalıdır. Gönüllü aday ret kararı vermiş ise buna saygı duyulmalıdır.

29. Bilinci yerinde olmayan hastalar gibi fiziksel veya zihinsel olarak olur verme yetisi bulunmayan gönüllü içerecek bir araştırma, ancak bilgilendirilmiş gönüllü oluru vermeyi engelleyen fiziksel veya zihinsel koşulun araştırma popülasyonunun zorunlu bir karakteristik özelliği olması durumunda yapılabilir. Hekim bu durumlarda yasal temsilcinin bilgilendirilmiş gönüllü oluru almalıdır. Eğer söz konusu temsilci mevcut değilse ve araştırma ertelenemiyorsa; bilgilendirilmiş gönüllü oluru vermelerini engelleyen durumda olan gönüllüleri araştırmaya dahil etmenin özgül nedenlerinin araştırma protokolünde belirtilmiş olması ve bunun bir araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması kaydıyla araştırma, bilgilendirilmiş gönüllü oluru olmadan devam edebilir. Araştırmada kalmaya ilişkin olur, gönüllüden ya da yasal temsilcisinden mümkün olan en kısa sürede alınmalıdır.

30. Yazar, editör ve yayıncıların tümünün araştırma sonuçlarının yayımlanmasına ilişkin etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Yazarların, gönüllüler

üzerinde yürüttükleri çalışmanın sonuçlarını toplumsal kullanıma sunma görevi bulunmaktadır. Yazarlar ayrıca raporlarının doğru ve eksiksiz olmasından sorumlu olup, kabul edilmiş etik raporlama kılavuzlarına bağlı kalmalıdır. Araştırmadan elde edilmiş olumsuz ve yetersiz sonuçlar da olumlu sonuçlar gibi yayımlanmalı veya başka yollarla topluma duyurulmalıdır. Finansman kaynakları, kurumsal bağlar ve çıkar çatışmaları yayında beyan edilmelidir. Bu bildirgede yer alan ilkelere uymayan araştırma bildirileri yayına kabul edilmemelidir.

C. Tıbbi Bakımla Birleşik Tıbbi Araştırmalara İlişkin Ek İlkeler

31. Araştırma potansiyel koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici değerleri yönünden haklı bulunabildiği ölçüde ve araştırmaya katılımın, gönüllü olacak hastaların sağlığını olumsuz etkilemeyeceğini düşündürecek iyi nedenleri olması durumunda; hekim, tıbbi araştırma ile tıbbi bakımı birleştirebilir.

32. Yeni bir yöntemin; yarar, tehlike, sakınca ve etkileri (aşağıdaki durumlar hariç olmak üzere), kullanılmakta olan kanıtlanmış en iyi yöntemle karşılaştırılarak denenmelidir.

- Mevcut kanıtlanmış yöntemin olmadığı durumlarda plasebo kullanımı veya tedavisiz bırakma kabul edilebilir veya
- Zorunlu kalındığında ve bilimsel olarak metodolojik nedenlerden ötürü, bir yöntemin etkililiği veya güvenliliğini tespit edebilmek için plasebo kullanımının gerekli olması ve plasebo alan veya tedavisiz bırakılan hastaların herhangi bir ciddi veya geri dönüşü olmayan zarara uğrama riskinin olmaması (bu seçeneğin istismar edilmesinden kaçınmak için büyük dikkat harcanmalıdır).

33. Çalışmanın sonunda, çalışmaya katılan her hastanın çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirilme ve çalışmada yararlı olarak tanımlanan yöntemlere veya diğer uygun tedavi ve faydalara erişim gibi, çalışmanın olumlu sonuçlarından yararlanma hakkı vardır.

34. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi veya hastanın çalışmadan çekilme kararı alması, hekim hasta ilişkisini asla etkilememelidir.

35. Bir hastalığın tedavisinde kanıtlanmış yöntemler mevcut değilse ya da etkin değilse; hekim, hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme konusunda işe yarayacağı kanaatinde olursa uzman görüşüne başvurmak ve hastadan veya yasal temsilcisinden bilgilendirilmiş gönüllü oluru almak kaydıyla, kanıtlanmamış bir yöntemi gönüllüye uygulayabilir. Mümkünse, güvenlik ve etkililiği değerlendirilmek üzere bu yöntem bir araştırma konusu yapılmalıdır. Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli ve uygun olduğunda yayımlanmalıdır.

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sevda	Soyadı	SÖNMEZ
Doğ.Yeri	Denizli	Doğ.Tar.	26.05.1987
Uyruğu	TC	TC Kim No	38923693924
Email	svdyegenoglu6@gmail.com	Tel	0 506 609 95 56

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	GATA Hemşirelik Yüksekokulu	2008
Lise	Özel Bodrum Marmara Koleji	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Çalıştığı Kurumun Adı	Çalışma Yılı
İzmir Ilıksu Yerel/Özel Eğitim Merkez Komutanlığı Reviri	2013-.....
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi Servisi	2009-2013
Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi / Onkoloji Servisi-KBB Servisi	2008-2009

Yabancı Dil Bilgisi

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(İ.Ü. Dil Sınavı) Puanı
İngilizce	orta	orta	orta		

ALES Puanı

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	87,262	81,765	74,175

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, excel, powerpoint)	İyi
SPSS	İyi