



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI OLAN KİşİLERDE
GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM şİDDETİ İLE İLAÇ UYUMU
ARASINDAKİ İLİşKİNİN DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Özge BALLI ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI OLAN KİşİLERDE
GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM şİDDETİ İLE İLAÇ UYUMU
ARASINDAKİ İLİşKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Özge BALLI ÖZTÜRK

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgemedен eğitimime katkı sağlayan, kliniğimizde bir aile ortamı oluşmasına katkıda bulunan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Asistanlık hayatım süresince ve tez çalışmamın başından sonuna kadar her aşamasına yardım eden, bir abi olarak asistanlığım süresince her zaman desteğini yanımda hissettiğim saygıdeğer hocam Doç. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Asistanlığım boyunca desteklerini esirgemeyen bir abla olarak yardımcı olan Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ'ye,

Asistanlık hayatım süresince yanımda olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan, beni hep destekleyen mutluluk kaynaklarım canım anneme, babama ve ablama,

Hayatımın her anında yanımda olup tez yazma aşamamda bana yardım eden ve bu zorlu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan bir tanecik sevgili eşim Yusuf ÖZTÜRK'e

Bana ilkleri yaşatan, yüzümü güldüren, evimizin neşesi canım kızım Sevede ÖZTÜRK'e

En içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

Dr. Özge BALLI ÖZTÜRK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. POLİFARMASİ	3
2.1.1. Polifarmasi Tanımı	3
2.1.2. Polifarmasi Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Polifarmasi Etiyolojisi	4
2.1.4. Polifarmaside İlaç Uyumu	4
2.1.4. Polifarmasinin Sonuçları	5
2.1.5. Polifarmasiyi Önlemek İçin Neler Yapmak Gerekli?.....	5
2.2.GASTROİNTESTİNAL SİSTEM GENEL BİLGİLER.....	6
2.3. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOMLARI.....	8
2.3.1. Karın Ağrısı	8
2.3.1.1. Karın ağrısı tipleri	8
2.3.1.2. Karın ağrısı tanısı.....	9
2.3.2. Dispepsi	11
2.3.3. Bulantı ve Kusma	13

2.3.4. Gastroözefageal Reflü Hastalığı (GÖRH)	14
2.3.5. Konstipasyon	17
2.3.6. İshal.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	22
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	22
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	22
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	22
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	23
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI.....	23
3.6.1. Morisky 8-Maddeli İlaç Uyum Ölçeği.....	23
3.6.2. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği.....	24
3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	52
7. KAYNAKÇA.....	53
8. ÖZGEÇMİŞ	58
9. EKLER.....	59
EK-1. ÇALIŞMA İZNİ	59
EK-2. ETİK KURUL ONAYI.....	62
EK-3 ANKET FORMU.....	66

KISALTMALAR

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FMF	: Ailevi Akdeniz Ateşi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GÖRH	: Gastroözefagial Reflü Hastalığı
GSRS	: Gastrointestinal Symptom Rating Scale
GSDÖ	: Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MMAS-8	: Morisky 8-Maddeli İlaç Uyum Anketi (The Morisky Medication Adherence Scale)
MR	: Manyetik Rezonans
NSAİİ	: Non-steroidal antiinflatuar ilaçlar
NSF	: National Service Framework
PIH	: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
PPI	: Proton Pompa İnhibitörü
SS	: Standart Sapma
USG	: Ultrasonografi
VKİ	: Vücut Kitle Endeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1.	Karın Ağrısının En Sık Sebepleri	9
Tablo 2.2.	Dispepsi Etiyolojisi.....	11
Tablo 2.3.	Fonksiyonel Dispepsi Alarm Bulguları	13
Tablo 2.4.	GÖRH Tanısında Kullanılan Yöntemler	16
Tablo 2.5.	Akut Ve Kronik İshal Etiyolojileri	20
Tablo 4. 1.	Sosyodemografik Verilerin Dağılımı	25
Tablo 4. 2.	Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu, Kullandığı İlaç Sayısı, İlaçlarını Kullanım Durumu, Yan Etki Durumu Ve Reçetesiz İlaç Kullanım Durumu Dağılımı.....	26
Tablo 4. 3.	Katılımcıların Kronik Hastalık Türlerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4. 4.	Katılımcıların Kullandıkları İlaçların Türlerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4. 5.	MMAS-8 Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	28
Tablo 4. 6.	GSDÖ'ye Verilen Cevapların Dağılımı.....	29
Tablo 4. 7.	GSDÖ'nün Alt Boyutları Ve Puanları.....	31
Tablo 4. 8.	Kullanılan İlaç Sayısı İle Sosyodemografik Veriler, Yan Etki Durumu Ve GİS İlacı Kullanım Durumu Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4. 9.	MMAS-8 İle Sosyodemografik Veriler Ve Yan Etki Durumu Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4. 10.	GSDÖ Total Puanı İle Sosyodemografik Veriler İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması	34
Tablo 4. 11.	GSDÖ'nün Alt Boyutu Karın Ağrısı İle Sosyodemografik Veriler Ve İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması	35
Tablo 4. 12.	GSDÖ'nün Alt Boyutu Reflü İle Sosyodemografik Veriler Ve İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması	36
Tablo 4. 13.	GSDÖ'nün Alt Boyutu Hazımsızlık İle Sosyodemografik Veriler Ve İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması	37
Tablo 4. 14.	GSDÖ'nün Alt Boyutu Kabızlık İle Sosyodemografik Veriler Ve İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması	38
Tablo 4. 15.	GSDÖ'nün Alt Boyutu İshal İle Sosyodemografik Veriler Karşılaştırılması.....	39

Tablo 4. 16. MMAS-8 Total Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması	40
Tablo 4. 17. GSDÖTotal Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması	41
Tablo 4. 18. GSDÖ Karın Ağrısı Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması	42
Tablo 4. 19. GSDÖ Reflü Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması..	43
Tablo 4. 20. GSDÖ Hazımsızlık Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması	44
Tablo 4. 21. GSDÖ Kabızlık Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması	45
Tablo 4. 22. GSDÖ İshal Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması...	45



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.2 GÖRH Semptomatik Sınıflama	15
--	----



ÖZET

ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI OLAN KİŞİLERDE GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM ŞİDDETİ İLE İLAÇ UYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Dünyada ve ülkemizde kronik hastalık insidansı ve prevalansı son yıllarda artmaktadır. Artan kronik hastalıklar çoklu ilaç kullanımını da beraberinde getirmektedir. Çoklu ilaç kullanımı ilaç etkileşimi ve yan etki artışına yol açmaktadır. Bu durum hastaların tedaviye uyumlarını zorlaştırmaktadır. Polifarmasi ile alakalı birçok çalışma yaşlı popülasyona yöneliktir. Tüm popülasyonu kapsayan çok sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada dört ve daha fazla sayıda ilaç kullananlarda gastrointestinal semptom derecesini ölçmek ve ilaç uyumunu değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 1 Ağustos 2022 ile 31 Ekim 2022 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 18-85 yaş arası dört ve daha fazla sayıda ilaç kullanan 261 kişi dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, kronik hastalık durumu, ilaç kullanım durumu, Morisky-8 maddeli ilaca uyum anketi (MMAS-8), Gastrointestinal semptom derecelendirme ölçeği (GSDÖ) ile ilgili sorular içeren anket formu uygulandı. Araştırma boyunca toplanan veriler, IBM SPSS 25.0 (International Business Machines Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edildi. İstatistiksel olarak $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $61,1\pm 11,2$ yıl, %57,1'i kadın ve %42,9'u erkekti. Katılımcıların ortalama kronik hastalık sayısı $2,66\pm 0,96$ olup kullandığı ortalama ilaç sayısı $6,0\pm 2,1$ 'dir. Katılımcıların %54'ü en az 3 kronik hastalığa sahiptir. Katılımcılardan lise ve üzeri eğitim durumu olanların kullandığı ilaç sayısının daha az olduğu görüldü ($p=0,002$). Yan etki ile karşılaştığını belirtenlerin kullandığı ilaç sayısının daha fazla olduğu ($p=0,005$) ve MMAS-8 puanının daha düşük olduğu ($p<0,001$) bulundu. Katılımcıların yaşı ile MMAS-8'in puanı arasında pozitif korelasyon ($p=0,008$) ve yaş ile GSDÖ puanı arasında negatif korelasyon ($p=0,003$) saptandı. Katılımcıların kullandığı ilaç sayısı ve kronik hastalık sayısı ile

MMAS-8 puanı arasında negatif korelasyon tespit edildi (sırasıyla $p=0,013$; $p=0,003$). Ancak kullanılan ilaç sayısı ve kronik hastalık sayısı ile GSDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görüldü (sırasıyla $p=0,238$; $p=0,427$). GSDÖ'nün total puanı kadınlarda daha yüksek saptandı ($p=0,004$) ve GSDÖ puanı ile MMAS-8 puanı arasında negatif korelasyon bulundu ($p<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda katılımcıların yaşı arttıkça ilaç uyumunun arttığı, kullanılan ilaç sayısı ve kronik hastalık sayısı arttıkça ilaç uyumunun olumsuz etkilendiği görülmüştür. Lise ve üzeri eğitim durumu olanların eğitimi olmayan ve ilköğretim mezunu olan kişilere göre daha az sayıda ilaç kullandığı görülmüştür. Yan etki ile karşılaşanların kullandıkları ilaç sayısının daha fazla olduğu ve ilaç uyumlarının daha az olduğu saptanmıştır. Polifarmasiye maruz kalan kişilerin gastrointestinal semptomları arttıkça ilaç uyumlarının azaldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Polifarmasi, kronik hastalık, ilaç uyumu, GSDÖ, MMAS-8

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN GASTROINTESTINAL SYMPTOM SEVERITY AND DRUG COMPLIANCE IN PEOPLE WITH MULTI-DRUG USE

Aim: The incidence and prevalence of chronic diseases in the world and in our country have been increasing in recent years. Increasing chronic diseases bring along the use of multiple drugs. Multiple drug use leads to increased drug interactions and side effects. This makes it difficult for patients to comply with treatment. Many studies related to polypharmacy are aimed at the elderly population. There are not many studies covering the entire population. In this study, it was aimed to measure the degree of gastrointestinal symptoms and to evaluate drug compliance in patients using four or more drugs.

Materials and Methods: The study included 261 people between the ages of 18-85 who used four or more drugs, who applied to Ankara Training and Research Hospital Family Medicine Polyclinics between August 1, 2022 and October 31, 2022 and volunteered to participate in the study. A questionnaire including questions about sociodemographic data form, chronic disease status, drug use status, Morisky-8 item drug compliance questionnaire (MMAS-8), Gastrointestinal symptom rating scale (GSRS) were applied to the participants. The data collected during the research were analyzed with the IBM SPSS 25.0 (International Business Machines Statistical Package for Social Sciences) program. A p value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean age of the participants was 61.1 ± 11.2 years, 57.1% were female and 42.9% were male. The mean number of chronic diseases of the participants was 2.66 ± 0.96 , and the mean number of drugs they used was 6.0 ± 2.1 . 54% of the participants have at least 3 chronic diseases. It was observed that the number of drugs used by the participants with a high school or higher education level was less ($p=0.002$). It was found that the number of drugs used by those who reported experiencing side effects was higher ($p=0.005$) and the MMAS-8 score was lower ($p<0.001$). There was a positive correlation ($p=0.008$) between the age of the

participants and the MMAS-8 score, and a negative correlation between age and the GSRS score ($p=0.003$). A negative correlation was found between the number of drugs used by the participants and the number of chronic diseases and the MMAS-8 score ($p=0.013$; $p=0.003$, respectively). However, there was no statistically significant relationship between the number of drugs used and the number of chronic diseases and the GSRS score ($p=0.238$; $p=0.427$, respectively). The total score of the GSRS was found to be higher in women ($p=0.004$), and a negative correlation was found between the GSRS score and the MMAS-8 score ($p<0.001$).

Conclusion: In our study, it was observed that as the age of the participants increased, drug compliance increased, and as the number of drugs used and the number of chronic diseases increased, drug compliance was negatively affected. It has been observed that those with high school or higher education use fewer drugs than those who have no education and are primary school graduates. It was determined that the number of drugs used by those who experienced side effects was higher and their drug compliance was less. It was observed that as gastrointestinal symptoms of people exposed to polypharmacy increased, their drug compliance decreased.

Keywords: Polypharmacy, chronic disease, drug compliance, MMAS-8, GSRS

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çoklu ilaç kullanımı anlamına gelen “polifarmasi” tanımı konusunda kesin ortak fikir olmamakla birlikte aynı anda genellikle birden fazla endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı olarak belirtilmektedir.

Kronik hastalıklar genellikle yavaş seyirli, bir ya da birkaç sistemde geri dönüşümsüz yapı ve fonksiyon bozukluklarına yol açabilen, düzenli ve sürekli tedavi ve izlem gerektiren uzun dönem sağlık problemidir. Nüfusun giderek yaşlanıyor olması ile kronik hastalık sıklığı artmaktadır (1). Kanıta dayalı kılavuzlarda tek bir hastalığın veya semptomun tedavisi için birden fazla sayıda ilacı önermesi, medikal tedaviyi özellikle zorlaştırmaktadır. Böylece birçok kişi, polifarmasi olarak isimlendirilen duruma maruz kalmaktadır ve dünyada giderek artmaktadır (2).

Polifarmasinin artışı birçok problemi de beraberinde getirmektedir. Mortalitede artış, düşmede artış, ilaç yan etkilerinde artış, ilaç-ilaç etkileşimleri sıklığında artış, tedavi maliyetinde artış, ilaç uyumsuzluğu riskinde artış, hastaneye yatış sıklığında artış, medikal hata riskinde artış gibi birçok olumsuz durumla ilişkilidir (3).

Yapılan çalışmalarda kullanılan ilaç sayısı ile yan etkiler arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça yan etki görülme ihtimalide artmaktadır. Yan etkinin artması ise ilaç uyumsuzluğunu beraberinde getirmektedir (4,5). Yan etkinin görülmesi kişilerin yaşam kalitesini bozarak ilaca uyumu azaltıp kişinin komorbid durumunu kontrolsüz hale getirebilmektedir.

İlaç yan etkisi olarak gastrointestinal yan etkiler çok sık görülür. Gastrointestinal semptomlar genellikle hayati tehlike oluşturmaz ancak kişilerin yaşam kalitesinde bozulmaya neden olur. Bulantı, kusma, ağza acı su gelmesi, kabızlık, ishal vb. semptomlar ilaç kullanımından dolayı oluşabilir (6).

Gastrointestinal semptomların nedenleri arasında yaş, enfeksiyonlar, düzensiz ve sağlıklı beslenme stili, zihinsel veya psikolojik problemler, stres, sigara veya alkol kullanımı, nöbet usulü çalışma, düzensiz tuvalet alışkanlığı, düşük sosyoekonomik

durum, farklı saat dilimlerinde seyahat etmek, ilaç kullanımı ve bazı ilaçların yan etkileri gösterilmektedir (6).

Bu çalışmada dört ve daha fazla sayıda ilaç kullanan kişilerde gastrointestinal semptom derecesini ölçmek ve ilaç uyumunu değerlendirmek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. POLİFARMASİ

2.1.1. Polifarmasi Tanımı

Birden fazla ilacın beraber kullanılması olarak adlandırılan “polifarmasi” kelimesi etimolojik olarak, Yunanca’da “poly” (çok sayıda), “pharmacy” (ilaç, zehir) kelimelerinden oluşmaktadır (7). ‘Çok sayıda ve yoğun ilaç kullanımı’ tanımı ilk defa 20. yüzyılın ortalarında tanımlanmıştır (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ise birçok ilacın yönetimi olarak tanımlanmaktadır (9).

Günümüzde kesin ortak bir fikir birliği olmamakla birlikte polifarmasi tanımı genellikle birden fazla sayıda ilaç kullanımı olarak kabul edilmektedir (8). Polifarmasiyi minör (iki ilaç kullanımı) ve majör (dörtten daha fazla ilaç kullanımı) polifarmasi olarak ikiye ayıran araştırmacılar da bulunmaktadır (2).

Polifarmasi için literatürde birçok farklı tanımlama kullanılmaktadır. Polifarmasinin diğer tanımları şöyledir; 2 ya da daha fazla ilacın beraber kullanımı (10), 2 ya da daha fazla sayıda ilacın en az 240 gün süre ile beraber kullanımı (11), 5 ya da daha fazla sayıda ilacın beraber kullanımı (12), National Service Framework (NSF) tarafından ise dört ya da daha fazla sayıda ilacın beraber kullanımı olarak tanımlanmıştır (13).

2.1.2. Polifarmasi Epidemiyolojisi

Dünyada ve ülkemizde yaşlı popülasyonun giderek artmaktadır. Bu durumda kronik hastalıkların sayısı, ilaç kullananların sayısı ve kullanılan ilaç miktarı artmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı bir araştırmaya göre, ülkemizde 65 yaş üzerindeki yaşlıların; %90’nının genellikle bir kronik hastalığı bulunurken, %35’inde iki, %23’ünde üç ve %14’ünde dört veya daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu belirtilmektedir (14). 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’inde yapılan bir çalışmada, popülasyonun %13’ünü 65 yaş ve üstü bireylerin oluşturmasına rağmen, bir yıl içinde reçetelenen ilaçların %30’nun bu popülasyona ait olduğu tespit edilmiştir (3).

Dünyada ve ülkemizde polifarmasi yaygın bir sorundur. Birçok çalışmada özellikle yaşlıların büyük bir kısmının polifarmasiye maruz kaldığı gösterilmiştir.

2.1.3. Polifarmasi Etiyolojisi

Tüm dünyada nüfusun yaşlanması ile hastalık yükünü giderek arttırmakta ve bu hastalıkların büyük bir kısmını kronik hastalıklar oluşturmaktadır (15). Bu durumda multiple komorbidite ve çoklu ilaç kullanımı karşı karşıya kalınmaktadır.

Kişilerin kullandıkları ilacın yan etkisini ortadan kaldırmak için başka bir ilaç kullanılmasına ‘reçeteleme kaskadı’ denir. Çok yaygın olan bir durumdur ve polifarmasiye neden olan önemli bir risk faktörüdür (8).

Birden fazla sayıda hastalığı olan hastalara farklı hekimlerce çeşitli reçeteler düzenlenmektedir. Bu reçeteler bir diğer hekimin yazdığı ilacın etken maddesini de içeren reçete olabiliyor. Bu durumda hasta aynı ilaç içeriğine sahip farklı muadilli ilaçlar kullanabiliyor. Klinisyenlerin ilaç etkileri ve etkileşimleri konusunda yeterli hassasiyeti göstermemeleri, fazla sayıda ve uygun olmayan biçimde ilaç reçetelemeleriyle sonuçlanıp polifarmasiye neden olmaktadır. Uygun olmayan ilaç reçetelerinin alınması özellikle bakımevinde kalan hastalarda daha sık gözlemlenmiştir (3,16).

Beş ve daha fazla sayıda ilaç kullanan yaşlılara yapılan çalışmada yaşlıların ilaç azaltımı konusunda dirençli oldukları saptanmış. Hastalarda fazla ilaç beklentisi de polifarmasiye neden olmaktadır (17).

Ayrıca son altı ay içinde hastanede yatarak tedavi edilmiş olmak, kişilerin semptomlara yönelik olarak reçetesiz ilaç kullanımı, hekimlerin eski kullanılan ilacı kesip yeni ilaca başlaması, depresyonda olmak, hastanın görme-işitme duyu problemi olması, fazla miktarda reçetesiz ilaç satılması, hastanın kognitif fonksiyonun bozuk olması, bakıcı yetersizliğinin olması, eğitim düzeyinin düşüklüğü ve hasta memnuniyeti de polifarmasi açısından diğer önemli faktörlerdendir (3).

2.1.4. Polifarmaside İlaç Uyumu

Polifarmasinin tedavide uyuma da etkileri vardır. İlaç uyumu, hekim tarafından reçete edilen ilaçların önerilen doz ve sıklığa göre hangi ölçüde alındığı olarak

tanımlanır. Bununla beraber, kişilerin %30 ila 50'sinin ilaçlarını reçete edildiği şekliyle almadığı tahmin edilmektedir (18). Yapılan çalışmalarda; kullanılan ilaç sayısının fazla olması, tedaviye yeni ilacın eklenmesi ve tedavide çok sık değişiklik yapılması ilaç uyumunu azaltmaktadır. Tedaviye uyumu engelleyen başka bir faktör ise polifarmasinin arttırdığı maliyet yükü sebebiyle kişilerin ilaca ulaşamamasıdır (3). Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kültürel özellikler, değer ve inançlar, yalnız yaşama durumu, sosyal destek gibi sosyal özellikler, görme ve işitme gibi duylarda meydana gelen bozulmalar, kronik hastalıkların sayısı, komorbidite, çok sayıda ilaç kullanımı, ilaç yan etkilerinin olacağı endişesi, depresyon ve stres gibi kişilerin öz bakımını yerine getirmesini kısıtlayan durumlar da tedaviye uyumu etkileyen faktörlerdir (19).

2.1.4. Polifarmasinin Sonuçları

İlaçlar, kişilerin yaşam kalitesini iyileştirmede ve sürdürmede önemli bir faktör olmasına rağmen, çoklu ilaç kullanımı hastalık ve ölüm riskini, işlevsel bağımsızlığın kaybını ve çok sayıda bilişsel ve fiziksel sorunu artırır (20). Polifarmasi ile ilişkili problemler mortalite artışı, düşmeler, ilaç yan etkileri, ilaç-ilac etkileşimleri, artan tedavi harcamaları, ilaç uyumsuzluğu, artan hospitalizasyon ve medikasyon hataları şeklinde sıralanabilir (3,21). Deliryumun etiyolojisinde polifarmasinin iyi bilinen bir risk olup özellikle üçten fazla ilaç alanlarda bağımsız bir risk faktörü olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (3).

Hastanın fazla sayıda ilaç kullanması bu ilaçları saklamasında ve nasıl kullanacağı ile ilgili karıştırmasına da neden olabilir. Şayet bir ilaç diğer bir ilacın etkisini değiştirebilir veya birlikte kullanıldıklarında hastada olumsuz bir hadiseye neden olabilir (16). Polifarmasi, her zaman risk teşkil etmemekle birlikte, doğru tedavi yaklaşımları önerildiğinde ve yan etkiler açısından takip edildiğinde, çoklu hastalıkların (komorbidite) tedavisinde etkinliği yüksektir (22).

2.1.5. Polifarmasiyi Önlemek İçin Neler Yapmak Gerekli?

Hasta ve hastanın bakıcısı kullanılacak ilaçlar konusunda mutlaka bilgilendirilmelidir. Her kontrolde hastanın ilaçları tekrardan değerlendirilmelidir. Hekimin hastaya fazladan başlayacağı ilaç kâr zarar oranı değerlendirilerek

başlanmalıdır. Verilen tedaviler kişi bazlı olmalıdır. Hastanın yaşı ve komorbid durumu bakımından ilaç-ilaç etkileşimine dikkat edilmelidir. Hekim tarafından reçete yazılırken mümkün olan en düşük dozda, en az sayıda ve en uzun etkili ilaçlar tercih edilmelidir. Hasta tarafından bilinçsizce kullanılan bitkisel tedaviler de ilaç etkileşim riskini arttırmaktadır. Hasta bu konuda uyarılmalı ve gerekliyse bu ilaçlara dikkat edilerek reçete düzenlenmelidir. Reçete kaskadını engellemek için yan etkisi olabilecek ilaçlar mümkün mertebede kısa sürede kullanılıp, kesilmelidir (3,8).

2.2. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM GENEL BİLGİLER

Gastrointestinal sistem (GİS) ile besin maddelerin bedene alımı gerçekleştirilir. GİS'in besin maddelerin moleküler yapıları ayrıştırılması, sindirim ile meydana gelen küçük moleküllerin kan dolaşımına verilmesi, sindirilmemiş besin maddelerini ve atık maddeleri vücuttan uzaklaştırma gibi görevleri vardır (23).

Gastrointestinal sistem, gastrointestinal traktus, yardımcı organlar ve yardımcı bezlerden oluşmaktadır. Gastrointestinal kanal yaklaşık olarak 9m uzunluğundadır. Ağız, farinks, özefagus, mide, ince bağırsaklar, kalın bağırsaklar, rektum ve anüsten oluşur. Tükürük bezleri, pankreas, karaciğer ve safra yolları ise yardımcı organlar ve bezlerdir. Gastrointestinal kanal içten dışarı doğru mukoza, submukoza, kas tabakası ve seroza olmak üzere dört tabakadan meydana gelir (23).

Gastrointestinal sistem; ağız ile başlayıp içerisinde ağız boşluğu mukozası, dişler, dil, dudak, tükürük bezleri, sert damak, yumuşak damak yer almaktadır. Besinler küçük parçalara ayrılır ve sindirim enzimleriyle karışarak çiğneme işlevini yapar ve yutma eylemiyle besinler farinkse oradan özefagusa geçer.

Özofagus; larenks ve mideyi birleştiren 25-30 cm uzunluğunda darlığı ve genişliği yiyecek yerken değişebilen, peristaltik hareket kabiliyeti olan içi boş boru şeklinde müsküler bir organdır. Özofagusun 1/3 kısmı çizgili kas iken 2/3 kısmı düz kas tabakasından oluşmaktadır. Kas tabakasının peristaltik hareketleri ile yutulan besinleri mideye taşır ve alt özefagial sfinkter ile mide içeriğinin yukarı doğru reflü olmasını engeller (23,24).

Mide; özefagustan başlayıp duodenuma kadar uzanan, 1500 ml kapasiteli ve J şeklinde bir yapı olup anatomik olarak dört kısma ayrılır üstte özefagus ile kardiya

bağlantısı olup, fundus kısmı, korpus kısmı ve dudenuma açılan son kısmı pilor vardır. Midenin; mukoza, submukoza, muskularis ve seroza tabakaları vardır. Kas tabakası içten dışa doğru oblik, sirküler ve longitunidial olmak üzere üç tabakadan oluşur. Kas tabakası ile çalkalama hareketi yapar, besin maddelerini parçalar ve gastrik sıvılarla karıştırır ve peristaltik hareketlerle mide içeriğini pilora iter ve mide içeriği pilordan duodenuma geçer (23).

İnce bağırsak; periton boşluğunda yer alıp midenin pilorundan başlayıp kolonun çekumuna kadar devam eder. Anatomik olarak üç kısımdan oluşur. Üst kısımda pankreas başını saran yaklaşık 25 cm uzunluğunda duodenum, orta kısımda yaklaşık 2 m uzunluğunda jejunum ve alt kısımda yaklaşık 3 m uzunluğunda ileum bulunur. Enterokinaz (pankreas enzimi tripsojeni tripsine çeviren), disakkaridaz (sükraz, maltaz ve laktaz ile karbonhidratların sindirimini tamamlar), aminopeptidazlar (protein sindirimi) gibi enzimleri olan, sekretin (pankreas ve karaciğer salgısını artırır), kolesistokinin (safra salgısını artırır), gastrin (gastrik salgılanmayı ve gastrik motiliteyi uyarır) gibi hormonları olan karbonhidratların, proteinlerin ve lipidlerin yapıtaşlarına ayrılıp tekrar emildiği kısımdır (23).

Kalın bağırsak yaklaşık uzunluğu 1,5 m'dir. Çekum, apendiks, çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon, rektum ve anüs kısımları vardır. Kalın bağırsakta, longitudinal kas lifleri belirli yerlerde artarak taenia coli adı verilen üç şerit oluştururlar. Taenia coli'lerin uzunlukları kalın bağırsaktan daha kısa olduğu için, kalın bağırsağı büzerek haustra coli denilen keselenmeler oluştururlar. Kolonun başlıca işlevleri; kimustan su ve elektrolitlerin emilimi ve fekal maddelerin atılımı gerçekleşinceye kadar depolamaktır. Kolonun üst yarı kısmı temel olarak emilim ile alt yarı kısmı depolama ile ilgilidir. Ayrıca kalın bağırsak K vitamini sentezleyen kolonize olmuş bakterileri içerir (23).

Dışkı rektumdan anal kanal ve anüs yolu ile dışarı atılmaktadır. Anüste dışkılama kontrolünü sağlayan iç ve dış sfinkterlerin kasılması ve gevşemesi, sempatik ve parasempatik uyarılar ile oluşmaktadır. GİS, rektum ve anüs ile sonlanmaktadır (23).

2.3. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOMLARI

2.3.1. Karın Ağrısı

Karın ağrısı, çok yaygın ve subjektif bir şikayettir. Kendi kendini sınırlayabilir ya da hayatı tehdit eden ciddi bir hastalığın belirtisi olabilir. Lokalizasyonuna göre de birçok sebebi olabilir.

2.3.1.1. Karın ağrısı tipleri

Visseral, parietal ve yansıyan olmak üzere üç tipi vardır.

Visseral Ağrı: Visseral peritondaki ağrı liflerinin uyarılması ile oluşur. Lifler az sayıda olup, üst batındaki organlardan kaynaklı ağrılar epigastriumda, orta batındaki organlardan kaynaklanan ağrılar umblikal bölgede, alt batındaki organlardan kaynaklananlar ise hipogastriumda hissedilir. Visseral ağrı iyi lokalize edilemez. Hastaya ağrının lokalizasyonu sorulduğunda genellikle elini karının üstüne koyarak geniş bir alan gösterir. Rahatsızlık hissini künt, kramp, kemirici, yanıcı olarak ifade edilebilir. Ağrı yavaş bir şekilde başlar ve giderek artar. Bulantı, kusma, Terleme, huzursuzluk, gibi diğer semptomlarla birlikte olabilir. Hasta huzursuz bir şekildedir ve rahatlamak amacıyla sürekli olarak pozisyon değiştirir, ancak ağrıda pozisyonun değişimi ile genellikle bir değişim olmaz (25,26).

Parietal Ağrı: Parietal peritonun uyarılması ile oluşur. Visseral ağrıya göre genellikle daha şiddetlidir ve daha bariz bir şekilde ağrının yeri lokalize edilebilmektedir. Hasta ağrının artacağı düşüncesi ile hareket etmeme eğilimindedir hatta solunumla karın bölgesini hareket ettirmemeye çalışır. Apendisit Mc Burney noktasında ve kolesistitin Murphy noktasında hissedilen ağrılar parietal ağrıya örnektir (25,26).

Yansıyan Ağrı: Hastalıklı organın uzak bölgesinde, aynı nöral segmentten innerve olan dermatomda hissedilen ağrıdır. Yansıyan bölgede ağrı, hassasiyet veya yanma hissi şeklinde algılanır. Akut kolesistitte ağrı sağ skapula alt bölgesinde, sağ omuzda ve sırta yayılması; peptik ülserde ağrının solda 12. kaburga üzerinde sırtta hissedilmesi (Boas noktası), dalak yaralanmaları sonrasında sol omuzda hissedilen ağrı (Kehr bulgusu) yansıyan ağrıya iyi bir örnektir (25,26).

Karın ağrısı, hastaneye başvurularının yaygın nedenlerinden biridir ve detaylı ve kapsamlı anamnez ve fizik muayene çok önemlidir.

2.3.1.2. Karın ağrısı tanı

Anamnez: Karın ağrısına tanısız yaklaşımda anamnez olmazsa olmazdır. Karın ağrısı başlama zamanı, yeri, karakteri, şiddeti, zamanla değişim durumu, ağrıyı azaltan veya arttıran şeyler, ağrı ile birlikte olan faktörler, özgeçmişi, soy geçmişi mutlaka detaylıca sorgulanmalıdır. Karın ağrısı başlangıç zamanı önemlidir. Yeni başlangıçlı (saatler günler içinde) karın ağrısı genellikle organik bir nedene bağlı iken, daha uzun süredir olan (aylardır olan) karın ağrısı ise daha çok psikolojik veya fonksiyonel karın ağrısı ile ilişkilidir (26). Lokalize karın ağrıları genellikle o bölgeye yakın organlardan kaynaklanmaktadır. Sistemik hastalıklarda ise karın ağrısı sıklıkla bir alana lokalize olmaz, yaygın olarak hissedilir. Karın ağrısının en sık sebepleri Tablo 2.1.'de görülmektedir.

Tablo 2.1. Karın Ağrısının En sık Sebepleri (27)

Karın Ağrısının En sık Sebepleri
✓ Nonspesifik karın ağrısı ✓ Akut apandisit ✓ Safra yolu hastalıkları ✓ İnce bağırsak obstrüksiyonu ✓ Jinekolojik rahatsızlıklar (salpanjit, over kisti, ektopik gebelik, inkomplet abortus) ✓ Akut pankreatit ✓ Renal kolik veya sistit ✓ Peptik ülser ✓ Divertiküler hastalıklar ✓ Diğer (kanserler, herniler, ilaçlar, diyabetik ketoasidoz, vb)

Fizik muayene: Karın ağrısına tanısız yaklaşımda anamnez gibi fizik muayene de olmazsa olmazdır. Fizik muayene de mutlaka vital bulgular değerlendirilmeli ve sistemik fizik muayene titizlikle yapılmalıdır. İnspeksiyon, oskültasyon, palpasyon ve

perküsyon sırası ile karın muayenesi mutlaka yapılmalıdır. Karnın distansiyonu, ciltte skarların varlığı, herniler, ekimozlar, kas rijiditesi inspeksiyon ile değerlendirilmelidir. Gastroenteriti olan hastalarda oskültasyon ile hiperperistaltizm tespit edilebilir. Peristaltizmde azalma veya olmama gibi durumlarda jeneralize peritonit veya ileus gibi hastalıklar düşünülebilir. Üfürümler vasküler bir darlığı ortaya çıkarabilir. Abdominal perküsyonda abdominal gaza bağlı timpanik ses ortaya çıkar. Palpasyona en az hassasiyet olan bölgeden başlanmalı ve en fazla hassasiyet olan bölgeye doğru yapılmalıdır. Hassasiyet, kas defansı ve rijidite varlığı belirlenmelidir. Organ boyutlarında büyüme ya da tümörler palpabl bir kitle olarak saptanabilir. Karın ağrısı bulunan her hastada pelvik organlar ve dış genitaller muayenesi ihmal edilmemelidir (25).

Laboratuvar verileri ve görüntüleme yöntemleri: Anamnez ve fizik muayene sonucunda ortaya çıkan klinik şüpheleri yansıtmalıdır. Gereksiz yapılan laboratuvar testleri maliyeti yükseltir ve bu testler klinik tanının üzerini örtmektedir. Karın ağrısı olan hastalarda, tam kan sayımı ve tam idrar analizinin yapılması gereklidir. Serum elektrolit düzeylerinin, kan üre azotunun, kreatinin ve glukoz değerlerinin değerlendirilmesi, her hastada sıvı durumunun, asid-baz dengesinin ve metabolik durumunun değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Karın ağrısı bulunan reproduktif dönemdeki bütün kadınlarda idrarda ya da serumda gebelik testleri yapılmalıdır. Üst karın ağrısı olan hastalarda karaciğer fonksiyon testleri, bilirubin değerleri, serum amilaz değerleri istenmelidir. Diğer testler ise, klinik seyre göre istenmelidir (25).

Tanısal görüntüleme yöntemleri, anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testlerinin sonucuna göre gerekli durumlarda istenmesi gereken testlerdir. Örneğin; ileus düşünülen bir hastada en iyi radyolojik tetkik ayakta düz batın grafisi iken, akut kolesistit şüphesi olan bir hasta ultrasonografi (USG) ile değerlendirilir. Karın ağrısının değerlendirilmesinde en değerli görüntüleme yöntemlerinden birisi de bilgisayarlı tomografidir (BT). BT, inflamatuvar lezyonların (apandisit, pankreatit, divertikülit, abseler, vs.), neoplastik lezyonların (obstrükte edici kolon kanseri, pankreas tümörleri, v.b.) ve travmanın tespit edilebilmesini sağlamaktadır. BT bunun dışında vasküler lezyonlar (anevrizma hastalığı, portal ven trombozu, v.b.) ve intraabdominal hemorajiler hakkında da bilgi sağlayabilmektedir. Karın ağrısı bulunan

hastanın değerlendirilmesinde manyetik rezonans (MR), MR anjiyografisi, doppler USG gibi görüntüleme yöntemleri de oldukça faydalı bilgiler vermektedir (25).

2.3.2. Dispepsi

Dispepsi, sindirim güçlüğüdür. Dispepsi üst abdomende veya retrosternal bölgede ağrı, rahatsızlık hissi olarak tanımlanır. Rahatsızlık hissi defekasyonla rahatlamayan şişkinlik, tokluk duygusu, erken doyma ve bulantı gibi yakınmaları içerir. Belli bir etiyolojiye bağlı bir hastalık değil semptom kompleksidir (28–30).

Dünya geneline bakıldığında fonksiyonel dispepsi prevalansı %10-30 olarak bildirilmiştir. Dispepsinin görülme sıklığı toplumlar arası büyük farklılıklar göstermektedir. Genetik faktörlerin, çevresel faktörlerin, bölgesel organik hastalık prevalanslarının (peptik ülser, gastrit, mide ca vs.) farklı yöntemlerle değerlendirilmesi farklı sonuçların elde edilmesine yol açmıştır (31).

Tablo 2.2. Dispepsi Etiyolojisi (32)

Dispepsi Etiyolojisi	
GİS'ten Kaynaklanan Nedenler	Biliyer Sistem Hastalıkları
Organik nedenler	✓ Kolelitiazis
✓ Peptik ülser	✓ Akut kolesistit
✓ Gastroözefagial reflü hastalığı	İlaçlar
✓ Mide ve özefagus tümörleri	✓ Aspirin ve diğer non steroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ)
✓ Gastroparezi	✓ Alkol
✓ Midenin infiltratif hastalıkları	✓ Kortikosteroidler
✓ Malabsorbsiyon sendromları	✓ Antibiyotikler (makrolidler, sülfonamid, metronidazol)
✓ Gastrik infeksiyonlar	✓ Teofilin
✓ Gıda intoleransı	✓ Digital
Organik olmayan nedenler	✓ Demir
✓ Fonksiyonel dispepsi (%75)	✓ KCl
✓ İrritabl bağırsak sendromu (İBS)	✓ Niasin, gemfibrozil
Sistemik Hastalıklar	✓ Narkotikler
✓ Gebelik	✓ Nitratlar
✓ Diabetes mellitus (DM)	✓ Östrojen
✓ Tiroid hastalıkları	✓ Kolşisin
✓ Paratiroid hastalıkları	✓ Kinidin
✓ Kollajen doku hastalıkları	✓ Östrojen
✓ Ailevi Akdeniz ateşi (FMF)	✓ Levodopa
✓ Koroner arter hastalığı	✓ Loop diüretikleri
	✓ Östrojen

Dispepsili hastaların %75'inde, fonksiyonel dispepsi olarak tanımlanan semptomların altında yatan organik bir neden yoktur, ancak %25'inde organik nedenler dispepsiye yol açar. Dispepsi; fonksiyonel dispepsi ve organik dispepsi olarak 2 başlık altında değerlendirilir (28,33).

Organik Dispepsi: Peptik ülser, GÖRH, mide ve özofagus kanseri, pankreas ve biliyer sistem ile ilgili hastalıklar, kronik hastalıklar, enfeksiyöz hastalıklar, ilaçlar vs. gibi durumlar organik dispepsi nedenleri arasında sayılabilir (29).

Fonksiyonel Dispepsi: Diğer organik dispepsi nedenlerinin dışlanması ile fonksiyonel dispepsi tanısı konulur. Fonksiyonel dispepsi, postprandiyal doyma, erken doyma, epigastrik ağrı veya yanma ile birlikte bu semptomları açıklayabilen yapısal bozuklukların yokluğunda teşhis edilebilir. Genetik yatkınlık, enfeksiyon (Helicobacter ve diğerleri), inflamasyon ve psikososyal faktörler patojenik faktörler olarak ileri sürülmektedir (28,29,34).

Fonksiyonel Dispepsi Tanı Kriterleri (Roma IV 2016)

1. Aşağıdakilerden biri veya daha fazlası olacak

- a. Postprandiyal dolgunluk (rahatsızlık)
- b. Erken doyma (rahatsızlık)
- c. Epigastrik ağrı (rahatsızlık)
- d. Epigastrik yanma (rahatsızlık)

2. Semptomları açıklayacak yapısal bir hastalık için veri yoktur. Üst GİS endoskopisi normal olmalıdır.

(Semptomlar tanıdan en az 6 ay önce başlamış ve son üç aydır da tanı kriterleri mevcut olmalı.) (28,31).

Tablo 2.3. Fonksiyonel Dispepsi Alarm Bulguları (32)

Alarm Bulguları	
Açıklanamayan kilo kaybı	Ele gelen kitle
Yineleyen kusmalar	Malabsorbsiyon
Yutma Güçlüğü	Kanama
Sarılık	Anemi

Dispepsili bir hastayı değerlendirmenin ilk adımları anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulgularıdır. Bu değerlendirmelerin amacı, malignite ile ilişkili uyarı bulgularını belirlemektir. Klinik prezentasyon, hastanın yaşı ve uyarı işaretlerinin varlığına göre hastalığın tanısasal bir değerlendirmesi yapılır (28).

Hastada alarm bulguları varlığında direk endoskopi önerilir. Alarm bulgusu tespit edilmemişse tetkik edilmemiş olgu olarak değerlendirilir. Olguda postprandiyal dolgunluk, erken doyma hissi, epigastrik ağrı, epigastrik yanma, bulantı gibi bulgular var ise yaşam tarzında değişiklikler önerilir ve ampirik bir asit supresyonu tedavisi (klinisyenin deneyimleri doğrultusunda) uygulanır. Hastanın şikayetleri geçerse gerekli olduğu zaman yine benzer bir tedavi verilebilir. Ancak yakınmaları geçmez ise o zaman endoskopiye hasta yönlendirilir (31).

İleri tetkik yapılmasına (endoskopi vs.) gerek olmayan olgularda helicobacter pylori varlığı araştırılır ve helicobacter pylori pozitif saptanır ise helicobacter pylori eradikasyon tedavisi yapılır. Fonksiyonel dispepsinin tanısını koyabilmek için endoskopinin normal çıkması, helicobacter pylorinin negatif olması gereklidir. H. pylori pozitif ise eradikasyonu yapılmalıdır. Altı ay sonra helicobacter pylori eradikasyonunun yapılmış olmasına rağmen dispepsi yakınmaları geçmemiş ise o zaman fonksiyonel dispepsi tanısı konmalıdır (31). Fonksiyonel dispepsisi olan hastalarda ampirik asit süpresyonu ve helicobacter pylori eradikasyonuna cevap alınamazsa prokinetik veya antidepresan ve serotonin geri alım inhibitörleri türünden ilaçlar denenebilir (32).

2.3.3. Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma etiyolojik sebebi tam olarak aydınlatılamamış, kişiyi rahatsız eden durumlardır. Kusma gerçekleşmeden önce bulantı kusmanın öncüsü olarak

bilinir. Bulantı nonspesifik bir semptom olup birçok hastalıkta ve birçok durumda da görülebilir. Bulantısı olanlarda besinlere karşı isteksizlik olur, farinkste, epigastriumda veya tüm batında dalgalanma şeklinde kusacağı hissini yaşar. Ancak her bulantı kusmaya sonuçlanmayabilir veya önceden bulantı olmadan da kusma gerçekleşebilir (35).

Kusma, kuvvetli bir refleksle mide içeriğinin özofagus ve ağız yoluyla dışarı doğru atılmasıdır.

Bulantı ve kusmanın etiyolojisi çok geniştir. gastrointestinal sistem ile ilgili hastalıklarda (motilite bozukluklarında, gastroenteritlerde, mekanik tıkanıklık gibi durumlarda vb), endokrin veya metabolik nedenlerde (diyabetik ketoasidoz, gebelik, hipertiroidi vb), nörolojik bozukluklarda (migren, menenjit, intrakranial kanama ve kitle, hidrosefali, vb), ilaç kullanımında (kansere kemoterapisinde kullanılan ilaçlar, analjezikler, narkotikler, antiaritmikler, antihipertansifler, oral kontraseptifler vb), postoperatif dönemlerde, toksikasyon gibi bir çok durumda bulantı ve kusma görülebilir (36).

Başarılı bir tedavi, altta yatan etiyolojinin belirlenip sebebinin tedavi edilmesidir. Olgunun o sırada kullandığı kusmaya neden olabilecek mevcut ilaçlarının kesilmesi gereklidir. Bu şekilde gerilemeyen bulantı veya kusmalarda ek olarak medikal tedavi eklenebilir (36).

Serotonin 5HT₃ reseptör antagonistleri (ondansetron, granisetron, dolasetron ve tropisetron), dopamin antagonistleri [Fenotiazinler (Proklorperazin, promethazin, klorpromazin, perfenazin), butirofenonlar ve benzamidler (metoklopramid)], antihistaminikler (siklizin, difenhidramin, sinnarizin, hidroksizin), antimuskarinik ajanlar (skopolamin), benzodiazepinler, kortikosteroidler, dronabiol, serotonin 5HT₄ reseptör agonisti (sisaprid ve tegaserod), eritromisin gibi birçok ilaç tedavide kullanılabilir (36).

2.3.4. Gastroözefageal Reflü Hastalığı (GÖRH)

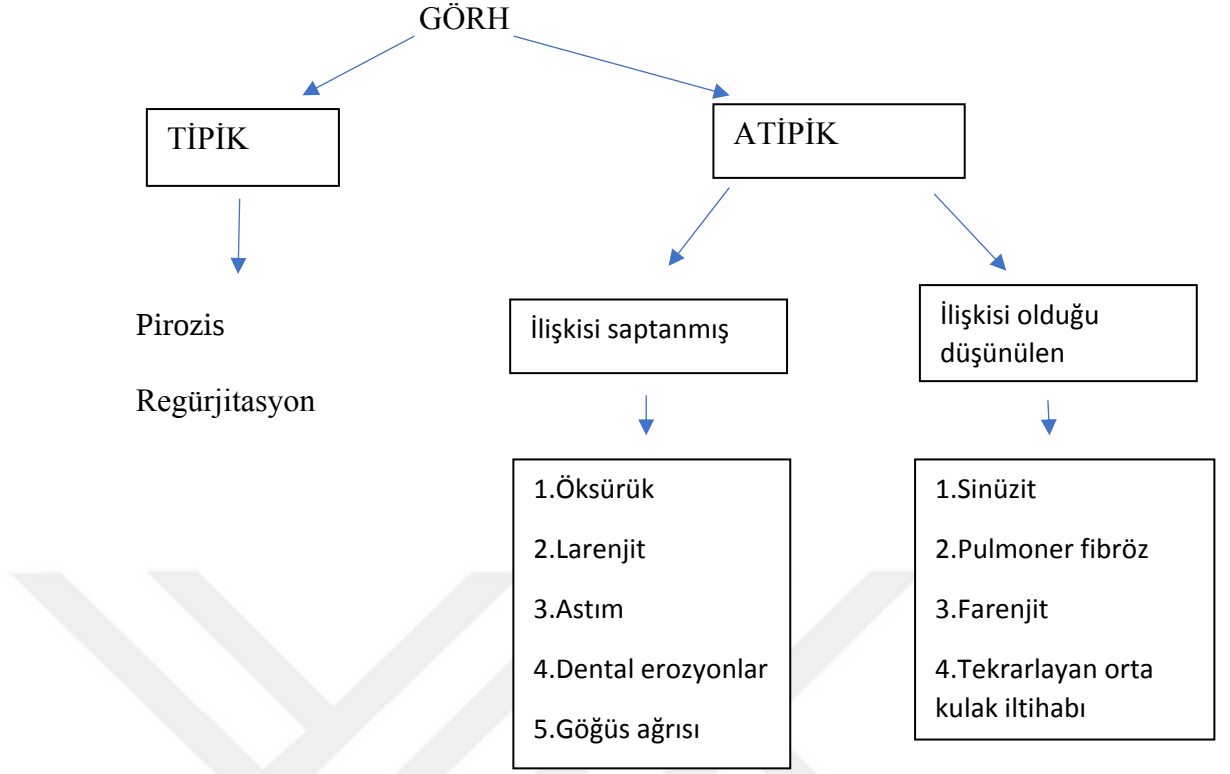
Mide içeriğinin özofagusa doğru ilerlemesidir. Normalde bir günde yaklaşık 10-15 defa olabilen fizyolojik bir hadisedir. Bu olayın multifaktöriyel sebeplerle patolojik duruma gelerek, distal özofagusta histolojik veya yapısal değişiklikler

yapması ya da özofagus, farenks, larenks ve solunum yollarında, hastanın yaşam kalitesini düşürebilen semptom ve bulgulara yol açtığı veya komplikasyonlara sebep olduğu durumda ise bir hastalıktır (37). GÖRH'ün en yaygın semptomu sternum arkasında yanma hissi (mide ekşimesi) veya mide içeriğinin boğazın üst kısmına geri taşma hissidir (asit regurjitasyonu) (38).

GÖRH toplumda çok sık görülen sağlık sorunudur ve her yıl 5,6 milyondan fazla doktor ziyaretinden sorumludur. Dünyadaki prevalansı %7-25 arasında değişmektedir (37,39). Ülkemizde GÖRH'ün toplum tabanlı sıklığı %19-25 arasında olduğu bulunmuştur. Neredeyse toplumdaki her 4-5 kişiden birinin sorunudur (40). Batı ülkelerinde %10-20 arasında görülürken, Doğu Asya ülkelerinde %2,5-7.8 civarında değişmektedir ve GÖRH'ün prevalansı giderek artmaktadır (37).

GÖRH'ün ortaya çıkmasından sorumlu olan faktörler ve mekanizmalar şunlardır (41):

1. Gastroözofageal bileşkenin bozukluğu (alt özofagus sfinkterin bozukluğu veya yetmezliği, hiatal herni)
2. Özefagus klirensinin gecikmesi (kontraksiyonların düşük amplitüdlü ve/veya eş zamanlı olması, tükürük salgılarının azalması)
3. Dış faktörler (diyet, yağlı gıdalar, fazla sıcak/soğuk besinler, sigara, alkol, ilaçlar, vb.)
4. Mideye bağlı faktörler (asitin hipersekresyonu, mide boşalmasının gecikmesi, mide distansiyonu, antropiloroduodenal anti reflü mekanizmalarının anormalliği)
5. Mukozal savunma mekanizmalarındaki bozukluklar



Şekil 2.1 GÖRH Semptomatik Sınıflama (42)

Tablo 2.4. GÖRH tanısında kullanılan yöntemler (43)

GÖRH Tanı	
✓ Klinik öykü ve anamnez	✓ 24 saatlik intraözofagial PH metri
✓ PPI ile deneme tedavisi	✓ Safra reflüsünün ölçülmesi
✓ Üst GİS endoskopisi ve biyopsisi	✓ Bravo kapsül PH metri
✓ Radyolojik incelemeler	✓ İntraözofagial impedans
✓ Özofagus manometrisi	✓ Bernstein testi

Fazla miktarda tuz kullanımı ve tuzlanmış besinler, çikolata ve aşırı yağlı yiyecekler, gazlı içecekler reflü gelişimini arttıran besinlerdir. Düşük volümlü, sık ve yavaş yemek yenmelidir. Hastalara lifli gıda tüketimi önerilmelidir. Sigara ve obezite de reflü gelişimine neden olan risk faktörlerindendir. GÖRH'lu hastaya sigarayı bırakması ve kilo vermesi önerilmelidir. Sırtüstü pozisyonda ve sağ yan pozisyonda yatış durumunda, nokturnal reflü semptomlarında artış olduğu görülmüştür. Sol yan

pozisyon ve supin pozisyonda yatak başını yükseltmek geceleri olan reflü semptomlarını azaltmaktadır. Aşırı fiziksel aktivite de GÖRH gelişimi için risk faktörüdür. Ancak düzenli hafif-orta düzeyde fiziksel aktivite yapanlarda reflü semptomları daha az görülmektedir (44,45).

Farmakolojik tedavide anti asitler, aljinat, Histamin-2(H2) reseptör blokörleri (ranitidin, famotidin), Proton pompa inhibitörleri (PPI) (Esomeprazol 20-40 mg, Lansoprazol 15-30 mg, Omeprazol 20 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg) kullanılmaktadır. GÖRH’de başlangıç ve idame tedavisinde de en etkin tedavi PPI’lardır. H2 reseptör blokörleri PPI kadar etkili olmasa da plesebodan daha üstün olduğu bulunmuştur (46).

2.3.5. Konstipasyon

Konstipasyon genel popülasyonda %2-28 oranında görülen bir sağlık problemidir. Ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına göre konstipasyon %22-40 arasında görülme oranı değişmektedir (47).

Konstipasyon bir hastalık değildir, tanımı kişiden kişiye göre değişebilen bir semptomdur. Konstipasyon; dışkılamada zorluk, aralıklı ve tam olmayan boşaltım ve ayrıca yetersiz veya ağrı ve rahatsızlık veren defekasyon işlemi olarak tanımlanmaktadır. Konstipasyonun diğer semptomları ise katı dışkılama, bağırsakların tam boşalmaması, karında rahatsızlık veya ağrı hissi, boşaltım esnasında çıkışta engellenme/takılma duygusu ve parmak yardımıyla dışkının çıkarılmasıdır (47).

Fonksiyonel konstipasyonun belirlenmesinde 2016 yılında oluşturulan Roma-IV kriterleri kullanılmaktadır. Roma- IV tanı kriterleri aşağıdaki gibi olup semptomların tanıdan en az 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır devam etmiş olması gerekmektedir.

1. Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasını içermeli
 - a. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma olmalı
 - b. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında topak şeklinde veya keçi pisliği şeklinde feçes çıkarma
 - c. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında yetersiz boşalma hissi olması

d. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissi olması

e. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında elle defekasyona yardım etme (örneğin parmakla rektumu boşaltma veya pelvise bası yapma)

f. Haftada üç kezden az spontan defekasyon olması

2. Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz feçesin nadiren olması

3. İBS tanısı için yeterli kriterin olmaması (48)

Birçok araştırmada konstipasyonun, kadınlarda ve yaşlılarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca zencilerde, çocuklarda, yaşlılarda diğer kişilere göre daha fazla görülmektedir. Fiziksel aktivite azlığı, yetersiz miktarda sıvı alımı, eşlik eden hastalıklar, düşük kalorili beslenme, düşük sosyoekonomik durum, kırsal bölgede yaşama, depresyon bulgularının varlığı, kullanılan ilaçlar (NSAİİ, trisiklik antidepressanlar, opioidler, diüretikler, antihistaminikler, antispazmotikler, antipsikotikler, parkinson ilaçları, antikonvülzanlar, alüminyumlu antiasitler, ganglionik blokerler, vinka alkaloidleri) ve çoklu ilaç kullanımı yine konstipasyon için birer risk faktörü olarak dikkati çekmektedir (49).

Nonfarmakolojik Tedavi: Konstipasyonu gidermek için öncelikle hastayı eğitmek, konstipasyonu arttırıcı ilaçlardan kaçınmak, diyetle alınan lif miktarını arttırmak, günlük alınması gereken sıvı miktarını arttırmak, günlük tualete çıkma alışkanlığı kazanmak, sedanter yaşamı azaltarak daha hareketli bir yaşam sağlamak öncelikli konstipasyon tedavi basamaklarıdır.

Farmakolojik Tedavi (50,51):

❖ Laksatifler

- Kitle oluşturan laksatifler (Kepek, metil selüloz/sodyum karboksimetil selüloz, kalsiyum polikarbofil, psyllium tohumları, agar)
- Yumuşatıcı laksatifler (Dokuzat sodyum (Dioktil sodyum sülfosüksinat), dokuzat potasyum (Dioktil potasyum sülfosülsilat), dokuzat kalsiyum)
- Osmotik etkili laksatifler (Mannitol, sorbitol, magnezyum ve sodyum tuzları, polietilen glikol)

- Stimülan laksatifler (Bisokodil ve antrakinon türevi glikozitler ve bitkilerden elde edilen maddeler (senozid A/B, senna ekstreleri (senekot), laktuloz, hint yağı)
- ❖ Lavman (Sodyum fosfatlı)
- ❖ Fitiller (Gliserin veya bisadokil)
- ❖ Bakteriyoterapi-Probiyotikler (Laktobasilyus, Bifidobakteryum)
- ❖ Klor Kanal Aktivatörleri (Lubiproston)
- ❖ 5-Hidroksitriptamin Reseptör Subtip 4 (5-HT4) Agonistleri (Prukaloiprid)
- ❖ Guanilat Siklaz-C Reseptör Agonistleri (Linaklotid)
- ❖ Misoprostol
- ❖ Kolşisin
- ❖ Opioid Antagonistler
- ❖ Botulinum Toksini

2.3.6. İshal

Normal bir defekasyon, günde 2-3 ile 3 günde bir arasında gerçekleşir. Günde üç veya daha fazla sayıda yumuşak sulu ve dışkılama durumuna ishal denilmektedir.

İshal değişik şekillerde sınıflandırılabilir. Süresine göre; iki haftadan kısa süren ishale akut ishal, dört haftadan uzun süren kronik ishal, iki ila dört hafta süren ise Persistan ishal olarak sınıflandırılır. Fizyopatolojik mekanizmaya göre; osmotik, sekretuar, inflamatuvar (mukozal hasara bağlı), motilite bozukluğuna bağlı ishal olarak sınıflandırılır (52).

Tablo 2.5. Akut ve Kronik İshal Etiyolojileri (52,53)

Akut İshal Etiyoloji
✓ Viral enfeksiyonlar (Rotavirus, Norovirüs, Enterik adenovirus) ✓ Bakteriyal enfeksiyonlar (Vibrio kolera, Toksik Escherichia coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia enterokolitika, İnvasiv Escherichia coli, Stafilokokus aureus toksini, Vibrio parahemolitikus toksini, Clostridium difficile toksini) ✓ Paraziter enfestasyonlar (Giardia lamblia, Cryptosporidium, Entamoeba histolitika) ✓ İlaçlar (Laksatifler, sorbitol, antiasitler, laktuloz, kolşisin, kinidin, diüretikler, digital, propranolol, teofillin, aspirin, NSAİİ, kemoterapötikler, antibiyotikler, ağır metaller, kolinerjik ilaçlar) ✓ Diğer nedenler (Divertikülit, iskemik bağırsak hastalığı)
Kronik İshal Etiyoloji
✓ Enfeksiyon (Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Tuberculosis bacillus, Clostridium difficile) ✓ İnflamasyon (İnflamatuvar barsak hastalıkları, enfeksiyonlar, iskemik kolit, radyasyon koliti) ✓ İlaçlar (Laksatifler, Antibiyotikler, antiasitler, diüretikler, alkol, teofillin, NSAİİ) ✓ Malabsorbsiyon (İnce barsak mukoza hastalığı, disakkaridaz yetmezliği, pankreas yetmezliği, iskemik-radyasyon enteriti, kısa barsak sendromu, aşırı bakteri çoğalması) ✓ Endokrin Bozukluklar (Zollinger Ellison sendromu, hipertiroidi, non-beta hücreli pankreas tümörleri, villöz adenoma) ✓ Motilite bozuklukları (İnflamatuvar bağırsak hastalığı, postgastrik dumping S, narkotik barsak)

Osmotik ishal, sindirim sisteminde aktif osmotik bir etki yapan emilimi olmayan bir maddenin neden olduğu ishaldir. Birçok laksatif bu yolla etki gösterir. Açlıkta ishal durur. Sekretuar ishalde ise, dışkı bol sulu ve fazla hacimlidir, dışkı kan, yağ ve lökosit içermez. Emilim normaldir bu yüzden yemek yenmesi ile ishal artış göstermez, açlıkta da devam eder (52).

Akut ishalli hastanın tedavisinde hemodinamik stabilite belirlenir, hastanın sıvı açığı kapatılır (oral veya parenteral rehidratasyon), beslenmenin devam ettirilmesi ve endikasyon varsa antimikrobiyal ajan kullanılması temel prensiplerdir. Antimotiliter ilaçların kullanımı tartışmalıdır ve kullanılması önerilmez (52).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırma prospektif, kesitsel ve analitik tipte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Çalışmamız Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde 01.08.2022-31.10.2022 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmaya, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18-85 yaş arası ve en az dört ilaç kullanan, herhangi bir iletişim engeli olmayan, okuma yazma bilen gönüllü hastalar dahil edildi. Hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine 3 ay içerisinde başvuran 18-85 yaş arası ve en az dört ilaç kullanan yaklaşık 6500 kişi vardır. Örneklem büyüklüğü; evren 6500 güven aralığı %95, hata payı %5 alınarak yapılan hesaplamada %90 güven seviyesinde 260 kişi olarak hesaplandı. Çalışmamıza toplam 261 kişi dahil edildi.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Çalışmaya Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-85 yaş arasında olan en az dört ilaç kullanan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişiler dahil edilmiştir.

Çoklu ilaç kullanımı ile ilgisi olmayıp ilaçtan bağımsız olarak gastrointestinal sistem semptomuna yol açan kronik hastalığı olan kişiler (Ülseratif kolit, crohn hastalığı, çölyak hastalığı gibi), gastrointestinal sistem kaynaklı onkolojik hastalar ve gastrointestinal sisteme metastaz yapmış onkolojik hastalar, gastrointestinal sistemde anatomik olarak anomalisi olan hastalar (kolostomisi olan, daha önce operasyon ile gastrointestinal kısmın bir veya birkaç yeri alınan gibi), oral olarak beslenemeyen hastalar, iletişim engeline sahip olup anket sorularını anlama ve yorumlama yetisi olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H₀: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran çoklu ilaç kullananlarda gastrointestinal sistem semptomları ile ilaç uyumu arasında ilişki yoktur.

H₁ : Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran çoklu ilaç kullananlarda gastrointestinal sistem semptomları ile ilaç uyumu arasında ilişki vardır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Araştırmacı tarafından hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, meslek vb.), alışkanlıkları, kronik hastalıkları, kullandığı ilaç sayısı, hekim önerisiyle kullandığı ilaçlar, hekim önerisi olmadan kullandığı ilaçlar, ilaçlarını düzenli kullanım durumları, ilaçlarının yan etki yapıp yapmadığı, eğer yan etki ile karşılaştı ise hangi yan etkiler ile karşılaştığı, Morisky-8 maddeli ilaca uyum ölçeği ve Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği'nden oluşan anket uygulandı.

3.6.1. Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği

Morisky-8 tedaviye uyum ölçeği (MMAS-8) Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları KOAH ve astım, hipertansiyon, bipolar bozukluk gibi farklı hastalıklarda farklı araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Bizim çalışmamızdaki ölçeğin 2014 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Oğuzülgen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Katılımcıların ilaç tedavisine uyumlarını kendi ifadelerine bağlı olarak değerlendiren 8 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 7 madde evet-hayır şeklinde ikili, 8. madde ise 'nadiren/hiçbir zaman', 'arada bir', 'bazen', 'genellikle', 'her zaman' şeklinde 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte 5. Madde ters kodlanmaktadır. Ölçekten en yüksek 8 alınırken en düşük 0 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça uyum artar (54). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfası 0,73'tür.

3.6.2. Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği

GIS bozukluklarında sıklıkla görülen semptomları değerlendirmek üzere Revicki ve ark. (1998) tarafından geliştirilen Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği'nin (GSDÖ) Türkçe geçerlik ve güvenirliği Turan ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. GSDÖ'de kişinin son bir haftada gastrointestinal problemler yönünden kendini nasıl hissettiği belirlenmektedir. GSDÖ; 15 maddeden oluşmaktadır ve karın ağrısı, reflü, hazımsızlık, konstipasyon ve diyare olmak üzere beş alt boyuta sahiptir. Ölçeğin 1., 4. ve 5. soruları karın ağrısına, 2. ve 3. soruları reflüye, 6., 7., 8., ve 9. soruları hazımsızlığa, 10., 13. ve 15. soruları konstipasyona, 11., 12. ve 14. soruları diyareye yöneliktir. Her madde “Rahatsızlık yok” ile “Çok şiddetli rahatsızlık var” ifadeleri arasında 7’li likert tipinde bir puan almaktadır ve yüksek puan, semptomların daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Turan ve Aşti’nin yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach alfası 0,83 bulunmuştur. (55) Araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfası benzer şekilde 0,81 saptanmıştır.

3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik olarak, nicel değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma (ss) ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise sayı (yüzde) verildi. Sayısal parametrelerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolomogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile yapıldı. Grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerde t testi ve ANOVA varyans analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. İki den fazla gruplu analizlerin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı durumlarda post hoc testleri kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin ilişki derecesinin incelenmesinde ise Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Tüm testlerde önem düzeyi $<0,05$ olduğunda anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza aile hekimliği polikliniklerimize başvuran 18-85 yaş aralığında en az dört ilaç kullanan 261 hasta dahil edildi. Bu katılımcıların 149'u (%57,1) kadın, 112'si (%42,9) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $61,1 \pm 11,2$ yıl; medyanı 62 yıl; VKİ (Vücut Kitle İndeksi) ortalaması $29,9 \pm 4,9$ olarak bulundu. Çalışmaya katılan hastaların 189'u (%72,4) evli olduğunu; 134'ü (%51,3) ilkokul mezunu olduğunu; 202'si (%77,4) emekli ya da herhangi bir işte çalışmadığını belirtti. Çalışmaya katılanların sosyodemografik verilerin dağılımı Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

Sosyodemografik Veriler (n=261)		n	%
Cinsiyet	Kadın	149	57,1
	Erkek	112	42,9
Medeni Durum	Evli	189	72,4
	Bekâr/Boşanmış/Dul	72	27,5
Eğitim Durumu	Yok	31	11,9
	İlköğretim	134	51,3
	Lise	47	18
	Üniversite	49	18,8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	21,7
	Çalışmıyor	107	41
	Emekli	95	36,4
Sigara Kullanımı	Var	69	26,4
	Yok	192	73,6

Katılımcıların kullandığı ilaç sayısı ortalama $6,0 \pm 2,1$; modu 4; medyanı 5 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların ortalama kronik hastalık sayısı $2,66 \pm 0,96$ bulunmuştur. Katılımcıların 183'ü (%70,1) ilaçlarını daima düzenli kullandığını; 104'ü (%39,8) yan etki ile karşılaştığını beyan etti. İlaç kullanımında aksama yaşadığını belirten hastaların 67'si (%85,9) unuttuğu için aksattığını, 11'i (%14,1) ilaçlar hakkında bilgisi olmadığı ve ilaçların kendisine zarar vermesinden korktuğu için aksattığını belirtti. Yan etki ile karşılaşan katılımcıların 76'sı (%74,5) gastrointestinal yan etkiler (mide yanması, bulantı, kusma, şişkinlik, hazımsızlık, kabızlık, ishal, vb) ile karşılaştığını, 56'sı (%54,9) diğer yan etkiler (kaşıntı, uyku problemi, dikkat bozukluğu, kas eklem ağrıları, vb) ile karşılaştığını belirtti. Katılımcıların 56'sı (%21,5) hekim önerisi olmadan reçetesiz ilaç kullanımı olduğunu belirtti. En sık reçetesiz kullanılan ilacın antiromatizmal/analjezikler olduğu saptandı. Kronik hastalık durumu, kullandığı ilaç sayısı, ilaçlarını kullanım durumu, yan etki durumu ve reçetesiz ilaç kullanım durumu dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu, Kullandığı İlaç Sayısı, İlaçlarını Kullanım Durumu, Yan Etki Durumu ve Reçetesiz İlaç Kullanım Durumu Dağılımı

Kronik Hastalık Durumu, Kullandığı İlaç Sayısı, İlaçlarını Kullanım Durumu, Yan Etki Durumu ve Reçetesiz İlaç Kullanım Durumu Dağılımı	n	%
Kronik Hastalık Sayısı	1	27 10,3
	2	93 35,6
	3	89 34,1
	4	46 17,6
	5 ve daha fazla	6 2,3
Kullandığı İlaç Sayısı	4	82 31,4
	5	53 20,3
	6	34 13,0
	7	31 11,9
	8	27 10,3
	9	12 4,6
	10 ve daha fazla	22 8,5
İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu	Daima Düzenli Kullanan	183 70,1
	Bazen aksatan/sık sık aksatan	78 29,9
Yan Etki ile Karşılaştınız mı?	Evet	104 39,8
	Hayır	157 60,2
Reçetesiz İlaç Kullanımını	Evet	56 21,5
	Hayır	205 78,5

Katılımcıların hepsinde en az bir tane kronik hastalık olup, 212'sinde (%81,2) hipertansiyon, 140 'ında (%53,6) kalp hastalığı, 128'inde (%49,0) diyabetes mellitus (DM) mevcuttur. Katılımcıların 111'inde (%42,5) hem hipertansiyon hem de DM, 124'nde (%47,5) hem hipertansiyon hem de kalp hastalığı, 66'sında (%25,3) hem hipertansiyon hem DM hem de kalp hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların kronik hastalıklarının türlerinin dağılımı Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Kronik Hastalık Türlerinin Dağılımı

Kronik Hastalık Türü*	n	%
Hipertansiyon	212	81,2
Hiperlipidemi	130	49,8
DM	128	49,0
Kalp Hastalığı	140	53,6
Solunum Sistemi Hastalığı (Astım/KOAH)	34	13,0
Tiroid Hastalıkları	33	12,6
Diğer Hastalıklar	63	24,1

*=Katılımcılardan bazıları, birden fazla kronik hastalık bildirmiştir.

DM= Diyabetes Mellitus KOAH= Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Katılımcıların 212'si (%81,2) antihipertansif ilaç, 143'ü (%54,8) antikoagülan ilaç, 136'sı GİS ile alakalı ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların kullandıkları ilaçların türlerinin dağılımı Tablo 4.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Kullandıkları İlaçların Türlerinin Dağılımı

Kullanılan İlaçların Türleri*	n	%
Antihipertansif İlaçlar	212	81,2
Antikoagülan İlaçlar	143	54,8
GİS İlaçları	136	52,1
Antihiperlipidemik İlaçlar	130	49,8
Antidiyabetik İlaçlar	128	49,0
Antiromatizmal/Analjezikler	113	43,3
Vitamin Türevi İlaçlar	45	17,2
Tiroid İlacı	33	12,6
Psikiyatrik İlaçlar	32	12,3

*=Katılımcılardan bazıları, birden fazla türde ilaç kullandığını bildirmiştir.

GİS= Gastrointestinal Sistem

Katılımcıların ilaç uyum düzeylerini ölçmeye yönelik olarak hazırlanan sekiz soruluk MMAS-8 kullanılmıştır. Hastaların 249'u (%95,4) seyahat ettiğinde veya evden ayrıldığında ilaçlarını yanına almayı unutmazken, 117'si (%44,8) tüm ilaçlarını almakta zorluk yaşadığını belirtti. MMAS-8'in ortalaması $6,10 \pm 1,0$ 'dir Minimum ölçek puan değeri 0, maksimum ölçek puanı 8'dir. Maksimum puan alan 87 (%33,3) kişi vardır. MMAS-8 sorularına verilen cevapların dağılımı Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. MMAS-8 Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

MMAS-8'e Verilen Cevapların Dağılımı		n	%
1. Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?	Evet	81	31,0
	Hayır	180	69,0
2. İnsanlar bazen unutmanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atlatırlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) var mıydı?	Evet	67	25,7
	Hayır	194	74,3
3. Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeniyle doktorunuza söylemeksizin almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz ilacınız var mı?	Evet	30	11,5
	Hayır	231	88,5
4. Seyahat ettiğiniz veya evinizden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınıza almayı bazen unutur musunuz?	Evet	12	4,6
	Hayır	249	95,4
5. Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı?	Evet	228	87,4
	Hayır	33	12,6
6. Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz aman ilacınızı almayı bırakır mısınız?	Evet	54	20,7
	Hayır	207	79,3
7. Her gün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hisseder misiniz?	Evet	101	38,7
	Hayır	160	61,3
8. Tüm ilaçlarınızı almakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?	Nadiren/hiçbir zaman	144	55,2
	Arada bir	74	28,4
	Bazen	27	10,3
	Genellikle	15	5,7
	Her Zaman	1	0,4

MMAS-8= Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği

Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği total puan ortalaması 27,74±11,58'tir. Katılımcılar ölçekten minimum 15 maksimum 76 puan almışlardır. Katılımcıların 31'i (%11,9) GSDÖ'nün tüm sorularına hiç rahatsızlık olmadığını belirtmiş. GSDÖ'nün sorularına verilen cevapların dağılımı Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. GSDÖ'ye Verilen Cevapların Dağılımı

GSDÖ'ye Verilen Cevapların Dağılımı	Hiç rahatsızlık yok n(%)	Çok az rahatsızlık n(%)	Hafif rahatsızlık n(%)	Orta derecede rahatsızlık n(%)	Biraz şiddetli rahatsızlık n(%)	Şiddetli rahatsızlık n(%)	Çok şiddetli rahatsızlık n(%)
1. Geçen hafta süresince karnınızın üst kısmında veya mide boşluğunuzda bir ağrı veya rahatsızlık hissettiniz mi?	173(66,3)	18(6,9)	26(10,0)	27(10,3)	8(3,1)	5(1,9)	4(1,5)
2. Geçen hafta süresince mide yanmasına ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	156(59,8)	25(9,6)	37(14,2)	30(11,5)	4(1,5)	8(3,1)	1(0,4)
3. Geçen hafta süresince reflüye ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	162(62,1)	19(7,3)	40(15,3)	24(9,2)	5(1,9)	8(3,1)	3(1,1)
4. Geçen hafta süresince midenizde açlık ağrılarına ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	211(80,8)	15(5,7)	16(6,1)	10(3,8)	3(1,1)	5(1,9)	1(0,4)
5. Geçen hafta süresince mide bulantısına ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	200(76,6)	18(6,9)	19(7,3)	16(6,1)	3(1,1)	2(0,8)	3(1,1)
6. Geçen hafta süresince midenizde guruldamaya ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	185(70,9)	17(6,5)	23(8,8)	28(10,7)	1(0,4)	5(1,9)	2(0,8)
7. Geçen hafta süresince midenizde şişkinliğe ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	129(49,4)	21(8,0)	52(19,9)	30(11,5)	10(3,8)	11(4,2)	8(3,1)
8. Geçen hafta süresince geçirmeye ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	163(62,5)	22(8,4)	32(12,3)	17(6,5)	6(2,3)	16(6,1)	5(1,9)

Tablo 4.6. (Devamı) GSDÖ'ye Verilen Cevapların Dağılımı

GSDÖ'ye Verilen Cevapların Dağılımı	Hiç rahatsızlık yok n(%)	Çok az rahatsızlık n(%)	Hafif rahatsızlık n(%)	Orta derecede rahatsızlık n(%)	Biraz şiddetli rahatsızlık n(%)	Şiddetli rahatsızlık n(%)	Çok şiddetli rahatsızlık n(%)
9. Geçen hafta süresince gaz çıkarma/yellenme şikâyetinize ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	148(56,7)	22(8,4)	33(12,6)	19(7,3)	11(4,2)	18(6,9)	10(3,8)
10. Geçen hafta süresince kabızlığa ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	153(58,6)	10(3,8)	33(12,6)	20(7,7)	12(4,6)	18(6,9)	10(3,8)
11. Geçen hafta süresince ishale ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	221(84,7)	12(4,6)	14(5,4)	6(2,3)	4(1,5)	3(1,1)	1(0,4)
12. Geçen hafta süresince yumuşak dışkı çıkarmaya ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	225(86,2)	9(3,4)	13(5,0)	7(2,7)	4(1,5)	3(1,1)	1(0,4)
13. Geçen hafta süresince sert dışkı çıkarmaya ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi?	172(65,9)	13(5,0)	22(8,4)	18(6,9)	8(3,1)	17(6,5)	11(4,2)
14. Geçen hafta süresince acil bir şekilde dışkılama ihtiyacı hissettiniz mi?	218(83,5)	8(3,1)	11(4,2)	12(4,6)	1(0,4)	10(3,8)	1(0,4)
15. Geçen hafta süresince tuvalete gittiğinizde, bağırsaklarınızı tamamen boşaltamadığınızı hissettiniz mi?	187(71,6)	11(4,2)	21(8,0)	25(9,6)	7(2,7)	8(3,1)	2(0,8)
GSDÖ = Gastrointestinal Symptom Derecelendirme Ölçeği							

GSDÖ'nün alt boyutlarının puanları Tablo 4.7 da gösterilmiştir.

Tablo 4.7. GSDÖ'nün Alt Boyutları ve Puanları

GSDÖ Alt Boyutları Puanları	Soru Sayısı	Min.	Maks.	Ort.±Ss
İshal	3	3	18	4,18±2,65
Kabızlık	3	3	21	6,32±4,46
Hazımsızlık	4	4	25	8,43±4,71
Karın Ağrısı	3	3	18	4,90±2,83
Reflü	2	2	14	3,92±2,56

GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, Max=Maksimum, Min=Minimum, Ort= Ortalama, Ss= Standart Sapma

Katılımcıların kullandıkları ilaç sayısı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p=0,684$). Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde lise ve üzeri eğitimi olan katılımcıların daha az sayıda ilaç kullandıkları eğitim durumu olmayan ve ilköğretim mezunu olan katılımcıların kullandıkları ilaç sayısının daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,002$). Yan etki ile karşılaşanların kullandıkları ilaç sayısı karşılaşmayanlara göre istatistiksel olarak daha fazla saptanmıştır ($p=0,005$). GİS ilacı kullanan kişilerin kullandıkları ilaç sayısı kullanmayanlara göre daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcıların kullandıkları ilaç sayısı ile sosyodemografik veriler, yan etki durumu, GİS ilacı kullanım durumu karşılaştırılması Tablo 4.8. verilmiştir.

Tablo 4.8. Kullanılan ilaç sayısı ile Sosyodemografik Veriler, Yan Etki Durumu ve GİS İlacı Kullanım Durumu Karşılaştırılması

Sosyodemografik Veriler, Yan Etki Durumu, GİS İlacı Kullanım Durumu		n	Kullanılan İlaç Sayısı Ort±SS	p değeri
Cinsiyet	Kadın	149	6,11±2,40	0,684*
	Erkek	112	5,96±1,80	
Medeni Durum	Evli	189	5,99±2,14	0,443*
	Bekâr/boşanmış/dul	72	6,19±2,42	
Eğitim Durumu	Yok	31	6,71 ±2,47	0,002**
	İlköğretim	134	6,38±2,32	
	Lise	47	5,28±1,57	
	Üniversite	49	5,45±1,63	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	5,59±1,66	0,159**
	Çalışmıyor	107	6,48±2,60	
	Emekli	95	5,84±1,79	
Sigara Kullanımı	Evet	69	6,10±1,96	0,559*
	Hayır	192	6,03±2,23	
Yan Etki görüldü mü?	Evet	104	6,54±2,36	0,005*
	Hayır	157	5,73±1,96	
GİS İlacı kullanıyor mu?	Evet	136	6,71±2,38	<0,001*
	Hayır	125	5,32±1,60	

*Man Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. GİS=Gastrointestinal Sistem, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Katılımcıların MMAS-8 puan ortalamaları cinsiyete göre değerlendirildiğinde; kadınlar lehine yükseklik olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmedi ($p=0,889$), medeni duruma göre değerlendirildiğinde bekâr/boşanmış/dul katılımcılar lehine yükseklik olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmedi ($p=0,372$). Çalışan katılımcıların puan ortalaması diğer katılımcılara göre daha düşük olmasına rağmen anlamlı değerlendirilmedi ($p=0,657$). Yan etki görülme durumuna göre değerlendirildiğinde yan etki görülmeyenler lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($p<0,001$). GİS ilacı kullanan kişilerin MMAS-8 puanları daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,212$). MMAS-8 ile sosyodemografik veriler ve yan etki durumu karşılaştırılması Tablo 4.9. gösterilmiştir.

Tablo 4.9. MMAS-8 ile Sosyodemografik Veriler ve Yan Etki Durumu Karşılaştırılması

Sosyodemografik Veriler, Yan Etki Durumu		n	MMAS-8 Puanı Ort±SS	p değeri
Cinsiyet	Kadın	149	6,13±1,84	0,889*
	Erkek	112	6,06±1,99	
Medeni Durum	Evli	189	6,01±1,98	0,372*
	Bekâr/boşanmış/dul	72	6,35±1,66	
Eğitim Durumu	Yok	31	6,00 ±1,71	0,854**
	İlköğretim	134	6,22±1,81	
	Lise	47	5,94±2,14	
	Üniversite	49	6,02±2,07	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	5,97±1,95	0,657**
	Çalışmıyor	107	6,15±1,67	
	Emekli	95	6,14±2,13	
Sigara Kullanımı	Evet	69	5,96±1,88	0,331*
	Hayır	192	6,16±1,91	
Yan Etki görüldü mü?	Evet	104	5,36±2,04	<0,001*
	Hayır	157	6,60±1,64	
GİS İlacı kullanıyor mu?	Evet	136	6,27±1,77	0,212*
	Hayır	125	5,92±2,03	

*Man Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma, GİS=Gastrointestinal Sistem, MMAS-8= Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği

Katılımcıların GSDÖ total puanı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olup aradaki fark anlamlı değerlendirilmiştir ($p=0,004$), medeni duruma göre değerlendirildiğinde evli olmayan katılımcılar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı değerlendirilmemiştir ($p=0,333$). Sigara kullanımına göre değerlendirildiğinde sigara kullananlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı değerlendirilmemiştir ($p=0,204$). İlaçlarını düzenli kullanım durumlarına göre değerlendirildiğinde ilaçlarını bazen/sık sık aksatanlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($p<0,001$). GSDÖ total puanı ile sosyodemografik veriler ve ilaçlarını düzenli kullanım durumu karşılaştırılması Tablo 4.10. gösterilmiştir.

Tablo 4.10. GSDÖ Total Puanı ile Sosyodemografik Veriler İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması

Sosyodemografik Veriler, İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu		n	GSDÖ Total Puanı Ort±SS	p değeri
Cinsiyet	Kadın	149	29,66±12,54	0,004*
	Erkek	112	25,21±9,65	
Medeni Durum	Evli	189	27,32±11,01	0,333*
	Bekâr/boşanmış/dul	72	28,88±12,98	
Eğitim Durumu	Yok	31	30,45 ±12,40	0,145**
	İlköğretim	134	26,45±11,31	
	Lise	47	27,83±9,06	
	Üniversite	49	29,51±13,58	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	28,80±12,84	0,006**
	Çalışmıyor	107	29,99±12,37	
	Emekli	95	24,57±8,95	
Sigara Kullanımı	Evet	69	28,64±10,63	0,204*
	Hayır	192	27,43±11,91	
İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu	Daima Düzenli Kullanan	183	25,94±10,39	<0,001*
	Bazen aksatan/sık sık aksatan	78	31,99±13,10	

*Man Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Katılımcıların GSDÖ'nün alt boyutu karın ağrısı ile alakalı soruların toplam puanı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı değerlendirilmiştir ($p=0,004$). Medeni duruma göre değerlendirildiğinde evli olmayanlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı saptanmamıştır ($p=0,713$). Sigara kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde sigara kullananlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p=0,354$). İlaçlarını düzenli kullanım durumlarına göre değerlendirildiğinde ilaçlarını bazen/sık sık aksatanlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($p=0,001$). GSDÖ'nün alt boyutu karın ağrısı ile sosyodemografik veriler ve ilaçlarını düzenli kullanım durumu karşılaştırılması Tablo 4.11.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.11. GSDÖ'nün Alt Boyutu Karın Ağrısı ile Sosyodemografik Veriler ve İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması

Sosyodemografik Veriler, İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu		n	Karın Ağrısı Puanı Ort±SS	p değeri
Cinsiyet	Kadın	149	5,40±3,25	0,004*
	Erkek	112	4,23±1,99	
Medeni Durum	Evli	189	4,74±2,51	0,713*
	Bekâr/boşanmış/dul	72	5,33±3,52	
Eğitim Durumu	Yok	31	5,77 ±3,17	0,136**
	İlköğretim	134	4,78±2,99	
	Lise	47	4,57±2,04	
	Üniversite	49	4,98±2,81	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	5,08±2,68	0,014**
	Çalışmıyor	107	5,53±3,51	
	Emekli	95	4,07±1,65	
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	69	5,13±2,97	0,354*
	Kullanmıyor	192	4,82±2,79	
İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu	Daima Düzenli Kullanan	183	4,54±2,57	0,001*
	Bazen aksatan/sık sık aksatan	78	5,74±3,24	

*Man Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Katılımcıların GSDÖ'nün alt boyutu reflü ile alakalı soruların toplam puanı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı değerlendirilmiştir ($p=0,036$). Medeni duruma göre değerlendirildiğinde evli olmayanlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p=0,752$). Sigara kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde sigara kullananlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p=0,954$). İlaçlarını düzenli kullanım durumlarına göre değerlendirildiğinde ilaçlarını bazen/sık sık aksatanlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($p=0,001$). GSDÖ'nün alt boyutu reflü ile sosyodemografik veriler ve ilaçlarını düzenli kullanım durumu karşılaştırılması Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. GSDÖ'nün Alt Boyutu Reflü ile Sosyodemografik Veriler ve İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması

Sosyodemografik Veriler, İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu		n	Reflü Puanı Ort±SS	p değeri
Cinsiyet	Kadın	149	4,28±2,83	0,036*
	Erkek	112	3,43±2,06	
Medeni Durum	Evli	189	3,94±2,59	0,752*
	Bekâr/boşanmış/dul	72	3,86±2,50	
Eğitim Durumu	Yok	31	5,06 ±3,42	0,063**
	İlköğretim	134	3,76±2,48	
	Lise	47	3,21±1,91	
	Üniversite	49	4,29±2,47	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	3,98±2,43	0,184**
	Çalışmıyor	107	4,36±2,99	
	Emekli	95	3,38±1,96	
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	69	3,84 ±2,48	0,954*
	Kullanmıyor	192	3,94±2,59	
İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu	Daima Düzenli Kullanan	183	3,57±2,33	0,001*
	Bazen aksatan/sık sık aksatan	78	4,72±2,90	

*Man Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.
Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Katılımcıların GSDÖ'nün alt boyutu hazımsızlık ile alakalı soruların toplam puanı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı değerlendirilmemiştir (p=0,372). Medeni duruma göre değerlendirildiğinde evli olanlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı kabul edilmemiştir (p=0,990). Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde üniversite mezunu olanlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı değerlendirilmemiştir (p=0,225). Sigara kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde sigara kullananlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir (p=0,489). İlaçlarını düzenli kullanım durumlarına göre değerlendirildiğinde ilaçlarını bazen/sık sık aksatanlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir (p<0,001). GSDÖ'nün alt boyutu hazımsızlık ile sosyodemografik veriler ve ilaçlarını düzenli kullanım durumu karşılaştırılması Tablo 4.13'de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. GSDÖ'nün Alt Boyutu Hazımsızlık ile Sosyodemografik Veriler ve İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması

Sosyodemografik Veriler, İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu		n	Hazımsızlık Puanı Ort±SS	p değeri
Cinsiyet	Kadın	149	8,68±4,93	0,372*
	Erkek	112	8,10±4,41	
Medeni Durum	Evli	189	8,48±4,78	0,990*
	Bekâr/boşanmış/dul	72	8,29±4,58	
Eğitim Durumu	Yok	31	8,45 ±4,47	0,225**
	İlköğretim	134	8,03±4,80	
	Lise	47	8,91±4,39	
	Üniversite	49	9,04±4,94	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	8,85±4,87	0,286**
	Çalışmıyor	107	8,86±5,11	
	Emekli	95	7,68±4,06	
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	69	8,72±4,64	0,489*
	Kullanmıyor	192	8,32±4,75	
İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu	Daima Düzenli Kullanan	183	7,60±4,17	<0,001*
	Bazen aksatan/sık sık aksatan	78	10,38±5,33	

*Man Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Katılımcıların GSDÖ'nün alt boyutu kabızlık ile alakalı soruların toplam puanı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı değerlendirilmiştir ($p=0,004$). Medeni duruma göre değerlendirildiğinde evli olmayanlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı kabul edilmemiştir ($p=0,189$). Sigara kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde sigara kullananlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p=0,674$). İlaçlarını düzenli kullanım durumlarına göre değerlendirildiğinde ilaçlarını bazen/sık sık aksatanlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p=0,347$). GSDÖ'nün alt boyutu kabızlık ile sosyodemografik veriler ve ilaçlarını düzenli kullanım durumu karşılaştırılması Tablo 4.14'de gösterilmiştir.

Tablo 4.14. GSDÖ'nün Alt Boyutu Kabızlık ile Sosyodemografik Veriler ve İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu Karşılaştırılması

Sosyodemografik Veriler, İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu		n	Kabızlık Puanı Ort±SS	p değeri
Cinsiyet	Kadın	149	6,95±4,66	0,004*
	Erkek	112	5,48±4,04	
Medeni Durum	Evli	189	6,08±4,34	0,189*
	Bekâr/boşanmış/dul	72	6,93±4,73	
Eğitim Durumu	Yok	31	7,58 ±4,95	0,272**
	İlköğretim	134	5,96±4,31	
	Lise	47	6,28±4,13	
	Üniversite	49	6,53±4,79	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	6,36±4,49	0,014**
	Çalışmıyor	107	6,98±4,56	
	Emekli	95	5,55±4,24	
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	69	6,57±4,67	0,674*
	Kullanmıyor	192	6,23±4,39	
İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu	Daima Düzenli Kullanan	183	6,19±4,46	0,347*
	Bazen aksatan/sık sık aksatan	78	6,62±4,47	

*Man Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.
Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Katılımcıların GSDÖ'nün alt boyutu ishal ile alakalı soruların toplam puanı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı değerlendirilmemiştir ($p=0,338$). Medeni duruma göre değerlendirildiğinde evli olmayanlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı kabul edilmemiştir ($p=0,346$). Çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde çalışanlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı kabul edilmemiştir ($p=0,718$). Sigara kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde sigara kullananlar lehine yükseklik olmasına rağmen aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p=0,326$). İlaçlarını düzenli kullanım durumlarına göre değerlendirildiğinde ilaçlarını bazen/sık sık aksatanlar lehine yükseklik olup aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p=0,123$). GSDÖ'nün alt boyutu ishal ile sosyodemografik veriler ve ilaçlarını düzenli kullanım durumu karşılaştırılması Tablo 4.15'de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. GSDÖ'nün Alt Boyutu İshal ile Sosyodemografik Veriler Karşılaştırılması

Sosyodemografik Veriler, İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu		n	İshal Puanı Ort±SS	p değeri
Cinsiyet	Kadın	149	4,35±2,89	0,338*
	Erkek	112	3,96±2,29	
Medeni Durum	Evli	189	4,08±2,50	0,346*
	Bekâr/boşanmış/dul	72	4,46±3,01	
Eğitim Durumu	Yok	31	3,58 ±1,64	0,010**
	İlköğretim	134	3,91±2,32	
	Lise	47	4,85±2,86	
	Üniversite	49	4,67±3,54	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	59	4,53±3,10	0,718**
	Çalışmıyor	107	4,26±2,84	
	Emekli	95	3,88±2,06	
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	69	4,38±2,83	0,326*
	Kullanmıyor	192	4,11±2,59	
İlaçlarını Düzenli Kullanım Durumu	Daima Düzenli Kullanan	183	4,04±2,50	0,123*
	Bazen aksatan/sık sık aksatan	78	4,53±2,97	

*Man Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.
Ort= Ortalama, SS=Standart Sapma

Yapılan Spearman korelasyon analizinde yaş, kronik hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı ile MMAS-8 total puanları arasındaki ilişki anlamlı olarak değerlendirildi. Yaş ile MMAS-8 total puanı arasında pozitif zayıf korelasyon ($p=0,008$), kronik hastalık sayısı ve kullandığı ilaç sayısı ile MMAS-8 total puanı arasında negatif zayıf korelasyon (sırasıyla $p=0,003$; $p=0,013$) saptanmıştır. VKİ ile MMAS-8 total puanı arasındaki ilişki anlamlı olarak değerlendirilmedi ($p=0,225$). GSDÖ total puanı ve bu ölçeğin alt boyutlarından karın ağrısı, reflü, hazımsızlık, ishal puanları ile MMAS-8 total puanı arasındaki ilişki anlamlı olarak değerlendirildi. GSDÖ total puanı ve bu ölçeğin alt boyutlarından karın ağrısı, reflü, hazımsızlık, ishal puanları ile MMAS-8 total puanı arasında negatif korelasyon saptandı (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,015$). MMAS-8 Total Puanın Karşılaştırması Tablo 4.16’da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. MMAS-8 Total Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması

Parametre	MMAS-8 Total Puanı Korelasyon		p değeri
	Sayı	r değeri	
Yaş	261	0,164	0,008*
VKİ	261	-0,075	0,225*
Kullanılan İlaç sayısı	261	-0,154	0,013*
Kronik hastalık sayısı	261	-0,185	0,003*
GSDÖ total puanı	261	-0,313	<0,001*
GSDÖ karın ağrısı puanı	261	-0,262	<0,001*
GSDÖ reflü puanı	261	-0,265	<0,001*
GSDÖ hazımsızlık puanı	261	-0,289	<0,001*
GSDÖ kabızlık puanı	261	-0,080	0,195*
GSDÖ ishal puanı	261	-0,151	0,015*

*Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, MMAS-8= Morisky 8- Maddeli İlaç Uyum Ölçeği, VKİ= Vücut Kitle İndeksi

Yapılan Spearman korelasyon analizinde yaş, VKİ ile GSDÖ total puanı arasındaki ilişki anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Yaş ile GSDÖ total puanı arasında negatif zayıf korelasyon ($p=0,003$), VKİ ile GSDÖ total puanı arasında pozitif zayıf korelasyon ($p=0,027$) saptanmıştır. GSDÖ Total Puanının Karşılaştırması Tablo 4.17’de gösterilmiştir.

Tablo 4.17. GSDÖ Total Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması

GSDÖ Total Puanı Korelasyon			
Parametre	Değerleri		p değeri
	Sayı	r değeri	
Yaş	261	-0,182	0,003*
VKİ	261	0,137	0,027*
Kullanılan İlaç sayısı	261	0,073	0,238*
Kronik hastalık sayısı	261	0,050	0,427*
MMAS-8 Total Puanı	261	-0,313	<0,001*

*Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, MMAS-8= Morisky 8- Maddeli İlaça Uyum Ölçeği, VKİ= Vücut Kitle İndeksi

Yaş, kullanılan ilaç sayısı MMAS-8 ile GSDÖ karın ağrısı alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmış olup (sırasıyla $p=0,004$; $p=0,036$; $p<0,001$), yaş ve MMAS-8 total puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf korelasyon, kullanılan ilaç sayısı ile karın ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf korelasyon saptanmıştır. GSDÖ Karın Ağrısı Alt Boyut Puanının Karşılaştırması Tablo 4.18’de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. GSDÖ Karın Ağrısı Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması

GSDÖ Karın Ağrısı Alt Boyut			
Parametre	Puanı Korelasyon Değerleri		p değeri
	Sayı	r değeri	
Yaş	261	-0,176	0,004*
VKİ	261	0,119	0,054*
Kullanılan İlaç sayısı	261	0,130	0,036*
Kronik hastalık sayısı	261	0,065	0,298*
MMAS-8 Total Puanı	261	-0,262	<0,001*

*Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, MMAS-8= Morisky 8- Maddeli İlaça Uyum Ölçeği, VKİ= Vücut Kitle İndeksi

Yaş, MMAS-8 ile GSDÖ reflü alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmış olup yaş ve MMAS-8 total puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf negatif korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $p=0,022$; $p<0,001$). GSDÖ reflü alt boyut puanı korelasyon değerleri karşılaştırması Tablo 4.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. GSDÖ Reflü Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması

Parametre	GSDÖ Reflü Alt Boyut Puanı		p değeri
	Korelasyon Değerleri		
	Sayı	r değeri	
Yaş	261	-0,142	0,022*
VKİ	261	0,076	0,222*
Kullanılan İlaç sayısı	261	0,010	0,869*
Kronik hastalık sayısı	261	0,036	0,568*
MMAS-8 Total Puanı	261	-0,265	<0,001*

*Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, MMAS-8= Morisky 8- Maddeli İlaça Uyum Ölçeği, VKİ= Vücut Kitle İndeksi

Yaş, VKİ, MMAS-8 ile GSDÖ hazımsızlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmış olup yaş ve MMAS-8 total puanı ile GSDÖ hazımsızlık alt boyutu puanı arasında negatif zayıf korelasyon (sırasıyla $p=0,001$; $p<0,001$), VKİ ile GSDÖ hazımsızlık alt boyutu puanı arasında pozitif zayıf korelasyon bulunmuştur($p=0,012$). GSDÖ hazımsızlık alt boyut puanı korelasyon değerleri karşılaştırması Tablo 4.20’de gösterilmiştir.

Tablo 4.20. GSDÖ Hazımsızlık Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması

Parametre	GSDÖ Hazımsızlık Alt Boyut		p değeri
	Puanı Korelasyon Değerleri		
	Sayı	r değeri	
Yaş	261	-0,196	0,001*
VKİ	261	0,155	0,012*
Kullanılan İlaç sayısı	261	0,075	0,229*
Kronik hastalık sayısı	261	0,012	0,850*
MMAS-8 Total Puanı	261	-0,289	<0,001*

*Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, MMAS-8= Morisky 8- Maddeli İlaça Uyum Ölçeği, VKİ= Vücut Kitle İndeksi

Yaş, VKİ, kullanılan ilaç sayısı, kronik hastalık sayısı ve MMAS-8 ile GSDÖ kabızlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır. GSDÖ kabızlık alt boyut puanı korelasyon değerleri karşılaştırması Tablo 4.21’de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. GSDÖ Kabızlık Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması

Parametre	GSDÖ Kabızlık Alt Boyut Puanı		p değeri
	Korelasyon Değerleri		
	Sayı	r değeri	
Yaş	261	0,021	0,740*
VKİ	261	0,101	0,103*
Kullanılan İlaç sayısı	261	0,002	0,972*
Kronik hastalık sayısı	261	0,003	0,958*
MMAS-8 Total Puanı	261	-0,080	0,195*

*Spearman Korelasyon Analizi, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.
GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, MMAS-8= Morisky 8- Maddeli İlaça Uyum Ölçeği, VKİ= Vücut Kitle İndeksi

Yaş, MMAS-8 ile GSDÖ ishal alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmış olup yaş ve MMAS-8 total puanı ile GSDÖ ishal alt boyutu puanı arasında negatif zayıf korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $p < 0,001$; $p = 0,015$). GSDÖ ishal alt boyut puanı korelasyon değerleri karşılaştırması Tablo 4.22’de verilmiştir.

Tablo 4.22. GSDÖ İshal Alt Boyut Puanı Korelasyon Değerleri Karşılaştırması

Parametre	GSDÖ İshal Alt Boyut Puanı		p değeri
	Korelasyon Değerleri		
	Sayı	r değeri	
Yaş	261	-0,240	<0,001*
VKİ	261	0,047	0,447*
Kullanılan İlaç sayısı	261	0,040	0,522*
Kronik hastalık sayısı	261	-0,024	0,695*
MMAS-8 Total Puanı	261	-0,151	0,015*

*Spearman Korelasyon Analizi, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.
GSDÖ= Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği, MMAS-8= Morisky 8- Maddeli İlaça Uyum Ölçeği, VKİ= Vücut Kitle İndeksi

5. TARTIŞMA

Dünya nüfusu geçen yıllara göre daha hızlı yaşlanmaktadır. Ülkemizde ve dünyada yaşlı popülasyon giderek artmaktadır (56). Böylece kronik hastalık prevalansı ve polifarmasi de giderek artış göstermektedir. Polifarmasi ile alakalı fazla miktarda çalışma bulunmaktadır ancak bu çalışmaların birçoğu yaşlı popülasyona yöneliktir. Bizim çalışmamızda 18-85 yaş arası çoklu ilaç kullanımı olan ve dahil edilme kriterlerine uyan tüm erişkin hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma bulgularımızda 65 yaş altında kişilerin de polifarmasiye maruz kaldığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan katılımcılarda en az bir kronik hastalık bulunurken, ortalama kronik hastalık sayısı 2,67 gelmiştir. Katılımcıların %46'sında en fazla 2 tane kronik hastalık, %54'ünde en az 3 tane kronik hastalık saptanmıştır. Katılımcılarda görülen en sık kronik hastalıklar hipertansiyon, kalp hastalığı, DM olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında 65 yaş ve üzeri kişilere yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların %92,1'inin en az bir tane kronik hastalığa sahip olduğu saptanmış (57). Kronik hastalığı olup birden fazla ilaç kullanan kişilere yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan hastaların %65,52'si hipertansiyon, %45,18'i DM, %30,90'u astım tanısı olduğu saptanmış (58). 65 yaş ve üzeri kişilere yapılmış başka bir çalışmada kişilerin %63'ünde hipertansiyon tanısının olduğu saptanmıştır (59). Hipertansiyonun en sık görülen kronik hastalık olması çalışmamızda da saptanmış olup literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan katılımcıların ortalama kullandıkları ilaç sayısı 6 olup, 65 yaş ve üzeri HT tanısı olan kişilere yapılan bir çalışmada, %44'ünün beşten fazla ilaç kullandığı bulunmuş (60). Kronik hastalığı olup en az bir tane ilaç kullanan kişilere yapılan bir çalışmada ise ortalama kullanılan ilaç sayısı 3,76 saptanmış (58). Bizim çalışmamızda dört ve daha fazla sayıda ilaç kullanan kişiler çalışmaya alındığı için ortalama sayı diğer çalışmalara göre daha fazla çıktığı düşünüldü.

Çalışmamızda kadınların kullandığı ilaç sayısının daha fazla olmasına rağmen cinsiyet ile kullanılan ilaç sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. 65 yaş üzeri kişilere yapılmış bir çalışmada 5 ve daha fazla sayıda ilaç kullananların kadınlarda daha fazla olduğu saptanmış (61). Bayram ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlara daha fazla reçete yazıldığını ve yazılan reçetelerde de yazılan ortalama ilaç sayısının kadınlarda daha fazla olduğu saptanmış (62). Çalışmamızda kadınların kullandığı ilaç sayısının daha fazla olmasına rağmen anlamlı çıkmaması, çalışmaya dört ilahtan daha az sayıda ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan kişiler dahil edilmediğinden olabileceği düşünüldü.

Kullanılan ilaç sayısı, eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde ise lise ve üzeri eğitim düzeyi olan kişilerin lise ve daha az eğitim düzeyi olanlara göre daha az sayıda ilaç kullandıkları istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. 65 yaş ve üzeri kişilere yapılan bir çalışmada ise öğrenim durumu ile kullanılan ilaç sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış (59). Esin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ilkökul mezunlarının ilaç kullanmaya daha eğilimli olduklarını saptamıştır (63). Yılmaz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada üniversite mezunlarının daha fazla sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olduğunu bulmuştur (64). Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin sağlıklı olmak için daha faydalı alışkanlıklara önem vermesinden kaynaklı, bu kişilerin kullandığı ilaç sayısının daha az saptanmış olabileceği düşünüldü.

Katılımcıların %70,1'i ilaçlarını daima düzenli kullandığını %29,9'u ilaçları kullanırken aksattıklarını ifade etmiştir. İlaç kullanımında aksama yaşadığını belirten hastaların çoğunluğu unuttuğu için aksattığını belirtmiştir. Ankara merkezli 2005 yılında yaşlı bireylere yapılmış bir çalışmaya göre katılımcıların %76,5'i ilaçlarını daima düzenli kullandığını belirtmiş (65). Kronik hastalığı olup en az bir tane ilaç kullanan kişilere yapılan bir çalışmada katılımcıların %53,86'sı ilaçlarını düzenli olarak kullandığını söylerken, %44,73'ü unutkanlık nedeniyle ilaçlarını düzenli kullanamadığı saptanmıştır (58). Öztaş ve arkadaşları sağlık okuryazarlığı ile ilgili yaptıkları çalışmada düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin ilaçlarını almayı unutma davranışı için risk faktörü olduğunu bulmuştur (66). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde kişilerin ilaç kullanmayı aksatma nedeni çoğunlukla kişilerin ilaç kullanmayı unutmasından kaynaklı olduğu görülmüştür ve bu durumun nedeninin sağlık okuryazarlığının düşük olmasından olabileceği düşünüldü.

Çalışmaya katılan katılımcıların %21,5'nin reçetesiz ilaç kullandığı saptanmış olup en sık kullanılan reçetesiz ilaçların antiromatizmal/analjezikler olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bizim çalışmamızdaki oranlara benzer şekilde

Varlı ve arkadaşlarının geriatrik hastalara yaptığı çalışmada reçetesiz ilaç kullanımı sıklığını %20,62 olarak saptamış (67). Huzurevinde yaşayan 65 yaş kişilere yapılan bir çalışmada reçetesiz ilaç kullanım oranı %25,5 olarak saptanmış ve en sık kullanılan reçetesiz ilaçların analjezik-antienflamatuvar grubunun oluşturduğu saptanmış (68). Güneş ve arkadaşlarının yaşlı bireylere yaptığı çalışmada ise reçetesiz ilaç kullanım oranı %35 saptanmıştır (69). Çalışmamızın bu bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. Ancak çalışmaya bitkisel tedaviler dahil edilmemiş olup dahil edildiğinde daha yüksek oranların çıkması beklenmektedir.

Çalışmamızda yaş arttıkça MMAS-8 puanının arttığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, yaş artışı ile tedavi uyumunda artış arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir (70). Birden fazla sayıda ilaç kullanan kişilere yapılan çalışmada 65 yaş altındaki kişilerin 65 yaş üzerindeki kişilere göre ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuş (58). Çalışmamızın bu bulgusunu destekleyen ve desteklemeyen çeşitli çalışmalar olup bu farklılığın kişiler arası demografik verilerin farklılığından olabileceği düşünüldü.

Çalışmamıza katılan katılımcıların kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça MMAS-8 puanının azaldığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında da kullanılan ilaç sayısının artması ile ilaca uyumun azaldığı gösterilmiş çalışmalar mevcuttur. Kronik hastalığı olanlara yapılan bir çalışmada kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastaların tedaviye uyumlarının azaldığı bulunmuş (58). HT hastalığı olan yaşlı bireylere yapılan bir çalışmada da kullanılan ilaç sayısı ile tedavi uyumu arasında negatif korelasyon saptanmış (71). Çalışmamızın bu bulguları literatürle benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %39,8'i yan etki ile karşılaşmıştır. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça katılımcıların yan etki ile karşılaşmalarının arttığı ve yan etki ile karşılaşma arttıkça MMAS-8 puanının azaldığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında 65 yaş ve üzeri kişilere yapılmış bir çalışmada ilaç kullanan kişilerin %74,8'inde ilaca bağlı yan etki saptanmış (72). Başka bir çalışmada ise ilaç yan etki gelişme riskinin iki ilaç kullanan kişilerde %15'e, beş ilaç kullanan kişilerde %58'e, yedi ve daha çok sayıda ilaç kullanan kişilerde %82'lere kadar çıktığı gösterilmiş (5). Yılmaz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ilaç uyumu

düşük kişilerin ilaç uyumu yüksek kişilere göre daha fazla yan etki ile karşılaştığını saptamış (73).

Katılımcılardan yan etki ile karşılaşanların en sık karşılaştığı yan etkiler çalışmamızda da GİS ile alakalı yan etkiler olup yan etki ile karşılaşan kişilerin %74,5'ini kapsamaktadır. Huzurevindeki yaşlılara yapılan bir çalışmada ilaç kullanan yaşlıların %26,7'sinde yan etki geliştiğini, yan etki deneyimleyenlerin %75'inin mide şikayetleri olduğu saptanmış (74). GİS yan etkileri genellikle çok önemsenmese de ilaç yan etkisi olarak çok sık karşılaşıldığı görüldü.

Çalışmamızda GSDÖ total puanı ve alt boyutlarından karın ağrısı, reflü, kabızlık semptomlarının kadınlarda derecesinin daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. 50 yaş ve üzeri üst GİS semptomları olan kişilere yapılan bir çalışmada kadın popülasyonun fazla olduğu görülmüş (75). Oğuz ve arkadaşlarının 2203 hastanın dahil edildiği çalışmasında da GİS semptomlarının kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmış (76). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise GİS semptomlarının görülme sıklığının kadınlarda üç kat fazla olduğu bulunmuş (77). Literatürde görüldüğü gibi çalışmamızda da görüyoruz ki kadınlar gastrointestinal semptomlarla erkeklere göre daha sık ve şiddetli karşılaşmaktadır.

Çalışmamızda GSDÖ'nün total puanı ile yaş arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Karın ağrısı, reflü, hazımsızlık ve ishal semptomlarının derecesinin genç kişilerde daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Kabızlık semptomunun derecesi istatistiksel olarak yaş ile anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında ise yaşlanma ile gastrointestinal sistemde birçok değişiklik olacağını, yavaşlayacağını ve semptomların derecesi yaşlanma ile artacağını göstermektedir (78–80). Ülkemizde 3369 kişiye yapılan bir çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer şekilde üst GİS semptomlarının yaş arttıkça azaldığı bulunmuş (77). Aytaç ve arkadaşları yaptığı çalışmada ise ilaca bağlı özefagusla alakalı patolojilerin çoğunluğunu yaşlı bireyler olduğunu saptamış (81). Başka bir çalışmada ise yaşlanma ile reflü prevelansının arttığını ancak semptomlarının daha az şiddetli ve nonspesifik hale geldiği savunulmuştur (82). Farklı çalışmalarda farklı sonuçlar çıkmış olsa da yaşlanma ile gastrointestinal sistem daha da hassas hale gelmektedir ancak bu semptomları ifade

ederken sözel ifade ile sorguladığımız için farklı sonuçlar çıkmış olabileceği düşünüldü.

GSDÖ total puanı ve alt boyutlarından karın ağrısı ve kabızlık puanı, çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde emekli kişilerin çalışan ve çalışmayan kişilere göre puanının daha düşük olduğu görüldü. Emekli popülasyonun büyük çoğunluğu yaşlı kesimden oluşmuş olup bu farklılığın sebebinin çalışmamızda yaşlılarda GİS semptomlarının şiddetinin daha az olmasından olabileceği düşünüldü.

Araştırmamızda VKİ ile GSDÖ total puanı ve GSDÖ alt boyutlarından hazımsızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Sezgin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada VKİ arttıkça üst GİS semptomlarının arttığı saptanmış (77). Reflü semptomlarının prevalansının araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında obez bireylerde reflü semptomlarının arttığı saptanmış (83). Amerika ve Avustralya 'da yapılan farklı iki çalışmada da VKİ artışı ile üst GİS semptomları, şişkinlik ve ishal semptomları arasında pozitif ilişki saptanmış (84,85). Çalışmamızın bu bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda katılımcıların %54,8'i antikoagülan ilaç, %43,3'ü antiromatizmal/analjezik ilaçlar kullanmaktadır. Bu ilaçların GİS'te kanamaya kadar olabilen gastrointestinal sisteme yan etkileri vardır. Uz ve arkadaşları konstipasyona sahip kişilere yaptıkları çalışmada katılımcıların en sık kullandıkları ilacın aspirin olduğunu saptamış (49). 60 yaş ve üzeri kişilere yapılan çalışmada cox-2 inhibisyonu yapan ilaç kullanan kişilerin ilaca maruz süresi arttıkça gastrointestinal risklerinin arttığı saptanmış (86). Riskli hastalara yan etkileri ve oluşabilecek ciddi gastrointestinal komplikasyonları önlemek için gastrik profilaksi uygulanmaktadır (87).

Çalışmamıza katılanların %52,1'nin GİS ile alakalı ilaç kullandığı görülmüştür. Katılımcıların kullandıkları ilaç sayısı arttıkça GİS ile alakalı ilaç kullanımlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Arı ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yazılan reçetelerin %12.84'nde proton pompa inhibitörünün (PPI) yer aldığı saptamıştır (88). Araştırmamızda kullanılan ilaç sayısı ve kronik hastalık sayısı ile gastrointestinal semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kullanılan ilaç sayısı fazlalığından ortaya çıkacak gastrointestinal semptomları GİS ile alakalı ilaç kullanımı önlemiş olabileceği düşünüldü.

GİS ile ilgili ilaç kullanan kişilerin MMAS-8 puanının daha yüksek çıkmasına rağmen aradaki fark anlamlı saptanmamıştır. İlaç uyumu yüksek çıkan kişilerde gastrointestinal semptomların derecesinin daha düşük olduğu saptanmış olup gastrointestinal semptomlar attıkça ilaç uyumunun azaldığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Gürçay ve arkadaşları yaptığı çalışmada hastaların kullandığı ilaca karşı uyumsuzluğunun en sık sebeplerinden birinin gastrointestinal yan etkiler olduğunu saptamış (89). Çoğu ilacın genellikle hafif derecede GİS ile alakalı yan etkileri bulunur. Bu yan etkiler kişilerin hayatını ciddi etkilemese de hayat kalitesini bozabilmektedir ve bu durum kullandıkları ilaca karşı kullanmama isteği oluşturabilir. Hastalıkların tedavisinde GİS yan etkileri daha az olan ilaçların tercih edilmesi tedaviye uyumsuz olan hastalarda tedavi alternatifleri olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılığı olarak, GİS ile alakalı herhangi bir hastalığı olmamasına rağmen fazla ilaç kullandığı için profilaktik amaçlı GİS ile alakalı ilaç kullanımı fazla sayıda mevcut idi. Bu durum GSDÖ'nün sonucunu etkileyebileceği düşünüldü.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Polifarmasi ile ilgili çalışmaların çoğu yaşlı popülasyona yapılmıştır. 65 yaş altı kişilerin dahil edildiği çalışma sayısı azdır. Çalışmamızda 65 yaş altında birçok kişinin polifarmasiye maruz kaldığı bulunmuştur. Gelecekte tüm popülasyonun dahil edildiği geniş örneklemli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastaların yan etki ile karşılaşmalarının arttığı ve tedaviye uyumlarının azaldığı görülmüştür. Aile hekimlerinin kronik hastalığı olan hastalarının takiplerinde polifarmasi, ilaç yan etkileri ve ilaç uyumlarını yakından takip etmeleri gerektiği önerilmektedir.

Yan etki ile karşılaşanların en sık karşılaştığı yan etkilerin gastrointestinal yan etkiler olduğu görülmüştür. Genellikle çok ciddi bir duruma neden olmayan bu etkilerin derecesinin artışının ilaç uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu nedenle hekimler hastalara tedavi başlarken GİS’de semptom daha az oluşturacak ilacı tercih etmeli ve hasta bu konuda bilgilendirilmelidir.

7. KAYNAKÇA

1. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014;2(2):62–70.
2. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. Br J Clin Pharmacol. 2007;63(2):187.
3. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. Klinik Gelişim. 2012;25(3):18–23.
4. Demiray Kara D, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Evaluation of medication adherence in adults who use multiple medications in the context of illness perception, acknowledgement and attitude Characteristics. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2017;11(4):227–34.
5. Masoodi NA. Polypharmacy: to err is human, to correct divine. British Journal of Medical Practitioners. 2008;1(1):6–9.
6. Saberi HR, Moravveji AR. Gastrointestinal complaints in shift-working and day-working nurses in Iran. J Circadian Rhythms. 2010;8(0):9.
7. Tanrıöver Ö. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2017;9(6):31–3.
8. Yıldırım AB, Kılınç AY. Polypharmacy and drug interactions in elderly patients. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology. 2017;45(Suppl 5):17–21.
9. Guillot J, Maumus-Robert S, Bezin J. Polypharmacy: A general review of definitions, descriptions and determinants. Therapies. 2020;75(5):407–16.
10. Bjerrum L, Sogaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: Correlations with sex, age and drug regimen. Eur J Clin Pharmacol. 1998;54(3):197–202.
11. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Meyboom-de Jong B. The development of polypharmacy. A longitudinal study. Fam Pract. 2000;17(3):261–7.
12. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. J Clin Epidemiol. 2002;55(8):809–17.
13. Older People national service framework Modern Standards and Service Models National Service Framework for Older People. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf (Access date: Apr 10, 2023)
14. Gürol Arslan G, Eşer İ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;21(2):147–57.
15. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. A guide for chronic disease Management: the chronic care model. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015 May ;23(1):66–75
16. Brager R, Sloan E. The spectrum of polypharmacy. Nurse Pract. 2005;30(6):44–50.
17. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, et al. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. J Am Geriatr Soc. 2004;52(1):93–8.

18. Ulley J, Harrop D, Ali A, Alton S, Fowler Davis S. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2019 ;19(1):15.
19. Elkin N. Yaşlılarda polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımına aile hekimliği yaklaşımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;11:279–90.
20. Chiang-Hanisko L, Tan JY, Chiang LC. Polypharmacy issues in older adults. *Hu Li Za Zhi* . 2014;61(3):97–104.
21. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):230.
22. Ünüvar S, Bayrak H, Aktay G. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2019;29(2):55–9.
23. Totur Dikmen B. Gastrointestinal sistemin yapı ve fonksiyonu (Bölüm 1). *Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda* (Editörler: Yıldız Fındık Ü, Ünver S, Eyi S). Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2019: 3–12.
24. Sönmez B. Özefagus fizyolojisi. *Ustadan Çırağa Özofagus Hastalıkları'nda* (Editör: Kalaycı T). Akademisyen Kitapevi Ankara; 2019: 15–6.
25. Tekin F, İlter T. Birinci basamakta akut karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 2015;19(3):161–70.
26. Demir M. Karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*. 2017;5(2):39–50.
27. Emet M, Eroğlu M, Aslan Ş, Öztürk G. Karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. *Eurasian J Med*. 2007;39:136–41.
28. Etçioğlu E, Aydın A. Birinci basamakta dispepsi şikayeti olan erişkin hastaya klinik yaklaşım. *Sakarya Medical Journal*. 2020;10(özel sayı):69–75.
29. Özden A. Dispepsi. *Güncel Gastroenteroloji*. 2012;16(4):272–82.
30. Uslan İ, Ellidokuz E. Birinci basamakta dispepsiye güncel yaklaşım. *Turkish Journal of Public Health*. 2003;12(6):215–7.
31. Özden A. Roma IV-2016, dispepsi tedavisine yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 2017;21(1):19–24.
32. Özaslan E. Dispepsi. *Türkiye Tıp Dergisi*. 2004;11(4):217–30.
33. Fidancı İ, Eren ŞÜ, İşcan G. Dispepsi hastalarında tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2016;49(2):72–8.
34. Özden A. Fonksiyonel dispepsi. *Güncel Gastroenteroloji*. 2012;16(4):283–90.
35. Aygin D. Bulantı ve kusma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2016;20(1).
36. Kasap E, Yüceyar H. Bulantı - kusma ve yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 2009;13(3):148–52.
37. Okçu N, Çiftel S. Gastroözofageal reflü hastalığı. *Güncel Gastroenteroloji*. 2016;20(2):161–8.
38. Maret-Ouda J, Markar SR, Lagergren J. Gastroesophageal reflux disease. *The Journal of the American Medical Association*. 2020;324(24):2565–2565.

39. Young A, Kumar MA, Thota PN. GERD: A practical approach. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(4):223–30.
40. Bor S. Consensus report on gastroesophageal reflux disease in Turkey. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2017;28(1):1–2.
41. Öktem Ayık S, Erdinç M. Gastroözofageal reflü hastalığı ve kronik öksürük. *Toraks Dergisi*. 2003;4(2):191–7.
42. Akyuz F, Mutluay Soyer O. How is gastroesophageal reflux disease classified? *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2017;28(1):10–1.
43. Yetim TD, Yetim İ. Gastroözefagial reflü hastalığı ve cerrahi tedavi. *Türk Toraks Dergisi*. 2005;293–9.
44. Dagli U, Kalkan IH. The role of lifestyle changes in gastroesophageal reflux diseases treatment. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2020;28(Supp1):S33–7.
45. Hritz I, Prónai L, Szalay F, Tulassay Z. Management of Reflux Disease in Clinical Praxis in Hungary. *Z Gastroenterol*. 2005;43(06):575–80.
46. Bor S, Kalkan IH. Medical treatment of gastroesophageal reflux disease. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2017;28(1):48–52.
47. Kaya N, Turan N. Reliability and Validity of Constipation Severity Scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2011;31(6):1491–501.
48. Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;14(1):39–46.
49. Uz Burak, Türkay Cansel, Bavbek Nüket, Işık Ayşe, Mustafa Erbayrak, Erkmen Uyar Mehtap. Kontipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2006;5(1):56–9.
50. Kara H. Laksatif ve pürgatifler. *Güncel Gastroenteroloji*. 2015;19(1):30–3.
51. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 2014;18(1):72–88.
52. Özütemiz AÖ. Birinci basamakta ishalleri hastaya yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 2015;19(3):150–6.
53. Sarıtaş Yüksel E, Topal F. Kronik diyare nedenleri. *Güncel Gastroenteroloji*. 2017;21(2):101–7.
54. Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işıkdöğün Z. Turkish validation study of Morisky 8-item medication adherence questionnaire (MMAS-8) in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Tüberk Toraks*. 2014;62(2):101–7.
55. Turan N, Aştı TA, Kaya N. Reliability and validity of the Turkish version of the gastrointestinal symptom rating scale. *Gastroenterology Nursing*. 2017;40(1):47–55.
56. Eser B, Küçük Aksu S. Yaşlanan nüfus, sorunlar ve politikalar: Türkiye için bir değerlendirme. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*. 2021;12(2):541–56.
57. Kaya A, Gamsızkan Z. Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayıları ile aile hekimliğine başvurularının incelenmesi: tek birimlik retrospektif çalışma. *Turkish Journal of Family Practice*. 2022;26(1):1–5.

58. Demirbaş N, Kutlu R. Treatment adherence and self-efficacy levels of adults using multiple drugs. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(2):269–80.
59. Gümüştakım RŞ, Ayhan Başer D. Multiple drug use in elderly in primary care: An example of rural field. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2019;23(1):2–8.
60. Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Compliance with drug treatment in geriatric patients with hypertension. *Medical Journal of Bakirkoy*. 2016;12(4):195–201.
61. Öztürk Z, Gülen Uğraş K. Drug use and polypharmacy in elderly patients. *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital*. 2017;27(2):103–8.
62. Bayram D, Vızdıklar C, Aydın V, İşli F, Akıcı A. Birinci basamakta reçeteleme trendi ve sık karşılaşılan tanılara ait reçetelerin incelenmesi: Türkiye verisi. *Cukurova Medical Journal Cukurova Med J*. 2020;45(2):695–708.
63. Esin MN, Bulduk S, Dural Ç, Şenolan G, Temel E. Erişkin bireylerin ilaç kullanma ile ilgili davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightale Hemşirelik Dergisi*. 2007;15(60):139–45.
64. Yılmaz F, Çağlayan Ç. The effects of healthy lifestyle on the quality of life among elderly. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(4):129–40.
65. Arpacı F, Açikel CH, Şimşek I. Ankara’da yaşayan bir grup yaşlının ilaç kullanım tutumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008;7(6):515–22.
66. Öztaş Ö, Korkmaz Aslan G. Yaşlı bireylerin ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili ilaç kullanım davranışları ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019;6(3):132–41.
67. Varlı M, Bahşi R, Doğan Ş, Uysal H, Subaşı Ş, Toper M, et al. Ayaktan geriatrik hastalarda reçetesiz ürün kullanımı. *Ankara Medical Journal*. 2017;(4):226–34.
68. Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda Tedaviye Uyum. *Türk Geriatri Derg*. 2006;9(3):177–81.
69. Güneş D, Kıyakç E. Yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2017;26(2):66–74.
70. Lee GKY, Wang HHX, Liu KQL, Cheung Y, Morisky DE, Wong MCS. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One*. 2013;8(4).
71. Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Gümüştas Karabulut Ö, Akyaman Kurt E. Yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;33(3):1–10.
72. Sofulu F, Karadakovan A. Geriatrik bireylerin polifarmasi ve ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2022;7(3):529–33.
73. Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012;20(2):93–103.
74. Gürol Arslan G, Eşer İ. Yaşlılara verilen eğitimin ilaç kullanım uyumuna etkisinin incelenmesi. *Türk Geriatri Derg*. 2005;8(3):134–40.
75. Savaş ES, Saraç ZF. 50 yaş ve üzeri hastalarda üst gastrointestinal sistem konvansiyonel radyografik görüntülemelerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 2020;59(3):202–8.

76. Oğuz D, Köksal AŞ, Özden A. Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda gastroözofageal reflü hastalığı görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2008;7(3):137–43.
77. Sezgin O, Akpınar H, Ozer B, Toruner M, Bal K, Bor S. Population-based assessment of gastrointestinal symptoms and diseases: Cappadocia Cohort, Turkey. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2020;30(12):1009–20.
78. Ağar A. Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2020;3(3):347–54.
79. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(2):19–23.
80. Varlı M. Yaşlıda sık görülen gastrointestinal problemler. *Klinik Gelişim*. 2012;25:56–65.
81. Aytaç Ş, Türkay C. İlaç kullanımına bağlı gelişen özofagus hasarı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2005;4(1):43–5.
82. Becher A, Dent J. Systematic review: ageing and gastro-oesophageal reflux disease symptoms, oesophageal function and reflux oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;33(4):442–54.
83. Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, Solaymani-Dodaran M, Bazzoli F, Ford AC. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*. 2018;67(3):430–40.
84. Delgado-Aros S, Locke GR, Camilleri M, Talley NJ, Fett S, Zinsmeister AR, et al. Obesity is associated with increased risk of gastrointestinal symptoms: a population-based study. *American Journal of Gastroenterology*. 2004;99(9):1801–6.
85. Talley NJ, Quan C, Jones MP, Horowitz M. Association of upper and lower gastrointestinal tract symptoms with body mass index in an Australian cohort. *Neurogastroenterology and Motility*. 2004;16(4):413–9.
86. Van Der Linden MW, Van Der Bij S, Welsing P, Kuipers EJ, Herings RMC. The balance between severe cardiovascular and gastrointestinal events among users of selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(5):668–73.
87. Gişi K, İspiroğlu M, Kantarçeker B. NSAID kullanan her hastada gastrik profilaksi gerekli mi? *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2020;15(3):69–75.
88. Arı H, Muratdağı G, İnci MB, Akar E, Ceylan A, Karadeniz F, et al. Sakarya’daki aile hekimliği uygulamalarından elde edilen proton pompa inhibitörleri reçete verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Journal of Human Rhythm*. 2020;6(3):138–46.
89. Gürçay E, Ekşioğlu E, Yüzer S, Bal A, Çakıcı. Ankilozan spondilitli hastalarda ilaç uyumunu ve uyumsuzluğunu etkileyen faktörle. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2006;52(4):163–7.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Özge BALLI ÖZTÜRK

Doğum yeri ve tarihi:

Medeni durumu:

E-posta:

Yabancı dili:

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

IV- Mesleki Deneyimi

9. EKLER

EK-1. ÇALIŞMA İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.06.2022-138677



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-86241737-100--138677
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

16.06.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 16.06.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 106 (yüz altı) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Kulak,Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı
Başkanlığına
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı
Başkanlığına
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSPBVMYPV0* Pin Kodu :97592
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Enrah Mah. 0618
Etilik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/2

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk
Sağlığı ve Hastalıkları Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSPBVMYPV0* Pin Kodu : 97592
Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Enürak Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90
Web: <http://sbu.edu.tr>
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



89	Dr. Damla SEYHAN	Ankara SUAM	Şehir	Bilateral Doğumsal İşitme Kaybı Olan Çocuklarda Migren Prevalansı	Kabul Edildi.
90	Dr. Gökhan Yağız GÖKKAYA	Ankara SUAM	Şehir	Ankara Şehir Hastanesinde uzmanlık eğitimi alan Aile Hekimliği asistanlarının dislipidemi hakkında bilgi, tutum ve uygulamaları	Kabul Edildi.
91	Dr. Gülenay KORKMAZ	GTF Cerr. AD. Bşk. lığı	Çocuk	Çocuklarda Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde kristalize fenol ve sıvı fenolün etkinliğinin karşılaştırılması	Kabul Edildi.
92	Dr. Ümit DABEŞLİM	Ankara SUAM	Sağlık	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
93	Dr. Özge BALLI ÖZTÜRK	Ankara SUAM	Sağlık	Çoklu ilaç kullanımı olan kişilerde gastrointestinal sistem semptom şiddeti ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
94	Dr. Nuri KILIÇ	Ankara Yıldırım SUAM	Dişkapı Beyazıt	Ankara ilinde çalışan Aile Hekimliği asistanlarının asetil salisilik asit (ASA) kullanımı hakkındaki bilgi tutum ve davranışları	Kabul Edildi.
95	Dr. Hatice KOZAN KALKIŞIM	Ankara Yıldırım SUAM	Dişkapı Beyazıt	Akut pankreatitte bozulmuş intestinal permeabilite ile serum zolinin düzeyi arasındaki ilişki	Kabul Edildi.
96	Dr. Yavuz SAYGILI	Ankara Yıldırım SUAM	Dişkapı Beyazıt	Tur-M operasyonu yapılan hastalarda subpektineal obturator sinir bloğu ile interfasyal obrurator sinir bloğunun addüktör kas spazmına olan etkisinin karşılaştırılması	Kabul Edildi.
97	Dr. Hayriye ORTAK	Ankara Yıldırım SUAM	Dişkapı Beyazıt	Saç dökülmesi şikayeti olan hastalardan COVID-19 geçiren ve geçirmeyenlerin biyokimyasal belirteçler ve hemogram parametrelerinin karşılaştırılması	Kabul Edildi.
98	Dr. Volkan KORKMAZ	Ankara Yıldırım SUAM	Dişkapı Beyazıt	Pandemi sürecinin Aile hekimliği uzmanlık tezleri üzerine olan etkisi	Kabul Edildi.
99	Dr. Habibe Nur ŞAHİN	Ankara Yıldırım SUAM	Dişkapı Beyazıt	Sürekli periton diyalizi hastalarında zaman ortalamalı serum Nötrofil/Lenfosit ve Platelet/Lenfosit oranının periton diyalizinden ayrılma tahmininde değerinin ölçülmesi	Kabul Edildi.
100	Dr. Emel Ebru ERCAN	Ankara Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları SUAM	Etik	CC-IUI tedavisi gören hastalarda serum AMH düzeylerine göre reproduktif sonuçların değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
101	Dr. Halit Övgehan AYDOĞAN	Ankara Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları SUAM	Etik	Erkek Faktör Endikasyonu ile IVF Programına Kabul Edilen Ve ICSI Uygulanan Hastalarda, Total Motil Sperm Sayısının Fertilizasyon Oranları, Embriyo Kalitesi Ve Gebelik Oranları Üzerine Olan Etkisinin Araştırılması	Kabul Edildi.
102	Dr. Firdevs GÜVENÇ	Ankara SUAM	Şehir	Pediyatrik hasta grubunda Epstein Barr virus (EBV) tanısında kullanılan serolojik ve moleküler yöntemlerin karşılaştırılması ve EBV tanı algoritmasının oluşturulması	Kabul Edildi.
103	Dr. Veli Can ÖZDEMİR	GTF Kalp Damar Cerr. AD. Bşk. lığı		Anemik kadın hastalarda koroner arter bypass operasyonu sonrası yoğun bakım ve erken postoperatif dönem sonuçlarının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
104	Dr. Sinemcan ÇETİNKAYA DULAY	GTF Hekimliği ve Hiperbarik Tıp AD Bşk. lığı	Sualtı	Hiperbarik oksijen tedavisinin (HBOT)'nin diyabetik retinopati üzerine olan etkileri	Kabul Edildi.
105	Dr. Mert Orhan SÜNER	Ankara SUAM	Sağlık	Meme kanserinde lokal ileri hastalarda neoadjuvan kemoterapi öncesinde marker klip yardımı ile işaretlemenin aksiller ve primer kitle cerrahiler üzerindeki etkisi	Kabul Edildi.
106	Dr. Burak ÇAĞLAR SU	Ankara Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları SUAM	Etik	Gebelikte geçirilen Toksoplazma enfeksiyonunun antenatal takip ve parinatal sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi	Kabul Edildi.

EK-2. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
28/07/2022 15:37 - E-93471371 - 514.99 - 12975



Sayı : E-93471371-514.99
Konu : E.Kurul – E-22-1027- Etik Kurul
Kararı

1027 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden **“Çoklu İlaç Kullanımı Olan Kişilerde Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti İle İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”** konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

27/07/2022

Prof. Dr. Uğur KOÇER
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 59970963032-4668-a576-b0cf487-b269 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Etik Kurul Birimi, Hacıhalife Mah.

Ulucanlar Cad. No: 89 Altıdağ/ANKARA

Telefon: Faks No: 0 312 363 33 96

e-Posta: sibel.tokul@saglik.gov.tr İnternet Adresi: sibel.tokul@saglik.gov.tr

Bilgi için: Sibel TOKU

SAĞLIK TEKNİKERİ

Telefon No: (0 312) 595 31 89



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çoklu İlaç Kullanımı Olan Kişilerde Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti İle İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Ulucanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 598 36 00
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	acahetikkurul06@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mustafa ÇELİK			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Gözlemsel Çalışma a-)Prospektif Gözlemsel(Olgu Kontrol,Kesitsel)	a- ☒		
	b-)Prospektif Çalışma	b- ☐		
	c-)Retrospektif Çalışma	c- ☐		
	FAZ 1			
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	Diğer ise belirtiniz:			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Çoklu İlaç Kullanımı Olan Kişilerde Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti İle İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-						
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	SİGORTA	☐						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐						
	İLAN	☐						
	YILLIK BİLDİRİM	☐						
	SONUÇ RAPORU	☐						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1027/2022	Tarih: 27/07/2022						
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği'nden Prof. Dr. Mustafa ÇELİK tarafından yapılması planlanan ve Dr. Özge BALLI ÖZTÜRK'ün Tez çalışması olan "Çoklu İlaç Kullanımı Olan Kişilerde Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti İle İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Uğur KOÇER						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Burcu DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağzı Yüz ve Çene Cerrahisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Doç. Dr. Güray SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Doç. Dr. Pelin Seher ÖZTEKİN	Radyoloji	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Uzm. Dr. Yunus Emre BULUT	Halk Sağlığı	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Öğr. Grv.Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çoklu İlaç Kullanımı Olan Kişilerde Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti İle İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

Prof. Dr. Nurten ÜNLÜ	Göz Hastalıkları	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐
Doç. Dr. Rukiye ÜNSAL SAÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐
Doç. Dr. Aziz Mutlu BİRLAS	Genel Cerrahi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐
Av. Fatma Handenur HENDEK	Avukat	Ankara Barosu/Serbest Avukat	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐
Müh. Alperen ORHAN	Biyomedikal Mühendisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐
Öğr. Mustafa Sıddık ÖZCAN	Öğretmen	Ankara Kız Anadolu İmam- Hatip Lisesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

EK-3 ANKET FORMU

ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI OLAN KİŞİLERDE GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOM ŞİDDETİ İLE İLAÇ UYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ-ANKET FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında yürütülen “Çoklu İlaç Kullanımı Olan Kişilerde Gastrointestinal Sistem Semptom Şiddeti ile İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı bir tez çalışmasıdır. Bu çalışma ile Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran çoklu ilaç kullanımı olan kişilerde gastrointestinal sistem semptom şiddeti ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu çalışma aracılığıyla elde edilen veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Bu araştırmada herhangi bir tetkik ve tedavi uygulanmayacaktır. Toplanan veriler sadece bilimsel amaç için kullanılacak olup, kişisel mahremiyetiniz tümüyle korunacaktır. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Anket formundaki tüm soruları içtenlikle cevaplamanızı rica ederiz. Anketi istediğiniz zaman sonlandırabilirsiniz. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

Dr. Özge BALLI ÖZTÜRK

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Tarih:

Katılımcı No:

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1). Kaç yaşındasınız?

2). Cinsiyetiniz: ☒ Kadın

☐ Erkek

3). Boyunuz:...

4). Kilonuz:.....

5). Medeni durumunuz nedir? ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul/Boşanmış

6). Eğitim durumunuz nedir? ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐
İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise Mezunu ☐
Fakülte / Yüksekokul ☐ Yüksek Lisans / Doktora

7). Mesleğiniz/işiniz: ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Çiftçi ☐ Ev hanımı ☐
Serbest meslek ☐ Emekli ☐ Diğer.....

8). Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Var ☐ Yok

9). Sigara veya alkol kullanıyor musunuz? ☐ Sigara kullanıyorum ☐ Alkol
kullanıyorum ☐ Sigara ve alkol kullanmıyorum

10). Süreğen (kronik) hastalığınız var mı? ☐ Var ☐ Yok

11). Süreğen (kronik) hastalığınız var ise aşağıdakilerden hangisidir?
(Birden fazla şıkkı seçebilirsiniz)

☐ Yüksek tansiyon ☐ Şeker hastalığı ☐ Kalp hastalığı
☐ KOAH/ Astım ☐ Kolesterol yüksekliği ☐ Psikiatrik hastalık ☐
Diğer.....

12). Hekiminizin kronik hastalığınız/hastalıklarınız için reçete ettiği sürekli
kullandığınız ilaç var mı?

Var ise kaç adet kullanıyorsunuz? ☐ Var (.....Adet) ☐ Yok

13). Hekiminizin kronik hastalığınız/hastalıklarınız için reçete ettiği sürekli kullandığınız ilaç var ise nelerdir?

- ☐ Ağrı kesici / romatizmal ilaçlar
- ☐ Antihipertansif ilaçlar
- ☐ Antidiyabetik ilaçlar
- ☐ Mide/ bağırsak sistemi ilaçları
- ☐ Kan sulandırıcı ilaçlar
- ☐ Lipid düzenleyici ilaçlar
- ☐ Vitamin, mineral içeren ilaçlar
- ☐ Antiastmatik/bronkodilatör ilaçlar
- ☐ Psikiyatrik ilaçlar
- ☐ Diğer.....(Lütfen belirtiniz)

14). Hekiminizin kronik hastalığınız/hastalıklarınız için reçete ettiği ilaçlar dışında hekim bilgisi/önerisi olmadan kendi isteğinizle kullandığınız ilaç var mı?

Var ise kaç adet kullanıyorsunuz? ☐ Var (.....Adet) ☐ Yok

15). Hekiminizin kronik hastalığınız/hastalıklarınız için reçete ettiği ilaçlar dışında hekim bilgisi/önerisi olmadan kendi isteğinizle kullandığınız ilaç var ise nelerdir?

- ☐ Ağrı kesici / romatizmal ilaçlar
- ☐ Antihipertansif ilaçlar
- ☐ Antidiyabetik ilaçlar
- ☐ Mide/ bağırsak sistemi ilaçları
- ☐ Kan sulandırıcı ilaçlar
- ☐ Lipid düzenleyici ilaçlar
- ☐ Vitamin, mineral içeren ilaçlar
- ☐ Antiastmatik/bronkodilatör ilaçlar
- ☐ Psikiyatrik ilaçlar

☐ Diğer.....(Lütfen belirtiniz)

16). Kronik hastalığınız/hastalıklarınız için reçete edilen ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

☐ Evet, daima düzenli kullanırım ☐ Bazen aksattığım olur ☐ Sık sık aksatıyorum

17). İlaçlarınızı aksatıyorsanız sebebi nedir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Yan etki ile karşılaştım
- ☐ İlaçların ne işe yaradığını ve yan etkilerini bilmediğim için tereddütlüyüm
- ☐ İlaçların bana zarar vermesinden korkuyorum
- ☐ Unutuyorum
- ☐ İlaçları nasıl kullanacağımı bilmiyorum, karıştırıyorum
- ☐ Diğer.....

18). İlaçlarınızı kullanırken yan etki ile karşılaştınız mı? (cevabınız hayır ise 19. Soruyu yanıtlamayınız.)

☐ Evet ☐ Hayır

19). İlaçlarınızı kullandığınız ne tür yan etkiler ile karşılaştınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Çarpıntı ☐ Baş ağrısı ☐ Halsizlik ☐ Uykusuzluk ☐ Dikkat bozukluğu
- ☐ Görme Bozukluğu ☐ Kaşıntı
- ☐ Karın ağrısı ☐ Mide yanması ☐ Ağıza acı su gelmesi ☐ Mide Bulantısı
- ☐ Kusma ☐ Karın guruldaması ☐ Gaz-Şişkinlik ☐ Geğirme ☐ İshal ☐ Kabızlık ☐ Hazımsızlık ☐ Kilo Alma ☐ Kilo verme ☐ İştahsızlık
- ☐ Diğer.....

Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği

1).Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

2).İnsanlar bazen unutmanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atlatırlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) var mıydı?

☐ Evet ☐ Hayır

3).Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeniyle doktorunuza söylemeksizin almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz ilacınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

4).Seyahat ettiğiniz veya evinizden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınıza almayı bazen unutur musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

5).Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

6).Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz aman ilacınızı almayı bırakır mısınız?

☐ Evet ☐ Hayır

7).Hergün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hissedersiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

8).Tüm ilaçlarınızı almakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?

☐ Nadiren/hiçbir zaman ☐ Arada bir ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Zaman

GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (GSRS)

Bu ölçek GEÇEN HAFTA BOYUNCA kendinizi nasıl hissettiğiniz ve durumunuzun nasıl olduğu hakkında sorular içermektedir. Sizi ve durumunuzu en iyi tarif eden seçeneğin kutusunu “X” ile işaretleyiniz.

	Hiç rahatsızlık yok	Çok az rahatsızlık	Hafif rahatsızlık	Orta derecede rahatsızlık	Biraz şiddetli rahatsızlık	Şiddetli rahatsızlık	Çok şiddetli rahatsızlık
1. Geçen hafta süresince KARNİNİZİN ÜST KISMINDA veya MİDE BOŞLUĞUNUZDA BİR AĞRI VEYA RAHATSIZLIK hissettiniz mi?							
2. Geçen hafta süresince MİDE YANMASINA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Mide yanması, göğüste hoş olmayan bir sızlama ya da yanma hissi anlamına gelmektedir).							
3. Geçen hafta süresince REFLÜYE ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Reflü, küçük miktarlarda ekşi ya da acı sıvının mideden boğaza doğru geri çıkışı anlamına gelmektedir).							
4. Geçen hafta süresince midenizde AÇLIK AĞRILARINA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Midedeki bu boşluk hissi, öğünler arasında yemek yeme ihtiyacı ile ilişkilidir).							
5. Geçen hafta süresince MİDE BULANTISINA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Mide bulantısı, kusma ya da kusma isteği yaratan his anlamına gelmektedir).							
6. Geçen hafta süresince midenizde GURULDAMAYA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Guruldama, midedeki titreşimler veya gürültüler anlamına gelmektedir).							
7. Geçen hafta süresince midenizde ŞİŞKİNLİĞE ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Şişkinlik hissi, çoğu zaman midedeki gaz veya hava ile bağlantılı olan şişme anlamına gelmektedir).							
8. Geçen hafta süresince GEĞİRMEYE ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Geğirme, midedeki gaz veya havanın ağızdan çıkarılması anlamına gelmekte olup, genellikle mide şişkinliğini rahatlatmakla bağlantılıdır).							
9. Geçen hafta süresince GAZ ÇIKARMA/YELLENME şikâyetinize ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Gaz çıkarma, bağırsaklardan hava veya gaz çıkarma)							

gereksinimi anlamına gelir ve çoğu zaman şişkinlik hissini gidermekle rahatlatmakla bağlantılıdır).							
10. Geçen hafta süresince KABIZLIĞA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Kabızlık, bağırsakların boşalma yeteneğinin azalması anlamına gelmektedir).							
11. Geçen hafta süresince İSHALE ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (İshal, bağırsakların çok sık bir şekilde boşalması anlamına gelmektedir).							
12. Geçen hafta süresince YUMUŞAK DIŞKI ÇIKARMAYA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Eğer dışkınız sert ile yumuşak arasında değiştiyse, bu soru sadece dışkının yumuşak olmasının sizi ne derece rahatsız ettiğiyle ilgilidir).							
13. Geçen hafta süresince SERT DIŞKI ÇIKARMAYA ilişkin bir rahatsızlık hissettiniz mi? (Eğer dışkınız sert ile yumuşak arasında değiştiyse, bu soru sadece dışkının sert olmasının sizi ne derece rahatsız ettiğiyle ilgilidir).							
14. Geçen hafta süresince ACİL BİR ŞEKİLDE DIŞKILAMA İHTİYACI hissettiniz mi? (Bu durum çoğu zaman dışkılama durumunu tamamen kontrol edememe hissi ile bağlantılıdır).							
15. Geçen hafta süresince tuvalete gittiğinizde, BAĞIRSAKLARINIZI TAMAMEN BOŞALTAMADIĞINIZI hissettiniz mi? (Bağırsakları tamamen boşaltamama hissi, daha fazla dışkı çıkarma ihtiyacını duymamız anlamına gelmektedir).							