



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÜMRANİYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ALTMİŞ BEŞ YAŞ ÜSTÜ KRONİK HASTALIĞI
OLANLARDA İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMUN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Özlem ERSERİN BACAKSIZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2022



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÜMRANIYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ALTMİŞ BEŞ YAŞ ÜSTÜ KRONİK HASTALIĞI
OLANLARDA İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMUN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Özlem ERSERİN BACAKSIZ

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Emin PALA
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

İSTANBUL/2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecinde bilgi birikimi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, tez çalışmamın tüm aşamalarında büyük katkıları olan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Emin PALA'ya

Asistanlık sürecinde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak bana yol gösteren Doç. Dr. Süleyman ERSOY'a

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışma imkanı bulduğum ve bu süreçte bilgi ve tecrübelerini bana aktararak eğitimime katkı sağlayan Uzm. Dr. Sevcan BOZTAŞ'a ve Uzm. Dr. Osman ÇAVUŞ'a

Rotasyon sürecinde klinik bilgi ve tecrübelerini bana aktaran değerli hocalarıma, uzmanlarıma ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma

Yaşamım boyunca bana büyük emek ve destekleri olan sevgili aileme ve tez yazım aşamasında büyük desteği olan sevgili eşim Dr. Erman Bacaksız'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özlem Erserin Bacaksız

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
YAŞLILIK.....	2
2.2. YAŞLILIKTA BAŞLICA SAĞLIK SORUNLARI.....	2
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları.....	2
Hipertansiyon (HT).....	3
Koroner Arter Hastalığı	4
Kalp Yetmezliği.....	5
Solunum sistemi hastalıkları.....	5
2.2.6 Endokrin Hastalıklar	6
Depresyon	8
Nörolojik Hastalıklar.....	9
Ortopedik Hastalıklar	10
İLAÇ UYUMU.....	11
YAŞAM KALİTESİ	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
Etik Kurul Onayı	13
Çalışmanın Özellikleri.....	13
Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	13
Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	14
Örnekleme	14
Veri Toplama Aracı	14
Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ)	14
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)	15
3.7 İstatistiksel Analiz	15
4. BULGULAR	16

5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
KAYNAKLAR.....	36
ÖZGEÇMİŞ	41
EKLER.....	42



KISALTMALAR

BKİ	Beden Kitle İndeksi
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HT	Hipertansiyon
İKH	İskemik Kalp Hastalığı
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
KVS	Kardiyovasküler Sistem
MMÖ	Modifiye Morisky Uyum Ölçeği
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SVH	Serebrovasküler Hastalık
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ÜEAH	Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality Of Life

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi	16
Tablo 2 Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	17
Tablo 3 WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Sorularının Dağılımı	19
Tablo 4 Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Sorularının Dağılımı	20
Tablo 5 Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Bilgiler	20
Tablo 6 Yaş, Sigara Kullanım Süresi, Günlük Sigara Kullanma Sayısı ve İlaç Sayısı ile WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi	21
Tablo 7 Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	22
Tablo 8 Genel Özelliklere Göre WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	25
Tablo 9 Kronik Hastalıklara Göre WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	26
Tablo 10 Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutları Göre WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	27
Tablo 11 Demografik Özelliklere Göre Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	28
Tablo 12 Genel Özelliklere Göre Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	30
Tablo 13 Kronik Hastalıklara Göre Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	30

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1:** Tek Başına veya Eşi ve/veya Çocukları ile Yaşama Durumuna Göre WHOQOL-BREF Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi 24
- Şekil 2:** Gelir Durumuna Göre WHOQOL-BREF Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi 24



ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; 65 yaş ve üstü kronik hastalığı olan kişilerin ilaç tedavisi uyumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma tek merkezli ve tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Ümraniye Eğitim ve Araştırma hastanesi aile hekimliği, dahiliye, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, nöroloji, kardiyoloji polikliniklerine 1 Nisan 2022 – 1 Temmuz 2022 tarihleri arasında başvuran, 65 yaş ve üzeri, en az 6 aydır kronik hastalığı bulunan ve ilaç kullanan, kognitif bozukluğu olmayan, 121 hasta katıldı. Veriler anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellik formu, Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) kullanıldı. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks, gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi, Fisher's Exact test, Fisher Freeman Halton test ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma, yaşları 65 ile 92 arasında değişmekte olan, 53'ü (%43.8) erkek ve 68'i (%56.2) kadın olmak üzere toplam 121 hasta ile yapılmıştır. Olguların yaş ortalaması 72.88 ± 6.77 'dir. %63.6'sı 65-74 yaş arasındayken, %30.6'sı 75-84, %5.8'i 85 yaş ve üstündeydi. Çalışmamızda WHOQOL-BREF alan puan ortalamaları; genel sağlık 47.21 ± 20.57 , fiziksel sağlık 49.17 ± 19.45 , psikolojik 55.61 ± 20.18 , sosyal 48.97 ± 20.96 ve çevre 56.35 ± 19.65 olarak bulundu. İlaç uyum düzeyi düşük olan katılımcıların WHOQOL-BREF psikolojik alan puanı, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yaş, kronik hastalıklar, medeni durum ve gelir durumuyla yaşam kalitesi arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir.

Sonuç: yaşam süresinin uzamasıyla birlikte gün geçtikçe artan yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin sürdürülmesi için yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumları önem kazanmaktadır. Yaşlılarda yapılan bu tür çalışmaların yaşlıların yaşam kalitesini sürdürme çalışmalarında yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, Tedavi uyumu, Yaşam kalitesi, Yaşlı



ABSTRACT

Aim Of The Study: The aim of this study; to evaluate the relationship between drug adherence and quality of life of people aged 65 and older with chronic diseases.

Methods: The study was planned as a single-centered and descriptive research.

Umraniye training and Patients admitted to the outpatient clinics of family medicine, internal medicine, general surgery, pulmonology, neurology, cardiology of the Umraniye Educational and Research hospital were conducted. July April 1 - Dec 1, 2022, 121 Patients were selected as a aged 65 years and older, with a history of chronic illness and drug use for at least 6 months, without cognitive dysfunction. The data were collected by face-to-face interview method using questionnaire form.

Sociodemographic characteristics form, Modified Morisky Adaptation Scale (MMOS), World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF) were used as data collection tools. IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Turkey) program was used for statistical analyses. Shapiro Wilks test was used for the conformity of the parameters to the normal distribution, the Oneway Anova test was used for the comparisons between groups, and the Tukey HDS test was used to determine the group that caused the difference. Student's t-test was used for the comparison of normally distributed parameters between two groups. Chi-square test, Fisher's Exact test, Fisher Freeman Halton test and Continuity (Yates) Correction were used to compare qualitative data. Pearson correlation analysis was used to examine the relationships between the data conforming to the normal distribution. Significance was evaluated at the $p < 0.05$ level.

Results: The study was conducted with a total of 121 patients aged between 65 and 92, 53 (43.8%) men and 68 (56.2%) women. The mean age of the cases was 72.88 ± 6.77 . 63.6% of the cases were between the ages of 65-74, 30.6% were between the ages of 75-84, and 5.8% were aged 85 and over. In our study, the average WHOQOL-BREF field points were found to be 47.21 ± 20.57 for general health, 49.17 ± 19.45 for physical health, 55.61 ± 20.18 for psychological, 48.97 ± 20.96 for social, 56.35 ± 19.65 for environmental. The WHOQOL-BREF psychological field score of the participants with low drug compliance levels was found to be

statistically significantly lower. A statistically significant difference was found between age, chronic diseases, marital status, income status and quality of life.

Conclusions: With the extension of life expectancy, health and social service presentations for the elderly are gaining importance in order to maintain the quality of life of the elderly population, which is increasing day by day. We think that such studies conducted in the elderly will be a guide in the efforts to maintain the quality of life of the elderly.

Keywords: Chronic disease, treatment compliance, quality of life, elderly



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlanma, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olan ve yaşam boyunca devam eden bir süreçtir. Bu süreçte anatomik ve fizyolojik fonksiyon değişiklikleriyle beraber pek çok patolojik durum da ortaya çıkmaktadır. Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (1). Ülkemizde yapılan çalışmalarda 65 yaş ve üzeri kişilerin %70-90'ında en az bir kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir (2). Yaşlanmayla birlikte artan kronik hastalıklar ilaç kullanımındaki artışı da beraberinde getirmektedir (1). Yaşlanmayla beraber azalan duyuşsal ve bilişsel fonksiyonlar, ilaçların değişen farmakodinamiği ve farmakokinetiği, ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleri hastanın tedaviye olan uyumunu önemli derecede etkilemektedir (3). İlaç uyumu; sağlık hizmeti alan hastanın ilaç tedavisi ile alakalı tavsiyeleri uygulayıp uygulamadığıdır. Gelişmiş ülkelerde kronik hastalık sebebiyle kullanılan ilaçlara gösterilen uyum %50'lere kadar inmektedir (1).

Teknolojinin insan yaşamına ve tıptaki ilerlemelere sağladığı faydalar, sağlığın korunması ve sürdürülmesi konusundaki bilinçlendirme çalışmaları beklenen yaşam süresinin artmasına ve yaşlı sayısının yükselmesine sebep olmuştur (4). Türkiye'de yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2016 senesinde %8,3 iken, 2021 senesinde %9,7'ye yükselmiştir. Toplam nüfustaki yaşlı nüfus oranının %10'un üstünde olması nüfusun yaşlandığını göstermektedir (5).

Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan yeti yitimi ve kronik hastalıklar yaşam kalitesine verilen önemi arttırmaktadır. Günümüzde yaşam kalitesi artmadan daha uzun bir yaşam süresine sahip olmanın bir anlamı olmayacağı vurgulanmaktadır (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşam kalitesi, "Bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemi içinde amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamlarına ilişkin algıları" şeklinde ifade edilmiştir. (7).

Bu çalışmada polikliniklere başvuran 65 yaş ve üzeri kronik hastalığı olanlarda ilaç uyumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK

Yaşlılıkla ilgili birçok tanım söz konusudur. Yaşlılık fizyolojik, ruhsal ve sosyal yönleri ile değerlendirilmesi gereken bir dönemdir (8). Biyolojik açıdan yaşlılık moleküler ve hücresel düzeyde ortaya çıkan bir dizi yıkımın sonucudur. Bu yıkım seneler içerisinde fiziksel fonksiyonlarda azalmaya, hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olur (9). Fizyolojik açıdan yaşlılık, kronolojik yaşın beraberinde getirdiği değişiklikleri ifade eder. Kronolojik yaşlılık 65 yaşın üzeri olarak kabul edilmiştir (8). DSÖ, kronolojik olarak 65-74 yaş grubunu genç yaşlı, 74-84 yaş grubunu yaşlı, 85 ve üstü yaş grubunu çok yaşlı olarak sınıflamıştır (10). Ruhsal açıdan yaşlılık, anlama, öğrenme, hafıza, davranış yeteneğinde yaş arttıkça ortaya çıkan değişiklikleri tanımlamaktadır. Sosyal yönden yaşlılık toplumun yaşlılardan beklediği davranışı ve yaşlılara verdiği değeri ifade eder (8). Bu sebeple yaşlılık, toplumun sosyal ve kültürel yapısına göre farklı şekilde tanımlanabilmektedir (10). Sosyal ve kültürel faktörler yaşlanmanın biyolojik sürecini de etkilemektedir. Yaşlılığı günlük yaşam aktivitelerinin ve sosyal ilişkilerinin azalması olarak algılayan yaşlılarda bedensel ve ruhsal pek çok sağlık sorunları meydana gelmektedir. (8).

2. 2. YAŞLILIKTA BAŞLICA SAĞLIK SORUNLARI

Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Yaşlanma, kardiyovasküler hastalıklar (KVH) için en büyük risk faktörüdür. Yaşlanmayla beraber kardiyovasküler sistemde (KVS) meydana gelen değişiklikler hastalıklara zemin oluşturmaktadır (11).

Yaşlanmayla beraber kardiyovasküler sistemde görülen değişiklikler; Sol ventrikülde hipertrofi, aort ve mitral kapakta kalınlaşma ve kalsifik çökeltiler, apopitoz ve nekroza bağlı miyosit kaybı, sinoatrial ve atriyoventriküler düğümde hücre kaybı, kalp atım hızında azalma özellikle egzersiz veya stresöre verdiği artış yanıtında belirgindir. İzole ventriküler ektopik vuru sağlıklı yaşlı bireylerde de görülebilen yaşlanma sürecinin bir parçasıdır. Sağlıklı yaşlılarda sol ventrikül

ejeksiyon fraksiyonu egzersiz veya stresöre verdiği artış yanıtında azalma görülebilir. Aort ve ana arterlerde elastikiyet kaybı artar ve buna bağlı sistolik kan basıncı ve nabız basıncında artış meydana gelir. Damar duvarında bulunan baroreseptör duyarlılığındaki azalmaya bağlı olarak ortostatik hipotansiyon görülür (11).

TÜİK 2019 verilerine göre KVH'lardan ölüm tüm nedenlere bağlı ölümlerin %36,8 'ini oluşturarak ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. KVH yaşlılarda önemli mortalite ve morbidite nedenidir ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan önemli bir hastalıktır. Yaşlılarda KVH risk faktörlerinin etkin kontrolünün sağlanması KVH gelişim riskini azaltmaktadır ve yaşlıların yaşam kalitesini arttırmaktadır (11).

Hipertansiyon (HT)

Hipertansiyon en sık karşılaşılan kronik hastalıklardan biridir. Hipertansiyon; koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık (SVH), böbrek yetmezliği, erken ölüm gibi komplikasyonlara yol açabilir (12).

Sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg veya üzeri ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg veya üzeri ölçülmesi hipertansiyon olarak tanımlanır (12). Yaşlılarda İzole Sistolik Hipertansiyon (SKB \geq 140 mm Hg ve DKB<90 mm Hg olduğu durum) sık görülür. 60 yaş üzeri kişilerde görülen hipertansiyonun 2/3'ü İzole sistolik hipertansiyon şeklindedir (13).

Kan basıncı yaşla birlikte arttığından yaşlanan nüfusun bir sonucu olarak hipertansiyon görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlanma dışında obezite, fiziksel aktivitede azalma ve diyabet hipertansiyon gelişimi açısından önemli risk faktörleridir (11,13).

Toplumda hipertansiyonun oldukça yaygın olması ve yaşla birlikte hipertansiyon sıklığının belirgin artış göstermesi, KVH gibi ciddi sağlık problemlerine sebep olması nedeniyle yaşlılarda hipertansiyon taraması önemlidir (11).

Toplumda tedaviye başlamak için belirlenen eşik klinik SKB \geq 140 mmHg veya DKB \geq 90 mmHg iken yaşı 80 ve üstü olan hipertansiyon hastalarında bu değer \geq 150 mmHg'dir. Tedavide hedeflenen kan basıncı 130–140 mmHg'dir (12).

Yaşlı hastalarda ortostatik hipotansiyondan kaçınmak için tedaviye düşük doz ve bir ilaçla başlanması, doz artırımının yavaş yapılması önerilir (11,12,13).

Mortalitede artışa neden olması sebebiyle diyastolik kan basıncı 60 mmHg altına düşürülmemelidir (13).

Hipertansif her yaşlıya sağlıklı beslenmesi, yaşına ve fiziksel durumuna uygun düzenli fiziksel aktivite yapması, ideal kiloya inmesi önerilmelidir. Günlük tuz alımı 5-6 g ile sınırlandırılmalıdır. Sigara ve alkol kullanmaması önerilmeli, kullanıyor ise bırakması için teşvik edilmelidir. Hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlamak için hastaya hastalığı hakkında bilgi verilmeli ve bilgilendirme için gerekirse broşür verilmelidir. Yaşam tarzı değişikliği önerilmelidir. Hipertansiyon hastalığının kronik bir hastalık olduğu, ilaçların düzenli alması gerektiği ve düzenli aralıklarla doktor kontrolüne gitmesi gerektiği anlatılmalıdır. Kan basıncı hedef değer aralığında stabil seyrediyorsa tıbbi sebep yoksa ilaç değiştirilmemelidir. Lüzensuz tedavi değişiklikleri ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir. Tansiyon kontrol altına alınamamışsa hastanın tedavisine ilaç eklemekten kaçınılmamalıdır. Hastayla iyi bir iletişim kurmak için hastaya yeterli vakit ayrılmalıdır (12).

Koroner Arter Hastalığı

Kardiyovasküler hastalıklara bağılı ölüm tüm ölüm sebepleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Ölüme neden olan ve en yaygın görülen kardiyovasküler hastalıkları %22 oranla iskemik kalp hastalığı (İKH) ve %15 oranla serebro-vasküler hastalıklar oluşturmaktadır (14).

Her yıl KVH'a bağılı ölenlerin %50 sinden fazlasını 70 yaşın üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. Bu durum ileri yaş ile KVH arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir (15).

Koroner arter hastalığı (KAH) prevalansı yaşla birlikte artmaktadır (15). Türkiye'de yapılan TEKHARF çalışmasında 60 ile 69 yaş arasındaki her 5 kişiden birinde KAH saptanırken 70 yaş ve üzerindeki kişilerde her 4 kişiden birinde KAH saptanmıştır (11).

KAH en sık ölüm sebebi olmakla beraber kalp yetmezliği ve kardiyak ritim bozukluğu gibi komplikasyonları, yeti yitimi ve başkalarına bağımlı hale gelmesine sebep olmakta ve bu da yaşam kalitesini bozmaktadır (11).

Yaş, koroner arter hastalığını etkileyen önemli bir risk faktörü olduğu için yaşlılarda sigara ve alkol kullanılmaması, hipertansiyon ve diyabetes mellitus (DM)

tedavisi, kilo kontrolünün sağlanması ve egzersiz yaşam kalitesinin gelişiminde önemli role sahiptir (14,15).

Kalp Yetmezliği

Kardiyovasküler sistemin yapı ve fonksiyonlarında yaşa bağlı birtakım değişikliklerin sebep olduğu klinik tablodur (16 17). Kalp yetmezliği prevalansı yaşlanmayla birlikte artmaktadır (17). Yaşlılarda hospitalizasyonun en sık ve giderek artan nedenini oluşturmaktadır (16). Yaşlılarda korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği daha yaygın görülmektedir (17).

Hipertansiyon, DM, KVH, obezite, böbrek yetmezliği, kalp kapak hastalığı, kardiyak aritmiler kalp yetmezliğinin sebepleri arasında sayılabilir (16).

Kalp yetmezliğinin yaşlılarda görülme sıklığının azaltılması için, koroner arter hastalığı ve hipertansiyon gibi hastalıkların risk faktörü olan sigara, obezite, sedanter yaşamdan kaçınmaları önerilmelidir (16).

Kalp yetmezliğine bağlı fonksiyonel kapasitenin azalmış olması, mortalite oranının yüksek olması, stres ve depresyona sebep olmaktadır. Bu durum diğer kronik hastalıklara nazaran ileri derecede bozulmuş bir yaşam kalitesine sahip olmalarına neden olmaktadır (16).

Solunum sistemi hastalıkları

Yaşlanmayla beraber solunum yollarında meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler yaşlılıkta solunum yolları hastalıklarının sık görülmesine neden olmaktadır (18,19). Koah, astım, pnömoni yaşlılarda sık görülen kronik hastalıklardır.

Yaşla beraber göğüs duvarı kompliyansının ve solunuma katılan kasların gücünün azalmasına bağlı solunum fonksiyon kapasitesi azalır (19). Göğüs duvarı kompliyansında azalmaya sebep olan kifoskolyoz, spinal osteoartrit gibi hastalıklara sahip yaşlılarda abdominal kaslar ventilasyonu devam ettirmek için devreye girer ve bu nedenle abdominal solunum fizyolojik olarak da ortaya çıkabilir (18).

Yaşlanmayla solunum anatomisinde elastik liflerde azalma ve kollajen liflerde artma görülür. Buna bağlı olarak alveollerde bir genişleme, alveol duvarında dejenerasyon, alveollere komşu bağ dokuda yıkım oluşur. Sonuç olarak akciğerlerdeki genel volüm artışına rağmen alveoler dejenerasyona bağlı solunum yüzey alanı azalır. Bu durum senil (fizyolojik) amfizem oluşmasına neden olur (18).

Alveollerde genişlemeye neden olan elastik liflerin azalması kollajen liflerin artması akciğerlerin elastikiyetinin azalmasındaki temel nedendir. Alveollerin genişlemesi sonucunda ortaya çıkan bağ doku yıkımı ve alveol duvar dejenerasyonu akciğer elastikiyetini bozmakta ve bronşiolde daralmaya sebep olmaktadır (18).

Yaşlanmayla Refleks öksürük yanıtı azalır solunum merkezinin hipoksi ve hiperkapniye olan cevabı azalır (19).

Endokrin Hastalıklar

Yaşın ilerlemesiyle birlikte metabolizma hızının yavaşlaması endokrin sistem fonksiyonlarının yavaşlamasına ve endokrin hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlar (20). Yaşlanmayla ortaya çıkan başlıca endokrin hastalıklar;

Obezite:

Obezite, başta diyabet olmak üzere KVH, HT, hiperlipidemi, SVH, çeşitli kanserler, obstrüktif uyku apne sendromu, hepatosteatoz, gastroözofageal reflü, depresyon gibi birçok sağlık sorunlarına yol açmaktadır (21).

Obezite tanım ve derecelendirmesi beden kitle indeksine (BKİ) göre yapılır. $BKİ \geq 30$ kg/m² obezite olarak tanımlanır. BKİ'nin 30,00 – 34,99 kg/m² arasında olması hafif obez, 35,00 – 39,99 kg/m² arasında olması orta derecede obez, 40,00 – 49,99 kg/m² arasında olması morbid obez, 50,00 kg/m² veya üzerinde olması süper obez olarak sınıflandırılır (21).

Yaşlılarda bedensel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlığının değişmesi, oksidatif stres ile sarkopenik obezite meydana gelir ve kas kitlesinde kayıp olurken yağ oranı artar (21).

Diyabetes mellitus:

Diyabet, insülin yetersizliği veya insülin direnci gelişimi nedeniyle ortaya çıkan kronik metabolik bir hastalıktır. Karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozulma meydana gelmektedir.(22)

WHO verilerine göre 65 yaş üzeri kişilerin %25-30'unda diyabet bulunmaktadır (22). Diyabeti olan yaşlıların olmayan yaşlılara göre hastaneye yatış oranı 5 kat fazladır (20).

Retinopati, nefropati, nöropati, genitoüriner sistem hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları, kardiyovasküler hastalık, diyabetik ayak,

serebrovasküler hastalıklar gibi komplikasyonlar fonksiyonel kapasiteyi sınırlayıp yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (22). Kardiyovasküler hastalık en önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Diyabet, KAH oluşma riskini 2-4 kat arttırmaktadır (22).

Diyabetik ketoasidoz, hiperozmolar hiperglisemik durum, laktik asidoz, hipoglisemi diyabetin akut komplikasyonu olup önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Akut komplikasyonlardan biri olan hipoglisemiye karşı yaşlılar risk altındadır. Hipoglisemiye bağlı bilişsel fonksiyonlarda bozulma, davranış bozuklukları, koma, konvülsiyon, hemipleji, miyokard infarktüsü, aritmi, vitrea kanaması, trafik kazası, ev ve iş kazaları, hipotermi meydana gelebilir (22).

Diyabetli hastalar kardiyovasküler risk faktörleri açısından yılda en az bir kez değerlendirilmeli, yaşam tarzı değişikliği önerilmeli, lipid ve kan basıncı kontrolü sağlanmalı, anti-agregan kullanımı planlanmalı, ayrıca sigara kullanıyorsa bırakması desteklenmelidir. Retinopati açısından yılda bir kez retina muayenesi yapılmalıdır. Diyabetli yaşlılarda kas dokusu kaybı hızlı olduğundan fazla kilolu veya obez hastalarda protein ve enerji gereksinimini yeterli düzeyde sağlayacak öneriler verilmeli ve egzersiz yapmaları sağlanmalıdır. Diyabeti olan hastalarda influenza ve pnömokok aşuları ihmal edilmemelidir. Yaşlılarda diyabet tedavisi bireyselleştirilmelidir. Ko-morbidite durumu olan, fonksiyonel kapasitesi azalmış, kognitif fonksiyonu bozulmuş, yaşam beklentisi düşük yaşlılarda diyabet tedavisi basitleştirilmelidir (22).

Osteoporoz:

Osteoporoz, kemik kütlelerinin azalması sebebiyle kemik kırılabilirliğinde artışla sonuçlanan progresif ve metabolik bir hastalıktır. Yaşlı nüfusun artmasıyla beraber önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Türkiye’de 2010 yılında 50 yaş ve üzerindeki kişilerde yapılmış FRAKTÜRK araştırmasında, katılımcıların %50'sinde osteopeni ve %25'inde osteoporoz saptandığı belirtilmiştir. Osteoporoz oranı kadınlarda %12.9, erkeklerde %7.5'tir (23).

Osteoporozun en önemli komplikasyonu kemik kırıklarıdır. Kemik kırıkları yaşlılarda daha siktir ve önemli morbidite ve mortalite sebebidir (23).

Osteoporoz, primer ve sekonder osteoporoz olarak sınıflandırılmıştır. Primer osteoporoz ikiye ayrılır. Tip 1 osteoporoz postmenopozal osteoporoz da denilir.

Menopoz sonrasında östrojen eksikliğine bağlı daha çok trabeküler kemik kaybıyla karakterizedir. Tip II osteoporoz senil osteoporoz da denilir. Her iki cinsiyette yaşa bağlı kortikal ve trabeküler kemiğin kaybı ile karakterizedir. Sekonder osteoporoz; çeşitli hastalıklara veya ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkan osteoporozdur (23).

Yaşlılarda kemiğin güçlenmesi ve kırık riskinin azaltılması için dengeli beslenme önerilmelidir. Düşük beden kitle indeksinin osteoporoz için risk faktörüdür. Bu nedenle çok düşük kalorili beslenme, kısa zamanda fazla kilo verme osteoporozu sebep olabilmektedir. Günlük kalsiyum ihtiyacı beslenme ile sağlanmalıdır. Beslenme ile kalsiyum alımı yetersiz olması durumunda kalsiyum destek tedavisi olarak verilebilir. Kemik sağlığını korumak ve osteoporozu önlemek için yaşlıların yeterli miktarda D vitamini alması sağlanmalıdır. Beslenme ile alınan D vitamini yetersiz kalmaktadır. Günlük 800-1500 IU D vitamini destek tedavisi olarak verilmesi önerilmektedir. Kemik sağlığını olumsuz etkileyen sigara kullanımı önlenmelidir. Alkolün ve kafeinin alımı kısıtlanmalıdır. Kişinin yaşına ve fonksiyonel kapasitesine uygun egzersiz yapması önerilmelidir. Yaşlılarda kırığın önlenmesinde önemli bir adım olan düşmeyi önleyecek tedbirler kişiye ve yakınlarına anlatılmalıdır (23).

Depresyon

Yaşlılık döneminde depresyon sık görülmektedir. Yalnızlık, eş kaybı, sosyal izolasyon, emeklilik, düşük sosyoekonomik durum, kronik hastalıklar ve bu hastalıklar sebebiyle başkalarına bağımlı yaşam ve yeti yitimi, çok sayıda ilaç kullanımını depresyon sebebi olarak sayılabilir (24).

Yaşlılarda halsizlik, yorgunluk, uyku bozukluğu, unutkanlık, dikkat eksikliği, bedensel şikayetler, çabuk sinirlenme, ajitasyon, depresyon belirtisi olarak görülebilir, ancak bu belirtiler eşlik eden organik hastalıklara veya yaşa bağlı belirti olarak algılanıp tanı koymada güçlük yaşanabilir (24).

Depresyon, yaşlılarda tedavi edilmediği durumda erken dönemde yeti yitimi ve başkalarına bağımlı yaşam, yaşam kalitesinde azalma, demans, kalp hastalıkları, inme, erken ölüm, intihar gibi önemli sorunlara yol açmaktadır (24).

Yaşlılara uygun tedavi yöntemi ile beraber tıbbi destek sağlanmalı, sosyal destek sağlanması için çözüm aranmalı, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesi desteklenmelidir (24).

Nörolojik Hastalıklar

Yaşlanmayla beraber nörodejeneratif hastalıklar ve inme başta olmak üzere nörolojik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır.

Demans:

Bilişsel yetilerin bozulduğu ve buna bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülemediği, kalıcı ve ilerleyici bir klinik durumdur. Demansın en sık nedeni Alzheimer hastalığıdır (25).

Demans başlıca kognitif fonksiyonlarda ve işlevsellikte azalma, davranış değişiklikleri ile karakterize semptomlarla kendini gösterir. Kognitif alanda en sık etkilenen yer hafızadır. Hasta aynı konuları tekrar tekrar anlatır, aynı soruları tekrar tekrar sorar, özel eşyalarının yerini unuttur, gittiği yerlerde yön bulmada zorluk yaşayabilir ve bazen kaybolabilir. Kelime dağarcığında azalma ve isimlendirme güçlüğü ile başlayıp ileri evrede konuşma tamamen yitirilebilir. Apati, dürtü kontrol bozuklukları gibi davranış bozuklukları görülebilir. Düşünce bozuklukları; özellikle hırsızlık, sadakatsizlik ve terkedilme hezeyanları olabilir. Görsel, işitsel varsanılar görülebilir. Alışveriş ve mali işlerde zorlanma, ev işlerini yapamama, tek başına öz bakımını sağlayamama işlevsellikte bozulma ile ilgili belirtilerdir (25).

İnme:

İnme; vasküler sebeplere bağlı meydana gelen ve ani gelişen klinik bulgularla karakterize serebral işlev bozukluğudur.(26).

İnme, iskemik veya hemorajik olabilir. Hemorajik inme, intraserebral kanama ve subaraknoid kanama olarak ikiye ayrılır. En sık inme nedeni iskemik inmedir (26). Tüm inmeler içinde %80 oranında iskemik inme görülürken %15 oranında intraserebral kanama %5 oranında subaraknoid kanama görülür (25).

İnme dünyada üçüncü sıklıkta ölüme neden olan hastalıktır (27). 2019 TÜİK verilerine göre ölüm sebepleri arasında dolaşım sistemi kaynaklı hastalıklar %36,8 oran ile ilk sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin %39,1'ini İKH, %22,2'sini SVH, %25,7'sini diğer kardiyak hastalıklar oluşturmaktadır (28).

İnme prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Kadınlarda erkeklere oranla serebro-vasküler hastalık görülme sıklığı daha yüksektir.(27)

Hipertansiyon, sigara ve alkol kullanımı, dislipidemi, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, obezite, diyabetes mellitus, kalp hastalıkları ve psikososyal durum inmenin değiştirilebilir risk faktörleridir. Cinsiyet, yaş, genetik inmenin değiştirilemez risk faktörleridir.(27)

2.2.8.3 Parkinson hastalığı:

Parkinson hastalığı beyinde dopaminerjik nöronların dejenerasyonu ile ilişkili yavaş ilerleyici bir hastalıktır. Parkinsonizm olgularının %80'ini Parkinson hastalığı oluşturmaktadır. Başlıca semptomlarını istirahat tremoru, bradikinezi, rijidite ve postural instabilite bozukluğu oluşturur. Yapılan çalışmalarda parkinson hastalığı 65 yaş üzerindeki nüfusta görülme sıklığı %1, 80'li yaşlarda %3-4 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de görülme sıklığı 111/100 000'dir. Parkinson hastalığı; genetik, çevresel faktörler ve yaşlanma gibi multifaktöriyel nedenlere bağlıdır. Yaşlanma, nörodejeneratif hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (29,30).

Ortopedik Hastalıklar

Yaşlanmaya bağlı vücutta meydana gelen fizyolojik değişiklikler sebebiyle kas iskelet sistemine ait sorunlar ortaya çıkmaktadır. Akut kırıklar, kas ve tendon yırtıkları, artrit yaşlılarda sık görülen problemlerdir. Bu problemler ağrıya, hareket kısıtlılığına ve başkalarına bağımlı yaşamaya neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (31).

Yaşlılarda kırıklar osteoporoz ve düşmeyle ilişkilidir. En sık görülen kırıklar proksimal femur, proksimal humerus, distal radius, vertebra çökme kırıklarıdır. Proksimal femur kırıklarının bir yıllık mortalitesi %25'tir (31).

Yaşlılarda sık görülen diğer bir kas iskelet sistemi sorunu osteoartrit. Osteoartrit eklemde kıkırdak yıkımı ve yeni kemik oluşumu ile karakterize dejeneratif bir hastalıktır. Yaşlılarda en sık görülen artrittir. Çoğu osteoartrit asemptomatiktir. 65 yaş üstü kişilerin yaklaşık %40'ında semptomatik olarak görülmektedir. Sıklıkla diz, omurga ve kalça tutulumu gösterir. Ağrı, hareket kısıtlılığı, şişlik, hassasiyet, 30 dakikayı aşmayan eklem tutukluğu, krepitasyon osteoartritin başlıca bulgularıdır (31).

İLAC UYUMU

DSÖ tarafından, tedavi uyumu hastanın tedavi önerilerini kabullenme, ilaç kullanma, sağlıklı beslenme önerilerini uygulama ve yaşam tarzı değişikliklerini devam ettirme gibi davranışlarının kesişimi olarak ifade edilmektedir. İlaç tedavisine uyum ise hastaya reçete edilen ilaçlara başlama, devam etme ve ilaçları sonlandırma süreçlerinde aldığı tavsiyeleri uygulama kararlarının tümü olarak ifade edilmektedir (32).

Yaşlı hastalarda ilaç tedavisine uyum sık ihmal edilen bir husustur. Kronik hastalığı bulunan yaşlıların ilaç tedavisine uyumsuzluğunun %86'lara kadar vardığı bildirilmektedir (3).

Çoklu ilaç kullanımı, çevresel faktörler, hastanın yaşam kalitesi ve psikolojik durumu, hastanın rahatsızlığı ve ilaçları ile alakalı fikri, yaş, etnik köken, yaşlanmaya bağlı bilişsel ve fiziksel yetersizlik, ilaç yan etkileri ve ilaçlar arası etkileşim, hasta ile hekim arasındaki iletişim ilaç uyumunu etkileyen faktörlerdir (1,3,32).

Yaşlılığa bağlı, ilaçların vücuttaki emilim, dağılım, metabolizma ve atılımındaki fizyolojik değişiklikleri, ilaç yan etkilerini ve ilaçlar arası etkileşim riskini arttırarak ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir (33).

İlaç uyumunun düşük olması mortalite ve morbidite oranlarının artmasına sebep olmaktadır. Tedavi uyumsuzluğu hastaneye başvuru sıklığının artmasına, uzun yatış sürelerine ve sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır (3,32).

Hastaların kullandığı ilaçlar sorgulanarak gereksiz ilaç kullanımının önüne geçilmeli, mümkün olan en az sayıda ilaç kullanılacak şekilde basit tedavi rejimi düzenlenmeli, yeni ilaç başlanacaksa en düşük dozla başlanıp titrasyonla doz arttırılmalı, tedavi uyumunu olumsuz etkileyen inançların değiştirilmesi için eğitim verilmeli, hastaya hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgi verilmeli, ilaçları nasıl kullanması gerektiği anlatılmalı, kullanacağı ilaçların yan etkileri anlatılmalı, hastaların düzenli kontrollere gelmesi önerilmelidir (1,33).

İlaç uyumunu değerlendirmek amacıyla sıklıkla kişisel bildirim ölçekleri kullanılmaktadır. En sık kullanılan kişisel bildirim ölçeği ise Morisky İlaç Uyum Ölçeğidir (32).

YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi genel anlamda mutluluk, refah, iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Felsefe, politika, ekonomi, sosyal bilimler ve tıp gibi pek çok bilim dalı tarafından incelenen yaşam kalitesi için farklı tanımlamalar kullanılmaktadır (34). DSÖ yaşam kalitesini, “Bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemi içinde amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamlarına ilişkin algıları” olarak ifade etmiştir (7).

Yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, bağımsız yaşam aktivitesi, sosyal ilişki, çevre, inanç gibi 6 farklı alandan oluşan geniş kapsamlı öznel bir kavramdır (35). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise bireyin bedensel sağlığını ve psikolojik durumunu nasıl algıladığıdır. Yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen yönlerini içerir. Bireyin sağlığı tarafından belirlenen ve tıbbi girişimlerden etkilenebilen yaşam kalitesinin bir ögesidir. Kişinin hastalığını ve uygulanan tedavilerin etkilerini nasıl algıladığı ile ilgilidir (36).

Yaşlılık, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumların başında gelmektedir (4). Günümüzde beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan yeti yitimi ve kronik hastalıklar yaşam kalitesine verilen önemi arttırmaktadır. Günümüzde yaşam kalitesi artmadan daha uzun bir yaşam süresine sahip olmanın bir anlamı olmayacağı vurgulanmaktadır (6). Bu nedenle yaşlı nüfusunun yaşam kalitesinin korunması esas hedef olmalıdır (37). Yaşlıların yaşam kalitesini korumak için günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik bakım ve destek sağlanmalıdır (4). Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla yaşlıların bedensel sağlığını geliştirmekle beraber sosyal ve ruhsal sağlıklarıyla da ilgili çalışmalar yapmak gerekmektedir. Yaşlılara ilaç uyumu ve yaşam kalitesi hakkında bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır (38). Yaşlı nüfusunun sağlığını koruma ve yaşam kalitesini sürdürme sosyal ve ekonomik açıdan da önemlidir (39).

Yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, hastalıklar, ilaç kullanımı, bedensel yetersizlikler, sosyal ilişkiler, sosyal güvence, ekonomik durum ve yalnızlık, aile ile ilgili konular, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, ağrılar, kognitif fonksiyon bozuklukları, sigara ve alkol kullanım durumu gibi özellikler yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir (39).

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla genel ve hastalığa yönelik ölçekler bulunmaktadır. Genel ölçekler geniş topluluklarda problem boyutunu ortaya çıkaran ölçeklerdir. Yaşam kalitesini tüm boyutlarıyla değerlendirir (39).

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHO-QOL); DSÖ tarafından geliştirilen WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF genel ölçeklerdir (37). Ölçek; fiziksel ve psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre ile ilgili sorular içermektedir. Eser ve diğ. (1999) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (4).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Etik Kurul Onayı

Bu tez çalışması, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ÜEAH) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.03.2022 tarih ve B.10.1.TKH.4.34.H.GP.0.01/81 sayılı etik kurul onayı ile yapılmıştır (EK-2).

Çalışmanın Özellikleri

Çalışma tek merkezli, tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmış olup ÜEAH aile hekimliği, dahiliye, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, nöroloji, kardiyoloji polikliniklerine 1 Nisan 2022 – 1 Temmuz 2022 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzeri olan, en az 6 aydır kronik hastalığı bulunan ve bu hastalık sebebiyle en az 6 aydır ilaç kullanım öyküsü olan kognitif fonksiyon bozukluğu olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 121 hasta ile yapıldı. Çalışmaya dahil edilen kişilere bilgi verildi. Çalışmaya katılan kişilerden sözel ve yazılı onam alındı. Veriler anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veri toplamı aracı olarak sosyodemografik özellik formu, WHOQOL-BREF ve MMÖ kullanıldı.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) 65 yaş ve üzeri olanlar
- 2) 6 aydan uzun süredir kronik hastalığı olanlar
- 3) Kronik hastalıktan dolayı en az 1 ilacı 6 aydır kullananlar
- 4) Ankete katılmayı kabul edenler

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 1) 65 yaş altı hastalar
- 2) Demans, öğrenme güçlüğü, bilişsel, kognitif veya iletişim bozuklukları nedeniyle formu dolduramayan bireyler
- 3) Ankete katılmayı kabul etmeyenler

Örneklem

Araştırmanın evrenini Nisan 2022 itibariyle ÜEAH aile hekimliği, dahiliye, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, nöroloji, kardiyoloji polikliniklerine başvuran en az 6 aydır kronik hastalığı olan ve bu hastalık sebebiyle en az 6 aydır ilaç kullanım öyküsü olan 65 yaş üzeri 121 hasta oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla G*Power programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Yaşam kalitesi ölçeği Sosyal puan alt boyutu parametresi için etki büyüklüğü $d: 0.5817327$ olacağı varsayıldığında %80 güç ve %5 hata payı için tespit edilen minimum örneklem sayısı 40 olarak saptandı.

Veri Toplama Aracı

Araştırmacı tarafından geliştirilen hasta tanımlama formunda katılımcının cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni hali, mesleği, sigara ve alkol kullanımı, gelir durumu gibi demografik bilgileri ve kronik hastalıkları, kullandığı ilaçları, düzenli sağlık kontrollerini yaptırma durumları sorgulanmıştır. Katılımcıların yaşam kalitelerini değerlendirmek için WHOQOL-BREF ve ilaç uyumlarını değerlendirmek için MMÖ kullanıldı.

Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ)

1980'lerde Morisky ve arkadaşları hipertansiyon hastalarının ilaç uyumunu değerlendirmek için dört soruluk bir anket geliştirmişlerdir. Başka kronik hastalığı olanlarda ilaç uyumunu değerlendirmek için yapılan araştırmalarda da bu ölçek kullanılmıştır. Zamanla bu ölçekte eksiklikler belirlenmiş ve 2 soru eklenerek MMÖ geliştirilmiştir. 2012 yılında Vural ve arkadaşları tarafından MMÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

6 soruluk ölçek “evet”, “hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekteki 2 ve 5. sorulara verilen evet cevabına 1 puan, hayır cevabına 0 puan verilir. 1,3,4,6. sorulara verilen evet cevabına 0 puan, hayır cevabına 1 puan verilir. 1,2 ve 6. sorulardan alınan puanların toplamı >1 ise ilaç uyumunun yüksek olduğunu gösterir. 3,4 ve 5. sorulardan alınan puanların toplamı >1 ise ilaç bilgi düzeyinin yüksek olduğunu gösterir (40).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla DSÖ tarafından geniş kapsamlı WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF ölçekleri geliştirilmiştir. WHOQOL-BREF ölçeği, bedensel ve ruhsal sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre ile ilgili 26 sorudan oluşmaktadır. Her alan 20 puan veya 100 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Alınan puanın yüksekliği yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir. Eser ve diğ. (1999) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında çevre ile ilgili bir soru eklenerek 27 soruluk Türkçe versiyonu oluşturulmuştur. Eser ve diğ. (1999) tarafından ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığının oldukça yüksek düzeyde bulunduğu belirtilmiştir (4,27).

3.7 İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel metodlarla (Ortalama, Standart sapma, frekans) beraber niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi, Fisher's Exact test, Fisher Freeman Halton test ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma 1 Nisan 2022 – 1 Temmuz 2022 tarihleri arasında yaşları 65 ile 92 arasında olan, 53'ü (%43.8) erkek ve 68'i (%56.2) kadın toplam 121 olgu ile yapılmıştır. Katılımcıların yaşları ortalaması 72.88 ± 6.77 ' idi.

Tablo 1: Demografik Özellikler

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		65-92	72,88±6,77
		n	%
Yaş Grup	65-74	77	63,6
	75-84	37	30,6
	85 ve üstü	7	5,8
Cinsiyet	Erkek	53	43,8
	Kadın	68	56,2
Eğitim durumu	OY değil	30	24,8
	İlkokul	54	44,6
	Ortaokul	14	11,6
	Lise	12	9,9
	Üniversite	9	7,4
	Yüksek lisans/Doktora	2	1,7
Eğitim durumu Grup	OY değil	30	24,8
	İlkokul	54	44,6
	Ortaokul	14	11,6
	Lise	12	9,9
	Üniversite/Yüksek lisans/Doktora	11	9,1
Medeni Durum	Evli	64	52,9
	Bekar	4	3,3
	Eşi vefat etmiş	47	38,8
	Boşanmış	6	5
Medeni Durum Grup	Evli	64	52,9
	Bekar/Boşanmış	10	8,3
	Eşi vefat etmiş	47	38,8
Kimle yaşadığı	Tek başına	29	24
	Eşi ve/veya çocukları ile	84	69,4
	Akraba ile	3	2,5
	Bakıcı ile	5	4,1
Gelir durumu	İyi (gelir giderden fazla)	29	24
	Orta(gelir gidere eşit)	67	55,4
	Kötü(gelir giderden az)	25	20,7
Meslek	Ev hanımı	51	42,1

	İşçi	1	0,8
	Serbest meslek	9	7,4
	Emekli	60	49,6
Meslek Grup	Ev hanımı	51	42,1
	İşçi/Serbest meslek	10	8,3
	Emekli	60	49,6

Olguların yaşları 65 ile 92 arasında değişmekte olup, ortalaması 72.88 ± 6.77 'dir.

Olguların %63.6'sı 65-74, %30.6'sı 75-84 yaş arasında ve %5.8'i 85 yaş ve üstündeydi. %43.8'i erkek, %56.2'si kadındı. %24.8'i okur-yazar değilken, %44.6'sı ilkokul, %11.6'sı ortaokul, %9.9'u lise ve %1.7'si yüksek lisans/doktora mezunuydu. %52.9'u evli, %3.3'ü bekar, %38.8'i eşi vefat etmiş ve %5'i boşanmıştı. %24'ü tek başına yaşarken, %69.4'ü eşi ve/veya çocukları ile, %2.5'i akraba ile ve %4.1'i bakıcı ile yaşamaktadır. %24'ünün geliri iyi iken, %55.4'ünün orta ve %20.72'sinin kötüydü. %42.1'i ev hanımıyken, %0.8'i işçi, %7.4'ü serbest meslek çalışanı ve %49.6'sı emekliydi.

Tablo 2: Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Min- Max	Ort±SS (medyan)
Sigara kullanma süresi (yıl) (n=43) (medyan)		10-52	30,37±8,39 (30)
Günlük sigara kullanma sayısı (adet) (n=43) (medyan)		10-40	19,88±5,72 (20)
İlaç sayısı		1-6	2,5±1,25 (2)
		n	%
Sosyal güvence varlığı	Yok	9	7,4
	Var	112	92,6
Sigara kullanma durumu	Evet	17	14
	Hayır	77	63,6
	Bırakmış	27	22,3
Alkol kullanma durumu	Evet	9	7,4
	Hayır	97	80,2
	Bırakmış	15	12,4
Alkol kullanma sıklığı (n=9)	Sadece bir kez kullandım	1	11,1
	Ayda 1-3 kez	7	77,8
	Haftada 1-5 kez	1	11,1
Kronik hastalıklar	Astım/KOAH	35	28,9
	Astım	19	15,7

	KOAH	26	21,5
	Hipertansiyon	75	62
	Kalp hastalığı veya Kalp yetmezliği	50	41,3
	Diyabet	46	38
	Kronik böbrek yetmezliği	7	5,8
	Nörolojik hastalıklar	17	14
	Tiroid hastalığı	16	13,2
	Romatolojik hastalık	14	11,6
	Kanser	10	8,3
	Diğer kronik hastalık	18	14,9
	Diğer kronik hastalık sayısı az olanlar (KBY, Nörolojik hastalıklar, Tiroid hastalığı, Romatolojik hastalık, Kanser, Diğer hastalık)	64	52,9
İlaç sayısı	1	31	25,6
	2	34	28,1
	3	32	26,4
	4 ve üzeri	24	19,8
Düzenli sağlık kontrolüne gitme	Evet	92	76
	Hayır	29	24

Olguların sigara kullanma süreleri 10 ile 52 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 30.37 ± 8.39 ve medyanı 30 yıldır. Günlük sigara kullanma sayıları 10 ile 40 adet arasında değişmekte olup, ortalaması 19.88 ± 5.72 ve medyanı 20 adettir. Kullanılan ilaç sayısı 1 ile 6 arasında, ortalaması 2.5 ± 1.25 ve medyanı 2'dir.

Olguların %7.4'ünün sosyal güvencesi yokken, %92.6'sının vardır. %14'ü sigara içerken, %63.6'sı içmiyor ve %22.3'ü bırakmıştı. %7.4'ü alkol kullanırken, %80.2'si kullanmıyor ve %12.4'ü bırakmıştı. %11.1'i sadece bir kez alkol kullanırken, %77.8'i ayda 1-3 kez ve %11.1'i haftada 1-5 kez alkol kullanmaktaydı.

Katılımcıların %15.7'sinde astım, %21.5'inde KOAH, %62'sinde hipertansiyon, %41.3'ünde kalp hastalığı ve kalp yetmezliği, %38'inde diyabet, %5.8'inde kronik böbrek yetmezliği, %14'ünde nörolojik hastalıklar, %13.2'sinde tiroid hastalığı, %11.6'sında romatolojik hastalık, %8.3'ünde kanser ve %14.9'unda diğer kronik hastalıklar görülmektedir.

Olguların %25.6'sı 1, %28.1'i 2, %26.4'ü 3 ve %19.8'i 4 ve üzeri sayıda ilaç kullanmaktaydı. %76'sı düzenli sağlık kontrolüne giderken, %24'ü gitmemektedir.

Tablo 3: WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Sorularının Dağılımı

WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, Ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1) Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	7 (%5,8)	20 (%16,5)	67 (%55,4)	22 (%18,2)	5 (%4,1)
2) Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	14 (%11,6)	26 (%21,5)	54 (%44,6)	25 (%20,7)	2 (%1,7)
3) Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	9 (%7,4)	25 (%20,7)	42 (%34,7)	33 (%27,3)	12 (%9,9)
4) Günlük işlerinizi yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	16 (%13,2)	27 (%22,3)	41 (%33,9)	24 (%19,8)	13 (%10,7)
5) Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	7 (%5,8)	19 (%15,7)	44 (%36,4)	39 (%32,2)	12 (%9,9)
6) Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	5 (%4,1)	19 (%15,7)	44 (%36,4)	39 (%32,2)	14 (%11,6)
7) Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	8 (%6,6)	21 (%17,4)	41 (%33,9)	40 (%33,1)	11 (%9,1)
8) Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	5 (%4,1)	22 (%18,2)	48 (%39,7)	36 (%29,8)	10 (%8,3)
9) Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	5 (%4,1)	15 (%12,4)	50 (%41,3)	39 (%32,2)	12 (%9,9)
10) Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	5 (%4,1)	36 (%29,8)	42 (%34,7)	31 (%25,6)	7 (%5,8)
11) Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	2 (%1,7)	20 (%16,5)	49 (%40,5)	36 (%29,8)	14 (%11,6)
12) İhtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli paranız var mı?	2 (%1,7)	24 (%19,8)	58 (%47,9)	24 (%19,8)	13 (%10,7)
13) Günlük yaşamınızda gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	4 (%3,3)	18 (%14,9)	45 (%37,2)	37 (%30,6)	17 (%14)
14) Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	11 (%9,1)	25 (%20,7)	46 (%38)	31 (%25,6)	8 (%6,6)
15) Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yere gidebilme) beceriniz nasıldır?	10 (%8,3)	28 (%23,1)	43 (%35,5)	29 (%24)	11 (%9,1)
16) Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	18 (%14,9)	19 (%15,7)	48 (%39,7)	26 (%21,5)	10 (%8,3)
17) Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	14 (%11,6)	24 (%19,8)	45 (%37,2)	29 (%24)	9 (%7,4)
18) İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	10 (%8,3)	30 (%24,8)	51 (%42,1)	21 (%17,4)	9 (%7,4)
19) Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	8 (%6,6)	18 (%14,9)	53 (%43,8)	28 (%23,1)	14 (%11,6)
20) Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	5 (%4,1)	19	43 (%35,5)	38 (%31,4)	16

		(%15,7)			(%13,2)
21)Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	37 (%30,6)	27 (%22,3)	37 (%30,6)	17 (%14)	3 (%2,5)
22)Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	6 (%5)	24 (%19,8)	43 (%35,5)	38 (%31,4)	10 (%8,3)
23)Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	4 (%3,3)	17 (%14)	31 (%25,6)	45 (%37,2)	24 (%19,8)
24)Sağlık hizmetlerini alma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	5 (%4,1)	22 (%18,2)	48 (%39,7)	33 (%27,3)	13 (%10,7)
25)Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	9 (%7,4)	26 (%21,5)	37 (%30,6)	32 (%26,4)	17 (%14)
	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
26)Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	9 (%7,4)	32 (%26,4)	49 (%40,5)	20 (%16,5)	11 (%9,1)

Olguların WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği sorularına verdikleri cevaplar Tablo 3’de görüldüğü gibi dağılım göstermektedir.

Tablo 4: Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Sorularının Dağılımı

Modifiye Morisky Uyum Ölçeği	Evete	Hayır
	n (%)	n (%)
14. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?	49 (%40,5)	72 (%59,5)
15. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?	94 (%77,7)	27 (%22,3)
16. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığımız oldu mu?	33 (%27,3)	88 (%72,7)
17. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?	35 (%28,9)	86 (%71,1)
18. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?	78 (%64,5)	43 (%35,5)
19. Bazen zamana geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?	41 (%33,9)	80 (%66,1)

Olguların Modifiye Morisky Uyum Ölçeği sorularına verdikleri cevaplar Tablo 4’de görüldüğü gibi dağılım göstermektedir.

Tablo 5: Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Bilgiler

	Min-Max	Ort±SS
Genel sağlık durumu	0-100	47,21±20,57
Fiziksel sağlık	0-100	49,17±19,45
Psikolojik	0-100	55,61±20,18
Sosyal ilişkiler	0-100	48,97±20,96

	Çevre	0-93,75	56,35±19,65
Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutları	Motivasyon puanı	0-3	2,03±1,12
	(medyan)		(2)
	Bilgi puanı (medyan)	0-3	2,08±1,03
			(2)
	Düşük		Yüksek
	n (%)		n (%)
		36	85 (%70,2)
	Motivasyon düzeyi	(%29,8)	
	Bilgi düzeyi	29 (%24)	92 (%76)

Olguların genel, fiziksel, psikolojik sağlık alanı ve sosyal ilişkiler alan puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalamaları sırasıyla 47.21±20.57, 49.17±19.45, 55.61±20.18, 48.97±20.96 idi. Çevre alan puanları ise 0 ile 90.75 arasında olup, ortalaması 56.35±19.65’idi.

Katılımcıların motivasyon ve bilgi puanları 0 ile 3 arasında, ortalamaları 2.03±1.12 ve 2.08±1.03, medyanları 2’idi.

%29.8’inin motivasyon düzeyi düşük, %70.2’sinin yüksekti. %24’ünün ise bilgi düzeyi düşük, %76’sının yüksekti.

Tablo 6: Yaş, Sigara Kullanım Süresi, Günlük Sigara Kullanma Sayısı ve İlaç Sayısı ile WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

	Yaş	Sigara kullanma süresi (yıl)	Günlük sigara kullanma sayısı (adet)	İlaç sayısı
Genel sağlık durumu	r -0,081	0,070	-0,223	-0,128
	p 0,377	0,656	0,151	0,162
Fiziksel sağlık	r -0,226	-0,174	-0,134	-0,225
	p 0,013*	0,265	0,392	0,013*
Psikolojik	r -0,088	0,201	0,156	0,007
	p 0,337	0,196	0,319	0,938
Sosyal ilişkiler	r -0,109	0,228	0,059	-0,200
	p 0,232	0,142	0,706	0,028*
Çevre	r -0,053	0,121	-0,020	-0,045
	p 0,564	0,438	0,899	0,620

Pearson Korelasyon Analizi

*p<0.05

Yaş ile fiziksel sağlık alan puanı değerleri arasında negatif yönlü, %22.6 seviyesinde bir ilişki saptanmıştır (p=0.013).

İlaç sayısı ile WHOQOL-BREF fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alan puanları arasında ters yönlü, sırasıyla %22.5 ve %20 düzeyinde bir ilişki saptanmıştır (p=0.013) (p=0.028).

Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

		Genel sağlık durumu	Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevre
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş Grup	65-74	48,38±20,81	52,23±20,09	56,11±20,16	49,46±21,98	56,9±20,35
	75-84	44,59±21,36	42,47±16,12	53,49±20,45	47,07±19,37	53,89±18,38
	85 ve üstü	48,21±13,36	51,02±22,28	61,31±20,51	53,57±19,16	63,39±18,81
	p ¹	0,653	0,040*	0,606	0,714	0,466
Cinsiyet	Erkek	44,58±21,58	48,72±21,61	54,8±22,17	46,7±22,37	54,6±21,53
	Kadın	49,26±19,66	49,53±17,74	56,25±18,63	50,74±19,78	57,72±18,11
	p ²	0,215	0,822	0,696	0,295	0,388
Eğitim durumu Grup	OY değil	41,25±18,32	46,07±19,66	50,97±18,2	48,33±19,87	55,31±20,12
	İlkokul	47,69±19,89	47,95±17,31	54,48±19,92	46,45±20	53,88±18,27
	Ortaokul	50,89±23,24	50,51±21,79	63,1±20,01	50±21,93	61,83±19,96
	Lise	52,08±23,13	54,76±24,09	58,68±23,33	54,17±23,97	57,81±22,79
	Üniversite/Yüksek lisans/Doktora	51,14±23,35	55,84±21,21	60,98±22,61	56,06±25,03	62,78±21,81
	p ¹	0,401	0,511	0,318	0,592	0,519
Medeni Durum Grup	Evli	49,8±19,86	53,24±20,22	58,92±19,1	53,52±20,99	60,11±18,19
	Bekar/Boşanmış	46,25±25,72	51,79±17,52	55±23,96	48,33±28	48,13±26,03
	Eşi vefat etmiş	43,88±20,34	43,09±17,46	51,24±20,39	42,91±17,97	52,99±19,38
	p ¹	0,324	0,021*	0,140	0,030*	0,064
Kimle yaşadığı	Tek başına	40,52±22,82	41,13±18,15	45,55±20,86	38,51±21,06	45,91±20,73

	Eşi ve/veya çocukları ile	48,96±19,52	51,49±19,34	58,78±18,6 8	52,68±19,75	59,67±17,9 1
	p²	0,057	0,013*	0,002*	0,001*	0,001*
Gelir durumu	İyi (gelir giderden fazla)	59,05±20,29	59,11±18,57	65,8±19,43	59,48±20,74	70,15±17,2 7
	Orta(gelir gidere eşit)	46,08±19	48,67±19,19	53,42±19,4 7	46,27±19,91	53,68±19,3 2
	Kötü(gelir giderden az)	36,5±18,72	39±15,77	49,67±19,4 3	44±20,63	47,5±14,99
	p¹	0,000*	0,001*	0,005*	0,007*	0,000*
Meslek Grup	Ev hanımı	46,57±19,86	46,5±18,33	55,31±19,1 7	48,53±18,76	56,5±17,99
	İşçi/Serbest meslek	51,25±21,61	55,71±19,93	62,92±22,6 1	61,67±17,66	62,5±21,04
	Emekli	47,08±21,26	50,36±20,23	54,65±20,7 1	47,22±22,74	55,21±20,8 8
	p¹	0,806	0,316	0,486	0,128	0,557

¹Oneway Anova Test

²Student t Test *p<0.05

Not 1: Eğitim durumu üniversite ve yüksek lisans/doktora olanlar sayı azlığı nedeniyle birleştirilmiştir.

Not 2: Medeni durumu bekar ve boşanmış olanlar sayı azlığı nedeniyle birleştirilmiştir.

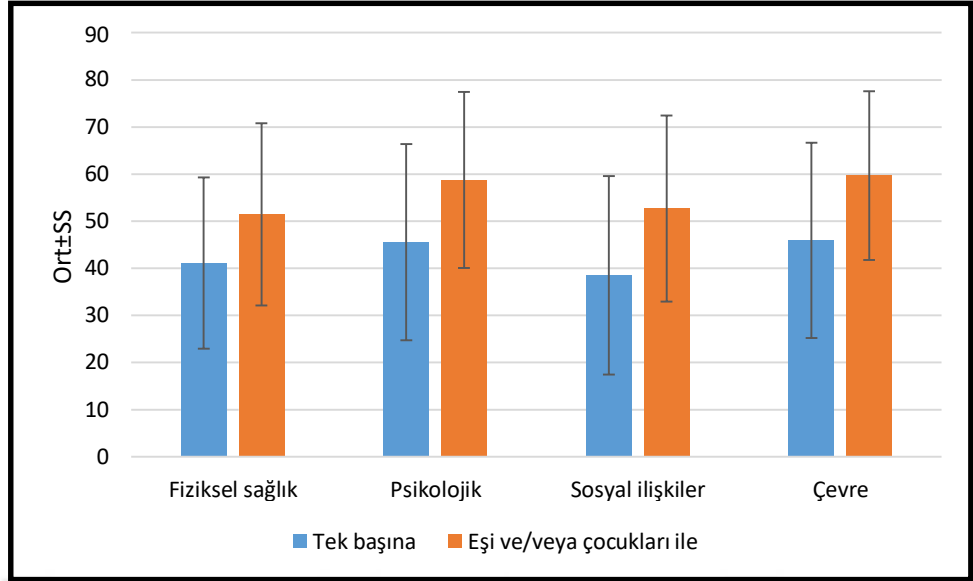
Not 3: Akrabası ve bakıcısı ile yaşayanlar sayı azlığı nedeniyle analiz dışı bırakılmıştır.

Not 4: İşçi ve serbest meslek çalışanı olanlar sayı azlığı nedeniyle birleştirilmiştir.

Yaş grupları arasında WHOQOL-BREF fiziksel sağlık alan puanı yönünden fark tespit edilmiştir (p=0.040). İkili karşılaştırmada; yaş grupları 65-74 arasında olanların fiziksel sağlık puanı, yaş grubu 75-84 arasında olanlara göre yüksek bulunmuştur (p=0.032).

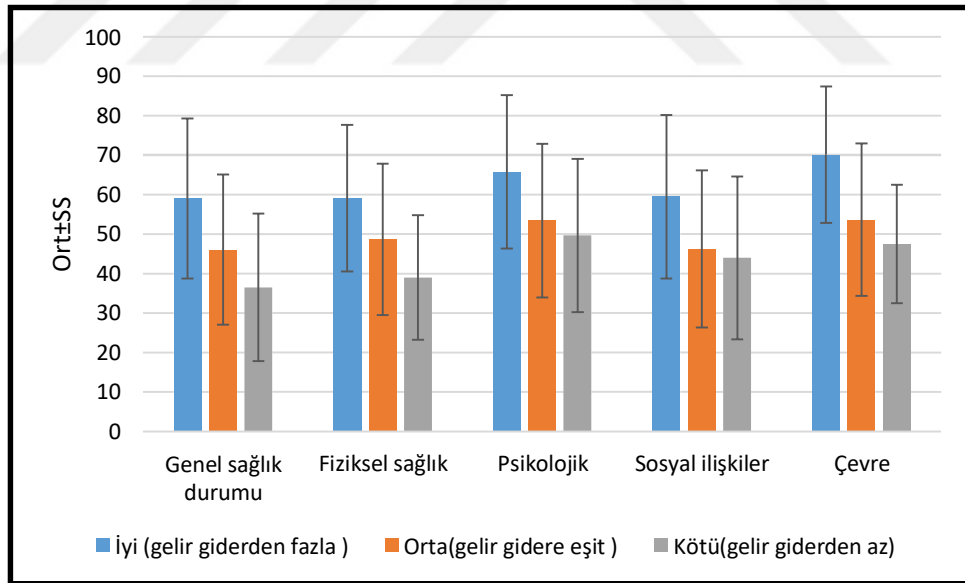
Medeni durum ile WHOQOL-BREF fiziksel sağlık puanı arasında ilişki bulunmaktadır (p=0.021). İkili karşılaştırmada; evli olan grubun fiziksel sağlık alan puanı, eşi vefat eden gruba göre yüksek bulunmuştur (p=0.017).

Medeni durum ile WHOQOL-BREF sosyal ilişkiler puan değerleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır (p=0.03). İkili karşılaştırmada; evli olanların sosyal ilişkiler alan puan değeri, eşi vefat etmiş olanlara göre yüksek olduğu görülmüştür (p=0.020).



Şekil 1: Tek başına veya eşi ve/veya çocukları ile yaşama durumuna göre WHOQOL-BREF alt boyutlarının değerlendirilmesi

Tek başına yaşayanların WHOQOL-BREF alan puan değerleri, eşi ve/veya çocukları ile yaşayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0.013$) ($p=0.002$) ($p=0.001$) ($p=0.001$).



Şekil 2: Gelir durumuna göre WHOQOL-BREF alt boyutlarının değerlendirilmesi

Gelir durumlarıyla WHOQOL-BREF genel, fiziksel, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler ile çevre alan puanları arasında ilişki olduğu görülmüştür ($p=0.000$) ($p=0.001$) ($p=0.005$) ($p=0.007$) ($p=0.000$). İkili karşılaştırmada; gelir durumu iyi olanların genel, fiziksel, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler ile çevre alan puanları,

gelir durumu orta ve kötü olanlara göre yüksek bulunmuştur ($p_1:0.008$; $p_2:0.000$) ($p_1:0.032$; $p_2:0.000$) ($p_1:0.014$; $p_2:0.008$) ($p_1:0.011$; $p_2:0.016$) ($p_1:0.000$; $p_2:0.000$). Gelir durumu orta ve kötü düzeyde olanlar arasında genel sağlık alan puan değeri yönünden bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Meslekler arasında WHOQOL-BREF genel, fiziksel, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanı yönünden farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 8: Genel Özelliklere Göre WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

		Genel sağlık durumu	Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevre
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sosyal güvence varlığı	Yok	43,06±17,8	48,02±16,28	50,46±10,3	45,37±15,09	52,08±9,38
	Var	47,54±20,81	49,27±19,74	56,03±20,75	49,26±21,39	56,7±20,24
	p¹	0,531	0,854	0,181	0,595	0,227
Sigara kullanma durumu	Evet	43,38±21,25	48,74±15,1	50,49±20,03	47,06±24,64	51,29±25,15
	Hayır	48,54±20,17	49,77±19,84	56,66±20,04	50±20,32	57,71±18,51
	Bırakmış	45,83±21,65	47,75±21,27	55,86±20,94	47,22±20,93	55,67±19,23
	p²	0,601	0,895	0,525	0,776	0,469
Alkol kullanma durumu	Evet	47,22±19,54	51,59±20,52	55,56±21,45	62,04±27,04	57,29±22,26
	Hayır	48,32±19,9	49,34±20	57,09±19,41	49,4±19,25	58,28±18,28
	Bırakmış	40±25,09	46,67±15,77	46,11±23,12	38,33±23,95	43,33±22,96
	p²	0,348	0,823	0,147	0,023*	0,022*
İlaç sayısı grup	1	49,6±24,04	53,57±20,62	54,3±20,43	52,69±22,61	58,06±20,87
	2	48,9±17,51	52,31±16,86	57,84±15,98	53,68±16,05	56,25±14,84
	3	45,31±20,27	47,21±19,64	52,34±19,19	44,79±22,07	54,79±21,21
	4 ve üzeri	44,27±20,84	41,67±19,67	58,51±26,16	43,06±22,07	56,38±22,75
	p²	0,709	0,093	0,603	0,117	0,934
Düzenli sağlık	Evet	49,32±20,5	51,24±20,23	56,97±20,3	51±21,5	58,66±19,7

kontrolüne gitme			6		9
Hayır	40,52±19,67	42,61±15,24	51,29±19,3 2	42,53±18	49,03±17,6
p¹	0,044*	0,037*	0,187	0,057	0,021*
¹ Student t Test	² Oneway Anova Test		*p<0.05		

Alkol kullanımını ile WHOQOL-BREF sosyal ilişkiler alan puanı arasında ilişki bulunmaktadır (p=0.023). İkili karşılaştırmada; alkol kullananların sosyal ilişkiler alan puan değeri, alkol kullanmayı bırakanlara göre yüksek olduğu görülmüştür (p=0.019).

Alkol kullanma durumları arasında WHOQOL-BREF çevre alan puanı yönünden fark tespit edilmiştir (p=0.022). İkili karşılaştırmada; Alkol kullanmayanların çevre alan puanı, alkol kullanmayı bırakanlara göre yüksek bulunmuştur (p=0.016).

Düzenli sağlık kontrolüne gidenlerin WHOQOL-BREF genel sağlık, fiziksel sağlık ve çevre alan puan değerleri, düzenli sağlık kontrolüne gitmeyenlerden istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. (p=0.044) (p=0.037) (p=0.021).

Düzenli sağlık kontrolüne gidenler ve gitmeyenler arasında WHOQOL-BREF psikolojik alan puanı ve sosyal ilişkiler alan puanı açısından fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 9: Kronik Hastalıklara Göre WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

		Genel sağlık durumu	Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevre
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Astım/KOAH	Yok	49,27±20,05	52,08±18,89	55,72±19,3 1	49,61±20,53	57,41±19,3 5
	Var	42,14±21,24	42,04±19,23	55,36±22,4 7	47,38±22,21	53,75±20,4 3
	p	0,084	0,009*	0,930	0,598	0,355
Hipertansiyon	Yok	46,2±20,39	50,08±19,44	52,81±20,0 7	46,56±22,12	51,97±20,9 3
	Var	47,83±20,79	48,62±19,57	57,33±20,1	50,44±20,22	59,04±18,4

				9	6	
	p	0,673	0,691	0,233	0,324	0,054
Kalp hastalığı veya Kalp yetmezliği	Yok	48,06±22,02	52,72±19,66	55,4±19,86	52,11±21,35	57,26±20,4 2
	Var	46±18,46	44,14±18,18	55,92±20,8 3	44,5±19,75	55,06±18,6 4
	p	0,589	0,016*	0,890	0,049*	0,547
Diyabet	Yok	48,17±21,33	49,33±20,11	55,56±19,9 2	51,33±19,76	58,75±18,8 3
	Var	45,65±19,4	48,91±18,55	55,71±20,8 3	45,11±22,47	52,45±20,5 4
	p	0,516	0,909	0,968	0,113	0,087
Diğer kronik hastalıklar (sayısı az olanlar)	Yok	48,90±18,79	53,19±16,07	55,99±17,0 7	50±17,39	56,09±16,6 9
	Var	45,70±22,07	46,88±21,81	55,27±22,7 3	48,05±23,79	55,59±22,0 9
	p	0,391	0,102	0,843	0,605	0,888

Student t Test * $p<0.05$

Astım/KOAH görülenlerin WHOQOL-BREF fiziksel sağlık alan puanı, görülmeyenlere göre düşük bulunmuştur ($p=0.009$).

Kalp hastalığı veya kalp yetmezliği görülenlerin WHOQOL-BREF fiziksel sağlık alanı ve sosyal ilişkiler alan puan değerleri, görülmeyenlere göre düşük bulunmuştur ($p=0.016$) ($p=0.049$).

Kalp hastalığı veya kalp yetmezliği görülenler ve görülmeyenler arasında WHOQOL-BREF genel sağlık, psikolojik ve çevre alan puanları yönünden bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Diyabeti olanlar ve olmayanlar arasında WHOQOL-BREF alan puanları yönünden fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 10: Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutları Göre WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

		Genel sağlık durumu	Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevre
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Motivasyon düzeyi	Düşük	43,4±20,15	46,43±14,79	46,88±14,75	43,52±20,03	51,56±17,8 9
	Yüksek	48,82±20,65	50,34±21,09	59,31±21,09	51,27±21,03	58,38±20,1

	p	0,186	0,314	0,000*	0,062	0,081
Bilgi düzeyi	Düşük	46,12±22,19	46,8±18,54	49,71±21,19	46,26±25,65	53,34±23,05
	Yüksek	47,55±20,15	49,92±19,77	57,47±19,61	49,82±19,34	57,3±18,49
	p	0,745	0,453	0,071	0,496	0,346

Student t Test * $p < 0.05$

Motivasyon seviyesi düşük olanların WHOQOL-BREF psikolojik alan puan değeri düşük bulunmuştur ($p=0.000$).

Bilgi düzeyleri arasında WHOQOL-BREF alan puanları açısından fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 11: Demografik Özelliklere Göre Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

		Bilgi düzeyi		p	Motivasyon düzeyi		p
		Düşük	Yüksek		Düşük	Yüksek	
		n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Yaş Grup	65-74	21 (%27,3)	56 (%72,7)	¹ 0,249	24 (%31,2)	53 (%68,8)	³ 0,252
	75-84	8 (%21,6)	29 (%78,4)		12 (%32,4)	25 (%67,6)	
	85 ve üstü	0 (%0)	7 (%100)		0 (%0)	7 (%100)	
Cinsiyet	Erkek	16 (%30,2)	37 (%69,8)	² 0,230	19 (%35,8)	34 (%64,2)	² 0,274
	Kadın	13 (%19,1)	55 (%80,9)		17 (%25)	51 (%75)	
Eğitim durumu Grup	OY değil	5 (%16,7)	25 (%83,3)	³ 0,045*	6 (%20)	24 (%80)	³ 0,286
	İlkokul	10 (%18,5)	44 (%81,5)		15 (%27,8)	39 (%72,2)	
	Ortaokul	7 (%50)	7 (%50)		5 (%35,7)	9 (%64,3)	
	Lise	2 (%16,7)	10 (%83,3)		4 (%33,3)	8 (%66,7)	
	Üniversite/Yüksek lisans/Doktora	5 (%45,5)	6 (%54,5)		6 (%54,5)	5 (%45,5)	
Medeni Durum Grup	Evli	15 (%23,4)	49 (%76,6)	¹ 0,897	20 (%31,3)	44 (%68,8)	¹ 0,615
	Bekar/Boşanmış	3 (%30)	7 (%70)		4 (%40)	6 (%60)	
	Eşi vefat etmiş	11 (%23,4)	36 (%76,6)		12 (%25,5)	35 (%74,5)	
Kimle yaşadığı	Tek başına	9 (%31)	20 (%69)	² 0,428	12 (%41,4)	17 (%58,6)	² 0,241

	Eşi ve/veya çocukları ile	18 (%21,4)	66 (%78,6)		23 (%27,4)	61 (%72,6)	
Gelir durumu	İyi (gelir giderden fazla)	8 (%27,6)	21 (%72,4)	¹0,110	7 (%24,1)	22 (%75,9)	¹0,471
	Orta(gelir gidere eşit)	19 (%28,4)	48 (%71,6)		23 (%34,3)	44 (%65,7)	
	Kötü(gelir giderden az)	2 (%8)	23 (%92)		6 (%24)	19 (%76)	
Meslek Grup	Ev hanımı	7 (%13,7)	44 (%86,3)	¹0,055	11 (%21,6)	40 (%78,4)	¹0,222
	İşçi/Serbest meslek	2 (%20)	8 (%80)		3 (%30)	7 (%70)	
	Emekli	20 (%33,3)	40 (%66,7)		22 (%36,7)	38 (%63,3)	

¹K-Kare Test ²Continuity (Yates) Düzeltmesi ³Fisher Freeman Halton Test * $p < 0.05$

Not 1: Eğitim durumu üniversite ve yüksek lisans/doktora olanlar sayısı azlığı nedeniyle birleştirilmiştir.

Not 2: Medeni durumu bekar ve boşanmış olanlar sayısı azlığı nedeniyle birleştirilmiştir.

Not 3: Akrabası ve bakıcısı ile yaşayanlar sayısı azlığı nedeniyle analiz dışı bırakılmıştır.

Not 4: işçi ve serbest meslek çalışanı olanlar sayısı azlığı nedeniyle birleştirilmiştir.

Yaş grupları arasında bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden fark görülmemiştir ($p > 0.05$).

Cinsiyete göre bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Eğitim durumuna göre bilgi düzeyi yüksek olma oranları açısından istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p = 0.045$). İkili karşılaştırmada; ortaokul mezunlarının bilgi düzeyi yüksek olma oranı (%50), okur-yazar olan (%83.3) ve ilkokul mezunu (%81.5) olanlara göre düşük bulunmuştur ($p_1 = 0.032$ $p_2 = 0.033$).

Medeni durumu grupları arasında bilgi düzeyi ve motivasyon yönünden fark görülmemiştir ($p > 0.05$).

Tek başına yaşayan ve eşi ve/veya çocukları ile yaşayanlar arasında bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Gelir seviyesi ile bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Meslek ile bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 12: Genel Özelliklere Göre Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

		Bilgi düzeyi		p	Motivasyon düzeyi		p
		Düşük	Yüksek		Düşük	Yüksek	
		n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Sosyal güvence varlığı	Yok	1 (%11,1)	8 (%88,9)	¹ 0,316	5 (%55,6)	4 (%44,4)	¹ 0,124
	Var	28 (%25)	84 (%75)		31 (%27,7)	81 (%72,3)	
Sigara kullanma durumu	Evet	6 (%35,3)	11 (%64,7)	² 0,141	7 (%41,2)	10 (%58,8)	² 0,128
	Hayır	14 (%18,2)	63 (%81,8)		18 (%23,4)	59 (%76,6)	
	Bırakmış	9 (%33,3)	18 (%66,7)		11 (%40,7)	16 (%59,3)	
Alkol kullanma durumu	Evet	4 (%44,4)	5 (%55,6)	³ 0,003*	5 (%55,6)	4 (%44,4)	³ 0,013*
	Hayır	17 (%17,5)	80 (%82,5)		23 (%23,7)	74 (%76,3)	
	Bırakmış	8 (%53,3)	7 (%46,7)		8 (%53,3)	7 (%46,7)	
İlaç sayısı grup	1	8 (%25,8)	23 (%74,2)	² 0,872	10 (%32,3)	21 (%67,7)	² 0,721
	2	7 (%20,6)	27 (%79,4)		10 (%29,4)	24 (%70,6)	
	3	9 (%28,1)	23 (%71,9)		11 (%34,4)	21 (%65,6)	
	4 ve üzeri	5 (%20,8)	19 (%79,2)		5 (%20,8)	19 (%79,2)	
Düzenli sağlık kontrolüne gitme	Evet	16 (%17,4)	76 (%82,6)	⁴ 0,006*	20 (%21,7)	72 (%78,3)	⁴ 0,001*
	Hayır	13 (%44,8)	16 (%55,2)		16 (%55,2)	13 (%44,8)	

¹Fisher's Exact Test ²Ki-Kare Test ³Fisher Freeman Halton Test ⁴Continuity (Yates) Düzeltmesi *p<0.05

Sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar arasında bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden farklılık görülmemiştir (p>0.05).

Sigara kullanma durumu ile bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden bir ilişki görülmemiştir (p>0.05).

Alkol kullanma durumu ile bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden ilişki tespit edilmiştir (p=0.003) (p=0.013). İkili karşılaştırmada; alkol kullanmayanların bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları (%82.5) (%76.3), bırakanlara göre (%46.7) yüksek bulunmuştur (p=0.005) (p=0.028).

Düzenli sağlık kontrolüne gidenlerin bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları (%82.6) (%78.3), düzenli sağlık kontrolüne gitmeyenlere göre (%55.2) (%44.8) yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.006) (p=0.006).

Tablo 13: Kronik Hastalıklara Göre Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Bilgi düzeyi	p	Motivasyon düzeyi	p
--	--------------	---	-------------------	---

		Düşük	Yüksek		Düşük	Yüksek	
		n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Astım/KOAH	Yok	20 (%23,3)	66 (%76,7)	0,958	24 (%27,9)	62 (%72,1)	0,634
	Var	9 (%25,7)	26 (%74,3)		12 (%34,3)	23 (%65,7)	
Hipertansiyon	Yok	13 (%28,3)	33 (%71,7)	0,386	15 (%32,6)	31 (%67,4)	0,739
	Var	16 (%21,3)	59 (%78,7)		21 (%28)	54 (%72)	
Kalp hastalığı veya Kalp yetmezliği	Yok	18 (%25,4)	53 (%74,6)	0,834	24 (%33,8)	47 (%66,2)	0,337
	Var	11 (%22)	39 (%78)		12 (%24)	38 (%76)	
Diyabet	Yok	17 (%22,7)	58 (%77,3)	0,835	21 (%28)	54 (%72)	0,739
	Var	12 (%26,1)	34 (%73,9)		15 (%32,6)	31 (%67,4)	
Diğer kronik hastalıklar (sayısı az olanlar)	Yok	11 (%19,3)	46 (%80,7)	0,357	18 (%31,6)	39 (%68,4)	0,829
	Var	18 (%28,1)	46 (%71,9)		18 (%28,1)	46 (%71,9)	

Continuity (Yates) Düzeltmesi

Astım/KOAH, hipertansiyon, kalp hastalığı veya kalp yetmezliği, diyabet, diğer kronik hastalıkları olanlar ve olmayanlar arasında bilgi düzeyi ve motivasyon yüksek olma oranları yönünden fark görülmemiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

65 yaş üstü kronik hastalarda ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada hastaların %29.8'inin ilaç tedavisi motivasyon düzeyi düşükken, %70.2'sinin yüksekti. %24'ünün ilaç tedavisi ile ilgili bilgi düzeyi düşükken, %76'sının yüksekti. Zelko ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaşlı hastalarda ilaç tedavisine uyumsuzluk prevalansı %6 ile %55 arasında değiştiği belirtilmiştir (41). Turhan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ilaç kullanan yaşlılarda tedaviye uyumsuzluk oranı %28,7 oranında tespit edilmiştir (1). Yılmaz ve Yavuz Çolak tarafından yapılan çalışmada ilaç tedavisine uyumsuzluk oranı %36,3 Sönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu oran %40,6 olarak bulunmuştur (3). Yapılan çalışmalarda, örneklem seçimindeki farklılığa bağlı ilaç uyumsuzluğu prevalansı değişiklik göstermektedir. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçeklerin farklılığı sonucu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda ilaç tedavisi motivasyon düzeyi düşük olanların WHOQOL-BREF psikolojik alan puanı, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Hayward ve arkadaşları dekompanse sirozlu hastalarda yaptığı çalışmada; ilaç uyumu düşük hastalarda yaşam kalitesinin de düşük olduğunu belirlemişlerdir (42). Hipertansiyon hastalarında yapılan çalışmalarda da ilaç uyumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (43,44). Emre ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada, ilaç uyumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır (45). Çalışmamızda ilaç motivasyon düzeyi ile WHOQOL-BREF genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu durum kronik hastalarda yaşam kalitesinin birçok etkene bağlı olduğu, sadece ilaç uyumuna bağlı olmaması ile açıklanabilir. Ayrıca ilaç uyumu ve yaşam kalitesini değerlendirmede farklı ölçeklerin kullanılması ve seçilen popülasyonların farklılığı sonucu etkileyebilir.

Yaşlıların sağlık durumu yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalığı olduğunu bildiren yaşlılarda özerklik, sosyal ilişkiler ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (46). Bilgili ve arkadaşlarının, Aydın ve arkadaşının yaptığı çalışmada da yaşlılık döneminde kronik hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (47,48). Çalışmamızda astım/KOAH, kalp hastalığı ve/veya kalp yetmezliği bulunan yaşlılarda fiziksel sağlık puanı, bu hastalıklar bulunmayan yaşlılara göre düşük bulunmuştur ve bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur.

Yaşlı bireylerin başlıca sağlık sorunu kronik hastalıklardır. Kronik hastalıkların görülme olasılığı yaşla birlikte artmaktadır. Yaşlanmayla beraber artan kronik hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (46). Çalışmamızda yaş ile WHOQOL-BREF fiziksel sağlık alan puanı arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile WHOQOL-BREF genel sağlık alanı, psikolojik alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaş ile WHOQOL-BREF çevre alanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü ve çevresel fonksiyonlarda gerilemeler yaşandığı görülmüştür (49). Tel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin yaşı arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik alan puanları azaldığı görülmüştür (4). Çalıştır ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığını saptamıştır (50). Bu çalışmaların sonucu çalışmamızın bulguları ile uyumludur.

Yaş ve cinsiyete göre ilaç uyumunun incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada DM (Diyabetes Mellitus) medikal tedavisine uyum ile yaş arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yaşlıların gençlere göre daha uyumlu olduğunu gösterilmiştir (51). Camargo ve arkadaşlarının üniversite hastanesinin dahiliye birimlerinde yaptığı çalışmada yaş ve cinsiyetin ilaç uyumuyla ilişkili olmadığı belirtilmiştir(52). Emre ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada da ilaç uyumu ile yaş ve cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır (45). Turhan ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri hastalarda yaptığı çalışmada, ilaç uyumunun yaşla ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Erkeklerin ilaç uyumunun kadınlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (1). Araştırmamızda yaş ve cinsiyete göre ilaç uyumu açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Çalışmamızda cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine bir etkisi görülmemiştir. Literatürde cinsiyetin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir. Yapılan birçok çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (4,46,36,38,50,53). Yapılan bir çalışmada diyaliz hastalarında cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (49,54). Bu durumun kullanılan ölçeklerin ve tıbbi tanılarının farklılıklarından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların öğrenim durumu ile ilaç uyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Yılmaz ve Çolak tarafından yaşlılarda yapılan çalışmada öğrenim durumunun ilaç uyumunu anlamlı derecede etkilemediği belirlenmiştir (3). Emre ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların ilaç uyum puanı düşük bulunmuştur (45). Turhan ve ark. yaşlıların eğitim durumunun ilaç uyumunu etkilediğini bildirmişlerdir. Eğitim durumu ortaokul altında olan kişilerin ortaokul ve üzerine göre tedaviye uyumunun daha kötü olduğu tespit edilmiştir.(1). Demirbağ ve ark. hastaların eğitim düzeyi arttıkça ilaç tedavisine daha iyi uyum gösterdiğini bildirmişlerdir (55).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasında ilişki saptanmamıştır. Ünal ve ark. çalışmalarında yüksek eğitim seviyesinin kişinin bedensel sağlığını, sosyal ilişkilerini ve çevresini olumlu etkilediğini göstermiştir (49). Literatürde eğitim durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu bildirilmektedir. Yapılan pek çok çalışmada eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır (38,43,45,46,48). Yaptığımız çalışmada

örneklem seçimindeki farklılıklar, eğitim düzeyi yüksek yaşlı sayısının az olması sonucu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda Medeni durum ile yaşam kalitesinin bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler boyutları arasında ilişki saptanmıştır. Evli olan grubun bedensel sağlığı ve sosyal ilişkileri eşi vefat eden gruba göre daha iyi bulunmuştur. Ünal ve ark.'nın çalışmasında da medeni durum ile fiziksel sağlık alt boyutunda anlamlı ilişki bulunmuştur (49). Tel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli yaşlılarda yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal alan puanı yüksek bulunmuştur (4). Aydın ve arkadaşı, Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da evli olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalaması eşi vefat etmiş yaşlılara göre yüksek bulunmuştur (46,48). Yalnız yaşama durumunun yaşlılarda yaşam kalitesini düşürdüğüne dair yayınlar mevcuttur (50,53,56). Çalışmamızda tek başına yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi, eşi ve/veya çocukları ile yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Sonuç olarak, aile ilişkileri ve paylaşımlarının bireye fiziksel, psikolojik, sosyal destek sağladığı düşünülebilir.

Yapılan çalışmalarda medeni durumun ilaç uyumuna etkisi ile ilgili farklı sonuçlara varılmıştır. Çalışmamıza benzerlik gösteren medeni durum ile ilaç uyumu arasında ilişki bulmayan çalışmalar mevcuttur (45,57,58). Özdemir ve arkadaşlarının geriatrik hipertansif hastalarda yaptığı çalışmada yalnız yaşayanların ilaç uyumu, ailesiyle yaşayanlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (59). Evli olanların bekâr veya eşi vefat etmiş olanlara göre daha düzenli ilaç kullandıkları belirlenen çalışmalar mevcuttur (1,3,60). Yaşlanma bağlı meydana gelen bilişsel ve fiziksel fonksiyon kaybı nedeniyle bakım gereksinimi artmakta ve ilaç kullanımında destek alma ihtiyacı duyulmaktadır (61).

Çalışmamızda gelir durumu iyi olanların yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Literatürde; iyi bir gelir seviyesinin yaşam kalitesini olumlu etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. (48,50,53,62,63). Çalışmamızda gelir durumunun ilaç uyumu üzerine etkisi saptanmamıştır. Mert ve arkadaşlarının çalışmasında da gelir durumunun ilaç uyumunu etkilemediği belirtilmiştir (58).

Çalışmamızda düzenli sağlık kontrolüne gidenlerin WHOQOL-BREF genel sağlık, fiziksel sağlık ve çevre alan puanları, düzenli sağlık kontrolüne gitmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda düzenli sağlık kontrolüne gidenlerin ilaç bilgi düzeyi ve motivasyon

düzeyi yüksek olma oranı, düzenli sağlık kontrolüne gitmeyenlere göre yüksek olduğu görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ilaç uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen birçok sebep vardır. Yaşlıların düzenli sağlık izlemlerinin yapılması, kronik hastalıklar ve kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi verilmesi, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi tedavi uyumunun ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte gün geçtikçe artan yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin sürdürülmesi için yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumları önem kazanmaktadır. Yaşlılarda yapılan bu tür çalışmaların yaşlıların yaşam kalitesini sürdürme çalışmalarında yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Turhan Ö, Kibar E, Ekren E, et al. YAŞLILARDA İLAÇ UYUMU: ÜNİVERSİTE HASTANESİ TABANLI TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA. *NOBEL Med.*:8.
2. Şanal Karahan F, Hamarta E. Geriatrik Olgularda Kronik Hastalıkların ve Polifarmasinin Ölüm Kaygısı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Ege Tıp Bilim Derg.* 2019;2(1):8-13. doi:10.33713/egetbd.463608
3. Yılmaz F, Yavuz Çolak M. Evaluation of Beliefs About Medicines and Medication Adherence Among Elderly People with Chronic Diseases. *Turk Klin J Health Sci.* 2018;3(2):113-121. doi:10.5336/healthsci.2017-58835
4. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. Published online 2011:9.
5. İstatistiklerle Yaşlılar, 2021 (İnternet) Son Erişim Tarihi 23.06.2022 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2021-45636>.
6. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. URL: www.gebam.hacettepe.edu.tr .10 Şubat 2010.
7. World Health Organization Quality of Life Group. Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine.* 1998; 28 (3): 551–558. <https://www.who.int/tools/whoqol>.
8. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klin Gelişim.* 2012;25(3):1-3.
9. Bilir N. Yaşlılık tanımı, yaşlılık kavramı, epidemiyolojik özellikler. *Yaşlılık Ve Solunum Hastalıkları* *Ertürk Bahadır Koşar F Serisi Ed TÜSAD Eğitim Kitapları İstanb.* Published online 2018:13-31.
10. ARTAN, T. YAŞLILIK VE SOSYAL HİZMET SOSYAL HİZMETLER ÖN LİSANS PROGRAMI. Published online 2016.
11. Çiftlik Bolluk A, Özçakar N. Yaşlılarda Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarına Yaklaşım. In: *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı*. 1st ed. Türkiye Klinikleri; 2019:69-75.
12. aydoğdu sinan. 2019 Turkish Hypertension Consensus Report. *Turk Kardiyol Derneği Arşivi- Arch Turk Soc Cardiol.* Published online 2019. doi:10.5543/tkda.2019.62565
13. Obezite, T. E. M. D., Metabolizması, L., & Grubu, H. Ç. (2018). Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara.

14. *BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLER İÇİN KORONER ARTER HASTALIĞINA YÖNELİK EĞİTİCİ EĞİTİMİ (MODÜL2)*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/haberler/Egitimler/egitim_reh_sunum/Koroner_Arter_eitici_eitimi_modl.pdf
15. İkitimur B. Yaşlılarda koroner arter hastalığına yaklaşım. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2017;45(5):32-34.
16. Tokgözoğlu, L., Yılmaz, M. B., Abacı, A., Altay, H., Atalar, E., & Aydoğdu, S. (2018). Türkiye’de kalp yetersizliği yol haritası.
17. Yeşilbursa D. The approach to heart failure in the elderly. *Turk Kardiyol Dernegi Arsivi-Arch Turk Soc Cardiol*. Published online 2017. doi:10.5543/tkda.2017.15750
18. Gök Balcı U. Solunum Sistemi Hastalıklarına Yaklaşım. In: *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı*. 1st ed. Türkiye Klinikleri; 2019:76-79.
19. Öztürk AV. Yaşlanmadaki Fizyolojik ve Anatomik Değişiklikler. :6.
20. Gök Balcı U. Yaşlılarda Sık Görülen Endokrin Hastalıklar. İn: *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı*. 1st ed. Türkiye Klinikleri; 2019:80-83.
21. OBEZİTE TANI VE TEDAVİ KILAVUZU 2019. Published online 2019. Accessed June 25, 2022. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190506163904-2019tbl_kilavuz5ccdcb9e5d.pdf?a=1
22. *DIABETES MELLİTUS VE KOMPLİKASYONLARININ TANI, TEDAVİ VE İZLEM KILAVUZU-2019*. 14th ed. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2020. Accessed June 25, 2022. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20200625154506-2020tbl_kilavuz86bf012d90.pdf
23. *OSTEOPOROZ ve METABOLİK KEMİK HASTALIKLARI TANI ve TEDAVİ KILAVUZU*. 15th ed. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2020. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20210104143325-2021tbl_kilavuz5e76bb3d16.pdf
24. Karaoğlu N. Yaşlı Bireylerde Depresyon. İn: *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı*. 1st ed. Türkiye Klinikleri; 2019:84-88.
25. Keskin AO, Uncu G, Tanburoğlu A, Adapınar DÖ. YAŞLANMA VE YAŞLILIKLA İLGİLİ NÖROLOJİK HASTALIKLAR / AGING AND SENILITY RELATED NEUROLOGIC DISEASES. *Osman J Med*. 2016;38(0). doi:10.20515/otd.51945

26. Utku U. İnme Tanımı, Etyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri. *Turk J Phys Med Rehabil Fiz Tip Ve Rehabil Derg.* 2007;53.
27. BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLER İÇİN BEYİN DAMAR HASTALIKLARI VE İNMEYE YÖNELİK EĞİTİCİ EĞİTİMİ. Published online 2019.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/haberler/Egitimler/egitim_reh_sunum/nme_eitici_eitimi_rehberi.pdf
28. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. (33710).
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710#>
29. Akbayır E, Şen M, Ay U, Şenyer S, Tüzün E, Küçükali Cİ. Parkinson hastalığının etyopatogenezi. *Deney Tıp Araşt Enstitüsü Derg.* 2017;7(13):1-23.
30. Murat Gültekin, Haşmet A. Hanağası. PARKİNSON HASTALIĞINDA KLİNİK, AYIRICI TANI VE YAKLAŞIM İLKELERİ. İn: *Hareket Bozuklukları Tanı ve Tedavi Rehberi.* ; :35-53.
[https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/parkinson_iki%20renk%20ayarlı%C4%B1%20\(1\).pdf](https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/parkinson_iki%20renk%20ayarlı%C4%B1%20(1).pdf)
31. Limnili G, Kartal M. Yaşlılarda Sık Görülen Ortopedik Sorunlar. İn: İzbrak G., ed. *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı.* 1st ed. Türkiye Klinikleri; 2019.
32. Sertel Berk Ö, Sindel D, Temeloğlu Şen E. THE VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH ADAPTATION OF MEDICAL ADHERENCE REPORT SCALE. *İstanbul Tıp Fakültesi Derg.* 2019;82(1):52-61. doi:10.26650/IUITFD.413637
33. Bahat G, Akpınar TS, Tufan F, Akın S, Tufan A, Erten N. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. 2012;(1):5.
34. EdiSan Z, Kadioğlu FG. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Etik Açıdan Bir Değerlendirme. :8.
35. Erkoç Y, Göçmen L. *Sağlığın tesviki ve geliştirilmesi sözlüğü.* Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
36. Yasemin G, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşire Fakültesi Elektronik Derg.* 2014;7(2):98-108.
37. Akçay Ş, Aslan D, Aydos TR, et al. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, 1. *Baskı Ank Algı Tanıtım.* Published online 2012:46-52.
38. Boğan F, Korkmaz M. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu? :8.

39. ŞAHİN NE, EMİROĞLU O. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacet Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg.* 2014;1(1):57-66.
40. ŞEN ET, BERK ÖS, SİNDEL D. İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. *J Istanbul Fac Med.* 2019;82(1):52-61.
41. Zelko E, Klemenc-Ketis Z, Tusek-Bunc K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. *Mater Socio-Medica.* 2016;28(2):129.
42. Hayward KL, Valery PC, Martin JH, et al. Medication beliefs predict medication adherence in ambulatory patients with decompensated cirrhosis. *World J Gastroenterol.* 2017;23(40):7321.
43. Sa'ed HZ, Al-Jabi SW, Sweileh WM, et al. Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension: a cross-sectional study. *Int J Cardiol.* 2013;168(3):2981-2983.
44. Park NH, Song MS, Shin SY, Jeong J hye, Lee HY. The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *Int J Older People Nurs.* 2018;13(3):e12196.
45. Nilüfer E, EDİRNE T, ÖZŞAHİN A, ÇOBAN N, YANIK A. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısıyla İlişkisi. *Turk J Fam Med Prim Care.* 2020;14(3):436-442.
46. Beyhan C, ÖZYURT Z, ESER E, ÇOBAN G, KARAKOÇ Ö. MAN< SA MURAD< YE BÖLGES< NDEK< YAŞILILARIN YAŞAM KAL< TES< N< ETK< LEYEN FAKTÖRLER< N DE/ERLEND< R< LMES<. *Turk J Geriatr.* 2007;10(3):117-123.
47. Bilgili N, Arpacı F. Quality of life of older adults in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;59(2):415-421.
48. AYDIN S, KARAOĞLU L. GAZİANTEP İL MERKEZİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. *Turk J Geriatr Geriatri Derg.* 2012;15(4).
49. Ünal G, Bilge A, Okulu EÜASY, Bornova İ. Evaluation of mental health status and quality of life end-stage renal disease patients treated with hemodialysis. *Ege J Med.* 2005;44(1):35-38.
50. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Published online 2006.

51. Lee WY, Ahn J, Kim JH, et al. Reliability and validity of a self-reported measure of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus in Korea. *J Int Med Res.* 2013;41(4):1098-1110.
52. Camargo AL, Cardoso Ferreira MB, Heineck I. Adverse drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital. *Eur J Clin Pharmacol.* 2006;62(2):143-149.
53. Özerdoğan Ö, Yüksel B, ÇELİK M, OYMAK S, BAKAR C. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turk J Public Health.* 2018;16(2):90-105.
54. MOLLAOĞLU M, ARSLAN S. Diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Sağlık Ve Toplum.* 2003;13(4):42-46.
55. CANAN DEMİRBAĞ B, TİMUR M. Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Published online 2012.
56. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(3):293-300.
57. Mollaoğlu M, Solmaz G, Mollaoğlu M. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat.* 2015;54(4).
58. Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2011;15(1).
59. Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Bakırkö Tıp Derg.* 2016;12(4):195-201.
60. SOLMAZ T, AKIN B. Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. *Türk Geriatri Derg.* 2009;12(2):72-81.
61. Kankaya H, Serap Ö, Korkmaz M, Karabulut Ö, Ece K. YAŞLI HİPERTANSİF HASTALARDA İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖZ-ETKİLİLİĞİ. *Ege Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg.* 2017;33(3):1-10.
62. Onat ŞŞ. Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi. *Türk Osteoporoz Derg.* 2013;19:69-73.
63. ACARAY A, PINAR R. KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARININ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.