

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**PROTON POMPA İNHİBİTÖRÜ KULLANAN HASTALARIN BU İLAÇLAR
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARI İLE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Esra COŞAR ÇOBANLAR

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Fatih ÖZCAN

Manisa, 2021

ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Fatih ÖZCAN' a;

Tez sürecimde verdiği değerli katkı ve desteklerinden dolayı sevgili hocam Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR' a, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Haluk MERGEN'e ve Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görevli Doç. Dr. Hüseyin ELBİ' ye;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm hocalarıma, uzman ve asistan meslektaşlarıma;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görevli, uzmanlığını alıp aramızdan ayrılmış ve hala devam eden tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini daima yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde sonsuz emek, özveri ve fedakarlıkların sahibi canım annem Fatma COŞAR ve kardeşim Yasemin COŞAR'a, özlemini her daim duyduğum rahmetli babam Hasan COŞAR'a;

Hayatıma girdiği ilk andan itibaren sevgisi, desteği ve güleryüzü ile her daim yanımda olan, varlığı ile beni daha güçlü kılan değerli eşim, meslektaşım Furkan ÇOBANLAR'a;

Tüm içtenliğimle ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Esra COŞAR ÇOBANLAR

Manisa, 2021

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLO DİZİNİ VE ŞEKİL DİZİNİ.....	V
KISALTMALAR	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Proton Pompa İnhibitörleri	3
2.1.1. PPI Etki Mekanizması.....	3
2.1.2. PPI Kullanım Endikasyonları	4
2.1.3. Uzun Süreli PPI Kullanımı ve Yan Etkileri	10
2.1.4. Uygunsuz PPI Kullanımı	14
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	16
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi.....	16
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli.....	17
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	18
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekler.....	19
2.2.5. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı.....	20
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Çalışma Materyali	23

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.7. Etik Kurul Onayı.....	24
4. BULGULAR	25
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	25
4.2. Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı	28
4.3. Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Göre Dağılımı	34
4.4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının İstatistikleri.....	36
4.5. Katılımcıların PPI Kullanım Özelliklerinin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi	36
4.6. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi.....	41
4.7. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının PPI Kullanım Özellikleri İle İlişkisi	42
4.8. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının PPI Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumları İle İlişkisi	43
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
7. ÖZET	54
8. ABSTRACT	56
9. KAYNAKLAR.....	58
10. EKLER	73

TABLO DİZİNİ VE ŞEKİL DİZİNİ

Tablo 1: H. pilori eradikasyonunun 1.aşama tedavisi	7
Tablo 2: Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler ...	19
Tablo 3: Katılımcıların Yaşının Tanımlayıcı İstatistikleri	25
Tablo 4: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	25
Tablo 5: Kullanılan PPI'lerin Etken Maddeleri ve Dozlarına Göre Dağılımı ..	28
Tablo 6: Katılımcıların PPI Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı	29
Tablo 7: Kullanılan PPI'lerin Hekim Tarafından Reçete Edilmesine ve Hekimlerin Branşına Göre Dağılımı	29
Tablo 8: Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Kullanma Nedeni Olan Semptomların Dağılımı	30
Tablo 9: Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Kullanma Nedeni Olan Tanılarının Dağılımı	32
Tablo 10: Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörü Kullanırken Karşılaştıkları Yan Etkilere Göre Dağılımı	33
Tablo 11: Katılımcıların PPI Dışında Kullandıkları İlaçların Dağılımı	34
Tablo 12: Katılımcıların Endoskopi İle İlgili Verilerinin Dağılımı	34
Tablo 13: Katılımcıların PPI Hakkındaki Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	35
Tablo 14: Katılımcıların PPI Hakkındaki Tutumlarına Göre Dağılımı	35
Tablo 15: Katılımcıların YSOÖ Puanlarının İstatistikleri	36
Tablo 16: Katılımcıların PPI Kullanma Süreleri ile Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumları Arasındaki İlişki	37
Tablo 17: Katılımcıların PPI Kullanma Süreleri ile Ek Hastalık Durumu Arasındaki İlişki	38
Tablo 18: Katılımcıların PPI Başlama Durumları ile Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumları Arasındaki İlişki	38
Tablo 19: Katılımcıların PPI Başlama Durumları ile Ek Hastalık Durumu Arasındaki İlişki	39
Tablo 20: Katılımcıların PPI Kullanma Sıklığı ile Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumları Arasındaki İlişki	40

Tablo 21: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile YSOÖ Puanları Arasındaki İlişki	41
Tablo 22: Katılımcıların PPI Kullanma Süreleri ile YSOÖ Puanları Arasındaki İlişki	42
Tablo 23: Katılımcıların PPI Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ile YSOÖ Puanları Arasındaki İlişki	43
Tablo 24: Katılımcıların PPI Hakkındaki Tutumları ile YSOÖ Puanları Arasındaki İlişki	45

Şekil 1: Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli	18
Şekil 2: Katılımcıların Kronik Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı	27
Şekil 3: Katılımcıların Mevcut Kronik Hastalıklarının Dağılımı	27
Şekil 4: Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Kullanma Sıklığına Göre Dağılımı	32

KISALTMALAR

PPI: Proton Pompa İnhibitörleri

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

GÖRH: Gastroözofageal Reflü Hastalığı

H2RA: Histamin-2 Reseptör Antagonistleri

PÜ: Peptik Ülser

ZES: Zollinger-Ellison Sendromu

NERH: Non-eroziv Reflü Hastalığı

NSAİİ: Non-Steroidal Antiinflatuvar İlaçlar

ACG: American College of Gastroenterology

GİS: Gastrointestinal Sistem

FD: Fonksiyonel Dispepsi

TKP: Toplum Kökenli Pnömoni

AİN: Akut İnterstisyel Nefrit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

MCBÜ: Manisa Celal Bayar Üniversitesi,

YSOÖ: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Proton pompa inhibitörleri (PPI), mide asidi ilişkili hastalık ve semptomların tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında ilk sırada yer almakta ancak bu hastalıkların sıklığında bir artış olmamasına rağmen PPI kullanımının artması endişe uyandırmaktadır (1). Çoğu zaman hastalar altta yatan hastalığa ya da var olan semptomlara neden olduğu düşünülen yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirmek yerine direkt ilaca başvurabilmektedirler. Artan PPI kullanımının hiç şüphesiz bir diğer nedeni de reçetesiz olarak temin edilebiliyor olmasıdır.

PPI genellikle iyi tolere edilen ilaçlardır ancak özellikle uzun süre kullanılmaları ciddi yan etkilere yol açabilmektedir (2). Bu yan etkiler hastalar tarafından hemen hemen hiç bilinmemektedir. PPI'nin aşırı reçete edilmesi de özellikle bu yan etkilerin ortaya çıkmasında bir artışa sebep olarak hastaların yarardan çok zarar görebilecekleri bir tıbbi sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir (3).

Aile hekimliği polikliniklerinde hekimden PPI reçete etmesini isteyen veya reçetesiz olarak eczaneden PPI talep ederek kullanan hastalarla sık karşılaşılmaktadır. Bu durum Aile hekimliği polikliniklerini PPI'nin akılcı olmayan kullanımlarının önüne geçmede önemli merkezler haline getirmekte ve hastaların bu grup ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi ile tutumlarını iyileştirmek adına aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

Literatürü incelediğimizde proton pompa inhibitörü kullanan bireylerin kullanım özelliklerini saptamaya yönelik, uygunsuz PPI kullanım sıklığını ve uygunsuz PPI kullanımı ile ilişkili durumları araştırmaya yönelik sınırlı sayıda da olsa çalışma olduğu görülmektedir ancak tüm bunların sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeyleri ile ilişkisini inceleyen çalışma olmadığı dikkat çekmektedir.

Biz bu çalışmada hastaların PPI grubu ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarının tespiti ile doğru ilaç kullanımı adına, ilacın özellikle uzun dönem kullanımında ortaya çıkabilecek olası yan etkilerinden korunması adına katılımcıları bilgilendirmeyi amaçladık.

Hastalarda PPI kullanımıyla ilgili bilgi eksikliği veya yanlış tutumların sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi de inceleyerek hastaların bilgilendirilmesi, yanlış uygulamaların önüne geçilebilmesi, SOY düzeylerinin geliştirilmesi amacıyla daha sonra yapılacak çalışmalara katkı sağlanmasını hedefledik.



2. GENEL BİLGİLER

Mide fizyolojisi ile ilgili çalışmalar yaklaşık olarak 2 asır önce başlamış ve midede asidinin varlığı bulunmuştur. Bunu takiben mide asidinin sebep olduğu peptik ülser, gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) gibi hastalıklar tanımlanmış, devamında asit salgısının bloke edilmesi ile bu hastalıklar tedavi edilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla çeşitli mide asit salgı inhibitörleri ve nötralize edici ajanlar geliştirilmiştir (4).

1972 yılında paryetal hücrede bulunan histamin-2 reseptörlerine karşı antagonist (H₂RA) ilaçların, asit ilişkili hastalıkların tedavisinde kullanılması ile önemli bir adım atılmıştır (5). Daha sonra da proton pompa inhibitörlerinin ilk temsilcisi omeprazolün 1988'de kullanıma sunulması ile gastroenterolojide bir devrim yaşanmış, asit-peptik hastalıkların tedavisinde büyük bir ilerleme kaydedilmiştir (6).

2.1. Proton Pompa İnhibitörleri

Proton pompa inhibitörleri (PPI) piyasaya ilk sürüldüğünden bu yana yaygın şekilde kullanılmakta, ülkemizde ve dünyada en çok kullanılan ilaçlar listesinde en başlarda yer almaktadır (6). Omeprazolü takiben günümüze kadar lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol, esomeprazol ve dekslansoprazol geliştirilmiş ve klinik kullanıma sunulmuştur (4).

2.1.1. PPI Etki Mekanizması

PPI, asit sekresyonunda son basamakta görev alan mide paryetal hücrelerindeki H⁺ /K⁺ - ATPaz pompasına (proton pompası) geri dönüşümsüz bağlanarak gastrik asit salınımını inhibe ederler (7). PPI dolaşımında zayıf moleküller şeklinde bulunur ve paryetal hücrelere ön ilaç şeklinde verilirler. Mideden alkali intestinal lümene geçtikten sonra, enterik kaplı ilaç çözünür ve bu formda hücre membranlarını geçebilir (8).

PPI, aktif olarak asit salgılatmakta olan pompaları inhibe etmektedir. Asit salınımının uyarılması için yeni H⁺ /K⁺ -ATPaz'ın sentez edilmesi ya da inhibe edilmemiş pompaların devreye girmesi gerekmektedir (6). Proton pompasının yarı ömrü ortalama 18 saattir. Bu da PPI'nin etki sürelerinin plazma yarılanma ömürlerinden daha uzun olmasını sağlamaktadır. Yeni proton pompası devreye girmesine kadar geçen sürede asit salgısı durur (8).

Yemekten sonra proton pompalarının %70'i , aç iken ise %5 'i aktiftir. Bu nedenle PPI'nin çoğunlukla yemekten önce alınmaları gerekmektedir. Proton pompa inhibitörlerinin plazma yarılanma ömürlerinin ortalama 1–2 saat olmasına rağmen proton pompalarını geri dönüşümsüz bloke etmeleri nedeniyle etkileri uzun sürer, bu sebeple birçok vakada tek doz PPI kullanımı yeterli olmaktadır. Gastrik asit inhibisyonu ilk doz alındıktan 1-2 saat sonra başlar (9,10,11).

2.1.2. PPI Kullanım Endikasyonları

PPI günümüzde, başta gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) olmak üzere gastrik asitle ilişkili hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. GÖRH'e ek olarak peptik ülser (PÜ), Helikobakter pilori (Hp) eradikasyonu, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlara bağlı gastrik ülser riskinin azaltılması, fonksiyonel dispepsi, yoğun bakım hastalarında gastrointestinal kanama riskinin azaltılması ve Zollinger-Ellison sendromunu (ZES) da PPI kullanım endikasyonları arasında yer almaktadır (4).

2.1.2.1. Gastroözofageal Reflü Hastalığı

Gastroözofageal reflü, mide içeriğinin retrograd distal özofagusa kaçışıdır, normalde günde yaklaşık 10-15 kez gözlenebilen fizyolojik bir olaydır (12). Gastroözofageal reflü hastalığı ise 2006'da yapılan konsensus toplantısı sonucunda yayınlanan Montreal tanımlamasına göre gastrik içeriğin özofagusa kaçışının özefagusta histolojik ve morfolojik değişiklikler yapması

ya da rahatsız edici semptomlar oluşturması veya komplikasyonlara yol aması olarak tanımlanmaktadır (13).

GÖRH; eroziv olmayan reflü hastalığı, eroziv özofajit ve Barrett özofagus olarak üç grup halinde sınıflandırılmıştır (14). Son yıllarda GÖRH'lı hastaların çok az bir kısmını eroziv hastalıkların oluşturduğu, %70'ini de endoskopi ile özofageal lezyonların görölmediği non-eroziv reflü hastalığının (NERH) oluşturduğu tespit edilmiştir (15).

Semptomların sıklığı ve şiddeti GÖRH tedavi kararına rehberlik etmektedir. Semptomlar, yaşam kalitesine etkisine göre hafif veya orta / şiddetli olarak sınıflandırılabilir. Belirtiler, aralıklı (haftada ikiden az) veya sık (haftada iki veya daha fazla epizod) olabilir. Dünya Gastroenteroloji Derneği'nin 2017 yılında yayınladığı kılavuza göre GÖRH olan tüm hastalara yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir (14). Daha önce tedavi görmemiş ve eroziv özofajit veya Barrett özofagusu kanıtı bulunmayan hafif ve aralıklı semptomları olan hastalarda, gerektiğinde düşük doz histamin 2 reseptör antagonistleri (H2RA) eklenebilir. Eř zamanlı antiasitler ve/veya aljinatlar kullanılabilir. Semptomları devam eden hastalarda, H2RA dozu en az iki hafta boyunca günde ikiye çıkartılmalıdır. Semptomlar devam ederse tedavide 1x1 PPI 'ye geçilmeli ve semptomlar kontrol altına alındığında, tedaviye en az sekiz hafta devam edilmelidir (16).

şiddetli veya sık semptomlu hastalar ya da eroziv özofajit tanısı konan hastalarda yaşam tarzı ve diyet değişikliklerine ek olarak, sekiz hafta boyunca günde bir kez standart doz PPI ile tedaviye başlanmalıdır (17).

Omeprazol 40mg/gün, Lansoprazol 30 mg/gün, Pantoprazol 40mg/gün ve Rabeprazol 20 mg/gün sekiz hafta boyunca kullanılması eroziv özofajiti %90 oranında tedavi etmektedir (18).

Günde bir kez standart doza rağmen (örn. Günde bir kez Omeprazol 40 mg) semptomları devam eden hastalarda alarm semptomları varsa (≥60 yaşındaki hastada yeni başlayan dispepsi, disfaji, odinofaji, kilo kaybı, gis kanama bulguları, anemi, 1. Derece akrabada GİS malignitesi varlığı)

endoskopi önerilmelidir (19). Alarm semptomları olmayan hastalarda ise dozun bölünmesi (örn., Omeprazol 20 mg günde iki kez), dozun ikiye katlanması (örn. Omeprazol 40 mg günde iki kez) veya başka bir PPI'ye geçiş (örneğin Lansoprazol 30 mg günde bir kez) düşünülebilir (20,21).

Barrett özofagusu olan hastalarda ise kanseri önleyebileceğini öne süren gözlemsel ve in vitro çalışmalardan elde edilen verilere göre süresiz olarak PPI tedavisine devam edilmelidir (22,23,24,25).

2.1.2.2. Peptik Ülser Hastalığı

Peptik ülser, asit ve pepsinin zararlı etkisi ile mide ve duodenumda oluşan, muskularis mukozayı geçen, sınırları belirli akut veya kronik yaradır (26). Peptik ülser hastalığı dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite kaynağı olmaya devam etmektedir. Hastaların yaklaşık üçte ikisi asemptomatiktir (27). Semptomatik hastalarda ise en yaygın epigastrik ağrı, dispepsi, şişkinlik, abdominal dolgunluk, mide bulantısı veya erken doyma görülmektedir (28) . Çoğu peptik ülser hastalığı, Helikobacter pilori enfeksiyonu veya nonsteroid antiinflatuvar ilaçların (NSAİ) kullanımı veya her ikisi ile ilişkilidir (29).

Mide ve duodenum ülserlerinde altta yatan patofizyoloji farklı olsa da asit salgısının baskılanması her iki durumda tedavinin temelini oluşturmaktadır (30). Bu konuda PPI, gastroduodenal ülserlerinin tedavisinde H2 reseptör blokörlerinden daha etkindir (31).

PPI tedavi süresi, etyolojiye, ülser lokasyonuna ve ilişkili komplikasyonlara bağlıdır. H. pilori testi pozitif olan hastalarda eradikasyon tedavisi gerekmektedir (32). American College of Gastroenterology (ACG), 2017 yılında H. Pilon enfeksiyonunun tanı ve tedavi kılavuzlarını yayınladı (33).

Tablo 1: H. pilori eradikasyonunun 1.aşama tedavisi

Tedavi Rejimi	İlaç (Doz)	Doz sıklığı	Tedavi Süresi
Klaritromisin temelli	PPI (standart veya çift doz)	2x1	14 gün
	Klaritromisin 500 mg	2x1	
	Amoksisilin 1 gr	2x1	
Klaritromisin temelli (penisilin alerjisi +)	PPI (standart veya çift doz)	2x1	14 gün
	Klaritromisin 500 mg	2x1	
	Metronidazol 500 mg	3x1	
Bizmut temelli	PPI (standart doz)	2x1	10 – 14 gün
	Bizmut subsalisilat 300 mg	4x1	
	Tetrasiklin 500 mg	4x1	
	Metronidazol 250 mg veya 500 mg	4x1 3x1	
Ardışık	PPI (standart doz) + Amoksisilin 1 gr	2x1	5 – 7 gün
	PPI (standart doz) + Klaritromisin 500 mg + Metronidazol 500 mg veya Tinidazol 500 mg	2x1	5 – 7 gün

H. Piloni negatif ülserlerin çoğunun etyolojisinden ise NSAİİ kullanımı sorumludur (28). Hasta yaşı, komorbidite varlığı, kullandığı ilaçlar, önceki ilaç alım öyküsü ve H. Piloni enfeksiyonu gibi risk faktörleri, NSAİİ ilişkili gastrointestinal (Gİ) yan etkileri arttırdığı çeşitli çalışmalarda kanıtlanmıştır (34).

NSAİİ kullanımına bağlı Gİ yan etkileri önlemek için 2009 yılında ACG tarafından yayınlanan kılavuza göre; komplike ülser öyküsü olan hastalarda yan etki riski yüksektir ve bu hastalarda NSAİİ tedavisinden mümkünse kaçınılmalı ancak anti-inflamatuvar tedavi gerekiyse COX-2 inhibitörü + misoprostol / PPI tedavisi uygulanmalıdır (35,36).

Komplikasyonlu veya komplikasyonsuz ülser öyküsü olan ve aspirin (düşük doz dahil), antiplatelet veya kortikosteroid kullanan veya 2 ya da daha fazla risk faktörü bulunan hastalar da Gİ yan etki açısından yüksek riskli grupta yer almaktadırlar (34).

Misoprostol ve PPI ile yapılan karşılaştırma çalışmalarında 12. hafta sonunda ülser insidansında PPI lehine bir üstünlük tespit edilememiştir ancak misoprostol ile yan etki nedeniyle tedaviyi bırakma oranları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (37). Uzun süreli NSAİİ ve/veya aspirin ya da klopidoğrel kullanması gereken hastalar için şu anda beraberinde PPI kullanımı en güvenli ve koruyucu seçenek olarak göze çarpmaktadır (38).

2.1.2.3. Zollinger Ellison Sendromu

ZES, mide asidinin hipersekresyonuna bağlı PÜ hastalığına (genellikle perforasyon, kanama gibi komplikasyonlarla birlikte) ve emilim bozukluğuna bağlı ishale yol açan gastrin üreten bir tümörün (gastrinoma) varlığı ile karakterize nadir bir hastalıktır (39).

ZES tedavisinde esas amaç, nöroendokrin tümörün cerrahi olarak çıkarılmasıyken hemen her hastada gastrin salınımından kaynaklanan asit ilişkili komplikasyonları önlemek için medikal tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır (40). PPI, bu aşamada tercih edilen ilaçlardır, ancak ZES dışı endikasyonlarında kullanımlarına kıyasla nispeten yüksek dozlar (standart dozun 3-4 katı) gereklidir (41,42). Primer tümörün cerrahi rezeksiyonundan sonra bile uzun vadede (daha düşük dozlarda) PPI kullanımı gerekebilmektedir (43). Cerrahi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda PPI tedavisine süresiz olarak devam edilmelidir. Başarılı küratif gastrinoma

rezeksiyonu geçirmiş hastaların da yarısından fazlasında asit hipersekresyonu devam ettiği için PPI tedavisine devam etmeleri gerekebilmektedir (44).

2.1.2.4. Fonksiyonel Dispepsi

Fonksiyonel dispepsi (FD), organik, sistemik veya metabolik hastalıklarla açıklanamayan erken doyma, postprandial dolgunluk hissi, epigastrik ağrı veya epigastrik yanmanın varlığı ile karakterize semptomlar kompleksidir. Semptomlar tanıdan en az 6 ay önce başlamış ve son üç aydır da tanı kriterleri mevcut olmalıdır (45). FD genel popölasyonda yaygın olarak görölmektedir. ABD birinci basamak sağlık hizmeti başvurularının yaklaşık % 5'ini oluşturur (46).

Fonksiyonel dispepsi tanı ve tedavi yönetimi konusundaki tartışmalar hala sürmektedir. Tedavide yıllardır diyet ve yaşam tarzının düzenlenmesi konularında hastalara bilgi verilmektedir. Az yemeleri, yağlı ve kendilerini rahatsız edecek yiyeceklerden, içeceklerden uzak durmaları önerilir. Öğünlerde az az ve altı öğün yemeleri tavsiye edilir. Hastalardan NSAİİ, kahve, alkol, sigaradan sakınmaları istenir (47).

Hepsi olmasa da çoğu hasta için farmakoterapi düşünölecektir. Bununla birlikte, FD'de medikal tedavilerin etkinliği sınırlıdır (48). Buna rağmen, omeprazolün (günde 20 mg), plasebo ile karşılaştırıldığında dispeptik semptomları azaltmada daha etkin olduğu gösterilmiştir (49). Düşük PPI dozları bu endikasyon için yeterli olmaktadır çünkü 15 mg lansoprazolün 4 ve 8 haftalık süre boyunca kullanımındaki etkinin 30 mg'a benzer olduğu gözlenmiştir (50). PPI ile uzun süreli bir tedavi FD'de endike değildir. Başarılı bir tedaviden sonra, ani bırakma yerine azaltma stratejisi tercih edilir (51). 1 yıllık takip sürecinde hastaların yaklaşık % 70'inde semptomlar tekrarlayabilse de tedaviye sadece bu hastalarda yeniden başlamak, tüm vakalarda sürekli PPI kullanılmasından daha avantajlıdır (52).

2.1.3. Uzun Süreli PPI Kullanımı ve Yan Etkileri

Proton pompası inhibitörlerinin kısa süreli kullanımları güvenli görülmele beraber uzun süreli kullanımları konusunda tartışmalar sürmektedir. Kısa süreli kullanımları; mide bulantısı, baş ağrısı, diyare, abdominal ağrı, konstipasyon, gaz, döküntü, baş dönmesi ve nadiren anafilaktik reaksiyonlara sebep olabilir (53). Uzun süreli, endikasyon dışı kullanılmış PPI, özellikle ileri yaştaki hastalar başta olmak üzere mortalite ve morbiditeyi etkileyecek yan etkilerin oluşmasına yol açmaktadır (54).

2.1.3.1. Enfeksiyonlar

Gastrointestinal Sistem Enfeksiyonları: Mide asidi, ağız yoluyla alınan bakterilere karşı ilk engeldir. Bu nedenle mide asidinin, PPI kullanılması ile pH'nın 4'ün üstüne çıkması, enterik enfeksiyonlara neden olabilir (55). Hastanede yatan hastalarda uzun süreli PPI kullanımının Clostridium difficile ile ilişkili diyarenin yanı sıra Campylobacter, Salmonella, Shigella ve Listeria gibi enterik enfeksiyon riskini artırdığı görülmüştür (56). PPI kullanımının, antibiyotik kullanımı olmasa bile, Clostridium difficile enfeksiyonu riskinde artışa neden olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (57,58,59). Bu riski en aza indirmek için yatan hastalarda, acil olmayan PPI tedavilerinin kesilmesi ya da uygun endikasyonda etkili olan en düşük dozda tedaviye devam edilmesi önerilmektedir (60,61).

Solunum Yolu Enfeksiyonları:

PPI kullanımıyla artan solunum yolu enfeksiyonları riskinin en olası açıklaması, PPI kaynaklı hipoklorhidrinin, bakteri aşırı çoğalmasına neden olarak mide içeriğinin mikroaspirasyonunu artırması ve ardından akciğer kolonizasyonuna neden olmasıdır (62). 26 çalışma ve 200.000 hastayı içeren geniş bir meta-analizde, PPI dozu veya hasta yaşına bakılmaksızın, PPI tedavisinin Toplum Kökenli Pnömoni (TKP) riskini 1,49 kat artırdığı ve bu hastaların ayrıca TKP nedenli hastaneye yatış oranının daha yüksek olduğu

gösterilmiştir. İlginç bir şekilde, kısa süreli (< 1 ay) PPI tedavisinde TKP riskinin en yüksek olduğu ve bu riskin PPI tedavisinin süresi arttıkça azaldığı ve istatistiksel önemini kaybettiği gösterilmiştir (63).

Almario ve arkadaşları yaptıkları çalışmada PPI kullanan hastalarda kullanmayanlara göre COVID-19 pozitiflik olasılığının daha yüksek olduğunu, PPI kullanımının aynı zamanda artmış COVID-19 riski ile de ilişkili olabileceğini göstermişlerdir (64). Diğer bir çalışmada ise mevcut ve geçmiş kullanım dahil olmak üzere PPI tedavisinin, SARS-CoV-2 enfeksiyonuna duyarlılığı artırmadığı ancak mevcut PPI kullanımının (<1 ay) COVID-19'da daha ağır klinik sonuçlarla ilişkili olabileceği bulunmuştur (65).

2.1.3.2. Neoplaziler

PPI kullanılması asit sekresyonunu ve somatostatin salınımını azaltır. Feedback mekanizması gastrinin G hücrelerinden salınımını artırır ve hipergastrinemi meydana gelir. Gastrin, enterokromaffin benzeri hücrelerin büyümesi üzerinde proliferatif bir etkiye sahiptir, bu da PPI'nin nöroendokrin tümörler ve gastrointestinal sistem karsinomlarının gelişimi ile ilişkisini açıklamaktadır (66,67,68). Normal şartlarda mide lümenindeki pH 1-1.5 olup yiyecek içeceklerle alınan bakterilerin, mide ve ince barsakta kolonize olmalarına imkan vermez. Mide asit bariyeri PPI ile yapılan tedavilerden sonra bozulmaktadır. Bu da bakteri kolonizasyonu ve enterik enfeksiyon gelişimi kolaylaştırır. Bakteriler nitratları nitritlere indirger, onlar da aminlerle birleşerek nitrozaminleri oluşturur. N-nitrozamin kanserojen olarak kabul edilmektedir (4).

Uzun süre PPI kullanımının, gerek bakteriyel aşırı çoğalma sonucu nitrozaminlerin artışı, gerekse de hipergastrinemisinin gastrointestinal mukozadaki trofik etkisinin kanser gelişimine neden olabileceği akla gelmektedir (4).

2.1.3.3. Kemik Kırıkları ve Osteoporoz

PPI tedavisinin kırık riskinde artışa neden olup olmadığı tartışmalı bir konudur. Bununla birlikte risk, böbrek fonksiyon bozukluğu gibi güçlü sekonder osteoporoz risk faktörü olan hastalarda daha belirgindir. PPI'nin kırık riskinde artışa neden olmasından sorumlu mekanizmalar arasında hipergastrinemiye bağlı hiperparatiroidizm, histaminin aşırı salgılanması ve ayrıca hipoklorhidriye bağlı kalsiyum ve B vitamini malabsorpsiyonu yer almaktadır (69).

Uzun süreli PPI kullanan hastaların olası kırık yükü, kemik sağlığı ve mineral durumu göz önünde bulundurularak düzenli olarak izlenmelidir. Osteoporoz için rutin profilaksi, PPI kullanıcılarının osteoporotik kırıklardan kaçınmaları için önerilmektedir. Osteoporozu olmayan hastalar için profilaksiye ihtiyaç yoktur (70,71).

2.1.3.4. Malabsorbsiyonlar

B12 Vitamini: Yiyeceklerle alınan B12 vitamini proteine bağlıdır ve serbest hale gelmesi için pepsine ihtiyacı vardır. Midede asit sekresyonunu yapan paryetal hücrelerden, aynı zamanda intrinsik faktör de salgılanmaktadır. PPI'nin uzun süre kullanılması da benzer şekilde intrinsik faktör salınımını bozmaktadır (4). Sonuç olarak PPI ile uzun süreli tedavi, vitamin B12 malabsorbsiyonu ile ilişkilendirilmiştir (72,73). ACG, faydasının olduğuna dair bir kanıt olmadığından her hastada rutin B12 taramasını önermemektedir (74).

Demir: PPI'nin demir eksikliği riskini artırıp artırmadığına dair veriler kısıtlıdır ancak gastrik asidin, demiri ferrik formdan (non-hem demir) çözünür form olan ferröz demire indirgeyerek non-hem demirin emiliminde rol oynadığı bilinmektedir ve PPI kullanımının azalmış demir emilimi ile ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur (75,76,77,78,79).

Magnezyum: PPI 'nin hipomagnezemi riskine yol açabileceği ilk kez 2006 yılında Epstein ve arkadaşları tarafından öne sürülmüştür (80). Bu yan etkinin mekanizması net değildir ancak yapılan incelemeler renal tübüler kayıptan

ziyade azalmış bağırsak emiliminin sorumlu olabileceğini göstermektedir (81). Toplam 109.798 hastayı içeren 9 gözlemsel çalışmanın meta-analizinde, PPI kullananlarda, kullanmayanlara göre hipomagnezemi riskinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (82).

Magnezyum eksikliği tetaniye, konvülsiyona, kardiyak aritmiye, hipokalsemiye ve hipokalemiye neden olabilir. Hipomagnezemi riskinin esas olarak uzun süreli (> 1 yıl) PPI kullanan hastalarda arttığı görülmektedir ancak tedaviye başladıktan sonraki ilk bir yıl içinde bildirilen vakalar da mevcuttur (83,84). Bu potansiyel risk nedeniyle hipomagnezemi için yüksek risk taşıyan, özellikle diüretik kullanan hastalar başta olmak üzere magnezyum düzeylerinin takip edilmesi önerilmektedir (85).

2.1.3.5. Klopidoğrel Etkileşimi ve Miyokard İnfarktüsü

Bir antiplatelet ilaç olan klopidoğrel, sitokrom P450 (CYP 2C19 ve CYP 3A4) tarafından aktive edilen inaktif bir ön ilaçtır. PPI de esas olarak bu enzim sistemi tarafından metabolize edildiğinden, PPI'nin meydana gelecek kompetitif inhibisyon nedeniyle klopidoğrel etkisinin azalmasına neden olabilmektedir (86). FDA klopidoğrel ile birlikte özellikle omeprazol ve esomeprazol kullanılmamasını önermektedir (87). Sebebi ise omeprazol ve esomeprazolün önemli oranda CYP 2C19 yolu ile metabolize olması nedeniyle en fazla ilaç etkileşimine yol açan PPI olmalarıdır (88).

Klopidoğrel etkileşimin yanı sıra PPI'nin miyokard infarktüsü riskini artırmasına sebep olabilecek farklı bir mekanizma olarak PPI'nin vasküler nitrik oksit sentazı doğrudan bloke ederek vasküler kontraksiyona neden olduğu daha öne sürülmüştür (89).

Sonuç olarak son on yılda, PPI kullanımı kardiyovasküler morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir (90). Akut miyokard infarktüsü dahil olmak üzere majör akut kardiyovasküler olayların artmış riski, PPI'nin uzun süreli veya yüksek doz tedavisi ile ilişkilendirilmiştir (91,92).

2.1.3.6. Renal Hastalıklar

İlk kez 1992'de PPİ kullanımının akut interstisyel nefrite (AİN) neden olabileceği bildirilmiştir (93). İlaça bağlı diğer AİN vakalarında olduğu gibi PPİ kullanımına bağlı AİN, doza bağımlı değildir (85). Kesin mekanizma hala bilinmemektedir ancak ilaca veya metabolitlerinden birine karşı gelişen hipersensitif immün reaksiyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu etki daha çok yaşlılarda görülmektedir (94). Yakın zamana kadar, PPİ kullanımının kronik böbrek hastalığı (KBH) gelişimi üzerindeki etkisi hakkında ise çok az şey biliniyordu. Lazarus ve arkadaşları tekrarlayan akut interstisyel nefrit epizodları nedeniyle PPİ'nin KBH'yı indükleyebileceğini öne sürdüler (95). PPİ'ye bağlı AİN geçiren hastaların yarısından fazlasında tam iyileşme gerçekleşmemektedir (96). Bu da PPİ ile indüklenen KBH'nın inflamatuvar interstisyel infiltratlar ve ödem ile akut interstisyel nefritin kronik interstisyel skar ve tübüler atrofiye ilerlemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir (97).

2.1.3.7. Demans

PPİ'nin demans ile ilişkisinden sorumlu olduğu düşünülen iki mekanizma vardır. İlki, PPİ'nin B12 vitamin malabsorbsiyonuna neden olarak bilişsel işlevin azalmasına katkıda bulunmasıdır. İkincisi ise PPİ tedavisinin Alzheimer hastalığının patogenezinde anahtar bir olay olan β -amiloid üretimini artırdığı yönündedir (98). Bunun yanı sıra PPİ kullanımının demans riskinde artışa neden olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (99,100). Sonuç olarak, PPİ kullanımı ile demans riski konusunda henüz bir fikir birliğine varılmış değildir (101).

2.1.4. Uygunsuz PPİ Kullanımı

Ülkemizde ilaç kullanımı ciddi bir sorun haline gelmiştir. İlaçların genel sağlık harcamaları içerisindeki payı gelişmekte olan ülkelere bile fazladır.

Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının genelde %10-15 arası ilaç harcamasına giderken bu durum ülkemizde çok yüksektir (102). Ülkemizde kamu sağlık harcamalarının %40'ı ilaçlara gitmektedir (103).

Uygunsuz ilaç kullanımının en fazla olduğu ilaç gruplarından biri de PPI'dir. 30 yıldır tüm dünyada yaygın şekilde kullanılmaktadır. Proton pompa inhibitörleri dünyada en çok kullanılan ilaçlar listesinde ilk üç arasındadır (6). PPI'nin tedavisinde yer aldığı mide asidi ilişkili hastalıkların sıklığında bir artış olmaksızın PPI reçete sayılarında artış olması endişe uyandırmaktadır (1). Bu durum PPI'nin akılcı olmayan şekilde kullanımını akla getirmektedir. Akılcı ilaç kullanımının en önemli bileşenlerinden biri hastanın ilacı kullanma alışkanlığı ve tedaviye uyumudur; reçete edilen ilaçlar önerilen doz ve zamanda, uyarılara uygun şekilde kullanılmalıdır aksi takdirde tedavilerin etkinliği azalmakta, yan etki riski artmakta, daha yüksek tedavi maliyetleri ortaya çıkmaktadır (104). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre akılcı ilaç kullanımının (AİK) tanımı "hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü" şeklindedir (105).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı tüm dünyada çok önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle başta DSÖ olmak üzere uluslararası pek çok sağlık kurum ve kuruluşu, AİK ilkelerinin benimsenip yaygınlaştırılması için çalışmalarını sürdürmektedir (106,107). İlaçların büyük bir kısmının birinci basamakta reçete edildiği göz önüne alındığında, bu çalışmaların merkezinde birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, yani aile hekimleri yer almaktadır. AİK uygulamalarının yaygınlaştırılmasında yardımcı olacak en özel, en güçlü grup aile hekimleridir. Bu sebeple gerek uzmanlık eğitimi gerekse sürekli hizmet içi eğitimlerle aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda desteklenmesi gerekmektedir (108). Hastalar ise hekimin reçete ettiği ilaçların faydasını akılcı ilaç kullanımındaki temel yaklaşımları yerine getirdikleri oranda göreceklerdir. Sağlık okuryazarlığı ise bu aşamada bireylerde akılcı ilaç kullanım ilkeleriyle ilgili farkındalığı artıracak bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Dünden bugüne, tıp alanındaki gelişmeler neticesinde birçok hastalığın tedavisi bulunmuş, birçoğunun ilerlemesinin önüne geçilmiş ya da bu ilerleme yavaşlatılmıştır. Bireylerin, yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için ihtiyaç duyduklarında uygun biçimde sağlık bilgisine ulaşmalarının, anlamalarının ve bu bilgiye uygun davranabilmelerinin önem kazanması sonucu bu alanda yapılan çalışmalarla Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı ortaya çıkmıştır (109).

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığı terimi; ilk kez 1974 yılında, Scott Simonds tarafından yazılan “Health Education as Social Policy- Bir Sosyal Politika Olarak Sağlık Okuryazarlığı” adlı bir makalede yer almıştır (110). O zamandan günümüze sağlık literatüründe yer alan sağlık okuryazarlığının birbirine paralel çok çeşitli tanımları vardır (111). DSÖ’ye göre SOY; “bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği” olarak tanımlanmış (112), 2013 yılında ise DSÖ genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yaparak sağlık okuryazarlığı tanımını şu şekilde yenilemiştir: “Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir” (113).

Esas olarak sağlık okuryazarlığı, okuma-yazma becerilerinin ötesinde sağlıklı davranışlar, ilaçların doğru kullanımı, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmek, aydınlatılmış onam formlarını anlamak ve imzalamak, öz bakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilmek, bakım veren rolünü üstelenebilmek gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini kapsamaktadır (114).

Toplumda sađlık okuryazarlıđının dűşűk dűzeyde olması, koruyucu sađlık hizmetlerinin son dűnemlerde űnem kazanması, sađlık harcamalarındaki artış ve bilgilerin aktarılamaması gibi sebepler sađlık okuryazarlıđının űnemini artırmıřtır (115).

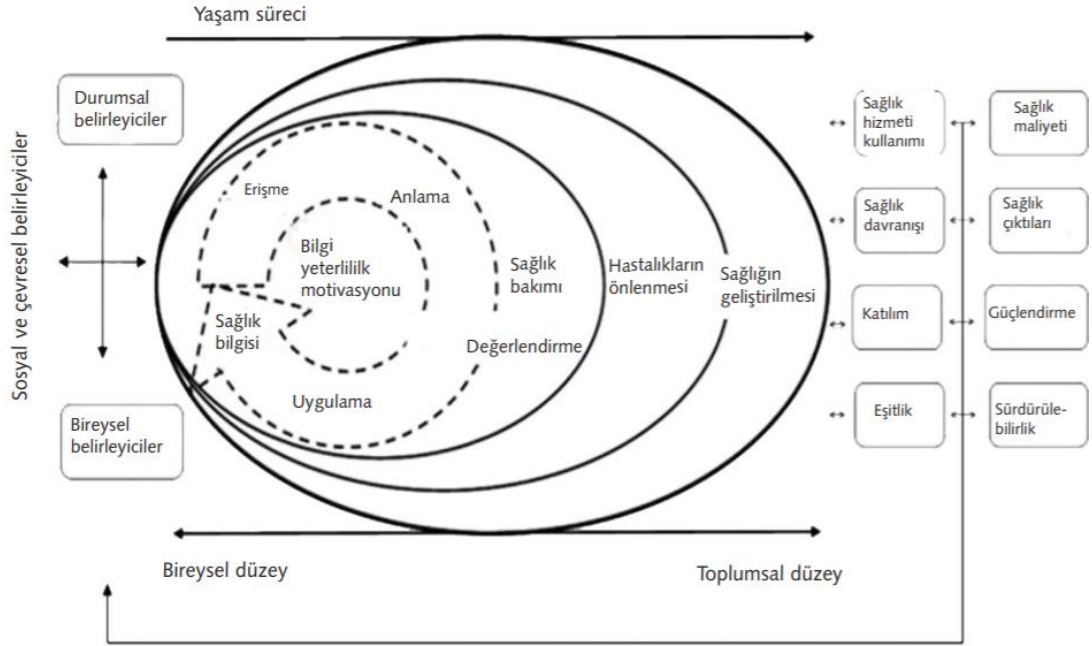
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Halk sađlıđı alanında alıřan Sorensen, sađlık okuryazarlıđının temel bileřenleri, űncűlleri ve sonuçlarını içeren çok sayıdaki kavramsal modelin ana boyutlarını kapsayan bűtűnleřmiř bir sađlık okuryazarlıđı modeli geliřtirmiřtir (řekil 1) (116).

Modele bakıldıđında, demografik űzellikler, dil, kűltűr, toplumsal ve siyasal űzellikler gibi sosyal ve çevresel űzelliklerin dâhil olduđu daha uzak etmenler ile cinsiyet, yař, eđitim, sosyoekonomik durum, ırk, meslek, gelir, istihdam, okuma ve yazma gibi kiřisel űzellikler ile aile ve akran etkileri, sosyal destek, medya kullanımı ve fiziki evre gibi durumsal űzelliklerin dâhil olduđu űncűl etmenlerin SOY durumunu etkilediđi gűrűlmektedir (116).

Toplumsal sađlıđın sűrdűrűlebilirliđinden ve eřitliđinden bahsedebilmek için iyi dűzeyde bireysel sađlık okuryazarlıđının aranması gerektiđini dolaylı yoldan savunan bu model; hem gerekli űlűm araçlarının geliřtirilmesi hem de yetersiz gűrűlen konularda műdahale metotları geliřtirilmesi hususunda yol gűsterici rol oynamaktadır (117,118).

Şekil 1: Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli (116)



2.2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı esas olarak; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, hastalık süreleri, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve sağlık sisteminin karmaşıklığı gibi birçok faktörle ilişkilidir (110,119,120).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin gençlerde yüksek olduğu ve yaşla birlikte azaldığı gösterilmiştir. Tanrıöver ve arkadaşları eğitim düzeyinin düşük olmasının ve toplam okul yılının, sınırlı sağlık okuryazarlığı için bir risk faktörü olduğunu ancak yüksek eğitim düzeyinin yeterli sağlık okuryazarlığı için tek başına yeterli olmayacağını belirtmişlerdir (121).

Sağlık okuryazarlığı kavramı cinsiyet açısından incelendiğinde; erkek hastalarda sağlık okuryazarlık seviyesi daha yüksek iken (110), kadın hastalarda medikal karar alma süreçlerine katılımın daha yüksek olduğu görülmektedir (120).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekler

SOY'un ilk olarak 1974 yılında tanımlanmasına karşın ancak 1990'lı yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. İlk zamanlarda, "Sağlıkla ilgili materyalleri anlıyor musunuz?", "Sağlık broşürlerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorularla, bireyin SOY seviyesini ölçmeye çalışılmışlardır. SOY öneminin zamanla artmasıyla, ölçek ihtiyacı oluşmuş ve bu yönde çalışmalar başlamıştır. SOY seviyesi için uygulanan ilk ölçek, National Assessment of Adult Literacy (NAAL-Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi) olup, ölçek yetişkinlere uygulanmış ve geri bildirimler toplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre yetişkinlerin sağlık alanındaki yeteneklerinin birbirinden farklı olduğu ve uyuşmadığı gösterilmiştir (122,123).

Başlarda soyut bir kavram olarak algılanan SOY'un seviyesini belirlemek için, zamanla birçok ölçek geliştirilmiştir (124). Güncel olarak sıklıkla kullanılan ölçeklerden bazıları Tablo 2'de gösterilmiştir (125).

Tablo 2: Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler

ÖLÇEK ADI	TÜRKÇE VERSİYONU
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	VAR
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	VAR
En Yeni Yaşamsal İşaret Testi Newest Vital Sign Test (NVS)	VAR
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)	TÜRKÇE
Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği Instrument For Assessment Of Health Literacy	VAR
Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults(SAHLSA)	YOK
Medical Achievement Reading Test- MART)	YOK
Health Literacy Screening Questionnaire	YOK

Bireylerin SOY düzeyini ölçmek için, Sezer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” Türkçe literatürde tek örnek olarak ifade edilebilir (126).

2.2.5. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığına gösterilen ilgi, son yıllarda ülkemizde de artmış ve bu alanda çeşitli adımlar atılmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 26 Aralık 2012 tarihinde “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve bazı üniversiteler tarafından sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çalışmalar yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir (127).

2009-2012 yılları arasında, Tanrıöver ve arkadaşları tarafından Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunurken değerlendirme sonucunda, toplumun %24’ünün yetersiz, %40,1’inin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu da hemen hemen 3 milyon bireyin yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (121).

2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak

Sağlık okuryazarlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası konumundadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının primer hedefi; tüm yaş gruplarında halkın sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek ve sağlık bilincini arttırmaktır. Mobil hizmetler, sağlık taramaları, rutin izlemler ve takipler eksik sağlık eğitimini tamamlamak için birer fırsat olarak görülmelidir (128).

Aile hekimlerinin, sağlık sisteminde ilk basamak olması nedeniyle takip ettikleri bireylerin sağlık hizmetlerini etkili bir biçimde kullanmaları açısından değerlendirmeleri önemli bir husustur. Aile hekimliği, bireyleri bütüncül değerlendiren bir disiplin olmasından dolayı bireylerin uygun sağlık tutumlarının geliştirilmesi, ihtiyaç olan hizmetlere erişmesi ve sağlık bakımının her aşamasında yapılan bilgilendirmenin bireylere ulaştırılabilmesi noktasında önemli bir göreve sahiptir. Yapılan çeşitli araştırmalar sınırlı sağlık okuryazarlığının ekonomik etkilerinin olduğunu, düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık hizmetlerini etkin kullanamadığını buna bağlı olarak daha yüksek tıbbi maliyetlerin olduğunu göstermektedir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin etkili bir şekilde kaynaklarını kullanarak sağlık okuryazarlığı açısından bireyleri değerlendirmesi ve eğitmesi önem arz etmektedir (127,128).

Sağlık okuryazarlığının öneminin birinci basamak sağlık hizmetlerinde vurgulanması amacıyla, “Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality)” tarafından oluşturulan “Evrensel Sağlık Okuryazarlığı Tedbirlerini Uygulama Rehberi’nin (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit)” ikinci sürümü birinci basamak sağlık hizmetlerine yöneliktir. Bu rehberde, sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin farkına varılarak bu bireylere yönelik bilgilendirici eğitim materyalleri hazırlama konusuna yer verilmiştir. Sözlü ve yazılı iletişim, kişisel yönetim, destekleme ve güçlendirme gibi başlıklar rehberde bulunmaktadır. Bunlara ilave olarak sağlık sistemini kullanma ve zor hasta grupları gibi konularda ortalama 30-40 dakika arası sürecek olan sunumlar da yer almaktadır (129).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, proton pompa inhibitörü kullanan hastaların bu ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın yeri: Araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi (MCBÜ) Hafsa Sultan Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğinde yürütülmüştür.

Araştırmanın zamanı: Araştırma verileri 01.02.2021 – 01.05.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri analizi ve rapor yazımı Mayıs 2021’de başlamış olup Haziran 2021’de sonlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü hastalar araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan maksimum hasta sayısına ulaşılması hedeflendi. Özel olarak örneklem grubu hesaplanmadı. Verilerin belirli bir tarih aralığında toplanması planlandı.

18 yaş ve üzeri, PPI kullanmış veya halen kullanmakta olan, araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler çalışmaya dahil edildi. 18 yaş altı, sözel iletişim kurulamayan ve daha önce hiç PPI kullanmamış hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama araçları kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmada araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan bir anket formu ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) kullanılmıştır.

Anket formu sosyodemografik bilgileri, ppi kullanım özelliklerini, ek hastalıkları, kullanılan ilaçları, endoskopi olma durumunu, PPI konusunda bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemeye yarayacak toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Türk toplumundaki yetişkin bireyler için sağlık okuryazarlığı yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla Ayşe Sezer ve Hasibe Kadioğlu tarafından geliştirilip Türkçe geçerlilik güvenilirliği yine Ayşe Sezer ve Hasibe Kadioğlu tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Ölçek genel sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru ile vücut organlarının yerini bilmeyi içeren 1 adet şekilli soruyu içermektedir. Soruların 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi çoktan seçmeli, 4 tanesi boşluk doldurma, 2 tanesi ise eşleştirmelidir. Puanlama her soru tipi için ayrı şekilde yapılmaktadır. Evet/hayır sorularına her olumlu cevap 1 puan, her olumsuz cevap 0 puan; boşluk doldurma sorularında her doğru cevap 1 puan, her yanlış cevap 0 puan olarak değerlendirilir. Çoktan seçmeli olan sorularda iki ve ikiden fazla doğru cevap verenlere 1 puan, doğru ile yanlış cevap işaretlemeler yapan veya hiç doğru cevap veremeyenlere 0 puan verilir. Eşleştirme sorularında ise ikiden fazla doğru eşleştirme 1 puan, diğerleri 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçekte alınabilecek puan aralığı 0-23'tür ve puan arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı için Cronbach alfa katsayısı 0,77, test tekrar test güvenilirliği katsayısı 0,87 ile yeterli düzeyde bulunmuştur (126).

Anket ve ölçek çalışmaya katılmayı kabul eden 172 hastaya yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Her katılımcıya araştırmanın kapsamı hakkında bilgi verilerek imzalı onam formları alındı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 21.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler hastaların dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde (%), sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Değişkenlerin dağılımlarının normal olup olmadığı Skewness-Kurtosis değerleri ile belirlendi. Normal dağılım gösteren değişkenler Student t testi ve ANOVA, normal dağılım göstermeyen değişkenler ise Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare testi veya Fischer Exact testi kullanıldı. Elde edilen verileri istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi “p” değeri ile yorumlandı. $P < 0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Etik Kurul Onayı

06 Ocak 2021 tarihinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi başhekimliğinden de 20 Ocak 2021 tarihinde ayrıca araştırma izin onayı verilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma 1 Şubat 2021 – 1 Mayıs 2021 tarihleri arasında, yaşları 18 ile 79 arasında değişmekte olan, PPI kullanan 172 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları ortalaması $48,14 \pm 12,78$ 'dir.

Tablo 3: Katılımcıların Yaşının Tanımlayıcı İstatistikleri

Katılımcı Sayısı	Yaş Ortalaması	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
172	48,14	12,78	18	79

Tablo 4: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	120	69,8
	Erkek	52	30,2
Medeni Durum	Bekar	25	14,5
	Evli	147	85,5
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	7	4,1
	Okur-yazar	11	6,4
	İlköğretim	88	51,1
	Lise	45	26,2
	Üniversite	21	12,2
Meslek	Ev hanımı	93	54,1
	İşçi	17	9,9

	Emekli	11	6,4
	Öğrenci	6	3,5
	Memur	15	8,7
	Serbest meslek	9	5,2
	Çiftçi	12	7,0
	Çalışmıyor	5	2,9
	Diğer	4	2,3
Sigara İçme Durumu	Evet	38	22,1
	Hayır	120	69,8
	Eski kullanıcı	14	8,1
Toplam		172	100,0

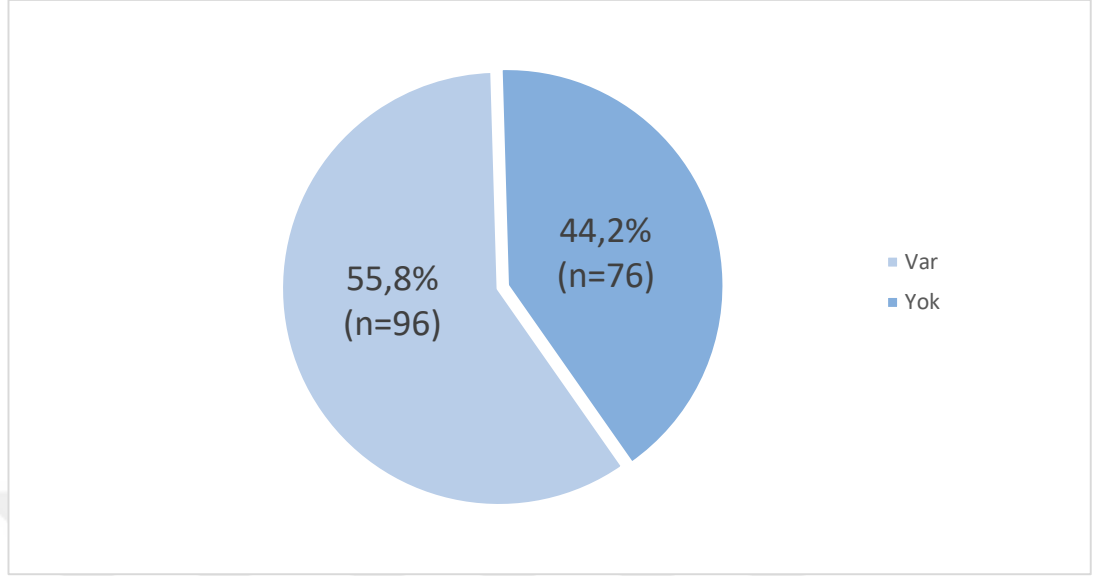
Katılımcıların %69,8'i kadın, %30,2'si erkeklerden oluşmakta olup, çalışmaya katılan bireylerin %85,5'i evli geri kalanlar ise bekardır. Çalışma grubunun %4,1'i okuryazar değildir. %95,9'u okur yazar olup, %51,2'si ilköğretim, %26,2'si lise ve %12,2'si de üniversite veya daha yüksek öğretim seviyesi mezunudur. Katılımcıların %54,1'i ev hanımı, %9,9'u işçi, %6,4'ü emekli, %8,7'si memur, %5,2'si serbest meslek, %7'si çiftçi, %3,5'i öğrenciler olup 77,9'u hali hazırda sigara içmemektedir.

Çalışmaya katılan kişilerin kronik hastalık öyküsü sorgulandığında %55,8'inin bir veya birden çok hastalığı olduğu görülmüştür (şekil 2).

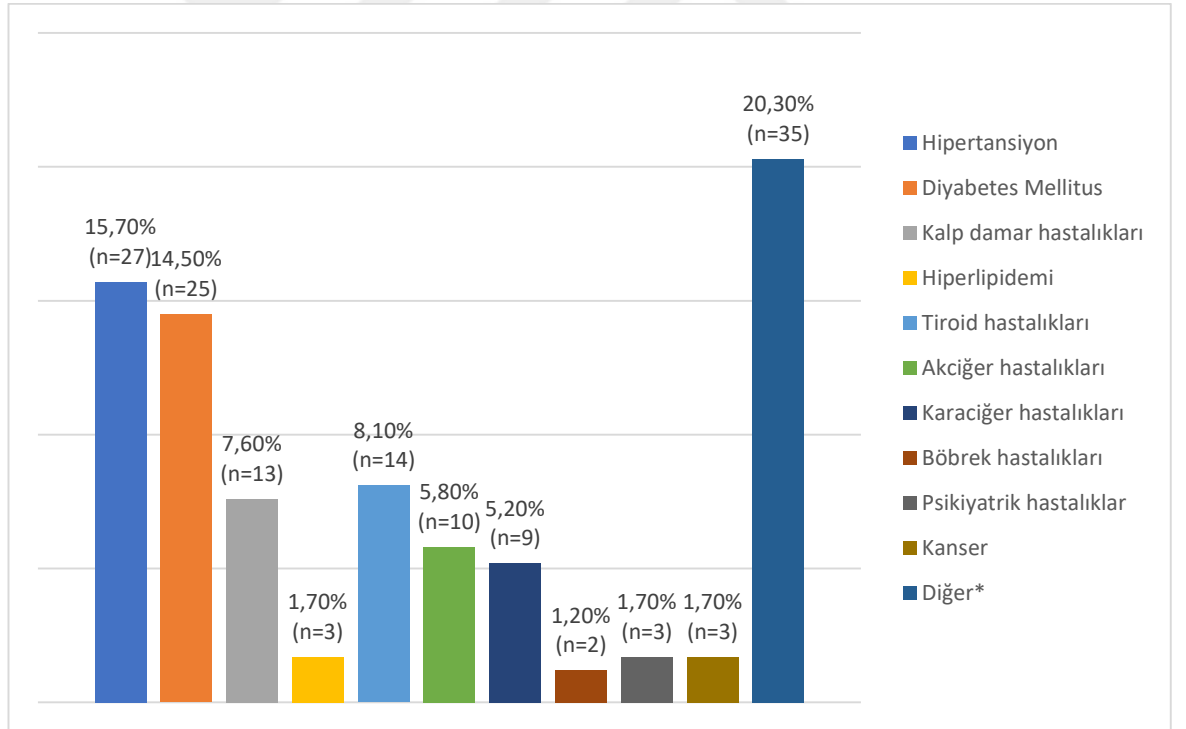
Katılımcılarda en sık görülen kronik hastalığın %15,70 (n=27) ile hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Hipertansiyonu sırasıyla diyabetes mellitus (%14,50) (n=25) ve tiroid hastalıkları (%8,10) (n=14) takip etmiştir.

Çalışma grubunda mevcut olan kronik hastalıkların dağılımı Şekil 3'te sunulmuştur.

Şekil 2: Katılımcıların Kronik Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı



Şekil 3: Katılımcıların Mevcut Kronik Hastalıklarının Dağılımı



*Yedi kişide ülseratif kolit, beş kişide romatolojik hastalıklar, dört kişide lomber disk hernisi, dört kişide migren, üç kişide inflamatuvar bağırsak hastalığı üç kişide allerjik hastalıklar, iki kişide crohn hastalığı, iki kişide vertigo, iki kişide benign prostat hastalığı, bir kişide çölyak hastalığı, bir kişide akdeniz anemisi, bir kişide sedef hastalığı saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı

Katılımcıların %27,3'ü (n=47) lansoprazol kullanmaktadır. Lansoprazolden sonra en sık kullanılan etken maddeler sırasıyla pantoprazol %25,6 (n=44), esomeprazol %24,4 (n=42), rabeprazol %4,7 (8) iken en az kullanılan madde %1,2 (n=2) ile omeprazoldür. Bireylerin %16,9'u (n=29) ise kullandığı ilacın adını hatırlamamaktadır.

Kullanılan ilaç dozları incelendiğinde %30,8'i (n=53) 40 mg olarak yüksek dozda kullanırken %21,5'i (n=37) 30 mg ve %11,0'i (n=19) 20 mg kullanmaktadır. 'Hatırlamıyorum' yanıtını veren ise 63 katılımcı vardır ve çalışmaya katılan bireylerin %36,6'sını oluşturmaktadır.

Tablo 5: Kullanılan PPI'lerin Etken Maddeleri ve Dozlarına Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Etken Maddesi	Esomeprazol	42	24,4
	Lansoprazol	47	27,3
	Pantoprazol	44	25,5
	Omeprazol	2	1,2
	Rabeprazol	8	4,7
	Hatırlamıyor	29	16,9
Doz	20 mg	19	11,1
	30 mg	37	21,5
	40 mg	53	30,8
	Hatırlamıyor	63	36,6
Toplam		172	100,0

Tablo 6: Katılımcıların PPI Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanım Süresi	0 - 2 ay	36	20,9
	2 - 6 ay	25	14,5
	6 - 12 ay	24	14,0
	12 – 60 ay	57	33,1
	60 ay üzeri	30	17,5
Toplam		172	100,0

Çalışma grubunun PPI kullanım süresi değerlendirildiğinde %20,9'unun 0-2 ay arası kullandığı saptanmıştır. 12 ay veya daha kısa süreli PPI kullananlar grubun 49,4'ünü (n=85) oluşturmaktadır. %33,1'inin (n=57) 12-60 ay arası, %17,5'inin (n=30) ise 60 aydan daha uzun süreli kullandığı görülmüştür.

Katılımcıların %92,5'i hekim kontrolünde PPI kullanmaya başladığı saptanmıştır. Reçete eden hekimlerin branşına bakıldığında %29,1 oranla (n=50) ilk sırada dahiliye hekimleri yer almaktadır. Daha sonra sırasıyla, proton pompa inhibitörlerinin %20,9'unun (n=36) aile hekimi, %18,6'sının (n=32) gastroenteroloji ve %5,8'inin (n=10) genel cerrahi tarafından reçete edildiği görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 7: Kullanılan PPI'lerin Hekim Tarafından Reçete Edilmesine ve Hekimlerin Branşına Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekim tarafından mı reçete edildi?	Evet	159	92,5
	Hayır	13	7,5
Reçete eden hekimin branşı	Aile Hekimliği	36	20,9
	Dahiliye	50	29,1

	Gastroenteroloji	32	18,6
	Genel Cerrahi	10	5,8
	Kardiyoloji	5	2,9
	Ortopedi	5	2,9
	Diğer*	12	7,0
	Hatırlamıyor	9	5,3
Toplam		172	100,0

*Acil Tıp (n=7), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (n=2), Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (n=1), Beyin ve Sinir Cerrahisi (n=1), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (n=1)

Çalışmaya katılan 172 kişinin %5,3'ü (n=9) ise proton pompa inhibitörünü reçete eden hekimin branşını hatırlamadıklarını beyan etmişlerdir.

Katılımcılara mide koruyucu ilaca ilk nasıl başladınız diye sorulduğunda, %5,2'si (n=9) 'kendim reçetesiz aldım', %2,3'ü (n=4) ise 'çevremdekilerin önerisi ile aldım' yanıtını vermişlerdir.

Tablo 8: Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Kullanma Nedeni Olan Semptomların Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Midede ağrı	96	55,8
Ekşime	67	39,0
Yanma	69	40,1
Mide krampları	20	11,6
Geğirme	36	20,9
Ağza acı-ekşi su gelmesi	63	36,6
Şişkinlik	84	48,8

Erken doyma	5	2,9
Yutma güçlüğü	6	3,5
Ağrılı yutma	1	0,6
Öksürük	6	3,5
Retrosternal ağrı-yanma	10	5,8
Bulantı	22	12,8
Sebebi bilinmeyen kilo kaybı	7	4,1
Diğer*	12	7,0

*kusma (n=8), ishal (n=2), kabızlık (n=2)

Katılımcılara hangi sebeple proton pompa inhibitörü kullandıkları sorulduğunda %55,8'i (n=96) midede ağrı, %39'u (n=67) ekşime, %40,1'i (n=69) yanma, %11,6'sı (n=20) mide krampları, %20,9'u (n=36) geğirme, %36,6'sı (n=63) ağza acı-ekşi su gelmesi, %48,8'i (n=84) şişkinlik, %2,9'u (n=5) erken doyma, %3,5'i (n=6) yutma güçlüğü, %0,6'sı (n=1) ağrılı yutma, %3,5'i (n=6) öksürük, %5,8'i (n=10) retrosternal ağrı-yanma, %12,8'i (n=22) bulantı, %4,1'i (n=7) sebebi bilinmeyen kilo kaybı, %7'si ise diğer semptomlar sebebi ile ilaca başladıklarını belirtmiştir.

Çalışma grubunun PPI kullanma nedeni olan tanılarının dağılımı Tablo 9'da gösterilmektedir.

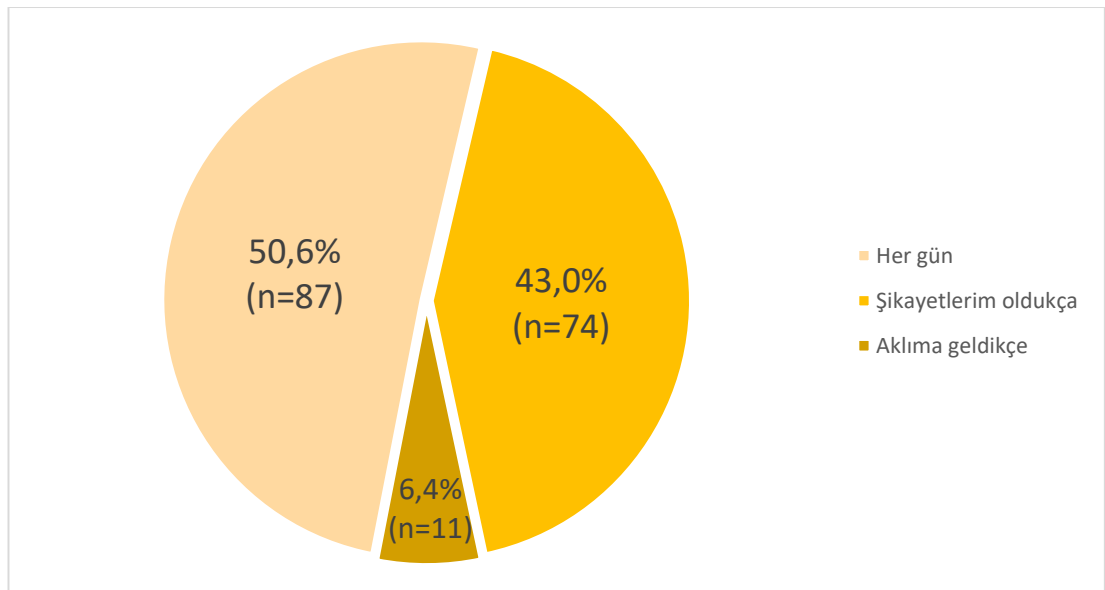
Katılımcıların %27,3'ü (n=47) GÖRH nedeniyle PPI kullanmaya başlamışlardır. Bunu %23,8 (n=41) ile gastrit, %22,1 ile NSAİİ, aspirin nedeniyle midede oluşan yan etkiler, %20,3 ile peptik ülser, %15,1 ile H.pilori varlığı takip etmektedir. Çalışma grubunda Barrett özofagus nedeniyle PPI kullanan birey bulunmamaktadır (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Kullanma Nedeni Olan Tanılarının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fonksiyonel Dispepsi	3	1,7
Gastroözofageal Reflü Hastalığı	47	27,3
Peptik Ülser	35	20,3
NSAİİ, aspirin nedeniyle midede oluşan yan etkiler	38	22,1
H. Piloni Varlığı	26	15,1
Gastrit	41	23,8
GİS Kanama	5	2,9
Stres Ülseri	4	2,3
Barrett Özofagus	0	0,0
Diğer*	6	3,5

*pankreatit (n=2), özofagus varisi (n=1), Özofagusta HPV varlığı (n=1)

Şekil 4: Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Kullanma Sıklığına Göre Dağılımı



Katılımcılara PPI kullanım sıklığı sorulduğunda %50,6'sı (n=87) her gün, %43,0'ü şikayetleri oldukça, %6,4'ü ise aklına geldikçe kullandıklarını belirtmişlerdir (şekil 4).

Tablo 10: Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörü Kullanırken Karşılaştıkları Yan Etkilere Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yan etki ile karşılaşıldı mı?	Evet	13	7,6
	Hayır	159	92,4
Karşılaşılan yan etkilere göre dağılım	Bulantı-Kusma	3	1,76
	İshal	3	1,76
	Döküntü-Kaşıntı	3	1,76
	B12 vit. Eksikliği	4	2,3

Katılımcıların ilaç kullanımına bağlı yan etki ile karşılaşp karşılaşmadıkları sorgulandığında %92,4'ü (n=159) hayır yanıtını verirken %7,6'sı (n=13) yan etki ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Bu yan etkiler arasında ise bulantı-kusma, ishal, döküntü-kaşıntı ve b12 vitamin eksikliği görülmektedir (Tablo 10).

Katılımcıların PPI dışında başka ilaç kullanma durumları incelendiğinde %49,4'ünün (n=85) sadece PPI kullandığı görülmüştür. 'Mide koruyucu dışında sürekli kullandığınız ilaç/lar var mı?' sorusuna evet yanıtını verenlerin ilaçları sorgulandığında ise PPI ve NSAİİ kullanım birlikteliği %12,2 (n=21), PPI ve antiagregan-antikoagülan ilaç kullanım birlikteliği %8,1 (n=14) ve PPI, NSAİİ ve antiagregan ile antikoagülan ilaç kullanım birlikteliği ise %0,6 (n=1) olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların PPI Dışında Kullandıkları İlaçların Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sadece PPI kullananlar	85	49,4
PPI ve NSAİİ kullananlar	21	12,2
PPI ve antiagregan-antikoagülan kullananlar	14	8,1
PPI, NSAİİ ve antiagregan-antikoagülan kullananlar	1	0,6

Tablo 12: Katılımcıların Endoskopi İle İlgili Verilerinin Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Endoskopi olma durumu	Evet	107	62,2
	Hayır	65	37,8
Endoskopi sonucuna göre GİS patolojisi tespit edilme durumu	Evet	91	52,9
	Hayır	6	3,5
	Bilgisi yok	10	5,8

Çalışmaya katılan bireylerin endoskopi ile ilgili verilerinin dağılımı tablo 12’de gösterilmiştir. 172 kişinin yarısından fazlasının endoskopi olduğu saptanmıştır. Endoskopi yaptırmış olan 107 kişiden 91’i sonucunda patoloji tespit edildiğini beyan etmişlerdir. %5,8’inin (n=10) ise endoskopi sonucu hakkında herhangi bir bilgisi yoktur.

4.3. Katılımcıların Proton Pompa İnhibitörleri Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumlarına Göre Dağılımı

Katılımcıların proton pompa inhibitörleri ile ilgili bilgi düzeyi ve tutum düzeyini ölçmek için sorulan sorulara verdikleri cevapların dağılımı sırasıyla tablo 13 ve tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 13: Katılımcıların PPİ Hakkındaki Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
1.Midede asit salgılanmasını azaltarak etki gösterdiklerini biliyorum	Evet	56	32,6
	Hayır	116	67,4
2.Baş ağrısı, baş dönmesi, ishal, bulantı gibi yan etkilerinin olabileceğini biliyorum	Evet	53	30,8
	Hayır	119	69,2
3.Uzun süreli kullanımda daha ciddi yan etkilere yol açabileceğini biliyorum	Evet	34	19,8
	Hayır	138	80,2
4.Aç karnına almam gerektiğini biliyorum	Evet	168	97,7
	Hayır	4	2,3
5.Birlikte kullanılan bazı ilaçlar ile etkileşime girebileceğini biliyorum	Evet	48	27,9
	Hayır	124	72,1
6.Almam gereken dozu unuttuğumda ne yapmam gerektiğini biliyorum	Evet	94	54,7
	Hayır	78	45,3
Toplam		172	100,0

Tablo 14: Katılımcıların PPİ Hakkındaki Tutumlarına Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
1. Doktora danışmadan mide koruyucu ilaç kullanırım	Evet	64	37,2
	Hayır	108	62,8
2. Fayda gördüğüm mide koruyucu ilacı benzer şikayetleri olanlara öneririm	Evet	76	44,2
	Hayır	96	55,8
3. Evde bulunması için mide koruyucu ilaç yazdırırım ya da eczaneden alırım.	Evet	137	79,7
	Hayır	35	20,3
4. Doktorumun önerdiği süreye ve doza dikkat ederim	Evet	165	95,9
	Hayır	7	4,1

5. Aç karnına, her gün aynı saatte almaya dikkat ederim	Evet	160	93,0
	Hayır	12	7,0
6. Yan etkileri hakkında bilgiyi doktorumdan ya da prospektüsünden öğrenirim	Evet	59	34,3
	Hayır	113	65,7
Toplam		172	100,0

4.4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının İstatistikleri

Katılımcıların YSOÖ puanları değerlendirildiğinde ortalama $13,84 \pm 4,3$ (minimum 3, maksimum 23) olarak hesaplandı. Ölçek puanı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır.

Tablo 15: Katılımcıların YSOÖ Puanlarının İstatistikleri

Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
13,84	$\pm 4,3$	14,00	3	23

YSOÖ: Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği

4.5. Katılımcıların PPI Kullanım Özelliklerinin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi

Tablo 16'da bazı sosyodemografik veriler ile PPI kullanma süreleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş ve cinsiyet ile PPI kullanıma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak 40 yaş üzerinde, erkeklerde 12 ay üzerinde PPI kullanımı daha fazladır.

Katılımcıların proton pompa inhibitörü kullanma süreleri, eğitim durumları açısından incelendiğinde ilköğretim ve altı eğitim seviyesine sahip olanların 12

ay üzeri PPI kullanma oranları %54,7 iken diğer grubun %43,9 olarak saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 16: Katılımcıların PPI Kullanma Süreleri ile Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumları Arasındaki İlişki

	PPI Kullanma Süresi		p
	% (n)		
	0 – 12 ay	12 ay üzeri	
Yaş			
≤ 40 yaş	57,1 (28)	42,9 (21)	0,201
> 40 yaş	46,3 (57)	53,7 (66)	
Cinsiyet			
Kadın	50,8 (61)	49,2 (59)	0,573
Erkek	46,2 (24)	53,8 (28)	
Eğitim Durumu			
İlköğretim ve altı	45,3 (48)	54,7 (58)	0,169
Lise ve üzeri	56,1 (37)	43,9 (29)	

Ek hastalığı olan bireylerde uzun süreli PPI kullanım oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 17: Katılımcıların PPI Kullanma Süreleri ile Ek Hastalık Durumu Arasındaki İlişki

	PPI Kullanma Süresi		p
	% (n)		
	0 – 12 ay	12 ay üzeri	
Ek Kronik Hastalık Durumu			
Evet	39,6 (38)	60,4 (58)	0,004
Hayır	61,8 (47)	38,2 (29)	

Proton pompa inhibitörünün hekim tarafından reçete edilme durumu ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark saptanmamıştır ($p < 0,05$). Cinsiyetler açısından incelendiğinde ise kadınların %97,5'i erkeklerin ise %80,8'i bir hekim tarafından reçete edilerek kullandığını belirtmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$)

Tablo 18: Katılımcıların PPI Başlama Durumları ile Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumları Arasındaki İlişki

	PPI'nin Hekim Tarafından Reçete Edilme Durumu		p
	% (n)		
	Evet	Hayır	
Yaş			
≤ 40 yaş	89,8 (44)	10,2 (5)	0,407
> 40 yaş	93,5 (115)	6,5 (8)	

Cinsiyet			
Kadın	97,5 (117)	2,5 (3)	0,000
Erkek	80,8 (42)	19,2 (10)	
Eğitim Durumu			
İlköğretim ve altı	96,2 (102)	3,8 (4)	0,034
Lise ve üzeri	86,4 (57)	13,6 (9)	

Beklediğimiz aksine lise ve üzeri mezunlarının daha düşük eğitimlilere göre istatistiksel olarak daha fazla hekim reçetesi olmadan mide koruyucu ilacını kullanmakta olduğunu tespit ettik ($p<0,05$) (tablo 18).

Tablo 19: Katılımcıların PPI Başlama Durumları ile Ek Hastalık Durumu Arasındaki İlişki

	PPI'nin Hekim Tarafından Reçete Edilme Durumu		p
	Evet	Hayır	
Ek Kronik Hastalık Durumu			
Evet	97,9 (94)	2,1 (2)	0,002
Hayır	85,5 (65)	14,5 (11)	

Ek hastalığı bulunmayan bireylerin, hekim tarafından reçete edilmediği halde PPI kullanma oranı daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 20: Katılımcıların PPI Kullanma Sıklığı ile Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumları Arasındaki İlişki

	PPI Kullanma Sıklığı			p
	% (n)			
	Her gün	Şikayetleri oldukça	Aklına geldikçe	
Yaş				
≤ 40 yaş	57,1 (28)	40,9 (20)	2,0 (1)	0,260
> 40 yaş	48,0 (59)	43,9 (54)	8,1 (10)	
Cinsiyet				
Kadın	52,5 (63)	41,7 (50)	5,8 (7)	0,721
Erkek	46,2 (24)	46,2 (24)	7,6 (7)	
Eğitim Durumu				
İlköğretim ve altı	49,1 (52)	40,6 (43)	10,3 (11)	0,025
Lise ve üzeri	53,0 (35)	47,0 (31)	0,0 (0)	

Mide koruyucu ilacı kullanma sıklığı yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kadınlar ve erkeklerin mide koruyucu ilaçları kullanım sıklığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan bireylerin %49,1'i her gün, 40,6'sı şikayetleri oldukça, 10,3'ü aklına geldikçe mide koruyucu ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip katılımcılar arasında

aklına geldikçe mide koruyucu kullanan bulunmamakta olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

4.6. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığının yaş gruplarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 20’de görülmektedir.

Tablo 21’de görüldüğü gibi yaşa göre iki kategoriye ayrılan çalışma grubunda 40 yaş ve altı olanların ortalama YSOÖ puanları ($16,20\pm3,33$), 40 yaş üzeri olanlara ($12,90\pm4,30$) göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 21: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile YSOÖ Puanları Arasındaki İlişki

		YSOÖ Puanı	p
		Ortalama $\pm$ ss	
Yaş	≤ 40 yaş	$16,20 \pm 3,33$	0,000
	> 40 yaş	$12,90 \pm 4,30$	
Cinsiyet	Kadın	$14,08 \pm 4,40$	0,285
	Erkek	$13,31 \pm 4,06$	
Medeni Durum	Bekar	$16,56 \pm 2,48$	0,001
	Evli	$13,38 \pm 4,38$	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	$12,14 \pm 4,03$	0,005
	Lise ve üzeri	$16,58 \pm 3,19$	

Çalışmaya dahil olan bireylerin YSOÖ puan ortalaması ile cinsiyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların ortalama YSOÖ puanları daha

yüksek saptanmıştır ancak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu durum Tablo 21’de gösterilmiştir.

Katılımcıların YSOÖ puan ortalaması bekarlarda yüksek bulunmuş olup iki grup arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$).

Katılımcıların eğitim durumuyla YSOÖ puan ortalaması incelendiğinde lise ve üzeri eğitim almış katılımcıların ilköğretim ve altı eğitim almış olan gruba göre istatistiksel olarak daha anlamlı ve yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin, yetişkin sağlık okuryazarlık ölçeğinden (YSOÖ) aldıkları puanların; meslek gruplarına ve sigara kullanma durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.7. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının PPI Kullanım Özellikleri İle İlişkisi

Katılımcıların PPI Kullanma süreleri ile YSOÖ puanları arasındaki ilişki tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: Katılımcıların PPI Kullanma Süreleri ile YSOÖ Puanları Arasındaki İlişki

		YSOÖ Puanı	p
		Ortalama $\pm$ ss	
Kullanım Süresi	0 – 2 ay	14,39 $\pm$ 4,31	0,485
	2 – 6 ay	14,68 $\pm$ 3,91	
	6 – 12 ay	13,38 $\pm$ 4,43	
	12 – 60 ay	13,07 $\pm$ 4,51	
	60 ay ve üzeri	14,33 $\pm$ 4,09	

4.8. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının PPI Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumları İle İlişkisi

Tablo 23: Katılımcıların PPI Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ile YSOÖ Puanları Arasındaki İlişki

		YSOÖ Puanı	p
		Ortalama $\pm$ ss	
1.Midede asit salgılanmasını azaltarak etki gösterdiklerini biliyorum	Evet	16,86 $\pm$ 3,13	0,000
	Hayır	12,39 $\pm$ 4,04	
2.Baş ağrısı, baş dönmesi, ishal, bulantı gibi yan etkilerinin olabileceğini biliyorum	Evet	16,51 $\pm$ 3,12	0,000
	Hayır	12,66 $\pm$ 4,24	
3.Uzun süreli kullanımda daha ciddi yan etkilere yol açabileceğini biliyorum	Evet	16,97 $\pm$ 3,20	0,000
	Hayır	13,07 $\pm$ 4,20	
4.Aç karnına almam gerektiğini biliyorum	Evet	13,89 $\pm$ 4,28	0,370
	Hayır	11,75 $\pm$ 5,62	
5.Birlikte kullanılan bazı ilaçlar ile etkileşime girebileceğini biliyorum	Evet	17,06 $\pm$ 2,62	0,000
	Hayır	12,60 $\pm$ 4,19	
6.Almam gereken dozu unuttuğumda ne yapmam gerektiğini biliyorum	Evet	15,16 $\pm$ 3,76	0,000
	Hayır	12,26 $\pm$ 4,40	

Çalışmaya katılan bireylerin 'Midede asit salgılanmasını azaltarak etki gösterdiklerini biliyorum' önermesine verdiği yanıtlar ile YSOÖ puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Proton pompa inhibitörlerinin baş ağrısı, baş dönmesi, ishal, bulantı gibi yan etkilerinin olabileceğini, uzun süreli kullanımda daha ciddi yan etkilere yol açabileceğini bildiğini ifade eden katılımcıların YSOÖ puanı, bilmediğini belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Proton pompa inhibitörlerinin açken kullanılması gerektiğini bilenler ve bilmeyenlerin YSOÖ puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların, 'Birlikte kullanılan bazı ilaçlar ile etkileşime girebileceğini biliyorum' ve 'Almam gereken dozu unuttuğumda ne yapmam gerektiğini biliyorum' önermelerine verdiği yanıtlar ile YSOÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığının doktora danışmadan mide koruyucu ilaç kullanma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 24'te görülmektedir. Doktora danışmadan PPI kullanmadığını belirten bireylerin ortalama YSOÖ puanı ($14,98 \pm 3,83$), doktora danışmadan PPI kullandığını belirten bireylere ($11,92 \pm 4,41$) göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 24'te görüldüğü gibi fayda gördüğü mide koruyucu ilacı benzer şikayetleri olanlara önerebileceğini belirten katılımcıların YSOÖ puan ortalamaları, önermediğini belirtenlere göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,05$).

Çalışma grubunun PPI'lerinin neden olabileceği yan etkiler hakkındaki bilgiyi doktorundan veya ilaç prospektüsünden öğrenme durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 24: Katılımcıların PPI Hakkındaki Tutumları ile YSOÖ Puanları Arasındaki İlişki

		YSOÖ Puanı	p
		Ortalama $\pm$ ss	
1. Doktora danışmadan mide koruyucu ilaç kullanırım	Evet	11,92 $\pm$ 4,41	0,000
	Hayır	14,98 $\pm$ 3,83	
2. Fayda gördüğüm mide koruyucu ilacı benzer şikayetleri olanlara öneririm	Evet	11,78 $\pm$ 4,32	0,000
	Hayır	15,48 $\pm$ 3,53	
3. Evde bulunması için mide koruyucu ilaç yazdırırım ya da eczaneden alırım.	Evet	13,58 $\pm$ 4,47	0,109
	Hayır	14,89 $\pm$ 3,43	
4. Doktorumun önerdiği süreye ve doza dikkat ederim	Evet	13,96 $\pm$ 4,29	0,089
	Hayır	11,14 $\pm$ 4,05	
5. Aç karnına, her gün aynı saatte almaya dikkat ederim	Evet	13,88 $\pm$ 4,28	0,547
	Hayır	13,33 $\pm$ 4,83	
6. Yan etkileri hakkında bilgiyi doktorumdan ya da prospektüsünden öğrenirim	Evet	16,81 $\pm$ 2,99	0,000
	Hayır	12,29 $\pm$ 4,07	

5. TARTIŞMA

Proton pompa inhibitörleri son 30 yıldır asit ile ilişkili hastalıkların tedavisinde tüm dünyada ve ülkemizde yaygın şekilde kullanılmaktadır. PPI en çok kullanılan ilaçlar listesinde ilk üç arasındadır. Tıp alanında yaşanan gelişmeler, gerçekleşen ekonomik iyileşmeler bireylerin hastaneye, hekime ve ilaca ulaşımını kolaylaştırmaktadır. Bu kolaylık ise hastaların yaşam tarzında düzenlemeler yapmak yerine kolaya kaçarak ilaç kullanmalarıyla sonuçlanabilmektedir (4).

Hem çok fazla sayıda reçete edilmesi hem uygun şekilde kullanılmaması hem de özellikle uzun dönem kullanımlarında oluşabilecek ciddi yan etkilerinin olması nedeniyle aşırı PPI kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırmada Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastaların PPI hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumları araştırarak bu grup ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarının tespiti ile doğru ilaç kullanımı adına, ilacın özellikle uzun dönem kullanımında ortaya çıkabilecek olası yan etkilerinden korunması adına erken müdahale amaçlanmıştır.

Hastalarda PPI kullanımıyla ilgili bilgi eksikliğinin veya yanlış tutumlarının sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi de incelenerek hastaların bilgilendirilmesi, yanlış uygulamaların önüne geçilebilmesi, SOY geliştirilmesi amacıyla daha sonra yapılacak çalışmalara katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $48,14 \pm 12,78$ olarak saptanmıştır. %85,5'i evlidir. Hálfdánarson ve arkadaşlarının ülke çapında proton pompa inhibitörlerinin kullanımı ile ilgili 56.252 (%55) kadın ve 45657 (%45) erkek ile yaptığı çalışmada ortalama yaş 46 bulunmuştur (130).

Çalışma grubunun %4,1'i okuryazar değildir. 2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) istatistiklerine göre ülkemizde okur yazar olmama oranı % 4,09'dur. Çalışma grubumuzda okuryazarlık oranının ülke ortalaması ile benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda en sık kullanılan etken maddeler sırasıyla lansoprazol, pantoprazol ve esomeprazol, en az kullanılan etken madde omeprazol olarak saptanmıştır. Kapıcı ve arkadaşları yaptıkları çalışmada da en sık kullanılan etken maddeyi lansoprazol, en az kullanılan etken maddeyi ise omeprazol olarak saptamışlardır (131). Yapılan diğer bir araştırmada ise hastaların tüm ilaçların içinde en sık kullanılan etken maddenin lansoprazol olduğu ve en sık kullanılan üç etken maddenin lansoprazol, esomeprazol ve pantoprazol olduğu görülmüştür (132). Bizim araştırmamızda da en sık kullanılan ilk üç etken madde bunlardır.

Katılımcıların PPI kullanım süreleri incelendiğinde grubun yarısından fazlasının (%50,6) 12 aydan daha uzun süreli PPI kullandığı tespit edilmiştir. Uzun süreli kullanım ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında 40 yaş üzerinde, erkeklerde ve eğitim seviyesi ilköğretim ve altı olanlarda uzun süreli kullanım oranının daha yüksek olduğu görülmüş ancak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Haastrup ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada uzun süreli kullanımı yüksek yaş grubu, erkek cinsiyet ve düşük eğitim düzeyi ile ilişkilendirmişlerdir (133).

Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin verilen önerilere uyma, sağlık davranışı için eyleme geçme ve sağlık sorumluluğunu üstlenme konusunda dezavantajlı olmalarının yanı sıra bu bireylerin genellikle sağlık personelinin talimatları ve ilgili bilgilerin tekrar edilmesini isteme veya buna ilişkin açıklama sorma konusunda da çekinebildikleri belirtilmiştir. Buna bağlı olarak ilaçların uygunsuz zamanlarda ve yanlış miktarlarda kullanılabildiği de vurgulanmaktadır (134).

Ek hastalığı olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde uzun süreli PPI kullanım oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir araştırma da ek hastalığı olanlarda daha uzun süre PPI kullanımının olduğunu ve bireylerin bir hastalığının olmasının 2,04 kat, birden fazla hastalığının olmasının ise 3,12 kat artırdığını belirtmektedir (133). Bu durum hem var olan kronik hastalıkların hem de bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların gastrointestinal sistemde neden oldukları olumsuz etkiler ile ilişkili olabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin %7,5'u bir hekim tarafından reçete edilmediği halde PPI kullandığını belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada da doktora danışılmadan ilaç kullanım oranının %5,3 olduğu görülmüştür (135). Çalışma grubundaki bireylerin yaşları ile hekim reçete etmeden ilaç kullanma durumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Cinsiyet ve eğitim durumu ile ilişkisi değerlendirildiğinde ise erkeklerde kadınlara göre, lise ve üzeri eğitim almış bireylerin anlamlı farkla ilköğretim ve altı eğitim seviyesine sahip bireylere göre daha yüksek oranda reçetesiz PPI kullandıkları görülmüştür. Karataş ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde eğitim seviyesi yükseldikçe doktora danışmadan ilaç kullanım sıklığının arttığı bildirilmiştir (136).

PPI'nin hekim tarafından reçete edilme durumu ile ek hastalık varlığı arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ek hastalığı mevcut olanlarda hekim reçetesi olmadan PPI kullanım oranı daha düşüktür. Bu durum bireylerin ek hastalığının olması nedeniyle kullandıkları ilaca dikkat etmesi, daha sık hekime başvuru yapması ve takipli olduğu branş hekiminin önerisi dışında ek ilaç kullanmamasıyla ilişkilendirilebilir.

Katılımcılara PPI'yi hangi branş hekiminin reçete ettiği sorulduğunda ise en sık karşılaşılan üç branş sırasıyla; dahiliye (%29,1), aile hekimliği (%20,9) ve gastroenterolojidir (%18,6).

Çalışma grubunun PPI kullanma sıklığı sorgulandığında %50,6'sının her gün, %43,0'ünün şikayetleri oldukça ve %6,4'ünün aklına geldikçe kullandığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi azaldıkça düzenli PPI kullanımının da anlamlı olarak azaldığı dikkat çekmektedir.

Çalışma grubunun YSOÖ puanları değerlendirildiğinde ortalama $13,84 \pm 4,3$ (minimum 3, maksimum 23) olarak hesaplanmıştır. Maksimum ölçek puanı 23 olarak hesaplanmakta olup katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Çaylan ve arkadaşlarının Edirne il merkezinde aynı ölçekle yaptıkları bir çalışmada ortalama puan $13,26 \pm 3,34$ (minimum 2, maksimum 22) olarak saptanmış olup bizim çalışmamızla benzer olduğu

görülmektedir (137). Dursun ve arkadaşları, İstanbul'da yaptıkları bir çalışmada katılımcıların YSOÖ puan ortalamasını $15,78 \pm 3,50$ olarak bulmuşlardır (138). Öğrenciler ile yapılan bir başka çalışmada ise YSOÖ puan ortalaması $12,19 \pm 2,34$ olarak hesaplanmıştır (139).

Çalışma gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri değişkenlik gösterebilmekle beraber katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ile sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıkların da sonuçları değiştirdiği akla gelmektedir.

Ortalama YSOÖ puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde; 40 yaş ve altı katılımcılarda, 40 yaş üzeri katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde ve dünyada yapılan çeşitli çalışmalarda da yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı görülmektedir.

Tanrıöver ve arkadaşları ile Okyay ve arkadaşlarının tarafından yapılan iki ayrı çalışmada yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir (121,140). Yaşın, sağlık okuryazarlığını etkileyen öncü faktörlerden biri olduğu görülmektedir. Çalışmamızda da literatürle benzer bulgular saptanmıştır. Ülkemizde yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azalması yaş ilerledikçe eğitim düzeyinin daha düşük olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Okyay ve arkadaşlarının çalışmasının yanı sıra farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da benzer olarak sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı tespit edilmiştir (140,141,142). Çaylan ve arkadaşlarının çalışmalarında ise kadın katılımcıların YSOÖ puanları daha yüksek bulunmuştur (137). Sakarya'da birinci basamak sağlık çalışanları ile yapılmış olan bir çalışmada ise erkek cinsiyetin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (118). Yapılan araştırmalarda cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında farklı ilişkilerin raporlanması, çalışmaların yürütüldüğü bölgelerin farklı sosyokültürel ve demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir.

Sağlık okuryazarlığının medeni durum açısından incelenmesi neticesinde YSOÖ puan ortalaması bekarlarda $16,56 \pm 2,48$ iken evlilerde $13,38 \pm 4,38$ saptanarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Sezer de 2012 yılında aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada bekarların ortalama YSOÖ puanlarını evlilere göre daha yüksek olarak saptamıştır (143). Çalışmamıza katılan bekar bireylerin yaş ortalaması evlilere göre daha düşüktür. Ülkemiz genelinde de değerlendirildiğinde genç ve orta yaştaki bireylerin daha ileri yaştaki bireylere göre eğitim düzeylerinin daha yüksek olması, yaş düştükçe sağlık okuryazarlığının artması ile bu durum açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça, YSOÖ puan ortalamasının da arttığı görülmektedir. Ölçek puan ortalamaları; ilköğretim ve altı seviyede eğitim almış bireylerin $12,14 \pm 4,03$ iken lise ve üzeri seviyede eğitim almış bireylerin $16,58 \pm 3,19$ saptanmıştır. Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttırdığı görülmektedir (121,140). Eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişkiyi tespit eden birçok çalışmaya karşın eğitim düzeyinin düşük olması ve toplam okul yılı sınırlı sağlık okuryazarlığı için bir risk faktörü olsa da yüksek eğitim düzeyinin daha iyi sağlık okuryazarlığı için tek başına yeterli olmadığı belirtilmektedir (121).

Çalışma grubunun PPI hakkındaki bilgi düzeyleri sorgulandığında ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi incelendiğinde, katılımcıların %32,6'sı PPI'lerinin midede asit salgısını azaltarak etki gösterdikleri, %30,8'i kısa süreli kullanımlarında oluşabilecek yan etkileri, %19,8'i uzun süreli kullanımda daha ciddi yan etkilere yol açabileceklerini, %27,9'u bazı ilaçlar ile birlikte kullanıldıklarında etkileşime girebileceklerini ve %54,7'si alması gereken dozu unuttuğunda ne yapması gerektiğini bildiğini ifade ederken bu katılımcıların YSOÖ puan ortalamaları bilmeyenlere göre de anlamlı derecede daha yüksek olarak saptanmıştır.

Katılımcıların doktora danışmadan mide koruyucu ilaç kullanıp kullanmadıkları sorgulandığında, %37,2'si doktora danışmadan mide koruyucu ilaç kullandıklarını belirtmiştir. PPI özelinde olmasa da katılımcıların

ilaç kullanım alışkanlıklarının tespit edilmesine yönelik çalışmalarda bu alışkanlığa sahip bireylerin oranı Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında %31,9, Uskun ve arkadaşlarının çalışmasında %42,9 olarak saptanmıştır (144,145). Fayda gördüğü mide koruyucu ilacı benzer şikayetleri olanlara önerdiğini belirtenlerin oranı %44,2'ydi. Çevresine ilaç tavsiye etme toplumumuzda sık rastlanan ve akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açan davranışlardandır. Yapıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %25,3'ü kendisine iyi gelen ilacı çevresine tavsiye ettiğini belirtmiştir (146). Katılımcılarımızın %34,3'ü PPI'lerinin yan etkileri hakkında bilgiyi doktorundan ya da ilaç prospektüsünden öğrendiklerini belirtmişlerdir. Doktora danışmadan ilaç kullandığını belirten; fayda gördüğü mide koruyucu ilacı benzer şikayetleri olanlara önerdiğini belirten ve bu ilaçların yan etkileri hakkındaki bilgiyi doktorundan ya da prospektüsten öğrendiğini belirten bireylerin YSOÖ puan ortalamaları, bu tutumlarının olmadığını belirten bireylere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Konuyla ilgili yerli ve yabancı literatür araştırıldığında bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarını yansıtan değişkenler ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının yürüttükleri bir çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde bireylerin ilaç kullanım alışkanlıkları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada; doktora danışmadan ilaç kullandığını belirten bireylerin, ilaç kullanma talimatını okumayanların ve doktora danışmadan ilaç dozlarını değiştirenlerin daha düşük sağlık okuryazarlığı ortalama puanlarına sahip olduğu görülmüştür (146).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1 Şubat 2021 – 1 Mayıs 2021 tarihleri arasında, yaş ortalaması 48,14 olan 172 olgu ile yapılan çalışmamızda katılımcıların çoğunun kadınlardan oluştuğu, ev hanımlarının ağırlıkta olduğu ve çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunun YSOÖ puanları değerlendirildiğinde ortalama 13,84 olduğu görülürken, maksimum ölçek puanının 23 olduğu göz önüne aldığımızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğunu söyleyebiliriz. Katılımcılarımızın yarısından fazlasında uzun süreli PPI kullanımı mevcut olup, 40 yaş üzerinde, erkeklerde ve eğitim seviyesi düşük olanlarda bu oranın daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun PPI'lerin nasıl etki gösterdikleri, kısa ve uzun dönem kullanımlarında ortaya çıkabilecek yan etkileri, diğer ilaçlarla birlikte kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüştür. Bireylere ilaçların kullanma talimatını okuma alışkanlığının kazandırılmasının ve PPI ile etkileşime girebilecek ilaç grupları hakkında hastaların hekimlerce her fırsatta bilgilendirilmesinin önemi ortaya çıkmıştır.

Hekime danışmadan PPI kullanma, fayda gördüğü PPI'yi benzer şikayetleri olanlara önerme, evde PPI bulundurma tutumlarının da bireyler arasında yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır. Araştırma grubundaki bireylerin tamamına yakınının ilacın aç karnına, her gün aynı saatte kullanımına ve önerilen doz ile süreye dikkat ettiği görülürken, katılımcıların yarısından fazlasının yan etkileri hakkında bilgi edinme çabası olmadığı dikkat çekmiştir.

Tüm bu bulgular ışığında katılımcıların PPI hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük kişiler başta olmak üzere bireylerin bu grup ilaçların kullanımı hususunda bilinçlenip davranış değişikliği oluşturabilmeleri için PPI'lerinin akılcı kullanımını yaygınlaştırma politikaları geliştirilmelidir. Bu doğrultuda; çeşitli el kitapçıkları, hem yazılı hem görsel basında eğitici yayınlar, basit ve tanıdık dildeki halk sağlığı eğitim programları ile bireylerin konu hakkındaki bilgilerinin artırılması hedeflenmelidir. Hekimler,

kanıta dayalı olarak hazırlanmış klinik rehberlerin kılavuzunda akılcı ilaç kullanım ilkeleri gözeterek tedavileri düzenlemelidir. Bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktaları olma özelliğini taşıyan aile hekimleri, bu grup ilaçların hangi endikasyon ile ne kadar süredir kullanıldığını sorgulamalı, gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmelidirler. Bu konuda hastaları bilgilendirmeleri, onlara yol gösterip farkındalıklarını artırmaları önem taşımaktadır.



7. ÖZET

Proton Pompa İnhibitörü Kullanan Hastaların Bu İlaçlar Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumları ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Proton pompa inhibitörü kullanan hastaların bu ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyini ve tutumları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğine başvuran 172 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri 01.02.2021 – 01.05.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak literatür incelenerek hazırlanmış 17 soruluk bir anket ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %69,8'i kadın, 30,2'si erkek olup yaş ortalamaları $48,14 \pm 12,78$ 'dir (min:18, maks:79). Katılımcıların %92,5'inin hekim kontrolünde PPI kullanmaya başladıkları ve %50,6'sının 12 aydan daha uzun süreli PPI kullandıkları belirlenmiştir. Katılımcıların ortalama Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanı $13,84 \pm 4,3$ olup 40 yaş ve altında, bekarlarda ve yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalışmamızda PPI'nin midede asit salgısını azaltarak etki gösterdiklerini, kısa süreli kullanımda baş ağrısı, baş dönmesi, ishal gibi yan etkilerinin olabileceğini, uzun süreli kullanımda daha ciddi yan etkilerinin olabileceğini, bazı ilaçlar ile kullanıldıklarında etkileşime girebileceklerini ve alması gereken dozu unuttuğunda ne yapması gerektiğini bildiğini ifade eden katılımcıların Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları bilmeyenlere göre de anlamlı derecede daha yüksek olarak saptanmıştır. Doktora danışmadan ilaç kullandığını belirten bireylerin, ilaç kullanma talimatını okumayanların ve doktora danışmadan ilaç dozlarını

değiştirenlerin daha düşük sağlık okuryazarlığı ortalama puanlarına sahip olduğu görölmüştür.

Sonuç: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük bulunmuştur. Bununla birlikte irrasyonel ilaç kullanım davranışlarının da yaygın olduğu görölmüştür. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, PPI hakkındaki bilgi düzeylerinin arttığı ve tutumlarının olumlu anlamda değiştiği görölmektedir. Çalışmanın hastaların beyanına dayanması her ne kadar kısıtlılık oluşturabilecekse de benzer veriler literatürde hemen hemen yoktur. Sonuç olarak; bireylerin akılcı PPI kullanımı ve SOY konusunda bilgilendirilmeye ihtiyaı vardır. Birbirleri ile de etkileştiği görölmüş olan bu kavramların toplumsal düzeyde geliştirilmelerine yönelik etkin eğitimler ve düzenlemeler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Proton Pompa İnhibitörleri, Sağlık Okuryazarlığı, Akılcı İlaç Kullanımı

8. ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between the Level of Their Knowledge and Attitudes About These Drugs and Health Literacy of Patients Using Proton Pump Inhibitor

Aim: The aim of this study is to examine the relationship between the level of knowledge and attitudes of patients using proton pump inhibitors about these drugs and their health literacy.

Materials and Methods: Our research is a cross-sectional descriptive study. 172 individuals who applied to Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital Gastroenterology outpatient clinic were included in the study. The research data were collected between 01.02.2021 and 01.05.2021. A 17-question survey prepared by examining the literature and the Adult Health Literacy Scale were used as data collection tools.

Results: 69.8% of the participants included in the study are female, and 30.2% are male, and their average age is 48.14 ± 12.78 (min:18, max:79). It was determined that 92.5% of the participants started using PPIs under the control of a physician, and 50.6% of them used PPIs for more than 12 months. The average the Adult Health Literacy Scale score of the participants was 13.84 ± 4.3 , and it was found to be significantly higher in individuals aged 40 years and younger, singles, and individuals with higher education levels ($p < 0.05$). In our study, participants whom knew PPIs act by reducing acid secretion in the stomach, acting side effects such as headache, dizziness and diarrhea in short-term use, acting more serious side effects in long-term use, interacting with some drugs when used, and what to do when the dose to be taken is forgotten had significantly higher the Adult Health Literacy Scale mean scores than those who did not know. It was observed that individuals who stated that they used medication without consulting a doctor, those who did

not read the medication instructions, and those who changed their medication dose without consulting a doctor had lower health literacy average scores.

Conclusion: Participants' health literacy levels were found to be low. However, irrational drug use behaviors were also common. It has been observed that as individuals' health literacy levels increase, their level of knowledge about PPI increases and their attitudes towards PPI use change positively. Although the fact that the study is based on the statements of the patients may create a limitation, similar data are not available in the literature. As a result, individuals need to be informed about the rational use of PPIs and HL. Effective training and arrangements should be planned to raise awareness at the social level about these two concepts, which are also in interaction with each other.

Key Words: Proton Pump Inhibitors, Health Literacy, Rational Use of Medicine

9. KAYNAKLAR

1. Katz, MH. Failing the acid test: benefits of proton pump inhibitors may not justify the risks for many users. Arch Intern Med. 2010. Cilt 170, 9, s. 747-8.
2. Pereira, LB ve diğ erleri. Use of drugs for gastrointestinal disorders: evidence from National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines. Einstein (Sao Paulo). 2020. Cilt 18.
3. Ali, O ve diğ erleri. Irrational use of proton pump inhibitors in general practise. Irish Journal of Medical Science. 2019. Cilt 188, s. 541-544.
4. Uygun, A. Uzun Süre Proton Pompa İnhibitörleri (PPI) Kullanılacaksa, Hangi PPI Tercih Edilmelidir? Nelere Dikkat Edilmelidir? Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2013. Cilt 17, 1.
5. Black, JW ve diğ erleri. Definition and antagonism of Histamin H2 receptors. Nature. 5347 1972. Cilt 236, s. 385-90.
6. Özden, A. Proton Pompa İnhibitörleri ve Kullanım Güvenirliğ i. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2013. Cilt 17, 3.
7. Harvey, RA ve Champe, PC. Lippincott's Illustrated Reviews. Pharmacology, s. 327. 3. Baskı. [ç ev.] Onat F, Gören Z ve Karaalp A. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.
8. Sachs, G, Shin, JM ve Howden, C. The clinical pharmacology of proton pump inhibitors. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2006. Cilt 23, 2, s. 2-8.
9. Vanderhoff, BT ve Tahboub, RM. Proton Pump Inhibitors: An Update. Am Fam Physician. 2002. Cilt 66, 2, s. 273-281.
10. Shin, JM ve Kim, N. Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of the Proton Pump Inhibitors. J Neurogastroenterol Motil. 2013. Cilt 19, 1, s. 25-35.

11. Sharma, BK, Walt, RP ve Pounder, RE. Optimal dose of oral omeprazole for maximal 24 hour decrease of intragastric acidity. Gut. 1984. Cilt 25, s. 957-964.
12. Okçu, N ve Çiftel, S. Gastroözofageal Reflü Hastalığı. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2016. Cilt 20, 2.
13. Vakil, N ve diğerleri. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006. Cilt 101, 8, s. 1900-20.
14. Hunt, R ve diğerleri. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. J Clin Gastroenterol. 2017. Cilt 51, 6, s. 467-478.
15. Zagari, RM ve diğerleri. Gastro-oesophageal reflux symptoms, oesophagitis and Barrett's oesophagus in the general population: the Loiano-Monghidoro study. 2008. Cilt 57, 10, s. 1354-9.
16. Kahrilas, PJ. Medical management of gastroesophageal reflux disease in adults. UpToDate. (7 Mart 2021 tarihinde erişilmiştir.).
17. Kahrilas, PJ, Shaheen, NJ ve Vaezi, MF. American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. 2008. Cilt 135, 4, s. 1392-1413.
18. Harrison, TR ve Braunwald, E. Harrison's Manual of Medicine, 15.ed. New York: McGraw-Hill Medical Pub. 2002.
19. Hershcovici, T ve Fass, R. An algorithm for diagnosis and treatment of refractory GERD. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2010. Cilt 24, 6, s. 923-36.
20. Hatlebakk, JG ve diğerleri. Nocturnal gastric acidity and acid breakthrough on different regimens of omeprazole 40 mg daily. Aliment Pharmacol Ther. 1998. Cilt 12, 12, s. 1235.

21. Katz, PO, Gerson, LB ve Vela, MF. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. American Journal of Gastroenterology. 2013. Cilt 108, 3, s. 308-328.
22. Kastelein, F ve diğerleri. Proton pump inhibitors reduce the risk of neoplastic progression in patients with Barrett's esophagus. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013. Cilt 11, 4, s. 382.
23. El-Serag, HB ve diğerleri. Proton pump inhibitors are associated with reduced incidence of dysplasia in Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol. 2004. Cilt 99, 10, s. 1877.
24. Nguyen, DM ve diğerleri. Medication usage and the risk of neoplasia in patients with Barrett's esophagus. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009. Cilt 7, 12, s. 1299.
25. Singh, S ve diğerleri. Acid-suppressive medications and risk of oesophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's oesophagus: a systematic review and meta-analysis. Gut. 2014. Cilt 63, 8, s. 1229-37.
26. Friedman, SL, McQuaid, KR ve Grendell, JH. Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology. Güneş Tıp Kitabevi, Gönen, 2. baskı. 2007. s. 323-325.
27. Lu, CL ve diğerleri. Silent peptic ulcer disease: frequency, factors leading to "silence," and implications regarding the pathogenesis of visceral symptoms. Gastrointest Endosc. 2004. Cilt 60, 1, s. 34-38.
28. Malfertheiner, P, Chan, FK ve McColl, KE. Peptic ulcer disease. The Lancet. 2009. Cilt 374, 9699, s. 1449-1461.
29. Kavitt, RT ve diğerleri. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease. The American Journal of Medicine. 2019. Cilt 132, 4, s. 447-456.
30. Huang, JQ ve Hunt, RH. pH, healing rate and symptom relief in acid-related diseases. Yale J Biol Med. 1996. Cilt 69, 2, s. 159-74.

31. Eriksson, S ve diğeri. Omeprazole and H₂-receptor antagonists in the acute treatment of duodenal ulcer, gastric ulcer and reflux oesophagitis: a meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1995. Cilt 7, 5, s. 467-75.
32. Gisbert, JP ve diğeri. *Helicobacter pylori* eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2004. Cilt 19, 6, s. 617-629.
33. Chey, WD ve diğeri. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *American Journal of Gastroenterology*. 2017. Cilt 112, 2, s. 212-239.
34. Lanza, FL, Chan, FKL ve Quigley, EMM. Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications. *The American Journal of Gastroenterology*. 2009. Cilt 104, 3, s. 728–738.
35. Chan, FK ve diğeri. Celecoxib vs. diclofenac plus omeprazole in high-risk arthritis patients: results of a randomized double-blind trial. *Gastroenterology*. 2004. Cilt 127, s. 1038-1043.
36. Chan, FK ve diğeri. Combination of a cyclo-oxygenase-2 inhibitor and a proton pump inhibitor for prevention of recurrent ulcer bleeding in patients at very high risk: a double-blind randomized trial. *Lancet*. 2007. Cilt 369, s. 1621-1626.
37. Graham, DY ve diğeri. Ulcer prevention in longterm users of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: results of a double-blind, randomized, multicenter, active- and placebo-controlled study. 2002. Cilt 162, s. 169-75.
38. Eminler, AT ve diğeri. Non-Steroid Anti-İnflamatuvar İlaçların Üst Gastrointestinal Sistem Yan Etkileri ve Önlenmesi. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*. 2014. Cilt 18, 3.
39. Jensen, RT ve diğeri. Gastrinoma (duodenal and pancreatic). *Neuroendocrinology*. 2006. Cilt 84, 3, s. 173-82.

40. Jensen , RT ve Fraker, DL. Zollinger-Ellison syndrome. Advances in treatment of gastric hypersecretion and the gastrinoma. JAMA. 1994. Cilt 271, 18, s. 1429-35.
41. Cadiot, G ve diğerleri. ENETS Consensus Guidelines for the Management of Patients with Digestive Neuroendocrine Neoplasms: Functional Pancreatic Endocrine Tumor Syndromes. Neuroendocrinology. 2012. Cilt 95, 2, s. 98-119.
42. Thakker, RV ve diğerleri. Clinical practice guidelines for multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN1). J Clin Endocrinol Metab. 2012. Cilt 97, 9, s. 2990-3011.
43. Falconi, M ve diğerleri. ENETS Consensus Guidelines Update for the Management of Patients with Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors and Non-Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors. Neuroendocrinology. 2016. Cilt 103, 2, s. 153-71.
44. Ojeaburu, JV ve diğerleri. Mechanism of Acid Hypersecretion Post-Curative Gastrinoma Resection. Dig Dis Sci. 2011. Cilt 56, 1, s. 139-154.
45. Stanghellini, V ve diğerleri. Gastroduodenal Disorders. Gastroenterology. 2016. Cilt 150, 6, s. 1380-92.
46. Nyren, O ve diğerleri. Economic costs of functional dyspepsia. Pharmacoeconomics. 1992. Cilt 1, 5, s. 312-24.
47. Özden, A. Roma IV-2016, Dispepsi Tedavisine Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji. 2017. Cilt 21, 1.
48. Tack, J. Dyspepsia. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 2015. s. 177-190.
49. Talley, NJ ve diğerleri. Efficacy of omeprazole in functional dyspepsia: double-blind, randomized, placebo-controlled trials (the Bond and Opera studies). Aliment Pharmacol Ther. 1998. Cilt 12, 11, s. 1055-65.

50. Peura, DA ve diğeri. Lansoprazole in the treatment of functional dyspepsia: two double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *Am J Med*. 2004. Cilt 116, 11, s. 740-8.
51. Moayyedi, P ve diğeri. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. *Gastroenterology*. 2004. Cilt 127, 5, s. 1329-37.
52. Hastrup, P ve diğeri. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: a systematic review. *Fam Pract*. 2014. Cilt 31, 6, s. 625-30.
53. Savarino, V, Dulbecco, P ve Savarino, E. Are proton pump inhibitors really so dangerous? *Digestive and Liver Disease*. 2016. Cilt 48, 8, s. 851-9.
54. Özden, A. Proton pompa inhibitörleri ve kullanım güvenirliliği konusundaki yeni bilimsel veriler. *Güncel Gastroenteroloji*. 2016. Cilt 20, 2.
55. Heidelbaugh, JJ ve diğeri. Overutilization of proton-pump inhibitors: What the clinician needs to know. *Therap Adv Gastroenterol*. 2012. Cilt 5, 4, s. 219-32.
56. Leonard, J, Marshall, JK ve Moayyedi, P. Systematic review of the risk of enteric infection in patients taking acid suppression. *Am J Gastroenterol*. 2007. Cilt 102, 9, s. 2047.
57. Cao, F ve diğeri. Updated meta-analysis of controlled observational studies: proton-pump inhibitors and risk of *Clostridium difficile* infection. *J Hosp Infect*. 2018. Cilt 98, 4.
58. Janarthanan, S ve diğeri. *Clostridium difficile*-associated diarrhea and proton pump inhibitor therapy: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2012. Cilt 107, 7, s. 1001.
59. Kwok, CS ve diğeri. Risk of *Clostridium difficile* infection with acid suppressing drugs and antibiotics: meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2012. Cilt 107, 7, s. 1011.

60. Thachil, J. Overprescribing PPIs: Time for a hospital antacid policy on *Clostridium difficile*. *BMJ*. 2008. Cilt 336.
61. Metz, DC. *Clostridium difficile* colitis: wash your hands before stopping the proton pump inhibitor. *Am J Gastroenterol*. 2008. Cilt 103, 9, s. 2314-6.
62. Haastrup, PF ve diğerleri. Side Effects of Long-Term Proton Pump Inhibitor Use: A Review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2018. Cilt 123, 2, s. 114-121.
63. Lambert, AA ve diğerleri. Risk of community-acquired pneumonia with outpatient proton-pump inhibitor therapy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015. Cilt 10, 6.
64. Almario, CV, Chey, WD ve Spiegel, BMR. Increased Risk of COVID-19 Among Users of Proton Pump Inhibitors. *Am J Gastroenterol*. 2020. Cilt 115, 10, s. 1707-1715.
65. Lee, SW ve diğerleri. Severe clinical outcomes of COVID-19 associated with proton pump inhibitors: a nationwide cohort study with propensity score matching. *BMJ*. 2021. Cilt 70, 1, s. 76-84.
66. Cavalcoti, F ve diğerleri. Gastric neuroendocrine neoplasms and proton pump inhibitors: fact or coincidence? *Scand J Gastroenterol*. 2015. Cilt 50, 11, s. 1397-403.
67. Brusselaers, N ve diğerleri. Maintenance therapy with proton pump inhibitors and risk of gastric cancer: a nationwide population-based cohort study in Sweden. *BMJ Open*. 2017. Cilt 7, 10.
68. Waldum, HL, Sordal, OF ve Mjones, PG. The Enterochromaffin-like [ECL] Cell-Central in Gastric Physiology and Pathology. *Int J Mol Sci*. 2019. Cilt 20, 10, s. 2444.
69. Thong, BKS, Ima-Nirwana, S ve Chin, KY. Proton Pump Inhibitors and Fracture Risk: A Review of Current Evidence and Mechanisms Involved. *Int J Environ Res Public Health*. 2019. Cilt 16, 9, s. 1571.

70. Targownik, LE ve diğeri. Proton-pump inhibitor use is not associated with osteoporosis or accelerated bone mineral density loss. *Gastroenterology*. 2010. Cilt 138, 3, s. 896-904.
71. Gray, SL ve diğeri. Proton pump inhibitor use, hip fracture, and change in bone mineral density in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative. *Arch Intern Med*. 2010. Cilt 170, 9, s. 765-71.
72. Lam, JR ve diğeri. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA*. 2013. Cilt 310, 22, s. 2435.
73. Marcuard, SP, Albernaz, L ve Khazanie, PG. Omeprazole therapy causes malabsorption of cyanocobalamin (vitamin B12). *Ann Intern Med*. 1994. Cilt 120, 3, s. 211.
74. Freedberg, DE, Kim, LS ve Yang, YX. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. 2017. Cilt 152, 4, s. 706-715.
75. McColl, KEL. Effect of proton pump inhibitors on vitamins and iron. 2009. Cilt 104, 2, s. 5-9.
76. Hutchinson, C ve diğeri. Proton pump inhibitors suppress absorption of dietary non-haem iron in hereditary haemochromatosis. *Gut*. 2007. Cilt 56, 9, s. 1291-5.
77. Sarzynski, E ve diğeri. Association between proton pump inhibitor use and anemia: a retrospective cohort study. *Dig Dis Sci*. 2011. Cilt 56, 8, s. 2349-53.
78. Ajmera, AV ve diğeri. Suboptimal response to ferrous sulfate in iron-deficient patients taking omeprazole. *Am J Ther*. 2012. Cilt 19, 3, s. 185-9.
79. Lam, JR ve diğeri. Proton Pump Inhibitor and Histamine-2 Receptor Antagonist Use and Iron Deficiency. *Gastroenterology*. 2017. Cilt 152, 4, s. 821-829.

80. Epstein, M, McGrath, S ve Florence, L. Proton-pump inhibitors and hypomagnesemic hypoparathyroidism. *N Engl J Med*. 2006. Cilt 355, 17, s. 1834-6.
81. Hess, MW ve diğerleri. Systematic review: hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012. Cilt 36, 5, s. 405-13.
82. Cheungpasitporn, W ve diğerleri. Proton pump inhibitors linked to hypomagnesemia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ren Fail*. 2015. Cilt 37, 7, s. 1237-41.
83. Hoorn, EJ ve diğerleri. A case series of proton pump inhibitor-induced hypomagnesemia. *Am J Kidney Dis*. 2010. Cilt 56, 1, s. 112-6.
84. Hansen, BA ve Bruserud, Ø. Hypomagnesemia as a potentially life-threatening adverse effect of omeprazole. *Oxf Med Case Reports*. 2016. Cilt 147, 7.
85. Wolfe, MM. Proton pump inhibitors: Overview of use and adverse effects in the treatment of acid related disorders. *UpToDate*. (27 Mart 2021 tarihinde erişilmiştir).
86. Xavier, S, Magalhães, J ve Cotter, J. Proton Pump Inhibitors: Are They a Real Threat to the Patient? *GE Port J Gastroenterol*. 2018. Cilt 25, 5, s. 243-252.
87. Johnson, DA, Chilton, R ve Liker, HR. Proton-Pump Inhibitors in Patients Requiring Antiplatelet Therapy: New FDA Labeling. *Postgraduate Medicine*. 2015. Cilt 126, 3.
88. Meyer, UA. Metabolic interactions of the proton-pump inhibitors lansoprazole, omeprazole and pantoprazole with other drugs. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1996. Cilt 8, 1, s. 21-5.
89. Ghebremariam, YT ve diğerleri. An Unexpected Effect of Proton Pump Inhibitors: Elevation of the Cardiovascular Risk Factor ADMA. *Circulation*. 2013. Cilt 128, 8.

90. Manolis, AA ve diğerleri. Proton pump inhibitors and cardiovascular adverse effects: Real or surreal worries? *Eur J Intern Med.* 2020. Cilt 72, s. 15-26.
91. Sehested, TSG ve diğerleri. Long-term use of proton pump inhibitors, dose-response relationship and associated risk of ischemic stroke and myocardial infarction. *J Intern Med.* 2018. Cilt 283, 3, s. 268-281.
92. Casula, M ve diğerleri. Use of proton pump inhibitors and risk of ischemic events in the general population. *Atherosclerosis.* 2018. Cilt 277, s. 123-129.
93. Ruffenach, SJ, Siskind, MS ve Lien, YH. Acute interstitial nephritis due to omeprazole. *Am J Med.* 1992. Cilt 93, 4, s. 472-3.
94. Geevasinga, N ve diğerleri. Proton pump inhibitors and acute interstitial nephritis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006. Cilt 4, 5, s. 597-604.
95. Lazarus, B ve diğerleri. Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. *JAMA Intern Med.* 2016. Cilt 176, 2, s. 238-46.
96. Wijarnpreecha , K ve diğerleri. Associations of Proton-Pump Inhibitors and H2 Receptor Antagonists with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. *Dig Dis Sci.* 2017. Cilt 62, 10, s. 2821-2827.
97. Yibirin, M ve diğerleri. Adverse Effects Associated with Proton Pump Inhibitor Use. *Cureus.* 2021. Cilt 13, 1.
98. Badiola, N ve diğerleri. The Proton-Pump Inhibitor Lansoprazole Enhances Amyloid Beta Production. *PLoS One.* 2013. Cilt 8, 3.
99. Taipale, H ve diğerleri. No Association Between Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Alzheimer's Disease. *Am J Gastroenterol.* 2017. Cilt 112, 12, s. 1802-1808.
100. Park, SK ve diğerleri. Beyond uncertainty: Negative findings for the association between the use of proton pump inhibitors and risk of dementia. *J Gastroenterol Hepatol.* 2019. Cilt 34, 12, s. 2135-2143.

101. Fossmark, R, Martinsen, TC ve Waldum, HL. Adverse Effects of Proton Pump Inhibitors—Evidence and Plausibility. *Int J Mol Sci*. 2019. Cilt 20, 20, s. 5203.
102. Mollahaliloğlu, S ve Tezcan, S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. 2002. s. 499-501.
103. Gökalp, O ve Mollaoğlu, H. Uygunsuz İlaç Kullanımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003. Cilt 10, 2, s. 17-20.
104. Chiarelli, L. The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control. Canadian Public Health Association Publication. 2006.
105. WHO, “Conference Of Experts On The Rational Use Of Drugs, World Health Organization, Nairobi, Kenya. 1985.
106. Organization WH. Antimicrobial resistance: a threat to global health security. Rational use of medicines by prescribers and patients A. 2005. Cilt 58.
107. Organization WH. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: World Health Organization. 2002.
108. Akılcı İlaç Kullanımı. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. Ankara. 2013. s. 2645.
109. Nutbeam, D. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*. 1998. Cilt 13, 4, s. 349-364.
110. Balçık, PY, Taşkaya, S ve Şahin, B. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014. Cilt 13, 4, s. 321-6.
111. Berkman, ND, Davis, TC ve McCormack, L. Health literacy: what is it? *J Health Commun*. 2010. Cilt 15, 2, s. 9-19.

112. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. 2000. Cilt 15, 3, s. 259-267.
113. Aday, LA. Indicators and predictors of health services utilization. In S. J. William & P.R. Torrens (Eds.), Introduction to health services. 1993. s. 6-64.
114. Barrett, SE ve Puryear, JS. Health literacy: improving quality of care in primary care settings. J Health Care Poor Underserved. 2006. Cilt 17, 4, s. 690-7.
115. Kanj, M ve Mitic, W. Health literacy and health promotion definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Nairobi: World Health Organization,. 2009. Cilt 10, 32.
116. Sørensen, K ve diğerleri. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012. Cilt 12, 80.
117. Sezgin, D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. Özel Sayı:3 (Sağlık İletişimi). 2014. 73-92.
118. Deniz, S, Öztaş, D ve Akbaba, M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018. Cilt 8, 2, s. 214-228.
119. Akbolat, M ve diğerleri. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. TAF Prev Med Bull. 2016. Cilt 15, 4, s. 354-362.
120. Brabers, AEM ve diğerleri. What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? PLoS One. 2017. Cilt 12, 3.
121. Tanrıöver, MD ve diğerleri. Türkiye Sağlık OKuryazarlığı Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları. 2014. s. 17-52.
122. Kirsch, IS ve diğerleri. Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey. 1993.

123. Kutner, M ve diğerleri. Literacy in Everyday Life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics. 2007.
124. Haun, JN ve diğerleri. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. J Health Commun. 2014. Cilt 19, 2, s. 302-33.
125. Yılmaz, M ve Tiraki, Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016. Cilt 9, 4.
126. Sezer, A ve Kadioğlu, H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014. Cilt 17, 3.
127. Çopurlar, CK ve Kartal, M. What is Health Literacy? How to Measure It? Why is It Important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2016. Cilt 10, 1, s. 42-47.
128. Yılmazel, G ve Çetinkaya, F. Toplum sağlığı için sağlık okuryazarlığının önemi. TAF Prev Med Bull. 2016. Cilt 15, 1, s. 69-74.
129. Cifuentes, M ve diğerleri. Guide to implementing the health literacy universal precautions toolkit. Colorado: Agency for Healthcare Research and Quality. 2015. s. 2-27.
130. Hálfðánarson, ÓÖ ve diğerleri. Proton-pump inhibitors among adults: a nationwide drug-utilization study, Therap Adv Gastr.
131. Kapıcı, N ve diğerleri. Aile Hekimliği Pratiğinde Proton Pompası İnhibitörleri Tedavisi Farkındalık Çalışması, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara:2018.
132. Cankara, FN, Aşçı, H ve Sönmez, Y. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda hekimlerin ilaç tercihleri ve polifarmasi varlığı. SDÜ Sağlık Bilim Dergisi 2015; 6(1).
133. Haastrup, PF ve diğerleri. Medical and non-medical predictors of initiating long-term use of proton pump inhibitors: a nationwide cohort study of first-time

users during a 10-year period. Aliment Pharmacol Ther. 2016. Cilt 44, 1, s. 78-87.

134. Yıldırım, F ve Keser, A. Sağlık Okuryazarlığı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2015.

135. Karataş, Y ve diğerleri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012. Cilt 37, 1, s. 1-8.

136. Karataş, Y ve diğerleri. Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013. Cilt 12, 6, s. 639-650.

137. Çaylan, A ve diğerleri. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. Biomedical Research. 2017. Cilt 28, 15, s. 6803-7.

138. Dursun, Sİ ve diğerleri. Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2019. Cilt 1, 1, s. 1-10.

139. Kurtuluş, S ve Yanık, A. Assessment Of Health Literacy In University Students. 4. International Health Sciences and Management Conference 2019-İstanbul. s. 123-127.

140. Okyay, P ve Abacıgil, F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. 2016.

141. Jeong, SH ve Kim, HK. Health Literacy and Barriers to Health Information Seeking: A Nationwide Survey in South Korea. Patient Educ Couns . 2016.

142. Protheroe, J ve diğerleri. Health Literacy, Associated Lifestyle and Demographic Factors in Adult Population of an English City: a Cross-Sectional Survey. Heal Expect. 2016.

143. Sezer , A. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. 2012.

144. Özkan, S ve diğerleri. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TAF Prev Med Bull. 2005. Cilt 4, 5, s. 223-37.

145. Uskun, E ve diğerleri. Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. STED. 2004. Cilt 13, 12, s. 451-4.

146. Yapıcı, G, Balıkçı, S ve Uğur, Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. 2011. Cilt 38, 4, s. 458-465.



10.EKLER

EK-1 MCBÜ Etik Kurul Kararı

EK-2 MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimlik İzni

EK-3 Anket Formu

1. Yaş:

2. Cinsiyet: 1() Kadın 2() Erkek

3. Medeni durum: 1() Bekar 2() Evli

4. Eğitim durumu : 1 () Okur-yazar değil 2 () Okur-yazar 3 () İlköğretim
4 () Lise 5 () Lisans/Lisansüstü

5. Meslek:

6. Sigara kullanıyor musunuz?

1 () Hayır

2 () Evet

Paket/Yıl

3 () Eski kullanıcı

Bırakma yılı - Paket/Yıl.....

7. Kullandığınız mide koruyucu ilacın adı ve dozu:

8. Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?:

9. Mide koruyucu ilaca ilk nasıl başladınız?

1 () Kendim reçetesiz aldım

2 () Doktorum reçete etti

hekimin branşı:.....

3 () Çevremdekilerin önerisi ile (arkadaş, akraba vs) aldım

4 () Diğer.....

10. Mide koruyucu ilacı hangi sebeple kullanıyorsunuz/ kullandınız?

(Birden fazla yanıt işaretlenebilir)

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1.() Midede ağrı | 9.() Yutma Güçlüğü |
| 2.() Ekşime | 10.() Ağrılı yutma |
| 3.() Yanma | 11.() Öksürük |
| 4.() Mide Krampları | 12.() Sternum-göğüs kemiği-arkasında ağrı |
| 5.() Geğirme | 13.() Bulantı |
| 6.() Ağıza Acı-Ekşi Su Gelmesi | 14.() Sebebini bilmediğiniz kilo kaybı |
| 7.() Şişkinlik | 15.() Diğer |
| 8.() Erken doyma | |

11. Aşağıdaki tanılardan biri size kondu mu? (Birden fazla yanıt işaretlenebilir)

- 1.() Fonksiyonel Dispepsi
- 2.() Gastroözofageal reflü hastalığı
- 3.() Peptik ülser
- 4.() Ağrı kesici ilaçlar, aspirin nedeniyle midede oluşan yan etkiler
- 5.() Mide mikrobiyotik varlığı (Helicobakter pylori)
- 6.() Gastrit
- 7.() Asit-pepsin ile ilişkili hastalıklara bağlı üst gastrointestinal sistem kanaması
- 8.() Stres ülseri
- 9.() Barrett özofagus
- 10.() Diğer

12. Mide koruyucu ilacı ne sıklıkta kullanıyorsunuz/ kullandınız?

1() Her gün düzenli, günde kez

2() Şikayetlerim oldukça

3() Aklıma geldikçe

4() Diğer.....

13. Mide koruyucu ilacı kullanırken herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?
(cevabınız evet ise neler olduğunu yazınız)

1()Evet.....

2()Hayır

14. Kronik hastalığınız var mı? (cevabınız evet ise neler olduğunu yazınız)

1()Evet.....

2()Hayır

15. Mide koruyucu dışında sürekli kullandığınız ilaçlar var mı? (cevabınız evet ise neler olduğunu yazınız)

1()Evet.....

2()Hayır

16. Hiç özefagogastroskopi veya kolonoskopi oldunuz mu? (Cevabınız evet ise sonucunu yazınız)

1()Evet tanı/sonuç 2()Hayır

17. Aşağıda mide koruyucu ilacınızla ilgili bazı cümleler verilmiştir. Bu cümleler için size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1.Midede asit salgılanmasını azaltarak etki gösterdiklerini biliyorum.		
2.Baş ağrısı, baş dönmesi, ishal, bulantı gibi yan etkilerinin olabileceğini biliyorum		
3.Uzun süreli kullanımda daha ciddi yan etkilere yol açabileceğini biliyorum.		
4. Aç karnına almam gerektiğini biliyorum.		
5.Birlikte kullanılan bazı ilaçlar ile etkileşime girebileceğini biliyorum.		
6.Almam gereken dozu unuttuğumda ne yapmam gerektiğini biliyorum.		

	Evet	Hayır
1. Doktora danışmadan mide koruyucu ilaç kullanırım.		
2. Fayda gördüğüm mide koruyucu ilacı benzer şikayetleri olanlara öneririm.		
3. Evde bulunması için mide koruyucu ilaç yazdırırım ya da eczaneden alırım.		
4. Doktorumun önerdiği süreye ve doza dikkat ederim.		
5. Aç karnına, her gün aynı saatte almaya dikkat ederim.		
6. Yan etkileri hakkında bilgiyi doktorumdan ya da prospektüsünden öğrenirim.		

EK-4 Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Aşağıda sağlık ile ilgili bazı bilgileri gerektiren sorular verilmiş olup, bu konudaki bilgi durumunuzun belirlenmesi planlanmıştır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Çalışmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederim.

1. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1)Baş dönmesi | 4)Baş ağrısı |
| 2)Göz kararması | 5)Halsizlik |
| 3)Terleme | 6) Bilmiyorum |

2. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1)Baş dönmesi | 4)Baş ağrısı |
| 2)Göz kararması | 5)Halsizlik |
| 3)Terleme | 6)Bilmiyorum |

3. Düzenli olarak tartılır mısınız?

- | | |
|--------|---------|
| 1.Evet | 2.Hayır |
|--------|---------|

4. Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?

- | | |
|--------|---------|
| 1.Evet | 2.Hayır |
|--------|---------|

5. Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısı kaç derece olmalıdır?

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1) 36C ⁰ üstü | 2) 36.5C ⁰ üstü | 3) 37C ⁰ üstü | 4)37.5 C ⁰ üstü |
| 5)Bilmiyorum | | | |

6. Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1)Ilık duş almak/aldırmak | 5)Terletmek için üzerini örtmek |
| 2)Soğuk suya tutmak | 6)Kıyafetlerini çıkarmak |
| 3)Başına sirkeli bez koymak | 7)Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemlere soğuk kompres uygulamak |
| 4)Acile başvurmak | 8)Bilmiyorum |

7.Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir?

(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1)Eşin korunması (geri çekme) | 4)Doğum kontrol hapları |
| 2)Kondom (prezervatif) | 5)Bilmiyorum |
| 3)Ria (spiral) | |

8.Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?

.....

9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?

.....

10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız?

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1)Yemekten hemen önce | 3)Yemekle beraber |
| 2)Yemekten 1 saat önce | 4)Bilmiyorum |

11. Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1)Dâhiliye | 4) Kardiyoloji |
| 2)Gastroenteroloji | 5)Acil |
| 3)Üroloji | 6)Bilmiyorum |

12. Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1)Dâhiliye | 4) Kardiyoloji |
| 2)Gastroenteroloji | 5)Acil |
| 3)Üroloji | 6)Bilmiyorum |

13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.

Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.

- | | |
|------------------------------|--|
| Kendi Kendine Meme Muayenesi | a.50 yaş üstü bireyler için her yıl |
| Mamografi Tarama Testi | b.18 yaşından itibaren her ay |
| Pap Smear Testi | c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir |
| Bağırsak Kanseri Taraması | d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir |

Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.

Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.

- | | |
|--------------------------------|--|
| Kendi Kendine Testis Muayenesi | a.18 yaş ve üzeri erkekler için her ay |
| Prostat Kanseri Testi | b.50 yaş üstü bireyler için her yıl |
| Bağırsak Kanseri Taraması | c.50 yaş üstü erkekler için her yıl |

14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.

Dahiliye	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji	e. İç Hastalıkları

15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

16. Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?

1.Evet 2.Hayır

17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

18. Doktor/hemşireye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşar mısınız?

1.Evet 2.Hayır

19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?

1.Evet 2.Hayır

20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?

1.Evet 2.Hayır

21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz?

1.Evet

2.Hayır

22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?

1.Evet

2.Hayır

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.

