



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**RİZE İLİ ARDEŞEN İLÇESİ 10 NUMARALI
AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNE KAYITLI
65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE KRONİK
HASTALIK SIKLIĞI VE İLAÇ KULLANIMI**

Didem SARİMEHMET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

TRABZON-2014

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Nesrin NURAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Didem SARİMEHMET'in hazırladığı "Rize ili Ardeşen İlçesi 10 Numaralı Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımı" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN _____

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN _____

Doç. Dr. Nesrin NURAL _____

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR _____

Tarih:/...../2014

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/....../.... tarih ve ...sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet KALKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

...../...../ 2014

Didem SARIMEHMET

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi biricik eşime ve minicik oğlumuz Aras'a ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Üniversite eğitimime ilk başladığım andan itibaren bütün eğitimim boyunca özveriyle bilgisini, sabrını ve hoşgörüsünü esirgemeyen, tecrübesini paylaşan tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde çok büyük emeği olan, beni yalnız bırakmayan ve bilimsel katkıları ile bana rehberlik eden kıymetli ve saygıdeğer danışmanım KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölüm Başkanı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a, KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayla GÜRİSOY'a, KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdür Yardımcısı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Tez çalışmamın istatistiksel değerlendirilmesine katkıda bulunan Pamukkale Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Beyza AKDAĞ'a ve Araştırma Görevlisi Sayın Hande ŞENOL'a ,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren T.C. Rize Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne,

Veri toplama aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Ardeşen 10 Numaralı Aile Hekimliği Birimi çalışanlarına,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, sevgilerini esirgemeyen, varlıkları ile bana güç veren sevgili anneme, babama ve kardeşime,

Sonsuz güveni ve sevgisi ile her zaman yanımda olan büyük desteğim sevgili eşim Sayın Yakup Kadri SARİMEHMET'e

Kendisine ayırmam gereken zamandan fedakarlık ettiği için, varlığıyla beni çok mutlu eden canım oğlum Aras'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Didem SARİMEHMET

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ve ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Durumu	6
4.2. Yaşlılığın Tanımı	6
4.3. Yaşlılıkta Gelişen Fizyolojik Değişiklikler	7
4.3.1. Duyu Organlarında Fizyolojik Değişiklikler	7
4.3.2. Kas-İskelet Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler	9
4.3.3. Kardiyovasküler Sistemde Fizyolojik Değişiklikler	10
4.3.4. Solunum Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler	10
4.3.5. Gastrointestinal Sistemde Fizyolojik Değişiklikler	10
4.3.6. Üriner Sistemde Fizyolojik Değişiklikleri	11
4.3.7. Üreme Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler	12
4.3.8. Endokrin Sistemde Fizyolojik Değişiklikler	12
4.3.9. Bağışıklık Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler	12
4.3.10. Sinir Sisteminde Fizyolojik Değişiklikleri	13
4.4. Yaşlılıkta Gelişen Psikolojik Değişiklikler	13
4.4.1. Yaşlılıkta Bilişsel Becerilerde Değişiklikler	13
4.4.2. Yaşlılıkta Ruhsal Davranış Değişiklikleri	14
4.5. Yaşlılıkta Gelişen Sosyal ve Ekonomik Değişiklikler	15
4.6. Yaşlılarda Kronik Hastalıklar	16
4.7. Yaşlılarda Kronik Hastalıklarla Baş Etme	17
4.8. Yaşlılarda Kronik Hastalıklarda Hemşirenin Rolü	19

4.9. Yaşlılarda İlaç Kullanımı	20
4.9.1. Yaşlılarda İlaç Farmakolojisini Etkileyen Farmakokinetik Faktörler	21
4.9.2. Yaşlılarda İlaç Yan Etkileri	22
4.9.3. Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyum	23
4.10. Yaşlıların İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü	23
5. GEREÇ ve YÖNTEM	25
5.1. Araştırmanın Tipi	25
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	25
5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri	25
5.5. Veri Toplama Araçları	26
5.6. Veri Toplama Yöntemi	26
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	27
6. BULGULAR	28
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	47
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	57
8.1. Sonuç	57
8.2. Öneriler	59
9. KAYNAKLAR	61
10. EKLER	71
10.1. Ek 1. Hasta Bilgi Formu	71
10.2. Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	75
10.3. Ek 3. T.C Rize Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı	76
11. ETİK KURUL ONAYI	77
12. ÖZ GEÇMİŞ	80

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özellikleri	28
Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Başvurdukları Sağlık Kurumları ve Başvuru Nedenleri	29
Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri	30
Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Kullandıkları İlaçlara İlişkin Özellikleri	32
Tablo 5. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Süresi	35
Tablo 6. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu	37
Tablo 7. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Kullandıkları İlaçların Yan Etkilerini Bilme Durumu	39
Tablo 8. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Günlük Kullanılan İlaç Miktarı	41
Tablo 9. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Kullanılan İlaçlara Bağlı Yan Etki Yaşama Durumu	43
Tablo 10. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu	45

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHB	Aile Hekimliği Birimi
dk	Dakika
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GİS	Gastrointestinal Sistem
IL-7	İnterlökin-7
KAH	Koroner Arter Hastalıkları
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
KVS	Kardiyovasküler Sistem
ml	Mililitre
NK	Natural Killer
NSAİ	Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaç
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SVH	Serebrovasküler Hastalık
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	Ve Benzeri

Simgeler

χ^2	Ki-kare
----------	---------

1. ÖZET

Rize İli Ardeşen İlçesi 10 Numaralı Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı 65

Yaş ve Üzeri Bireylerde Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımı

Araştırma, Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri 515 birey, örneklemini ise 482 birey oluşturdu. Veriler, Mart 2014-Haziran 2014 tarihleri arasında Hasta Bilgi Formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik ve ki-kare testi kullanıldı.

Araştırmada, 65 yaş ve üzeri bireylerin %97.9'unda kronik hastalık varlığı saptandı. Yaşlıların kronik hastalığa sahip olmaları ile meslek, sosyal güvence ve birlikte yaşanan kişiler arasında; kronik hastalık süresi ile cinsiyet, yaş, meslek, aylık gelir ve sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Araştırmada yaşlı bireylerin %6.4'ünün reçetesiz ilaç kullandığı, %53.3'ünün kullandıkları ilaçların yan etkilerini bildiği, %49.0'ının günlük 3-4 adet ilaç kullandığı, %39.8'inin kullandıkları ilaçlara bağlı yan etki yaşadığı ve %74.1'inin ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı. Yaşlıların reçetesiz ilaç kullanımı ile yaş arasında; kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, sosyal güvence, birlikte yaşanan kişiler ve sigara kullanımı arasında; günlük kullanılan ilaç miktarı ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, birlikte yaşanan kişiler ve sigara kullanımı arasında; kullanılan ilaçlara bağlı yan etki yaşama ile sosyal güvence ve sigara kullanımı arasında; ilaçların düzenli kullanımı ile yaş, eğitim durumu, meslek, aylık gelir, sosyal güvence ve birlikte yaşanan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, araştırmacı tarafından yaşlı bireylere kronik hastalıklar ve ilaç kullanımları ile ilgili önerilerde bulunuldu.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, ilaç, ilaç kullanımı, kronik hastalık, yaşlı

2. SUMMARY

The Prevalence of Chronic Disease and Drug Usage in Individuals of the 65 Age and Older Who are Registered to the 10 Numbered Family Medicine Unit in the City of Ardesen of the Province of Rize

This study was carried out as descriptive in order to determine the prevalence of chronic disease and drug usage in individuals of the 65 age and older who are registered to the 10 numbered Family Medicine Unit in the city of Ardesen of the province of Rize. The population of this study consisted of 515 individuals of the 65 age and older who are registered to the 10 numbered in Family Medicine Unit in the city of Ardesen of the province of Rize. The sample consisted of 482 individuals out of the total population. The data were collected from March 2014 to June 2014 with face to face interview technique using the Patient Information Form. The data were evaluated using frequency, percentage and chi-square test.

In this study 97.9% of the individuals of the 65 age and over were found to have a chronic disease. There was statistically significant difference between the presence of chronic disease and profession, social security and the people living together; between the duration of chronic disease and gender, age, profession and social security ($p<0.05$). It was found that 6.4% of the elderly people used drugs without prescription, 53.3% knew the side effects of the used drugs, 49.0% used 3-4 drugs daily, 39.8% experienced the side effects of the used drugs and 74.1% used their drugs regularly. There was statistical significance between drug usage without prescription and age; between the knowing the side effects and gender, age, marital status, educational status, monthly income, social security, the people living together, cigarette smoking; between the amount of drug that is used daily and age, marital status, educational status, profession, social security, the people living together, cigarette smoking; the experienced side effects of the used drugs and social security, cigarette smoking; between the regular of drug usage and age, educational status, profession, monthly income, social security, the people living together ($p<0.05$). In accordance with the results obtained from the study, the recommendations were made to elderly people related to chronic disease and drug usage by the researcher.

Key words: Nursing, Drug, Drug Usage, Chronic Disease, Elderly

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlılık, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken, psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından bireyin uyum sağlama kapasitesinin yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyal boyutuyla yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerle ilgilidir (1). Birleşmiş Milletler yaşlılık dönemini “60 yaş ve üzeri” olarak kabul ederken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. Ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ’ nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılarak, 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 75-84 yaş grubu “yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “en yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (2). Dünyada yaşlı nüfus 2012 yılında %11.5 iken 2050 yılında %21.8 olacağı bildirilmektedir (3). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı dünyanın pek çok ülkesinde gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye’de 2012 yılındaki yaşlı nüfus 5.7 milyon kişi ve bunların toplam nüfusa oranı %7.52 iken; 2050 yılında bu sayının 23.793 milyon kişi olacağı ve toplam nüfusa oranının %26’ya yükseleceği belirtilmektedir (4).

Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreçtir. Yaşlanma ile birlikte hücre, doku, organ ve sistem işlevlerinde azalma yönünde değişimler olmaktadır. Meydana gelen değişikliklerin hızı ve şiddeti olayın yaşlılığa bağlı fizyolojik bir süreç ya da başlı başına bir hastalık olduğunu göstermektedir. Fizyolojik değişiklikler nedeniyle beden hastalıklara karşı direnci azalmakta ve kronik hastalıklar artmaktadır (5-7). Yaşlıların %70-90’ında bir ya da daha fazla kronik hastalık olduğu bildirilmektedir (8). Yaşlılardaki kronik hastalıklar, yaşam kalitesinde bozulmaya ve ciddi boyutlara varan sağlık harcamalarına neden olmakta ve ekonomik yönden de ağır bir yük oluşturmaktadır (9-11).

Yaşlanma süreci içinde fizyolojik, duyuşsal, algısal değişiklikler ve çoklu kronik hastalıklar daha fazla ve daha sık görülmektedir (9). Yaşlılarda kronik hastalıkların artması ile sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim ve ilaç kullanım miktarları da artmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak metabolizmada ve ilaçların atılımında ortaya çıkan değişiklikler, birden fazla ilaç kullanımı, ilaç etkileşimleri, ilaç farmakokinetik ve

farmakodinamiğinde değişiklikler, unutma ve anlama gibi bilişsel sorunlar nedeni ile yaşı bireylerde ilaç yan etkileri ve intoksikasyonları yaygın olarak görölmektedir. Birden fazla ilaç kullanımlarında, ilaç yan etkilerinin yaşlılarda gençlerden 3-7 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (8). Yaşlıların birden fazla ilaç kullanımı ve uygunsuz kullanım alışkanlıkları yaşam kalitesini azaltmakta, ilaçlara bağı morbidite ve mortalite riskini de artırmaktadır. Aynı zamanda yaşlılarda birden fazla ilaç kullanımı tedaviyi karmaşık hale getirmekte, maliyeti artırmakta ve sağık-sosyal güvenlik sistemleri açısından da sorun oluşturmaktadır (9-11).

Yaşlılara yönelik tedavi ve bakım hizmetleri örgütlü ve sistemli bir biçimde ele alınmalıdır. Yaşlıların durumlarının analiz edilmesi ve buna yönelik girişimlerin yapılması gereklidir. Yaşı bireyler ne kadar kronik hastalıklardan uzak, sağıklı ve üretken bir birey olarak yaşarlarsa yaşam kaliteleri o kadar iyi olacak ve topluma katkıları artacaktır. Aynı zamanda da kendilerine sağılanan sosyal ve sağık hizmetlerinin maliyeti o kadar azalacaktır. Bir toplumda sağık hizmetlerinin iyileştirilebilmesinde planlı çalışmanın önemi oldukça büyüktür. Sağık hizmetlerinde planlı bir çalışmanın yapılabilmesi için sağık ve sağık hizmetleri ile ilgili verilere gereksinim vardır. Bu nedenle yaşı bireylerin kronik hastalık ve ilaç kullanımlarının belirlenmesi ile yaşlıların sıklıkla karşılaşılabileceğı hastalıklara karşı önlemler alınmasında, ilaçlarla ilgili komplikasyon gelişimlerinin önlenmesinde, fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların tanınmasında, hastalık ve tedaviye uyumun artırılmasında destek sağılanabilir. Ayrıca yaşı bireylerin kronik hastalık ve ilaç kullanımları ile ilgili sorunlarının çözümünde yol gösterici olabilir, kronik hastalık yönetimi ve ilaç kullanımı ile ilgili yaşadıkları sorunlar belirlenip, erken ve uygun önlemler alınabilir. Aynı zamanda sağık çalışanlarının yaşı bireylerin kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını bilmesi ile yaşlıların sağık bakım hizmetlerinin planlanmasında rehberlik oluşturulabilir (6,8).

Yaşlanma sürecine etki eden kronik hastalıklar, hastalıkların erken tanısının ve boyutlarının tanımlanmasında önemli yer tutmaktadır. Kronik hastalığı olan yaşı birey verilen sağık bakım hizmetleriyle komplikasyon gelişmeden, yaşam kalitesi yükseltilerek yaşamına devam edebilir. Bunun sağılanabilmesi için hemşireler, yaşı bakımında ulaşılabilir hedefler koyarak bakımlarını planlamalı ve uygulamalıdır.

Hemşirenin yaşlı bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını bilmesi ile yaşlıların kronik hastalıklarına ilişkin bakımları konusunda sağlık hizmetlerini daha akılcı ve etkin şekilde planlaması söz konusu olabilecektir. İlaç kullanımında da hemşirelerin yaşlılıkta görülen farmakodinamik ve farmakokinetik değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak, yaşlı bireyin kullandığı ilaçlara uyumunu sağlamak için kullanılan ilaçlarla ilgili hasta ve ailesine sağlık eğitimi vermek ve ilaç yan etkileri yönünden gerekli izlemleri yapmak gibi önemli sorumlulukları ve rolleri vardır. Yaşlı bireye bakım verirken yaşlıda gelişen fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler mutlaka göz önünde bulundurulmalı, bu değişikliklerin izlenmesi ve yaşlının bu değişiklikler nedeni ile ortaya çıkan yeni duruma uyum göstermesi sağlanabilmelidir (6,8).

Araştırma Rize İli Ardeşen ilçesi 10 Numaralı Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Durumu

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı dünyanın pek çok ülkesinde gün geçtikçe artmaktadır. Birleşmiş Milletler, bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %8-10 arasında olmasını o ülke nüfusunun “yaşlı”, %10’un üzerinde olmasını ise “çok yaşlı” olarak tanımlamaktadır. Dünyadaki yaşlı birey oranı 1990 yılında %9.2, 2013 yılında %11.7 iken 2050 yılında %21.1’e ulaşması öngörülmektedir. Ayrıca dünyada doğuşta beklenen yaşam süresi 2012 yılında kadınlar için 71.6 yıl, erkekler için 67.1 yıl iken; 2050 yılında erkekler için 73.2 yıl, kadınlar için 78.0 yıl olması beklenmektedir (3). En yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler olan (2012) Japonya’da yaşlı nüfus oranı %24.4, Almanya’da %21.1 ve İtalya’da %20.8’dir (12).

Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan “demografik dönüşüm” sürecinde olan Türkiye, genç bir nüfus yapısına sahip görünse de yaşlı sayısı oldukça fazladır. Bu dönüşümde nüfusun yaş grupları yapılanması şekil değiştirmekte, ölümlülük ve doğurganlıkta azalma ile birlikte doğuşta beklenen yaşam süresi uzamakta, çocuk ve gençlerin nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Nüfus Projeksiyonlarına göre Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresinin 2013 yılında kadınlar için 79.2 yıl, erkekler için 74.7 yıl olduğu, 2023 yılında bu sürenin kadınlar için 80.2 yıl, erkekler için 75.8 yıl olacağı ve Türkiye’nin yaşlı nüfus oranının artarak “çok yaşlı” nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı öngörülmektedir (4). Türkiye’nin yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %7.7 iken, bu oranın 2023 yılında %10.2, 2050 yılında %20.8, 2075 yılında ise %27.7’ye yükseleceği ve Türkiye’nin yaşlı nüfus açısından yakın gelecekte Avrupa’nın en kalabalık ülkesi olacağı tahmin edilmektedir (12). Türkiye’de (2013) yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu iller olan Sinop’ta yaşlı nüfus oranı %16.7, Kastamonu’da %15.7 ve Çankırı’da %14.3’tür (4).

4.2. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlılık “ilerleyen kronik yaşla birlikte ortaya çıkan biyolojik, ekonomik ve psikolojik değişimlerin toplamı”, “döllenme ile başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreç”, “zaman içinde edinilen alışkanlıkların, sosyal konumun ve bireylerin sosyal

rollerinin değişmesi” olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır (13). DSÖ ise yaşlılığı, “bedenin iç ve dış uyarılara uygun tepki gösterme kapasitesinin giderek azalması” şeklinde tanımlamaktadır (14).

Yaşlılığın başlangıcı üzerinde tam bir görüş birliği olmamakla birlikte pek çok ÷lkede yaşlılığın başlangıcı “60-65 yaş” olarak belirlenmiştir. DSÖ sınıflandırmasına göre; “45-59 yaş” orta yaşlı, “60-74 yaş” yaşlı, “75-89 yaş” ihtiyarlık ve “90 ve üzeri yaş” ileri ihtiyarlık olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler yaşlılık dönemini “60 yaş ve üzeri grup”, DSÖ ise “65 yaş ve üzeri grup” olarak kabul etmektedir. Yaşlılık tanımı için DSÖ’nün tanımı kabul görmektedir (2,15,16).

Yaşlanma, bireylerin biyolojik, psikolojik, sosyal, ve ekonomik boyutlarını içermektedir (16). Biyolojik yaşlanma; doğumla başlayıp yaşamın sonuna kadar devam eden bir süreçtir. Psikolojik yaşlanma; yaşa bağlı olarak bireyin davranışsal ve uyum yeteneğindeki bozulmaları ifade eder. Sosyal yaşlanma; kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişiklikler gösterir. Ekonomik yaşlanma; maddi koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı bireyin yaşam tarzının değişmesidir ve yaşlılık bazen emekli olup işten ayrılan kişi olarak da tanımlanabilir (2,15).

4.3. Yaşlılıkta Gelişen Fizyolojik Değişiklikler

4.3.1. Duyu Organlarında Fizyolojik Değişiklikler

Göz: Yaşlanma ile fizyolojik değişikliklerin en belirgin olarak hissedildiği organ olan gözde en önemli değişiklikler lenste olmaktadır. Lensin sertliği yaşla birlikte artmakta, görme netliği azalmakta, görme için daha fazla ışığa gereksinim duyulmakta, ışık değişikliklerine uyum güçleşmekte ve renk ayırım yeteneği azalmaktadır. Gözdeki en önemli değişikliklerden biri de gözden beyine giden sinir hücrelerinin sayısındaki azalmaya bağlı gölge ve tonlardaki farklılıkların ve çok ince detayların fark edilebilirliğinin azalmasıdır. Görme alanlarında hareket eden ince siyah benekler ve kuru göz gelişimi de yaşlıyı rahatsız eden değişikliklerdendir (5,6).

Kulak: Yıllarca yüksek sese maruz kalma sonucunda ya da yalnızca yaşlanma ile her iki kulakta işitme yeteneği bozularak duyma kalitesi azalır. Duyma kalitesinin azalmasının bir nedeni de kulak kiri toplanmasının yaşla birlikte artmasıdır. Yaş arttıķça yüksek perdeli sesler (kadın ve çocuk sesleri) daha güç duyulur ve daha zor anlaşılır.

Aynı sorun “c, k, p, s, t” gibi ünsüzlerin anlaşılmasında da yaşanır. Bu nedenle yaşlılar ünlü harfleri ünsüzlere göre daha kolay duyar. Yaşlı bireyin duymasında belirleyici olan kelimelerin içindeki sesli harflerdir. Örneğin, yaşlılar “istediğini söylemekte serbestsin” cümlesini “İsedini sömek serbesin” şeklinde anlarlar. Cümlenin daha yüksek sesle söylenmesi ise yalnızca sesli harfleri belirteceğinden anlaşılmasını devam ettirebilir (6,17).

Burun: Koku alma duyusunun en gelişmiş olduğu yaş aralığı 30-60 yaştır. Altmış yaşından sonra koku alma reseptörlerindeki duyarlılık erkeklerde daha hızlı olmak üzere azalır ve yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğu koku alma yetisini kaybeder. Yaşlı bireyler üst solunum yolu enfeksiyonları, burun ve sinüs boşluğundaki polipler ve diş hastalıkları gibi koku bozukluğuna neden olan hastalıklara daha sık yakalanabilmeleri nedeni ile de daha sık koku bozukluğu yaşamaktadır (18).

Ağız: Dildeki papilla sayısının azalmasına bağlı gelişen tat duyusunda azalma tat almayı önemli ölçüde güçleştirir. Yaşla artan yetersiz tükürük sekresyonu ağız kuruluğuna neden olur. Ağız kuruluğu, mukozal dokuların mekanik irritasyonlara olan direncini azaltır (17). Yaşlının ağız sağlığı, sistemik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, uygun olmayan beslenme ve ağız bakımı eksikliği nedeni ile bozulur. Bu nedenle yaşlılarda ağız ülserleri ve sekonder ağız enfeksiyonlarına daha sık rastlanır(19). Ayrıca yaşlılarda diş etlerinde çekilmeler olur ve bu çekilmelere bağlı özellikle alt çenede diş kayıpları görülür, dişlerin araları açılır, bu bölgelerde besin artıkları birikir ve bakteri kolonizasyonları oluşur (6,20).

Deri: Yaşla birlikte cilt altı yağ dokusu azalır. Cilt altı yağ dokusunun azaldığı yerlerde deri daha incedir, elastikiyeti daha azdır, cilt daha kuru ve kırıktır. Yaşlılıkta cilt altı dokudaki duyu reseptör sayısı ve işlevleri azalır ve bu nedenle duyarlılık da azalarak yaralanmalara zemin oluşturur. Ter bezleri ve cilt altı kan akımının azalması ile soğuğa tolerans azalır ve derideki yaralar daha geç iyileşir (17). Pigment üreten hücre (melanosit) sayısının da azalması ile derinin ultraviyole ışığa özellikle de güneş ışığına karşı korunması azalır. Özellikle yaşlılıkta uzun süreli korunmasız güneş ışığına maruz kalınması cildi daha kuru, daha sert ve kırıktır hale getirir (5,6,21).

Yaşlı bireylerde göz, kulak, burun, ağız ve deri duyuşal değişiklikleri sonucunda sıklıkla gözlerde kuruma, göz enfeksiyonu, simetrik duyma, sesleri odaklaştırma, koku

almada güçlükler, deri hastalıkları, deri tümörleri, yara iyileşmesinde gecikme, enfeksiyonlar, ayak ülserleri ayrıca dengede bozulma, kaza riski, bağımlılık ve iletişim sorunları ortaya çıkmaktadır (5,6,17,21).

4.3.2. Kas-İskelet Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler

Kemik: Yaşla birlikte kemik yoğunluğu azalır, kemik yoğunluğunun azalması ile beden postürü bozulur ve kemikler daha zayıf ve kırılabilir hale gelir. Bu özellikle serum vitamin-D miktarının azalması ile kalsiyum emiliminin ve kemik yapıda kalsiyumun azalması ile gelişmektedir (17). Yaşlılıkta kemik ve kas dokusu kayıpları nedeniyle boy kısalması, diş kayıpları, kemiklerde kırılmalar, bacaklarda eğrilikler ve kamburlaşma görülür. Yaşla birlikte kemik iliğinde kan hücrelerinin üretimi de azalır, ancak gereksinim artmadıkça (anemi, enfeksiyon) herhangi bir sorun görülmez. Ayrıca, eklemlerdeki kıkırdak dokunun da azalması ile eklemler rahat hareket edemez ve travmalara karşı daha hassas hale gelir. Bu bölgelere yönelik tekrarlayan travmalar, ileri yaşın en sık hastalığı olan osteoartrit ve osteoporoz gelişiminin hızlanmasına neden olabilir (6,20).

Kas dokusu: Kas kaybı 30 yaşında başlamakta ve yaşam boyu devam etmektedir. Yaşlanma ile birlikte kaslar inceler, atrofiler gelişir. Sağlıklı genç erişkinlerde, vücut ağırlığının %30'unu kaslar, %20'sini yağ doku ve %10'unu kemik yapı oluşturur. Kaslar, yağsız vücut kitlesinin yaklaşık %50'sini oluşturmakta ve total vücut nitrojeninin de yaklaşık %50'sini içermektedir (17). Yetmiş beş yaşında bir bireyin beden ağırlığının %15'ini kaslar, %40'ını yağ doku ve %8'ini kemikler oluşturur ve böylece kas kitlesinin yaklaşık yarısı sarkopeni nedeni ile yok olur. Yaşlılıkta kas kitlesinin azalmasının en önemli nedeni, büyüme hormonu ve testosteron seviyesinin azalmasıdır. Ayrıca, yaşlılıkta fiziksel aktivitenin azalması da kas kitlesinin, kas gücünün ve koordinasyonunun daha da azalmasına neden olabilir (22).

Eklemler ve bağ dokusu: Yaşlılıkta eklemleri birbirine bağlayan ligamentler elastikiyetlerini kaybeder ve eklemlerin hareket yetenekleri azalır. Ligamentlerin yapısında yer alan proteinlerin kimyasal özellikleri değişerek ligamentlerin daha çabuk yırtılmasına ve yırtıldıklarında da daha yavaş iyileşmelerine neden olabilir (5). Ayrıca, eklem kıkırdağında kalsifikasyonlar gelişir (23). Tüm bu değişiklikler yaşlıların vücut

duruşunu bozar, aktivitelerinde azalmaya yol açar, denge ve yürümelerinde güçlüklerle ve düşmelere neden olabilir (17,20).

Yaşlanmayla birlikte kas-iskelet sisteminde; osteoporoz, osteoartrit, dejeneratif eklem hastalıkları, romatoid artrit ve düşme kırıkları gibi hastalıklar daha sık görülebilir (5,17,20,23).

4.3.3. Kardiyovasküler Sistemde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma süreci ile kardiyovasküler sistemde (KVS) değişiklikler olur (24). Bu değişiklikler; kalp atım sayısı ve kardiyak out-put azalır, damar duvarı kalınlığı artar, damar esnekliğini kaybeder, kalbin etrafındaki kas tabakası artar, kalp kapakları esnekliğini kaybederek kalınlaşır. Arterlerin esnekliği azaldığı için periferel direnç artar, sistolik kan basıncı artar, diastolik kan basıncı hafifçe yükselir, tüm organlara kan akımı azalır, venlerde dilatasyon meydana gelir, yüzeysel damarlar belirginleşir (17). KVS’de yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan bu değişiklikler yaşlılık döneminde en çok karşılaşılan hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları (KAH), atriyal fibrilasyon, miyokard infarktüsü, kapak hastalıkları ve venöz tromboz gibi hastalıkların gelişimine zemin hazırlar (20,25-27).

4.3.4. Solunum Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma ile birlikte solunum kaslarında atrofi, kostal kıkırdaklarda kalsifikasyon, diyaframda düzleşme ve göğüs kafesi boyutlarında azalma görülür, toraks esnekliğini kaybeder, alveolar membran kalınlaşır, oksijen geçirgenliği bozulur, siliaların sayısı ve aktiviteleri azalır (5,28). Bu değişiklikler sonucunda yaşlı bireylerde akciğer kapasitesi, derin nefes alma ve öksürme yeteneği azalarak kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve pnömoni gibi kronik solunum sistemi hastalıklarının gelişmesine neden olabilir (29,30).

4.3.5. Gastrointestinal Sistemde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanmanın gastrointestinal sistem (GİS) üzerine etkisi hareket, mukus ve emilimde azalma şeklindedir. Yaşlanma ile birlikte dişlerde çürüme, diş kayıpları görülür, tat ve koku reseptörleri zayıflar, tükürük, sindirim enzimleri, kas-motor tonusu ve fonksiyonu azalır (5). Özafagus kasları daha az kasılır, mide elastikiyeti azalır ve

mide daha geç boşalır. Mide mukozasında atrofi gelişir ve mide mukus sekresyonu ve intrinsik faktör azalır, peptik ülser riski artar. Yaşlanmayla birlikte karaciğer hücre miktarı azalarak küçülür. Buna bağlı karaciğere olan kan akımı ve bazı enzimlerin etkinliği azalır. Karaciğer metabolizması yavaşlar ve detoksifikasyon süresi uzar, ilaçların metabolize edilmesinde sorunlar ortaya çıkar. Ayrıca, yaşlılarda laktaz üretiminin azalması ile süte karşı intolerans gelişerek aşırı gerginlik ve ishal görülebilir. Yine yaşlılarda kalın barsak motilitesinin yavaşlamasına bağlı kabızlık gelişebilir (17).

Yaşlılarda GİS’de ortaya çıkan bu değişiklikler nedeniyle yaşlılarda iştahsızlık, hazımsızlık, diyare, konstipasyon, kaşeksi, obezite, fekal inkontinans, GİS kanama, atrofik gastrik, peptik-duodenal ülser ve malnütrisyon gibi hastalıklar daha sık görülmektedir (6,28-31).

4.3.6. Üriner Sistemde Fizyolojik Değişiklikler

Böbrek fonksiyonları otuzlu yaşlarda azalmaya başlar ve altmışlı yaşlarda yarıya iner. Böbrek kan akımının azalması ile glomerüler filtrasyon hızı azalır, böbreklerin idrarı konsantre ve dilüe etme yeteneği bozulur ve nefronlar fonksiyonlarının %60’ını kaybederler (6). Nefron fonksiyonlarının kaybı ile eritropoetin yapımı ve kalsiyum metabolizması bozulur. Böbreğin idrarı konsantre etme ve sodyum tutma yeteneğinin azalması ile susuzluk algılanmasındaki yetersizlik yaşlılarda sıvı elektrolit dengesizliklerinin gelişimine neden olur. Ayrıca mesane kapasitesi azalır; mesane kasları idrar yapmanın dışında da kendiliğinden bazen kasılıp idrar yapma hissi uyandırır, nokturnal poliüri, üriner sistemde atrofi ve mukozal kuruluk görülebilir (5). Yaşlılarda mesane kaslarının zayıflaması rezidü idrar miktarının artmasına ve inkontinansa neden olur. Ayrıca, kadınlarda menopozla azalan östrojenin etkisiyle üretra ve iç yüzey kalınlığı azalır ve üretra sfinkter tonusu azalmasına bağlı olarak idrar inkontinansı görülebilir. Erkeklerde ise prostatın idrar geçişini engelleyecek kadar büyümesi sonucu üriner retansiyon gelişebilir. Yaşlı bireylerde üriner enfeksiyon gelişme riski artmakla birlikte kadınlarda %20, erkeklerde %10 oranında görülmektedir. Yaşlılıktaki bu değişiklikler, üriner sistem enfeksiyonları, akut ve kronik böbrek yetmezliği, inkontinans, prostat hipertrofisi ve prostat kanseri gibi kronik hastalıkların gelişimine neden olur (30,32).

4.3.7. Üreme Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma ile birlikte kadınlarda östrojen seviyesi azalarak uterus ve overlerde atrofiye neden olur. Vajen dokusu daha ince, kuru ve daha az elastikken; memeler daha sert, fibröz ve meme başı duyarlılığı daha azdır. Yaşlılıkta menopoza döneminde başlayan bu değişikliklerin bazıları seksüel aktivite ile ilişkilendirilmiştir. Ancak çoğu kadın için yaşın seksüel aktivite üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı belirtilmektedir (6).

Yaşlılıkta erkeklerde üreme sistemi ile ilgili değişiklikler daha az görülmekle birlikte testosteron üretiminde azalma, sperm sayısı ve seminal sıvıda azalma, penis ve testislerde küçülme ve prostatta büyüme görülür. Ancak çoğu erkek ölene kadar fertil kalabilmektedir (6).

4.3.8. Endokrin Sistemde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılıkta meydana gelen endokrin değişikliklerin özellikle seksüel, kemik-mineral ve kas-iskelet sistemi üzerine olumsuz etkileri vardır (33). Bu sistemlere ek olarak yaşla birlikte aldosteron seviyesindeki azalma yaşlıların daha az dehidrate olmasına neden olur. Yaşlanma süreci ile birlikte dokuların insülin yanıtının azalması ve/veya glukozu karşı insülin salgılanmasındaki azalma nedeniyle glukoz toleransı azalır (17). Yaşlılarda, aşırı miktarda yenilen yemek sonrası pankreastan gerçekleşen aşırı insülin salınımı eskiden olduğu kadar etkili olmaz. İnsülin etkinliğinin azaldığını gösteren bu durum, glukoz seviyesinin yaşlıda hafifçe yükselmesine ve daha geç normale dönmesine neden olur. Ayrıca, tiroid bezinin küçülmesine bağlı bazal metabolizma hızı yavaşlar. Kadın yaşlılarda yaşlılığın başlıca belirtisi olan menopoza, östrojen azalması nedeni ile gelişir. Erkeklerde ise testosteron salınımında azalma daha geç ve yavaştır. Endokrin sistem değişiklikleri sonucu yaşlılık döneminde diabetes mellitus (DM), tiroid fonksiyon bozukluğu, erektil disfonksiyon ve libido kaybı görülebilir (5,6).

4.3.9. Bağışıklık Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılıkta bağışıklık sistemi fonksiyonları baskılanır. Yaşlanmayla birlikte lenfositlerin olgunlaştırılmasında en önemli sitokin olan interlökin-7'nin (IL-7) salınımı azalır. Periferik lenfositlerin %10-20'sini oluşturan doğal killer (NK) hücreleri kalıtsal

ve edinilmiş immün yanıtta rol oynar. NK hücrelerinin üretilme oranı azalmış IL-7 yanıtları nedeni ile yaşlı bireylerde yarı yarıya düşmüş durumdadır (34). Bu nedenle NK hücreleri ile ilişkili sitotoksik aktivitedeki azalma yaşlılarda enfeksiyonlara karşı hassasiyeti artırır. Baskılanmış bağışıklık sistemi yaşlılarda mortalitede artışa neden olan grip, pnömoni, tetanoz, herpes zoster ve tüberküloz gibi hastalıkların yanı sıra kanser, ateroskleroz, alzheimer, diyabet, osteoporoz ve otoimmün hastalıkların da artışına neden olmaktadır (6).

4.3.10. Sinir Sisteminde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte serebellum yaklaşık %25'lik bir hücre kaybına uğramaktadır. Beyin ağırlığı erkeklerde %10, kadınlarda %5 azalırken, beyin metabolizma hızı ve kan akımında minimal azalma gerçekleşmektedir (30). Yaşlılarda geri dönüşümü olmayan nöron kayıplarının gelişmesi nedeni ile refleks iletim hızı azalır, reaksiyon zamanı uzar, hareketler ve otonom sinir sistemi yanıtı yavaşlar ve sonuç olarak algılama azalır ve uyarılara yanıt verme süresi uzar (5,30). Yaşlılık döneminde sinir sistemindeki bu değişiklikler, serebrovasküler hastalık (SVH), beyin kanamaları, alzheimer, demans ve Parkinson gibi kronik hastalıkların gelişimine zemin hazırlar (5,30,35).

4.4. Yaşlılıkta Gelişen Psikolojik Değişiklikler

Yaşlılıkta ortaya çıkan psikolojik değişiklikler genel olarak bilişsel beceriler ve ruhsal davranış değişiklikleri ile ilgilidir. Bilişsel beceriler zeka, dikkat, öğrenme, bellek, dil, görsel yetiler, akıl yürütme ve bilişsel esneklik gibi alanlardaki değişiklikleri; ruhsal davranış değişiklikleri ise duygu durum, güdülenim ve baş etme becerileri gibi özellikleri içerir (36).

4.4.1. Yaşlılıkta Bilişsel Becerilerde Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte beyin işlevlerindeki fizyolojik gerilemeye bağlı olarak bellek, dikkat ve algı gibi bilişsel işlevler olumsuz etkilenir. Yaşlanmayla ortaya çıkan bilişsel değişikliklerin en belirgin olanları; hafıza ve öğrenme yeteneği, genel ve pratik zeka, dikkat ve konsantrasyon, konuşma, görsel-uzaysal algılama ve psikomotor fonksiyonlardaki değişikliklerdir. Bilişsel fonksiyon değişiklikleri genelde frontal ve temporal lob gri cevher, orta beyin ve korpus kallosumun beyaz cevher hasarı sonucu gelişmektedir. Yaşlılıkta beyin yapısının dejenerasyona uğraması ile yaşlı bireylerde

düşüncenin içeriği, mantık ve muhakeme niteliği bozularak düşünce akışında yavaşlama, ayrıntıcı olma ve direnme eğilimi görülür, hesaplamalar, somut ve soyut kavramlar bozulur. Ayrıca kavramlar arasında karşılaştırmalar yapmada ve doğruya ulaşmada sıkıntı yaşarlar. Bununla birlikte yaşlanma sürecinde bilişsel fonksiyonların bir kısmı bireysel olarak çok fazla değişikliğe uğramayabilir ve bilişsel alanla ilgili fonksiyonların tümünde gerileme görülmeyebilir. Ancak bireyin yaşam kalitesini etkileyen sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi, geçirilen hastalıklar ve psikolojik durum gibi faktörler, bireyin yaşlılıktaki bilişsel becerilerini etkiler. Dolayısıyla her yaşlı birey bilişsel alandaki değişikliklerle ilgili aynı olumsuz sonucu paylaşmayarak başarılı bir yaşlanma da gösterebilir. Hatta bilişsel yetenekleri gençlikleri ile aynı seviyede ya da gençlik dönemine göre daha gelişmiş olabilir (36,37).

4.4.2. Yaşlılıkta Ruhsal Davranış Değişiklikleri

Yaşlanma ile birlikte ruhsal açıdan birçok değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda eskiye olan özlem artmakta ve genç kuşaklarla olan ilişkiler değişmektedir. Yaşlı bireyler için “eski” her zaman arzulanan bir dilek haline gelmektedir. Değişen ve gelişen dünyada her gün yeni bir şeylerle karşılaşan ve bu yeniliklere uyum sağlamaya çalışan yaşlılar, gün geçtikçe kendilerini dış dünyadan soyutlamakta ve daha fazla içe kapanmaktadırlar. Yaşlıların içe kapanmaları, onları ben merkezci davranmaya yönlendirebilmektedir. Bu durumda, yaşlı bireylerin paraya olan düşkünlüğü artabilmekte, geçmişte var olan ancak kontrol edebildikleri cimrilik, tutuculuk gibi bireysel özellikleri, yaşlılık dönemlerinde kontrolsüz boyuta ulaşabilmektedir. Ben merkezci davranışların görüldüğü yaşlı bireylerde, kendinden başkasına önem vermeme ve yalnız kendini sevme gibi bencil davranışlar ortaya çıkabilmektedir (38).

Duygulanım durumu önemli ölçüde değişen yaşlı bireyler en küçük olaylar karşısında aşırı derecede öfke ve üzüntü duyabilmektedir. Ayrıca yaşlılarda yaşama gücü ve isteğinin azalması ile duygusal duyumları da azalmaktadır. Ölüm korkusu, gelecekle ilgili endişeler, çocukların eğitim, iş ve gelir gibi nedenlerle evden ayrılması, eşin ve yakın çevrenin kaybı, güven azlığı, şiddete maruz kalma korkusu, emeklilik sonrası maddi olanakların kısıtlanması gibi konular da yaşlı bireylerin duygulanım durumunu bozmakta ve yalnızlık ve yabancılaşma duygularını artırmaktadır (36). Ayrıca yaşlılıkta meydana gelen kayıplar, stresler, krizler, emeklilik, dulluk, hastalık,

fiziksel gücün azalması, duyu kaybı, toplumsal statü ve yaşam tarzındaki değişiklikler karşısında her yaşlı aynı tutum ve davranışı sergilememekte, yaşam deneyimleri ve kişilik özelliklerine göre farklı tutum ve davranışlar geliştirebilmektedirler. Yaşlılarda ayrıca demans ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla daha sık karşılaşmaktadır. Bu sorunlar yaşlı bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemekte ve uyum güçlüğü yaşamalarına neden olmaktadır. Depresyon ve demans yaşayan yaşlılarda daha sık fiziksel, görsel, duyuşsal ve bilişsel bozukluklar görülmektedir. Ayrıca bu süreçte çevreye karşı ilgisizlik, anksiyete, kendini yargılama, suçluluk, değersizlik duyguları, fiziksel inaktivite ve sağlıklı yeme davranışları da ortaya çıkmaktadır (37,39).

4.5. Yaşlılıkta Gelişen Sosyal ve Ekonomik Değişiklikler

Yaşlılarda fiziksel ve psikolojik değişikliklerin yanı sıra sosyal ve ekonomik değişiklikler de ortaya çıkmaktadır. Çünkü bu süreçte yaşlıların sosyal ve ekonomik gereksinimleri geçmiş yıllara göre değişmektedir. Yaşlıların eş, çocuk, yakın çevre ve toplum tarafından ilgi, sevgi, saygı görmemesi, desteklenmemesi, kendilerine olan güvenlerini kaybetmelerine neden olmakta ve sosyal ilişkilerini bozmaktadır. Oysa sosyal ilişkiler, diğer bireylerle karşılıklı bilgi paylaşımı, duygusal destek ve doğrudan yardım gibi ilişki ve etkileşimleri içermektedir. Yaşlının sosyal ilişki ağının bir parçası olması ile sosyal uyumu ve yaşam memnuniyeti artmaktadır. Sosyal ilişkilerin bozulması yaşlı bireylerde rol kaybı, işe yaramama, çaresizlik, muhtaç olma ve ölüm korkusu gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olmakta ve bu durum yaşlının yaşamla olan bağıını azaltarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (36,40).

Yaşlılar, emeklilik sonrası gelir düzeyindeki düşüş, makineleşmenin ve hızlı nüfus artışının yol açtığı istihdam sıkıntısı, ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle çalışma yaşamından uzaklaşma ve hayat pahalılığı gibi nedenlerle yaşlılık döneminde ekonomik sorunlarla karşılaşabilmektedir. Ekonomik sorunların çoğu yaşlanan bireyin emekli olması ile iş ve gelir kaybından kaynaklanmaktadır. Sanayileşmiş toplumlarda yaşlıya iş verme ve ücret belirlemede yaş ayırt edici bir etmen olarak rol oynamaktadır. Bireyler yaşlandıkça daha az çalışmakta, üretmekte ve kazanmaktadır. Bu nedenle yaşlılar azalan gelirlerine uyum sağlamada güçlük yaşarlar. Ayrıca sağlık ve beslenme gibi alanlara yaptıkları harcamaların da artması ile yakınlarından maddi yardım almak zorunda kalan yaşlılar sosyal ve psikolojik baskı yaşayabilmektedir (36,38,40).

4.6. Yaşlılarda Kronik Hastalıklar

Yaşlılıkla birlikte artan kronik hastalıklar, “genellikle tam iyileştirilemeyen, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklar bırakan, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz hastalıklar” olarak tanımlanmaktadır (7,8). DSÖ ise kronik hastalığı “uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar” olarak tanımlamaktadır. Kronik hastalıklar bütün ülkelerde ölümlerin en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. DSÖ’ye göre dünyadaki tüm ölümlerin %60’ı kronik hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Bu ölümler arasında kalp-damar hastalıkları birinci, kanserler ikinci, kronik solunum yolu hastalıkları üçüncü ve diyabet dördüncü sırada yer almaktadır (41,42). Türkiye’de 22 milyon kişi kronik hastalıkların etkisi altındadır ve tüm ölümlerin yaklaşık %79’u kronik hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Türkiye’de, yaşlılarda en sık görülen hastalıklar arasında hipertansiyon (%30.7), osteoartrit (%20.4), kalp yetmezliği (%13.7), DM (%10.2), KAH (%9.8) ve osteoporoz (%8.2) yer almaktadır (42). Türkiye’de temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri incelendiğinde; ölümlerin yaklaşık %43.9’u kalp damar hastalıkları; %17.4’ü kanserler; %11.7’i solunum sistemi hastalıkları; %6.7’si endokrin sistem hastalıkları; %4.8’i sinir sistemi hastalıkları nedeni ile olmaktadır(43). Altmış yaş ve üzeri ölüme neden olan ilk on hastalık değerlendirildiğinde ise ilk üç sırada iskemik kalp hastalığı, SVH ve KOAH gelmektedir (18,44-47).

Yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilen kronik hastalıklar; fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden bireyin sağlığını bozan, yıllarca bakım ve tedavi gerektiren uzun süreli hastalıklardır. Kronik hastalıklar hem yaşlanmayı hızlandırmakta hem de yaşlanma ile artmaktadır (45). Altmış beş yaş ve üzerindeki bireylerin %90’ında bir, %35’inde iki, %23’ünde üç, %15’inde ise dört veya daha fazla kronik hastalığın bir arada olduğu belirtilmektedir (48).Ünsal ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, yaşlıların %81.7’sinde en az bir kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (8). Birden fazla kronik hastalığın bir arada olması yaşlılarda hastalık patogenezi, klinik görünümünü, tedavi ve bakımlarını etkilemektedir. Örneğin, bir hastalık altta yatan ikinci bir hastalığa ilişkin özel bir belirti ile kendini gösterebilmekte; ikinci bir hastalığın tanınmasını

önleyebilmekte; bir hastalık için uygulanan ilaç tedavisi bir diğeri için uygun olmayabilmekte ya da bir hastalık diğeri bir hastalığın belirtisini verebilmektedir (49).

Kronik hastalıklar bir ya da birden fazla vücut sistemini etkileyerek yaşlıda fonksiyonel yetersizlikler oluşturmakta, fonksiyonel kapasiteyi azaltmakta, duyuşsal algılama, hareket, bilişsel fonksiyonlar ve sosyal becerilerde zayıflamaya neden olmaktadır. Ayrıca, aktif yaşamı sınırlayarak çalışma performansını ve iş verimliliğini düşürmekte, sosyal izolasyona yol açmakta, yaşam kalitesini bozmaktadır. Ayrıca bu hastalıklar kendiliğinden çözümlenememekte, özel bakım ve rehabilitasyon gerektirmektedir (50,51).

Kronik hastalıklar, sağlık harcamaları içinde belirgin bir yer tutmaktadır. Yaşam süresi uzayan ve kronik hastalıkların tedavi seçenekleri artan bir toplumda bu hastalıkların getirdiğı ekonomik yük de giderek artmaktadır. Dünyada sağlık harcamalarının %75'i kronik hastalıklar için yapılmakta ve kronik hastalıkların maliyetleri bir trilyon dolara yaklaşmaktadır. Oysa kronik hastalıklarla mücadelede başarılı olan ülkelerde ekonomik büyümenin daha fazla olduğı belirlenmiştir. Kronik hastalıkların yükü tüm dünyaya paralel olarak ülkemizde de artmakta ve sağlık sistemimizin mali sürdürülebilirliğini tehlikeye atmaktadır (18,46,49). Yine kronik hastalıklar hane halkı gelirlerini, çalışanların iş verimliliğini, sosyal hareketliliğini etkilemekte ve bu nedenle erken emekliliklerle sosyal güvenlik sistemlerinde önemli bir finansal yük oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar nedeni ile çalışanların işe devam edememeleri sonucu ülke ekonomisi kayba uğramakta, verimlilik kayıpları ile büyük ekonomik risklerle karşılaşmaktadır. Ayrıca, kronik hastalığı olan bireylerin evde bakımı için genelde hane halkı bireylerinden biri görevlendirilmekte ve bu kişi sosyal izolasyona uğrayarak iş gücüne katkısı da engellenmektedir (44,49).

4.7. Yaşlılarda Kronik Hastalıklarla Baş Etme

Kronik hastalığa sahip yaşlı için yaşam birçok yönden değişmiştir. Kronik hastalığa bağı fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar yaşlının bağımsızlığını azaltarak uzun süreli bakım gereksinimini ortaya çıkarmaktadır. Kronik hastalıklar, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak bireyin uyumunu etkilemekte, birey ve ailenin yaşamında fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca

yaşlının kendi sağlığını algılaması bozulmakta ve sosyal etkileşimlerde kayıplara neden olmaktadır (44,52,53).

Literatürde kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin gerekli tedavi ve bakımla yaşamlarını normal bir şekilde devam ettirebilecekleri belirtilmektedir. Tedavi ve bakımda amaç; yaşlının hastalığı ile baş etmesine yardımcı olmaktır. Yaşlı bireyin kronik hastalığına uyum sağlayabilmesi için öncelikle hastalığının ne olduğunu anlaması ve bu hastalıkla nasıl baş edebileceğini bilmesi gereklidir. Bu nedenle kronik hastalığı olan yaşlılara karşılaşılabileceği sorunlarla nasıl baş edebileceklerinin öğretilmesi gerekmektedir (6,8,11,54-56). Yaşlı bireyin kronik hastalıkları ile ilgili baş etme yöntemlerini seçmesi ve kullanmasını; yaşlının duyuşal değışkenliğı, algısal-bilişsel yetenekleri, sosyal destek sistemleri, ekonomik durumu, dini inançları, hastalıkla ilgili bilgisi, hastalığın yaşamı üzerindeki etkisi ve ailesi etkilemektedir (5,6,53-56).

Yaşlı bireylerin kronik hastalıkla baş etme yöntemlerini güçleştiren faktörler:

- Yaşlının bütün çabaları sonucu hastalığında olumsuz ilerleyişin devam etmesi ve tedavinin yaşlı tarafından önemini yitirmesi,
- Tedavi şeklinin karmaşıklaşması,
- Kullanılan ilaç miktarının artması,
- Kronik hastalıkların yaşam biçiminde kalıcı değışiklikler yapmayı gerektirmesi,
- Sağlık çalışanlarının yaşlının hastalığa bakış açısını ve hastalığı algılayışını objektif olarak değlendirememesi,
- Kronik hastalık ve tedavisinin zaman ve para yönünden pahalı olmasıdır (6,8,11,54-56).

Yaşlı bireylerin kronik hastalıkla baş etme yöntemlerini kolaylaştıran faktörler:

- Tedavi şeklinin yaşlının yaşam biçimine göre düzenlenmesi,
- Tedavi için sağlık ekibi ve yaşlının birlikte karar vermesi,
- Önerilen tedavi, bakım ve uygulamaların yaşlıya açıklanması ve algılamasının kontrol edilmesi,

- Tedavi, bakım ve uygulamalar için bütün önerilerin sunulması en uygun olanı yaşlının kendisinin seçmesinin sağlanması,
- Yaşam biçiminin yaşlının günlük aktivitelerine göre değerlendirilmesi,
- Tedavi şekillerinin yaşlının uyumuna göre esnetilebilmesi,
- Yaşlının kişisel önceliklerinin belirlenmesi,
- Tedavinin yaşlı için öneminin netleşmesi, tedaviye devam etme sorumluluğunu üstlenmesi,
- Yaşlının hastalığı nedeni ile yaşamında ortaya çıkabilecek sınırlılıkları öğrenmesidir (6,8,11,54-56).

4.8. Yaşlılarda Kronik Hastalıklarda Hemşirenin Rolü

Kronik hastalığa sahip olmak yaşlı için güçlü bir stres kaynağıdır. Hastalık sürecinin önceden bilinmemesi ya da giderek kötüleşmesi, hastaneye yatarak tedavi alma ve rutin bakım gereksinimleri yaşlının yaşamını olumsuz etkilemektedir (39,57,58).

Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım veren hemşireler yaşlıların temel gereksinimlerinin giderilmesi ve hastalığıyla baş etmesinde önemli role sahiptir. Yaşlılarda kronik hastalıklara yönelik temel hemşirelik bakımının amacı; yaşlının kronik hastalığına fiziksel ve psikososyal destek sağlamaktır (53). Bunun için hemşire yaşlı bireye; kronik hastalığın tıbbi kontrolünü, günlük yaşam aktivitelerine getirdiği sınırlamaları ve bunlarla nasıl baş edeceğini, yaşlı ve ailesine öz bakımı, varsa kronik hastalığa bağlı gelişen semptomları (ağrı, ateş, öksürük vb.) kontrol altına almayı öğretmelidir. Ayrıca, yaşlı ve ailesini sağlık sisteminde var olan kaynakları uygun şekilde kullanmaları için yönlendirmeli ve desteklemelidir. Aynı zamanda hemşire kronik hastalığa sahip yaşlılarla çözümlenmesi güç olan özellikle yas, anksiyete, kriz, intihar ve şiddet gibi konularda tedavi ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği içinde çalışmalıdır (56).

Yaşlılarda kronik hastalıklarda hemşire;

- Yaşlı birey ve ailesinin gerçekçi hedefler geliştirmesine yardım etmeli; eğer tıbbi tedavinin sonucu belirsizse yaşlı birey ve ailesinin hayal kırıklığı

yaşamalarını önlemek için uzun süreli hedeflerden çok kısa süreli hedefler konmalıdır.

- Aile içinde açık iletişimi sağlamalı ve keder sürecini kolaylaştırmalı; yaşlı bireyin ve ailesinin kronik hastalıkla ilgili sorularını, duygularını, suçluluk, keder ve ölüm korkularını ifade etmesi kolaylaştırılmalı ve paylaşması desteklenmelidir.
- Yaşlı bireyin bağımsızlığını desteklemeli; yaşlı bireyin evde aktif olması ve belirli sınırlılıklar içinde iş yapmasına fırsat verilmeli, yaşlı ve ailesinin bağımlılık ve bağımsızlığa ilişkin endişelerini ifade edebilecekleri aile tartışmalarının yapılması, yaşlının bağımsızlığı, kendine bakım becerileri desteklenmelidir.
- Öz bakımı hem yaşlıya hem de aileye öğretmeli; öz bakım; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için bireylerin kişisel olarak başlattıkları ve yaptıkları aktiviteleri içerir. Öz bakımda hemşirenin rolü, yaşlının ya da ailenin kendine bakım yeteneklerini geliştirmek ve bu konuda yeterli oluncaya kadar onlara yardım etmektir. Hemşire, yaşlının öz bakımını destekleyerek yaşlının güvenini geliştirecek ortamın sağlanmasında önemlidir. Yaşlılar, öz bakım becerilerini öğrendiğinde tedavi planına uyumları artmakta, tıbbi hizmetleri aşırı kullanımı ve hastalığın tekrarlama dönemleri azalmaktadır (39,57,58).

4.9. Yaşlılarda İlaç Kullanımı

İlaç, bedende meydana getirdiği etki ile hastalığın kontrol altına alınmasını, iyileştirilmesini sağlayan, belirtileri durduran, ağrıyı gideren veya hastalıklardan korunmayı mümkün kılan kimyasal ya da bitkisel maddelerdir. İlerleyen yaşla birlikte artan kronik hastalıklar, uzun süreli ve çoklu ilaç kullanımını da beraberinde getirmektedir (59).

Yaşlıların hem yaşlanma hem de bir ve birden fazla kronik hastalığa sahip olmaları nedeni ile ilaç kullanımları artmaktadır (49). Gelişmiş ülkelerde yaşla birlikte ilaç kullanımının arttığı ve yaşlı bireylerin en az üç ilaç kullandığı, gelişmekte olan ülkelerde ise yaşlı bireylerin %85-90'ının günde en az bir ilaç kullandığı bildirilmektedir (60). Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011); yaşlıların

%81.7'sinde en az bir kronik hastalık olduğu ve %75.4'ünün reçeteli, %7.9'unun reçetesiz, %5.6'sının hem reçeteli hem reçetesiz ilaç kullandığı, %11.1'inin ise hiç ilaç kullanmadığı saptanmıştır (8). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2 590 kişinin katıldığı bir çalışmada, ilaç kullanımının en fazla 65 yaş ve üzeri kadınlarda olduğu ve bunların da %12'sinin en az 10 ilaç, %23'ünün de en az beş ilaç kullanmakta olduğu tespit edilmiştir (61). ABD'de Qato ve arkadaşlarının yaptığı 3 005 kişinin alındığı başka bir çalışmada ise 75-85 yaş arasındaki bireylerin %29'unun en az 5 ve daha fazla ilaç kullandığı, %81'inin en az bir reçeteli ilaç kullandığı ve reçeteli ilaç kullanan yaşlı bireylerin %46'sının aynı zamanda reçetesiz ilaç kullandığı da tespit edilmiştir (62). Türkiye'de yaşlıların en sık kullandığı ilaçlar arasında KVS ilaçları (%26.7), analjezik ve nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİ) (%20.8), GİS ilaçları (%12.0), endokrin sistem ilaçları (%10.6), diüretik ilaçlar (%10.5), solunum sistemi ilaçları (%9.5), psikiyatrik ilaçlar (%7.5), santral sinir sistemi ilaçları (%4.7), antibiyotikler (%2.8) ve genitoüriner sistem ilaçları yer almaktadır (%2.6) (42).

4.9.1. Yaşlılarda İlaç Farmakolojisini Etkileyen Farmakokinetik Faktörler

Bir ilacın vücutta izlediği yol emilim, dağılım, metabolizma ve atılım olmak üzere dört aşamadan oluşur (8,39,63,64).

Emilim: Yaşlanmayla sindirim sisteminde meydana gelen değişiklikler (mide asit sekresyonu ve motilitede azalma), eşlik eden hastalıklar (kalp yetmezliği nedeni ile motilite değişikliği, diyabet nedeni ile mide boşalma zamanında uzama) ve birlikte kullanılan ilaçlar (antiasitler, proton pompa inhibitörleri) ilaç emilimini etkiler (8,39,63,64).

Dağılım: Bedenin bileşiminde meydana gelen değişiklikler (vücut su oranı %15 azalır, yağ oranı %30 artar) sonucu suda eriyen ilaçların dağılım hacmi azalırken, yağda eriyen ilaçların dağılım hacmi artar. İlaçların taşınmasında önemli bir plazma proteini olan albümin, yaşlılarda kronik hastalıklar, karaciğer fonksiyon bozuklukları ve malnütrisyon nedeni ile düşer ve ilaçların serbest formları 2-3 katına çıkar (39,63,64).

Metabolizma: Karaciğer, organizmada toksik maddelerin ve ilaçların metabolize edilerek zararsız hale getirildiği ve yaşamsal fonksiyonları nedeniyle kan akımının yüksek olduğu bir organdır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte karaciğer kitlesinde, kan

akımında ve toksik maddelerin uzaklaştırılmasında azalma görülür. İleri yaşlarda beden bileşiminin değişmesiyle organizmadaki toplam su miktarı azalır, yağ miktarı artar. Yaşlı grupta beden su ve yağ miktarındaki değişim ile suda eriyen ilaçların dağılım hacmi azalırken, yağda eriyen ilaçların etki süreleri artar (8,39,63,64).

Atılım: Yaşlanmayla birlikte böbrek kan akımı, parankimi ve kreatin klirensinin azalması ilaç atılımı ve yanıtını karaciğerden daha fazla etkiler. Yaşlanmayla birlikte kas kitlesinin azalması ile günlük kreatin oluşumu azalır. Bu nedenle yaşlılarda böbrek fonksiyonlarını değerlendirmede serum kreatini her zaman iyi bir gösterge olmaz. Yaşlılarda kreatin klirensi <30 ml/dk'nın altında ise ilaç dozu %50-60 azaltılmalı ya da doz aralığı 2-3 misli artırılmalıdır (39,60,63).

4.9.2. Yaşlılarda İlaç Yan Etkileri

Bir ilacın normal dozlarda ya da tedavi amacı ile kullanıldığında meydana gelen beklenmedik ve zararlı etki “ilaç yan etkisi” olarak tanımlanır (59,63). Yaşlılarda ilaç yan etkileri; birden fazla ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç farmakokinetik ve farmakodinamiğinde değişiklikler, unutma ve anlama gibi kognitif sorunlar nedeniyle sık görülmekte ve gençlere göre 2-3 kat daha sık gelişmektedir (8,39,59,63). Yaşlılıkta, eliminasyon yarılanma süresindeki uzama nedeniyle dolaşımdaki serbest ilaç miktarının arttığı ve buna bağlı olarak ilaç yan etki ve toksisitesinin daha sık görüldüğü belirtilmektedir (8,39,64). Yaşlılarda K vitaminine bağlı pıhtılaşma faktörlerinin sentezi azalmakta ve bu nedenle de antikoagülan ilaçlara duyarlılık artarak kanamalar görülmektedir (63). Aynı zamanda yaşlılarda ilaç yan etkilerine bağlı hastaneye yatma oranları da artmaktadır (59). Arslan ve arkadaşları (2005) yaşlı bireylerin %5.5'inde ilaç kullanımına bağlı yan etki geliştiğini saptamıştır (57). Yaşlılarda ilaç yan etkileri hafif konsantrasyon bozukluğundan ciddi ilaç intoksikasyonlarına kadar geniş bir alanı kapsamaktadır (40,61,65). Yaşlılarda en sık karşılaşılan ilaç yan etkileri arasında depresyon, konfüzyon, huzursuzluk, deliryum, düşme, hafıza kaybı, inkontinans ve aritmiler yer almaktadır (39,63,66,69). Yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaç grupları arasında ise santral sinir sistemi depresanları, analjezikler, antibiyotikler, antikoagülanlar ve antihipertansif ilaçlar yer almaktadır (39,63,66-69).

4.9.3. Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyum

İlaç tedavisine uyum, “kişinin davranışlarının tıbbi öneriler ile örtüşme derecesi” olarak tanımlanır. Bu tanım sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil, tedavi ile ilgili diğer faktörlere uyumu da (tedavinin başlatılmasına istekli olma, tedavi planına uyma, tedavi randevularına uyma vb.) kapsar. Tedaviye uyum hem prognozu etkileyen, hem de tedavi maliyetini düşüren bir faktör olarak kabul edilmektedir. Yaşlılarda ilaç tedavisinin doğru uygulanması ve ilaç tedavisine uyum, tıbbi tedavinin başarılı olmasında temeldir (67).

Yaşlılarda ilaç tedavisine uyumsuzluk %21-%55 arasında değişmektedir. Yaşlıların tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında; ilaç sayısının fazla olması, ilaç almayı unutma, yan etki nedeniyle ilaç almama ve ilaçlara duyarlılığın artması gibi faktörler yer almaktadır. İlaç tedavisine uyumsuzluk üç ya da daha fazla ilaç kullanan, birden fazla hekim reçetesi olan ve yalnız yaşayan yaşlılarda daha sık görülmektedir. Yaşlı tarafından alınan ilaçlar çok yüksek/çok düşük dozlarda ve yanlış zamanlarda kullanılabilir veya tamamen unutulabilir. Kompleks tedavi rejimleri, günde üç veya daha fazla alınan ilaçlar, gün aşırı ilaç uygulamaları, görme ve işitme sorunları ve özellikle kognitif ve duysal fonksiyonlardaki gerileme yaşlının ilaç tedavisine uyumunu güçleştirir (39,63,66,67).

4.10. Yaşlıların İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü

Hemşireler özellikle yaşlı bireyler için temel bilgi kaynağı ve rehber kişilerdir. Yaşlıların ilaç kullanımları ve uyumlarının sağlanmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Yaşlı bireylerin kullandığı ilaçları bilmek ve nasıl kullanacaklarını öğretmek yaşlı bakımında hemşirenin temel sorumluluklarındandır. Yaşlı bireyi ve yaşlandığı çevreyi tanıma olanağı olan hemşirenin yaşlı bireylerde ilaç kullanımına ilişkin yapılan hataları önleme, erken dönemde fark etme ve gerekli önlemleri alma fırsatı vardır. Böylece yaşlı bireylerde yanlış ilaç kullanımına bağlı sorunlar azaltılabilir/önlenebilir (68).

Hemşire, yaşlıların kullandığı ilaçların etki ve yan etkilerini bilmelidir. Hemşire yaşlı bireye kullandığı ilaçlar ile ilgili bilgi vererek yaşlının kendi sağlık durumunu ve kullandığı ilacın etkilerini öğrenmesini sağlamalıdır (57). Aynı zamanda hemşire,

yaşlıların ilaçlarını doğru kullanması ve ilaç kullanımındaki hataların (hangi ilaçların ne zaman alınacağını hatırlamada güçlük/yetersizlik ve kasıtlı/kasıtsız ilacı almama vb.) giderilmesinden de sorumludur (57,66,68).

Yaşlıya bütüncül yaklaşımda tedavi ve bakımı destekleyici önemli bir faktör, yaşlıların kendi ilaç tedavi ve bakımlarını yürütmelerinin sağlanmasıdır. Bunun için, yaşlıların tedavi ve bakım gereksinimlerinin tanımlanarak, kendi kendine ilaç kullanımını geliştirecek hemşirelik girişimlerinin kontrollü olarak yapılması önemlidir (58). Bu nedenle hemşireler tarafından yaşlıların ilaç kullanımı ve uyumlarının artırılmasına yönelik sağlık eğitimleri planlanmalıdır (69).

Yaşlıların ilaç kullanımında hemşire;

- Yaşlının bireysel özelliklerini dikkate alarak kullandığı ilaçların adları, kullanım amaç ve şekilleri, dozları, etki ve yan etkileri konularında sözlü ve yazılı olarak basit, anlaşılır ve net bilgiler içeren eğitim vermeli,
- Yaşlı bireyi kullandığı ilaçların yararları ve kullanım gerekliliklerine inandırmalı,
- Yaşlı bireye ilaç tedavisinde doğru ilaç, doğru zaman, doğru doz, doğru yol ve doğru etki ilkelerini öğretilmeli,
- Yaşlı bireye okuyabileceği büyüklükteki harflerle ilacın adı, dozu ve alınacağı saatlerin belirtildiği çizelge hazırlamalı,
- İlaçlarını kendi hazırlayan ya da yalnız yaşayan yaşlıların görme sorunları da dikkate alınarak ilaç ve ışık kaynağının yaşlının oturduğu/yattığı yere uygun uzaklıkta olmasını sağlamalı,
- Yaşlı bireyin kullandığı ilaçların adları, dozları ve alması gereken zamanla ilgili bilgiler içeren bir kart taşımalarını sağlamalı,
- Yaşlı bireyi ilaçlarını doğru yerde saklama konusunda bilgilendirmeli,
- Yaşlı bireyi, arkadaş/yakınlarının önerisi ile ilaç kullanmaması gerektiği konusunda bilgilendirmeli ve yaşlının ilaç kullanım durumunu düzenli olarak değerlendirmeli,
- Yaşlıların ilaca uyumunu belirli aralıklarla kontrol etmelidir (8,39,58,68,69).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı Aile Hekimliği Birimi'ne (AHB) kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Doğu Karadeniz Bölgesi Rize İli Ardeşen ilçesinde üç Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı 11 adet AHB vardır. Araştırma, Mart 2014 -Haziran 2014 tarihleri arasında 11 adet AHB'den biri olan 10 numaralı AHB'de yapıldı. Rize nüfusunun 34 651'ini, Ardeşen nüfusunun ise 4 140'ını 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (Dr. Mehmet Halit Baykal ile kişisel iletişim, Ağustos 2014).

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı AHB'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri 515 birey oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Ancak araştırma verilerinin toplandığı tarihler arasında AHB'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin farklı nedenlerle Ardeşen ilçesi dışına çıkmaları ve araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri nedenleri ile 33 yaşlı bireye ulaşılamadı. Bu nedenle araştırma 482 yaşlı bireyle tamamlandı.

5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri bireyler aşağıda belirtilen kabul ölçütlerine göre belirlendi.

1. Altmış beş yaş ve üzeri olan
2. Türkçe konuşabilen
3. Sözel iletişim kurulabilen
4. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan
5. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler 65 yaş ve üzeri bireylerle Hasta Bilgi Formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Hasta Bilgi Formu üç bölümden oluştu. Birinci bölümde; 65 yaş ve üzeri bireylerin kişisel özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum vb.) belirlemeye yönelik 10 soru, ikinci bölümde; kronik hastalıklara ilişkin özellikleri (başvurulan sağlık kurumları, sağlık kurumlarına başvuru nedenleri, kronik hastalığın olup olmadığı, tanının ne zaman alındığı vb.) belirlemeye yönelik 8 soru, üçüncü bölümde; ilaçlara ilişkin özellikleri (ilaçlarını nerede reçete ettirdiği, reçeteli/reçetesiz kullanılan ilaçlar, günlük kullanılan ilaç miktarı, ilaçların hangi yolla alındığı vb.) belirlemeye yönelik 12 soru olmak üzere toplam 30 soru yer aldı (Ek 1).

Hasta Bilgi Formu'nun işlerliğini saptamak amacı ile araştırmanın ön uygulaması araştırma kabul ölçütlerine uyan 10 yaşlı bireyle gerçekleştirildi. Ön uygulama sonrası Hasta Bilgi Formu'nda gerekli düzenlemeler yapıldı. Ön uygulamada alınan yaşlı bireyler çalışmaya dahil edildi.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu kullanıldı. Hasta Bilgi Formu, araştırmacı tarafından 65 yaş ve üzeri bireylere iki şekilde uygulandı. Birincisi, Hasta Bilgi Formu Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı AHB'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylere AHB'ye başvurdıklarında AHB'de ayrılan özel bir odada; ikincisi, Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı AHB'ye kayıtlı ancak veri toplama aşamasında AHB'ye başvurmayan 65 yaş ve üzeri bireylere ev ziyaretleri yapılarak, evlerinde yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Hasta Bilgi Formu'nun doldurulması yaklaşık 30 dakika sürdü. Hasta Bilgi Formu'ndaki sorular 65 yaş ve üzeri bireylere araştırmacı tarafından soruldu ve yaşlı bireylerin verdiği yanıtlar Hasta Bilgi Formu'na kaydedildi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya yalnızca Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı AHB'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin alınması araştırmanın sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırmanın

sonuçları yalnızca Rize ili Ardeşen ilçesi 10 numaralı AHB'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylere yöneliktir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar tüm 65 yaş ve üzeri bireylere genellenemez.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya alınacak 65 yaş ve üzeri bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları hakkında bilgi verilip, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırma kapsamına alındı. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirildi (Ek 2). Ayrıca araştırmada “insan onuruna saygı” ilkesi de göz önünde bulunduruldu. Araştırmaya katılacak bireylere kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıldı ve “gizlilik ilkesine” bağlı kalındı. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul izni KTÜ (Karadeniz Teknik Üniversitesi) Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı. Ayrıca araştırmanın yapıldığı il olan T.C. Rize Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu sunularak gerekli izin alındı (Ek 3).

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 programı kullanıldı. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik ve ki-kare testi kullanılarak, sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 482 yaşlı bireyin kişisel özellikleri, kronik hastalıkları ve ilaç kullanımlarına ilişkin özellikleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özellikleri (n=482)

Kişisel Özellikler			
Cinsiyet			
	Kadın	256	53.1
	Erkek	226	46.9
Yaş			
	65 - 74 yaş	255	52.9
	75 - 84 yaş	188	39.0
	85 yaş ve üzeri	39	8.1
Medeni Durum			
	Evli	252	52.3
	Eşi vefat etmiş	197	40.9
	Boşanmış	33	6.8
Eğitim Durumu			
	Okuryazar değil	55	11.4
	Okuryazar	134	27.8
	İlköğretim	198	41.1
	Lise	74	15.4
	Üniversite	21	4.4
Meslek			
	Emekli	355	73.7
	Ev hanımı	127	26.3
Aylık Gelir			
	Gelir giderden fazla	37	7.7
	Gelir gidere eşit	241	50.0
	Gelir giderden az	204	42.3
Sosyal Güvence			
	Emekli sandığı	227	47.1
	Sosyal Sigortalar Kurumu	94	19.5
	Bağkur	118	24.5
	Özel sigorta	43	8.9
Birlikte Yaşanılan Kişiler			
	Yalnız	44	9.1
	Eş	118	24.5
	Eş ve çocuklar	130	27.0
	Diğer aile bireyleri	190	39.4
Alkol			
	Kullanıyor	24	5.0
	Kullanmıyor	458	95.0
Sigara			
	Kullanıyor	148	30.7
	Kullanmıyor	334	69.3

Tablo 1’de yaşlı bireylerin kişisel özellikleri incelendiğinde; yaşlıların %53.1’inin kadın, %52.9’unun 65-74 yaş grubunda, %52.3’ünün evli, %41.1’inin ilköğretim mezunu, %73.7’sinin emekli, %50.0’inin gelirinin giderine eşit olduğu, %39.4’ünün diğer aile bireyleri ile yaşadığı, %5.0’inin alkol ve %30.7’sinin sigara kullandığı görülmektedir.

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Başvurdukları Sağlık Kurumları ve Başvuru Nedenleri (n=482)

Başvurulan Sağlık Kurumları ve Nedenleri			
Başvurulan Sağlık kurumları		*n	%
	Birinci basamak sağlık kurumları	471	97.7
	Devlet hastaneleri	299	62.0
	Üniversite hastaneleri	251	52.1
	Özel kuruluşlar	63	13.1
Başvuru Nedenleri		*n	%
	Muayene olma	475	98.5
	İlaç yazdırma	451	93.6
	Tansiyon ölçtürme	226	46.9
	Laboratuvar tetkikleri yaptırma	194	40.2
	Tıbbi danışmanlık hizmeti alma	134	27.8
	Enjeksiyon yaptırma	47	9.8
	Pansuman yaptırma	40	8.3

*(Birden fazla yanıt, n sayısı katlanmıştır)

Tablo 2’de yaşlı bireylerin başvurdukları sağlık kurumları ve başvuru nedenleri yer almaktadır. Yaşlı bireylerin %97.7’sinin birinci basamak sağlık kurumlarına, %62.0’sinin devlet hastanelerine başvurduğu saptandı. Sağlık kurumlarına başvuru nedenleri arasında öncelikle muayene olma (%98.5), ilaç yazdırma (%93.6) ve tansiyon ölçtürme (%46.9) yer aldı.

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri

Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikler			
Kronik Hastalık Durumu		n(482)	%
Var		472	97.9
Yok		10	2.1
Kronik Hastalıklar		*n (472)	%
Kardiyovasküler sistem hastalıkları		358	74.3
Endokrin sistem hastalıkları		196	40.7
Kas-iskelet sistemi hastalıkları		169	35.1
Üriner sistem hastalıkları		127	26.3
Psikiyatrik hastalıklar		124	25.7
Gastrointestinal sistem hastalıkları		121	25.1
Solunum sistemi hastalıkları		116	24.1
Göz hastalıkları		105	21.8
Serebrovasküler hastalıklar		62	12.9
Hematolojik sistem hastalıkları		57	11.8
Onkolojik hastalıklar		54	11.2
Cilt Hastalıkları		54	11.2
Kulak burun boğaz hastalıkları		3	0.6
Kronik Hastalık Süresi		n (472)	%
1-5 yıl		34	7.2
6-10 yıl		73	15.5
11-15 yıl		124	26.3
16 yıl ve üzeri		241	51.1
Kronik Hastalıklara İlişkin Yakınmalar		*n (472)	%
Baş ağrısı, baş dönmesi, sinirlilik, halsizlik		303	62.9
Tansiyon değişiklikleri, çarpıntı		298	61.8
Sık idrara çıkma, idrar yapmada zorlanma, ayaklarda ödem		163	33.8
İç sıkıntısı, darlık, kendini iyi hissetmeme, içe kapanma		145	30.1
Kas, eklem ağrısı		136	28.2
Bulantı, kusma, mide yanması, ishal, kabızlık		129	26.8
Kesik kesik öksürük, nefes almada sıkıntı		128	26.6
Görme, işitmede azalma		102	21.2
Ciltte döküntü, kaşıntı		56	11.6
Yakınmalarla İlgili Yapılan Uygulamalar		*n (472)	%
Hekime danışma		427	88.6
İlaçlarını hekim önerisi ile değiştirme		261	54.1
Başka koruyucu ilaç alma		219	45.4
Hekimini değiştirme		125	25.9
Arkadaş- komşu tavsiyesine uyma		95	19.7
Eczaneden reçetesiz başka ilaç alma		85	17.6
İlaçlarını bol su ile alma		46	9.5
İlaç dozlarını atlama		34	7.1
İlaçların dozunu azaltma		28	5.8
Bitkisel ilaçlar kullanma		14	2.9
Günlük Yaşamdaki Güçlükler		*n (472)	%
Günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma		359	74.5
Sık sık hastalanma		247	51.2
Can sıkıntısı yaşama		206	42.7
Zaman geçirmekte zorlanma		171	35.5
Başkalarına yük olma		162	33.6
Aile-iş rolleri sürdürmede zorlanma		73	15.2

*(Birden fazla yanıt, n sayısı katlanmıştır).

Tablo 3’de yaşı bireylerin kronik hastalıklara ilişkin özellikleri incelendiğinde; yaşı bireylerin %97.9’unda kronik hastalık varlığı belirlendi. Kronik hastalığı olan yaşlıların %74.3’ü KVS, %40.7’si endokrin, %35.1’i kas-iskelet sistem hastalıklarına sahiptir. Yaşlıların %51.1’i 16 yıl ve üzeri, %26.3’ü 11-15 yıldır kronik hastalıkla yaşamaktadır.

Yaşı bireylerin kronik hastalıklara ilişkin yakınmalarına bakıldığında; yaşlıların %62.9’unun baş ağrısı, baş dönmesi, sinirlilik, halsizlik; %61.8’inin tansiyon değişiklikleri, çarpıntı; %33.8’inin sık idrara çıkma, idrar yapmada zorlanma, ayaklarda ödem yakınmalarının olduğu saptandı. Bu yakınmaları ile ilgili yaşlıların %88.6’sı hekime başvurmakta, %54.1’i ilaçlarını hekim önerisi ile değiştirmekte, %45.4’ü başka koruyucu ilaçlar almaktadır. Ayrıca yaşı bireylerin %74.5’i kronik hastalıkları nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanmakta, %51.2’i sık sık hastalanmakta, %42.7’si ise can sıkıntısı yaşamaktadır.

Tablo 4. Yaşlı Bireylerin Kullandıkları İlaçlara İlişkin Özellikleri (n=482)

İlaçlara İlişkin Özellikler		
İlaçların Reçete Ettirildiği Sağlık Kurumları	*n (482)	%
Birinci basamak sağlık kurumları	475	98.5
Devlet hastaneleri	105	21.8
Üniversite hastaneleri	19	3.9
Özel hastaneler	18	3.7
Reçetesiz Kullanılan İlaçlar	*n (482)	%
Evet	451	93.6
Hayır	31	6.4
Reçeteli Kullanılan İlaçlar	*n (482)	%
Antihipertansif ilaçlar	340	70.5
Üriner sistem ilaçları	259	53.7
Analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar	212	44.0
Endokrinsistem ilaçları	197	40.9
Psikotropik ilaçlar	137	28.4
Kardiyovasküler sistem ilaçları	122	25.3
Vitaminler	118	24.5
Solunum sistemi ilaçları	116	24.1
Sindirim sistemi ilaçları	110	22.8
Hematolojik ilaçlar	95	19.7
Antiromatizmal ilaçlar	74	15.4
Göz ilaçları	62	12.9
Antihistaminik ilaçlar	59	12.2
Onkolojik ilaçlar	27	5.6
Nörolojik ilaçlar	2	0.4
İlaçlarla İlgili Bilgi Alma	*n (482)	%
Evet	434	90.0
Hayır	48	10.0
Bilgi Alınan Kişi	*n (482)	%
Hekim	314	65.1
Eczacı	190	39.4
Hemşire	47	9.8
İlaç Prospektüsünü Okuma	*n (482)	%
Evet	179	37.1
Hayır	303	62.9
Okumama nedeni	*n (482)	%
Yazılanları anlamama	179	37.1
Görme güçlüğü	100	20.7
Okumaya gerek duymama	82	17.0
Okuma yazma bilmeme	29	6.0
Günlük Kullanılan İlaç Miktarı	*n (482)	%
1-2 adet	67	13.8
3-4 adet	236	49.0
5-6 adet	157	32.6
7 ve üzeri adet	22	4.6
İlaçların Alım Yolu	*n (482)	%
Oral yol	478	99.2
Cilt altı	87	18.0
Solunum yolu	76	15.8
Cilt üzeri	70	14.5
Göz içi	60	12.4
Kas içi	34	7.0

Tablo 4'ün devamı

İlaçların Yan Etkilerini Bilme	n(482)	%
Evet	257	53.3
Hayır	225	46.7
İlaçlara Bağlı Yan Etki Yaşama	n(482)	%
Evet	192	39.8
Hayır	290	60.2
İlaçlara İlişkin Yakınmalar	*n (192)	%
Gastrointestinal yakınmalar	117	24.3
Cilt yakınmaları	34	7.1
Serebrovasküler yakınmalar	33	6.8
Kas-iskelet sistemine ait yakınmalar	20	4.1
Endokrin sisteme ait yakınmalar	19	3.9
Diğer (kardiyovasküler, solunum, psikiyatrik yakınmalar)	10	1.8
İlaçları Düzenli Kullanma		
Evet	357	74.1
Hayır	125	25.9
İlaçları Düzenli Kullanmama Nedenleri	*n (125)	%
İlaç saatlerine uyamama	103	21.4
İlaç almayı unutma	103	21.4
Kendini iyi hissetme ve ilaç dozunu atlama	71	14.7
Tabletlerin büyük ve yutulmasının zor olması	36	7.5
Kendimi iyi hissetme ve ilaç dozunu azaltma	27	5.6
İlaçların yararını görmeme	24	5.0
İlaçlarını temin edememe	22	4.6
İlaçların tadının kötü olması	17	3.5
Tedaviyi kabul etmeme	5	1.0
İlaç Kullanımında Dikkat Edilenler	*n (482)	%
İlaçları doğru yoldan alma	480	99.6
İlaçları prospektüste belirtildiği gibi kullanma	456	94.6
İlaçları doğru zamanda alma	364	75.5
İlaçları doğru dozda alma	364	75.5
İlaçları uygun yerlerde saklama	338	70.1
İlaçları hijyen kurallarına uyarak alma	311	64.5
Oral ilaçları bol su ile alma	272	56.4
İlaçların son kullanım tarihine dikkat etme	185	38.4
İlaç prospektüsünü okuma	171	35.5
İlaçların yan etkileri ile ilgili bilgi alma	149	30.9
İlaçların yan etkilerini takip etme	143	29.7
İlaç Kullanımında Yaşanan Güçlükler	*n (482)	%
İlaç almayı unutma	215	44.6
İlaçları muadil kullanmak zorunda kalma	186	38.6
İlaçları uygulamada zorlanma	178	36.9
Hangi ilacın alınacağını karıştırma	137	28.4
İlaçları eczanede bulamama	123	25.5
Birden çok ilaç alındığında daha fazla yan etki yaşama	121	25.1
İlaçları doğru zamanda alamama	114	23.7
İlaçları yutmakta zorlanma	84	17.4
İlaçların dozunu ayarlama	77	16.0
İlaçları reçete ettirmede zorlanma	58	12.0

*(Birden fazla yanıt, n sayısı katlanmıştır).

Tablo 4’de yaşı bireylerin ilaçlara ilişkin özellikleri yer almaktadır. Yaşı bireylerin %98.5’i ilaçlarını birinci basamak sağlık kurumlarında reçete ettirmektedir, reçeteli kullanılan ilaçlar arasında ilk sıralarda antihipertansif ilaçlar (%70.5), üriner sistem ilaçları (%53.7) ve analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar (%44.0) yer almaktadır. Yaşlıların sadece %6.4’ü reçetesiz ilaç kullanmaktadır.

Yaşı bireylerin %90.0’ının kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi aldığı ve bilgi alanların %65.1’inin hekimden bilgi aldığı belirlendi. Yaşlıların %62.9’unun ilaç prospektüsünü okumadığı, okumama nedenleri olarak yazılanları anlamama (%37.1), görme güçlüğü (%20.7), okumaya gerek duymama (%17.0) ve okuma yazma bilmeme (%6.0) olarak ifade etmişlerdir.

Yaşı bireylerin %49.0’ının günde 3-4 adet, %32.6’sının 5-6 adet ilaç kullandığı, %99.2’sinin bu ilaçları oral, %18.0’inin cilt altı aldığı, %53.3’ünün kullandıkları ilaçların yan etkilerini bildiği, %39.8’inin kullandıkları ilaçlara bağlı yan etki yaşadığı, yan etki yaşayanların da %24.3’ünün gastrointestinal yakınmaları olduğu belirlendi.

Yaşı bireylerin %74.1’i ilaçlarını düzenli kullanmakta iken %25.9’u ilaçlarını düzenli kullanmamaktadır. İlaçlarını düzenli kullanmayanların %21.4’ünün öncelikle ilaç saatlerine uyamama ve ilaç almayı unutma nedenleri ile düzenli ilaç kullanmadıkları belirlendi.

Yaşı bireylerin ilaç kullanırken %99.6’sının ilaçları doğru yoldan, %94.6’sının prospektüste belirtildiği gibi, %77.5’inin doğru zamanda ve doğru dozda almaya dikkat ettikleri belirlendi. Yaşlıların ilaç kullanımında yaşadığı güçlükler arasında öncelikle ilaçları almayı unutma (%44.6), ilaçları muadil kullanmak zorunda kalma (%38.6) ve ilaçları uygulamakta zorlanma, (%36.9) yer aldı.

Tablo 5. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Süresi (n=472)

Kişisel Özellikler		Kronik Hastalık Süresi										χ^2	P
		1 - 5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve üzeri		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	16	47.1	48	65.8	79	63.7	105	43.6	248	52.5	19.504	0.000 ^a
	Erkek	18	52.9	25	34.3	45	36.3	136	56.4	224	47.5		
Yaş	65 - 74 yaş	21	61.8	55	75.3	72	58.1	103	42.7	251	53.2	36.964	0.000 ⁺
	75 - 84 yaş	9	26.5	17	23.3	48	38.7	109	45.2	183	38.8		
	85 yaş ve üzeri	4	11.8	1	1.4	4	3.2	29	12	38	8.1		
Medeni Durum	Evli	16	47.1	41	56.2	69	55.7	123	51	249	52.8	8.742	0.189 ⁺
	Eşi vefat etmiş	17	50	28	38.4	51	41.1	94	39	190	40.3		
	Boşanmış	1	2.9	4	5.5	4	3.2	24	10	33	7		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	4	11.8	12	16.4	16	12.9	22	9.1	54	11.4	17.181	0.143 ⁺
	Okuryazar	8	23.5	23	31.5	31	25	66	27.4	128	27.1		
	İlköğretim	15	44.1	30	41.1	57	46	94	39	196	41.5		
	Lise	4	11.8	8	11	16	12.9	45	18.7	73	15.5		
	Üniversite	3	8.8	0	0	4	3.2	14	5.8	21	4.5		
Meslek	Ev hanımı	14	41.2	25	34.3	30	24.2	50	20.8	119	25.2	10.372	0.016 ^a
	Emekli	20	58.8	48	65.8	94	75.8	191	79.3	353	74.8		
Aylık Gelir	Gelir giderden fazla	8	23.5	4	5.5	9	7.3	14	5.8	35	7.4	17.882	0.007 ⁺
	Gelir gidere eşit	8	23.5	34	46.6	63	50.8	95	39.4	200	42.4		
	Gelir giderden az	18	52.9	35	48	52	41.9	132	54.8	237	50.2		
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	25	73.5	33	45.2	47	37.9	112	46.5	217	46	56.161	0.000 ⁺
	Sosyal Sigortalar Kurumu	6	17.7	17	23.3	32	25.8	39	16.2	94	19.9		
	Bağkur	1	2.9	23	31.5	41	33.1	53	22	118	25		
	Özel sigorta	2	5.9	0	0	4	3.2	37	15.4	43	9.1		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	9	26.5	3	4.1	7	5.7	22	9.1	41	8.7	14.657	0.101 ⁺
	Eş	7	20.6	21	28.8	32	25.8	55	22.8	115	24.4		
	Eş ve çocuklar	6	17.7	20	27.4	37	29.8	67	27.8	130	27.5		
	Diğer aile bireyleri	12	35.3	29	39.7	48	38.7	97	40.3	186	39.4		
Alkol	Kullanıyor	1	2.9	4	5.5	4	3.2	15	6.2	24	5.1	2.024	0.568 ⁺
	Kullanmıyor	33	97.1	69	94.5	120	96.8	226	93.8	448	94.9		
Sigara	Kullanıyor	10	29.4	25	34.3	37	29.8	75	31.1	147	31.1	0.474	0.925 ^a
	Kullanmıyor	24	70.6	48	65.8	87	70.2	166	68.9	325	68.9		

^a Pearson Chi-Square ,*Likelihood Ratio

Tablo 5’de yaşı bireylerin kişisel özelliklerine göre kronik hastalık süreleri incelendiğinde; sosyal güvencesi emekli sandığı olan yaşlıların %73.5’i ile sigara kullanmayanların %70.6’sı 1-5 yıldır, alkol kullanmayanların %97.1’i; yaşı kadınların %65.8’i, 65-74 yaş aralığındaki yaşlıların %75.3’ü 6-10 yıldır; evlilerin %56.2’si, ilköğretim mezunu olanların %46.0’ı, 11-15 yıldır ve yaşı erkeklerin %56.40’ı, emeklilerin %79.3’ü, gelir/gidire eşit olanların %54.8’i, diğer aile bireyleri ile yaşayanların %40.3’ü 16 yıl ve üzeri süredir kronik hastalığa sahiptir.

Yaşı bireylerin kronik hastalık süresi ile cinsiyet ($p=0.0001$), yaş ($p=0.0001$), meslek ($p=0.016$), aylık gelir ($p=0.007$) ve sosyal güvence ($p=0.0001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken; kronik hastalık süresi ile medeni durum ($p=0.189$), eğitim durumu ($p=0.143$), birlikte yaşanan kişiler ($p=0.101$), alkol ($p=0.568$) ve sigara kullanımı ($p=0.925$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 6. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu (n=482)

Kişisel Özellikler		Reçetesiz İlaç Kullanma						χ^2	p
		Evet		Hayır		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	20	64.5	236	52.3	256	53.1	1.730	0.188 ^a
	Erkek	11	35.5	215	47.7	226	46.9		
Yaş	65 - 74 yaş	11	35.5	244	54.1	255	52.9	7.006	0.030 ⁺
	75 - 84 yaş	19	61.3	169	37.5	188	39.0		
	85 ve üzeri	1	3.2	38	8.4	39	8.1		
Medeni Durum	Evli	16	51.6	236	52.3	252	52.3	1.680	0.432 ⁺
	Eşi vefat etmiş	11	35.5	186	41.2	197	40.9		
	Boşanmış	4	12.9	29	6.4	33	6.8		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	2	6.5	53	11.8	55	11.4	4.524	0.340 ⁺
	Okuryazar	8	25.8	126	27.9	134	27.8		
	İlköğretim	16	51.6	182	40.4	198	41.1		
	Lise	5	16.1	69	15.3	74	15.4		
	Üniversite	-	-	21	4.7	21	4.4		
Meslek	Ev hanımı	6	19.4	121	26.8	127	26.3	0.835	0.361 ^a
	Emekli	25	80.6	330	73.2	355	73.7		
Aylık Gelir	Geliri giderden fazla	3	9.7	34	7.5	37	7.7	0.891	0.641 ⁺
	Gelir giderden az	15	48.4	189	41.9	204	42.3		
	Gelir gidere eşit	13	41.9	228	50.6	241	50.0		
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	9	29.0	218	48.3	227	47.1	6.101	0.107 ⁺
	SSK	6	19.4	88	19.5	94	19.5		
	Bağkur	13	41.9	105	23.3	118	24.5		
	Özel güvence	3	9.7	40	8.9	43	8.9		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	4	12.9	40	8.9	44	9.1	0.697	0.874 ⁺
	Eş	7	22.6	111	24.6	118	24.5		
	Eş ve çocuklar	9	29.0	121	26.8	130	27.0		
	Diğer aile bireyleri	11	35.5	179	39.7	190	39.4		
Alkol	Kullanıyor	1	3.2	23	5.1	24	5.0	-	0.533 ⁱ
	Kullanmıyor	30	96.8	428	94.9	458	95.0		
Sigara	Kullanıyor	12	38.7	136	30.2	148	30.7	0.998	0.318 ^a
	Kullanmıyor	19	61.3	315	69.8	334	69.3		

^a Pearson Chi-Square, ⁱFisher'sExact, ⁺Likelihood Ratio

Tablo 6’da yaşı bireylerin kişisel özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanma durumu yer almaktadır. Reçetesiz ilaç kullanan yaşlıların %64.5’i kadın, %61.3’ü 75-84 yaş aralığında, %51.6’sı evli, %51.6’sı ilköğretim mezunu, %80.6’sı emekli, %48.4’ünün geliri giderinden az, %41.9’unun Bağkurlu olduğu, %35.5’inin diğer aile bireyleri ile yaşadığı, %3.2’sinin alkol ve %38.7’sinin sigara kullandığı belirlendi.

Yaşı bireylerin reçetesiz ilaç kullanımı ile yaş ($p=0.030$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken; cinsiyet ($p=0.188$), medeni durum ($p=0.432$), eğitim durumu ($p=0.340$), meslek ($p=0.361$), aylık gelir ($p=0.641$), sosyal güvence ($p=0.107$), birlikte yaşanan kişiler ($p=0.874$), alkol kullanımı ($p=0.533$) ve sigara kullanımı ($p=0.318$) ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 7. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Kullandıkları İlaçların Yan Etkilerini Bilme Durumu (n=482)

Kişisel Özellikler		İlaçların Yan Etkilerini Bilme						χ^2	p
		Evet		Hayır		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	121	47.1	135	60.0	256	53.1	8.039	0.005 ^a
	Erkek	136	52.9	90	40.0	226	46.9		
Yaş	65 - 74 yaş	167	65.0	88	39.1	255	52.9	43.361	0.000 ^a
	75 - 84 yaş	84	32.7	104	46.2	188	39.0		
	85 yaş ve üzeri	6	2.3	33	14.7	39	8.1		
Medeni Durum	Evli	158	61.5	94	41.8	252	52.3	27.302	0.000 ^a
	Eşi vefat etmiş	77	30.0	120	53.3	197	40.9		
	Boşanmış	22	8.6	11	4.9	33	6.8		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	6	2.3	49	21.8	55	11.4	71.593	0.000 ^a
	Okuryazar	60	23.3	74	32.9	134	27.8		
	İlköğretim	118	45.9	80	35.6	198	41.1		
	Lise	53	20.6	21	9.3	74	15.4		
	Üniversite	20	7.8	1	0.4	21	4.4		
Meslek	Ev hanımı	64	24.9	63	28.0	127	26.3	0.593	0.441 ^a
	Emekli	193	75.1	162	72.0	355	73.7		
Aylık Gelir	Geliri giderden fazla	29	11.3	8	3.6	37	7.7	23.969	0.000 ^a
	Gelir gidere eşit	143	55.6	98	43.6	241	50.0		
	Gelir giderden az	85	33.1	119	52.9	204	42.3		
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	139	54.1	88	39.1	227	47.1	17.941	0.000 ^a
	Sosyal Sigortalar Kurumu	47	18.3	47	20.9	94	19.5		
	Bağkur	45	17.5	73	32.4	118	24.5		
	Özel sigorta	26	10.1	17	7.6	43	8.9		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	24	9.3	20	8.9	44	9.1	26.672	0.000 ^a
	Eş	83	32.3	35	15.6	118	24.5		
	Eş ve çocuklar	73	28.4	57	25.3	130	27.0		
	Diğer aile bireyleri	77	30.0	113	50.2	190	39.4		
Alkol	Kullanıyor	15	5.8	9	4.0	24	5.0	0.855	0.355 ^a
	Kullanmıyor	242	94.2	216	96.0	458	95.0		
Sigara	Kullanıyor	95	37.0	53	23.6	148	30.7	10.139	0.001 ^a
	Kullanmıyor	162	63.0	172	76.4	334	69.3		

^a Pearson Chi-Square

Tablo 7’de yaşı bireylerin kişisel özelliklerine göre kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilme durumu incelendiğinde; kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilen yaşlıların %52.9’u erkek, %65’i 65-74 yaş aralığında, %61.5’i evli, %45.9’u ilköğretim mezunu, %75.1’i emekli, %55.6’sının gelirinin giderine eşit olduğu, %54.1’inin emekli sandığına bağlı, %32.3’ünün eşi ile yaşadığı, %5.8’inin alkol ve %37.0’ının sigara kullandığı saptandı.

Yaşı bireylerin kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilme ile cinsiyet ($p=0.005$), yaş ($p=0.0001$), medeni durum ($p=0.0001$), eğitim durumu ($p=0.0001$), aylık gelir ($p=0.0001$), sosyal güvence ($p=0.0001$), birlikte yaşanan kişiler ($p=0.0001$) ve sigara kullanımı ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Ancak yaşı bireylerin kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilme ile meslek ($p=0.441$) ve alkol kullanımı ($p=0.355$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 8. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Günlük Kullanılan İlaç Miktarı (n=482)

Kişisel Özellikler	Günlük Kullanılan İlaç Miktarı											Ki-Kare	
	1 - 2		3 - 4		5 - 6		7 ve üzeri		Toplam				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ ²	p	
Cinsiyet	Kadın	40	59.7	124	52.5	78	49.7	14	63.6	256	53.1	2.919	0.404 ^a
	Erkek	27	40.3	112	47.5	79	50.3	8	36.4	226	46.9		
Yaş	65 - 74 yaş	46	68.7	138	58.5	64	40.8	7	31.8	255	52.9	25.188	0.000 ⁺
	75 - 84 yaş	15	22.4	83	35.2	77	49.0	13	59.1	188	39.0		
	85 yaş ve üzeri	6	9.0	15	6.4	16	10.2	2	9.1	39	8.1		
Medeni Durum	Evli	35	52.2	133	56.4	71	45.2	13	59.1	252	52.3	21.475	0.002 ⁺
	Eşi vefat etmiş	32	47.8	92	39.0	66	42.0	7	31.8	197	40.9		
	Boşanmış	-	-	11	4.7	20	12.7	2	9.1	33	6.8		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	5	7.5	32	13.6	14	8.9	4	18.2	55	11.4	31.399	0.002 ⁺
	Okuryazar	28	41.8	75	31.8	28	17.8	3	13.6	134	27.8		
	İlköğretim	26	38.8	88	37.3	71	45.2	13	59.1	198	41.1		
	Lise	6	9.0	33	14.0	33	21.0	2	9.1	74	15.4		
	Üniversite	2	3.0	8	3.4	11	7.0	-	-	21	4.4		
Meslek	Ev hanımı	39	58.2	67	28.4	18	11.5	3	13.6	127	26.3	55.306	0.000 ^a
	Emekli	28	41.8	169	71.6	139	88.5	19	86.4	355	73.7		
Aylık Gelir	Geliri giderden fazla	6	9.0	21	8.9	9	5.7	1	4.5	37	7.7	6.724	0.347 ⁺
	Gelir gidere eşit	37	55.2	122	51.7	74	47.1	8	36.4	241	50.0		
	Gelir giderden az	24	35.8	93	39.4	74	47.1	13	59.1	204	42.3		
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	62	92.5	121	51.3	39	24.8	5	22.7	227	47.1	116.703	0.000 ⁺
	Sosyal Sigortalar Kurumu	4	6.0	49	20.8	33	21.0	8	36.4	94	19.5		
	Bağkur	1	1.5	51	21.6	59	37.6	7	31.8	118	24.5		
	Özel sigorta	-	-	15	6.4	26	16.6	2	9.1	43	8.9		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	12	17.9	23	9.7	9	5.7	-	-	44	9.1	29.281	0.001 ⁺
	Eş	19	28.4	69	29.2	23	14.6	7	31.8	118	24.5		
	Eş ve çocuklar	13	19.4	64	27.1	47	29.9	6	27.3	130	27.0		
	Diğer aile bireyleri	23	34.3	80	33.9	78	49.7	9	40.9	190	39.4		
Alkol	Kullanıyor	-	-	13	5.5	10	6.4	1	4.5	24	5.0	7.580	0.056 ⁺
	Kullanmıyor	67	100.0	223	94.5	147	93.6	21	95.5	458	95.0		
Sigara	Kullanıyor	12	17.9	76	32.2	56	35.7	4	18.2	148	30.7	8.843	0.031 ^a
	Kullanmıyor	55	82.1	160	67.8	101	64.3	18	81.8	334	69.3		

^aPearson Chi-Square, ⁺Likelihood Ratio

Tablo 8’de yaşı bireylerin kişisel özelliklerine göre günlük kullandıkları ilaç miktarı yer almaktadır. Yaşı kadınların %63.6’sı, evlilerin %59.1’i, ilköğretim mezunu olanların %59.1’i emeklilerin %86.4’ü ve geliri giderinden az olanların %59.1’i günlük 7 adet ve üzeri ilaç; yaşı erkeklerin %50.3’ü ve diğer aile bireyleri ile yaşayanların %49.7’si günlük 5-6 adet ilaç; 65 -74 yaş aralığındaki yaşlıların %68.7’si, emekli sandığına bağlı olanların %92.5’i, alkol kullanmayanların %100.0’ı ve sigara kullanmayanların %82.1’i günlük 1-2 adet ilaç kullanmaktadır.

Yaşı bireylerin günlük kullanılan ilaç miktarı ile yaş ($p=0.0001$), medeni durum ($p=0.002$), eğitim durumu ($p=0.002$), meslek ($p=0.0001$), sosyal güvence ($p=0.0001$), birlikte yaşanan kişiler ($p=0.001$) ve sigara kullanımı ($p=0.031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken; cinsiyet ($p=0.404$), aylık gelir ($p=0.347$) ve alkol kullanımı ($p=0.056$) ile günlük kullanılan ilaç miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 9. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Kullanılan İlaçlara Bağlı Yan Etki Yaşama Durumu (n=482)

Kişisel Özellikler		İlaçlara Bağlı Yan Etki Yaşama						χ^2	p
		Evet		Hayır		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	106	55.2	150	51.7	256	53.1	0.563	0.453 ^a
	Erkek	86	44.8	140	48.3	226	46.9		
Yaş	65 - 74 yaş	105	54.7	150	51.7	255	52.9	0.897	0.639 ^a
	75 - 84 yaş	74	38.5	114	39.3	188	39.0		
	85 yaş ve üzeri	13	6.8	26	9.0	39	8.1		
Medeni Durum	Evli	101	52.6	151	52.1	252	52.3	2.309	0.315 ^a
	Eşi vefat etmiş	74	38.5	123	42.4	197	40.9		
	Boşanmış	17	8.9	16	5.5	33	6.8		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	17	8.9	38	13.1	55	11.4	6.406	0.171 ^a
	Okuryazar	52	27.1	82	28.3	134	27.8		
	İlköğretim	76	39.6	122	42.1	198	41.1		
	Lise	35	18.2	39	13.4	74	15.4		
	Üniversite	12	6.3	9	3.1	21	4.4		
Meslek	Ev hanımı	46	24.0	81	27.9	127	26.3	0.939	0.332 ^a
	Emekli	146	76.0	209	72.1	355	73.7		
Aylık Gelir	Gelir giderden fazla	20	10.4	17	5.9	37	7.7	3.431	0.180 ^a
	Gelir gidere eşit	92	47.9	149	51.4	241	50.0		
	Gelir giderden az	80	41.7	124	42.8	204	42.3		
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	79	41.1	148	51.0	227	47.1	7.901	0.048 ^a
	Sosyal Sigortalar Kurumu	42	21.9	52	17.9	94	19.5		
	Bağkur	47	24.5	71	24.5	118	24.5		
	Özel sigorta	24	12.5	19	6.6	43	8.9		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	19	9.9	25	8.6	44	9.1	2.490	0.477 ^a
	Eş	42	21.9	76	26.2	118	24.5		
	Eş ve çocuklar	58	30.2	72	24.8	130	27.0		
	Diğer aile bireyleri	73	38.0	117	40.3	190	39.4		
Alkol	Kullanıyor	14	7.3	10	3.4	24	5.0	3.607	0.058 ^a
	Kullanmıyor	178	92.7	280	96.6	458	95.0		
Sigara	Kullanıyor	72	37.5	76	26.2	148	30.7	6.924	0.009 ^a
	Kullanmıyor	120	62.5	214	73.8	334	69.3		

^a Pearson Chi-Square

Tablo 9’da yaşı bireylerin kişisel özelliklerine göre kullanılan ilaçlara bağlı yan etki yaşama durumları incelendiğinde; ilaçlara bağlı yan etki yaşadığını ifade eden yaşlıların %55.2’sinin kadın, %54.7’sinin 65-74 yaş aralığında, %52.6’sının evli, %39.6’sının ilköğretim mezunu, %76.0’ının emekli, %47.9’unun gelirinin giderine eşit, %41.1’inin emekli sandığına bağlı, %38.0’nın diğer aile bireyleri ile yaşadığı, %92.7’sinin alkol ve %62.5’inin sigara kullanmadığı görülmektedir.

Yaşlı bireylerin kullanılan ilaçlara bağlı yan etki yaşamaları ile sosyal güvence ($p=0.048$) ve sigara kullanımı ($p=0.009$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Ancak yaşlı bireylerin kullanılan ilaçlara bağlı yan etki yaşamaları ile cinsiyet ($p=0.453$), yaş ($p=0.639$), medeni durum ($p=0.315$), eğitim durumu ($p=0.171$), meslek ($p=0.332$), aylık gelir ($p=0.180$), birlikte yaşanan kişiler ($p=0.477$) ve alkol kullanımı ($p=0.058$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 10. Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu (n=482)

Kişisel Özellikler		İlaçları Düzenli Kullanma						χ^2	p
		Evet		Hayır		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	187	52.4	69	55.2	256	53.1	0.295	0.587 ^a
	Erkek	170	47.6	56	44.8	226	46.9		
Yaş	65 - 74 yaş	209	58.5	46	36.8	255	52.9	20.727	0.000 ^a
	75 - 84 yaş	127	35.6	61	48.8	188	39.0		
	85 yaş ve üzeri	21	5.9	18	14.4	39	8.1		
Medeni Durum	Evli	194	54.3	58	46.4	252	52.3	2.368	0.306 ^a
	Eşi vefat etmiş	140	39.2	57	45.6	197	40.9		
	Boşanmış	23	6.4	10	8.0	33	6.8		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	34	9.5	21	16.8	55	11.4	11.842	0.019 ^a
	Okuryazar	99	27.7	35	28.0	134	27.8		
	İlköğretim	149	41.7	49	39.2	198	41.1		
	Lise	54	15.1	20	16.0	74	15.4		
	Üniversite	21	5.9	-	-	21	4.4		
Meslek	Ev hanımı	111	31.1	16	12.8	127	26.3	15.964	0.000 ^a
	Emekli	246	68.9	109	87.2	355	73.7		
Aylık Gelir	Geliri giderden fazla	35	9.8	2	1.6	37	7.7	13.147	0.001 ^a
	Gelir gidere eşit	184	51.5	57	45.6	241	50.0		
	Gelir giderden az	138	38.7	66	52.8	204	42.3		
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	198	55.5	29	23.2	227	47.1	38.965	0.000 ^a
	Sosyal Sigortalar Kurumu	59	16.5	35	28.0	94	19.5		
	Bağkur	72	20.2	46	36.8	118	24.5		
	Özel sigorta	28	7.8	15	12.0	43	8.9		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	39	10.9	5	4.0	44	9.1	10.705	0.013 ^a
	Eş	93	26.1	25	20.0	118	24.5		
	Eş ve çocuklar	97	27.2	33	26.4	130	27.0		
	Diğer aile bireyleri	128	35.9	62	49.6	190	39.4		
Alkol	Kullanıyor	15	4.2	9	7.2	24	5.0	1.759	0.185 ^a
	Kullanmıyor	342	95.8	116	92.8	458	95.0		
Sigara	Kullanıyor	110	30.8	38	30.4	148	30.7	0.007	0.931 ^a
	Kullanmıyor	247	69.2	87	69.6	334	69.3		

^a Pearson Chi-Square

Tablo 10’da yaşı bireylerin kişisel özelliklerine göre ilaçlarını düzenli kullanma durumu yer almaktadır. İlaçlarını düzenli kullandığını ifade eden yaşlıların %52.4’ünün kadın, %58.5’inin 65-74 yaş aralığında, %54.3’ünün evli, %41.7’sinin ilköğretim mezunu, %68.9’unun emekli,%51.5’inin gelirinin giderine eşit, %55.5’inin emekli sandığına bağlı, %35.9’unun diğer aile bireyleri ile yaşadığı,%95.8’inin alkol ve %69.2’sinin sigara kullanmadığı belirlendi.

Yaşı bireylerin ilaçlarını düzenli kullanmaları ile yaş ($p=0.0001$), eğitim durumu ($p=0.019$), meslek ($p=0.0001$), aylık gelir ($p=0.001$), sosyal güvence ($p=0.0001$) ve birlikte yaşanan kişiler ($p=0.013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Ancak cinsiyet ($p=0.587$), medeni durum ($p=0.306$), alkol ($p=0.185$) ve sigara kullanımı ($p=0.931$) ile ilaçları düzenli kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bir aile hekimliği birimine başvuran yaşlı bireylerin kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin %53.1'i kadındır. Yaşlılarla yapılan farklı çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Erkin ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, yaşlıların %74.8'i (71), Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında %54.9'u(72), Demirbağ ve Timur'un çalışmasında ise (2012) %55.2'si kadındır (73). Araştırma grubumuzun %52.9'u 65-74 yaş grubundadır. Çalışmamıza paralel Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da 65-69 yaş aralığındaki yaşlı oranı %53.0'dır (72). Yaşlılarımızın %52.3'ü evlidir. Benzer şekilde, Diker'in (2000) çalışmasında yaşlıların %59.7'sinin (74), Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) %54.4'ünün (72), Demirbağ ve Timur'un çalışmasında (2012) %50.3'ünün evli olduğu bulunmuştur (73). Araştırmamızda yaşlıların %41.1'i ilköğretim mezunudur. Ergün ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında yaşlıların %18.8'inin (75), Yarış ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında %26.6'sının ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (65). Araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin eğitim düzeylerinin daha iyi bulunmasının nedeni olarak bölgenin sosyo-kültürel düzeyinin yüksek olması düşünülmüştür.

Yaşlılarımızın %73.7'si emeklidir. Bilir ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında yaşlıların %41.9'unun emekli (76), Demirbağ ve Timur'un (2012) çalışmasında %52.7'sinin emekli olduğu saptanmıştır (73). Araştırma kapsamındaki yaşlıların emeklilik oranlarının daha yüksek olması ile ilgili daha önce bir işe sahip olmanın bireyleri ekonomik olarak desteklediği gibi işin türüne bağlı olarak da bazı kronik hastalıklara neden olduğunu düşünebiliriz.

Araştırmamızdaki yaşlıların %50.0'ının geliri giderine eşittir. Arslan ve Eşer'in (2005) çalışmasında yaşlıların %80.0'ının gelirinin giderine eşit/fazla (57), Ünsal ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, %46.9'unun geliri giderine eşit olduğu bulunmuştur (8). Araştırmamızda yaşlıların %47.1'inin sosyal güvencesinin emekli sandığı olduğu görülmektedir. Diker'in (2000) çalışmasında %41.5'inin (74), Bilir ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında yaşlıların %36.3'ünün sosyal güvencesinin emekli sandığı olduğu belirtilmiştir (76). Ayrıca yapılan farklı çalışmalarda da yaşlıların çoğunluğunun sosyal

güvencesinin olduğu saptanmıştır (27,72,73). Araştırmamızda yaşlıların %39.4'ü diğer aile bireyleri ile yaşamaktadır. Benzer şekilde Yarış ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da yaşlıların %45.0'ı diğer aile bireyleri ile yaşamaktadır (65). Ayrancı ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında yaşlıların %74.0'ının eşiyle ya da çocuklarıyla yaşadığı (77), Demirbağ ve Timur'un (2012) çalışmasında ise yaşlıların %60.0'ının ailesiyle yaşadığı belirtilmiştir (73).

Araştırmamızda yaşlıların %69.3'ünün sigara ve %95.0'ının alkol kullanmadığı saptanmıştır. Ayrancı ve arkadaşları (2005) yaşlıların %82'sinin (77), Dudak ve arkadaşları (2006) %88.2'sinin (11), Kaya ve arkadaşları (2008) %90.2'sinin, sigara içmediğini, %93'ünün ise alkol kullanmadığını saptamıştır (72). Ayrıca, Çatak ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) yaşlıların %7.5'inin her gün sigara kullandığı, %2.0'ının ise yalnızca özel günlerde alkol aldığı saptanmıştır (70).

Yaşlıların genellikle kronik hastalık ve ilaç kullanım nedenleri ile ilgili sağlık kurumlarına başvurduğu bildirilmektedir (8). Araştırmamızda yaşlıların en fazla birinci basamak sağlık kurumlarına (%97.7) ve devlet hastanelerine (%62.0) başvurduğu görülmektedir. Benzer şekilde Çatak ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında yaşlıların en çok yararlandığı sağlık kurumunun aile hekimliği birimi (%51.4) ve devlet hastaneleri (%47.4) olduğu saptanmıştır (70). Başka bir çalışmada ise yaşlıların başvurduğu sağlık kurumunun %54.2'sini devlet hastaneleri ve %40.3'ünü birinci basamak sağlık kurumları oluşturmuştur (74).Yine Öztürk ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da sağlık ocağına başvuran yaşlı oranı %72.2, devlet hastanelerine başvuran yaşlı oranı ise %59.1'dir (78). Araştırma kapsamındaki yaşlıların sağlık kurumlarına başvuru nedenleri arasında muayene olma (%98.5), ilaç yazdırma (%93.6) ve tansiyon ölçtürme (%46.9) ilk sıralarda yer almaktadır. Benzer şekilde Oktay ve Akıcı'nın (2001) çalışmasında da yaşlıların %81.5'i (27), Demirbağ ve Timur'un çalışmasında (2012) ise %44.3'ünün sağlık kurumlarına ilaç yazdırma nedeni ile geldikleri belirtilmektedir (73). Çalışmamızda yaşlıların muayene olma ve tansiyon ölçtürme nedenleri ile de sağlık kurumlarını kullanmaları eğitim düzeylerinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir. Eğitim düzeyinin artması yaşlıların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini etkilemekte, tedavi ve bakımları konusunda daha bilinçli olmalarını sağlamaktadır. Ayrıca

yaşlılarımızın başvurduğu sağlık kurumlarında tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu hizmetlere de etkin şekilde yer verildiğini düşünebiliriz.

Yaşlanma kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir ve bu sürece genellikle kronik hastalıklar eşlik etmektedir. Araştırma grubumuzdaki yaşlıların %97.9'unda kronik hastalık saptanmıştır. Bu kronik hastalıklardan ilk üç sırayı, kardiyovasküler (%74.3), endokrin (%40.7) ve kas-iskelet sistemi hastalıkları (%35.1) almaktadır. Çalışmamıza paralel olarak Çatak ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, yaşlı bireylerin %88.6'sında bir ya da daha fazla kronik hastalık olduğu, yaşlı bireylerde en sık görülen kronik hastalıkların KVS (%58.7), kas-iskelet sistemi (%35.4) ve endokrin sistem hastalıkları (%20.5) olduğu belirtilmiştir (70). Öztürk ve arkadaşları (2002), yaşlıların %83.8'inde en az bir kronik hastalık olduğunu ve bu hastalıkların başında hipertansiyon (%42.7) romatizmal (%38.6) ve kalp hastalıklarının (%23.3) geldiğini belirtmektedir (78). Yine Harugeri ve arkadaşlarının (2010) iki eğitim hastanesinin iç hastalıkları kliniklerinde yaptıkları çalışmalarında, yaşlıların çoğunun en az iki (%32.6), üç (%26) ya da dört ve daha fazla (%22.4) kronik hastalığa sahip olduğu; kronik hastalıklar arasında en çok hipertansiyon (%41.5), DM (%34.0) ve KOAH'ın (%18.5) yer aldığı belirlenmiştir (79). Ayrıca, Zaveri ve arkadaşlarının (2010) polikliniğe başvuran 407 yaşlı ile yaptıkları çalışmalarında, yaşlılarda en fazla KVS (%59.9), solunum sistemi hastalıkları (%22.8) ve DM (%12.3) saptamışlardır (80). Benzer şekilde Ellitt ve arkadaşları da (2010) yaşlıların en çok dolaşım sistemi (%54.0) ve endokrin-metabolik (%17.6) hastalıklara sahip olduğunu belirtmektedir (81). Araştırma kapsamındaki yaşlıların %51.1'inin 16 yıl ve daha uzun süredir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Artan yaşla kronik hastalıkların artması ve araştırma kapsamındaki yaşlıların gerekli tedavi, bakım ve izlemlerini uygun şekilde yaptıkları ve kronik hastalıkları ile yaşama konusunda bilinçli oldukları düşünülmektedir.

Araştırma grubumuzdaki yaşlıların kronik hastalıkları ile ilgili yakınmaları arasında ilk üç sırada baş ağrısı, baş dönmesi, sinirlilik, halsizlik (%62.9); tansiyon değişiklikleri, çarpıntı (%61.8); sık idrara çıkma, idrar yapmada zorlanma, ayaklarda ödem (%33.8) yer almaktadır. Dudak ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, kronik hastalığı olan yaşlıların en sık yakınmalarının eklem ağrısı (%70.5), baş ağrısı (%62.4), unutkanlık (58.2) ve halsizlik (%56.3) olduğu belirtilmektedir (11). Gerekli tedavi,

bakım ve izlem yapılmadığı durumlarda kronik hastalıklarla ilgili yakınmalar yaşlıların yaşamlarını güçleştirmektedir. Bu nedenle kronik hastalığa sahip yaşlıların izlenmesi, tedavi ve bakımlarının planlanması önemlidir. Araştırmamızdaki yaşlıların büyük bir kısmının (%88.6) kronik hastalıkları ile ilgili yakınmalarını gidermek için hekime başvurdıkları saptanmıştır. Çalışmamıza paralel Öztürk ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da, kronik hastalıkları olan yaşlıların sağlık kuruluşlarına daha çok başvurduğu saptanmıştır (78). Gülbayrak ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin %51.2'sinin polikliniklere başvurduğu (82), Solmaz ve Akın'ın çalışmasında (2009) ise sağlık durumunu kötü olarak ifade eden yaşlıların hekime başvuru oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (68).

Çalışmamızda yaşlıların %74.5'i kronik hastalık nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşamaktadır. Literatürde yaşlıların fiziksel yeteneklerde gerileme, duyuşsal kayıplar ve kronik hastalık nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (11,70,83). Çalışmamıza paralel Ünsaldı ve Piyal (2002), kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güçlük çektiklerini ve bu güçlüklerin genellikle ayak tırnağını kesme (%10.2), banyo yapma (%9.3) ve merdiven inip çıkmada olduğunu belirtmiştir (83). Dudak ve arkadaşları (2006) ise yaşlıların günlük aktiviteleri sırasında en fazla doktora gitme (%32.5), seyahat etme (%27.9) ve telefonla arama aktivitelerinde başkalarının yardımına gereksinim duyduklarını belirlemiştir (11). Yine Çatak ve arkadaşları (2011) yaşlıların günlük aktiviteleri sırasında en fazla fatura yatırma gibi ev dışı işlerde (%37.5), şehir dışına yolculuk yapma (%34.4) ve alışveriş yapma (%28.9) ile ilgili başkalarının yardımına gereksinim duyduklarını saptamışlardır (70).

Çalışmamızda yaşlıların tamamına yakını (%98.5) ilaçlarını birinci basamak sağlık kurumlarında reçete ettirmektedir. Diker'in (2000) çalışmasında, yaşlıların ilaçları ile ilgili en fazla kamu hastaneleri (%54.2) ile birinci basamak sağlık kurumlarına (%40.3) başvurduğu belirtilmektedir (74). Araştırma grubumuzdaki yaşlıların reçeteli kullandığı ilaçlar arasında ilk sıralarda antihipertansif ilaçlar (%70.5), üriner sistem ilaçları (%53.7), analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar (%44.0) ve endokrin sistem ilaçları (%40.9) yer almaktadır. Erkin ve arkadaşları (2004) yaşlıların en fazla KVS ilaçlarını (%53.3), antiinflamatuvar ilaçları (%32.0) ve vitamin-mineralleri

(%21.4) (71); Oktay ve Akıcı (2001) yaşlıların çoğunun KVS ilaçlarını (%28.0), antiinflamatuvar-analjezik ilaçları (%17.0) ve vitaminleri (%9.0) (27); Bilir ve arkadaşları (2002) yaşlıların en çok kardiyovasküler (%54.6), diyabet (%12.2) ve analjezik grubu (%10.7) ilaçları (76); Ryan ve arkadaşları (2009) yaşlıların en çok KVS (%53.5) ve endokrin sistem (%9.5) ilaçları kullandıklarını belirlemişlerdir (84). Çalışmamızda yaşlıların %93.6'sı reçeteli ilaç kullanırken yalnızca %6.4'ü reçetesiz ilaç kullanmaktadır. Ünsal ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, yaşlıların %75.4'ü reçeteli, %7.9'u reçetesiz ve %5.6'sı hem reçeteli hem reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır (8). Ellitt ve arkadaşlarının (2010) hastaneden taburcu olan 76 yaşlı hasta ile yaptıkları çalışmada, yaşlıların %92.1'ine taburculuktan sonra kullanması için ilaç reçete edildiği; reçete edilen ilaç sayısının 3-19 arasında değiştiği; en çok reçete edilen ilaçların KVS ilaçları (%41.6) ve vitaminler (%17.8) olduğu bildirilmiştir (81).

Çalışma grubumuzdaki yaşlıların %90.0'ı kullandıkları ilaçlarla ilgili hekimden (%65.1), eczacıdan (%39.4) ve hemşireden (%9.8) bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma bulgularımızla uyumlu olacak şekilde Solmaz ve Akın da (2009) yaşlıların %87.0'ının kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi aldığını ve bu bilginin hekimden (%64.9), eczacıdan (%17.8) ve hemşireden (%17.3) alındığını belirtmişlerdir (68). Yine Demirbağ ve Timur (2012) yaşlıların kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgiyi hekim (%22.1), eczacı (%9.7) ve hemşireden (%7.1) aldıklarını ifade etmişlerdir (73). Aslan ve Eşer de (2005) yaşlıların kullandıkları ilaçlarla ilgili güçlük yaşadıklarında en çok hekime başvurdıklarını belirtmişlerdir (57). Çalışmamızda, yaşlı bireylerin %62.9'unun ilaç prospektüslerini okumadığı, okumama nedenleri olarak yazılanları anlayamama (%37.1), görme güçlüğü (%20.7), okumaya gerek duymama (%17.0) ve okur-yazar olmama (%6.0) belirtilmiştir. Çalışma bulgumuza paralel olarak Solmaz ve Akın (2009) yaşlı bireylerin %80.8'inin ilaç prospektüslerini okumadığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada yaşlıların ilaç prospektüslerini okumama nedenleri arasında yazılanları anlamama (%77.7), görme güçlüğü (%13.0) ve okumaya gerek duymama (%9.3) yer almıştır (68). Demirbağ ve Timur da (2012) çalışmamızla uyumlu olacak şekilde yaşlı bireylerin %67.8'inin kullandıkları ilaçların prospektüsünü okumadığını ve okumama nedeni olarak da görme sorununu (%42.8) göstermişlerdir (73). Ayrıca Neafsey ve Shellmann (2001), yaşlıların görme güçlüğü (%38.3) ve yazılanları anlamama (%15) nedenleri ile ilaç prospektüslerini okumadıklarını belirtmektedir (85).

Kronik hastalıkların artması ile yaşlıların daha fazla sayıda ilaç kullanmak zorunda kaldıkları bildirilmektedir (86). Çalışmamızda yaşlı bireylerin %49.0'ı günde 3-4 adet; %32.6'sı günde 5-6 adet ilaç kullanmaktadır. Çalışmamıza paralel Arslan ve Eşer (2005) yaşlıların %35.0'nın günde 5-6 ilaç (57); Solmaz ve Akın (2009) %46.5'inin günde 3 veya daha fazla ilaç (68); Çatak ve arkadaşları (2011) ise %26.5'inin 5 ve üzeri ilaç kullandıklarını saptamışlardır (70). Yine Arslan ve arkadaşları (2000) yaşlı kadınların %31.0'nın, yaşlı erkeklerin %23.3'ünün günde 3 ve üzeri ilaç kullandıklarını belirtmiştir (86). Çalışmamızda da yaşlı bireylerin ilaç alım yolları içinde en fazla oral yolu kullandıkları (%99.2) saptanmıştır. Oral ilaçların yaşlıların kolaylıkla ulaşabileceği ve uygulayabileceği ilaç formu olması nedeni ile bu yolun hem hasta hem de hekim tarafından tercih edildiği düşünülmektedir.

Yaşlılarda ilaçlara bağlı istenmeyen yan etkilerle daha sık karşılaşmaktadır (8). Çalışmamızdaki yaşlıların %53.3'ü kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilmekte ve %39.8'i ilaçlara bağlı yan etki yaşamaktadır. Yaşlılarımızın yaşadığı yakınmalar arasında ilk sıralarda GİS (%24.3), cilt (%7.1) ve serebrovasküler yakınmalar (%6.8) yer almaktadır. Solmaz ve Akın (2009) yaşlıların %35.6'sının kullandıkları ilaçlara bağlı gelişebilecek yan etkilerini bildiklerini belirtmişlerdir (68). Arslan ve Eşer (2005) yaşlıların %73.3'ünün kullandıkları ilaçlarla ilgili yan etki yaşamadığını, yan etki yaşayanların da (%26.7) %75.0'nın mide yakınmaları olduğunu belirlemişlerdir (57). Yine Arslan ve arkadaşları (2000), yaşlıların %5.5'inin ilaç kullanımları sırasında yan etki yaşadığını ve en sık yaşanan yan etkilerin GİS yakınmaları (%1.9) olduğunu ve bunu yorgunluk, sersemlik, uyku bozukluğu, kaşıntı, diyare ve konstipasyonun izlediğini belirtmektedir (86). Gurwitz ve arkadaşlarının (2005) 1247 yaşlı ile yaptıkları çalışmalarında, ilaç yan etkisi %78.0 oranında tespit edilmiş ve en sık karşılaşılan yan etkilerin nöropsikiyatrik belirtiler ile (konfüzyon, aşırı sedasyon, halüsinasyon, deliryum) GİS'e (karın ağrısı, diyare, kabızlık) ait olduğu belirtilmiştir (87). Ayrıca, Camargo ve arkadaşları (2006) yaşlıların kullandıkları ilaç sayısı arttıkça, ilaçların yanlış kullanımı ve yan etki görülme sıklığının arttığını bildirmiştir (88).

İlaçların düzenli kullanımı kronik hastalıkların tedavisinin etkinliği açısından önemlidir. Yaşla birlikte kronik hastalıkların artması ilaç kullanımını da artırarak ilaçların düzenli kullanımı ile ilgili sorunlar oluşturabilmektedir (89). Araştırmamıza

katılan yaşı bireylerin %74.1'i ilaçlarını düzenli kullanmakta iken %25.9'u ilaçlarını düzenli kullanmamaktadır. Yaşlılarımızın ilaçlarını düzenli kullanmama nedenleri arasında ilaçlarını almayı unutma ve ilaç saatlerine uyamama (%21.4) ilk sıralarda yer almaktadır. Çalışmamızla uyumlu olacak şekilde Dudak ve arkadaşları (2002), yaşlıların %71.2'sinin ilaçlarını düzenli kullandıklarını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada düzenli ilaç kullanımı kadınlarda (%77.8) erkeklerden (%62.5) daha yüksek bulunmuştur (11).

Araştırmamızda yaşı bireylerin hemen hemen tamamı (%99.6) ilaçlarını doğru yoldan almaya dikkat etmektedir. Yaşlılarımızın ilaç kullanımında yaşadığı güçlükler arasında ilk sırada ilaç almayı unutma (%44.6) gelmektedir. Günümüzde yaşlılarda en fazla görülen sorunlardan biri, bilişsel işlevlerdeki gerilemeye bağlı ortaya çıkan unutkanlıktır (89,90). Arslan ve Eşer (2005) sonuçlarımıza benzer şekilde yaşlıların %65.0'nin ilaçlarını almayı unuttuklarını belirlemişlerdir (57). Demirbağ ve Timur'un (2012) 165 yaşı bireyle yaptığı çalışmalarında, yaşlıların %26.1'inin ilacını temin edemediği ve %24.0'nin ilaçlarını almayı unuttuğu saptanmıştır (73). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal gerilemelere bağlı olarak kronik hastalık görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (8,91,92). Araştırma kapsamındaki yaşlıların kronik hastalık süresi ile cinsiyet, yaş, meslek, aylık gelir ve sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmamızda kronik hastalık süresi 6-10 yıl olan yaşlıların %65.8'i kadın, %75.3'ü 65-74 yaş grubundadır. Yaşam süresinin uzaması ile yaşlanma ve fiziksel gerilemelere bağlı olarak kronik hastalık süresi de artmaktadır. Kadınlarda hormonal yapı, fiziksel aktivite azlığı, daha uzun yaşama gibi nedenlerle kronik hastalık süresinin daha uzun olduğu belirtilmiştir (5). Araştırma sonucumuzda kronik hastalık süresi 16 yıl ve üzeri olan yaşlıların %79.3'ü emekli, %54.8'inin geliri giderine eşittir. Kronik hastalık süresi 1-5 yıl olan yaşlılarımızın %73.5'i emekli sandığına bağlıdır. Emekli olma, yaşlıları ekonomik olarak desteklemekte, sağlık güvencesi sağlamaktadır. Buradan uygun tedavi, bakım ve izlemleri yaptırabilme gücüne sahip olan yaşlıların kronik hastalıklarla yaşam süresini artırdıklarını düşünebiliriz.

Yaşlılarda fizyolojik fonksiyonlarda gerileme ve ilaç farmakokinetiğindeki değişimler ilaçların yaşlılara uygun şekilde ve içerikte yazılmasını daha da önemli hale getirmektedir. Bu nedenle reçetesiz kullanılan ilaçların yaşlılarda daha ciddi sorunlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Reçetesiz alınan ilaçların kontrolsüz kullanımı da ilaçlar arasında etkileşim olasılığını artırmaktadır (86). Araştırmamızda yaşlı bireylerin reçetesiz ilaç kullanımlarını yaştan etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Reçetesiz ilaç kullanan yaşlılarımızın %61.3'ü 75-84 yaş grubundadır. Buradan artan yaşla birlikte fiziksel ve bilişsel fonksiyonlardaki gerilemelerin, yaşlıların hekime başvuru alışkanlığını azalttığını düşünebiliriz. Ayrıca reçetesiz ilaçlara kolay ulaşımın olması da bu ilaçları daha tercih edilir kılmaktadır.

Araştırmamızda yaşlı bireylerin kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilmelerini cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aylık gelir, sosyal güvence, birlikte yaşanan kişiler ve sigara kullanımı etkilemektedir ($p<0.05$). Kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilen yaşlıların %52.9'u erkek, %65.0'ı 65-74 yaş aralığında, %61.5'i evli, %32.3'ü eşi ile birlikte yaşamakta, %45.9'u ilköğretim mezunu, %55.6'sının geliri giderine eşit, %54.1'i emekli sandığına bağlı ve %63.0'ı sigara kullanmamaktadır. Yaşlılarda artan yaşla birlikte bilişsel fonksiyonlardaki gerilemeler nedeni ile kullanılan ilaçların yan etkilerini bilmenin azaldığı düşünülmekle birlikte ilaçların yan etkilerini bilme ile ilgili erkeklerin kadınlara göre daha bilinçli olduklarını görmekteyiz. Ayrıca çalışmamızda evli ve eşiyle yaşayan yaşlılar ilaç yan etkilerini daha iyi bilmektedir. Yaşlıların ilaç kullanımlarında eş desteklerinin olması, kullandıkları ilaçların yan etkileri ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmaları önemli bir etken olmuştur. Yaşlılarımızın eğitim düzeylerinin yüksek olması, sosyal güvence ve aylık gelirlerinin olması, onları sosyo-ekonomik yönden destekleyerek tanı ve tedavi olanaklarını daha iyi kullanmalarını sağladığını, sigara kullanımının ilaçların yararlı etkilerini azalttığı bilincinde olduklarını düşündürmektedir.

Yaşlılarımızın günlük kullandıkları ilaç miktarını yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, birlikte yaşanan kişiler ve sigara kullanımı etkilemektedir ($p<0.05$). Çalışmamızda günde 1-2 adet ilaç kullanan yaşlıların %68.7'si 65-74 yaş aralığında, %92.5'i emekli sandığına bağlı, %82.1'i sigara kullanmamaktadır. Rozenfeld ve arkadaşları (2008) 800 emekli yaşlı ile yaptıkları çalışmada, ortalama ilaç

kullanım oranını 3.7 bulmuş; ileri yaş grubunda beş ve üzeri ilaç kullanımının diğer yaşlı gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ifade etmiştir (93). Artan yaşla birlikte kullanılan ilaç sayısının arttığı düşünülmektedir. Araştırmamızda sosyal güvencesi emekli sandığı olanların ve sigara kullanmayanların daha düşük düzeyde ilaç kullandığı saptanmıştır. Sosyal güvenceye sahip ve sigara kullanmayan yaşlıların kronik hastalık ve ilaç kullanımı konusunda daha bilinçli oldukları düşünülebilir. Arslan ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, yaşlı erkeklerin %16.6'sı kadınların %13.9'u en az bir ilaç kullanmaktadır (86). Dudak ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, yaşlı kadınların %77.8'inin, erkeklerin %62.5'inin ilaç kullanmakta olduğu bulunmuştur (11). Gülbayrak ve arkadaşlarının araştırmasında (2003) yaşlı bireylerin %38.2 ile günde iki ilaç kullandığı belirtilirken, bunu %31.9 ile günde bir ilaç kullanımı takip etmektedir. İkili ilaç kullananların %58.9'unun kadın, %41.1'inin ise erkek olduğu saptanmıştır (82). Çalışmamızda, günde 5-6 adet ilaç kullanan yaşlıların %49.7'si diğer aile bireyleri ile yaşamaktadır. Arslan ve arkadaşlarının (2000) huzurevinde yapmış olduğu başka bir çalışmada ise yaşlıların %35.0'ı günde 5-6 adet ilaç kullanmaktadır (86). Artan yaşla yaşlıların bağımlılık oranlarının arttığı, ilaçlarını düzenli kullanmak ve diğer bakımları için başkasına gereksinim duydukları düşünülmektedir. Çalışmamızda, günde 7 adet ve üzeri ilaç kullanan yaşlıların %59.1'i ilköğretim mezunudur. Buradan eğitim düzeyi lise ve üniversite olan yaşlılarımızın azınlıkta olduğunu düşünürsek, eğitim durumu arttıkça ilaç kullanım oranının azaldığını görebiliriz.

Çalışmamızda, yaşlıların kullandıkları ilaçlara bağlı yan etki yaşamalarını sosyal güvence ve sigara kullanımının etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$). İlaçlara bağlı yan etki yaşayan yaşlılarımızın %41.1'i emekli sandığına bağlı ve %62.5'i sigara kullanmamaktadır. Sosyal güvenceye sahip olma, yaşlıların sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durumlarını destekleyerek ilaçlarını temin etmede kolaylık sağladığı ve ilaç yan etkileri ile ilgili daha bilinçlilik oluşturduğu düşünülmektedir. Sigara kullanımı çok sayıda hastalığın meydana gelmesinde başlıca etkidir. Altmış beş yaş üzerinde sigarayı bırakanlarda KAH, KOAH ve akciğer kanserine bağlı ölümlerde ve osteoporoz riskinde anlamlı derecede azalma olduğu bildirilmiştir (94). Ayrıca sigarayı bırakma yaşlılarda yarar sağlamakta, kronik hastalık ve ilaç kullanımına bağlı yan etki gelişimini önleyeceği düşünülmektedir (95).

Araştırmamızda yaşlı bireylerin düzenli ilaç kullanmalarını yaş, eğitim durumu, meslek, aylık gelir, sosyal güvence ve birlikte yaşanan kişiler etkilemektedir ($p<0.05$). Çalışmamıza paralel Solmaz ve Akın'ın (2009) çalışmasında, yaşlıların düzenli ilaç kullanımı ile yaş, eğitim, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, aylık gelir arasında anlamlılık bulunmuştur (68). Çalışmamızda düzenli ilaç kullanan yaşlı bireylerin %58.5'i 65-74 yaş aralığında ve %41.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Artan yaşla birlikte düzenli ilaç kullanımının azaldığı belirtilmektedir (86). Camargo ve arkadaşları (2006) yaş ve ilaç kullanım davranışı arasında ilişki bulmadığını bildirmiştir (88). Krousel-Wood ve arkadaşları çalışmasında, 75 yaşından küçük yaşlılarda ilaç uyumunun düşük olduğunu belirtmiştir (96). Çalışma sonucumuzla uyumlu şekilde Demirbağ ve Timur'un (2012) çalışmasında, yaşlıların eğitim durumu ile düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (73). Eğitim düzeyi arttıkça yaşlı bireylerin bilinçlendiği ve ilaçlarını daha dikkatli ve düzenli kullandığı düşünülmektedir. Araştırma sonucumuzda düzenli ilaç kullanan yaşlıların %41.7'si ilköğretim mezunu, %68.9'u emekli, %51.5'i geliri giderine eşit, %55.5'i emekli sandığına bağlı olduğu saptanmıştır. Buradan ekonomik desteği ve sağlık güvencesi olan yaşlıların sosyokültürel aktivitelerinin olumlu etkilendiği, düzenli ilaç kullanım oranının arttığı ve sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanıldığı sonucuna ulaşılabilir. Çalışmamızda düzenli ilaç kullanan yaşlıların %35.9'u diğer aile bireyleri ile yaşamaktadır. Yaşlılıkla birlikte fiziksel yetersizlik ve fonksiyonel bağımlılık artmaktadır. Buna bağlı olarak yaşlılar bakım gereksinimini karşılamada yetersiz kalmaktadır. Araştırmamız sonucunda yalnız yaşayan yaşlılar (%10.9) ilaçlarını en az düzenli kullanan grubu oluşturarak bu sonuçlarla paralellik göstermektedir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Rize ili Ardeşen ilçesi 10 Numaralı AHB'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını belirlemek üzere yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Yaşlı bireylerin kişisel özellikleri incelendiğinde; %53.1'inin kadın, %52.9'unun 65-74 yaş grubunda, %52.3'ünün evli, %41.1'inin ilköğretim mezunu, %73.7'sinin emekli, %50.0'nin gelirinin giderine eşit olduğu, %39.4'ünün diğer aile bireyleri ile yaşadığı ve %5.0'nin alkol ve %30.7'sinin sigara kullandığı saptandı (Tablo 1).

2. Yaşlı bireylerin başvurdukları sağlık kurumları ve başvuru nedenleri incelendiğinde; yaşlı bireylerin %97.7'sinin birinci basamak kurumlarına başvurduğu, sağlık kurumlarına başvuru nedenlerinin öncelikle muayene olma (%98.5), ilaç yazdırma (%93.6) ve tansiyon ölçtürme (%46.9) olduğu saptandı (Tablo 2).

3. Yaşlı bireylerin kronik hastalıklara ilişkin özellikleri incelendiğinde; yaşlıların %97.9'unda kronik hastalık varlığı belirlendi. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin %74.3'ünün kardiyovasküler, %40.7'sinin endokrin, %26.3'ünün üriner sistem hastalıklarına sahip olduğu ve %51.1'inin 16 yıl ve üzeri süredir kronik hastalığı olduğu saptandı. Yaşlı bireylerin kronik hastalığa ilişkin %62.9'unun baş ağrısı, baş dönmesi, sinirlilik, halsizlik; %61.8'inin tansiyon değişiklikleri, çarpıntı yakınmalarının olduğu, bu yakınmalarla ilgili %88.6'sının hekime başvurduğu ve %74.5'inin kronik hastalıkları nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlandığı saptandı (Tablo 3).

4. Yaşlı bireylerin ilaçlara ilişkin özellikleri incelendiğinde; yaşlı bireylerin %98.5'inin ilaçlarını birinci basamak sağlık kurumlarında reçete ettirdiği, reçeteli kullanılan ilaçlar arasında öncelikle antihipertansif ilaçlar (%70.5), üriner sistem ilaçları (%53.7) ve analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların (%44.0) yer aldığı, sadece %6.4'ünün reçetesiz ilaç kullandığı saptandı. Yaşlı bireylerin %90.0'nin kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %65.1'inin bu bilgiyi hekimden aldığı, %62.9'unun ilaç prospektüsünü okumadığı, okumama nedenleri olarak %37.1'inin yazılanları anlamadığı, %20.7'sinin görme güçlüğü yaşadığı belirlendi. Yaşlı bireylerin %49.0'nin

günde 3-4 adet ilaç kullandığı, %99.2'sinin bu ilaçları oral yoldan aldığı, %53.3'ünün kullandıkları ilaçların yan etkilerini bildiği, %39.8'inin kullandıkları ilaçlara bağlı yan etki yaşadığı, yan etki yaşayanların da %24.3'ünün gastrointestinal yakınmaları olduğu belirlendi. Yaşlı bireylerin %74.1'inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %25.9'unun ilaçlarını düzenli kullanmadığı, ilaçlarını düzenli kullanmayanların %21.4'ünün ilaç saatlerine uyamadığı ve ilaç almayı unuttuğu belirlendi. Yaşlı bireylerin ilaç kullanırken %99.6'sının ilaçları doğru yoldan, %94.6'sının prospektüste belirtildiği gibi, %77.5'inin doğru zamanda ve doğru dozda almaya dikkat ettikleri belirlendi. Yaşlı bireylerin ilaç kullanımında yaşadığı güçlüklerin öncelikle ilaçları almayı unutma (%44.6), ilaçları uygulamakta zorlanma, (%36.9) ve ilaçları muadil kullanmak zorunda kalma (%38.6) olduğu saptandı (Tablo 4).

5. Yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre kronik hastalık süresi değerlendirildiğinde; kronik hastalık süresi ile cinsiyet ($p=0.0001$), yaş ($p=0.0001$), meslek ($p=0.010$), meslek ($p=0.016$) aylık gelir ($p=0.007$) ve sosyal güvence ($p=0.0001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 5).

6. Yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanma durumu değerlendirildiğinde; reçetesiz ilaç kullanımı ile yaş ($p=0.318$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 6).

7. Yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilme durumu değerlendirildiğinde; ilaçların yan etkilerini bilme ile cinsiyet ($p=0.005$), yaş ($p=0.0001$), medeni durum ($p=0.0001$), eğitim durumu ($p=0.0001$), aylık gelir ($p=0.0001$), sosyal güvence ($p=0.0001$), birlikte yaşanan kişiler ($p=0.0001$) ve sigara kullanımı ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 7).

8. Yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre günlük kullanılan ilaç miktarı değerlendirildiğinde; günlük kullanılan ilaç miktarı ile yaş ($p=0.0001$), medeni durum ($p=0.002$), eğitim durumu ($p=0.002$), meslek ($p=0.0001$), sosyal güvence ($p=0.0001$), birlikte yaşanan kişiler ($p=0.001$) ve sigara kullanımı ($p=0.031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Tablo 8).

9. Yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre kullanılan ilaçlara bağlı yan etki yaşama durumu değerlendirildiğinde; ilaçlara bağlı yan etki yaşama ile sosyal güvence

($p=0.048$) ve sigara kullanımı ($p=0.009$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 9).

10. Yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre ilaçlarını düzenli kullanma durumu değerlendirildiğinde; ilaçlarını düzenli kullanma ile yaş ($p=0.0001$), eğitim durumu ($p=0.019$), meslek ($p=0.0001$), aylık gelir ($p=0.001$), sosyal güvence ($p=0.0001$) ve birlikte yaşanan kişiler ($p=0.013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Tablo 10).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabiliriz.

1. Yaşlılarımızın yarıdan fazlasının kadın ve 65-74 yaş aralığında olması nedeni ile özellikle kadın ve bu yaş grubu yaşlıların kronik hastalık ve ilaç kullanımı açısından öncelikli değerlendirilmesi,
2. Yaşlılarımızın yarıya yakınının diğer aile bireyleri ile yaşaması nedeni ile yaşlı ile ilgili düzenlemelerde ailenin işbirliğinin sağlanarak eğitim, tedavi, bakım ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması,
3. Yaşlılarımızda sigara ve alkol öyküsü olması nedeni ile olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması,
4. Yaşlılarımızın en sık birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurması nedeni ile buradaki sağlık hizmetlerinden yaşlıların en iyi şekilde yararlanmalarının sağlanması,
5. Yaşlılarımızın tamamına yakınının kronik hastalığa sahip olması nedeni ile yaşlılara kronik hastalıkların önlenmesi, geciktirilmesi, tedavi, bakım ve izlemde sürekliliğin sağlanmasına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,
6. Yaşlılarımızın genellikle kardiyovasküler ve endokrin sistem hastalıklarına sahip olması nedeni ile özellikle kardiyovasküler ve endokrin sistem hastalıklarından koruyucu eğitim programlarının düzenlenmesi,
7. Yaşlılarımızın en çok kullandıkları ilaçların antihipertansif, üriner sistem, analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar olması nedeni ile özellikle bu grup ilaçların kullanımına, yan etkilerine yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,

8. Yaşlılarımızın reçetesiz ilaç kullanması ve çoğunluğunun ilaç prospektüslerini okumaması nedeni ile reçetesiz ilaç kullanımının zararları ve ilaç prospektüslerini okumanın yararları ile ilgili bilgilendirmelerin yapılması,
9. Yaşlılarımızın kullandıkları ilaçlarla ilgili özellikle GİS yakınmalarının olması nedeni ile GİS yakınmalarını azaltıcı önlemlerin öğretilmesi,
10. Yaşlılarımız ilaç saatlerine uyamama ve unutma nedeni ile düzenli ilaç kullanamamaları nedeni ile ilaç alım zamanlarını hatırlatıcı görsel ve yazılı dökümanların hazırlanması,
11. Yaşlılarımızın kronik hastalık ve ilaç kullanımlarını cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, birlikte yaşanan kişiler, meslek, sosyal güvence ve sigara kullanımının etkilemesi nedeni ile yaşlı ile ilgili düzenlemelerde sosyodemografik özelliklerin göz önünde bulundurulması.

9. KAYNAKLAR

1. Beğer T, Yavuzer H (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 25:1-3.
2. Tezcan S, Seçkiner P (2012). Türkiye’de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler (Ed: Aslan D, Ertem M). Ankara,1-8.
3. World Population Ageing (2013) United Nation. New York [online]. Available from:<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>. [Accesed 28 Mayıs 2014].
4. Türkiye İstatistik Kurumu (2012) İstatistiklerle Yaşlılar 3-30. Ankara.
5. Tiftik S, Kayış A, İnandır İ (2012). Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. Akat Geriatri 4: 1-11.
6. Pehlivan S, Karadakovan A (2013). Yaşlı bireyde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanınması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2: 385-395.
7. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. Am J Public Health 98: 198-200.
8. Ünsal A, Demir G, Özkan AÇ, Arslan GG (2011). Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12: 5-10.
9. Can F, Karaduman A, Bayramlar K, Ayhan Ç, Uyanık M, Yücel H, Meriç A (2007). Yaşlılar ve yeti yetersizliği: Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlıların ulusal eylem planı. Ankara, 74-77.
10. Gökçe KY (2006). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımları. Geriatri Dergisi 326: 37-44.
11. Dudak AH, Çakıl E, Aykut Mualla, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y (2006). Kayseri il merkezindeki yaşlıların medikososyal durumları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 9: 202-212.

12. Türk Geriatri Derneği (2013). Yaşlılıkla ilgili başlıca indikatörler ve değerlendirmeler [online]. Available from: www.geriatri.org/pdf. [Accessed 8 Şubat 2014].
13. Konak A, Çiğdem Y (2005). Yaşlılık olgusu. Sivas huzurevi örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 29: 23-63.
14. Karakuş A, Süzek H, Atay M (2003). Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. SBE 11: 39-51.
15. Bahar A, Parlar S (2007). Yaşlılık ve evde bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2: 32-39.
16. Tufan Y (2000). Erzurum İli Pasinler Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 60 yaş ve üzeri yaşlıların medikososyal sorunları. Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
17. Nalbant S (2008). Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Med 4:4-11.
18. Quality D (2009). The Challenge of Chronic Disease Serving Communities Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day, Switzerland, 12 Mayıs 2009, 3-9.
19. Nazlıel H (1999). Yaşlıda ağız ve diş sağlığı, Turkish Journal of Geriatrics 2: 14-21.
20. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik Bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2: 19-23.
21. Baş Y, Kalkan G, Seçkin HY, Takcı Z, Şahin Ş, Demir AK (2014). Geriatrik hastalarda dermatolojik sorunların analizi. Turk J Dermatol 2: 95-100.
22. Ateşkan Ü (2011). Kas-iskelet ve üriner sistemdeki yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler. Tukmos [online]. Available from: http://www.tihudum.org/tihud_content/uploads/assets/5.33.pdf. [Accessed 13 Ağustos 2014].
23. Çivi S, Tanrikulu Z (2000). Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevelansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi 3: 85-90.

24. Zoghi M (2010). Yaşlılarda kardiyovasküler fonksiyonlar. Türk Geriatri Dergisi 2: 1-4.
25. Çurgunlu A (2009). Yaşlıda üriner sistem infeksiyonuna pratik yaklaşım. Akademik Geriatri Kongre Kitabı, Antalya, 25-29 Mayıs 2009, 112-115.
26. Kayacan MS (2009).Olgularla acilde yaşlı hasta değerlendirilmesi. Akademik Geriatri Kongre Kitabı, Antalya, 20-24 Mayıs, 143-144.
27. Oktay G, Akıcı A (2001). Yaşlılarda ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi kararı verme süreci. Türk Geriatri Dergisi 4: 127-133.
28. Güner P, Güler Ç (2002).Yaşlıların ev güvenliği ve denetim listesi. Türk Geriatri Dergisi 5: 150-154.
29. Bıyık A, Özgür G, Özsoy S, Erefe İ, Emeç A, Ergül Ş (2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilacı kullanma davranışları. Türk Geriatri Dergisi 5: 68-74.
30. Doğan A, Ceceli E, Okumuş M, Gökkaya KO, Kutsal YG, Borman P, Öztop P, Altındağ Ö, Aydeniz A, Beyazova M, Eskiyurt N, Eyigör S, Hizmetli S, İrdesel J, Karapolat H, Madenci E, Nacır B, Ortancıl Ö, Turhan N,Yağcı İİ, Yazgan P (2011). Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran geriatrik hastaların özellikleri: çok merkezli tanımlayıcı araştırma. Türkiye Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi 57: 143-149.
31. Duranay M (2009). Hipertansif yaşlı izlemi ve tedavisinde özellikler. Akademik Geriatri Kongre Kitabı, Antalya, 20-24 Mayıs 2009, 23-30.
32. Arulat T (2009). Aile hekimlerinin birinci basamakta yaşlı hasta değerlendirmesindeki sorunlar. Akademik Geriatri Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, 20-24 Mayıs, 17-22.
33. Pathol J (2007). The endocrine system and ageing. Wiley Interscience 211: 173–180.
34. Dey AB, Chatterjee P, Das PC (2012). Immune status in the elderly, Medicine Update 22: 721-724.

35. Bölükbaşı S (2008). Kemik ve yaşlanma. Türkiye Klinikleri J Med Sci 28: 130-133.
36. Er D (2009). Psikososyal açıdan yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 11: 132-144
37. Öz F (2002). Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme, Kriz Dergisi 10: 17-28.
38. Wilson G. Understanding old age: critical and global perspectives. 2010; London Ageing Across Cultures. Retrieved from Sage Publications: [http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=MIitLLvNnLoC&oi=fnd&pg=PP11&dq=Wilson,+G+\(2000\).+Understanding+old+age:+critical+and+global+perspectives.+Ageing+Across+Cultures++&ots=mIXNpnSKhD&sig=kOTQH28nHo6NV1_vpWsN8eqGflk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=MIitLLvNnLoC&oi=fnd&pg=PP11&dq=Wilson,+G+(2000).+Understanding+old+age:+critical+and+global+perspectives.+Ageing+Across+Cultures++&ots=mIXNpnSKhD&sig=kOTQH28nHo6NV1_vpWsN8eqGflk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
39. Özer E, Özdemir L (2009). Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 79: 42-51.
40. Danış ZM (2004). Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık. HÜ Gebam [online]. Available from: http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf. [Accessed 18 Ağustos 2014].
41. World Health Organization (2010) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu. İtalya, WHO.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Birinci basamakta çalışan hekimler için yaşlı tanı ve tedavi rehberi (2010). Ankara.
43. Türkiye İstatistik Kurumu (2012) İstatistiklerle Yaşlılar 63-64. Ankara.
44. Maristela F, Romano-Lieber SN, Bergsten MG, Secoli RS, Ribeiro E, Lebrão ML, Oliveira Duarte YA (2012). Polypharmacy among the elderly in the city of Sao Paulo, Brazil – Sabe Study, Rev Bras Epidemiol 15: 817-827.
45. Claire A, Catherine E, Graham F (2014). Alignment between chronic disease policy and practice: case study at a primary care facility, Plos One 105360: 9-8.

46. Akalın E, Tanrıöver MD, Sayran F (2012). Kronik hastalık yönetimi. Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü, Haziran 2012, 34-36.
47. Yardım N (2012). Yaşlanma ve kronik hastalıklar, Türkiye perspektifi. Yaşlı Sağlığı:Sorunlar ve Çözümler (Ed: Aslan D, Ertem M). Ankara, 60-68.
48. Göksel SU (2010). Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı, birinci basamağa öneriler. Akat Geriatri 7:110-121.
49. Kısa A (2012). Kronik hastalıklarda ekonomik sorunlar ve yönetimi. Kronik Hastalıklar ve Bakım (Ed:Durna Z). İstanbul, 23-37.
50. Türkmen E (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. Kronik Hastalıklar ve Bakım (Ed: Durna Z). İstanbul, 37-49.
51. Durna Z (2012).Kronik hastalıklar ve önemi. Kronik Hastalıklar ve Bakım (Ed: Durna Z). İstanbul, 1-7.
52. Fisher L (2006) Research on the family and chronic disease among adults, major trends and directions. Families, Systems and Health 24: 373-380.
53. Mollaoğlu M (2012). Kronik hastalıklara uyum süreci kronik hastalıklar ve önemi. Kronik Hastalıklar ve Bakım (Ed:Durna Z). İstanbul, 51-65.
54. Black L, Runken MC, Eaddy M, Shah M (2007). Chronic disease prevalence and burden in elderly men: An analysis of medicare medical claims data. J Health Care Finance 33: 68-78.
55. Akdemir N, Birol L (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İkinci Baskı. Sistem Ofset, Ankara, 193-200.
56. Özdemir Ü, Taşçı S (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 1: 57-72.
57. Arslan GG, Eşer (2005). Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirelerin rolü Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 21: 147-157.

58. Kaya H (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 1: 19-23.
59. Kim H, Shin j, Kim M, Park B (2014). Prevalence and predictors of polypharmacy among Korean Elderly, Plos One, 98043: 9-6.
60. Veena DR, Padma L, Sapma P (2012). Drug prescribing pattern in elderly patients in a teachinghospital. Journal of Dental and Medical Sciences 1: 39-42.
61. David W, Kaufman SD, Judith P, Kelly MS, Rosenberg L, Thesera E, Anderson RN, Allen A, Mitchell MD (2002). Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United states. American Medical Association 287: 337-343.
62. Qato DM, Pharm D, Alexander MD, Rena M, Johnson M, Schulm P, Lindau TS (2008). Use of prescription and over the counter medications and dietary supplements among older adults in the united states. American Medical Association 300: 2867-2877.
63. Erdinçler DS (2010). Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı. Geriatrik Hasta ve Sorunları (Ed: Beğer T, Erdinçler DS, Altıparmak MR). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu, İstanbul, Ocak2010,9-31.
64. Bodur H, Borman P (2002). Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçların geriatri de kullanımı. Geriatri 5: 24-29.
65. Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kapucu M (2001). Trabzon 2 nolu merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaşlıların medikososyal durumlarının değerlendirilmesi. Geriatri 4:159-171.
66. Daniel S, Scott R, Chesley L(2007). Medication use leading to emergency department visits for adverse drugevents inolder adults. Annals InternalMedicine 147: 755-765.
67. Ahmad A, Mast MR, Nijpels G, Elders PJM, Dekker JM, Hugtenburg JG (2014). Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital. Dove Press 8: 155–165

68. Solmaz T, Akın B (2009). Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 12:72-81.
69. Onar E, Kapucu S (2010). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: polifarmasi. *Akat Geriatri* 3: 22-28.
70. Çatak B, Binali AS, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D (2012). Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 10:13-21.
71. Erkin G, Gülşen ED, Aybay C, Özel S (2004). Kas iskelet sistemi hastalığı olan yaşlı hastaların sistemik hastalıkları ve ilaçların değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 7: 155-158.
72. Kaya M, Aslan D, Doruk C, Dokur U, Biçici V, Gülen T, Dursun A, Erayman A, Ertekin Ö (2008). Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. *Türk Geriatri Dergisi* 11: 12-17.
73. Demirbağ BC, Timur M (2012). Bir grup yaşlının ilaç kullanım ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 11: 1-8.
74. Diker J (2000) Körfez 6 No’lu sağlık ocağı ile yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş ve üzerindeki kişilerde kronik hastalık ve ilaç kullanımı. *Türk J Geriatri* 3: 91-97.
75. Ergün ÖG, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçı E, Akpınar E (2003). Adana huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Geriatri* 6: 89-94.
76. Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Sıddıqui Z, Uluç F, Ülger Z, Yılmaz Ö(2002).Ankara’da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi’ne Mahallesi’nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. *Geriatri*5:97-102.
77. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F (2005). Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. *Sted* 14:113-119.

78. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F (2002). Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Geriatrici* 5:138-143.
79. Harugeri A, Joseph H, Parthasarathi G, Ramesh M, Guido S (2010). Potentially inappropriate medication use in elderly patients: a study of prevalence and predictors in two teaching hospitals. *Journal of Postgraduate Medicine* 56: 186-191.
80. Zaveri HG, Mansuri S, Patel VJ (2010). Use of potentially inappropriate medicines in elderly: A prospective study in medicine out-patient department of a tertiary care teaching hospital. *Indian Journal of Pharmacology* 42:95-98.
81. Ellitt GR, Engblom E, Aslani P (2010). Drug related problems after discharge from an Australian teaching hospital. *Pharmacology World Science* 32: 622-630.
82. Gülbayrak C, Açık A, Oğuzöncül FA, Deveci ES, Ozan TA (2003). Yenimahalle eğitim araştırma sağlık ocağına başvuran yaşlılardaki kronik hastalık sıklığı ve maliyet. *AÜTD* 35: 7-12.
83. Ünsaldı EG, Piyal B (2002). Çubuk sağlık ocağına başvuran 65 yaş ve üzeri grupta kronik hastalık ve etkinlik kısıtlılığının değerlendirilmesi. *T Klin J Med Sci* 22: 362-368.
84. Ryan C, O'Mahony D, Kennedy J, Weedle J, Barry P, Gallagher P (2009). Appropriate prescribing in the elderly: An investigation of two screening tools, beers criteria considering diagnosis and independent of diagnosis and improved prescribing in the elderly tool to identify inappropriate use of medicines in the elderly in primary care in Ireland. *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 34: 369-376.
85. Neafsey PJ, Shellmann J (2001). Adverse self-medication practice of older attending blood pressure clinics: adverse self-medication practices. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* [online]. Available from: <http://ispub.com/journals/IJANP/VOL5N1/self> [Accessed 27 Mayıs 2014].
86. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe Kutsal Y (2000). Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Türk Geriatri Dergisi* 3: 56-60.

87. Gurwitz JH, Field TS, Judge J, Rochon P, Harrold LR, Cadoretb C, Lee M, Whitw K, Laprino J, Erramuspe MJ, Deflorio M, Gavendo L, Auger J, Bates DW (2005). The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *Am J Med* 118: 251-258.
88. Camargo AL, Ferreira MBC, Heineck I (2006). Adverse drug reactions: a cohort study in internal meicine units at a university hospital. *European Journal of Clinical Pharmacology* 62 : 143-149.
89. Murray MD, Morrow DG, Weiner M, Clark DO, Tu W, Deer MM, Brater DC, Weinberger M (2004). A conceptual framework to study medication adherencein older adults. *The American Journal of Geriatrics Pharmacotherapy* 2: 36-43.
90. Akkuş Y, Karatay G (2011). Kars'ta 60 yaş üstü bireylerin ilaç kullanım bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *TÜBAV Bilim Dergisi* 4: 214-220.
91. Soyuer F, Soyuer A (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 15: 219-224.
92. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A, Fakıoğlu E, Yılmaz N (2003). Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmetini kullanımının değerlendirilmesi. *Geriatrı* 6: 22-26.
93. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA (2008). Drug utilization and plypharmacy among the elderly: A survey in Rio de Janeiro city, Brazil. *Pan American Journal of Public Health* 23: 34-44.
94. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328: 15-19.
95. Qiao Q, Tervahauta M, Nissinen A, Tuomilehto J (2000). Mortality from all causes and from coronary heart disease related to smoking and changes in smoking during a 35-year follow-up of middle-aged finnish men. *Eur Heart J* 21: 1621-1626.

96. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islm T, Morisky DE, Webber LS (2009). Barriers to ad determinants of medication adherence in hypertension: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Medical Clinics North America* 93: 753-768.

10. EKLER

10.1. Ek.1 Hasta Bilgi Formu

**RİZE İLİ ARDEŞEN İLÇESİ 10 NUMARALI AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNE KAYITLI
65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE KRONİK HASTALIK SIKLIĞI VE İLAÇ
KULLANIMI**

Değerli katılımcı,

Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlarla yaşlı bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarının belirlenmesi ile yaşlı bireylere daha etkin sağlık bakım hizmetlerinin planlanması/ uygulanmasına yardımcı olunacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

I. KİŞİSEL BİLGİLER

1.Cinsiyet

☐ Kadın ☐ Erkek

2.Yaş:.....

☐ 65-74 ☐ 75-84 ☐ 85 ve üzeri

3.Medeni Durum

☐ Evli ☐ Eşi vefat etmiş ☐ Boşanmış

4.Eğitim Durumu

☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite

5.Meslek

☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ Emekli ☐ Çalışmıyor ☐ İşçi

6. Aylık Gelir

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir gidere eşit/fazla

7.Sosyal Güvence

☐ Emekli sandığı ☐ SSK ☐ Bağkur ☐ Özel güvence ☐ Yok

8.Birlikte Yaşanılan Kişiler

☐ Yalnız ☐ Eş ☐ Eş ve çocuklar ☐ Diğer aile bireyleri

9.Alkol Kullanma Durumu

☐ Kullanıyor ☐ Kullanmıyor

10.Sigara Kullanma Durumu

☐ Kullanıyor ☐ Kullanmıyor

II. KRONİK HASTALIKLAR

1. Genellikle başvurduğunuz sağlık kurumları neresidir?

☐ Devlet hastaneleri ☐ Birinci basamak kuruluşlar ☐ Üniversite hastaneleri
☐ Özel kuruluşlar ☐ Hiçbir kuruma başvurmayan

2. Sağlık kurumlarına başvuru nedeniniz?

☐ Muayene olmak ☐ İlaç yazdırmak ☐ Tansiyon ölçtürmek ☐ Enjeksiyon yaptırmak
☐ Pansuman yaptırmak ☐ Tıbbi danışmanlık hizmeti almak ☐ Laboratuvar tetkiklerini yaptırmak
☐ Diğer.....

3.Doktor tarafından tanılanmış kronik bir hastalığınız var mı?

☐ Var ise belirtiniz..... ☐ Yok

4. Kronik hastalığınız aşağıdaki sistemlerden hangisi/hangilerine girmektedir?

- Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ☐
Solunum Sistemi Hastalıkları ☐
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları ☐
Üriner Sistem Hastalıkları ☐
Serebrovasküler Hastalıklar ☐
Onkolojik Hastalıklar ☐
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları ☐
Psikiyatrik Hastalıklar ☐
Göz Hastalıkları ☐
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları ☐
Hematolojik Sistem Hastalıkları ☐
Cilt Hastalıkları ☐

5. Kronik hastalık tanınızı ne zaman aldınız?

- ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-15 yıl ☐ 16 yıl ve üzeri

6. Kronik hastalığınızla ilgili şu an hangi yakınmalarınız var?

- ☐ Bulantı, kusma, mide yanması, ishal, kabızlık
☐ Baş ağrısı, baş dönmesi, sinirlilik, halsizlik
☐ Ciltte döküntü, kaşıntı
☐ Tansiyon değişiklikleri, çarpıntı
☐ İç sıkıntısı, darlık, kendini iyi hissetmeme, içe kapanma
☐ Kesik kesik öksürük, nefes almada sıkıntı
☐ Sık idrara çıkma, idrar yapmada zorlanma, ayaklarda ödem
☐ Görme, işitmede azalma
☐

7. Bu yakınmalarınızı azaltmak/gidermek için ne/neler yapıyorsunuz?

- ☐ İlaçlarımın dozunu azaltıyorum.
☐ İlaçlarımı atlıyorum.
☐ Başka koruyucu ilaçlar kullanıyorum.
☐ Doktoruma danışıyorum.
☐ İlaçlarımı doktor önerisi ile değiştiriyorum.
☐ Doktorumu değiştiriyorum.
☐ Eczaneden reçetesiz başka ilaç alıyorum.
☐ Arkadaş/komşu tavsiyelerine uyuyorum.
☐ İlaçlarımı bol su ile almaya çalışıyorum.
☐ Bitkisel ilaçlar kullanıyorum.
☐

8. Kronik hastalığınız yaşamınızı nasıl etkiliyor?

- ☐ Başkalarına yük oluyorum.
☐ Sık sık hastalanıyorum.
☐ Aile rollerimi sürdürmede zorlanıyorum.
☐ İşteki rollerimi sürdürmede zorlanıyorum.
☐ Günlük yaşam aktivitelerimi yerine getirmede zorlanıyorum
☐ Zamanımı geçirmekte zorlanıyorum.
☐ Can sıkıntısı yaşıyorum.
☐

III. İLAÇ KULLANIMI

1. İlaç reçetelerinizi nerede yazdırıyorsunuz?

- ☐ Birinci basamak sağlık kuruluşları ☐ Devlet Hastaneleri ☐ Özel Hastaneler ☐ Üniversite Hastaneleri

2. Reçeteli kullandığınız ilaç/ilaçlar nelerdir?

- | | |
|--|--|
| ☐ Kardiyovasküler sisteme yönelik ilaçlar | ☐ Antihipertansif ilaçlar |
| ☐ Endokrin sisteme yönelik ilaçlar | ☐ Antiromatizmal ilaçlar |
| ☐ Hematolojik sisteme yönelik ilaçlar | ☐ Psikotropik ilaçlar |
| ☐ Sindirim sistemine yönelik ilaçlar | ☐ Antihistaminik ilaçlar |
| ☐ Üriner sisteme yönelik ilaçlar | ☐ Vitaminler |
| ☐ Solunum sistemine yönelik ilaçlar | ☐ Analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar |
| ☐ Onkolojik sisteme yönelik ilaçlar | ☐ Göz hastalıklarına yönelik ilaçlar |
| ☐ Nörolojik sisteme yönelik ilaçlar | |

3. Reçetesiz kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

- ☐ Var ise belirtiniz..... ☐ Yok

4. Kullandığınız ilaçlarla ilgili bilgi aldınız mı?

- ☐ Evet ise kimden aldınız ☐ Hekim ☐ Hemşire ☐ Eczacı ☐ Diğer.....
- ☐ Hayır

5. İlaçlarınızın prospektüsünü okuyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır ise okumama nedeniniz.....
- ☐ Görme güçlüğü yaşamam nedeni ile yazıları okuyamıyorum.
- ☐ Prospektüsü okumaya gerek duymuyorum.
- ☐ Prospektüste yazılanları anlayamıyorum.
- ☐ Okuma-yazma bilmiyorum

6. Kullandığınız ilaçların yan etkilerini biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

7. Günlük kullandığınız ilaç miktarı nedir?

- ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ 7 ve üzeri

8. İlaçlarınızı hangi yoldan alıyorsunuz?

- ☐ Oral ☐ Cilt altı ☐ Kas içi ☐ Damar içi
- ☐ Solunum ☐ Göz içi ☐ Cilt üzeri

9. Kullandığınız ilaç/ilaçlara bağlı sorun/yan etki yaşıyor musunuz?

- ☐ Evet ise belirtiniz.....
- ☐ Hayır

10. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır ise kullanmama nedenleriniz
- ☐ İlaç bittiğinde temin edemiyorum.
- ☐ İlaç saatlerine uyamıyorum.
- ☐ Kullandığım ilaçların yararını göremiyorum.
- ☐ Tedaviyi kabul etmiyorum.
- ☐ İlaçlarımı almayı unutuyorum.
- ☐ İlaçlarımın tatları kötü
- ☐ Tabletler büyük ve yutması zor
- ☐ Kendimi iyi hissedince ilaçlarımı atlıyorum.
- ☐ Kendimi iyi hissedince ilaçlarımın dozunu azaltıyorum.
- ☐

11. İlaçlarınızı kullanırken nelere dikkat ediyorsunuz?

- ☐ İlaçlarımı doğru zamanda alıyorum.
- ☐ İlaçlarımı doğru dozda alıyorum.
- ☐ İlaçlarımı doğru yoldan alıyorum.
- ☐ İlaçlarımın son kullanma tarihine dikkat ediyorum.
- ☐ İlaçlarımı uygun yerlerde (buzdolabı, kapalı dolap vb.) saklıyorum.
- ☐ İlaçlarımın yan etkileri ile ilgili bilgi alıyorum.
- ☐ İlaçlarımın yan etkilerini takip ediyorum.
- ☐ İlaçlarımın prospektüsünü okuyorum/okutturuyorum.
- ☐ İlaçlarımı prospektüste belirtildiği/doktorun önerdiği gibi aç/tok karına alıyorum.
- ☐ Ağızdan olan ilaçlarımı bol su ile alıyorum.
- ☐ İlaçlarımı hazırlarken ve alırken hijyen kurallarına uyuyorum.
- ☐

12. İlaçlarınızı kullanırken ne gibi güçlükler yaşıyorsunuz?

- ☐ İlaçlarımın dozunu ayarlamada zorlanıyorum.
- ☐ İlaçlarımı doğru zamanda alamıyorum.
- ☐ İlaçlarımı almayı unutuyorum.
- ☐ Hangi ilacımı alacağımı karıştırıyorum.
- ☐ İlaçlarımı (enjeksiyon gibi) yaptırmakta zorlanıyorum.
- ☐ İlaçlarımı yutmakta zorlanıyorum.
- ☐ Birden çok ilaç aldığımda yan etkileri artıyor, almakta zorlanıyorum.
- ☐ İlaçlarımı reçete ettirmede zorlanıyorum.
- ☐ İlaçlarımı eczanede bulamıyorum.
- ☐ İlaçlarımı muadil kullanmak zorunda kalıyorum.
- ☐

10.2. Ek 2 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırmanın amacı, 65 yaş üzeri yaşlı bireylerin kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımlarını belirlemektir. Araştırma, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Didem SARİMEHMET'in Bilim Uzmanlığı Tezi olarak planlanmıştır.

Bu araştırma sonucunda, kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımının bilinmesi ile sağlık bakım hizmetlerinin, yaşlı bireylerin kronik hastalıklarına ilişkin bakımları konusunda hizmeti daha akılcı ve etkin şekilde planlaması söz konusu olacaktır. Yaşlanma sürecine etki eden kronik hastalıklar geciktirilebilir ya da önlenebilir durumdadır. Yaşlı insanlar kronik hastalıklardan ne kadar uzak yaşarlarsa, yaşam kaliteleri de o kadar yüksek olacak, topluma katkıları artacak, kronik hastalıkların artmasına bağlı birden fazla ilaç kullanımları önlenip ilaçların daha bilinçli kullanımı sağlanacaktır. Bu nedenle size tanısı konulmuş kronik hastalık ya da hastalıklarınıza ve ilaç kullanımlarınıza dair bir anket uygulanacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamada tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Benyukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı-Soyadı

İmza

İmza

10.3. Ek.3 T.C Rize Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı



**T.C
RİZE VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü**

Sayı :50022329/154-1557
Konu :Araştırma Hk.

03 Mart 2014

Sn. Didem SARİMEHMET
Gülbahar Mh.Yakut-2 Sitesi A Blok Kat.8
Merkez/RİZE

Karadeniz Teknik Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans eğitiminizi tamamlamak üzere “ Rize İli Ardeşen İlçesi 10 Numaralı Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımı” konulu tez araştırmanızı gerçekleştirmek için Müdürlüğümüze vermiş olduğunuz 07/02/2014 tarihli dilekçesiniz ve ekleri Müdürlüğümüz Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonunun 28/02/2014 tarihli toplantısında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığının 23/08/2013 tarihli ve 86761 sayılı yazısı ile eki Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler kapsamında değerlendirilmiştir. Komisyonun 2014/01 Nolu kararı ile tez araştırmanızın Müdürlüğümüze bağlı Ardeşen 10 Nolu Aile Hekimliği Biriminde yapmanızda herhangi bir sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Ayrıca; araştırmanın Ardeşen 10 Nolu Aile Hekimliği Biriminde gerçekleştirileceğinden burada görev yapan personelden araştırmanın yürütülmesine esas gönüllü olduklarına dair belge alınması, kişilerin izinleri olmadan sağlık verilerinin ve iletişim bilgilerinin talep edilmemesi, araştırmanız tamamlandığı da sonuç raporunun bir nüshasının Kuruma iletilmek üzere Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinize rica ederim.


Dr. Faik OZŞAHİN
Halk Sağlığı Müdürü

11.ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 2
Konu:

Tarih:05/05/2014

Sayın; Doç.Dr.Sevilay HİNTİSTAN
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Rize İli Ardeşen İlçesi 10 Numaralı Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımı” başlıklı etik kurul 2014/38 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Rize İli Ardeşen İlçesi 10 Numaralı Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımı”			
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2014/38			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Sevilay HİNTİSTAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Didem SARİMEHMET			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	UZMANLIK TEZİ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANİ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:01	Tarih: 28/04/2014
	Doç.Dr.Sevilay HİNTİSTAN'ın sorumluluğunda yürütülen Didem SARİMEHMET'e ait "Rize İli Ardeşen İlçesi 10 Numaralı Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımı" başlıklı 2014/38 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr. Hafız AYDIN Üye:	Ortopedi ve Travmatoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr. Yüksel ALİYAZICIOĞLU Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raporör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Gülşay KARAGÜZEL Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	İZİNLI
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Y. Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Fatih Mehmet GÖKÇE Üye:	Fizyoloji	RTE Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	İZİNLI
Doç.Dr.Bahanur ÇEKİÇ Üye:	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Dilek MALKOÇ Üye:	Aile Hekimi	Sürmene Aile Sağlığı Merkezi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Miraç ÇELİK Üye:	Hukuk	KTÜ Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	İZİNLI
Tufan SAĞLAM Üye:	Tekstil	Serbest (Tekstil Mühendisi)	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki / ** :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : SARIMEHMET Didem
Uyruğu : T.C
Doğum Tarihi ve Yeri : 05.07.1986 Ordu
Medeni Hali : Evli
Telefon : 0 462 230 04 76
E-Posta : didemsarimehmet@hotmail.com
Yazışma Adresi : Ali Paşa Mah. Yalı Evleri Sitesi B Blok No:8 Rize

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece Mezun Olduğu Kurumun Adı Mezuniyet Yılı

Lisans Karadeniz Teknik Üniversitesi 2010

Lise Trabzon Lisesi 2004

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi Kurum Süre (Yıl-Yıl)

1.Hemşire Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Trabzon 2011-2014

2. Hemşire İkizdere Devlet Hastanesi Rize 2014-

YABANCI DİL

İngilizce