

T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALTMİŞ BEŞ YAŞ VE ÜSTÜ KİŞİLERDE İLAÇ KULLANIM BİLGİ
DÜZEYLERİNİN SORGULANMASI

Levent ÖZCAN

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ersel ONRAT

Tez No: 2010-015
2010- AFYONKARAHİSAR

T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALTMİŞ BEŞ YAŞ VE ÜSTÜ KİŞİLERDE İLAÇ KULLANIM
BİLGİ DÜZEYLERİNİN SORGULANMASI**

Levent ÖZCAN

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ersel ONRAT**

Tez No: 2010-015

2010-AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22.07/2010

Doç. Dr. Ersel ONRAT

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Gürsel ACARTÜRK

Doç. Dr. Tuna DEMİRDAL

ÜYE:

ÜYE:

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Levent ÖZCAN'ın "Altmış Beş ve Yaş Üstü Kişilerde İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Sorgulanması" başlıklı tez çalışması 22.07/2010 günü saat 10.00 da Lisans Üstü Eğitim ve Öğretim Sınav yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Esmâ KOZAN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kabul ve Onay	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Simge ve Kısaltmalar Dizini.....	vi
Şekil Dizini.....	vii
Tablolar Dizini.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık.....	3
2.2. Yaşlanma ile İlgili Teoriler.....	4
2.3. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlanan Nüfus.....	5
2.4. Yaşlanma ile Birlikte Görülen Sistem Değişiklikleri.....	5
2.4.1. Beden Bileşiminde Değişme.....	6
2.4.2. Kardiyovasküler Sistem.....	6
2.4.3. Solunum Sistemi.....	7
2.4.4. Sindirim Sistemi.....	7
2.4.5. Sinir Sistemi.....	8
2.4.6. Üriner Sistem.....	8
2.4.7. Metabolik ve Endokrin Sistem.....	8
2.4.8. Bağışıklık Sistemi.....	9
2.4.9. Deri.....	9
2.4.10. Kas-İskelet Sistemi.....	10
2.4.11. Yaşlılıkta Psikososyal Değişiklikler.....	10
2.5. Çoklu İlaç Kullanımı.....	11

2.6. Yaşlanmanın Farmokinetik Üzerine Etkileri.....	12
2.7. Yaşlanmanın Farmakodinami Üzerine Etkileri.....	14
2.8. Etkileşimler.....	15
2.8.1. İlaç-Hastalık Etkileşimleri.....	15
2.9. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı.....	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	18
3.2. Araştırmanın Örnekleme.....	18
3.3. Verilerin Toplanması.....	18
3.3.1. Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması.....	18
3.3.2. Veri Toplama Süreci.....	19
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	29
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	35
ÖZET.....	37
SUMMARY.....	38
KAYNAKLAR.....	39
EKLER.....	44

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Simgeler</u>	<u>Açıklama</u>
Maks.	Maksimum değer,
min.	Minimum değer,
ml/dk	Mililitre/ dakika,
p< 0,05	İstatistiksel anlamlılık,
r ^s	Korelasyon katsayısı,
X ²	Spearmen's korelasyon katsayısı.

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
ABD	Amerika Birleşik Devletleri,
ATP	Adenozin Trifosfat,
BMH	Bazal Metabolizma Hızı,
DM	Diabetes Mellitus,
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit,
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü,
GI	Gastrointestinal,
GİS	Gastrointestinal Sistem,
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein,
HT	Hipertansiyon,
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein,
PTH	Paratiroit Hormon,
TCA	Trisiklik Antidepresan,
UNİCEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu.

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Yaşın normal plazma albümin konsantrasyonuna etkisi14

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Yaşlıların Demografik Özellikleri.....	20
Tablo 2: Yaşlıların İlaç Kullanım Durumu.....	21
Tablo 3: Yaşlıların Kronik Hastalık Sayıları	22
Tablo 4: Yaşlıların Varolan Kronik Hastalıkları	22
Tablo 5: Yaşlıların Kullandıkları İlaç Gruplarının Dağılımı.....	23
Tablo 6: Yaşlıların İlaçlarını Düzenli Kullanmama Nedenleri.....	23
Tablo 7: Yaşlıların İlaç Temininde Yaşadıkları Sorunun Nedenleri.....	24
Tablo 8: Yaşlıların Düzenli Olarak Doktora Gidememe Nedenleri.....	24
Tablo 9: Doktora En Sık Gitme Nedenleri.....	25
Tablo 10: Başvurulan Sağlık Kuruluşları / Merkezleri	25
Tablo 11: Bilinçli İlaç Kullanım Belirteçlerine Göre Uyum Durumu.....	26

1. GİRİŞ

Son yüzyılda ortalama yaşam süresinin uzaması ile tüm dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmıştır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerdeki gelişmeler bebek ölüm hızını azaltmış, bulaşıcı hastalıklar daha etkin biçimde kontrol altına alınmıştır. Bütün bunların sonucunda doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış, toplam nüfus içinde 65 yaş üzeri nüfus artmıştır, (DİE 1995; U.S Department of Health and Human Services 2001).

Altmış beş yaş üzerindeki bireylerin sayısı, 1998'de 580 milyon iken, 2050 yılında 1,97 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yaşlılık yaşam sürecinin çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağıdır. Yaşlı nüfustaki bu artış beraberinde önemli sağlık sorunlarını da gündeme getirmektedir, (Gökçe-Kutsal, 2003).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmaya göre 65 yaş ve üzerindeki kişilerin % 90'nın, bilinen en az bir kronik hastalığı olduğu, bunların % 35'inin 2, % 23'ünün 3, % 15'inin de 4 ve daha fazla kronik hastalığının bir arada bulunduğu gösterilmiştir, (Altay, 2003).

Yaşlanma ile birlikte hastalık sıklığının artması nedeniyle, geriatric grubu oluşturan 65 yaşın üzerindeki kişilerde çoklu ilaç kullanımı yaygındır. Çoklu ilaç kullanımı 5 veya daha fazla ilacın kullanılması olarak tarif edilir, (Akan ve ark., 1999).

Çoklu ilaç kullanımı, kullanılan ilaçların yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri ölümle sonuçlanabilecek, ciddi problemlere neden olabilmektedir. Bu fazla ilaç tüketimi göz ardı edilmemesi gereken, geriatri pratiğinin en önemli sorunlarından biridir, (Haaijer et al., 1998; Galavis ve Wooten, 2005; Işık, 2008).

Bu çalışmanın amacı; yaşlanma ile oluşan fizyolojik değişiklikler, bu değişikliklerin ilaç farmakolojisine olan katkıları, 65 yaş ve üzeri kişilerde çoklu ilaç kullanım durumu, yaşlıların ilaç kullanım bilgi dzeyeleri, ilaçların birbirleri arasındaki etkileşimler ve yaşlı kişilere reçete yazılırken üzerinde durulması gereken noktaları saptamaktır. Böylece, yaşlı bireylerin gereksiz çoklu ilaç kullanımından kaçınılarak, kullanması gereken ilaçları doğru doz, doğru zaman ve doğru şekilde almasını sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlılık ile ilgili eski kaynaklar 2400 yıl önceye dayanmaktadır. Bu konudaki, ilk yazılı kaynak Homeros'un "İlyada ve Odysseia" adlı eseridir. Bu eserde yaşlı Nestor karakteri ile bilge bir insan tanımlaması yapılmıştır. Yine Sophokles, 89 yaşında iken yaşlı insanı; "bilge" olarak tanımlamakta ve öğütlerine kulak verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Aristoteles ise yaşlılığı tersten tanımlayarak, "hastalık erken gelen bir yaşlılık, yaşlılık ise doğal bir hastalıktır" demektedir. Eski çağlarda birçok ünlü düşünür yaşlanmayı doğal ve olağan bir süreç olarak tanımlamaktadır, (Gökçe-Kutsal, 2003).

Nüfusun yaşlanması 21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli sağlık problemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde, insanlar 19. yüzyıla göre daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır, (DİE, 1995).

Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan bir süreçtir. Yaşam sürecinin; çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağıdır, (Gökçe-Kutsal, 2003).

Yaşlılık; başlangıcı 60–65 yaş olarak kabul edilen, biyolojik, fizyolojik, duygusal ve fonksiyonel olarak değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir. Yaşlanmaya bağlı olarak, insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklere biyolojik yaşlılık, buna bağlı olarak organlarda meydana gelen değişikliklere fizyolojik yaşlılık, kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam şeklinin değişmesine ise fonksiyonel yaşlılık denir, (Doruk ve ark., 2005;

Açıkel ve ark., 2008). Bazı yazarlar yaşlılığı, genç yaşlı (65–74 yaş), orta yaşlı (75–84 yaş) ve yaşlı-yaşlı (85 ve üzeri yaş) olarak sınıflandırmaktadırlar, (Demircan, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ–1998) yaşlılıkla ilgili raporunda, 65 yaşı yaşlılığın başlangıcı olarak bildirmektedir. Yaşlılık ile ilgili oranlara bakıldığında; Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de % 13, İskandinav ülkelerinde % 20'lere varmaktadır. Ülkemizde 1990 yılında yapılan nüfus sayımına göre 65 yaş ve üzeri nüfus % 4,3 iken, 2000 yılında bu oran % 5,6'ya yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 1996 yılında yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarında ise 65 yaş ve üstü nüfusun 2010 yılında % 6,7; 2020 yılında % 8,5, 2030 yılında ise % 12,1 olacağı tahmin edilmektedir, (DİE 1995; Arpacı, 2005).

Ülkemizde, 2000 yılında yaklaşık 5,5 milyon olan 65 yaş ve üzeri nüfusun, 2050'ye kadar 17 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu verilere göre dünyada ve Türkiye'de toplam nüfus içindeki yaşlı oranı ve sayısı giderek artış göstermektedir, (Aşçı ve ark., 2007).

2.2. Yaşlanma ile İlgili Teoriler

Yaşlanmaya özgü değişikliklerle ilgili moleküler düzeyden organ sistemlerinin fonksiyonlarına kadar birçok teori üretilmiştir, bunlardan başlıcaları;

1. Somatik Mutasyon Teorisi: Somatik hücrelerde yaşam boyu biriken mutasyonlar birçok hastalığa neden olur. Somatik mutasyon teorisi, mitokondrial DNA (Deoksi Ribonükleik Asit) mutasyonlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir, (Walburg, 1975).

2. Serbest Radikal Teorisi: Bu teoriye göre endojen olarak üretilen yüksek reaktivitedeki serbest radikaller somatik mutasyonlara ve protein hasarına yol açar.

Serbest radikallerden oluşan oksidatif değişiklikler, yaşıllığın dejeneratif hastalıklarında artan bir öneme sahiptir, (Allison et al., 2000).

3. Hücre Yaşlanması Teorisi: Hücre proliferasyonunu kontrol eden genler klonal yaşlanmanın sebeplerindedir. Hücre yaşlanması kromozom uçlarında telomer bölgesindeki DNA kayıplarını da kapsar. Programlı hücre ölümü yani apoptozis de yaşlanma ile ilgilidir. Hücre ölümü ayrıca iskemi ya da toksinler gibi nedenlerle de olabilir; buna "nekrotik hücre ölümü" denir, (Hao et al., 2001).

4. Bağışıklık Teorisi: Yaşlılarda görülen primer immün yanıt zayıflaması onları enfeksiyonlara duyarlı kılar. Ayrıca, yaşlılarda düşük grade otoimmün ve inflamatuvar olayların artışı söz konusudur, (Walford, 1974).

2.3. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlanan Nüfus

Tüm dünyada 65 yaş ve üzerindeki yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Bu artış teknolojik ilerlemelerin sağladığı yaşam koşullarındaki iyileşmeler, tıpta sağlanan gelişmeler ve beklenen yaşam süresinin artmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri oranı 2000 yılında kadınlarda % 9, erkeklerde % 7,7 olup, bu oranların 2010 yılında kadınlarda % 10,1; erkeklerde % 8,6'ya , 2025 yılında ise kadınlarda % 14,3'e; erkeklerde % 12,3'e ulaşacağı tahmin edilmektedir, (Altay, 2003).

2.4. Yaşlanma ile Birlikte Görülen Sistem Değişiklikleri

Yaşın ilerlemesiyle birlikte kişide fizyolojik ve anatomik bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılıktaki bu değişikliklere bağlı olarak, vücudun hastalıklara karşı direnci azalmakta ve kronik hastalıkların sayısı da artmaktadır, (Arpacı, 2005).

2.4.1. Beden Bileşiminde Değişme

Yaşlanma, kas ipliklerinde büzülme ve buradaki protein kaybı ile belirginleşir. Aynı zamanda kemiğin mineral ve yumuşak doku içeriğindeki, yıkım yapım sürecinden daha çoktur. Kemik ve kaslardaki bu kayıplar, boyun kısalması, kemiklerin kırılabilirlik riskinin artması, derialtı yağ tabakasının incilmesi, diş kayıpları, bacaklardaki eğrilikler ve kamburlaşma gibi değişikliklere neden olur. Kasların belirli hareketleri yapabilme yetenekleri azalır, (Arpacı, 2005).

Yağ kitlesi oranı 65 yaş ve üstü bireylerde 25 yaşındaki genç bir insana göre % 10-20 arasında artmaktadır. Buna ilaveten vücut su miktarında % 10-15 azalma olmaktadır, (Kırılmaz, 2010).

2.4.2. Kardiyovasküler Sistem

Yaşla birlikte hipertansiyon (HT) görülme sıklığı da artmaktadır. Altmış beş yaş üzeri kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı % 48,6 erkeklerde ise % 40,5'tir. Başarılı HT tedavisi serebrovasküler riski % 50, kardiyovasküler riski % 30 oranında azaltır. Diyabetik yaşlılarda HT tedavisi ile bu risk azalması daha belirgindir. Yüksek kan basıncı olan yaşlı bireylerin kan basınçları her gün doğru ve dikkatli bir şekilde ölçülmesi, tükettiği besinlerin izlenmesi, ilaç eğitimi yapılması, stres ile baş etme yöntemleri öğretilmesi ve fizik egzersizler yapılması için yönlendirilmesi gerekmektedir, (Altay, 2003; Arpacı, 2005; Karadakovan, 2005).

Yaşlılarda gözlenen bir diğer kardiyovasküler problem Koroner arter hastalığıdır. Koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin % 75'i 65 yaş ve üzerindeki yaşlarda görülür. Koroner arter hastalığı için en önemli risk faktörleri yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol, sigara içme, obezite, diabetes mellitus, kalp hastalığı, aile öyküsü, egzersiz azlığı, kronik stres, düşük HDL (High Density Lipoprotein) kolesterolü ve yüksek LDL (Low Density Lipoprotein) kolesterolüdür, (Altay, 2003; Açikel ve ark., 2008; Alpteker, 2008).

2.4.3. Solunum Sistemi

Yaşlanma ile birlikte, vücuttaki en belirgin değişikliklerin görüldüğü organlardan bir diğeri akciğer ve solunum sistemidir. Yaşlılarda, akciğerlerin kapasitesinde önemli azalmalar meydana gelir. Bunun dışında, yaşlılarda sık olarak görülen kronik bronşit ve amfizem de enfeksiyonların kolay yerleşmesine yol açar, (Bilir, 2008).

Yaşlanma akciğer esnekliğinde azalmaya yol açar. Yaşlanma süresinde kosta kırkırdaklarının kalsifiye olması ve vertebralar arası disk alanlarının daralması göğüs kafesini sertleştirir, toraksın ön çapında artmaya, kosta hareketlerinde azalmaya neden olur. İlerleyen yaşla birlikte akciğerlerde silial aktivite azalır ve savunma sistemi zayıflar. Bu iki değişiklik, yaşlılarda akciğer enfeksiyonu riskinin artmasına yol açar. Yaşın ilerlemesiyle birlikte akciğer kapasitesinin azalmasına bağlı olarak solunum sayısında artma, akciğer genişlemesinde de azalma gerçekleşir. Buna bağlı yaşlılarda nefes almada güçlük ve öksürme güçlüğü gelişebilmektedir, (Altay, 2003; Açıkkel ve ark., 2008).

2.4.4. Sindirim Sistemi

Yaşlanmanın sindirim sistemindeki etkileri, barsak hareket, salgı ve emilim kapasitesindeki azalmadır. Yaşlanma ile birlikte mide mukozasında atrofi, mide boşalmasında ise hafif bir gecikme gözlenir. Kalın barsak motilitesinin azalması nedeniyle de konstipasyon yaygın olarak görülür. Yaşlılarda konstipasyon sorunu olduğu zaman uygun diyetin düzenlenmesi, gece yatarken ılık su içilmesi, sakıncalı olmadığı durumlarda kayısı-erik kompostoları ve hafif aktiviteler yapılması ve düzenli defekasyon alışkanlığı kazanılması önerilebilir, (Altay, 2003; Brazeau, 2001).

2.4.5. Sinir Sistemi

Yaşlanma ile merkezi sinir sistemini oluşturan sinir hücrelerinde kayıplar olur. Öğrenme ve bilgi depolama (Bellek) yeteneklerinde azalma olur. Uyku derinliği azalır ve sık uyanmalarla uyku bölünebilir. Altmış beş yaş üstündeki kişilerin en sık rastladığı nöropsikiyatrik rahatsızlığı olan demansın bu yaş grubunda görülme oranı % 4'dür ve tüm demanslıların yaklaşık yarısını Alzheimer hastalığı oluşturmaktadır.

2.4.6. Üriner Sistem

Yaşlılıkla beraber nefron ünitelerinin progresif olarak kaybedildiği bilinmektedir. Buna paralel olarak böbrek fonksiyonları da, yaşlanma ile beraber yaklaşık % 50 azalmaktadır ve böbrek yetersizliğine yakalananların sayısında artış olmaktadır. Mesanenin kapasitesi ilerleyen yaşla birlikte azalır. Vücudun bağışıklık sisteminin zayıflaması ve idrar retansiyonunun oluşması nedenleri ile yaşlılarda boşaltım sistemi enfeksiyonlarına da eğilim fazladır, (Arpacı, 2005).

Yaşlı kadınların üretralarının kısa olması, sfinkter adalelerinin gevşemesi, mesane kapasitesindeki azalma, idrarı konsantre ve asidifiye etme özelliğini yitirmeleri, çoğunlukla glikozürinin varlığı ve hijyen şartlarına uymadaki güçlük üriner enfeksiyona yatkınlıklarını artırmaktadır. Yaşlı erkeklerde ise prostat hipertrofisi, üriner staz, sonda kullanımı veya aletle müdahale gibi gerekli şartların varlığı üriner enfeksiyonun oluşması için uygun ortam yaratır, (Beğer, 2004).

2.4.7. Metabolik ve Endokrin Sistem

Yaşlanma süreci ile birlikte insüline yanıt azalır ve kan glukoz değerleri yükselmeye başlar ve zamanla diyabetes mellitus (DM) gelişir. Diyabetik hastalarda çoklu ilaç kullanımının oluşması için bir çok faktör rol almaktadır. Yalnızca sıkı bir glisemik

kontrol yeterli olmayıp eşlik eden çeşitli komorbiditelerin varlığı nedeniyle ilaç tedavisi önemli yer tutmaktadır. Tip 2 diyabette iyi glisemik kontrolün önemi gittikçe daha çok anlaşılmaktadır, (Good, 2002).

Yağsız doku kitlesindeki azalma nedeniyle Bazal Metabolizma Hızı (BMH) azalmaktadır. Buna bağlı tiroit hormonlarında azalma görülür. Kadınlarda yaşlılığın başlıca belirtisi östrojen salgısının durmasıyla oluşan menopozdur. Yaşla paratiroid hormon (PTH) salgısında artış olur. Menopoz ve PTH salgısındaki artış kemiklerden kalsiyum çekilmesini artırır ve osteoporoz riski artar, (Karadakovan, 2005).

2.4.8. Bağışıklık Sistemi

Yaşla beraber immün fonksiyonlarda azalma görülür. Bu durum yaşlılarda, enfeksiyonlara karşı mücadele gücünü azaltır Ayrıca deri asiditesindeki düşüş, toplam lenfosit sayısındaki azalış, lökositlerin enflamasyon alanına ulaşma hızındaki iniş, enflamasyona lökosit yanıtındaki gecikme enfeksiyon riskini artırmaktadır, (Arpacı, 2005; Demircan, 2009).

2.4.9. Deri

İlerleyen yaşla birlikte epidermis inceler. Yaşlanma ile beliren deri kırışıklıkları, bağ dokusu dermisteki değişikliklerin bir sonucudur. Sonuç olarak dermisin sık sık katlandığı bölgelerde, özellikle göz ve ağız kenarları ile alında kırışıklıklar belirir, (Arpacı, 2005).

Yaşlıda deri ince, nazik, yaralanmaya ve basınca karşı duyarlı olup, deri yüzeyine yakın kapiller damar sayısının azalmasına bağlı olarak cildin kanlanması azalır. Deri altı yağ dokusu azaldığından kırışıklıklar ve torbalanmalar meydana gelmektedir. Ayrıca ter bezlerinin azalmasından dolayı deride kuruluk dikkati çeker.

Bütün bu morfolojik değişimler piyodermilerin gelişmesini kolaylaştırır, (Beğer, 2004).

2.4.10. Kas-İskelet Sistemi

Yaşlanma kemik dokusunun hem miktarını hem de niteliğini etkiler. Kemik kitlesinde ve kuvvetinde azalma meydana gelir. Yaşlanmaya bağlı kemik kaybı kadınlarda menopoz sonrası hızlanır, osteoporozu yol açabilir. Osteoporoz da kemik kırılma risklerini artırır, bu risk 50 yaş üzerinde kadınlarda % 40, erkeklerde ise % 13'tür, (Karadokvan, 2005).

Bilinen bir gerçek var ki yaşlılıkla birlikte kronik ve dejeneratif eklem hastalıklarının görülme sıklığı daha da artmaktadır. Yaş artıkça eklem yakınmaları da artmaktadır. 16-24 yaş grubunda eklem yakınmaları % 5 iken, 85 yaş ve üzerinde % 54'e kadar çıkmaktadır, (Bakar ve ark., 2002).

Altmış- Yetmiş yaşındaki bireylerin kas kitlesi de % 25-30 oranında azalmıştır. Kas kitlesindeki azalmaya, vücudun yağ depolamadaki artışı eşlik eder. Kas kitlesinin kaybı kol ve bacaklarda incelmeye neden olurken, gövdede yağ birikmesi genel görünümü değiştirir. Yaşlı kaslar daha çabuk yorulur. Uzun süre kasılı kalamazlar. Ayrıca yaşlı kaslarda miyogloblin ve ATP (Adenozin Trifosfat) depolarının azalması da yorulmayı çabuklaştırır, (Arpacı, 2005).

2.4.11. Yaşlılıkta Psikososyal Değişiklikler

Yaşlılık döneminde görülebilen bazı sosyal ve fizyolojik değişiklikler beraberinde psikolojik sorunlar getirmektedir. Yaşlılarda bir ya da daha fazla kronik hastalık olması nedeniyle yaşam biçimi değişiklikleri, kronik hastalıkların neden olduğu psikolojik sorunlar hem yaşlı bireyi hem de yaşlıya bakım veren bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlanma ile birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde

azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında azalma görülebilir. Öğrenme yeteneğindeki azalmaya hareketlerdeki yavaşlama da eşlik edebilir. Yaşlıda mutsuzluk, depresyon, öz güven kaybı, endişe, öfke, suçluluk duygusu, paranoid davranışlar ve egoizm görülebilir, (Arpacı, 2005).

2.5. Çoklu İlaç Kullanımı

Yaşlılık birden fazla hastalığın bulunma olasılığı yüksek olan nüfustur. Yaşlı kişilerin % 78'inde en azından bir, % 30'unda ise en az üç kronik hastalık vardır. Bunun sonucu olarak, yaşlılarda kullanılan ilaç sayısı artmakta ve çoklu ilaç tüketimi meydana gelmektedir, (Doruk, 2002; Good, 2002; Bozoğlu ve ark., 2009).

Çoklu ilaç kullanımı tedavi etkinliğini arttırmak, yan ve/veya toksik etkiyi azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak amacıyla sıklıkla uygulanır.

Çoklu ilaç kullanımı tedavide en az bir gereksiz ilacın bulunması veya klinik olarak gerekli olandan daha fazla ilacın kullanılması veya aynı anda ayaktan beş ve üzeri, yatan hastalarda yedi ve üzeri ilaç kullanımı anlamına gelmektedir. Geriatrik bireyler, birden fazla hastalık görülme olasılığı en yüksek olan nüfus olup, tüm ilaçların yaklaşık üçte birini kullanarak yaşadıkları toplumda en çok ilaç kullanılan grup haline gelmektedir, (Pong, 1995; Beğer, 2004; Swine, 2008; Kumar, 2010).

Klinikte ilaç etkinliği için temel olarak üzerinde durulan hususlar etkinlik, güvenlik, doz, tedavi, rejiminin kompleksliği, fiyatı ve hasta uyumudur. İlaç yazımı esnasında etkinlik ve güvenlik oldukça önemli bir husustur. Çünkü yaşlılarda "kâr/zarar oranı" çok daha değişken olabilir. Dolayısıyla kanıtlanmış etkinlik ve düşük toksisite oldukça önemlidir. Bu olgularda tedavi şemaları doz kaynaklı yan etki riskini minimize etmek için mutlaka modifiye edilmelidir. Klinik endikasyonun gereğinden fazla ilaç kullanmak, en az bir gereksiz ilaç kullanmak, beş yada daha

fazla ilacın ampirik kullanımı çoklu ilaç kullanımını olarak tanımlanır, (Bodur ve ark., 2000; Koh et al., 2002; Doruk ve ark., 2005).

Ancak beklenen yararların yanı sıra çoklu ilaç uygulamaları, bazen çok çeşitli mekanizmalarla etkileşmelerden kaynaklanan önemli sorunları, olumsuzlukları da beraberinde getirebilmektedir, (Baydar ve ark., 2008; Şahin, 2009).

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına neden olabilen pek çok faktör mevcuttur. Ülkemizde hastalar sıklıkla farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete almakta, reçetelere fazla sayıda ilaç yazılmakta, hastaların ilaç beklentileri fazla olmakta ve yaşlılar reçete almak konusunda ısrarcı olmaktadır. Yaşlı hastalarda tanıdan ziyade semptomaya yönelik ilaç yazılması, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, bazı ilaçların hasta veya doktor tercihi doğrultusunda otomatik olarak tekrar yazılması, reçetesiz ilaç kullanım kolaylığı, bitkisel ürünlerin yaygın kullanımı ve yaşlı hastaların çevre etkisi ile ilaç kullanma eğilimi gibi pek çok faktör çoklu ilaç kullanımına predispozisyon yaratmaktadır, (Pitkala et al., 2001; Aşçı ve ark., 2007; Gökçe-Kutsal, 2007b).

Shaughnessay ve ark'ı, yaşlının kullandığı ilaç sayısı ve çeşidi arttıkça yan etki riskinin arttığını (Günde en az iki çeşit ilaç alanlarda % 6, beş ilaç alanlarda % 50 ve sekiz ilaç alanlarda % 100 ilaç yan etki riski) saptamışlardır. Yaşlılarda bir diğer problemde Alzheimer hastalığıdır, Alzheimer hastalığı olan yaşlıların % 67'sinde ilaç yan etkisi gözlenmiştir, (Altay, 2003; Açıkkel ve ark., 2008).

2.6. Yaşlanmanın Farmakokinetik Üzerine Etkileri

Farmakokinetik; ilaçların emilimi, dağılımı, biyotransformasyonu ve atılımını zaman boyutu içinde inceleyen farmakoloji dalıdır. İlaçların farmakokinetik özellikleri yaşla birlikte değişmektedir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları,

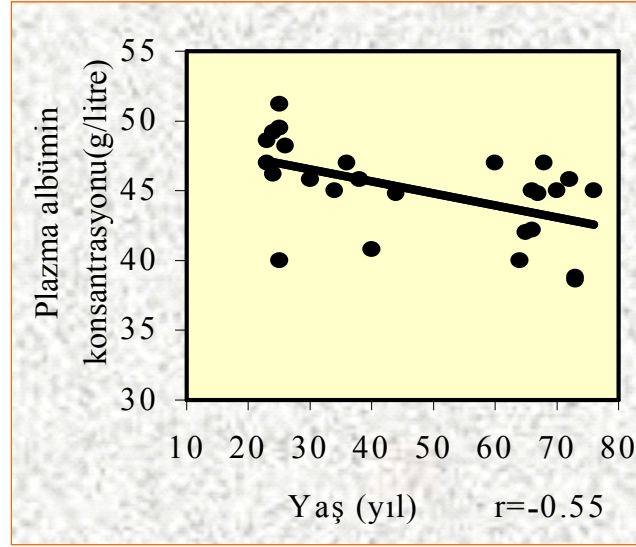
atılımları ve reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak ilaçlara verilen yanıt yaşlı bireylerde farklılıklar göstermektedir.

İlaçların farmakokinetik aksiyonları, yaşlılığın yarattığı fizyolojik değişimlerden, hastalıklardan veya her iki etmenden dolayı hücre seviyesinde ve doku seviyesinde değişime uğrayabilir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları, atılımları ve reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak ilaçlara verilen yanıt, yaşlı bireylerde farklılıklar göstermektedir. İlaçların farmakokinetik aksiyonları, yaşlılığın yarattığı fizyolojik değişimler, hastalıklar veya her iki etmenden dolayı hücre seviyesinde ve doku seviyesinde değişime uğrayabilmektedir, (Arslan ve ark., 2005; Gökçe-Kutsal, 2008).

Yaşlılarda ilaçların emilimleri de bozular. Bunun nedenleri; gastrik asit seviyesindeki düşüş, gastrik pH artışı, mezenterik kan akımında yavaşlama ve gastrointestinal mukoza hücre kütle azalmasıdır.

İlaçların vücuttaki dağılımı ise total vücut sıvılarındaki azalma böylece sodyumdaki azalma suda çözünen bazı ilaçların kandaki konsantrasyonlarının yükselmesine yol açar. Vücut yağ/ vücut ağırlığı oranındaki artış sonucu ilaçların dağılım hacmini artırır ve eliminasyon yarılanma sürelerini uzatabilir. Yaşla birlikte serum albümin düzeyleri düşer, (Şekil 2.1). Bu düşüşte plazmada daha fazla serbest ilacın bulunmasına yol açar. Kalp debisindeki yetersizlikler ve kalp, beyin ve kaslara giden kan miktarındaki meydana gelen azalma neticesinde ilaçların dağılımı sekteye uğrar, (Arslan ve ark., 2005; Erenmemişoğlu, 2006).

İlaçlar en çok böbreklerden atılırlar. Renal kan akışının, 40 yaşından sonra her yıl 1ml/dk düşmesiyle, glomeruler filtrasyon oranı ve tübüler fonksiyonlar ilerleyen yıllarla beraber azalım gösterir. Birçok ilacın böbrekler yoluyla vücuttan atılmasından dolayı, yaşlılarda toksik etkiler daha büyük tehlike oluşturur, (Arslan ve ark., 2005; Tuna, 2007).



Şekil 2.1: Yaşın normal plazma albümin konsantrasyonuna etkisi (Şahin, 2009)

Bazı araştırmacılar, fiziki aktivitelerin tiroit hormonunu etkileyerek ilaçların dağılımı, metabolizması ve vücuttan atılmasında önemli değişiklikler yaratabileceğini ileri sürmüşlerdir, (Arslan ve ark., 2005).

2.7. Yaşlanmanın Farmakodinami Üzerine Etkileri

Farmakodinami; ilaçların fizyolojik, biyokimyasal ve patolojik olaylar üzerindeki etkilerini inceleyen bilim dalıdır. Yaşlılarda farmakodinamik olaylar; Sitokrom p450 klirensinin gençlere göre % 20-25 azalması, hücre içi haberleşme (2.ulak) sisteminde değişiklikler (cGMP veya cAMP) ve glikojenoliz gibi biyokimyasal cevaplarda değişiklikler ve vasküler gevşemeden etkilenmektedir.

Ayrıca homeostatik sistemde yaşla birlikte oluşan vücut aortik ve karotid damarlarındaki kemoreseptörlerin aktivitesinde düşme, termoregülasyonda azalma, glikoz toleransında azalma, barsak ve mesanenin nörolojik kontrolünde bozulma,

baroreseptör refleksinde azalma ile birlikte farmakodinami önemli ölçüde farklılaşır, (Gelal, 2006; Bozoğlu ve ark., 2009).

2.8. Etkileşimler

2.8.1. İlaç-Hastalık Etkileşimleri

Yaşlı insanların en sık şikayetçi olduğu konulardan biri de ilaç yan etkileridir. Birçok hasta vücudunda oluşan tüm olumsuz değişiklikleri ilaç yan etkilerine bağlamaktadır. Hatta bazen, yaşa bağlı olan değişiklikleri de, hastalar ilaç yan etkilerine bağlamaktadırlar. Bu konuda ülkemizdeki huzurevlerinde yapılan bir çalışmada; 1944 yaşlı bireyde, ilaca bağlı yan etkilerden yakınanların oranı % 5,5 saptanmıştır, (Arslan ve ark., 2000).

ABD’de ise yaşlıların yaklaşık 1/3’i reçeteli ve/ya da kendi aldığı ilaçların yan etkilerinden yakınmaktadır. İlaç yan-etkileri, geriatrik sendromları taklit edebilir, konfüzyon, düşme ya da idrar kaçırmaya neden olabilir. Bu durumda, doktorun yeni bir ilaç yazmasına "reçetelendirme kaskadı"; yada "üst üste tedavi" adı verilir,(Engin, 2005).

Hollanda’da yapılan bir çalışmada tedavisini pratisyen hekimlerin düzenlediği yaşlı hastaların % 5,7’sinde istenmeyen ilaç etkileri saptanmış ve bu durumun çoklu ilaç kullanımı ile pozitif bir ilişki gösterdiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada, istenmeyen etkiye yol açan ilaç grupları arasında antibiyotikler, antihipertansifler ve analjeziklerin ilk sırada yer aldıkları saptanmıştır, (Pramantara et al., 2009).

Başka bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlı hastaların % 26,7’sinde istenmeyen ilaç etkileri saptanmış (n=60); bunların % 75’inde mide şikâyeti, % 12,5’inin bulantı olduğu belirtilmiştir, (Arslan ve ark., 2005).

Trisiklik antidepresanların (TCA)'ların en önemli yan etkileri kardiyak toksisitedir. Kardiyotoksik etkileri mortaliteye neden olabilir. Söz konusu kardiyotoksik etkileri, antikolinergik etkileri, adrenerjik nöronlarda noradrenalin geri alımını önlemeleri nedeniyle semptomimetik etkileri, membran stabilize edici etkileri ve/ veya kinidin benzeri etkileri nedeniyle miyokardiyal kontraksiyonu/iletiyi azaltma, koroner kan akımını deprese etme, kardiyak aritmiler ve pulmoner ödeme neden olmalarıyla açıklanmaktadır. Ayrıca, TCA'ların oksidatif strese neden oldukları ve bu etkinin de kardiyak toksisiteye katkıda bulunduğu bildirilmiştir, (Carbonin et al., 2005; Erkekoğlu ve ark. 2008).

Başta benzodiazepinler olmak üzere sedatif hipnotik kullanımı, toplumda ve bakım kuruluşlarındaki yere düşmeleri kolaylaştırıcı ilk nedendir. Bir çalışmaya göre, hastanede yatan ve yere düşen yaşlıların yaklaşık % 50'si son 24 saat içinde bir sedatif/ hipnotik ilaç kullanmıştır. Bu tip ilaçlar yaşlının düşme ve dezoryantasyon riskini artırır. Psikotropolar da düşme ile ilişkilidir. Postüral hipotansiyon gözden kaçırılmamalı; gerektiğinde, otonom sinir sistemini etkileyen antihipertansif ilaçlar değiştirilmelidir. Bunamadan korunmak için gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi, özellikle antikolinergik ilaçların kesilmesi elzemdir, (Engin, 2005).

2.9. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı

Yaşlılarda ilaç farmakolojisini etkileyebilecek fizyolojik değişiklikler: İlacın dokular tarafından emilimi, vücut içindeki dağılımı, vücuttaki kullanımı, vücuttan atılımı ve etki etmesi beklenen dokulardaki reseptör duyarlılığında ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak; etkisi yaşlılarda farklılıklar arz etmektedir, (D'arcy et al., 1992; Gökçe-Kutsal, 2006a).

Yaşlılarda ilaç-ilaç etkileşmesi riski de genç hastalara göre daha fazladır ve potansiyel olarak önemli bir sorundur. Kronik hastalığı olan ve birden fazla ilaç

kullananlarda doz titrasyonu yapılmalı, tedavi protokolleri basitleştirilmeli ve ilaç etkileri dikkatle monitorize edilmelidir, (Acurcio et al., 2008; Borman, 2009)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Afyonkarahisar İli, Sinanpaşa İlçesi, Tınaztepe Sağlık Ocağı bölgesinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Örnekleme

Mart 2009- Mayıs 2009 tarihleri arasında Tınaztepe Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri araştırmaya katılmayı kabul eden 250 kişiye ulaşılmış ve tıbbi kayıtların (Sağlık Karnesi, Hastalık Raporu, Reçete, Hasta Dosyası vb.) incelenmesinden sonra en az 1 hastalık bildiren 233 kişi (% 93,2) araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

3.3. Verilerin Toplanması

3.3.1. Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması

- 1) Kişileri Tanıtıcı Anket Formu (EK 1)
- 2) İlaç Kullanım Bilgi Düzeyi Testi (EK 2)

Araştırmayı kabul eden katılımcılara uygulanan anket formu 20 sorudan oluşmaktadır. Bu anket formunda; kişinin adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvence varlığı, kronik hastalık türleri, kronik hastalık sayısı,

sürekli kullanılan ilaç türleri, sürekli kullanılan ilaç sayısı, ilaçların kullanım süreleri, tüm ilaçların düzenli kullanma durumu, eğer düzenli tüketilmiyorsa hangi ilaçların düzenli kullanıldığını, ilaçların düzenli kullanmama nedenini, ilaçları temin ederken sorun yaşayıp yaşamama durumunu, eğer sorun yaşıyorsa sorunun neden kaynaklandığını, düzenli olarak doktor kontrollerine gitme durumu, eğer gidilemiyorsa engel durumları, en sık doktor kontrollerine gidiş sebebini ve genellikle hangi sağlık kuruluşlarından yararlandığını incelemektedir.

İlaç kullanım bilgi puanı hesaplaması 5 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular;

1. İlacın hangi hastalık için kullanıldığını bilme durumu,
2. ilacın doz uyumu,
3. İlacın son kullanım tarihine dikkat etme durumu,
4. Yan etkilerinin farkında olup olmama durumu ve
5. İlacın saklama koşullarının uygun olup olmama durumu

şeklinindedir. Doğru yanıtlara 1 puan, yanlış yanıtlara 0 puan verilmiştir. Her birey için elde edilen puanlar yüzdeliğe çevrilmiştir.

Bu anket formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

3.3.2. Veri Toplama Süreci

Anketlerin uygulanması Yüz-Yüze Anket tekniği ile Mart 2009- Mayıs 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra, her katılımcının bilgi düzeyi puanları, araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Anket formundaki veriler ve bilgi puanları sonuçlarının

değerlendirilmesi bilgisayar ortamında uzman kişi tarafından SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada anket sonuçlarına ilişkin veriler; tanımlayıcı istatistik testleri uygulanarak değerlendirilmiştir. İlaç kullanım bilgi düzeyi ile vb. faktörlerin ilişkisi spearman korelasyon analizi ile araştırıldı.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 250 kişiden 17 sinde kronik hastalık ve kronik hastalığa bağlı ilaç kullanımını olmadığından çalışmaya dahil edilmedi. Kalan 233 kişinin (120 si kadın) yaş ortalaması $73,8 \pm 5,6$ yıl idi. Yaşlıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Yaşlıların % 63,1’i evli idi, % 59,2’sinin okur-yazarlığı yoktu.

Tablo 4.1: Yaşlıların Demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	VERİLER	
Yaş	$73,8 \pm 5,6$ yıl	
Cinsiyet (K/E), n (%)	120 (51) /113 (49)	
Yaş Grubu, n (%)	65-69	62 (27)
	70-74	69 (30)
	75-79	64 (27)
	80 ve üzeri	38 (16)
Medeni Durum, n (%)	Evli	147 (63)
	Dul	86 (37)
Eğitim Durumu, n (%)	Okur-yazar değil	138 (59)
	Okur-yazar	31 (13)
	İlkokul mezunu	62 (27)
	Ortaokul mezunu	2 (1)
Sosyal Güvence, n (%)	Yok	17 (7)
	SGK	198 (85)
	Yeşil kart	18 (8)

İlaç sayılarında ise 3 ilaç kullananlar % 26,2 ile en yüksek idi. İlaç kullanım bilgi düzeyleri; bilinçli ilaç kullanımının temel belirteçlerinden olan 5 konuya uyum durumuna göre puanlandırıldı. Bu sorular;

6. İlacın hangi hastalık için kullanıldığını bilme durumu,
7. ilacın doz uyumu,
8. İlacın son kullanım tarihine dikkat etme durumu,
9. Yan etkilerinin farkında olup olmama durumu ve
10. İlacın saklama koşullarının uygun olup olmama durumu

Hiçbir maddeyi yerine getirmeyene 0 puan, tüm maddeleri yerine getirenlere 5 puan verildi. Buna göre % 17,6'sında ilaç kullanımının bilgi düzeyi 0 puan iken, % 4,3'ünde 5 puan idi. (Tablo 4.2)

Yaşlıların varolan kronik hastalıklarının ortalaması $2,5 \pm 1$ olup % 35,2 ile yaşlılarda 2 tür kronik hastalığı olanlar en yüksek oranda gözlemlendi. (Tablo 4.3)

Yaşlıların varolan kronik hastalıklarından en sık olanı % 22,6 ile Eklem ve Bağ Dokusu Hastalıkları olup, en sık kullanılan ilaç türü % 22,1 ile Kardiyovasküler Sistem ilaçları idi. (Tablo 4.4 ve Tablo 4.5)

Tablo 4.2: Yaşlıların İlaç Kullanım Durumu

İlaç kullanım süresi (yıl)	5,7 \pm 2,7
İlaçların tümünü düzenli kullananlar n (%)	159 (68)
Doktor kontrolüne düzenli gidenler n (%)	134 (57)
0 puan n (%)	41 (18)
1 puan n (%)	39 (17)
2 puan n (%)	77 (33)
İlaç kullanım bilgi düzeyi	3 puan n (%) 44 (19)
	4 puan n (%) 22 (9)
	5 puan n (%) 10 (4)

Tablo 4.4: Yaşlıların Varolan Kronik Hastalıkları

KRONİK HASTALIKLAR	YÜZDE (%)
Santral Sinir Sistemi Hastalıkları	6,5
Solunum Sistemi Hastalıkları	9,5
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	21,7
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	7,9
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	10,1
Endokrin Sistem Hastalıkları	11,6
Psikiyatrik Hastalıklar	2,6
Oftalmik Hastalıklar	2,4
Hematolojik Hastalıklar	4,6
Eklem ve Bağ Dokusu Hastalıkları	22,6

Tablo 4.3: Yaşlıların Kronik Hastalık Sayıları

HASTALIK SAYISI	SAYI (n)	YÜZDE (%)
1	36	15,5
2	82	35,2
3	79	33,9
4	28	12
5	6	2,6
6	1	0,4
7	1	0,4
TOPLAM	233	100

Tablo 4.5: Yaşlıların Kullandıkları İlaç Gruplarının Dağılımı

İLAÇ GRUBU	YÜZDE (%)
Santral Sinir Sistemi İlaçları	6,5
Solunum Sistemi İlaçları	10,1
Kardiyovasküler Sistem İlaçları	22,1
Genitoüriner Sistem İlaçları	7,7
Gastrointestinal Sistem İlaçları	10,1
Endokrin Sistem İlaçları	12,2
Psikiyatrik İlaçlar	2,7
Oftalmik İlaçlar	2,3
Hemopoetik İlaçlar	4,2
Analjezik ve Steroid Olmayan Antiinflamatuvarlar	21,8

Kronik hastalıkları için verilen ilaçlarını düzenli kullananlar % 68,2 olup, ilacını düzenli kullanmayanlar % 31,8 idi. Yaşlıların ilaçlarını düzenli kullanmama

nedenleri arasında da en sık neden % 40,5 ile unutkanlık idi. Yaşlıların % 4,1'i maddi imkansızlık sebebiyle ilaçlarını düzenli olarak kullanamadığını bildirdi. (Tablo 4.6)

Tablo 4.6: Yaşlıların İlaçlarını Düzenli Kullanmama Nedenleri

İlaç Kullanmama Nedeni	%
Unutkanlık	40,5
İlaç kullanmaktan sıkılmak	32,4
Tedavinin faydası olmadığı düşüncesi	23
Diğer	4,1

İlaçların temininde sorun yaşayanların oranı % 29,2 olup, sorunun nedenleri arasında en sık neden % 48,5 ile ilacını yazdıracak yakınının olmaması idi. Yaşlıların % 25'i maddi imkansızlıktan dolayı ilacını temin edemediğini bildirmiştir. (Tablo 4.7)

Tablo 4.7: Yaşlıların İlaç Temininde Yaşadıkları Sorunun Nedenleri

İlaç Temininde Yaşanan Sorunlar	%
İlacını yazdıracak yakınının olmaması	48,5
Sosyal güvencenin olmaması	10,3
Sağlık kuruluşunda yeterince ilginin olmaması düşüncesi	16,2
Diğer	25

Düzenli olarak doktora gidemeyenlerin oranı % 42,5 olup, bunun en sık nedeni % 63,6 ile doğal bir süreç olan yaşlılığa doktorun yapacağı bir şeyin olmadığı düşüncesidir. (Tablo 4.8)

Tablo 4.8: Yaşlıların Düzenli Olarak Doktora Gidememe Nedenleri

Yaşlıların düzenli olarak doktora gidememe nedenleri	%
Sağlık merkezinin uzak olması	10,1
Sosyal güvencenin olmaması	12,1
Yaşlılığa doktorun olumlu bir katkı yapamama düşüncesi	63,6
Diğer	14,1

Düzenli olarak doktora gidenlerin oranı % 57,5 olup, en sık doktora gitme nedeni % 64,7 ile ilaç yazdırmak amaçlıdır. (Tablo 4.9)

Başvurulan sağlık kuruluşlarının dağılımında en sık sağlık merkezi % 49,6 ile 1. sırada Sağlık Ocakları olarak tespit edildi. (Tablo 4.10)

Tablo 4.9: Doktora En Sık Gitme Nedenleri

Doktora en sık gidiş nedenleri	%
İlaç yazdırmak için	64,7
Kontrol için	24,1
Tedavi olmak için	11,2

Tablo 4.10: Başvurulan Sağlık Kuruluşları / Merkezleri

Sağlık kuruluşlarından yararlanma durumu	%
Sağlık Ocağı	49,6
Devlet Hastanesi	33
Üniversite Hastanesi	8
Özel Sağlık Merkezleri	9,4

Bilinçli ilaç kullanımının temel belirteçlerinden olarak belirlediğimiz 5 konuya uyum durumu dağılımına bakıldığında; ilacın hangi hastalık için kullanıldığını bilme (% 57,1) ve doz uyumu (% 55,8) tatminkar iken, ilacın son kullanım tarihini kontrol etme (% 26,2), ilacın yan etkileri konusunda bilgili olma (% 32,2) ve ilacın saklama koşullarını bilme (% 27) oldukça düşüktü. (Tablo 4.11)

Tablo 4.11: Bilinçli İlaç Kullanım Belirteçlerine Göre Uyum Durumu

	%
İlacı kullanma nedenini bilme durumu	57,1
Önerilen doz ile kullanılan doz uyumu	55,8
İlacın son kullanım tarihini kontrol etme durumu	26,2
Yan etkilerinin farkında olma durumu	32,2
İlacın saklama koşullarının uygunluk durumu	27

Çalışma grubumuza baktığımızda; yaş ile kronik hastalık sayısı arasında ve yaş ile sürekli kullanılan ilaç sayısı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

İlaç kullanımı bilgi düzeyi 3 ve 3 ün üzerinde olması durumu, bireylerin bu konuda bilgili olduğu şeklinde kabul edildi, bu grup toplamda 76 (% 32,6) kişi idi. Bununla ilişkili faktörlere bakıldığında; bilgi düzeyinin yaş ile ters ilişkili olduğu tespit edildi, ($r^s=-0,207$, $p=0,002$).

İlaç kullanım bilgi düzeyi ile eğitim durumu arasında pozitif ilişki saptandı. Eğitim düzeyi arttıkça ilaç kullanım bilgi düzeyi artmakta idi, ($r^s=0,164$, $p=0,05$). Yine ilaç kullanım bilgi düzeyi ile kronik hastalık sayısı arasında negatif ilişki mevcuttu, ($r^s=-0,207$, $p=0,01$). Bireyin sahip olduğu kronik hastalık sayısı arttıkça ilaç bilgi düzeyi azalmakta idi.

İlaç kullanım bilgi düzeyinin medeni durumla ilişkisi incelendiğinde evli bireylerin ilaç bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu, dul veya boşanmış bireylerin ilaç bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edildi, ($r^s=-0,284$, $p=0,01$).

İlaç kullanım bilgi düzeyi ile cinsiyet durumu karşılaştırıldığında kadın yaşlılarda bilgi düzeyi puanı daha yüksek bulundu, ($r^s=-0,018$, $p=0,05$).

İlaç kullanım bilgi düzeyi ile sürekli kullanılan ilaç sayısı incelendiğinde kullanılan ilaç sayısı arttıkça bilgi düzeyinin azaldığı saptandı. ($r^s=-0,195$, $p=0,01$).

5. TARTIŞMA

Tüm dünyadaki yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Bu artış trendi 21. yüzyılda da devam edecektir. Bundan 100 yıl önce dünyadaki insanların çoğu 50 yaşından önce ölmekteydi. Bugünse sanayileşmiş ülkeler başta olmak üzere birçok insan bu yaşın ilerisine kadar yaşayabilmektedir. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)'in 2000 yılı verilerine göre dünyada doğumda beklenen yaşam süresi tahminleri ortalaması 64 yıldır. DSÖ tahminlerine göre ise ortalama 66 yıldır.

Yine DSÖ tahminlerine göre 2025 yılına gelindiğinde dünyadaki yaşlı nüfus 800 milyonu aşacak ve bunun da üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde yaşayacaktır. Ülkemizde 1990 nüfus sayımı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı % 4,3, 60 yaş ve üzeri nüfusun oranı % 7,1'dir. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 1999 verilerine göre ise, 65 yaş ve üzeri nüfus oranı, 1996 yılında % 4,8'dir. Bu da Türkiye nüfusunun giderek yaşlı nüfusa doğru kaydığını göstermektedir. Ülkemizde yaşlı nüfusun artması ile yaşlı sağlığı ve sorunlarının öncelikli konular arasına girmiştir, (Bakar ve ark., 2002; Beijnen et al., 2006).

Yaşlı nüfus oranının artması, sağlık hizmetlerinin planlanması ve örgütlenmesinde, bu yaş grubuna yönelik hizmetleri ön plana çıkartmaktadır. (Ergül ve ark., 2004)

Yaşlılardaki kronik hastalıkların kontrol altına alınmasında farmakolojik yaklaşımların oldukça önemli bir yeri vardır. Ancak bu yaklaşımlar kadar yaşlıların ilaçlarını tanımaları, bunları temin edebilmeleri, hasta-doktor iletişimi, doktora gitme sıklıkları, ilaç bilgi düzeyleri, önerilen dozlara sadık kalmaları ile yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum gibi faktörler de oldukça önemlidir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlılardaki ilaç tüketimi azımsanmayacak boyutlardadır. 65 yaş ve üzerindeki hasta grubunda ilaç tedavisi sanıldığından daha karmaşıktır. Yaşlı hastalarda birden çok sayıda hastalık olasılığının artması ve fazla sayıda ilacın kullanılması, yaşlılıkla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, duyu

fonksiyonlarındaki azalmalar gibi durumlar nedeniyle ilaç kullanımlarında sorunlar ve yanlışlıklar olabilmektedir. (Hu et al., 1996; Çan ve ark., 2003)

Bu araştırma Afyonkarahisar İli, Sinanpaşa İlçesi Tınaztepe Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan bir grup yaşlının ilaç kullanım bilgi düzeylerini sorgulamak üzere planlanmıştır. Ulusal ve uluslar arası literatürde konu ile alakalı çalışmalar bulunmakla birlikte, yaşlıların ilaç kullanım davranışlarının önemli bir halk sağlığı ve geriatri konusu olması ve bu davranış şekillerinin araştırmaların yapıldığı yerlere göre değişiklik gösterebileceği göz önüne alındığında her bölgenin kendi bu konuda kendi durumunu tanımlaması faydalı olacaktır. Bu düşünce ile bölgemizde bu konuda bir çalışma yapılmıştır.

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu nedenle elde edilen bulgular sadece katılımcılara genellenebilir.

Araştırmaya katılan 250 yaşlı bireyin yaş ortalaması $73,9 \pm 5,4$ olup, bu ortalamanın erkeklerde kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üzeri grupta kadınlar erkeklerden daha yaşlıdır. Bizim çalışma grubumuzda da kadınların yaş ortalaması erkeklerden daha yüksek idi.

Bizim çalışmamızda yaşlılarımızda gözlenen en sık hastalık % 22,6 ile eklem bağ dokusu hastalıkları idi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık gözlenen hastalık grubu, Balcı ve ark'ının çalışmasında % 63,8 ile Doruk ve ark'ının çalışmasında % 80,4 ile kardiyovasküler hastalıklar olarak bulunmuştur. Yine Balıkesir ilinde yapılan bir çalışmada % 43 ile en sık görülen hastalık ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar olarak tespit edilmiştir, (Çalışkan ve ark., 2005; Doruk ve ark., 2005; Balcı ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda ise kardiyovasküler hastalık sıklığı % 21,7 ile ikinci sıklıkta görülen hastalık kardiyovasküler hastalıklar idi. Bu bulgumuz literatürle karşılaştırıldığında bölgemiz için oldukça düşük olarak bulundu. Bölgemizde birinci sırada kardiyovasküler hastalıklar yerine eklem bağ dokusu hastalıklarının olmasının

muhtemel nedeni, hastaların kardiyovasküler hastalıklarının tanılarının yeterince konamaması olarak değerlendirdik.

Çalışmamızda ki bireylerin kullanmış oldukları ilaç sınıflarına göre değerlendirildiğinde; en sık kullanılan ilaç grubu % 22,1 ile kardiyovasküler sistem ilaçları idi, ikinci sırada ise % 21,8 ile analjezikler ve steroid olmayan antiinflamatuvarlar yer almaktaydı. Bu konuda ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da en sık kullanılan ilaçların kardiyovasküler ilaçlar olduğu saptamıştır. Bu ilaçların kullanım sıklığı Diker ve ark'ının çalışmasında % 38,6, Arslan ve ark'ının çalışmasında % 26,7 olarak bulunmuştur. (Diker, 1999; Arslan ve ark., 2000). Bizim sonuçlarımız bu noktada literatür ile uyumlu idi.

Bizim çalışma grubumuzda yaşlıların % 93,2 si sürekli ilaç kullanmakta idi. Japonya'da yapılmış bir çalışmada ise yaşlıların % 61 inin sürekli ilaç kullandığı tespit edilmiştir, (Tsuji-Hayashi ve ark. 1999).

Çalışmamızda yaşlıların kullandığı ilaç sayısına bakıldığında; sürekli olarak kullanılan ilaç sayısı en sık % 26,2 ile 3 farklı ilaç kullanımı, en az % 1,3 ile 8 farklı ilaç kullanımı olarak bulunmuştur. Bu konuda; Arslan ve ark. yaptıkları çalışmada ise yaşlıların kullandığı ilaç sayısı % 35 ile 5-6 ilaç kullanımı en sık olarak bulunmuştur, (Arslan ve ark., 2005). Bizim yaşlılarımız Arslan ve ark'ının çalışma grubundan daha az ilaç tüketmekteydi. Çalışmamızda elde ettiğimiz oranın Arslan'ın elde ettiği oranlardan düşük idi. Bu oranın düşük olmasının nedenini grubumuzdaki bireylerin kardiyovasküler hastalıkların tanısının yeterince konamaması olarak değerlendirdik.

Çalışmamızda kronik hastalık nedenli ilaç kullanım süresi en fazla 8 yıl olarak bulundu. Bu grubun oranı % 14,2 idi. Bireylerin ortalama ilaç kullanım sürelerini $5,7 \pm 2,7$ yıl olduğunu saptadık. Bu konuda Arslan ve arkadaşları ülkemizde 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada ise bireylerin % 41,7 sinin 5-8 yıldır kronik ilaç kullandığı gösterilmiştir, (Arslan ve ark., 2005). Çalışmamızdaki ilaç kullanım süresi

Arslan ve arkadaşlarının sonuçları ile benzerdi, ama sıklık olarak bizim değerlerimiz daha düşüktü.

Çalışmamızda kronik hastalıklar için verilen tüm ilaçları düzenli olarak tüketen grubun % 68,2 olduğu bulunmuştur. Bu konuda ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada düzenli olarak kullanma oranı % 54,1 olarak bulunmuştur, (Çalışkan ve ark., 2005). Bu konuda dünyada yapılan başka çalışmalarda düzenli olarak ilaç kullanma oranı % 10 ile % 64,7 arasında değişmektedir, (Garfinkel et al., 2004; Government of Hong Kong, 2007). Bizim sonuçlarımız ülkemiz ve dünya sonuçları ile benzerlikler göstermektedir. Ülkemizde ilaçları düzenli olarak kullanımın diğer ülkelere göre yüksek olmasının nedeni, son yıllarda ülkemizdeki Sosyal Güvenlik Sisteminin kapsama alanının genişleyerek tüm yurttaşlarımızı kapsar hale gelmesi olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızdaki yaşlıların % 32 si ilacını düzenli olarak kullanmıyordu. Bireylere ilaçlarını neden düzenli olarak kullanmadığı sorulduğunda en sık kullanmama nedeni unutkanlık idi. Düzenli ilaç kullanmayan bireylerin % 41'i unutkanlık nedeniyle, % 32'si ilacı kullanmaktan sıkıldığını, % 23'ü tedavinin faydasız olduğunu düşünmekte idi. Bir grup yaşlı da ilaçlarını temin etmekte zorluk yaşıyordu. İlaçlarını temin etmede en büyük sorunun, % 49 oranında bireyin ilacı yazdıracak yakınının olmaması olarak belirtiyordu.

Çalışmamızda düzenli doktora gidenlerin oranı % 57,5 idi. Bu konuda ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada ise doktora gitme oranı % 52,5 olarak bulunmuştur. (Çalışkan ve ark., 2005). Çalışmamızdaki bireylerin yaklaşık yarısı (% 42,5) düzenli olarak doktora gitmemekte ve gidememektedir. Düzenli doktora gitmeme nedeni araştırıldığında, düzenli doktor kontrolüne gitmeyi engelleyen durumun en sık nedeni % 63,6 ile, doğal bir süreç olan yaşlılığa doktorun yapacağı bir şeyin olmadığı düşüncesidir.

Çalışmamızda doktora en sık gitme nedeni % 64,7 ile ilaç yazdırmak için gidilmesi olarak bulunmuştur. Bu konuda ülkemizde 1999 yılında yapılmış bir çalışmada sağlık kurumuna başvuru nedeni % 81,5 ile ilaç yazdırmak amaçlı olarak tespit edilmiştir, (Akıcı ve ark., 1999). Faydalanılan sağlık merkezlerine bakıldığında, bireylerin en sık % 49,6 oranı ile Sağlık Ocağından yararlandığı şeklindedir. Diğer ve arkadaşlarının çalışmasında % 54,2 ile kamu hastanelerinin en sık bulunmuştur. (Diker, 1999). Bizim tüm bu değerlerimiz Akıcı ve Diker'in sonuçları ile benzerlikler taşımakta idi.

Çalışmamızda ilaç kullanım bilgi durumu değerlendirmesinde, bireylerin % 57 ilacı hangi hastalığı için kullandığını biliyordu. Yine bireylerin % 56'sı ilaçlarını önerilen dozda kullanıyordu, çalışma grubunun % 32'si kullandığı ilacın yan etkilerinin farkında idi. Bu konuda Akın ve arkadaşlarının çalışmasında ilacın kullanım amacını bilme oranı % 69 olarak saptanmış, bireylerin % 37 sinin ise son kullanma tarihini kontrol ederek ilaçlarını kullandıkları gösterilmiştir, (Akın ve ark., 2007).

Bu çalışmada bulunan sonuçlar, yaşlıların çok fazla sayıda ilaç kullandıkları, büyük çoğunluğunun tedavi protokollerine uyduğu, fakat ilaçlar konusunda bilgi düzeylerinin çok yeterli olmadığı, sosyal olarak bu yalnız yaşayan yaşlıların ilaçların temininde güçlük çektikleri gözlenmektedir. Bir grup bireyinde sosyal güvencesi aile yakınları olmasına rağmen, doğal bir süreç olan yaşlılığa doktorun ve ilacın bir faydasının olmayacağı düşüncesi ile tedaviye uyum göstermedikleri görülmektedir. Daha önceki araştırmalarda saptanan, ilaçları temin etmedeki sosyal güvencenin olmaması problemleri çözülmüş gibi görünmektedir.

Tedavinin temeli olan ilaçların teminindeki Sosyal güvence problemi büyük bir oranda çözülmüş olsa da halen temin edilen ilaçların sürekli kullanımı, bu konuda hastaların bilgilendirilmesi, ikna edilmesi gibi problemler devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin arttırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması, doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız amacına ulaşmış olup, Tınaztepe Sağlık Ocağı sorumluluk bölgesinde ikamet eden 65 yaş ve üzeri kişilerin İlaç kullanım Bilgi Düzeyleri saptanmış ve İlaç Kullanım Bilgi Puanı üzerine çeşitli faktörlerin etkisi ölçülmüştür. Bilinçli ilaç kullanımının temel belirteçlerinden olarak belirlediğimiz 5 konuya uyum durumu dağılımına bakıldığında; ilacın hangi hastalık için kullanıldığını bilme (% 57,1) ve doz uyumu (% 55,8) tatminkar bulunmuştur.

Yaşlıların ilacın son kullanma tarihini kontrol etmelerinin (% 26,2) ile en düşük çıkması önemli bir risk kaynağıdır. Artan yaş ile İlaç Kullanım Bilgi Düzeyi arasındaki negatif korelasyon; yaşlanma ile ortaya çıkan kognitif bozukluktan kaynaklandığını düşündürmektedir.

İlerleyen yaşla beraber ortaya çıkmaya başlayan hastalıklar dolayısıyla sürekli kullanılan ilaç sayısındaki artış ile İlaç Kullanım Bilgi Puanı arasında negatif ilişki bulunmuştur. Kullanılan ilaçlar arttıkça hastaların konuya hakimiyeti azalmaktadır. Çoklu ilaç kullanımından kaçınmak için az sayıda ilaç kullanma teşvik edilmelidir. Her ilacın yeni sorunlar yaratabileceği veya kronik problemleri alevlendireceği göz ardı edilmemelidir. Hekimler tarafından doz ayarlaması dikkatle yapılmalıdır.

İlaç tedavisinde doğru ilaç, doğru zaman, doğru doz, doğru yol ve doğru etki ilkelerini pekiştirmek için sağlığın vazgeçilmez profesyonelleri olan hemşirelerin daha aktif rol almaları sağlanmalıdır. Sağlığın her aşamasındaki görevliler, çoğu zaman ilaç tedarikçisi olduğu için yaşlı bireye kullandığı ilaçların adları, kullanım amaçları, kullanım şekli, dozları, etkileri ve yan etkileri konularında yaşlının bireysel özellikleri dikkate alınarak sözlü ve yazılı olarak basit, anlaşılır ve net bilgiler içeren eğitim vermelidirler. Halk Sağlığında çalışan hemşireler, yaşlı bireylerin ikamet ettikleri mekanlara sık sık ev ziyaretleri düzenleyerek istenmeyen ilaç etkileşimleri veya çoklu ilaç kullanımının varlığını tespit etmelidirler.

Bilhassa çalışmamız sonucunda ortaya çıkan (% 27) ilaç saklama koşullarının uygunsuzluğu konusunun çözüme kavuşması için yaşlılara ilaçlarını doğru yerde saklama ve depolama konusunda bilgi verilmelidir.

Geriatrik kişilere, her muayeneye geldiklerinde kullandığı tüm (bitkisel, farmakolojik) ilaçlarını yanında getirmesi hakkında eğitim verilmelidir. Yaşlı birey, arkadaş veya yakınlarının tavsiyesi üzerine ilaç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılmalıdır.

Yaşlıların sağlığından sorumlu olan tüm görevlilerin (hekim, eczacı, hemşire vb.) “önce zarar verme” ilkesini hep göz önünde tutarak davranması hayati önem içermektedir.

Sonuç olarak hasta her zaman yardıma muhtaçtır, özellikle yaşlı hasta daha fazla yardıma muhtaçtır. Hastalara tedaviler güzel, anlaşılabilir ve sempatik ifadeler ile anlatılmalıdır. Hastalar tedaviye ikna edilmeli, belirli periyotlarla ilaç tüketimleri kontrol edilmeli ve ilaca ulaşmaktaki tüm engellemeleri kaldırılmalıdır.

ÖZET

Altmış Beş Yaş ve Üstü Kişilerde İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin Sorgulanması

Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri kişilerde çoklu ilaç kullanımının incelenmesi ve ilaç kullanımını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamız, Mart 2009-Mayıs 2009 tarihleri arasında Afyonkarahisar İli Sinanpaşa İlçesine bağlı Tınaztepe Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerden araştırmayı kabul eden 250 kişi üzerinde yapılmıştır.

Araştırmada; demografik bilgileri, kronik hastalıkların sayı ve türlerini, kullanılan ilaç sayı ve türlerini, ilaçların kullanılma sürelerini, bu ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmama durumunu, ilaç kullanım bilgi düzeyini, düzenli olarak doktor kontrollerine gidip gitmeme durumunu ve sağlık kuruluşlarından yararlanma durumlarını içeren 21 soruluk anket formu yüz yüze uygulanmıştır.

Araştırmada anket sonuçlarına ilişkin veriler; tanımlayıcı istatistik ile özetlendi ve düzenli ilaç kullanım bilgi düzeyini etkileyen faktörler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile araştırıldı.

Araştırma; bölgemizde yaşayan 65 yaş ve üstü kişilerde çoklu ilaç kullanımının sık ve ilaç kullanım bilgi düzeyinin düşük olduğunu göstermiştir. Bilgi düzeyini etkileyen en önemli faktörün geriatrik bireyin yaşı olduğu saptanmıştır. Bireylerin eğitim düzeyleri, medeni durumları ve kronik hastalıklarının sayısı ilaç kullanım bilgi düzeylerini etkilemektedir.

‘Anahtar Sözcükler:’ Bilgi Düzeyi, Çoklu İlaç Kullanımı, Geriatri, İlaç, Yaşlı.

SUMMARY

Establishment to Drug Utilization in The Elderly Over 65 Or More Years Old Knowledge Level

The aim of this study was to examine polypharmacy in the geriatric people and evaluate to factors what on the effects of use medication.

Our research, in to practise, on the 250 elders who accepted to join the study and living on the Afyonkarahisar contry, Sinanpaşa district, Tinaztepe town, between March 2009- May 2009.

In the study, the questionnaire form applied as face-to-face including 21 questions which examined such as demograpich conditions, number and kind of chronic disease, taking medication, drug using time, regularly take medication and drug utilization knowledge level, routine go to doctor visits, reason of application to physician and situtaion profit from health societys.

Descriptive statitics for summary were used for statiscal analyses for collected data what questionnaire results and regular use medication between on effect of them connection research with correlation analyse way.

In the study showed among living our region who over the age of 65 age, polypharmacy is frequently and taking drug knowledge level is low. Most important factor to affected knowledge level is age of geriatric people. Individual education ranks, civil sitaution, number of chronic diseases are effect to drug utilization konowledge levels.

‘Key Words:’ Drug, Education Level, Elderly , Geriatric, Polypharmacy.

KAYNAKLAR

- ACURCÍO, F., A., FONSECA, M., J., M., ROZENFELD, S., (2008) Drug Utilization and Polypharmacy Among The Elderly: A Survey in Rio de Janeiro City, Brazil, *Pan Am J Public Health* **23 (1)**: 34-42.,
- AÇIKEL, C., H., ARPACI, F., ŞİMŞEK, I., (2008) Ankara'da Yaşayan Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanım Tutumları, *TAF Prev Med Bull*, **7 (6)**: 515-522.,
- AKAN, P., BEĞER, T., ERDİNÇLER, D., TEZCAN, V., (1999) Yaşlıda İlaç Kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2 (1)**: 31-38.,
- AKICI, A., ÇALI, Ş., KALAÇA, S., OKTAY, Ş., UĞURLU, M., Ü., (1999) Pratisyen Hekimlerin Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, **4 (3)**: 100-105.,
- AKIN, B., SOLMAZ, T., (2007) Evde Yaşayan Yaşlılarda İlaç Kullanımı ve Kendi Kendine İlaç Kullanım Yetisi, *Türk Geriatri Dergisi*, **12 (2)**: 72-81.,
- ALLISON, DB., OBERLEY, TD., SZWEDA LI., WEİNDRUCH, R., ZAINAL, TA., (2000) Caloric restriction of rhesus monkeys lowers oxidative damage in skeletal muscle, *FASEB J.* **14**: 1825-1836.,
- ALPTEKER, H., (2008) 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, sy. 12-17., Bolu
- ALTAY, B., (2003) Yaşlılara Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi, sy. 1-5., Ankara
- ARPACI, F., (2005) Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, Ankara
- ARSLAN, G., G., EŞER, İ., (2005) Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu ve Hemşirenin Rolü, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **21 (2)**: 147-157.,
- ARSLAN, G., G., EŞER, İ., (2005) Yaşlılara Verilen Eğitimin İlaç Kullanım Uyumuna Etkisinin İncelenmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, **8 (3)**: 134-140.,
- ARSLAN, Ş., ATALAY, A., GÖKÇE KUTSAL, Y., (2000) Yaşlılarda İlaç Tüketimi, *Türk Geriatri Dergisi*, **3 (2)**: 56-60.,
- AŞCI, A., BAYDAR, T., ŞAHİN, G., (2007) Geriatriye Herbal Preparat Kullanımının Toksikolojik açıdan Değerlendirilmesi: Sık Karşılaşılan Bitkisel Ürün-İlaç Etkileşimlerine Örnekler Erişim: [<http://www.antalyaeo.org.tr/.../Bitki-ilac%20etkilemeleri%20.doc>] Erişim Tarihi: 19.03.2009

- BAKAR, C., KARATAŞ KAYMAK, G., MARAL, I., ÖZKAN, S., SEPİCİ, V., (2002) Bir Üniversite Hastanesi Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Polikliniğine Başvuran 60 Yaş ve Üzeri Hastaların Tanıları, *Türk Geriatri Dergisi*, **5 (2)**: 59-63.,
- BALCI, E., BÜLBÜL, E., GÖÇMEN, L., KARABEKİR, S., H., SUBAŞI, B., ŞENSOY, N., USER, N., N., (2009) Geriatrik Olguların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Anket Çalışması, *Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri Dergisi*, **1(Özel)**: 96-97.,
- BAYDAR T., ŞAHİN G., (2008) Bilinçli İlaç Kullanımı, Erişim: [<http://www.gebam.hacettepe.edu.tr>] Erişim Tarihi: 19.03.2009
- BEĞER, T., (2004) Yaşlıda Başlıca Enfeksiyon Hastalıkları, *Klinik Gelişim* **17 (2)**: 84-89.,
- BEIJNEN, J., H., CAMPEN, J., P., C., M., FRANKFORT, S., V., KOKS, C., H., W., TULNER, C., R., (2006) The Effect Of Admission to A Geriatric Ward on Medication Use: 2002 Versus 1985, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, **(15)**: 602-606.,
- BİLİR, N., (2008) Sigara ve Yaşlanma, Erişim: [<http://www.gebam.hacettepe.edu.tr>] Erişim Tarihi: 19.03.2009
- BODUR, H., BORMAN, P., GÖKÇE KUTSAL, Y., ESENGEN, Ş., SEÇKİN, Ü., YÜCEL, M., (2000) Huzur Evinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel –Kognitif Değerlendirme ve İlaç Kullanımı, *Turkish Journal of Geriatrics* **3 (1)**: 6-10.,
- BODUR, H., GÖKÇE KUTSAL, Y., SEÇKİN, Ü., (1998) Yaşlılarda İlaç Tüketimi, *Geriatri Dergisi*, **1 (1)**: 36-38.,
- BORMAN, P., (2009) Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri, *Türk Fiz. Tıp Rehab Derg* **55(2)**: 72-74.,
- BOZOĞLU, E., NAHARCI, M., İ., (2009) Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme, *Journal of Geriatrics and Geriatric Neuropsychiatry Yıl / Year: 1 8. Ulusal Geriatri Kongresi Özel Sayı Kasım / November sy. 26-28.*,
- BRAZEAU, S., (2001) Polypharmacy and The Elderly, *The Canadian Journal of CME*, sy. 85-94.,
- CARBONİN, P., CORİCA, F., CORSONELLO, A., INCALZI, R., A., PEDONE, C., (2005) Depression and Drug Utilization in An Elderly, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, **1 (1)**: 55-60.,
- ÇALIŞKAN, T., GÜLER, M., ÖZKAN, H., SUNAY, B., F., TÜRKER, S., YALVARMİŞ, F., (2005) Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir, *STED*, **15 (11)**: 199-201.,
- ÇAN, G., TOPBAŞ, M., YARIŞ, F., (2003) Yaşlılar Kullandıkları İlaçlarla İlgili Yeterli Bilgiye Sahipler Mi?: Trabzon'da Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Araştırma Sonuçları, *Ege Tıp Dergisi*, **42 (2)**: 85-90.,

- D'ARCY, C., RAWSON, NS., REMILLARD, AJ., SHEVCHUK, YM., (1992) Drug Utilization by The Elderly in Saskatchewan, *Int Soc Technol Ases Health Care Meet.* **1992**: 27-28.,
- DEMİRCAN, C., (2009) Yaşlılık ve Sorunları, Erişim: [http://www.ichastaliklari.uludag.edu.tr/yogun/yaslilik_sorunlari.pdf] Erişim Tarihi: 19.03.2009
- DİE, (1995) Türkiye Nüfusu Demografik Yapısı ve Gelişimi. 21. yüzyıl Ortasına Kadar Projeksiyonlar. No: 1839, sy. 156-157, Ankara
- DİKER, J., (1999) Körfez 6 No'lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgelerinde 65 Yaş Üzerindeki Kişilerde Kronik Hastalıklar ve İlaç Kullanımı, *Türk Geriatri Dergisi*, **3 (3)**: 91-96.,
- DORUK, H., (2002) Yaşlılarda Polifarmasi ve İyatrojenez, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, sy. 77-78., Antalya
- DORUK, H., IŞIK, A., T., MAS, R., M., (2005) Geriatrik Sendromlar, IV. Ulusal Geriatri Kongresi, sy. 21-23., Antalya
- DORUK, H., IŞIK, A., T., MAS, R., M., (2005) Yaşlılarda İlaç Kullanımının Temel İlkeleri, IV. Ulusal Geriatri Kongresi, sy. 18-20., Antalya
- ENGİN, S., (2005) Kırılgan Yaşlı ve İkincil Koruyucu Hekimlik, *Türk Aile Hek Derg.* **9 (3)**: 128-134.,
- ERENMEMİŞOĞLU, A., (2006) Yaşlılarda İlaç Kullanımını Etkileyen Farmakokinetik Değişiklikler, *Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı* **2006**: 29-32.,
- ERGÜL, Ş., ÖZSOY ALTUĞ, S., BAYIK TEMEL, A., UYSAL, A., VURAL, B., YILDIRIM, B., (2004) Yaşlılarda Sağlık Anlayışı, *T.C Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, **4 (11)**: 95-104.,
- ERKEKOĞLU, P., GİRAY, B., ŞAHİN, G., (2008) Trisiklik Antidepresanların Riskli Gruplarda Kullanımlarının Toksikolojik Açıdan Değerlendirilmesi, *Hacettepe Tıp Dergisi*, **(39)**: 22-30.,
- GALAVİS, J., WOOTEN, M., (2005) Polypharmacy: Keeping The Elderly Safe, *RN*, **68 (8)**: 44-50.,
- GARFİNKEL, D., GİL, S., Z., ISRAEL, J., B., (2004) The War Against Polypharmacy: A New Cost-Effective Geriatric-Palliative Approach for Improving Drug Therapy in Disabled Elderly People, *IMAJ*, **(9)**: 430-433.,
- GELAL, A., (2006) Yaşlılarda İlaç Kullanımını Etkileyen Farmakodinamik Değişiklikler, *Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı* **2006**: 33-36.,
- GOOD, B., C., (2002) Polypharmacy in Elderly Patients With Diabetes, *Diabetes Spectrum* **15 (4)**: 240-247.,
- GÖKÇE KUTSAL, Y., (2003) Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Üniversitesi, *Toplum Hekimliği Bülteni* **3 (4)**: sy. 1-3.,

- GÖKÇE KUTSAL, Y., (2006a) Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı, *Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı* **2006**: 37-44.,
- GÖKÇE KUTSAL, Y., (2007b) Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı ile İlgili Araştırmalarımızın Sonuçları ve Önerilerimiz, Erişim: [<http://www.gebam.hacettepe.edu.tr>] Erişim Tarihi: 19.03.2009
- GÖKÇE KUTSAL, Y., (2008) İlaç Kullanımında Dikkat Edilecek Noktalar, Erişim: [http://www.geriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=ilac] Erişim Tarihi: 19.03.2009
- HAAIJER-RUSKAMP, F., M., MEYBOOM-DE JONG, B., STEWAR,T R., E., VEEHOF, L., J., G., (1998) Adverse Drug Reactions and Polypharmacy in The Elderly in General Practice, *Eur J Clin Pharmacol*, **55**: 533-536.,
- HAAIJER-RUSKAMP, F., M., MEYBOOM-DE JONG, B., STEWAR,T R., E., VEEHOF, L., J., G., (1999) The Development of Polypharmacy. A Longitudinal Study, *Family Practice*, **17**: 261-267.,
- HAO, LY., HEMANN, MT., GREİDER, CW., STRONG, MA., (2001) The Shortest Telomere, Not Average Telomere Length, Is Critical For Cell Viability and Chromosome Stability, *Cell*, **107**: 67-77.,
- HU, S., XU, K., (1996) Home Care For The Elderly, *World Health Forum*, **17**: 357-359.,
- IŞIK, A., T., (2008) Polifarmasi, Erişim:[<http://www.geriaticenter.com/12.html>] Erişim Tarihi: 19.03.2009
- KARADAKOVAN, A., (2005) Yaşlılarda Sağlık Sorunları, *Ege Üniversitesi HYO Dergisi* **21 (2)**: 169-175.,
- KIRILMAZ, B., (2010) Yaşlılarda Kardiyovasküler İlaçların Etkileşimi ve Yan Etkileri, *Turkish Journal of Geriatrics, Özel Sayı 2*: 107-113.,
- KOH, N., Y., KOO, W., H., (2002) Polypharmacy in Palliative Care: Can it be Reduced?, *Singapore Med J*, **43 (6)**: 279-283.,
- KUMAR, A., (2010) Polypharmacy Common in Elderly Psychiatric Inpatients, European Psychiatric Association (EPA) 18th European Congress of Psychiatry : Abstract 20-52.,
- PİTKALA, K., H., STRANBERG T., E., TİLBİS, R., S., (2001) Is It Possible Reduce Polypharmacy in the Elderly?: A Randomised, Controlled Trial, *Drugs & Aging* **18 (2)**: 143-149.,
- PONG, L., T., (1995) Why Should We Prevent Polypharmacy?, *The Hong Kong Practitioners* **17**: 345-346.,
- PRAMANTARA, D., P., RAHMAWATI F., ROHMAH, W. SULAIMAN, S., A., S., (2009) Polypharmacy and Unnecessary Drug Therapy on Geriatric Hospitalized Patients in Yogyakarta Hospitals, Indonesia, *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, **1 (1)**: 6-11.,

SWINE, C., (2008) Epidemiology of Polypharmacy, *EAMA VII 3 rd Session January 2008*

ŞAHİN, G., (2009) Yaşlılarda Güvenli İlaç Kullanımı, Erişim:[http://www.antalyaeo.org.tr/yonetim/haber_ekdosya/Geriatri-Antalya.ppt] Erişim Tarihi: 19.03.2009

THE GOVERNMENT OF HONG KONG, DEPARTMENT OF ELDERLY HEALTH SERVICE, (2007) Self-Help Tips for The Elderly, Erişim:[<http://www.info.gov.hk/elderly/english/healthinfo/selfhelptips/drugsafety.htm>] Erişim Tarihi: 19.03.2009

TSIJU-HAYAJİ, K., FUKUHARA, S., GREEN, J., KUROKAWA K., (1999) Use of prescribed drugs among older people in Japan: association with not having regular physician, *J. Am Geriatr Soc.* **44 (12)**: 1473-1474.,

TUNA, S., (2007) Kanserli Geriatrik Hastalarda Komorbidite ve Klinik Değerlendirme, *Türk Onkoloji Dergisi*, **22 (4)**: 192-196.,

U.S CENSUS BUREAU, (2001) An Aging World: 2001 P95/01-1. USA

WALBURG, HE., (1975) Radiation-induced life-shortening and premature aging, *Adv Radiat Biol* **(5)**: 145-79.,

WALFORD , RL., (1974) Immunologic theory of aging: currebt status, *Fed Proc*, **33**: 2020-2027.,

EKLER

Bu anket Afyon Kocatepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliğindeki Yüksek Lisans tezinde kullanılmak üzere yapılmaktadır. Bu araştırmada, Afyonkarahisar İli, Sinanpaşa İlçesi Tınaztepe Kasabasında ikamet etmekte olan “65 yaş ve üzeri kişilerde ilaç kullanım bilgi düzeylerinin sorgulanması” amaçlanmıştır. Araştırma tamamıyla bilimsel amaç taşımaktadır. Doldurulan anket hiç kimse ya da hiçbir kuruma verilmeyecek, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Sağlık Memuru
Levent ÖZCAN

EK-1

65 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1. Adı- Soyadınız:
2. Yaşınız : 65-69 () 70-74 () 75-79 () 80 ve üzeri ()
3. Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()
4. Medeni Durumunuz : Evli () Boşanmış/Dul ()
5. Eğitim Durumunuz : Okuryazar Değil () Okuryazar () İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu ()
6. Sosyal Güvenceniz var mı?
Hayır () Evet/ Nedir? SGK () YK ()
7. Kronik Hastalıklarınızın Türleri nelerdir?
Santral S.S Hast () Solunum S. Hast () KVS Hast () Genitoüriner S. Hast () Gastrointestinal S. Hast () Endokrin S. Hast () Psikiyatrik Hast () Oftalmik Hast () Hematolojik Hast () Eklem ve Bağ Dokusu Hast ()
8. Kronik Hastalıklarınızın sayısı kaçtır?
1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()
9. Sürekli olarak kullandığınız İlaçların Türleri nelerdir?
Santral S.S İlaçları () Solunum S. İlaçları () KVS İlaçları () Genitoüriner S. İlaçları () Gastrointestinal S. İlaçları () Endokrin S. İlaçları () Psikiyatrik İlaçlar () Oftalmik İlaçlar () Hemopoetik İlaçlar () Analjezik ve Steroid olmayan Antiinflamatuvarlar ()
10. Sürekli olarak kullandığınız ilaçların sayısı kaçtır?
1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()
11. Kronik Hastalıklarınız için verilen ilaçları ne kadar süredir kullanıyorsunuz?
1 yıl () 2 yıl () 3 yıl () 4 yıl () 5 yıl () 6 yıl () 7 yıl () 8 yıl () 9 yıl () 10 yıl ve üzeri ()
12. Kronik Hastalıklarınız için verilen tüm ilaçları düzenli olarak kullanıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
13. İlaçlarınızdan hangilerini düzenli olarak kullanıyorsunuz?(12. soruya Hayır yanıtı verildiyse)
Santral S.S İlaçları () Solunum S. İlaçları () KVS İlaçları () Genitoüriner S. İlaçları () Gastrointestinal S. İlaçları () Endokrin S. İlaçları () Psikiyatrik İlaçlar () Oftalmik İlaçlar () Hemopoetik İlaçlar () Analjezik ve Steroid olmayan Antiinflamatuvarlar ()
14. Kronik Hastalıklarınız için verilen İlaçları düzenli olarak kullanmama nedeniniz nedir? (12. soruya hayır cevabı verildiyse)

- Unutkanlık () İlaç kullanmaktan sıkılmak () Tedavinin bir faydasının olmadığını düşünmek ()
Diğer ()
15. İlaçlarınızı temin ederken sorun yaşıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
16. İlaçlarınızı sağlamada niçin sorun yaşıyorsunuz? (15. soruya evet cevabı verildiyse)
İlacımı yazdıracak yakınım yok () Sosyal Güvencem yok ()
Sağlık Kuruluşlarında yeterince ilgilenilmiyor ()
Diğer ()
17. Düzenli olarak Doktor kontrollerine gider misiniz?
Evet () Hayır ()
18. Doktora gitmenizi engelleyen durumlar nelerdir? (17. soruya Hayır cevabı verildiyse)
Sağlık Ocağının Uzaklığı () Sosyal Güvence Olmaması ()
Doğal bir süreç olan yaşlılığa doktorun yapacağı bir şeyin olmadığı düşüncesi ()
Diğer ()
19. Doktora en sık hangi nedenle gidiyorsunuz?
İlaç yazdırmak için () Kontrol için () Tedavi olmak için ()
20. Genellikle hangi Sağlık Kuruluşundan yararlanıyorsunuz?
Devlet Hastaneleri () Sağlık Ocakları () Özel Kuruluşlar ()
Üniversite Hastaneleri ()

EK-2

65 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN İLAÇ KULLANIM BİLGİ
DÜZEYLERİNİN TESPİTİ

21. İlaç Kullanım Bilgi Puanı Hesaplaması :

Bireyin gösterdiği ilacı hangi hastalığı için kullandığını bilme durumu (1p) ()

Önerilen doz ile kullanılan doz uyumu (1p) ()

İlacın son kullanım tarihini kontrol etme durumu (1p) ()

Yan etkilerinin farkında olup olmama durumu (1p) ()

İlacı saklama koşullarının uygun olup olmama durumu (1p) ()