



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BÜNYESİNDEKİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİ'NE AYAKTAN BAŞVURAN ÇOKLU
İLAÇ KULLANIMI OLAN ERİŞKİN HASTALARDAKİ İLAÇ UYUMU VE
YALNIZLIK DÜZEYİ**

Dr. Mehmet Nedim ÜNSAL
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI

VAN-2020

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BÜNYESİNDEKİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİ'NE AYAKTAN BAŞVURAN ÇOKLU
İLAÇ KULLANIMI OLAN ERİŞKİN HASTALARDAKİ İLAÇ UYUMU VE
YALNIZLIK DÜZEYİ**

Dr. Mehmet Nedim ÜNSAL
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI

VAN-2020

ÖN SÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden her fırsatta faydalandığım, karşılaştığım her türlü güçlükte desteğini esirgemeyen, tezimin gerçekleşmesinde deneyimleri, bilimsel duruşu ve bakış açısıyla bana esin kaynağı olan değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Dilek Kuşaslan Avcı'ya;

Tez araştırma istatistiklerinin analizinde katkılarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. Sıddık Keskin'e;

Çok değerli aile hekimliği asistan arkadaşlarıma;

Yıllar sonra bile hala yanımda olan çok sevgili dostlarıma;

Bütün eğitim hayatım boyunca bana en büyük desteği veren, her koşulda yanımda olan, varlıklarından güç aldığım aileme teşekkür ederim.

Dr. Mehmet Nedim ÜNSAL

ÖZET

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bünyesindeki Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne Ayaktan Başvuran Çoklu İlaç Kullanımı Olan Erişkin Hastalardaki İlaç Uyumu ve Yalnızlık Düzeyi

Giriş ve Amaç: Polifarmasi, eş zamanlı olarak çoklu ilaç kullanımını ifade eder. Tüm dünyada giderek artmakta olan polifarmasi; ilaç uyumunda azalma, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç yan etkilerinin ortaya çıkması ve sağlık maliyetlerinde artış gibi olumsuz durumlarla ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre uyum, kişilerin davranışlarının (ilaç alımı dahil) sağlık hizmeti sağlayıcısının tavsiyelerine karşılık gelme derecesi olarak tanımlanmaktadır. İlaç uyumsuzluğu, mortalite ve morbidite artışı gibi durumların yanı sıra sağlık maliyetlerinde artışla da ilişkili olabilen bir durumdur. Yalnızlık ise, bir bireyin tercih ettiği ile gerçek sosyal ilişkileri arasındaki uyumsuzluğa karşılık gelir. Yalnızlık; mortalite riskinde artış, sağlık açısından olumsuz olan bazı davranışlar ve bazı istenmeyen laboratuvar değerleriyle ilişkilidir. Bu çalışmada çoklu ilaç kullanan erişkin hastaların ilaç uyumları, bu hastaların sosyodemografik özellikleri, bu hastalardaki yalnızlık düzeyi ve bu değişkenlerin birbiriyle ilişkisi araştırılmıştır. İlaç uyumunu olumsuz etkileyen özelliklerin belirlenmesi ve bunlara karşı çözüm önerileri sunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Van ilinde, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bünyesindeki Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne başvuran yetişkin bireylerin dahil edildiği, Mayıs 2019 ile Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilen kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Bu çalışmaya 18 yaş üstü ve en az 240 gün süreyle en az iki farklı ilaç kullanımı olan 220 adet hasta dahil edildi. Hastalara öncelikle, polifarmasi ve ilaç uyumuyla ilgili bazı soruları da içeren sosyodemografik bilgi formundaki sorular yöneltildi. Daha sonra hastalara, ilaç uyumuyla ilgili sorular içeren Modifiye Morisky Ölçeği ve UCLA (University of California Los Angeles) Yalnızlık Ölçeği uygulandı. Anket hastaların onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından uygulandı. Verilerin analizinde; üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak ifade edilirken; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını

karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede Duncan Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede gruplarda ayrı ayrı olmak üzere Pearson Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır. Gruplar ile kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise ki-kare testi yapılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için Statistical Package For Social Sciences (SPSS) istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 220 hastanın %55'i kadın, %45'i erkekti. Yaş ortalaması 58.57 ± 12.04 'tü. Çalışmaya katılan hastaların %63'ünde hipertansiyon (HT), %48.3'ünde diyabetes mellitus (DM) ve %34'ünde aterosklerotik kalp hastalığı mevcuttu. Katılımcıların %68.6'sı kronik hastalığı/hastalıkları için aile hekimlerine düzenli olarak başvuruyordu ve %56.4'ü minör, %43.6'sı majör polifarmasi kullanıyordu. Minör polifarmasi kullanan kadınların oranı minör polifarmasi kullanan erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. Katılımcıların bilgi, motivasyon ve yalnızlık düzeyi minör ya da majör polifarmasi kullanımına göre farklılık göstermemekteydi. Hastaların %70'i antihipertansif, %47.2'si antidiyabetik ve %35'i antikoagülan / antiagregan türü ilaç kullanmaktaydı. İlaç yan etkileri hakkında hiçbir bilgisi olmayan hastaların oranı %58.6 idi. Hastaların ilaç uyumu açısından %70'inin motivasyon, %75.9'unun ise bilgi düzeyi yüksekti. Bilgi düzeyi erkek cinsiyette anlamlı olarak yüksekti. Katılımcıların %63.7'si çeşitli düzeylerde yalnızlık hissetmekteydi. Yalnızlık düzeyi kadın cinsiyette anlamlı olarak yüksekti. Motivasyon, bilgi ve yalnızlık düzeyleri yaşa göre farklılık göstermemekteydi. Yalnızlık düzeyi çalışmayanlarda çalışanlar ve emeklilere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Motivasyon düzeyi, hekim tarafından her zaman bilgilendirilen grupta hiçbir zaman bilgilendirilmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti. İlaçlarını düzenli kullandığını beyan eden katılımcıların hem motivasyon hem de bilgi düzeyleri ilaçlarını bazen aksattığını beyan edenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Yalnızlık düzeyi ile motivasyon ve bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktaydı.

Sonuç: Kronik hastalığı bulunan hastaların -özellikle polifarmasi kullanan ve yaşlı gruptaki- aile hekimlerince düzenli kontrollere çağırılarak kullandıkları ilaçların gözden geçirilmesi ve kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi verilmesi; uygunsuz polifarmasi kullanımını engellemek ve ilaç uyumunu artırmak adına yararlı olabilir.

Polifarmasi kullanımı olan, kadın ve/veya çalışmayan hastaların yalnızlık düzeyleri daha yüksek olabileceğinden, bu hastaların ruhsal durum muayenelerini yapmak ve hastaları gerektiğinde çeşitli sosyokültürel etkinliklere yönlendirmek, yalnızlık düzeylerini düşürmeye yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, İlaç uyumu, Polifarmasi, Yalnızlık.



ABSTRACT

The Level of Drug Compliance and Loneliness in Adult Patients with Multiple Drug Use Outpatient to the Family Medicine Polyclinics at Van Yüzüncü Yıl University Faculty of Medicine

Aim: Polypharmacy refers to the simultaneous use of multiple drugs. Increasing polypharmacy worldwide is associated with adverse conditions such as decreased drug compliance, drug-drug interactions, drug side effects, and increased health costs. According to the World Health Organization, compliance is defined as the degree to which individuals' behavior (including drug intake) corresponds to the recommendations of the healthcare provider. Drug nonadherence is a condition associated with an increase in health costs as well as conditions such as increased mortality and morbidity. Loneliness, on the other hand, corresponds to the discrepancy between an individual's choice and their real social relationships. Loneliness is associated with an increased risk of mortality, some health-negative behaviors and some unwanted laboratory values. In this study; sociodemographic characteristics, drug compliance, loneliness and the relationship of these variables in adult patients using multiple drugs were investigated. It was aimed to determine the properties that adversely affect drug compliance and to offer solutions against them.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional descriptive survey study conducted between May 2019 and August 2019, which included adult individuals who applied to the Family Medicine Polyclinics in Van Yüzüncü Yıl University Faculty of Medicine in Van. This study included 220 patients over the age of 18 who had been using at least two different medications for at least 240 days. The patients were first asked questions in the sociodemographic information form, which also included some questions regarding polypharmacy and drug compliance. Later, the patients were administered the Modified Morisky Scale and the UCLA (University of California Los Angeles) Loneliness Scale. The questionnaire was applied by the researcher with the face-to-face interview technique after obtaining the consent of the patients. Descriptive statistics for continuous variables are expressed as mean, standard deviation, minimum and maximum values. Descriptive statistics are expressed as numbers and percentages for categorical variables. One-way analysis of variance was made to compare group means in terms of

continuous variables. Duncan Multiple Comparison Test was used to identify different groups following analysis of variance. In determining the relationship between these variables, Pearson Correlation Coefficients were calculated separately in the groups. In determining the relationship between groups and categorical variables, chi-square test was performed. Statistical significance level was taken as 5% in calculations and Statistical Package For Social Sciences (SPSS) statistical package program was used for calculations.

Results: Of the 220 patients participating in the study, 55% were female and 45% were male. The average age was 58.57 ± 12.04 . 63% of the patients participating in the study had hypertension, 48.3% had diabetes mellitus and 34% had atherosclerotic heart disease. It was determined that 68.6% of the participants did not regularly apply to family physicians for their chronic illnesses. The proportion of patients using minor polypharmacy was 56.4%, while those using major polypharmacy were 43.6%. The proportion of women using minor polypharmacy was significantly higher than men using minor polypharmacy. The level of knowledge, motivation and loneliness of the participants did not differ according to the use of minor or major polypharmacy. While the rate of antihypertensive drug use was 70%, the rate of antidiabetic drug use was 47.2% and the rate of anticoagulant/antiaggregant drug use was 35%. The proportion of patients with no knowledge of drug side effects was 58.6%. In terms of drug compliance, 70% of the participants were motivated and 75.9% of them had a high level of knowledge. The level of knowledge of the participants was significantly higher in male gender. It was determined that 63.7% of the participants felt loneliness at various levels. The level of loneliness was significantly higher in female gender. The motivation, knowledge and loneliness levels of the participants did not differ according to age. The loneliness level of the participants was significantly higher in the non-employed than the employees and retirees. The motivation level of the participants was significantly higher in the group which was always informed by the physician than those who were never informed. Both the motivation and knowledge levels of the participants who stated that they used their medicines regularly were significantly higher than those who stated that they sometimes disrupted their medications. There was no significant relationship between participants' loneliness and motivation/knowledge levels.

Conclusion: Reviewing the medications used by patients with chronic diseases - especially those using polypharmacy and in the elderly group- by regular checkups and giving information about the medications they use; may be useful to prevent inappropriate polypharmacy use and to improve drug compliance. Since the loneliness levels of women and/or non-working patients with polypharmacy use may be higher, conducting mental health examinations of these patients and directing patients to various sociocultural activities when necessary may help to decrease their loneliness levels.

Keywords: Drug compliance, Family medicine, Loneliness, Polypharmacy.



İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Polifarmasi	3
2.1.1. Polifarmasi tanımı	3
2.1.2. Polifarmasi sıklığı	3
2.1.3. Polifarmasi nedenleri	4
2.1.4. Polifarmasinin sonuçları	5
2.2. İlaç Uyumu.....	8
2.2.1. İlaç uyumunun tanımı	8
2.2.2. Sıklık	8
2.2.3. İlaç uyumunu etkileyen faktörler	9
2.2.3.1. Hastaya bağlı faktörler.....	10
2.2.3.2. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına bağlı faktörler.....	11
2.2.3.3. Sağlık sistemine bağlı faktörler	11
2.2.4. İlaç tedavisine uyumu artıran yaklaşımlar	11
2.3. Yalnızlık.....	12
2.3.1. Yalnızlığın sonuçları	13
2.3.2. Yalnızlığı azaltmaya yönelik müdahaleler.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Modeli	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı	15
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	16

3.5. Araştırmanın Tekniği	16
3.5.1. Sosyodemografik bilgi formu	17
3.5.2. UCLA yalnızlık ölçeği	17
3.5.3. Modifiye morisky ölçeği	18
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	18
3.7. Verilerin Analizi	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	35
5.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışılması	35
5.2. Komorbiditeler ve İlaç Kullanımıyla İlgili Özelliklerin Tartışılması	40
5.3. Yalnızlık Düzeyinin Tartışılması	49
5.4. İlaç Uyumunun Tartışılması.....	50
5.5. Tanımlayıcı Özelliklerin, Komorbiditeler ve İlaç Kullanımıyla İlgili Özelliklerin, İlaç Uyumunun ve Yalnızlık Düzeyinin Birlikte Tartışılması	52
5.5.1. Tanımlayıcı özellikler, komorbiditeler ve ilaç kullanımıyla ilgili özelliklerin tartışılması.....	52
5.5.2. Tanımlayıcı özellikler, ilaç uyumu, komorbiditeler ve ilaç kullanımıyla ilgili özelliklerin tartışılması.....	54
5.5.3. Tanımlayıcı özellikler, yalnızlık düzeyi, komorbiditeler ve ilaç kullanımıyla ilgili özelliklerin tartışılması.....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	60
EKLER	65
Ek 1. Çalışma Formu	65
Ek 2. Etik Kurul Onayı	70
ÖZ GEÇMİŞ	72

TABLO DİZİNİ

Tablo 1.	START* kriterleri: yaşlı hastalarda ilaç başlanması gereken durumlar.....	7
Tablo 2.	STOPP* kriterlerinden seçilmiş örnekler.....	7
Tablo 3.	Çalışmamızda yer alan hastaların sosyodemografik özellikleri-1 (n=220).....	20
Tablo 4.	Çalışmamızda yer alan hastaların sosyodemografik özellikleri-2 (n=220).....	21
Tablo 5.	Yaşa göre sosyodemografik özellikler (n=220).....	22
Tablo 6.	Çalışmamızda yer alan hastaların kronik hastalığı/hastalıkları (n=220) ...	23
Tablo 7.	Çalışmamızda yer alan hastaların kronik hastalığı/hastalıkları nedeniyle aile hekimine başvuru sıklıkları (n=220).....	23
Tablo 8.	Hekim tarafından hastaların bilgilendirilme durumu (n=220).....	24
Tablo 9.	Çalışmamıza katılan hastaların kullandığı ilaç grupları (n=220).....	25
Tablo 10.	İlaç kullanma davranışı.....	25
Tablo 11.	İlaç kullanımında hastaya yardımcı olan kişiler (n=220).....	25
Tablo 12.	Yan etki bilgi düzeyi (n=220).....	26
Tablo 13.	Yaşa göre motivasyon ve bilgi düzeyi.....	28
Tablo 14.	Yaşa göre yalnızlık düzeyi.....	28
Tablo 15.	Cinsiyete göre sosyodemografik özellikler-1.....	29
Tablo 16.	Cinsiyete göre sosyodemografik özellikler-2.....	29
Tablo 17.	Cinsiyete göre bilgi düzeyi (n=220).....	30
Tablo 18.	Cinsiyete göre yalnızlık düzeyi (n=220).....	30
Tablo 19.	Çalışma durumuna göre yalnızlık düzeyi (n=220).....	31
Tablo 20.	Kronik hastalık süresine göre sosyodemografik özellikler (n=220).....	32
Tablo 21.	Bilgilendirilme durumuna göre motivasyon düzeyi (n=220).....	33
Tablo 22.	İlaçların düzenli kullanılıp-kullanılmamasına göre motivasyon düzeyi (n=220).....	33
Tablo 23.	İlaçların düzenli kullanılıp-kullanılmamasına göre bilgi düzeyi (n=220).....	34
Tablo 24.	Yalnızlık düzeyi ile bilgi ve motivasyon düzeyi ilişkisi.....	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre dağılımı (n=220).	20
Şekil 2.	Hekim önerisi dışında analjezik kullanan hastalar (n=220).	24
Şekil 3.	Minör ve majör polifarmasi oranları (n=220).	24
Şekil 4.	Motivasyon düzeyi (n=220).	26
Şekil 5.	Bilgi düzeyi (n=220).....	27
Şekil 6.	Yalnızlık düzeyi.....	27



KISALTMALAR

ACE	: (Anjiyotensin Converting Enzim) Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
ADRs	: Advers İlaç Reaksiyonları
ark.	: Arkadaşları
ASA	: Asetil Salisilik Asit
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BPH	: Benign Prostat Hipertrofisi
DM	: Diyabetes Mellitus
EHRs	: (physician ordering in electronic health records): Elektronik Sağlık Kayıtları
FEV1	: Zorlu Ekspirasyonun 1. Saniyesinde Atılan Volüm
GIS	: Gastrointestinal Sistem
GÖR	: Gastro-özofageal Reflü
HL	: Hodgkin Lenfoma
İBS	: İrritabl Bağırsak Sendromu
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVS	: Kardiyovasküler Sistem
KY	: Kalp Yetmezliği
MEMS	: (Medication event monitoring systems): İlaç İzleme Sistemleri
NSAI	: Non Steroid Anti Inflamatuar
OAD	: Oral Antidiyabetik
PIMs	: Potansiyel Olarak Uygunsuz İlaçlar
PPI	: Proton Pompa İnhibitörü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SSS	: Santral Sinir Sistemi

- START** : **(Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) Kriterleri:** Hekimleri Doğru Tedaviye Yönelik Uyararak için Tarama Aracı
- STOPP** : **(Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions) Kriterleri:** Yaşlı Hastalarda Potansiyel Olarak Uygunuz Reçeteleri Tarama Aracı
- UCLA** : **(University of California Los Angeles):** Kaliforniya Üniversitesi, Los Angeles



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Farklı biçimlerde tanımlanmakla birlikte polifarmasi; eş zamanlı olarak çoklu ilaç kullanımı olarak belirtilmiştir(1). Polifarmasinin görülme sıklığı ileri yaş ile artış göstermektedir ve ülkeler arasında değişkenlik gösterebilir. Yapılan çalışmalarda 75 yaşın üzerindeki hastalarda polifarmasi oranı yaklaşık %35-40 civarındadır(2). Polifarmasi yaşlı yetişkinler için özel bir öneme sahiptir; çünkü bu hastaların bilişsel bozukluk, fonksiyonel kısıtlamalar, finansal kısıtlamalar, çok sayıda sağlık hizmeti sağlayıcısının kullanımı ve ulaşım kısıtlamaları da dahil olmak üzere kendine özgü engelleri ve zorlukları bulunabilir. Ek olarak, polifarmasinin en önemli potansiyel sonuçlarından biri, yaşlı erişkinlerde ilaç uyumu üzerindeki etkisi olabilir(3).

Polifarmasi birkaç nedenden dolayı sorunlara yol açabilir. Örneğin, fiziksel ve bilişsel işleyiş üzerinde uzun vadeli olumsuz etkileri olabilen potansiyel olarak uygunsuz ilaçların (PIMs) kullanılması riskini artırabilir. Polifarmasi ayrıca ilaç-ilaç etkileşimine, aynı ilacın farklı muadillerinin eş zamanlı kullanımına, ilaç uyumsuzluğuna, ilaç yan etkilerinin görülmesine ve sağlık maliyetlerinin yükselmesine neden olabilir(4, 5).

Dünya sağlık örgütü, uyumu, “Kişilerin davranışlarının (ilaç alımı dahil) sağlık hizmeti sağlayıcısının tavsiyelerine karşılık gelme derecesi” şeklinde tanımlar. Düşük hasta uyumu, klinik deneylerde yararının zararından daha fazla olduğu kanıtlanan ilaçların etkilerini göstermesinin önündeki en büyük engeldir.(6). İlaç uyumunun artırılması, hastaların sağlığı üzerinde herhangi bir yeni tedavinin keşfedilmesinden daha büyük bir etkiye sahip olabilir(7). İlaçlara uyum oranı, tipik olarak, akut rahatsızlığı olan hastalarda kronik rahatsızlığı olan hastalara göre daha iyidir ve kronik rahatsızlığı olan hastaların ilaç uyumu 6 aylık tedavi sürecinden sonra önemli derecede düşmektedir(8). İlaçlara uyumsuzluk, aşırı morbidite ve mortalitenin yanı sıra Amerika Birleşik Devletleri’nde yıllık 1 milyar dolardan daha fazla sağlık maliyetine neden olmaktadır. Yine Amerika Birleşik Devletleri’nde, ilaçlarla ilişkili hastane yatışlarının %33 ila %69’unun ilaçlara uyumun kötü olması nedeniyle olduğu tespit edilmiştir(9).

Yalnızlık, bir bireyin tercih ettiği ile gerçek sosyal ilişkileri arasındaki uyumsuzluğa karşılık gelir. Bu uyumsuzluk daha sonra, kişi ailesi veya arkadaşları arasındayken dahi, yalnız hissetmenin olumsuz deneyimlerine ve/veya sosyal olarak yalıtılmış hissetmenin sıkıntısına ve disforisine yol açar. Bu tanımlama yalnız ya da tek başına hissetmenin yalnız olmak anlamına; yalnız olmanın da yalnız ya da tek başına hissetmek anlamına gelmediğini vurgular.(10) Yalnızlık; sigara içme, sedanter yaşam tarzı, kötü uyku kalitesi gibi sağlık açısından olumsuz olabilen durumlarla ilişkilidir. Ayrıca yüksek kan basıncı, yüksek C reaktif protein (CRP) düzeyi, kötü lipid profili ve zayıf bağışıklıkla da ilişkisi gösterilmiştir(11). Yalnızlık ve sosyal izolasyonun yaşlı erişkinlerde mortalite riski üzerine etkisi; sigara, düşük fiziksel aktivite ve obezite gibi yerleşik risk faktörlerinininkine benzerdir(12, 13). Yalnızlık ve algılanan sosyal desteğin yokluğu yaşam süresinin azalmasıyla ilişkilidir(14).

1.2. Amaç

Bu çalışmada çoklu ilaç kullanan erişkin hastaların ilaç uyumları, bu hastaların sosyodemografik özellikleri, bu hastalardaki yalnızlık düzeyi ve bu değişkenlerin birbiriyle ilişkisi araştırılmıştır. İlaç uyumunu olumsuz etkileyen özelliklerin belirlenmesi ve bunlara karşı çözüm önerileri sunmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Polifarmasi

2.1.1. Polifarmasi tanımı

Polifarmasi kelimesi antik Yunancadan gelmektedir; ‘çok’ anlamına gelen ‘polús’ ve ‘ilaç kullanımı’ anlamına gelen ‘pharmakeía’ sözcüklerinden oluşmuştur(15). Polifarmasi için kabul görmüş tek bir tanımlama yoktur(5, 16). 1 yıl içinde 240 gün veya daha uzun süreyle iki ya da daha fazla ilaç kullanımı(17), eş zamanlı olarak çoklu ilaç kullanımı, klinik olarak gerekenden fazla veya çok sayıda uygunsuz ilaç kullanımı, aynı rahatsızlık için iki ya da daha fazla ilaç kullanımı, aynı kimyasal sınıftan iki ya da daha fazla ilaç kullanımı gibi tanımlamalar mevcuttur(18). Bazı çalışmalar polifarmasiyi minör (en az iki ilaç) ve majör(dört veya daha fazla ilaç) olarak ayırmıştır(1).

Polifarmasi birinci ve ikinci basamakta sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Uygun polifarmasi ve uygun olmayan polifarmasi olarak ayırımının yapılması gerekmektedir(15). Sağlık çalışanları için aşırı agresif tedavi uygulamakla, ilaçların yan etkilerinden kaçınmak için gereğinden az ilaç yazmak arasındaki dengeyi sağlamak; zorlayıcı olabilen kritik bir karardır(16). Bir hasta için uygun olan ilaç sayısı; hastanın sahip olduğu morbiditelere, fonksiyonel durumuna, tahmini yaşam süresine ve tercihlerine bağlı olarak değişkenlik gösterir(19).

İlaç uyumu polifarmasiden negatif yönde etkilenebilir. Ayrıca, fiziksel ve sosyal işlev değerlendirmelerini de içeren bir dizi -sağlıklı yaşamla ilgili- ölçümün sonucunda; çoklu ilaç kullanan hastalarda diğer hastalara göre daha olumsuz sonuçlar tespit edilmiştir(20).

2.1.2. Polifarmasi sıklığı

Avrupa’da 80 yaş ve üzeri nüfus en fazla artış gösteren nüfustur ve 2060 yılında tüm popülasyonun yaklaşık %20’sini oluşturacaktır. Yaşlanma bir kişide kaçınılmaz olarak çeşitli ve birbirinden bağımsız kronik hastalıklara yol açmaktadır. Multimorbiditeye de hemen her zaman polifarmasi eşlik etmektedir(21). Türkiye

İstatistik Kurumu'na göre 2016 yılındaki yaşlı nüfus sayısı 6.651.503'tür (%43.9 erkek, %56.1 kadın) ve toplam nüfusun %8.3'ünü temsil etmektedir(5).

Türkiye'de (İstanbul) 2016 yılında Öztürk ve ark. tarafından, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş ve üzeri 300 hastayla yapılan bir çalışmada, günlük 5 veya daha fazla ilaç kullanan hasta sayısı 187(%62.3), günlük 10 veya daha fazla ilaç kullanan hasta sayısı 29(%9.7) olarak tespit edilmiştir(5). Yine Türkiye'de (Rize) 2013 yılında Yaylacı ve ark. tarafından, Fındıklı İlçe Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran 1081 hasta (ortalama yaş 59±17 yıl) üzerinde yapılan bir çalışmada, 5 veya daha fazla ilaç kullanan hasta sayısı 145(%13.4) olarak tespit edilmiştir(22).

Polifarmasi 65 yaş üzeri hastalarda daha yaygındır. Bu yaş grubundaki hastaların, kalp hastalıkları ve DM gibi, profilaksisinde ve tedavisinde çoklu ilaç kullanımını gerektiren morbiditeleri mevcuttur(16). Kore'de 2010-2011 yıllarında Hong-Ah Kim ve ark. tarafından, 65 yaş ve üzeri hastaların kayıtları üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların %86.4'ünün 6 ya da daha fazla, %44.9'unun 11 ya da daha fazla ve %3'ünün 21 ya da daha fazla ilacı eş zamanlı olarak kullandıkları tespit edilmiştir(23).

İskoçya'da 2013 yılında Payne ve ark. tarafından, birinci basamak hastalarının kayıtları üzerinden yapılan bir çalışmada, erişkinlerin %16.9'unun günlük 4 ila 9 ilaç kullandığı, %4.6'sının günlük 10 ve üzerinde ilaç kullandığı ve kullanılan ilaç sayısının yaşla beraber arttığı tespit edilmiştir(20). İsveç'te 2005-2008 yılları arasında Hovstadius ve ark. tarafından yapılan çalışmada birinci basamak nüfusunun %11'inin; Çin'de 2010 yılında Dong ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise kırsal bir Çin nüfusunun %6'sının günlük 5 veya daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır(24, 25). Brezilya'da 2012 yılında Oliveira ve ark. tarafından, 60 yaş üstü birinci basamak hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, bu popülasyonun 2/3'ünün günlük 4 veya daha fazla ilaç kullandığı gösterilmiştir(15).

2.1.3. Polifarmasi nedenleri

Polifarmasi; yaşlanma, multimorbid popülasyon, profilaktik ilaçların kullanımının artması, tek bir hastalık için kullanılan kılavuzların artışı ve kanıta dayalı

uygulamaların yaygınlaşmasıyla beraber modern tıbbın rutini haline gelmiştir(15). Ne yazık ki kılavuzların birçoğu multimorbiditeyi ve polifarmasiyi dikkate almamaktadır. Kanıta dayalı ilaç uygulamaları için yapılan deneylerin çoğu da, genellikle ilacın etki etmesi beklenen hastalığa sahip, görece genç hastalardan seçilmektedir(21). Polifarmasinin yaşlı hastalardaki potansiyel olumsuz sonuçlarına rağmen; çoklu ilaç kullanımının belirli durumlarda uygun olabileceği ve bu durumların bulunduğu hastalarda kullanımının cesaretlendirilmesi gerektiğine yönelik çalışmalar da mevcuttur(16).

Kardiyovasküler hastalıklar, DM, arteriyel HT, kemik ve eklem problemleri, nörodegeneratif hastalıklar yaşlı hastalarda yüksek prevalansa sahiptir. Bu hastalıkların tümü kırılabilirliği artırır ve kalıcı sekeller bırakabilir. Multimorbidite durumu yaşlı hastalarda sağlık hizmetlerinin fazla kullanımına yola açar ve bu durum çok sayıda ilaç tüketimini de kapsar(18).

Multipl hastalığı olan bireylerin farklı uzman hekimlere başvuruları sırasında hekimlerin birbirinden habersiz ilaç reçete etmeleri neticesinde, birden fazla aynı içerikli ilacın kullanımı dahil çoklu ilaç kullanımı ortaya çıkmaktadır. Verilen bir ilacın yan etkisini tedavi etmek için başka bir ilaç verilmesi ile oluşan 'reçete kaskadı' polifarmasinin diğer bir önemli nedenidir. Son altı ay içinde hastaneye yatarak tedavi olmuş olmak, hastaların fazla ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıdan ziyade semptomaya yönelik olarak ilaç kullanılması, kadın olmak, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, depresyonda olmak, görme ve işitme problemleri, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, kognitif disfonksiyonun olması, bakıcı yetersizliği, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta memnuniyeti de polifarmasi için diğer önemli risk faktörleri olarak sıralanabilir(26)

2.1.4. Polifarmasinin sonuçları

Polifarmasi; advers ilaç reaksiyonları (ADRs), ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç uyumsuzluğu ve fonksiyonel gerileme/düşme gibi kognitif bozuklukları da içeren geriatrik sendromlarla ilişkilidir(27).

İlaç güvenliği sorunları yaygındır ve bunların polifarmasiyle ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada yazılan ilaç sayısı arttıkça reçete

hatalarının arttığı ve toplam ilaç sayısının fazlalığının da reçete hatalarıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir(15). Polifarmasi yaşlı hastalarda PIMs'ın temel belirleyicisi olarak belirtilmiştir. PIMs terimi; yanlış, gereğinden az ve gereğinden fazla ilaç yazılması durumlarını kapsar(16).

Acil servis başvurularının yaklaşık %6.5'inin ADRs'e bağlı yapıldığı ve bunların en az yarısının önlenemez olduğu saptanmıştır. ADRs; ayaktan tedaviye başvuru sayısını, hastaneye yatışları ve acil servis başvurularını artırır. Hem ADRs hem de polifarmasiye bağlı diğer ciddi olumsuz durumlar her yaşta görülebilir; ancak ilaç toksisitelerine karşı daha savunmasız olan yaşlı popülasyonda daha yaygındırlar(19). Ayaktan başvuruların ve hastane yatışlarının artması, ilaç harcamalarına ek olarak, hastanın kendisinin ve sağlık sisteminin giderlerinde de artışa neden olur(27). Yaşlı hastaların %20-65'i PIMs kullanmaktadır ve bu yüzden ADRs riski altındadırlar. Çoklu ilaç kullanan yaşlı hastaların en az 1/5'inde, kullanılan ilaçların bazılarının hastadaki komorbid durumları olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır ve bu durum terapötik rekabet olarak adlandırılmaktadır(21).

Çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç uyumlarının düşük olduğunu gösteren çokça çalışma vardır ve bu durum ilaçların etkisinin azalması riskini doğurmaktadır. Çok ilaç kullandığını düşünen hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin düşük olduğuna dair kanıtlar da mevcuttur(15, 28). Yaşlı hastalarda suboptimal reçete yazma uygulamalarını tanımlamak için birkaç tane tarama aracı geliştirilmiştir: 2008 yılında START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment; Hekimleri Doğru Tedaviye Yönelik Uyararak için Tarama Aracı) ve STOPP (Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions; Yaşlı hastalarda potansiyel olarak uygunsuz reçeteleri tarama aracı) kriterleri getirilmiştir(29).

Tablo 1. START* kriterleri: yaşlı hastalarda ilaç başlanması gereken durumlar

Kardiyovasküler Sistem <ul style="list-style-type: none">• Atriyal fibrilasyonda antikoagulan veya antiplatelet tedavi• Bilinen koroner, serebral veya periferik arter hastalığı olanlarda antiplatelet tedavi• Sistolik kan basıncı >160 mm Hg olanlarda antihipertansif tedavi• Koroner, serebral veya periferik arter hastalığı olanlarda sekonder koruma için statin tedavisi (Yaşam beklentisi> 5 yıl)• Kalp yetmezliği olanlara veya miyokard infarktüsü sonrası ACE* inhibitörü• Kronik stabil anginası olanlarda beta bloker
Endokrin Sistem <ul style="list-style-type: none">• Tip 2 diyabet tedavisinde metformin• Diyabetik nefropatisi olanlarda ACE* inhibitörü• Kardiyovasküler hastalık riski ve diyabeti olan hastalarda statin ve antiplatelet tedavi
Gastrointestinal Sistem <ul style="list-style-type: none">• Şiddetli reflü veya özafageal striktür varlığında proton pompa inhibitörleri• Kronik semptomatik divertiküler hastalığı olanlarda fiber takviyesi
Sinir Sistemi <ul style="list-style-type: none">• Fonksiyonel bozukluğu olan Parkinson hastalığı için levodopa• 3 aydan uzun süredir orta-ciddi depresyonu olanlarda antidepresan tedavi
Solunum Sistemi <ul style="list-style-type: none">• Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astımı olanlarda inhale beta agonist veya antikolinergik ajanlar• Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astımı olanlarda FEV1*< %50 inhale steroid• Kronik hipoksemik solunum yetmezliği olanlarda evde sürekli oksijen desteği
*START: Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (Hekimleri Doğru Tedaviye Yönelik Uyararak için Tarama Aracı); ACE: Anjiyotensin Converting Enzim; FEV1: Zorlu Ekspirasyonun 1. Saniyesinde Atılan Volüm

Tablo 2. STOPP* kriterlerinden seçilmiş örnekler

<ul style="list-style-type: none">• Beta blokerlerin verapamil veya diltiazemle kombinasyonu• Peptik ülser öyküsü olan hastaya PPI* başlanmadan ASA* başlanması• Trisiklik antidepresanların depresyon tedavisinde birinci basamak olarak başlanması• Orta-şiddetli KOAH*'ın idame tedavisinde inhaler kortikosteroidler yerine sistemik kortikosteroidler başlanması• Primer HT veya kalp yetmezliğinde NSAİİ* tedavisi verilmesi• Semptomatik ortostatik hipotansiyonlu hastalarda selektif alfa-1-blokerlerin kullanılması• Meme kanseri veya venöz tromboemboli öyküsü olanlarda östrojen tedavisi verilmesi
*STOPP (Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions; Yaşlı hastalarda potansiyel olarak uygunsuz reçeteleri tarama aracı); PPI: Proton Pompa İnhibitörü; ASA: Asetil Salisilik Asit; KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; NSAİİ: Non-steroid anti-inflamatuar ilaç

2.2. İlaç Uyumu

2.2.1. İlaç uyumunun tanımı

İlaç uyumu, bir hastanın kendisi için reçete edilen ilaç dozlarına ve dozlar arası süreye bağlılık derecesi olarak tanımlanır(30-32). İlaça uyumlu olarak değerlendirilen hastalar belirli bir süre içinde kendisine reçete edilen ilaçların %80'inden fazlasına uyum gösteren hastalardır. Bir kişi bir aylık periyot içinde bir haftaya yakın bir süre ilaçlarını kullanmasa dahi uyumlu olarak değerlendirilebilir. İlaç uyumunu ölçmek için çeşitli yöntemler mevcuttur. Hasta beyanına dayalı ölçümler, ilaç sayımları, ilaç düzeyleri, fizyolojik ölçümler, ilaç izleme sistemleri (medication event monitoring systems, MEMS) ve hekim gözetimindeki elektronik sağlık kayıtları (physician ordering in electronic health records, EHRs) bunlardan bazılarıdır(7). Tüm ilaç uyumu ölçme yöntemleri içinde hasta beyanına dayalı ölçümler en sık kullanılan yöntemlerdir(31).

Hasta beyanına dayanan uyum ölçümleri; önceden belirlenmiş bir süre içinde geçerliliği-güvenilirliği kanıtlanmış ölçeklerle yapılan ve kullanılan ilaçların sayı veya yüzdesiyle uyumu ifade eden ölçümlerdir. Nesnel ölçümler ise MEMS veya EHRs'lerle (çalışma sırasındaki) kullanılan ilaç dozlarının veya uyumlu hastaların yüzdesini ifade eder. Her iki ölçüm de sürekli veya kategorik olabilir(9).

İlaç uyumsuzluğu sıklıkla reçete edilen ilaç dozunun %80'inden daha azını kullanmak olarak tanımlanır; buna rağmen çok fazla doz kullanmayı da kapsar. İlaç uyumsuzluğu; sağlık durumunda kötüleşme, olumsuz klinik durumlar oluşması ve mortalite riskini artırır(6).

2.2.2. Sıklık

Birçok hasta ilaç başlangıcını takip eden birkaç ay içinde ilacını/ilaçlarını tamamen bırakmaktadır ve sıklıkla bu durumu ilacı/ilaçları başlayan hekime bildirmemektedir. İlaça/ilaçlara devam edenlerin birçoğu ise ilacı/ilaçları reçete edildiği gibi kullanmamaktadır. Sonuç olarak ilaç uyum oranı ortalama %50 civarındadır ve %0'dan %100'e kadar dağılan geniş bir yayılım göstermektedir(6). Gelişmiş ülkelerdeki uzun süreli tedavilerde ilaç uyumu, tedavi başlangıcından sonraki 1 yıl içerisinde yaklaşık

%50 olarak bildirilmektedir. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde ve düşük sosyoekonomik düzeydeki hastalarda daha düşüktür(32).

Birçok kronik hastalıkta ilaç uyumu; iyi hastalık kontrolü ve semptomların, komplikasyonların, hastane yatışlarının, mortalitenin azalması gibi olumlu durumlarla ilişkilidir. DiMatteo'nun 500'ün üzerinde sayıda ilaç uyumu çalışmasını kapsayan derlemesinde ilaçlara uyumsuz olan hastaların oranı ortalama %24.8 olarak belirlenmiştir. Yapılan diğer geniş çaplı çalışmalarda bu oran ortalama %40-60 arasında bulunmuş ve kronik hastalığı bulunan bireylerde yaklaşık olarak ilaçların her iki dozundan birinin atlandığı ileri sürülmüştür(31).

Çeşitli ülkelerde 1980 ve 2008 yılları arasında yapılan 79 çalışmayı inceleyen bir literatür çalışmasında; hastaların yaklaşık %16'sının yeni yazılan bir ilaca başlamadığı (primer uyumsuzluk), yaklaşık yarısının ise ilk 6 ay içinde ilacı bıraktığı tespit edilmiştir (tedavi sürekliliğinde azalma)(33).

2.2.3. İlaç uyumunu etkileyen faktörler

Geçerli ilaç uyumu ölçümleri sağlık hizmetlerinde ve sağlık araştırmalarında çok önemli bir role sahiptir. Bir hasta tarafından ilaçlardan fayda görmediğine dair bir ifade duyulduğunda, ilaçların etkili olup olmadığını anlamak için, klinisyen tarafından ilk yapılması gereken ilaçların doğru kullanılıp kullanılmadığını sorgulamaktır(31). Hastalar ilaçlarla ilgili tutumlarını gizleme eğiliminde olabilirler; bu durum hem kendilerinin hem de hekimlerinin davranışlarından kaynaklanabilir (7).

İlaç uyumu hakkında 32.000'den fazla makale yayımlanmıştır ve ilaç uyumunu etkileyen yaklaşık 200 faktör öne sürülmüştür. Hastaların sağlık/hastalık/ilaçlar hakkındaki inanışları, hasta-hekim iletişimi, ekonomik zorluklar bunlardan bazılarıdır(33). İlaç uyumsuzluğunun nedenleri; hastaya, ilaçlara, sağlık hizmeti sağlayıcısına, sağlık sistemine ve sosyoekonomik duruma bağlı faktörler olarak sınıflandırılabilir(30).

2.2.3.1. Hastaya bağlı faktörler

İlaçlara uyum çoğunlukla kişisel faktörlere bağlı olduğundan, hastaların ilaçlara uyum konusunda istekliliklerini ve kapasitelerini etkileyen faktörleri inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır. Bu faktörler akıl ve ruh sağlığı, fiziksel sağlık, demografik özellikler, tıbbi öykü, davranışlar/tutumlar/alışkanlıklar, bilgi düzeyleri/inanışlar ve diğerleri(kendi evinde yaşamak, son 6 ay içinde hastaneye yatmış olmak ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) öyküsü) olarak sınıflandırılabilir.(30)

Toplum sağlığının önündeki en büyük engellerden biri yetersiz sağlık okuryazarlığıdır. Bu durum hekimle yapılan görüşmeler esnasında sıklıkla gizlenmektedir(7). Son yıllarda sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu adına etkili bir faktör olarak artan bir ilgi görmüştür. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık adına uygun kararlar verebilmek için gerekli temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesi olarak tanımlanır(33). 2003'te Amerika'da yapılan bir çalışmada yeterli sağlık okuryazarlık kapasitesine sahip erişkinlerin oranı %12 olarak saptanmıştır(34).

Hekimlere olan güvensizlik, hastaların yanlış inanışları ve tercihleri, çelişkili tıbbi bilgiler, depresyon, yan etkilerden korkma ve unutkanlık; ilaç uyumuna engel teşkil eden hastaya bağlı durumlardır. Çalışmalar; hekime veya sağlık sistemine olan güvensizliğin ilaç uyumuna doğrudan etki ettiğini kanıtlamışlardır. Bu durum hekime başvurmayı erteleme, kontrollere gitmeme gibi durumlara yol açar ve hekimle hastanın ırk/etnik köken farklılığından bağımsızdır. Hastaların bazıları řu ana bazıları ise geleceğe odaklıdır ve bu durum hemen sonuç almayı profilaktik önlemlerin önüne geçirebilir. Uzak gelecekteki bir kalp krizini engellemeye yönelik günlük ilaç kullanmak hastalar için yeterli motivasyon sağlamayabilir(7). Kronik hastalığı olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %80'inden fazlasının hekimlerden, medyadan ve internetten sağlık konusunda çelişkili bilgiler edindikleri ve bu durumun ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir(35). Hastaların birçoğunun düşüncesi ilaçların yarardan çok zarar getireceği yönündedir. Hastanın kendisi veya başkaları tarafından deneyimlenen yan etkiler endişeye yol açarak hasta davranışlarını etkileyebilir(36).

2.2.3.2. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına bağlı faktörler

Sağlık hizmeti sağlayıcıları hastalarla güvenilir bir iletişim kurmak konusunda önemli rol oynamaktadırlar. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına bağlı faktörler hastaların ilaca uyumu konusunda gittikçe artan bir öneme sahiptir(30).

Sağlık hizmeti sağlayıcılarına bağlı faktörler; hastanın ilaca uyumsuzluğunun farkında olmama, koordinasyonsuz bakım/polifarmasi ve kritik bilgilerin hastaya iletilmemesi şeklindedir. Hastalara sadece ‘İlaçlarınızı kullanıyor musunuz?’ şeklinde bir soru yöneltmek ilaç uyumunu değerlendirmek adına yetersizdir. Hastaların ilaca uyumsuzluğunu belirlemek için direkt ve açık uçlu sorular sorulmalı, bu sorular sorulurken cesaretlendirici bir tavır sergilenmelidir. İlaç uyumsuzluğunu hastanın ‘hatası’ olarak görmek yıkıcı bir tutumdur. Hekimin tükenmişlik sendromu içinde olması da ilaç uyumsuzluğuyla ilişkilidir ve olumsuz klinik sonuçlara zemin hazırlar(7). Hastalarla zayıf iletişim kurulması, hastalarla yeterince ilgilenilmemesi, sağlık hizmeti sağlayıcısındaki güven eksikliği, hastalarla karşılıklı güvene dayalı ilişki kurulamaması ve kullanılan ilaçların belirli aralıklarla gözden geçirilmemesi ilaç uyumsuzluğuna yol açan diğer faktörlerdir(30).

2.2.3.3. Sağlık sistemine bağlı faktörler

İlaç uyumunun önündeki sağlık sistemine bağlı en önemli engel maliyettir(3). Sağlık primi ödemeleri ilaç uyumuna negatif yönde etki etmektedir. Fakat prim ödemelerinin düşmesi, ilaç uyumuna çok az bir pozitif katkı sağlamaktadır. Sosyal eşitsizlikler de ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir(7).

Özellikle yaşlı hastaların ilaç uyumunu olumsuz etkileyen, sağlık sistemine bağlı bazı faktörler mevcuttur. Hastanın eğitiminin yetersiz olması, takip eksikliği, ilaç programı yapılmaması, reçete yazma süresinin kısa tutulması bu faktörlerden bazılarıdır ve özellikle çoklu ilaç kullanan hastalar için daha büyük önem teşkil etmektedirler(3, 30).

2.2.4. İlaç tedavisine uyumu artıran yaklaşımlar

İlaç uyumu üzerine yapılan çalışmaların birçoğunda, kronik hastalığı bulunan hastaların yaklaşık %50’sinin kullandıkları ilaçlardan en az bir tanesine uyum

göstermedikleri belirtilmiştir(3). Yaşlı hastalarda komorbiditelerin bir arada bulunma olasılığı fazla olduğundan bu popülasyonda polifarmasi daha yaygındır ve yaşlı hastalar ilaç uyumsuzluğu açısından genç hastalara göre daha büyük risk altındadırlar. İlaç uyumsuzluğu; ilaçların terapötik faydalarında azalma, hastane ve hekim başvurularında artma, sağlık maliyetinde artma ve hatta gereksiz ilaç kullanımında artma gibi olumsuz durumlarla sonuçlanır(30).

Çeşitli randomize kontrollü çalışmaların (78 adet) incelendiği bir derlemede, uzun süreli ilaç uyumunu ve sağlık çıktılarını iyileştirmeye yönelik az sayıda ve görece karmaşık müdahaleler bulunmuştur. Bu konuda farklı yaklaşımlar gerekmektedir(7).

Bir meta-analizde, 16 adet randomize kontrollü çalışma (toplam 2742 hasta, ortalama yaş 39, %50.3 kadın) incelenmiş olup; kronik hastalığı bulunan hastalara günlük kısa mesajla hatırlatma yapılmasının ilaç uyumunu yaklaşık olarak iki kat artırdığı gösterilmiştir(32). Çalışmalar herhangi bir şekilde hastalara yapılan hatırlatmaların ilaç uyumu ve klinik sonuçlara pozitif yönde etki ettiğini göstermiştir(37).

‘Kahverengi çanta incelemesi’, hekim tarafından ilaç uyumunun değerlendirilebilmesi için, hastanın her vizitte kullandığı tüm ilaçları yanında getirmesini ifade eder. Böylelikle muayene esnasında hastanın ve hekimin ilaçlar hakkında görüşmesi sağlanır. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının ilaç uyumunu değerlendirirken yargılayıcı olmaması, hastayla karşılıklı güvene dayalı bir ilişki geliştirmesi, bakım sürekliliğini ve hastanın ailesinin desteğini sağlaması ilaç uyumunu artırmak için yapılabilecek diğer uygulamalardır(7).

2.3. Yalnızlık

Sosyal ilişkiler ve sosyal entegrasyon, duygusal doyum ve yaşam süresinin uzunluğu açısından kritik bir öneme sahiptir. Sosyal varlıklar olarak insanların temel bir “ait olma ihtiyacı” vardır. Sosyal izolasyon, sosyal iletişim eksikliği anlamına gelir ve nesnel olarak ölçülebilir. (Ör: yalnız yaşamak, partnerin bulunmaması) Yalnızlık ise öznel olarak; sosyal iletişim yokluğu, aidiyet duygusunun olmaması ve izole edilmişlik duygusuna bağlı olarak deneyimlenen acı olarak tanımlanır(38).

Yalnızlık, 3 farklı boyut içeren karmaşık bir yapı gösterir: kişisel yalnızlık, ilişkisel yalnızlık ve kolektif yalnızlık. Kişisel yalnızlık ya da duygusal yalnızlık; zor durumlarda duygusal destek açısından güvenilebilir, karşılıklı destek sağlanan ve kişiyi değerli hissettiren önemli bir kişinin -örneğin eş- yokluğunun hissedilmesini ifade eder. Orta yaşlı ve yaşlı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada kişisel yalnızlıkla ilgili en değerli negatif belirleyici medeni hal olarak belirlenmiştir. Boşanma veya eş kaybının aşırı düzeyde kişisel yalnızlığa yol açtığı saptanmıştır. İlişkisel yalnızlık ya da sosyal yalnızlık, aileyle ve arkadaşlarla kurulan nitelikli bağlantının varlığını/yokluğunu ifade eder. İlişkisel yalnızlığın orta yaş ve yaşlılardaki en iyi yordayıcısı yakın arkadaşlarla ve aileyle kurulan temas sıklığıdır. Kolektif yalnızlık ise bir bireyin ortak bir alan içinde başkalarıyla iletişim kurabileceği gruplardaki -örneğin okul, ekip, ulus- kişisel değerinin varlığını/yokluğunu ifade eder. Kolektif yalnızlığın orta yaş ve yaşlılardaki en iyi yordayıcısı kişinin gönüllü olarak içinde bulunduğu grupların sayısıdır; kişinin gönüllü olarak içinde bulunduğu grup sayısı arttıkça kişinin toplumsal yalnızlığı azalır(10).

Yapılan çalışmalarda yalnızlığın geç ergenlerde en yüksek düzeyde olduğu, orta erişkinliğe kadar kademeli olarak azaldığı ve geç erişkinlikte tekrar arttığı gösterilmiştir(38). Mevcut kanıtlar yaşlı popülasyondaki yalnızlık düzeyinin müdahale gerektirecek düzeyde olduğu sonucunu desteklemektedir; fakat sıklığa yönelik oranlar çalışmaya, ölçüm yöntemine ve çalışmanın yapıldığı popülasyona göre değişiklik göstermektedir(14).

2.3.1. Yalnızlığın sonuçları

Yalnızlık; fiziksel ve ruhsal fonksiyon bozukluklarına ve/veya depresif semptomlar, alkolizm, intihara meyil, agresif davranışlar, sosyal anksiyete ve dürtüsellik gibi psikososyal risk faktörlerinin oluşmasına yol açabilir. Ek olarak yalnızlık; bilişsel fonksiyonlarda zayıflama, Alzheimer hastalığının ilerlemesi, tekrarlayan inmeler, obezite, artmış vasküler direnç, yüksek kan basıncı, artmış hipotalamik-hipofiz-adrenal aks aktivitesi, azalmış uyku kalitesi, zayıf bağışıklık, anti-inflamatuvar genlerin aktivitesinde baskılanma, pro-inflamatuvar genlerin aktivitesinde artma, beyaz kan hücrelerinin sayısında anormalleşme ve erken ölüm gibi durumlar için risk faktörüdür(10).

Almanya’da genel popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada yalnızlığın toplumun %10.5’inde çeşitli derecelerde görüldüğü ve depresyon, anksiyete, intihar düşünceleri ve sağlık hizmeti kullanımında artışla ilişkili olduğu saptanmıştır(38).

Bir meta-analizde, 218 adet çalışma incelenmiş olup yalnızlık; sosyodemografik, psikososyal ve sağlıkla ilgili risk faktörlerini içeren birçok durumla ilişkilendirilmiştir. Kadın/boşanmış/dul veya hiç evlenmemiş olmak, yakın arkadaşlarla iletişim azlığı ya da düşük kaliteli arkadaşlık bağları, kronik hastalıklara sahip olmak, azalmış mobilite, düşük eğitim ve gelir seviyesi bu durumlardan bazılarıdır(14).

2.3.2. Yalnızlığı azaltmaya yönelik müdahaleler

Yalnızlığın ruhsal ve fiziksel sağlık açısından olumsuz sonuçlara yol açtığı gösterilmesiyle beraber kronik yalnızlığı azaltmaya yönelik müdahalelere ilgi artmıştır. Bugüne kadar yalnızlığı hafifletmeye yönelik birkaç tane müdahale üzerinde durulmuştur. Birebir görüşmeler, grup terapileri ve daha geniş toplumsal müdahaleler - örneğin yalnız insanlara ulaşmak için etkinlikler- bunlardan bazılarıdır. Henüz yeterli araştırma yapılmamasına rağmen, meta-analizler, uyumsuzluk yaratan sosyal bilişler üzerine yapılan müdahalelerin denemeye değer olduğunu göstermiştir. Bugüne kadar yalnızlık için ek bir farmakolojik tedavi bulunamamıştır; fakat hayvan deneyleri umut verici gözükmektedir. Bu konuda her şeyden önce toplumun ve sağlık çalışanlarının, yalnızlığın hemen herkes için ızdırap veren bir durum (kronik ağrı gibi) olabileceği konusunda farkındalıklarının artması gerekmektedir(10).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma; Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bünyesindeki Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne ayaktan başvuran çoklu ilaç kullanımı olan erişkin hastalardaki ilaç uyumu ve yalnızlık düzeyini tespit etmek, bu değişkenlerin birbiriyle ve hastaların sosyodemografik durumlarıyla ilişkisini değerlendirmek ve ilaç uyumunu artırmaya yönelik öneriler sunmak amacıyla planlanmış kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Van ilinde, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bünyesindeki Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne başvuran yetişkin bireyler dahil edilerek, Mayıs 2019 ile Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

Polifarmasi tüm dünyayı ilgilendiren toplumsal bir sorundur. Tüm dünyada, özellikle yaşlanan nüfus ve beklenen yaşam süresinin artmasıyla beraber polifarmasi, rutin bir tıbbi uygulama haline gelmiştir. İlaç uyumu ise hastaların sağlık kalitesini belirleyen en önemli unsurlardan bir tanesidir. Yalnızlık, çeşitli morbiditelerle, bazı olumsuz laboratuvar değerleriyle ve artmış mortalite riskiyle ilişkisi gösterilmiş bir halk sağlığı sorunudur. Literatür incelendiğinde polifarmasi, yalnızlık ve ilaç uyumuyla ilgili birçok geniş çaplı çalışma olduğu görülmüştür. Bu üç durumun hepsi ayrı ayrı çeşitli olumsuz sağlık çıktılarıyla ilişkilidir.

Çalışmaya başlanmadan önce bahsi geçen konularla ilgili öncelikle Türkiye'de ve daha sonra çeşitli ülkelerde yapılmış araştırmalar taranmıştır. Her üç konunun da özellikle kronik hastalığı olan bireylerde sağlık kalitesini olumsuz yönde etkileyen sonuçlar doğurduğu saptanmıştır. Bu çalışma; çoklu ilaç kullanımı olan hastaların sosyodemografik özelliklerini, ilaç uyumlarını, yalnızlık düzeylerini, bu veriler

arasındaki ilişkiyi incelemek ve ilaç uyumunu artırmaya yönelik öneriler sunmayı amaçlayan bir anket çalışması olarak planlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Örneklem büyüklüğü seçilirken Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile iş birliği yapılmış ve araştırmanın evrenini temsil edecek örneklem sayısı $n = z^2 \cdot \sigma^2 / d^2$ (n:örnekleme alınacak birey sayısı, σ :örneklem standart sapması, z: belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer, d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma) formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Bu formülde %95 güven katsayısı, diğer bir ifadeyle %5 1. Tip hata ve en fazla dört katı kadar 2. Tip hata öngörüldüğünde yaklaşık olarak %80 güç değerine göre z değeri 1,96 olarak alınmıştır. Çalışma grubunu; Van İli Yüzüncü Yıl Üniversitesi bünyesindeki Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne ayaktan başvuran 122'si kadın, 98'i erkek olmak üzere 220 kişiden oluşan ve çoklu ilaç kullanımı olan hastalar oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Tekniği

Benzer konular ile ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalarda kullanılan anket ve ölçekler incelenerek çalışma formu hazırlandı. Form üzerinde çalışmanın amacına yönelik gerekli düzenleme ve seçimler yapılarak toplamda 49 sorudan oluşan yeni bir çalışma formu oluşturuldu. Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra hazırlanan çalışma formu yüz yüze soru cevap tekniğiyle 5-10 dakika süre zarfında uygulandı. Çalışma formu araştırmaya başlamadan önce 20 birey üzerinde ön çalışma olarak denendi; soruların anlaşılma durumu ve yanıtlar test edildi. Sorular üzerinde ön çalışmanın sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak esas çalışmaya başlandı.

Çalışma formu Ek 1'de sunulmuştur.

Çalışma formunun materyalleri:

Çalışma formu 3 bölümden oluşmaktadır.

1. Sosyodemografik Bilgi Formu

2. UCLA Yalnızlık Ölçeği

3. Modifiye Morisky Ölçeği

3.5.1. Sosyodemografik bilgi formu

Bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerini sorgulayan (Yaş, cinsiyet, medeni durum, yalnız yaşayıp yaşamama, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, sigara ve/veya alkol kullanımı, kronik hastalık mevcudiyeti, hastalığın/hastalıkların süresi, reçetesiz ilaç kullanımı, hekim tarafından bilgilendirilip/bilgilendirilmeme, düzenli olarak kullanılan ilaç sayısı ve grubu, ilaçların düzenli kullanıp kullanılmadığı, ilaçları aksatma sebepleri, ilaçların sağlanmasında zorluk olup/olmaması ve sebepleri, ilaç yardımcısının var olup olmadığı ve kimliği, ilaç yan etkileri hakkındaki bilgi düzeyi) 23 adet soru bulunmaktadır.

3.5.2. UCLA yalnızlık ölçeği

Russel, Peplau ve Ferguson 1978 yılında UCLA Yalnızlık Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. Ölçek 1980'de yeniden düzenlenmiştir. Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Demir tarafından 1989 yılında yapılmıştır(39). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 96 ($p < 0,001$) olarak tespit edilmiştir. Bu değer güvenilirlik açısından yeterlidir. Geçerliliğe ilişkin bulgular UCLA yalnızlık ölçeğinin; yalnızlıktan yakınan bireylerle yakınlığı olmayan bireyleri birbirinden anlamlı ($t=6.29$; $p < 0,001$) düzeyde ayırdığını göstermektedir.

Bireyin genel yalnızlık derecesini belirlemek üzere geliştirilen UCLA Yalnızlık Ölçeği; 10'u düz 10'u ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin her maddesinde sosyal ilişkilerle ilgili duygu ya da düşünce belirten bir durum sunulmakta ve bireylerden bu durumu ne sıklıkla yaşadıklarını dördümlü ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Kuramsal olarak her madde 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar en düşük 20, en yüksek 80'dir. 20-80 arasında yükseldikçe yalnızlık duygusu artar, azaldıkça yalnızlık duygusu azalır.

Perry'nin yalnızlık sınıflandırma şemasına göre 65-80 arası puanlar oldukça yüksek düzeyde, 50-64 arası puanlar orta derecede yüksek düzeyde, 35-49 arası puanlar orta düzeyde ve 20-34 arası puanlar düşük düzeyde yalnızlığı gösterir(40).

3.5.3. Modifiye morisky ölçeği

1980'lerin ortalarında Morisky ve arkadaşları tarafından antihipertansif ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede 4 soruluk bir anket(41) geliştirilmiş olup bu anketle ilgili pek çok geçerlilik çalışmaları yapılmış, iyi psikometrik özellikleri olduğu gösterilmiştir. Orijinal Morisky ölçeği ilaç kullanma alışkanlıkları hakkında yeterli bilgi vermesine rağmen kronik hastalıkların uzun süreli tedavileri sırasında ilaç kullanımının sürekliliği hakkında yetersiz görülmüştür. Ek olarak anket hastaların bilgi ve motivasyon düzeylerini sınıflandırmak üzere düzenlenmemiştir. Bağımsız araştırmacılar tarafından diğer kronik hastalıklar için de uygulanan bu ankette daha sonrasında bazı eksiklikler saptanmış ve 2 yeni soru ilavesiyle Modifiye Morisky Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması 2012 yılında yapılmıştır(42).

Modifiye Morisky Ölçeği'nde sorular Evet/Hayır olarak yanıtlanmaktadır. Değerlendirmede; 2 ve 5. Sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Bu çalışma için Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul başkanlığından onay alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. (Tarih: 10/05/2019, Karar No: 2019/09-10) (Ek-2).

Çalışmaya dahil edilen bireylere araştırmanın amacı, içeriği ve yararları hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Onam formu; katılımcıların yapılacak çalışma hakkında aydınlatılması amacıyla hazırlanmıştır. Formda ayrıca; anketin kim tarafından uygulanacağı, içeriği, elde edilecek verilerin nerede ve ne şekilde

kullanılacağı, kişisel verilerin kesinlikle gizli tutulacağı, kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı gibi bilgiler yer almaktadır.

3.7. Verilerin Analizi

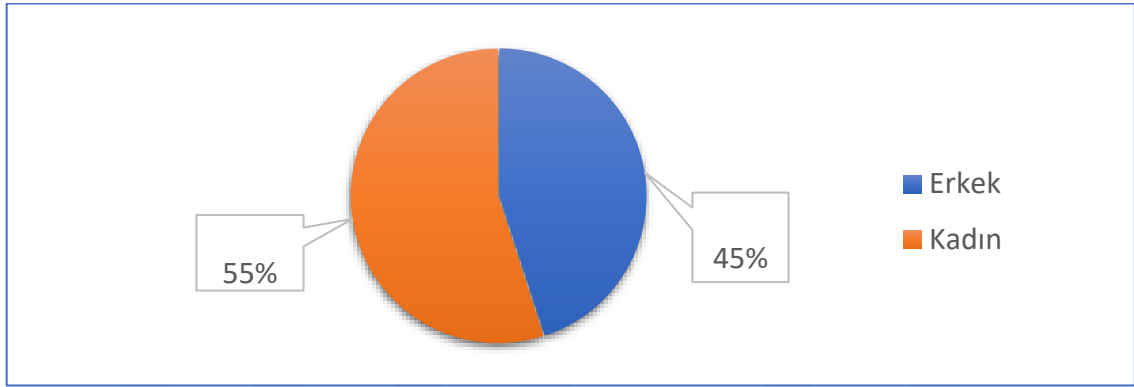
Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum değerler olarak ifade edilirken, Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Tek Yönlü Varyans analizi yapılmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede Duncan Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede gruplarda ayrı ayrı olmak üzere Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Gruplar ile kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Ki-kare testi yapılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çoklu ilaç kullanımı olan hastalardaki ilaç uyumunun ve yalnızlık düzeyinin araştırıldığı çalışmamızda, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tablolar halinde gösterilerek yorumlanmıştır.

Toplam katılımcı bireylerin yaşları 23 ile 86 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 58.57 ± 12.04 'tür.

Çalışmaya katılan hastaların %55 (n=122)'ini kadınlar oluşturmuştur (Şekil 1).



Şekil 1. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre dağılımı (n=220).

Çalışmamızda yer alan medeni durum, yalnız yaşayıp-yaşamama, eğitim düzeyi, çalışıp-çalışmama, sosyal güvence tipi, gelir durumu ve sigara/alkol kullanıp-kullanmamayla ilgili soruları içeren sosyodemografik bilgiler Tablo 3 ve Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 3. Çalışmamızda yer alan hastaların sosyodemografik özellikleri-1 (n=220)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Medeni Durum	Bekar	11	5
	Evli	170	77,3
	Boşanmış	8	3,6
	Eşini kaybetmiş	31	14,1
Aile Tipi (Yalnız yaşayıp yaşamama)	Yalnız	22	10,0
	Çekirdek Aile	175	79,5
	Geniş Aile	23	10,5
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	25	11,4
	Okur-Yazar	17	7,7
	İlkokul Mezunu	84	38,2
	Ortaokul Mezunu	12	5,5
	Lise Mezunu	48	21,8
	Üniversite Mezunu	29	13,2
Lisansüstü	5	2,3	

Tablo 4. Çalışmamızda yer alan hastaların sosyodemografik özellikleri-2 (n=220)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	106	48,2
	Çalışıyor	45	20,5
	Emekli	69	31,4
Sosyal Güvence	SGK	202	91,8
	Yeşil Kart	10	4,5
	Özel Sağlık Sigortası	8	3,6
Algılanan Gelir Düzeyi	Geliri giderinden az	69	31,4
	Geliri giderine eşit	145	65,9
	Geliri giderinden fazla	6	2,7
Sigara/Alkol Kullanımı	Sigara kullananlar	59	26,8
	Alkol kullananlar	6	2,7
	Sigara ve alkol kullanmayanlar	155	70,5

Çalışmamıza katılan hastaların yaşa göre sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, en yüksek yaş ortalamasının; eşini kaybetmiş, okur-yazar olmayan, emekli, sigara ve alkol kullanmayan, hekim tarafından hiçbir zaman bilgilendirilmeyen, majör polifarmasi kullanan, ilaç yan etkilerini bilme konusunda hiçbir bilgisi olmayan kişilerde olduğu belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p<0.05$). Cinsiyet, yalnız yaşayıp yaşamama, gelir düzeyi, sosyal güvence türü, aile hekimine başvuru sıklığı, ekstra ilaç kullanımı, düzenli ilaç kullanımı, ilaçları aksatıp-aksatmama, ilaçları sağlamada zorluk yaşayıp-yaşamama ve ilaç kullanımında yardımcının bulunup-bulunmamasının yaş ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşa göre sosyodemografik özellikler (n=220)

Özellik	Yaş				p*	
	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük		
Medeni Durum	Bekar	38.18	11.25	23.00	57.00	0.001
	Evli	58.07	11.35	25.00	86.00	
	Boşanmış	60.87	7.28	53.00	72.00	
	Eşini Kaybetmiş	67.97	6.04	53.00	79.00	
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	64.24	7.07	48.00	76.00	0.001
	Okur-Yazar	58.65	8.00	47.00	73.00	
	İlkokul Mezunu	60.73	10.04	38.00	79.00	
	Ortaokul Mezunu	62.50	16.75	23.00	79.00	
	Lise Mezunu	55.06	11.74	31.00	86.00	
	Üniversite Mezunu	55.14	15.04	26.00	75.00	
	Lisansüstü	38.00	15.73	25.00	64.00	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	58.58	10.19	25.00	79.00	0.001
	Çalışıyor	46.33	11.55	23.00	69.00	
	Emekli	66.54	7.67	45.00	86.00	
Sigara/Alkol Kullanımı	Sadece Sigara	56.17	11.02	34.00	78.00	0.025
	Sadece Alkol	49.67	14.56	30.00	69.00	
	Hiçbiri	59.83	12.15	23.00	86.00	
Bilgilendirilme Durumu	Her zaman	58.26	12.44	23.00	86.00	0.050
	Bazen	58.03	10.22	30.00	73.00	
	Hiçbir zaman	69.43	5.31	63.00	76.00	
Polifarmasi Durumu	Minör	56.39	13.35	25.00	86.00	0.002
	Majör	61.40	9.52	23.00	79.00	
İlaç Yan Etkileri Bilgi Düzeyi	Tamamını Bilenler	50.75	14.347	26.00	74.00	0.003
	Bazılarını Bilenler	56.44	11.23	30.00	73.00	
	Çok az Bilgisi Olanlar	59.00	10.81	34.00	75.00	
	Hiçbir Bilgisi Olmayanlar	60.34	11.63	23.00	86.00	

*Ki-kare testi.

Çalışmamıza katılan hastaların sahip olduğu kronik hastalık/hastalıklar Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6. Çalışmamızda yer alan hastaların kronik hastalığı/hastalıkları (n=220)

Kronik Hastalık/Hastalıklar	n	%
Hipertansiyon+Diyabetes Mellitus	34	15,5
Hipertansiyon+Aterosklerotik Kalp Hastalığı	16	7,3
Diyabetes Mellitus	10	4,5
Hipertansiyon	10	4,5
Hipertansiyon+Diyabetes Mellitus+Aterosklerotik Kalp Hastalığı	10	4,5
Hipertansiyon+Diğer	10	4,5
Aterosklerotik Kalp Hastalığı+Diğer	8	3,6
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	7	3,2
Hipertansiyon+Diyabetes Mellitus+Diğer	6	2,7
Diyabetes Mellitus+Hiperkolesterolemi	6	2,7
Hipertansiyon+Tiroid Hastalıkları	6	2,7
*KOAHA/Astım	6	2,7
Diğer Hastalık/Hastalıklar	91	41,6

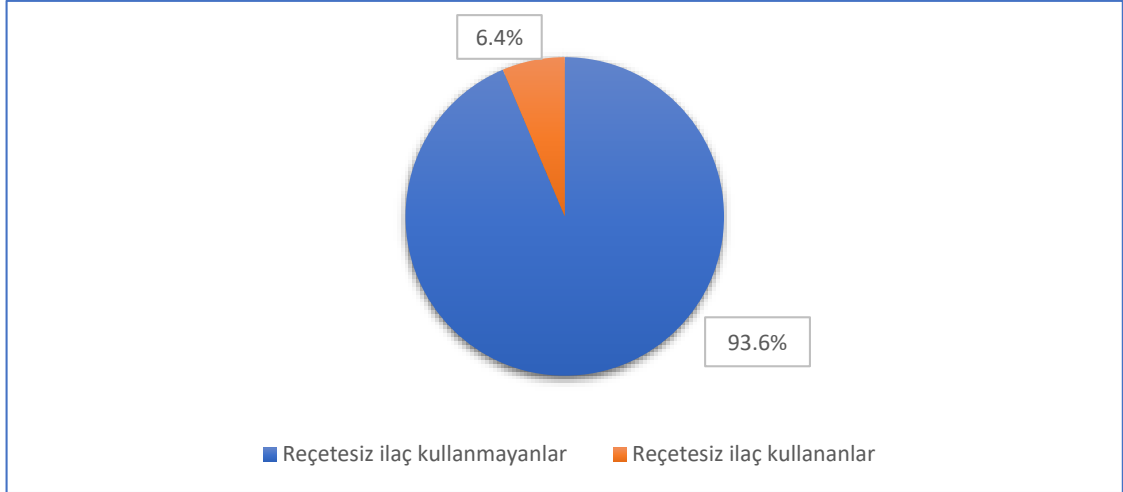
*KOAHA: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.

Çalışmamızda yer alan hastaların kronik hastalığı/hastalıkları için düzenli olarak aile hekimine başvurma oranları incelendiğinde; %68,6'sının (n=151) kronik hastalığı/hastalıkları için aile hekimine düzenli olarak başvurmadığı gözlemlenmiştir. Kronik hastalık/hastalıklar nedeniyle aile hekimine başvuru sıklığı Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. Çalışmamızda yer alan hastaların kronik hastalığı/hastalıkları nedeniyle aile hekimine başvuru sıklıkları (n=220)

Aile Hekimine Başvuru Sıklığı	n	%
Ayda bir	11	5
3 ayda bir	54	24,5
6 ayda bir	4	1,8
Düzensiz/Gitmiyor	151	68,6

Kronik hastalığı için hekim bilgisi/önerisi dışında ilaç kullandığını beyan eden hastaların oranı %6,4 (n=14)'tür ve tamamı analjezik kullandığını belirtmiştir (Şekil 2).



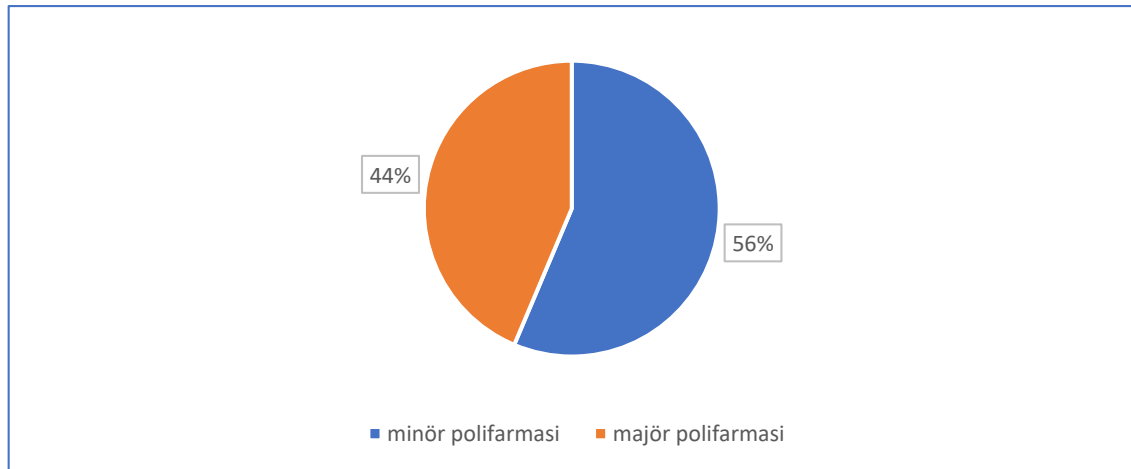
Şekil 2. Hekim önerisi dışında analjezik kullanan hastalar (n=220).

Çalışmamıza katılan hastaların %80 (n=176)'i kronik hastalığını takip eden hekimin/hekimlerin, kendilerini, hastalıkları hakkında her zaman bilgilendirdiğini/bilgilendirdiklerini ifade etmiştir. Bilgilendirilme durumu Tablo 8'de özetlenmiştir.

Tablo 8. Hekim tarafından hastaların bilgilendirilme durumu (n=220)

Hekim Tarafından Hastaların Bilgilendirilme Durumu	n	%
Her Zaman Bilgilendirilenler	176	80
Bazen/bazı Hekimlerin Bilgilendirmediği Hastalar	37	16.8
Hiçbir Zaman Bilgilendirilmeyenler	7	3.2

Çalışmamıza katılan hastaların %56.4 (n=124)'ü günlük 2,3 veya 4 ilaç (minör polifarmasi); %43.6(n=96)'sı ise günlük 5 veya daha fazla ilaç (majör polifarmasi) kullandıklarını ifade etmişlerdir (Şekil 3).



Şekil 3. Minör ve majör polifarmasi oranları (n=220).

Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları ilaç/ilaçlar Tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 9. Çalışmamıza katılan hastaların kullandığı ilaç grupları (n=220)

İlaç Grupları	n	%
Antihipertansif+Antidiyabetik	32	14.5
Antihipertansif+Antikoagülan/Antiagregan	17	7.7
Antihipertansif+Antidiyabetik+Antikoagülan/Antiagregan	13	5.9
Antihipertansifler	12	5.5
Antihipertansif+Diğer	12	5.5
Antidiyabetikler	11	5
Antiastmatik/Bronkodilatatörler	6	2.7
Antikoagülan/Antiagreganlar	5	2.3
Antikoagülan/Antiagregan+Diğer	5	2.3
Antihipertansif+ Antiastmatik/Bronkodilatatör	5	2.3
Diğer İlaç Grupları/Kombinasyonlar	102	46.3

Çalışmamıza katılan hastaların %82.7 (n=181)’si ilaçlarını düzenli kullandığını, %17.7 (n=39)’si ise ilaçlarını bazen aksattığını ifade etmiştir. İlaçlarını aksatan hastalara aksatma sebepleri sorulduğunda, hastaların %57.9’u (n=22) ilaçları almayı unuttuğunu ifade etmiştir. Hastaların ilaç kullanma davranışları Tablo 10’da özetlenmiştir.

Tablo 10. İlaç kullanma davranışı

İlaç Kullanma Davranışı	n	%
Düzenli Kullananlar	181	82.7
Bazen Aksatanlar	n	%
Unutanlar	22	10
Hekime güvensizlik/tedaviden fayda görmeme	7	3.2
İlaçların zarar vermesinden korkma	5	2.3
İlaçların nasıl kullanıldığını bilmeme/karıştırma	4	1.8

Çalışmamıza katılan hastaların %37.7 (n=83)’si ilaçlarını kullanma konusunda yardım alacağı yakınının/yakınlarının bulunduğunu, %62.2 (n=137)’si ise bulunmadığını ifade etmiştir. İlaç kullanımında hastaya yardımcı olan kişiler Tablo 11’de özetlenmiştir.

Tablo 11. İlaç kullanımında hastaya yardımcı olan kişiler (n=220)

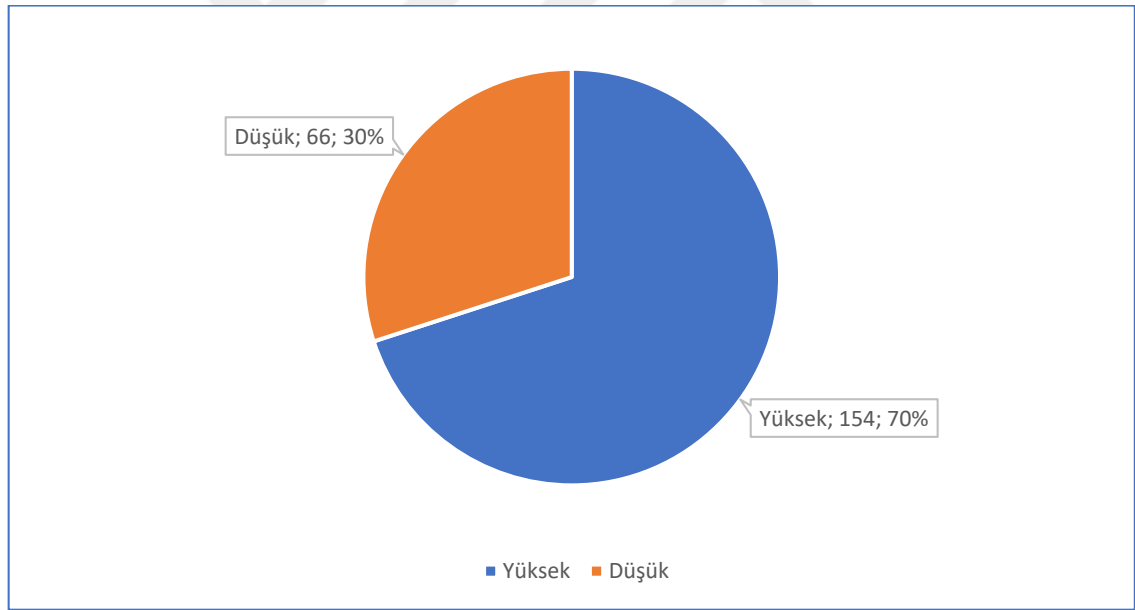
İlaç Kullanım Yardımcısı	n	%
Olmayanlar	137	62.2
Eş	41	18.6
Oğlu/Kızı	34	15.5
Diğer	8	3.63

Çalışmamıza katılan hastaların %58.6'sı (n=129) ilaçlarının yan etkileri hakkında hiçbir bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Yan etki bilgi düzeyi Tablo 12'de özetlenmiştir.

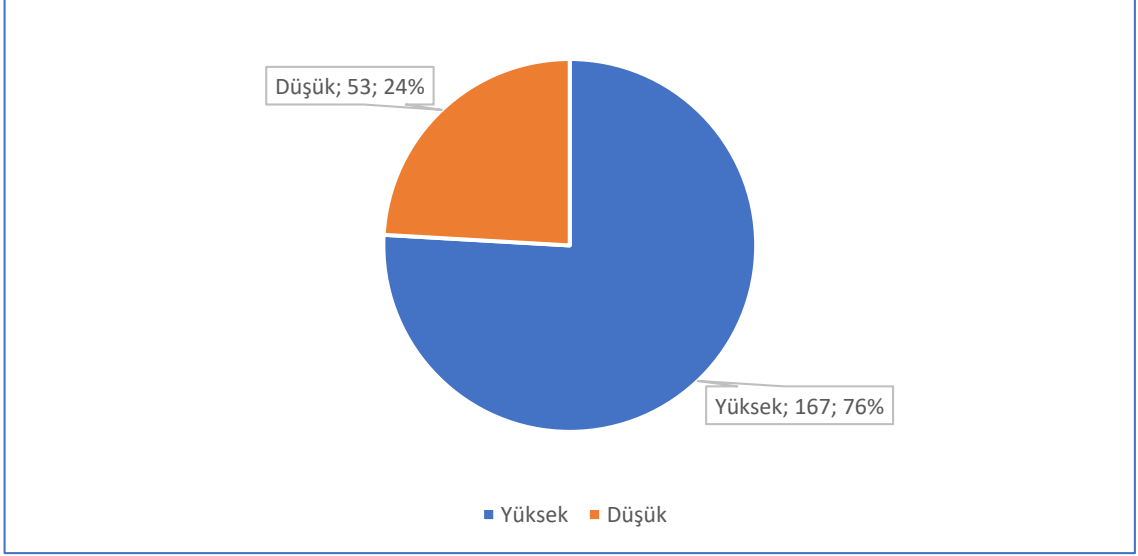
Tablo 12. Yan etki bilgi düzeyi (n=220)

Yan Etki Bilgi Düzeyi	n	%
Hiçbir bilgisi olmayanlar	129	58.6
Çok az bilgisi olanlar	40	18.2
İlaçlarının bazısının yan etkisini bilenler	27	12.3
İlaçlarının tümünün yan etkilerini bilenler	24	10.9

Çalışmamıza katılan hastaların, Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre, %70'inin (n=154) ilaç uyumu açısından motivasyon düzeyi ve %75.9'unun (n=167) bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur (Şekil 4 ve Şekil 5).

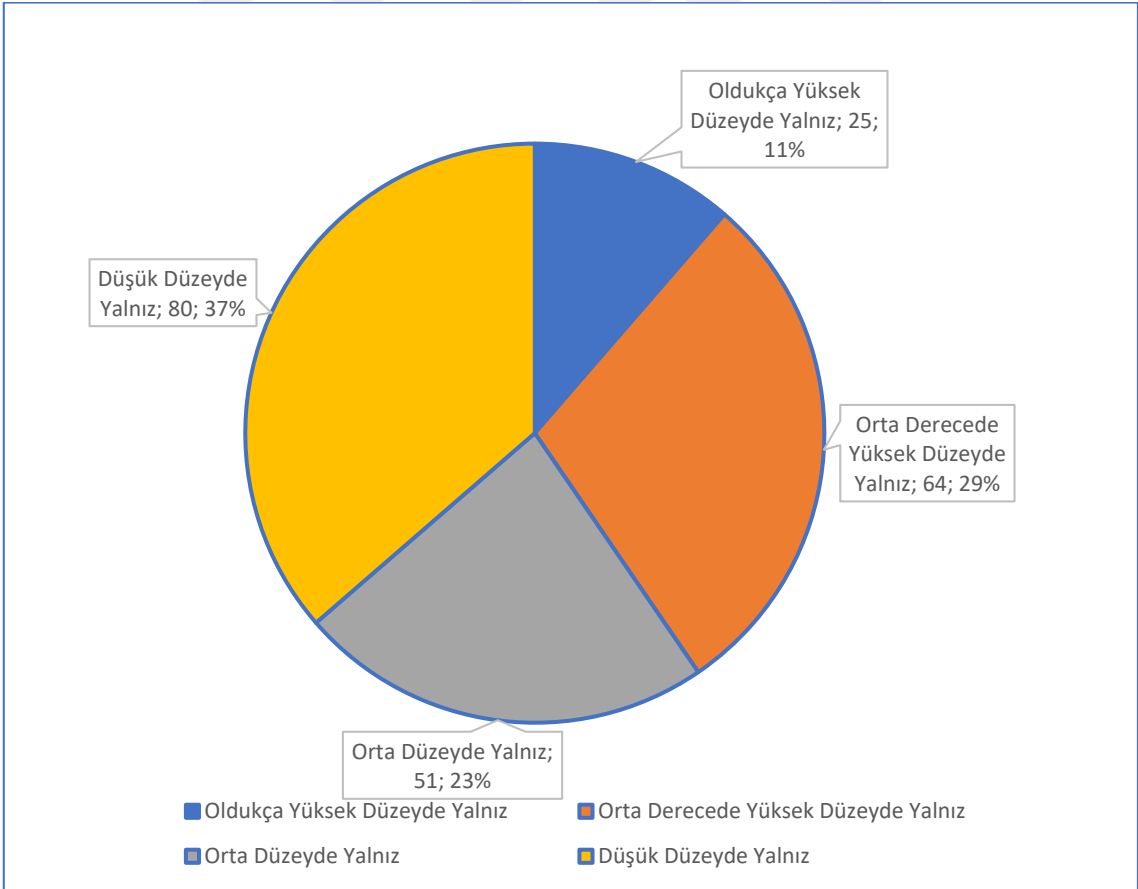


Şekil 4. Motivasyon düzeyi (n=220).



Şekil 5. Bilgi düzeyi (n=220).

Çalışmamıza katılan hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre yalnızlık düzeyleri incelendiğinde; hastaların %11.4'ünün (n=25) oldukça yüksek düzeyde ve %29.1'inin (n=64) orta derecede yüksek düzeyde yalnız olduğu bulunmuştur (Şekil 6).



Şekil 6. Yalnızlık düzeyi.

Çalışmamıza katılan hastaların yaşa göre bilgi ve motivasyon düzeyleri incelendiğinde; (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 13). Yaşa göre yalnızlık düzeyi (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) incelendiğinde de yine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 14).

Tablo 13. Yaşa göre motivasyon ve bilgi düzeyi

Özellik		Yaş				p*
		Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	
Motivasyon Düzeyi	Düşük	56.44	12.46	30	79	0.086
	Yüksek	59.49	11.81	23	86	
Bilgi Düzeyi	Düşük	57.98	11.84	30	75	0.683
	Yüksek	58.76	12.16	23	86	

*Anova.

Tablo 14. Yaşa göre yalnızlık düzeyi

Özellik		Yaş				p*
		Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	
Yalnızlık Düzeyi	Oldukça Yüksek Düzeyde	55.08	12.46	26	75	0.293
	Orta Derecede Yüksek Düzeyde	57.88	10.91	30	78	
	Orta Düzeyde	60.53	13.61	25	86	
	Düşük Düzeyde	58.98	11.72	23	79	

*Anova.

Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyete göre sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; sigara ve alkol kullanmayan kadınların sayısı sigara ve alkol kullanmayan erkeklere göre daha fazla olup aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Anketteki diğer sigara ve alkol kullanım durumlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Minör polifarmasi kullanan kadınların sayısı minör polifarmasi kullanan erkeklere göre daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Majör polifarmasi kullanan kadın ve erkeklerin sayısı istatistiksel

olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Cinsiyet ile sosyodemografik özellikler arası ilişkiler Tablo 15 ve Tablo 16’da özetlenmiştir.

Tablo 15. Cinsiyete göre sosyodemografik özellikler-1

Özellik	n(%)	Cinsiyet		p*
		Kadın n(%)	Erkek n(%)	
Medeni Durum				
Bekar	11(%5)	6(%2.7)	5(%2.3)	0.000
Evli	170(%77.3)	83(%37.7)	87(%39.5)	
Boşanmış	8(%3.6)	4(%1.8)	4(%1.8)	
Eşini Kaybetmiş	31(%14.1)	29(%13.2)	2(%0.9)	

*Ki-kare testi.

Tablo 16. Cinsiyete göre sosyodemografik özellikler-2

Özellik	n(%)	Cinsiyet		p*
		Kadın n(%)	Erkek n(%)	
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar Değil	25(%11.4)	20(%9.1)	5(%2.3)	0,000
Okur-yazar	17(%7.8)	14(%6.4)	3(%1.4)	
İlkokul Mezunu	84(%38.2)	57(%25.9)	27(%12.3)	
Ortaokul Mezunu	12(%5.5)	5(%2.3)	7(%3.2)	
Lise Mezunu	48(%21.8)	14(%6.4)	34(%15.5)	
Üniversite Mezunu	29(%13.2)	10(%4.5)	19(%8.6)	
Lisans Üstü	5(%2.3)	2(%0.9)	3(%1.4)	
Çalışma Durumu				
Çalışmayanlar	106(%48.2)	104(%47.3)	2(%0.9)	0,000
Çalışanlar	45(%20.5)	9(%4.1)	36(%16.4)	
Emekliler	69(%31.4)	9(%4.1)	60(%27.3)	
Sigara/Alkol Kullanımı				
Sigara Kullananlar	59(%26.8)	26(%11.8)	33(%15.0)	0,023
Alkol Kullananlar	3(%1.4)	1(%0.5)	2(%0.9)	
Sigara/Alkol Kullananlar	3(%1.4)	0(%0.0)	3(%1.4)	
Sigara/Alkol Kullanmayanlar	155(%70.5)	95(%43.2)	60(%27.3)	
Polifarmasi				
Minör Polifarmasi	124(%56.4)	77(%35.0)	47(%21.4)	0.024
Majör Polifarmasi	96(%43.6)	45(%20.5)	51(%23.2)	

*Ki-kare testi.

Çalışmamıza katılan hastaların Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre bilgi düzeyi, erkek cinsiyette yüksek bulunmuş olup cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 17). Cinsiyetler arasında Modifiye Morisky

Ölçeği'ne göre motivasyon durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Cinsiyete göre yalnızlık düzeyi (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) incelendiğinde kadınlardaki yalnızlık düzeyi erkeklere göre yüksek bulunmuş olup cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 18).

Tablo 17. Cinsiyete göre bilgi düzeyi (n=220)

Özellik		Yüksek Bilgi Düzeyi (n)	Düşük Bilgi Düzeyi (n)	p*
Cinsiyet	Kadın	85 (%38.6)	37(%16.8)	0.016
	Erkek	82(%37.3)	16(%7.3)	

*Ki-kare testi.

Tablo 18. Cinsiyete göre yalnızlık düzeyi (n=220)

Özellik		Oldukça Yüksek Düzeyde Yalnız	Orta Derecede Yüksek Düzeyde Yalnız	Orta Düzeyde Yalnız	Düşük Düzeyde Yalnız	p*
Cinsiyet	Kadın	17(%7.7)	44(%20.0)	31(%14.1)	30(%13.6)	0.001
	Erkek	8(%3.6)	20(%9.1)	20(%9.1)	50(%22.7)	

*Ki-kare testi.

Çalışmamıza katılan hastaların (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeylerinde medeni hallerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların yalnızlık düzeyleri de (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) medeni hallerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeylerinde yalnız yaşayıp-yaşamamaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların yalnızlık düzeyleri de (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) yalnız yaşayıp-yaşamamaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeylerinde eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların yalnızlık düzeyleri de (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeylerinde çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların yalnızlık düzeylerinde (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) çalışmayanların çalışanlara ve emeklilere göre daha yalnız olduğu bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 19). Çalışanların ve emeklilerin yalnızlık düzeyleri (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Tablo 19. Çalışma durumuna göre yalnızlık düzeyi (n=220)

Özellik	Oldukça Yüksek Düzeyde Yalnız	Orta Derecede Yüksek Düzeyde Yalnız	Orta Düzeyde Yalnız	Düşük Düzeyde Yalnız	p*
Çalışmıyor	13(%5.9)	44(%20)	25(%11.4)	24(%10.9)	0.000
Çalışıyor	7(%3.2)	7(%3.2)	5(%2.3)	26(%11.8)	
Emekli	5(%2.3)	13(%5.9)	21(%9.5)	30(%13.6)	

*Ki-kare testi.

Çalışmamıza katılan hastaların (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeylerinde gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların yalnızlık düzeyleri de (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların kronik hastalığının/hastalıklarının süresine göre sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; eşini kaybetmiş olanların evlilere/boşanmış olanlara/bekarlara göre, yalnız yaşayanları n çekirdek aile/geniş aile içerisinde yaşayanlara göre, çalışmayanların/emeklilerin çalışanlara göre, sigara ve alkol kullanmayanların sadece alkol kullananlara göre daha uzun süredir kronik hastalığa/hastalıklara sahip olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0.05). Cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve sosyal güvence türünün kronik hastalığın süresiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Kronik hastalık süresine göre sosyodemografik özellikler (n=220)

Özellik			Kronik Hastalık Süresi			
			Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük
Medeni Durum	Bekar	7,00	8,56	2,00	25,00	0.002
	Evli	7,35	5,01	2,00	30,00	
	Boşanmış	5,75	2,96	2,00	10,00	
	Eşini Kaybetmiş	11,19	6,07	3,00	25,00	
Yalnız yaşayıp yaşamama	Yalnız	11,73	7,44	2,00	25,00	0.001
	Çekirdek Aile	7,45	5,23	2,00	30,00	
	Geniş Aile	6,83	3,47	2,00	16,00	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	8,63	5,77	2,00	30,00	0.004
	Çalışıyor	5,47	5,00	2,00	25,00	
	Emekli	8,09	4,93	2,00	25,00	
Sigara/Alkol Kullanımı	Sadece Sigara	6,20	4,10	2,00	25,00	0.040
	Sadece Alkol	4,17	3,13	2,00	10,00	
	Hiçbiri	8,57	5,83	2,00	30,00	

*Ki-kare testi.

Çalışmamıza katılan hastaların kronik hastalığının/hastalıklarının süresine göre (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) motivasyon ve bilgi düzeyleri incelendiğinde hastalığın süresiyle hastaların bilgi ve motivasyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeylerinde, kronik hastalıkları için aile hekimine başvuru sıklıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların yalnızlık düzeyleri de (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) kronik hastalıkları için aile hekimine başvuru sıklıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların aile hekimleri tarafından ilaçları hakkında bilgilendirilme durumuna göre (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeyleri incelendiğinde; hastaların bilgi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği, motivasyon düzeylerinin ise her zaman bilgilendirilen grupta hiçbir zaman

bilgilendirilmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Bilgilendirilme durumuna göre motivasyon düzeyi (n=220)

Özellik	Motivasyon Düzeyi Düşük	Motivasyon Düzeyi Yüksek	p*
Her Zaman Bilgilendirilenler	47(%21.4)	129(%58.6)	0.021
Bazen Bilgilendirilenler	14(%6.4)	23(%10.5)	
Hiçbir Zaman Bilgilendirilmeyenler	5(%2.3)	2(%0.9)	

*Ki-kare testi.

Çalışmamıza katılan hastaların (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeylerinde majör veya minör polifarmasi kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların yalnızlık düzeyleri de (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) majör veya minör polifarmasi kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların ilaçlarını düzenli kullanıp-kullanmama durumuna göre (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeyleri incelendiğinde; hastaların hem motivasyon hem de bilgi düzeylerinin ilaçlarını her zaman düzenli kullandığını belirten grupta ilaçlarını bazen aksattığını söyleyen gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 22-23).

Tablo 22. İlaçların düzenli kullanılıp-kullanılmamasına göre motivasyon düzeyi (n=220)

Özellik	Motivasyon Düzeyi Düşük	Motivasyon Düzeyi Yüksek	p*
İlaçlarını Her Zaman Düzenli Kullananlar	39(%17.7)	142(%64.5)	0.000
İlaçlarını Bazen Aksatanlar	27(%12.3)	12(%5.5)	

Tablo 23. İlaçların düzenli kullanılıp-kullanılmamasına göre bilgi düzeyi (n=220)

Özellik	Bilgi Düzeyi Düşük	Bilgi Düzeyi Yüksek	p*
İlaçlarını Her Zaman Düzenli Kullananlar	31(% 14.1)	150(%68.2)	0.000
İlaçlarını Bazen Aksatanlar	22(% 10.0)	17(%7.7)	

Çalışmamıza katılan hastaların (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) bilgi ve motivasyon düzeylerinde ilaç kullanımında yardımcılarının bulunup-bulunmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların yalnızlık düzeyleri de (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) ilaç kullanımında yardımcılarının bulunup-bulunmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların yalnızlık düzeyleri (UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre) ile bilgi ve motivasyon düzeyleri (Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Yalnızlık düzeyi ile bilgi ve motivasyon düzeyi ilişkisi

Özellik		Yalnızlık Düzeyi				p
		Oldukça Yüksek Düzeyde; n (%)	Orta Derecede Yüksek Düzeyde n (%)	Orta Düzeyde n (%)	Düşük Düzeyde n (%)	
Motivasyon Düzeyi	Düşük	9 (% 13.6)	24 (%36.4)	14 (%21.2)	19 (%28.8)	0,285
	Yüksek	16 (% 10.4)	40 (%26.0)	37 (%24.0)	61 (%39.6)	
Bilgi Düzeyi	Düşük	6 (% 11.3)	14 (%26.4)	13 (%24.5)	20 (%37.7)	0,967
	Yüksek	19 (% 11.4)	50 (%29.9)	38 (%22.8)	60 (%35.9)	

*Ki-kare testi.

5. TARTIŞMA

Çalışmamız; polifarmasi, ilaç uyumu ve yalnızlık düzeyini bir arada inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. Çoklu ilaç kullanımı olan erişkin hastaların sosyodemografik bilgilerini, ilaç uyumlarını, yalnızlık düzeylerini ve bu değişkenlerin arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmada elde edilen bulgular ile bu alanlarda yapılan çalışmalar birlikte değerlendirilmiştir.

5.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışılması

Polifarmasiyle, ilaç uyumuyla ve yalnızlık düzeyinin sağlık durumlarıyla ilişkisiyle ilgili çalışmaların birçoğu 65 yaş ve üzeri nüfus üzerinde yapılmıştır. Bizim çalışmamızda ise 18 yaş ve üstü çoklu ilaç kullanımı olan ve çalışma kriterlerine uygun olan tüm bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye’de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan, çoklu ilaç kullanımının incelendiği bir çalışmada ortalama yaş $73,05\pm 6,20$ olarak bulunmuştur(43).Yine Türkiye’de (Adana); Topal ve Özer tarafından birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla 18 yaş üstü 393 hastayla yaptıkları bir çalışmada ortalama yaş $60,13\pm 11,08$ olarak bulunmuş(44); bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer olarak ortalama yaş $58,57\pm 12,04$ olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki ortalama yaşın polifarmasiyle ilgili çoğu çalışmaya göre daha düşük olmasının sebebi, diğer çoğu çalışmadan farklı olarak erişkin yaştaki (18 yaş ve üzeri) tüm hastaların ve minör polifarmasi kullanan hastaların çalışmamıza dahil edilmesinden kaynaklı olabilir. Avustralya’da Thakkar ve ark. tarafından kronik hastalığı olan hastalara telefonla kısa mesaj yoluyla hatırlatılma yapılmasının ilaç uyumu üzerine etkisinin incelendiği bir meta analizde toplam 2742 hastanın ortalama yaşı 39 (yaş aralığı 31-64) olarak bulunmuştur(32). Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye’de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada ise ortalama yaş $52,40\pm 13,93$ bulunmuştur(45). Bahsi geçen çalışmalardaki hastaların yaş ortalamasının bizim çalışmamızinkinden düşük

olmasının nedeni, bu çalışmalardaki hastalarda çoklu ilaç kullanımı koşulunun aranmaması olabilir.

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye’de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %56.3’ünün (n=169) kadın olduğu tespit edilmiştir(43). Topal ve Özer tarafından Türkiye’de (Adana); birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla 18 yaş üstü 393 hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %52.9’unun (n=208) kadın olduğu gözlenmiştir(44). Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye’de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada hastaların %56.6’sının(n=184) kadın olduğu gözlenmiştir(45). Avustralya’da Thakkar ve ark. tarafından kronik hastalığı olan hastalara telefonla kısa mesaj yoluyla hatırlatılma yapılmasının ilaç uyumu üzerine etkisinin incelendiği meta analizde hastaların %50.3’ünün (n=1380) kadın olduğu gözlenmiştir(32). Priyanka ve ark. tarafından Hindistan’da, tip 2 diyabet tanılı hastalarda polifarmasinin ilaç uyumu üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada hastaların %55.2’sinin (n=69) kadın olduğu gözlenmiştir(46). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %55’ini (n=122) kadınlar oluşturmuş olup bu oran diğer çalışmalarla benzerdir. Çalışmamızda kadınların daha fazla oranda yer almasının sebebi, sağlık kuruluşlarını daha sık olarak ziyaret etmelerinden kaynaklı olabilir.

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye’de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %68.7’sinin (n=206) evli olduğu, %31.3’ünün ise (n=94) boşanmış veya dul olduğu gözlemlenmiştir(43). Topal ve Özer tarafından Türkiye’de (Adana) birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla 18 yaş üstü 393 hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %71’inin (n=279) evli, %20.6’sının (n=81) dul, %5.9’unun (n=23) boşanmış ve %2.5’inin (n=10) bekar olduğu gözlemlenmiştir(44). Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye’de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada hastaların %89.2’sinin (n=290) evli olduğu, kalan %10.8’inin ise bekar, dul veya boşanmış olduğu saptanmıştır(45). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %77.3’ünün (n=170) evli, %14.1’inin (n=31) eşini

kaybetmiş, %5'inin (n=11) bekar ve %3.6'sının (n=8) boşanmış oldukları tespit edilmiştir. Bahsi geçen çalışmalarla aradaki küçük oransal farklar, çalışmaların yapıldığı popülasyonlar arası yaş farkından veya çalışmaların yapıldığı bölgeler arası sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye'de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %15.7'sinin (n=47) yalnız yaşadığı, %36'sının (n=108) aile bireyleriyle yaşadığı, %48'inin (n=144) eşiyile birlikte yaşadığı ve %0.3'ünün (n=1) huzurevinde yaşadığı tespit edilmiştir(43). Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye'de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada hastaların hiçbirinin yalnız yaşamadığı saptanmıştır(45). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %10'unun (n=22) yalnız yaşadığı, %79.5'inin (n=175) çekirdek ailesiyle yaşadığı ve %10.5'inin (n=23) ise geniş aile içerisinde yaşadığı tespit edilmiştir. Bahsi geçen çalışmalarla aradaki oransal farklılıklar, çalışmaların yapıldığı popülasyonlar arası yaş farkından kaynaklanmış olabilir.

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye'de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %41.3'ünün (n=124) okur-yazar olmadığı, %58'inin (n=174) ilkokul mezunu olduğu, %0.3'ünün (n=1) lise mezunu olduğu ve %0.3'ünün (n=1) yüksekokul veya üzeri mezunu olduğu saptanmıştır. (43). Topal ve Özer tarafından Türkiye'de (Adana) birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla 18 yaş üstü 393 hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %23.2'sinin düşük eğitim düzeyine, %60.3'ünün (n=237) orta eğitim düzeyine (ilkokul veya ortaokul mezunu) ve %16.5'inin yüksek eğitim düzeyine (lise veya üniversite mezunu) sahip olduğu gözlemlenmiştir(44). Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye'de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada hastaların %35.7'sinin (n=116) okur-yazar olmadığı, %9.5'inin (n=31) okur-yazar olduğu, %23.7'sinin(n=77) ilkokul mezunu olduğu, %11.1'inin (n=36) ortaokul mezunu olduğu, %12.3'ünün (n=40) lise mezunu olduğu ve %7.7'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır(45). Priyanka ve ark. tarafından Hindistan'da, tip 2 diyabet tanılı hastalarda polifarmasinin ilaç uyumu üzerine

etkisini inceleyen bir çalışmada hastaların %31.5'inin(n=39) örgün eğitim görmediği, %43.2'sinin(n=54) ilköğretim gördüğü, %20.3'ünün (n=26) ortaöğrenim gördüğü ve %4.8'inin (n=6) yükseköğrenim gördüğü tespit edilmiştir(46). Shams ve ark. Pakistan'da tip 2 diyabet tanılı 183 hasta üzerinde ilaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörler ve ilişkili unsurlar üzerine yaptıkları bir çalışmada hastaların %47'sinin (n=86) okur-yazar olmadığı, %17'sinin (n=31) ilköğrenim gördüğü, %7'sinin (n=12) ortaöğrenim gördüğü, %29'unun (n=54) lise veya daha üzeri eğitim gördüğü saptanmıştır(47). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %11.4'ünün (n=25) okur-yazar olmadığı, %7.7'sinin(n=17) okur-yazar olduğu, %38.2'sinin(n=84) ilkokul mezunu olduğu, %5.5'inin (n=12) ortaokul mezunu olduğu, %21.8'inin (n=48) lise mezunu olduğu, %13.2'sinin (n=29) üniversite mezunu olduğu ve %2.3'ünün (n=5) lisansüstü olduğu saptanmıştır. Bahsi geçen çalışmalarla aradaki oransal farklar; üzerinde çalışma yapılan hastaların yaş aralığındaki farklılıklardan, toplumsal gelişmişlik farklılığından ve bölgeler arası sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızla eğitim düzeyi verileri açısından en çok benzerlik gösteren çalışma, aynı yaş grubu üzerinde ve aynı coğrafyada çalışılmış olan Topal ve Özer tarafından yapılan çalışmadır.

Mullen ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamak hastalarındaki yalnızlık prevalansını inceleyen bir çalışmada; toplam 1246 hastanın %45'inin (n=548) tam zamanlı çalıştığı, %10'unun (n=119) yarı zamanlı çalıştığı, %20'sinin (n=245) emekli olduğu, %11'inin (n=131) engelli olduğu, %5'inin (n=62) ev hanımı olduğu, %5'inin (n=64) işsiz olduğu, %3'ünün (n=32) öğrenci olduğu, %1'inin (n=27) ise cevap vermek istemeyenler ve diğerleri olduğu gözlemlenmiştir(48). Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye'de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada hastaların %62.5'inin (n=203) çalışmadığı, %3.1'inin (n=10) öğrenci olduğu ve %34.5'inin (n=112) ise aktif çalıştığı gözlemlenmiştir(45). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %48.2'sinin (n=106) çalışmadığı, %20.5'inin (n=45) aktif olarak çalıştığı ve %31.4'ünün (n=69) emekli olduğu saptanmıştır. Bahsi geçen çalışmalarla aradaki oransal farklar; üzerinde çalışılan popülasyonların yaş grubu farklılığından ve/veya sosyoekonomik/coğrafi farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye’de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %1.3’ünün (n=4) herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı, %70.3’ünün (n=211) SGK’lı olduğu, %0.3’ünün (n=1) özel sigortalı olduğu ve %28’inin (n=84) yeşil kartlı olduğu saptanmıştır(43). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %91.8’inin (n=202) SGK’lı olduğu %4.5’inin (n=10) yeşil kartlı olduğu ve %2.7’sinin (n=6) özel sigortalı olduğu saptanmıştır. Aradaki farklılıklar bölgeler arası sosyoekonomik farklılıktan ve/veya çalışılan yaş grubu arası farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye’de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %47.3’ünün (n=142) gelir seviyesinin asgari ücretin altında olduğu, %49.3’ünün (n=148) asgari ücrete eşit geliri olduğu ve %3.3’ünün (n=10) asgari ücretin üzerinde geliri olduğu saptanmıştır(43). Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye’de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada hastaların %42.2’sinin (n=136) gelirinin giderine eşit olduğu, %28.6’sının (n=92) gelirinin giderinden fazla olduğu ve %29.2’sinin (n=94) gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır(45). Topal ve Özer tarafından Türkiye’de (Adana) birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %28.2’sinin (n=111) düşük, %63.1’inin (n=248) orta ve %8.7’sinin (n=34) yüksek gelir seviyesine sahip olduğu saptanmıştır(44). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %31.4’ünün (n=69) gelirinin giderinden az olduğu, %65.9’unun (n=145) gelirinin giderine eşit olduğu ve %2.7’sinin (n=6) gelirinin giderinden yüksek olduğu saptanmıştır. Bahsi geçen çalışmalarla bizim çalışmamız arasındaki oransal farklar, çalışılan popülasyonlar arası yaş farkından ve/veya çalışılan bölgeler arası sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızla gelir düzeyi verileri açısından en çok benzerlik gösteren çalışma Topal ve Özer tarafından yapılan çalışmadır.

Topal ve Özer tarafından Türkiye’de (Adana) birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %27’sinin (n=106) sigara kullandığı saptanmıştır(44). Amerika Birleşik Devletleri’nde

Holt-Lunstad ve ark. tarafından yalnızlık ve sosyal izolasyonun mortalite üzerine etkisini inceleyen bir meta-analizde, toplam 28 çalışmadaki sigara içen hastaların oranı %31.2 olarak tespit edilmiştir(11). Bizim çalışmamızda hastaların %26.8'inin(n=59) sigara kullandığı, %2.7'sinin (n=6) alkol kullandığı ve %70.5'inin (n=155) sigara ve alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Literatürde, çalışmamızla benzer olan çalışmalarda hastaların alkol kullanımıyla ilgili bir veriye rastlanmamıştır. Çalışmamızda saptanan sigara kullanım oranıyla bahsi geçen çalışmalardaki oranlar benzerdir.

5.2. Komorbiditeler ve İlaç Kullanımıyla İlgili Özelliklerin Tartışılması

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye'de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %63'ünde (n=189) HT, %33.3'ünde (n=100) Gastro-özofageal reflü (GÖR), %23'ünde (n=69) kas-iskelet sistemi hastalıkları, %19.3'ünde (n=58) Diyabetes Mellitus, %18.7'sinde (n=56) Koroner Arter Hastalığı (KAH), %16.3'ünde (n=49) osteoporoz, %13.7'sinde (n=47) astım, %9.7'sinde (n=29) Hodgkin Lenfoma (HL), %8.7'sinde (n=26) Benign Prostat Hipertrofisi (BPH), %6.7'sinde (n=20) hipotiroidi, %5'inde (n=15) Kalp Yetmezliği (KY), %5'inde (n=15) anemi, %5'inde (n=15) anksiyete, %3.3'ünde (n=10) glokom, %3.3'ünde (n=10) vertigo, %2.3'ünde (n=7) İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS), %2'sinde (n=6) kabızlık, %1.7'sinde (n=5) Parkinson hastalığı, %1.7'sinde (n=5) hipertiroidi, %1.7'sinde (n=5) nöropati, %1.3'ünde (n=4) Serebro-Vasküler Olay (SVO), %1'inde (n=3) kanser, %1'inde (n=3) varis, %0.7'sinde (n=2) inkontinans, %0.7'sinde (n=2) Alzheimer hastalığı, %0.7'sinde (n=2) alerjik rinit, %0.3'ünde (n=1) tremor, %0.3'ünde (n=1) tinnitus, %0.3'ünde (n=1) pnömoni ve %0.3'ünde (n=1) katarakt saptanmıştır(43). Topal ve Özer tarafından Türkiye'de (Adana) birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %69'unda (n=271) HT, %46.3'ünde (n=182) DM, %33.3'ünde (n=131) KAH, %17.8'inde (n=70) hiperkolesterolemi, %12'sinde (n=47) depresyon, %10.4'ünde (n=41) tiroid bezi problemleri, %8.7'sinde (n=34) BPH, %6.4'ünde (n=25) bel fıtığı, %6.1'inde (n=24) kardiyak ritim bozukluğu, %5.9'unda (n=23) serebrovasküler hastalık, %4.1'inde (n=16) kas eklem rahatsızlığı, %3.1'inde (n=12) inkontinans, %1.8'inde (n=7) meme kanseri, %1.8'inde (n=7) Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY),

%1.8'inde (n=7) osteoporoz ve %0.8'inde (n=3) demans saptanmıştır(44). Yayıncı ve ark. tarafından Türkiye'de (Rize) iç hastalıkları polikliniğine başvuru nedenleri, kronik hastalıklar ve polifarmasi oranları hakkında 1081 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada; hastaların %52'sinde (n=562) HT, %26.3'ünde hiperlipidemi, %17'sinde (n=184) DM, %15.2'sinde (n=164) tiroid hastalıkları, %13.6'sında (n=147) KAH, %6.8'inde Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY), %5.2'sinde (n=57) kanser, %5.2'sinde (n=56) KOAH, %4.2'sinde (n=42) psikiyatrik hastalıklar, %3.8'inde (n=41) osteoporoz, %2.1'inde (n=23) BPH, %1.9'unda (n=21) SVO ve %1.2'sinde (n=13) romatizmal hastalıklar tespit edilmiştir(22). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %63'ünde (n=140) HT, %48.3'ünde (n=105) DM, %34'ünde (n=75) aterosklerotik kalp hastalığı, %15'inde (n=35) hiperkolesterolemi, %14.5'inde (n=32) KOAH/Astım, %10'unda (n=24) tiroid hastalıkları, %3'ünde (n=8) depresyon, %4'ünde (n=10) BPH, %2'sinde (n=5) serebrovasküler hastalıklar ve %18'inde (n=41) diğer hastalıklar saptanmıştır. Bahsi geçen tüm çalışmalarda en yüksek oranda saptanan hastalığın HT olduğu dikkat çekmektedir. Çalışmamızla kronik hastalık verileri açısından en çok benzerlik gösteren çalışma, aynı yaş grubu üzerinde çalışılmış olan Topal ve Özer tarafından yapılan çalışmadır. Hem bu çalışmada hem bizim çalışmamızda HT'ye ek olarak DM oranının da yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum DM'nin prevalansının ülkemizde yüksek olmasından ve/veya görece daha genç yaşlarda başlamasından kaynaklanıyor olabilir. Gümüştakım ve Başer tarafından yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasındaki oransal farklar, çalışmaların farklı yaş gruplarını kapsamasından ve/veya çalışılan bölgeler arası hastalık prevalansı farklılığından kaynaklı olabilir. Yayıncı ve ark. tarafından yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasındaki oransal farklar, çalışmaların farklı anabilim dallarına ait polikliniklerde yapılmasından ve/veya çalışılan bölgeler arası hastalık prevalansı farklılığından kaynaklı olabilir.

Dede ve ark. tarafından kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler üzerine Türkiye'de (Manisa) yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların hastalık süresi ortalama $9,3 \pm 7,9$ yıl olarak saptanmıştır(49). Aydemir ve ark. tarafından kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi üzerine Türkiye'de (Sakarya) yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların hastalık süresi ortalama $7.1 \pm 6,9$ yıl olarak saptanmıştır(50). (46). Shams ve ark. tarafından

Pakistan’da tip 2 diyabet tanımlı 183 hasta üzerinde ilaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörler ve ilişkili unsurlar üzerine yapılan bir çalışmada ortalama diyabet süresi 8.4 ± 6.57 yıl olarak saptanmıştır(47). Literatürde ortalama hastalık süresini belirli aralıklara ayırarak yorumlayan çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamıza katılan hastaların ortalama hastalık süresi $7,81 \pm 5,46$ yıl olarak tespit edilmiştir. Bahsi geçen çalışmaların ortalamalarıyla çalışmamızın ortalaması arasındaki fark; ülkeler arası prevalans farklılığından, çalışılan bölgeler arası sosyoekonomik farklılıktan ve/veya çalışmaya sadece belirli hastalıkların alınmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamıza katılan hastalara, kronik hastalığı/hastalıkları için bağlı buldukları aile sağlığı merkezindeki aile hekimlerine ne sıklıkta başvurduklarıyla ilgili bir soru yöneltilmiştir. Hastaların %68.6’sı (n=151) kronik hastalığı/hastalıkları için bağlı buldukları aile sağlığı merkezindeki aile hekimlerine başvurmadığını belirtmiştir. Hastaların %24.5’i (n=54) 3 ayda bir, %5’i (n=11) ayda bir ve %1.8’i (n=4) 6 ayda bir kronik hastalığı/hastalıkları için bağlı buldukları aile sağlığı merkezindeki aile hekimlerine başvurduğunu belirtmiştir. Hastaların çoğunun kronik hastalığı/hastalıkları için aile hekimlerine başvurmamasının sebebi, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin kapsamının ve öneminin hastalar tarafından yeterince anlaşılabilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Literatürde kronik hastalık/hastalıklar için aile hekimine başvuru sıklığını araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ünsal ve ark. tarafından huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları üzerine yapılan bir çalışmada hastaların %13.5’unun (n=17) reçetesiz ilaç kullandığı tespit edilmiştir ve en sık kullanılan reçetesiz ilaç grubunun analjezikler olduğu saptanmıştır(51). Taşkın Şayir ve ark. tarafından Türkiye’de (İstanbul) bir eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi üzerine yapılan bir çalışmada hastaların %33’ünün doktor önerisi olmadan ilaç kullandığı ve en fazla kullanılan ilaç grubunun analjezikler olduğu saptanmıştır(52). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %6.4’ü (n=14) kronik hastalığı/hastalıkları için hekim bilgisi/önerisi olmadan ilaç kullandığını belirtmiştir ve bu hastaların tamamı analjezik kullandığını ifade etmiştir. Bahsi geçen çalışmalarla bizim çalışmamız arasındaki oransal fark; hastaların reçetesiz ilaç kullanmalarını gizleme eğiliminden, çalışmaların farklı yaş grupları üzerinde ve/veya

farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklı olabilir. Her üç çalışmada da reçetesiz kullanılan en sık ilaç grubunun analjezikler olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, çoklu ilaç kullanımı olan çoğu hastanın kas-iskelet problemlerinin daha sık görüldüğü görece yaşlı hasta grubundan olmasından ve ağrıya yönelik semptomatik tedavi arayışından kaynaklı olabilir.

Canan Demirbağ ve Timur tarafından Türkiye’de (Trabzon) bir aile sağlığı merkezine (ASM) başvuran bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları üzerine yapılan bir çalışmada; hastaların %22.1’inin (=37) hekimden, %7.1’inin (n=12) hemşireden ve %9.7’sinin (n=15) eczacıdan kullandığı ilaçlar ile bilgi aldıkları tespit edilmiştir. Hastaların %61.1’inin (n=101) ise ilaçlar hakkında bilgi almadıkları tespit edilmiştir(53). Bizim çalışmamızda ise hastaların %80’i (n=176) kronik hastalığını/hastalıklarını takip eden hekimler tarafından ilaç kullanımı ve yan etkileri konusunda her zaman bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %16.8’i (n=37) bazen/bazı hekimlerin kendilerini bilgilendirmediğini, %3.2’si (n=7) ise hekimlerin hiçbir zaman kendilerini bilgilendirmediğini ifade etmiştir. Bahsi geçen çalışmayla aradaki oransal fark; çalışmaların üzerinde yapıldığı hasta gruplarının yaş ortalamaları farkından ve/veya bölgesel farklılıklara bağlı sosyokültürel farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda hastaların bilgilendirme düzeyleriyle motivasyon düzeyleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Hekimlerin, özellikle eğitim düzeyi düşük olan hastaları ve yaşlı hastaların bilgilendirirken daha fazla zaman ayırıp daha açıklayıcı olması, bu hastaların ilaç uyumlarını artırabilir.

Topal ve Özer tarafından Türkiye’de (Adana) birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %47.8’inin (n=188) günlük 5 veya daha fazla, %38.9’unun (n=153) 3 veya 4 tane ve %13.2’sinin (n=52) 2 tane ilaç kullandıkları saptanmıştır(44). Payne ve arkadaşları tarafından İskoçya’da hastaların EHRs’leri üzerinden birinci basamaktaki polifarmasi prevalansının belirlenmesi amacıyla erişkinler (>20 yaş) üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada, toplam 180.815 hastanın %46.7’sinin (n=84.441) günlük 1-3 arası, %16.9’unun (n=30.558) 4-9 arası ve %4.6’sinin (n=8.318) 10 veya daha fazla düzenli ilaç kullandığı tespit edilmiştir(20). Taşkın Şayir ve ark. tarafından Türkiye’de (İstanbul) bir

eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş uřtũ hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi uzerine yapılan çalışmada; hastaların %24'ũnũn gũnlũk (n=24) 1-3 arası, %41'inin (n=41) 4-6 arası, %20'sinin (n=20) 7-9 arası ve %15'inin (n=15) 10 ve uzeri ilaç kullandığı saptanmıştır(52). Sinnige ve ark. tarafından Hollanda'da yapılan ve birinci basamaktaki uygulama içi farklılıkların yaşlı hastalardaki (55 yaş ve uřtũ) polifarmasi prevalansına etkisini inceleyen bir çalışmada; toplam 44.917 hastanın yaklaşık %27.sinin (n=12.282) gũnlũk beş veya daha fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Bu hastaların %88.2'sinin (n=10.838) gũnlũk 5-9 arası, %11.2'sinin (n=1.377) 10-14 arası ve %0.6'sinin (n=67) 15 veya daha fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir(54). Gũmũřtakım ve Başer tarafından Tũrkiye'de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve uzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %58.3'ũnũn (n=174) gũnlũk 4 veya daha fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir(43). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %56.4'ũnũn (n=124) gũnlũk 2-4 arası ve %43.6'sının (n=96) 5 veya daha fazla ilaç kullandıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları Topal ve Özer tarafından yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bunun sebebi aynı ũlkede ve aynı yaş grubu uzerinde çalışılmasından kaynaklı olabilir. Payne ve arkadaşları tarafından İşkoya'da yapılan çalışmayla çalışmamız arasındaki oransal farklar, çalışmalardaki anketlerde kullanılan ilaç sayısı aralıklarının farklı olmasından ve/veya ũlkeler arası hastalık prevalanslarının farklılığından kaynaklanmış olabilir. Her iki çalışmada da minör polifarmasi oranının majör polifarmasiden daha yaygın olduğu gŐzũkmektedir. Bunun sebebi her iki çalışmaya dahil edilen hastaların benzer yaş gruplarından (18 yaş ve uřtũ, 20 yaş ve uřtũ) seçilmesinden kaynaklanmış olabilir. Taşkın şayir ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastaların %76'sının gũnlũk 4 ve daha fazla ilaç kullandığı gŐrũlmũřtũr. Bu oranın bizim çalışmamızdaki orandan yũksek olmasının sebebi hastaların sadece yaşlı gruptan seçilmiş olmasından, çalışmalarda kullanılan anketlerdeki ilaç sayısı aralıklarının farklı olmasından ve bölgeler arası hastalık prevalansları farklılığından kaynaklanmış olabilir. Sinnige ve ark. tarafından Hollanda'da yapılan çalışmayla çalışmamız arasındaki belirgin oransal farklılık; bu çalışmada polifarmasinin gũnlũk 5 ve daha fazla ilaç kullanımı olarak kabul edilmesinden, uzerinde çalışılan hastaların yaş ortalaması farklılığından ve ũlkeler arası hastalık prevalansları farklılığından kaynaklanmış olabilir. Gũmũřtakım ve Başer tarafından yapılan çalışmayla

çalışmamız arasındaki oransal farklılık, çalışmaların farklı yaş grupları üzerinde yapılmasından ve çalışmalardaki anketlerde kullanılan ilaç sayısı aralıklarının farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Literatürdeki birçok çalışmada, kullanılan ilaç sayısının artmasının ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Çoklu ilaç kullanımı olan hastaların yan etkiyle karşılaşma, ilacı almayı unutma, ilacı temin etmede zorluk yaşama vb. riskleri bulunduğundan; bu hastaların ilaç uyumları daha büyük önem teşkil etmektedir. Aile hekimlerinin bu hastaların kullandığı ilaçları periyodik olarak gözden geçirmesi, endikasyonu olmayan ilaçları kesmesi ve kullandığı ilaçları (endikasyon yoksa) değiştirmekten kaçınması ilaç uyumunu artırmada yardımcı olabilir.

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye’de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada hastaların %72.7’sinin (n=218) kardiyovasküler sistem (KVS), %54’ünün (n=162) analjezik ve antiinflamatur türü, %39’unun (n=117) gastrointestinal sistem (GIS), %25’inin (n=75) endokrin sistem, %17.3’ünün (n=52) respiratuar sistem, %15.3’ünün (n=46) osteoporoz, %15.3’ünün (n=46) vitamin ve nutrisyonel ajan, %14.3’ünün (n=43) antibiyotik türü, %12.3’ünün (n=37) ürogenital sistem, %11.7’sinin (n=35) santral sinir sistemi (SSS), %7.3’ünün (n=22) diüretik türü, %7.3’ünün (n=22) oftalmik, %7.3’ünün (n=22) hematopoetik, %6.3’ünün (n=19) psikiyatrik, %2.3’ünün (n=7) dermatolojik tür, %2’sinin (n=6) steroid türü, %1’inin (n=3) antineoplastik ve immünomodülatör türü, %0.7’sinin (n=2) kulak-burun-boğaz ve %0.3’ünün (n=1) gut ilaçları kullandığı tespit edilmiştir(43). Öztürk ve Uğraş tarafından Türkiye’de (İzmir) yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi konusunda 218 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %71.7’sinin (n=157) düzenli olarak 2 veya daha fazla ilaç kullandıkları saptanmıştır. Bu çalışmada hastalar tarafından toplam 785 adet preparatın düzenli kullanıldığı tespit edilmiş olup toplam ilaç sayısının ilaç gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; ilaçların %30.6 KVS ilaçları, %11.7 solunum sistemi ilaçları, %11.6 endokrin sisteme ilaçları, %10.2 GIS ilaçları, %9.3 analjezik ve NSAİ’ler, %6.5 psikiyatrik ilaçlar, %5.8 SSS ilaçları, %5.4 hematopoetik sistem ilaçları, %2.4 vitamin ve mineral preparatları, %1.8 antibiyotikler, %1.5 oftalmik preparatlar, %1.5 genitoüriner sistem ilaçları, %1 dermatolojik ilaçlar ve %0.7 otik preparatlar şeklinde dağıldığı gözlemlenmiştir(55). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %70’inin (n=154) antihipertansif, %47.2’sinin (n=104) antidiyabetik, %35’inin (n=77) kan sulandırıcı, %14.5’inin(n=32) mide/bağırsak

sistemi, %14'ünün (n=31) ağrı kesici/romatizmal, %11.3'ünün (n=25) lipid düzenleyici, %10'unun (n=22) antiastmatik/bronkodilatör, %3.6'sının (n=8) psikiyatrik, %2.2'sinin (n=5) antianemik, %1'inin (n=3) vitamin ve %17.7'sinin (n=39) diğer ilaç/ilaç gruplarını düzenli olarak kullandıkları tespit edilmiştir. Gümüştakım ve Başer tarafından yapılan çalışmada en çok kullanılan ilaç grubunu KVS ilaçları oluştururken, bizim çalışmamızda en çok kullanılan ilaç grubunun antihipertansifler olması ve kan sulandırıcı ilaçların da dördüncü en sık kullanılan ilaç grubu olmasından dolayı sonuçların benzerlik gösterdiği söylenebilir. Bu iki çalışma arasında endokrin, respiratuar sistem ve psikiyatrik ilaç kullanım oranları görece benzerlik gösterirken diğer ilaç gruplarının kullanım oranlarında belirgin farklılık gözlenmektedir. Çalışmaların farklı yaş grupları üzerinde yapılması, çalışılan bölgeler arası hastalık prevalansı farklılıkları ve ilaç gruplarının anketlerde farklı şekilde gruplanmış olması bu farklılığa yol açmış olabilir. Öztürk ve Uğraş tarafından yapılan çalışmada hastaların hangi ilaç grubunu hangi oranda kullandıkları araştırılmamış olup, toplam ilaç sayısına göre ilaç grubu yüzdesi incelenmiştir. Bu nedenle bu çalışmayla çalışmamız arasında net bir oransal kıyaslama yapılamamakla beraber, bu çalışmadaki ilaç gruplarının yüzdelere bakıldığında bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Canan Demirbağ ve Timur tarafından Türkiye'de (Trabzon) bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları konusunda 165 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastaların %14.5'inin (n=24) ilaçlarını düzenli kullandığı, %85.5'inin (n=141) ise ilaçlarını düzenli kullanmadığı saptanmıştır. Düzenli kullanmama nedenlerine bakıldığında; hastaların %26,1'i ilaçları bittiğinde ilacını yeniden temin edemediğini, %21,2'si ilaç saatlerini ayarlayamadıklarını, %24,0'ı ilaçlarını içmeyi unuttuğunu, %4,8'i ilaçların etkisine inanmadıklarını, %4,8'i ekonomik güçlük nedeniyle alamadıklarını belirtmişlerdir(53). Taşkın Şayir ve ark. tarafından Türkiye'de (İstanbul) bir eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi üzerine yapılan çalışmada, hastaların %94'ünün (n=94) ilaçlarını düzenli kullandığı, %6'sının (n=6) ise düzenli kullanmadığı gözlemlenmiştir(52). Öztürk ve ark. tarafından Türkiye'de (İstanbul) yaşlılarda polifarmasinin sıklığı ve PIMs kullanımı üzerine yapılan bir çalışmada hastaların %89'unun (n=267) ilaçlarını doktor önerisine uygun olarak kullandığı, %11'inin (n=33) ise doktor önerisine uygun olarak kullanmadığı tespit

edilmiştir(5). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %82.3'ü (n=181) ilaçlarını düzenli kullandığını, %17.7'si (n=39) ise ilaçlarını bazen aksattığını ifade etmiştir. Aksatan hastalara aksatma sebepleri sorulduğunda hastaların %57.9'u (n=22) ilacı almayı unuttuklarını, %18.4'ü (n=7) doktoruna güvenmediğini ve verdiği tedaviden fayda görmediğini, %13.2'si (n=5) ilaçların kendisine zarar vermesinden korktuğunu ve %10.5'i (n=4) ilaçları nasıl kullanacağını bilmediğini/karıştırdığını ifade etmiştir. Buna ilave olarak çalışmamıza katılan hastaların %4.5'i (n=10) ilaçlarını sağlamada zorluk yaşadığını ifade etmiştir. Canan Demirbağ ve Timur tarafından yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasında düzenli ilaç kullanım oranı açısından belirgin bir fark gözlenmektedir. Bunun sebebi çalışmaların farklı yaş grupları üzerinde yapılmasından ve/veya çalışılan popülasyonlar arası ilaç kullanımı hakkındaki bilgilendirme oranı farkından kaynaklanmış olabilir. İki çalışma arasındaki ilaçları düzenli kullanmama sebepleri arasında da belirgin farklılık görülmektedir. Bizim çalışmamızda ilaçları aksatmanın en sık sebepleri unutma, doktora karşı güvensizlik/tedaviden fayda görmeme ve ilaçların zararlı etkilerinden korkma olarak sıralanırken; Canan Demirbağ ve Timur tarafından yapılan çalışmada ilaçları temin etmede zorluk, ilaç saatlerini ayarlayamama ve unutma olarak sıralanmıştır. Bu durum çalışmaların farklı yaş grupları üzerinde yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Taşkın Şayir ve ark. tarafından yapılan çalışmada ve bizim çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğu ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir. Aradaki oransal fark çalışmaların yapıldığı popülasyonlar arası sosyoekonomik/sosyokültürel farklılıktan kaynaklanmış olabilir. İlaçların düzenli kullanılması açısından, Öztürk ve ark. tarafından yapılan çalışma ile bizim çalışmamızdaki oranlar ise benzerlik göstermektedir. Hekimlerin hastayla karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurması, hastaya hastalığıyla ve ilaç kullanımıyla ilgili gerekli bilgiyi vermesi ve gerektiğinde hastanın yakınlarını hastaya yardım etme konusunda uyarması; ilaç uyumunu olumlu yönde etkileyebilir.

Taşkın Şayir ve ark. tarafından Türkiye'de (İstanbul) bir eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi üzerine yapılan çalışmada; hastaların %88'inin (n=88) ilaçlarını (yardımsız olarak) kendisinin içtiği, %9'una (n=9) eşi ve çocukları tarafından ilaç içirildiği ve %3'üne (n=3) ise yanındakileri tarafından ilaç içirildiği tespit edilmiştir(52). Canan Demirbağ ve Timur tarafından Türkiye'de

(Trabzon) bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları konusunda 165 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; hastaların %67.9'unun (n=112) ilaçlarını kendisinin içtiği, %32.'isine (n=53) ise ilaçların ailesi tarafından içirildiği tespit edilmiştir(53). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %37.7'sinin (n=83) ilaç kullanımında yardım aldığı, %62.3'ünün ise (n=137) yardım almadığı saptanmıştır. Yardım alan hastaların %29.9'unun (n=41) eşinden, %24.8'inin oğlundan/kızından, %2.9'unun (n=4) hem eşinden hem oğlundan/kızından, %1.4'ünün (n=2) annesinden/babasından ve %1.4'ünün (n=2) diğer kişilerden yardım aldığı saptanmıştır. Taşkın şayir ve ark. tarafından yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasındaki oransal fark, üzerinde çalışılan hastaların sosyokültürel farklılığından kaynaklanmış olabilir. Demirbağ ve Timur tarafından yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasında ise ilaç kullanımında yardım alınması açısından oransal olarak benzerlik bulunmaktadır. Bu durum çalışmalardaki eğitim düzeyi benzerliğinden kaynaklanmış olabilir.

Taşkın şayir ve ark. tarafından Türkiye'de bir eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi üzerine yapılan çalışmada; hastaların %61'inin (n=61) kullandığı ilaçların yan etkilerini bildiği, %39'unun (n=39) ise kullandığı ilaçların yan etkilerini bilmediği saptanmıştır. Canan Demirbağ ve Timur tarafından Türkiye'de bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları konusunda 165 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; hastaların %16.3'ünün (n=27) kullandığı ilaçların bütün yan etkilerini bildiği, %24'ünün (n=41) bazı yan etkilerini bildiği ve %58.7'sinin (n=97) hiçbir yan etkisini bilmediği saptanmıştır. Bizim çalışmamıza katılan hastaların %10.9'u (n=24) ilaçların bütün yan etkilerini bildiğini, %12.3'ü (n=27) bazılarının yan etkilerini bildiğini, %18.2'si (n=40) yan etkiler hakkında çok az bilgisi olduğunu ve %58.6'sı (n=129) yan etkiler hakkında hiçbir bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Taşkın şayir ve ark. tarafından yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasındaki oransal farklar anketlerdeki cevap biçimi farklılığından ve çalışılan gruplar arası eğitim düzeyi/sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Canan Demirbağ ve Timur tarafından yapılan çalışmayla çalışmamızdaki oranlar görece benzerlik göstermektedir. Bu durum her iki çalışmada soruların benzer biçimde cevaplar içermesinden kaynaklı olabilir. Hastaların ilaç yan etkileri konusundan bilgi sahibi olması, ilaçlarını aksatma/bırakma ve hekime güvenlerinin azalması gibi olumsuz durumların önüne geçebilir. Bu açıdan hekimlerin

hastalara kullandıkları ilaçların yan etkileriyle ve yan etkiyle karşılaştığında yapılması gerekenlerle ilgili bilgi vermesi, olası olumsuz davranışların engellenmesinde etkili olabilir.

5.3. Yalnızlık Düzeyinin Tartışılması

Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye’de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada; hastaların %4’ünün (n=13) oldukça yüksek düzeyde, %9.2’sinin (n=30) orta derecede yüksek düzeyde, %21.8’inin (n=71) orta düzeyde ve %34.1’inin (n=111) düşük düzeyde yalnız olduğu tespit edilmiştir(45). Rocha-Vieira ve ark. tarafından tıbbi bakım alan yaşlı (65 yaş ve üstü) hastalarda yalnızlığın etkisini değerlendirmek amacıyla Portekiz’de 150 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada yalnızlık yaşayan hastalar; düşük düzeyde yalnız, orta düzeyde yalnız ve yüksek düzeyde yalnız olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmadaki yüksek düzeyde yalnızlık yaşayan hastaların oranı %30.7 (n=46), orta düzeyde yalnızlık yaşayan hastaların oranı %5.3 (n=8), düşük düzeyde yalnızlık yaşayan hastaların oranı %55.3 (n=83) ve yalnızlık yaşamayan hastaların oranı %8.7 (n=13) olarak tespit edilmiştir.(56). Mullen ve ark. tarafından Amerika Birleşik Devletleri’nin iki farklı bölgesinde yapılan ve birinci basamak hastalarındaki yalnızlık prevalansını belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada, hastaların %20’sinin (n=246) yalnız olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği’nin kısaltılmış bir versiyonu (orijinal ölçekle geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş) kullanılmıştır(48). Beutel ve ark. tarafından Almanya’da erişkinler üzerinde yapılan ve genel popülasyonda yalnızlığın prevalansını, belirleyicilerini ve ruh sağlığına etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %10.5’inin (n=1537) çeşitli derecelerde (%4.9’u düşük düzeyde, %3.9’u orta düzeyde ve %1.7’si yüksek düzeyde) yalnız olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılmamıştır(38). Bizim çalışmamıza katılan hastaların (Perry’nin sınıflamasına göre) %11’inin (n=25) oldukça yüksek düzeyde, %29’unun (n=64) orta derecede yüksek düzeyde, %23’ünün (n=51) orta düzeyde ve %37’sinin (n=80) düşük düzeyde yalnız oldukları gözlemlenmiştir. Her iki çalışmanın yalnızlık açısından ilk iki ve son iki grubunun toplamı oransal olarak benzerlik göstermesine rağmen, Rocha-Vieira ve ark. tarafından yapılan çalışmayla çalışmamız arasında (yalnızlık düzeyleri teker teker incelendiğinde) oransal olarak belirgin farklar

bulunmaktadır. Bu farklar çalışmalar arası yaş ortalaması farkından ve/veya gruplar arası sosyokültürel farklardan kaynaklanmış olabilir. Mullen ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastalar yalnız olanlar ve olmayanlar olarak ayrılmış olup yalnızların oranı %20'dir. Bizim çalışmamızda ise oldukça yalnız ve orta derecede yüksek düzeyde yalnız olan hastaların toplam oranı %40'tır. Bu oransal fark; Mullen ve ark. tarafından yapılan çalışmadaki hastaların yaş ortalamasının daha düşük olması, bu çalışmaya bizim çalışmamızdan farklı olarak tüm birinci basamak hastalarının dahil edilmesi ve çalışılan gruplar arası sosyokültürel/sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Beutel ve ark. tarafından yapılan çalışmayla çalışmamızdaki belirgin oransal fark; bu çalışmanın genel popülasyon üzerinde yapılmış olmasından ve/veya çalışılan gruplar arası sosyokültürel/sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Kuşaslan Avcı tarafından yapılan çalışmayla çalışmamız arasında düşük ve orta düzeyde yalnızlık yaşayan hastaların oranı benzer olup, orta derecede yüksek ve oldukça yüksek düzeyde yalnız olan hastaların oranı bizim çalışmamızda belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Bu fark; Kuşaslan Avcı tarafından yapılan çalışmanın sadece diyabet hastaları üzerinde yapılmış olmasından ve/veya polifarmasi koşulu aranmamasından kaynaklanmış olabilir.

Hastaların yalnızlık düzeylerinin artması, sağlık açısından olumsuz bazı davranışlar ve laboratuvar değerleriyle ilişkili olduğundan, ilaç kullanımının artmasına ve dolayısıyla polifarmasiye yol açabilir. Polifarmasi de, ilaç uyumunu olumsuz yönde etkileyerek bu durumun sağlık çıktıkları açısından daha da kötüleşmesine yol açabilir.

5.4. İlaç Uyumunun Tartışılması

Al-Qasem ve ark. tarafından orta doğu ülkelerinde kronik hastalığı bulunan kişilerde ilaç tedavisine uyum üzerine yapılan bir incelemede; 19 adet çalışma incelenmiş ve bu çalışmalardaki tahmini ilaç uyumsuzluğu oranının %1.4-%88 gibi çok geniş bir aralıkta değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. Bahsi geçen 19 çalışmanın 17 tanesi erişkin, 2 tanesi ise çocuk hastalar üzerinde yapılmıştır(57). Shams ve ark. Pakistan'da tip 2 diyabet tanılı 183 hasta üzerinde ilaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörler ve ilişkili unsurlar üzerine yaptıkları çalışmada; hastaların %62'sinin (n=114) düşük, %35'inin (n=64) orta ve %2.7'sinin (n=5) yüksek ilaç uyumu gösterdiği tespit edilmiştir. Calderón-Larrañaga ve ark. İspanya'da birinci basamak hastalarında, fiziksel ve mental

komorbiditelerin antihipertansif tedaviye uyumuna etkisini araştırmak üzere EHRs kayıtları üzerinden yaptıkları bir çalışmada; toplam 113.397 hastanın %20'sinin tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır(58). Napolitano ve ark. tarafından İtalya'da 4 farklı hastaneye ayaktan başvuran 633 yaşlı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olan hastaların ilaç uyumu incelenmiştir. Bu alışmada Modifiye Morisky leği'nin 4 soruluk formu kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında hastaların %39.3'ünün (n=249) tedaviye uyumlu, kalan %60.7'sinin (n=384) ise çeşitli düzeylerde tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır(59). Al-Hajje ve ark. tarafından Lübnan'da kronik hastalığı bulunan kişilerde ilaç uyumunu etkileyen faktörler üzerine 148 erişkin hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların %42.6'sının (n=64) ilaçlarına uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu alışmada Modifiye Morisky leği'nin 8 soruluk formu kullanılmıştır(60). Bizim alışmamızda Modifiye Morisky leği'nin 6 soruluk formu kullanılmış olup bu sorulardan 3 tanesi hastanın ilaç kullanma hakkındaki bilgi düzeyini, 3 tanesi ise motivasyon düzeyini ölçmeye yöneliktir. Çalışmamıza katılan hastaların %75.9'unun (n=167) bilgi düzeyi yüksek, %24.1'inin (n=53) bilgi düzeyi ise düşük bulunmuştur. Motivasyon düzeyi açısından bakıldığında ise hastaların %70'inin (n=154) motivasyon düzeyi yüksek, %30'ununki (n=66) düşük bulunmuştur. Bilgi düzeyi yüksek olan hastaların motivasyon düzeyinin de yüksek ve bilgi düzeyi düşük olan hastaların motivasyon düzeyinin de düşük olduğu istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır. Shams ve ark. yaptığı çalışmayla bizim çalışmamız arasında ilaç uyum davranışı açısından çok belirgin bir fark görülmektedir. Bu durum çalışılan popülasyonlar arsındaki eğitim düzeyi, sosyoekonomik, sosyokültürel farkların yanı sıra bahsi geçen çalışmaya sadece tip 2 diyabet tanılı hastaların alınmasından kaynaklanmış olabilir. Caldern-Larraņaga ve ark. yaptığı çalışmadaki oran ilaç uyumu açısından bizim çalışmamızdaki orana benzerdir. Aradaki oransal fark bu çalışmanın EHRs kayıtları üzerinde yapılmasından, sadece antihipertansif ilaçlara uyumu değerlendirmesinden ve bu çalışmada çoklu ilaç kullanımı koşulunun aranmamış olmasından kaynaklanmış olabilir. Napolitano ve ark. tarafından yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasında ilaç uyum davranışı açısından belirgin bir fark görülmektedir. Bu çalışmada ilaç uyumunun toplam 5 düzeyde değerlendirilmiş olup sadece tüm sorulara uygun yanıt verenlerin uyumlu olarak değerlendirilmesi bu sonucu doğurmuş olabilir. Ayrıca bu çalışmaya sadece yaşlı hastaların alınması ve Modifiye Morisky leği'nin farklı bir versiyonunun kullanılması

da çalışmalar arasında oransal farklılık yaratmış olabilir. Al-Hajje ve ark. tarafından yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasında ilaç uyum davranışı açısından belirgin bir fark görülmektedir. Bu çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlasının işsiz olması ve yaklaşık yarısının çok stresli bir hayatının olup orta düzeyde hafıza probleminin olması bu farkı yaratmış olabilir.

Hastaların ilaçlarına uyumlu olmaları var olan morbiditelerini kontrol altında tutmanın en önemli unsurlarından biridir. Hastaların ilaç uyum oranları arttıkça yaşam kalitelerinin artacağı ve gereksiz sağlık harcamalarının azalacağı kanaatindeyiz.

5.5. Tanımlayıcı Özelliklerin, Komorbiditeler ve İlaç Kullanımıyla İlgili Özelliklerin, İlaç Uyumunun ve Yalnızlık Düzeyinin Birlikte Tartışılması

5.5.1. Tanımlayıcı özellikler, komorbiditeler ve ilaç kullanımıyla ilgili özelliklerin tartışılması

Gümüştakım ve Başer tarafından Türkiye’de (Karaman) birinci basamakta 65 yaş ve üzeri 300 hastada yapılan, çoklu ilaç kullanımının incelendiği çalışmada, kadınların erkeklere nazaran çok daha fazla ilaç kullandığı gözlenmiştir. Aynı çalışmada dul/boşanmış olanlarda, aile bireyleriyle birlikte yaşayanlarda, memurlarda, ilkökul mezunlarında, geliri asgari ücret düzeyinde olanlarda ve sosyal güvencesi SGK olanlarda 4 ve üzeri ilaç kullanımı daha yaygın bulunmuştur. Komorbid hastalık sayısı arttıkça ilaç sayısının da arttığı tespit edilmiştir. Çoklu ilaç kullanımı ile yaş, medeni durum, gelir düzeyi, meslek, öğrenim durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır(43). Bizim çalışmamızda; majör polifarmasi kullananların minör polifarmasi kullananlara göre göre daha yaşlı olduğu, minör polifarmasi kullanan kadınların sayısının minör polifarmasi kullanan erkeklere göre daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Her iki çalışmada da kadınların daha fazla ilaç kullandığı göze çarpmaktadır. Gümüştakım ve Başer’in çalışmasında yaş ile kullanılan ilaç sayısı arasında ilişki tespit edilmemesinin sebebi, bu çalışmanın sadece yaşlı hastalar üzerinde yapılmasından kaynaklı olabilir. Bizim çalışmamızda medeni durum, sosyal güvence türü, gelir durumu ve eğitim düzeyiyle kullanılan ilaç sayısı arasında ilişki tespit edilmemiştir. Bu durum, çalışmaların farklı yaş gruplarında yapılmasından ve/veya çalışılan bölgeler arası sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklı olabilir

Topal ve Özer tarafından Türkiye’de (Adana) birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada; yaş, kronik hastalık sayısı ve reçetesiz ilaç kullanımının arttıkça kullanılan ilaç sayısının da arttığı, eğitim seviyesinin arttıkça reçetesiz ilaç kullanımının arttığı, eğitim seviyesi arttıkça katılımcıların ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi ve ilaç yan etkilerini bilme düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. İlaç yan etkilerini bilme oranı oldukça düşük saptanmıştır. Bu çalışmada kadınlarda kronik hastalık sayısı daha fazla saptanmasına rağmen; erkeklerde kullanılan raporlu ilaç sayısı kadınlardan daha yüksek saptanmış ve aralarında istatistiksel yönden anlamlılık tespit edilmiştir(44). Bizim çalışmamızda benzer olarak yaş ile kullanılan ilaç sayısının arttığı, ilaç yan etkilerini bilme oranının düşük olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça ilaçlar hakkındaki yan etkileri hakkında bilgi düzeyinin arttığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda minör polifarmasi kullanan kadınların erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu fark çalışılan bölgeler arası hastalık prevalansları farkından kaynaklanmış olabilir.

Payne ve arkadaşları tarafından İskoçya’da hastaların EHRs’leri üzerinden birinci basamaktaki polifarmasi prevalansının belirlenmesi amacıyla erişkinler (>20 yaş) üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada kullanılan ilaç sayısının; yaşla beraber arttığı, cinsiyetten etkilenmediği ve farklı klinik durumlar arasında oldukça değişkenlik gösterdiği gösterilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklarda ek ilaç gereksiniminin daha fazla olduğu görülmüştür(20). Bizim çalışmamızda benzer olarak yaş ile kullanılan ilaç sayısının arttığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda minör polifarmasi kullanan kadınların erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu fark çalışılan popülasyonlar/bölgeler arasındaki hastalıkların prevalans farkından kaynaklanmış olabilir. Net bir kıyaslama yapılamamakla beraber bizim çalışmamızda hastaların en çok kullandığı ilaç grubunun antihipertansifler olması nedeniyle çalışmalar arası tutarlılık olduğu söylenebilir.

Öztürk ve ark. tarafından yaşlılarda polifarmasinin sıklığı ve PIMs kullanımı üzerine Türkiye’de (İstanbul) yapılan bir çalışmada; polifarmasinin kronik hastalıklarla artarken, yakın doktor kontrolü ile azaldığı tespit edilmiştir. Sosyodemografik verilerle polifarmasi arasında ilişki saptanmamıştır. Polifarmasinin bazı hastalarda ilaçları atlama davranışına ve dolayısıyla kontrolsüz tedaviye yol açtığı saptanmıştır(5). Farklı olarak,

bizim çalışmamızda yaş ile kullanılan ilaç sayısının arttığı saptanmıştır. Bu fark Öztürk ve ark. tarafından yapılan çalışmaya sadece yaşlı hastaların dahil edilmesinden kaynaklanmış olabilir. Bizim çalışmamızda, kronik hastalıklar için aile hekimini ziyaret sıklığına göre hastaların minör veya majör polifarmasi oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu durum hastaların çoğunun var olan raporlu ilaçlarını yenilemek üzere aile hekimine başvurmasından kaynaklı olabilir. Çalışmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğu kronik hastalığı/hastalıkları için aile hekimine başvurmadığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin; çoklu ilaç kullanımı olan hastaları periyodik olarak kontrole çağırması ve hastalara hastalıkları/kullandığı ilaçlar hakkında bilgi vermesi, hasta takibinin daha kaliteli yapılması açısından uygun bir yaklaşım olabilir.

5.5.2. Tanımlayıcı özellikler, ilaç uyumu, komorbiditeler ve ilaç kullanımıyla ilgili özelliklerin tartışılması

Topal ve Özer tarafından birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla Türkiye’de (Adana) yapılan çalışmada; katılımcıların ilaç uyumunun ortalamanın üzerinde olduğu, kullanılan ilaç sayısının artmasının kişilerin ilaç uyumuna etkisinin olmadığı, kadınlar ve erkekler arasında ilaç uyumu açısından farklılık olmadığı, 65 yaş üstünde ilaç uyumunun azaldığı, kronik hastalık sayısının artması ile ilaç uyumu arasında ilişki olmadığı, eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumunun arttığı ve eşli olanların ilaç uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada Modifiye Morisky Ölçeği kullanılmamıştır(44). Bizim çalışmamızda yaş ile ilaç uyumu arasında ilişki saptanmamış, Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre bilgi düzeyi erkek cinsiyette yüksek bulunmuş, motivasyon düzeyi açısından ise cinsiyetler arası farklılık saptanmamış, bilgi ve motivasyon düzeylerinde medeni hale göre farklılık saptanmamış ve eğitim düzeyiyle ilaç uyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Bu farklar; çalışmaların yapıldığı bölgesel sosyokültürel farklılıklardan, bizim çalışmamıza katılan kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olmasından, hastaların ilaç kullanma konusundaki davranışlarını gizleme eğiliminden ve ilaç uyumunun farklı ölçeklerle değerlendirilmesinden kaynaklanmış olabilir. Tüm bu farklılara rağmen, her iki çalışmada da ilaç uyumunun ortalamanın üzerinde tespit edildiği söylenebilir.

Napolitano ve ark. tarafından kronik hastalığı olan hastaların ilaç uyumunu ve belirleyicilerini saptamak üzere yapılan çalışmada, hastaların %39.3'ünün tedaviye uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada; üniversite mezunu ya da daha yüksek derecede eğitim görenlerin daha düşük eğitim görenlere göre, Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi puanı yüksek olanların düşük olanlara göre, az sayıda tablet kullananların çok sayıda kullananlara göre ve ilaç kullanımı için herhangi bir hatırlatıcı kullanmayanların kullananlara göre ilaç uyumunun daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir(59). Bizim çalışmamızda eğitim düzeyiyle ilaç uyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Majör polifarmasi ve minör polifarmasi kullanan hastaların ilaç uyumlarında farklılık tespit edilmemiştir. Ayrıca, çalışmalarda saptanan ilaç uyumu düzeyleri de belirgin olarak farklıdır. İki çalışma arasındaki bu farklar; çalışılan bölgeler arası sosyokültürel/sosyoekonomik farklılıklardan ve çalışmalarda Modifiye Morisky Ölçeği'nin farklı tiplerinin kullanılmasından kaynaklanmış olabilir.

Al-Hajje ve ark. tarafından kronik hastalığı bulunan kişilerde ilaç uyumunu etkileyen faktörler üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların %42.6'sının tedaviye uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada; doktor-hasta ilişkisinin iyi olmasının, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi puanının yüksek olmasının ve algılanan sağlık kalitesinin yüksek olmasının ilaç uyumunu artırdığı tespit edilmiştir. Bellek problemlerinin, anksiyete/depresyon varlığının, ilaç bilgi düzeyi düşüklüğünün ve hekim ziyaretlerini ertelemenin ilaç uyumunu azalttığı saptanmıştır. Hiçbir sosyodemografik veriyle ilaç uyumu arasında ilişki tespit edilmemiştir. Bu çalışmayla bizim çalışmamız arasındaki ilaç uyumu oranları belirgin farklılık göstermiştir. Çalışmaların yapıldığı popülasyonlar arası sosyokültürel farklar, çalışmalarda Modifiye Morisky Ölçeği'nin farklı tiplerinin kullanılması ve Al-Hajje ve ark. tarafından yapılan çalışmanın ekonomik açıdan çok düşük düzeydeki bir popülasyon üzerinde yapılmış olması bu farklılığı doğurmuş olabilir.

Calderón-Larrañaga ve ark.'nın birinci basamak hastalarında, fiziksel ve mental komorbiditelerin antihipertansif tedaviye uyumuna etkisini araştırmak üzere yaptıkları çalışmada, hastaların yaklaşık %20'sinin ilaç uyumsuzluğu gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmada kadın cinsiyet, genç yaş, yabancı uyruklu olma, kırsal alanda yaşama, düşük kan basıncı seviyesi, polifarmasi ve mental komorbidite varlığı ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada Modifiye Morisky Ölçeği kullanılmamıştır(58). Bizim

çalışmamızda Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre bilgi düzeyi kadın cinsiyette düşük bulunmuştur. Bu açıdan çalışmalar arası benzerlik olduğu söylenebilir. Bahsi geçen çalışmada genç yaşın ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili bulunması ilginçtir. Bu durum, çalışmada sadece antihipertansiflere uyumun araştırılmış olmasından ve polifarmasi şartının aranmamış olmasından kaynaklı olabilir. Bizim çalışmamızda ise yaş ile ilaç uyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Her iki çalışmada da ilaç uyum oranı görece benzer ve yüksektir.

5.5.3. Tanımlayıcı özellikler, yalnızlık düzeyi, komorbiditeler ve ilaç kullanımıyla ilgili özelliklerin tartışılması

Rocha-Vieira ve ark. tarafından tıbbi bakım alan yaşlı hastalarda yalnızlığın etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; orta-yüksek derecede yalnızlık yaşayan hastaların prevalansı %36 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada yalnızlığın daha yaşlı hastalarda daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Aile desteğinin olmaması, algılanan gelir seviyesinin düşük olması ve tek başına yaşamak yalnızlıkla pozitif ilişkili olarak bulunmuştur. Yalnızlık düzeyinin daha fazla sayıda ilaç kullananlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evli olmanın, partner varlığının ve mesleki faaliyeti sürdürmenin ise yalnızlığa karşı koruyucu faktörler olduğu tespit edilmiştir. Yalnızlık düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılmıştır(56). Bizim çalışmamıza katılan hastaların %11'inin oldukça yüksek düzeyde ve %29'unun orta derecede yüksek düzeyde yalnızlık hissettikleri tespit edilmiştir. Hastaların yalnızlık düzeyleri yaşa, gelir düzeyine ve tek başına yaşayıp/yaşamamaya göre farklılık göstermemiştir. Yalnızlık düzeyi kadın cinsiyette daha yüksek saptanmıştır. Çalışmaların sonuçlarındaki bu farklar, üzerinde çalışılan popülasyonların yaş ortalaması farkından ve/veya çalışılan bölgeler arası sosyokültürel farklılıklar kaynaklanmış olabilir. Bizim çalışmamıza katılan hastaların hepsi polifarmasi kullandığı için bu konuda bir kıyaslama yapılamamıştır. Orta-yüksek düzeyde yalnızlık oranları her iki çalışmada benzerdir. Yine benzer olarak, bizim çalışmamızda da çalışanların/emeklilerin çalışmayanlara göre daha az yalnız oldukları saptanmıştır. Bu bulgular ışığında çalışmış veya çalışıyor olmanın yalnızlığa karşı koruyucu olduğu söylenebilir.

Kuşaslan Avcı tarafından Türkiye'de (Van) diyabetli hastaların yalnızlık düzeyleriyle ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada; düşük eğitim düzeyi,

evli olmamak (bekar, boşanmış veya dul olmak), öğrenci olmak, tip 1 diyabet hastası olmak, insülin kullanmak, diyabetik ayak sendromlu olmak, düzenli egzersiz yapmamak, işsiz olmak ve eşleri/aileleri tarafından ilaçlarını almak konusunda hatırlatmalara maruz kalmaktan rahatsız olmak ile bu hatırlatmalar konusunda bir şey hissetmemek yalnızlık düzeyinde yükseklikle ilişkili bulunmuştur. Yaş ve cinsiyet ile yalnızlık düzeyi arasında ilişki tespit edilmemiştir. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılmıştır(45). Bizim çalışmamızda eğitim durumu, yaş ve medeni hal; yalnızlık düzeyiyle istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermemiştir. Yalnızlık düzeyi kadın cinsiyette daha yüksek saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki farklar; Kuşaslan Avcı tarafından yapılan çalışmanın sadece diyabet hastaları üzerinde yapılmış olmasından ve/veya polifarmasi koşulu aranmamasından kaynaklanmış olabilir. Her iki çalışmada da, çalışmayan hastalarda yalnızlık düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ve bu bulgunun Rocha-Vieira ve ark. tarafından yapılan çalışmayla da tutarlılık gösterdiği söylenebilir.

Mullen ve ark. tarafından birinci basamak hastalarındaki yalnızlık prevalansını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, yalnızlık prevalansının yaşla azaldığı saptanmıştır. Yalnızlığın kötü sağlık durumu, acil servis başvuruları, birinci basamak sağlık merkezlerine başvurular ve hastaneye yatışlarla pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Yalnızlıkla cinsiyet arasında ilişki saptanmamıştır. Evlilerde ve çalışanlarda ise yalnızlık düzeyi daha düşük saptanmıştır(48). Bizim çalışmamızda yaş ve medeni hal ile yalnızlık düzeyi arasında ilişki tespit edilmemiş, kadın cinsiyette ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar; çalışmaların yapıldığı gruplar arası sosyokültürel farklılıklardan ve Mullen ve ark. yaptığı çalışmaya tüm birinci basamak hastalarının (yaş, hastalık ve ilaç kullanımı ayrımı yapılmaksızın) dahil edilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Mullen ve ark. yaptığı çalışma, bu bölümde bahsi geçen tüm çalışmalar gibi, çalışan hastaların yalnızlık düzeyinin daha düşük olduğunu göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çoklu ilaç kullanımı, tüm dünya genelinde artmakta olan ve çeşitli olumsuz sağlık çıktıları doğurabilen bir durumdur. İlaç uyumu ise çoklu ilaç kullanımının yanı sıra hastaya, hekime ve sağlık sistemine bağlı birçok faktörden etkilenebilen; özellikle kronik hastalığı olan hastalarda tedavinin etkinliğini belirleyen önemli bir unsurdur. Yalnızlık; sigara içme, fiziksel hareketsizlik, bağışıklıkta azalma, yüksek kan basıncı, özsaygıda azalma gibi sağlık açısından olumsuz durumlarla ilişkisi gösterilmiş bir halk sağlığı sorunudur. Çoklu ilaç kullanımı olan erişkin hastalardaki ilaç uyumu ve yalnızlık düzeyini araştırdığımız bu çalışmada ulaştığımız sonuçlar maddeler halinde özetlenmiştir:

1. Majör polifarmasi kullananların, ilaç yan etkileri hakkında hiçbir bilgisi olmayanların ve kronik hastalıkları hakkında hekimler tarafından bilgilendirilmeyenlerin yaş ortalaması diğer hastalara göre daha yüksekti.
2. Katılımcıların büyük çoğunluğu kronik hastalığı/hastalıkları için aile hekimine düzenli olarak başvuruyordu.
3. Katılımcıların ilaç yan etkisi bilgi düzeyi oldukça düşüktü.
4. Katılımcıların yaklaşık olarak %70'inin ilaç uyumu iyi düzeydeydi.
5. Katılımcıların %63.7'si çeşitli düzeylerde yalnızlık hissetmekteydi.
6. Katılımcıların bilgi, motivasyon ve yalnızlık düzeyleri yaşa göre farklılık göstermemekteydi.
7. Minör polifarmasi kullanan kadınların oranı minör polifarmasi kullanan erkeklerin oranına göre daha fazlaydı.
8. Bilgi düzeyi erkek cinsiyette daha yüksekti.
9. Yalnızlık düzeyi kadın cinsiyette daha yüksekti.
10. Çalışmayan katılımcıların yalnızlık düzeyi, çalışanlara ve emeklilere göre daha yüksekti.
11. Her zaman bilgilendirilen hastaların motivasyon düzeyi hiçbir zaman bilgilendirilmeyenlere göre daha yüksekti.
12. Katılımcıların yalnızlık düzeyleri ile bilgi ve motivasyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktu.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz maddeler halinde özetlenmiştir:

1. Kronik hastalığı bulunan hastaların -özellikle polifarmasi kullanan ve yaşlı gruptaki- aile hekimlerince periyodik olarak kontrollere çağırılıp hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve ilaç yan etkileri konularında bilgilendirilmeleri; bu hastaların ilaç uyumlarını artırmaya yardımcı olabilir. Yaşlı gruptaki hastalara poliklinikte daha fazla zaman ayrılması ve gerektiğinde yakınlarıyla iş birliği yapılması, bu hastaların ilaç uyumlarını artırmak açısından olumlu sonuçlar verebilir.
2. Aile hekimlerinin, buldukları bölgelerdeki sosyoekonomik ve sosyokültürel yapıyı tanıyarak hastalarını biyopsikososyal açıdan bir bütün olarak değerlendirmeleri, bilgilendirme yaparken de bu özellikleri göz önünde bulundurmaları ilaç uyumu açısından uygun bir yaklaşım olabilir. Bizim çalışmamıza katılan kadın hastaların bilgi düzeyleri düşük, yalnızlık düzeyleri ise yüksek olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla, bizim bölgemizdeki kadın hastaların poliklinik ziyaretleri sırasında ilaç uyumlarının daha detaylı olarak sorgulanması, bilgilendirme yapılırken daha fazla zaman ayrılması ve gerektiğinde detaylı ruhsal durum muayenelerinin yapılması uygun bir yaklaşım olabilir.
3. Polifarmasi kullanan ve çalışmayan hastaların çeşitli sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere yönlendirilmesi; bu konuda sivil toplum kuruluşlarıyla ve belediyelerle iş birliği yapılması, bu hastaların yalnızlık düzeylerini düşürmeye yardımcı olabilir.
4. Polifarmasi kullanan hastaların izlemleri sırasında yılda en az bir kez kullandığı ilaçların gözden geçirilmesi, uygunsuz polifarmasinin önüne geçilmesi ve ilaç uyumunu artırılması açısından yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British journal of clinical pharmacology*. 2007;63(2):187-95.
2. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *Jama*. 2008;300(24):2867-78.
3. Marcum ZA, Gellad WF. Medication adherence to multidrug regimens. *Clinics in geriatric medicine*. 2012;28(2):287-300.
4. Charlesworth CJ, Smit E, Lee DS, Alramadhan F, Odden MC. Polypharmacy among adults aged 65 years and older in the United States: 1988–2010. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2015;70(8):989-95.
5. ÖZTÜRK GZ, ARDIÇ C, Toprak D. FREQUENCY OF POLYPHARMACY AND USE OF POTENTIALLY INAPPROPRIATE MEDICATIONS IN THE ELDERLY. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 2017;20(4).
6. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane database of systematic reviews*. 2014(11).
7. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication adherence: truth and consequences. *The American journal of the medical sciences*. 2016;351(4):387-99.
8. Pasina L, Brucato A, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, et al. Medication Non-Adherence Among Elderly Patients Newly Discharged and Receiving Polypharmacy. *Drugs*. 2014;31:283-9.
9. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2016;31(8):929-40.
10. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*. 2015;10(2):238-49.
11. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*. 2015;10(2):227-37.
12. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health*. 2015;105(5):1013-9.

13. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009-16.
14. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016;62(4):443-9.
15. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. *Clinical medicine*. 2016;16(5):465-9.
16. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ open*. 2015;5(12):e009235.
17. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM-d. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Family practice*. 2000;17(3):261-7.
18. Gómez C, Vega-Quiroga S, Bermejo-Pareja F, Medrano MJ, Louis ED, Benito-León J. Polypharmacy in the elderly: a marker of increased risk of mortality in a population-based prospective study (NEDICES). *Gerontology*. 2015;61(4):301-9.
19. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. *BMC medicine*. 2015;13(1):74.
20. Payne R, Avery A, Duerden M, Saunders C, Simpson C, Abel G. Prevalence of polypharmacy in a Scottish primary care population. *European journal of clinical pharmacology*. 2014;70(5):575-81.
21. Mannucci PM, Nobili A, Investigators R. Multimorbidity and polypharmacy in the elderly: lessons from REPOSI. *Internal and emergency medicine*. 2014;9(7):723-34.
22. YAYLACI S, AYDIN E, VARIM C, ÖSKEN A, GENÇ AB, DEMİR MV, et al. İç Hastalıkları Polikliniğine Başvuru Nedenleri, Kronik Hastalıklar ve Polifarmasi Oranları. *Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2016;8(1).
23. Kim H-A, Shin J-Y, Kim M-H, Park B-J. Prevalence and predictors of polypharmacy among Korean elderly. *PloS one*. 2014;9(6):e98043.
24. Hovstadius B, Hovstadius K, Åstrand B, Petersson G. Increasing polypharmacy-an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. *BMC clinical pharmacology*. 2010;10(1):16.
25. Dong L, Yan H, Wang D. Polypharmacy and its correlates in village health clinics across 10 provinces of Western China. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2010;64(6):549-53.
26. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. *Klinik Gelişim*. 2012;25(3):18-23.

27. Jokanovic N, Tan EC, Dooley MJ, Kirkpatrick CM, Bell JS. Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(6):535. e1-. e12.
28. Payne RA, Abel GA, Avery AJ, Mercer SW, Roland MO. Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. *British journal of clinical pharmacology*. 2014;77(6):1073-82.
29. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*. 2008;46(2):72-83.
30. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2016;7(2):64-7.
31. Stirratt MJ, Dunbar-Jacob J, Crane HM, Simoni JM, Czajkowski S, Hilliard ME, et al. Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. *Translational behavioral medicine*. 2015;5(4):470-82.
32. Thakkar J, Kurup R, Laba T-L, Santo K, Thiagalingam A, Rodgers A, et al. Mobile telephone text messaging for medication adherence in chronic disease: a meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2016;176(3):340-9.
33. Zhang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*. 2014;48(6):741-51.
34. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
35. Carpenter DM, Elstad EA, Blalock SJ, DeVellis RF. Conflicting medication information: prevalence, sources, and relationship to medication adherence. *Journal of Health Communication*. 2014;19(1):67-81.
36. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003;2(4):323-.
37. Costa E, Giardini A, Savin M, Menditto E, Lehane E, Laosa O, et al. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient preference and adherence*. 2015;9:1303.
38. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):97.
39. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*. 1989;7(23):14-8.

40. Perry GR. Loneliness and coping among tertiary-level adult cancer patients in the home. *Cancer Nursing*. 1990;13(5):293-302.
41. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;67-74.
42. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2012;3(4):17-20.
43. Gümüştakım RŞ, Başer DA. Birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Bir kırsal alan örneği. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2019;23(1).
44. Özer T, Topal K. Birinci basamakta çoklu ilaç kullanan hastalarda ilaç kullanımını etkileyen faktörler, sosyal destek durumu ile anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi, *Yöktez*, 2018,xi.
45. Kusaslan Avcı D. Evaluation of the relationship between loneliness and medication adherence in patients with diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Journal of International Medical Research*. 2018;46(8):3149-61.
46. Priyanka T, Lekhanth A, Revanth A, Gopinath C, Babu SC. Effect of polypharmacy on medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus. *Indian J Pharm Prac*. 2015;8(3):126-32.
47. Shams N, Amjad S, Ahmed W, Saleem F. Drug non-adherence in type 2 diabetes mellitus; predictors and associations. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*. 2016;28(2):302-7.
48. Mullen RA, Tong S, Sabo RT, Liaw WR, Marshall J, Nease DE, et al. Loneliness in primary care patients: a prevalence study. *The Annals of Family Medicine*. 2019;17(2):108-15.
49. Dede B, Sarı M, Gürsul A, Hanedar A, Gadis A, Görgülü B, et al. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *TAF Prev Med Bull*. 2016;5(3):238-47.
50. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu EÖ, Gündüz H. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2015;5(4):199-203.
51. Ünsal A, Demir G, Özkan AÇ, Arslan GG. Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. 2011.
52. Taşkın Şayir Ç, Aslan Karaoğlu S, Evcik Toprak D. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(1).
53. DEMİRBAĞ BC, TİMUR M. Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2012;11(1):1-8.

54. Sinnige J, Braspenning JC, Schellevis FG, Hek K, Stirbu I, Westert GP, et al. Inter-practice variation in polypharmacy prevalence amongst older patients in primary care. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2016;25(9):1033-41.
55. Öztürk Z, Uğraş KG. Drug use and polypharmacy in elderly patients. *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital*. 2017;27(2):103-8.
56. Rocha-Vieira C, Oliveira G, Couto L, Santos P. Impact of loneliness in the elderly in health care: a cross-sectional study in an urban region of Portugal. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2019(2):138-43.
57. Al Qasem A, Smith F, Clifford S. Adherence to medication among chronic patients in Middle Eastern countries: review of studies. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 17 (4), 356-363, 2011. 2011.
58. Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu LA, Abad-Díez JM, Prados-Torres A. Non-adherence to antihypertensive medication: the role of mental and physical comorbidity. *International journal of cardiology*. 2016;207:310-6.
59. Napolitano F, Napolitano P, Angelillo IF, Group CW. Medication adherence among patients with chronic conditions in Italy. *The European Journal of Public Health*. 2015;26(1):48-52.
60. Al-Hajje A, Awada S, Rachidi S, Zein S, Bawab W, El-Hajj Z, et al. Factors affecting medication adherence in Lebanese patients with chronic diseases. *Pharmacy practice*. 2015;13(3).

EKLER

Ek 1. Çalışma Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu

- 1) Yaş:
- 2) Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
- 3) Medeni durum: 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış 4) Eşini kaybetmiş
- 4) Yalnız mı yaşıyorsunuz? 1) Evet 2) Çekirdek aile 3) Geniş aile
- 5) Eğitim düzeyi: 1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu 6) Üniversite mezunu 7) Lisans üstü
- 6) Çalışma durumunuz: 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor 3) Emekli
- 7) Sosyal güvence: 1) SGK 2) Yeşil kart 3) Özel sağlık sigortası 4) Yok
- 8) Aylık gelir durumunuz?
 - a) Geliri giderinden az
 - b) Geliri giderine eşit
 - c) Geliri giderinden fazla
- 9) Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?
 - a) Sigara kullanıyorum
 - b) Alkol kullanıyorum
 - c) Sigara ve alkol kullanmıyorum
- 10) Kronik hastalıklardan hangisi veya hangileri mevcut?
 - a) Diyabetes mellitus (Şeker Hastalığı)
 - b) Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)
 - c) Hiperkolesterolemi (Kolesterol yüksekliği)
 - d) KOAH / Astım
 - e) Aterosklerotik Kalp Hastalığı
 - f) Serebrovasküler hastalık (İnme vb.)
 - g) Tiroid hastalıkları (Guatr vb.)
 - h) Depresyon
 - i) Demans (Alzheimer vb.)
 - j) Benign prostat hipertrofisi (Prostat büyümesi)
 - k) Diğer.....(Lütfen belirtiniz)
- 11) Hastalığınız/hastalıklarınız kaç yıldır mevcut?ay/yıl

12) Kronik hastalığınız/hastalıklarınız için aile hekiminize ne sıklıkla gidersiniz?

- a) Ayda bir
- b) 3 ayda bir
- c) 6 ayda bir
- d) Yılda bir
- e) Diğer..... (Lütfen belirtiniz)

13) Hekiminizin kronik hastalığınız/hastalıklarınız için reçete ettiği ilaçlar dışında hekim bilgisi/önerisi olmadan kendi isteğinizle ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Hayır, kullanmıyorum
- b) Evet, kullanıyorum (Sıklıkla hangileri?)
- c) Ağrı kesici
- d) Antibiyotikler
- e) Mide/bağırsak ilaçları
- f) Bitkisel ilaçlar
- g) Diğer.....(Lütfen belirtiniz)

14) Kronik hastalığınızı takip eden hekim/hekimler; ilaçlarınızı nasıl, ne kadar süre ile kullanacağınız ve ilaçların olası yan etkileri hakkında sizi bilgilendiriyorlar mı?

- a) Her zaman anlatıyorlar
- b) Bazen/bazıları anlatmıyorlar
- c) Hiçbir zaman anlatmıyorlar

15) Düzenli olarak kullandığınız kaç tane ilaç var?

2,3 veya 4 tane 2) 5 veya daha fazla

16) Hangi ilaç gruplarını düzenli olarak kullanmaktasınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Ağrı kesici / romatizmal ilaçlar
2. Antihipertansif ilaçlar
3. Antidiyabetik ilaçlar
4. Mide/ bağırsak sistemi ilaçları
5. Lipid düzenleyici ilaçlar
6. Vitamin, mineral içeren ilaçlar
7. Antiastmatik/bronkodilatör ilaçlar
8. Antianemik(kan yapıcı) ilaçlar
9. Demans, parkinson için ilaçlar
10. Psikiyatrik ilaçlar
11. Kan sulandırıcı ilaçlar
12. Antibiyotik grubu ilaçlar
13. Diğer.....(Lütfen belirtiniz)

17) Kronik hastalığınız/hastalıklarınız için reçete edilen ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? (Cevabınız evet ise 19. Soruya geçiniz)

- a) Evet, daima düzenli kullanırım
- b) Bazen aksattığım olur
- c) Sık sık aksatıyorum

18) İlaçlarınızı aksatıyorsanız sebebi nedir?

- a) Unutuyorum
- b) İlaçları nasıl kullanacağımı bilmiyorum, karıştırıyorum
- c) İlaçların ne işe yaradığını ve yan etkilerini bilmediğim için tereddütlüyüm
- d) Doktoruma güvenmiyorum ve verdiği tedaviden fayda görmüyorum
- e) Yan etki ile karşılaştım
- f) İlaçlar bitince temin etmekte güçlük çekiyorum
- g) İlaçların bana zarar vermesinden korkuyorum
- h) Diğer.....
(Lütfen belirtiniz)

19) İlaçlarınızı sağlamada sorun yaşıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz.)

- 1) Evet
- 2) Hayır

20) Evet ise; ilaçlarınızı sağlamada niçin zorluk çekiyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a. Sağlık kuruluşları yeterince ilgilenmiyor.
- b. Ekonomik güçlükler
- c. Beni sağlık kuruluşuna götürecek kimsem yok
- d. Sağlık kuruluşları yaşadığım yere uzak
- e. Kullandığım ilaç/ilaçlar eczanelerde zor bulunuyor, ilaçları temin etmede zorluk yaşıyorum
- f. Diğer.....
(Lütfen belirtiniz)

21) İlaç kullanımında yardım (ilacınızı size hatırlatacak, enjeksiyon uygulayacak, ilaç kutularını açacak vb.) **alacağınız kişiler var mı?** (Cevabınız yok ise 23. soruya geçiniz)

- 1) Var
- 2) Yok

22) İlaç kullanımında kimden yardım (ilacınızı size hatırlatacak, enjeksiyon uygulayacak, ilaç kutularını açacak vb.) alıyorsunuz?

- a) Eşim
- b) Oğlum/Kızım
- c) Gelinim
- d) Bakıcım
- e) Annem/babam
- f) Yardım almıyorum
- g) Diğer.....(Lütfen belirtiniz)

23) Kullandığınız ilaçların yan etkileri hakkında yeterli bilginiz var mı?

- a) Evet, tamamının yan etkilerini biliyorum
- b) Bazılarının yan etkilerini biliyorum
- c) Yan etkiler hakkında çok az bilgim var
- d) Hiçbir bilgim yok

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

1)Evet 2) Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

1) Evet 2) Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

1)Evet 2) Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

1)Evet 2) Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

1)Evet 2) Hayır

UCLA-LS

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

	Ben durumu	bu Ben durumu	bu Ben durumu	bu Ben durumu	bu Ben durumu	bu Ben durumu	bu Ben durumu	bu Ben durumu
	HİÇ	NADİREN	BAZAN	BAZAN	BAZAN	BAZAN	BAZAN	BAZAN
	Yaşamadım	Yaşarım	Yaşarım	Yaşarım	Yaşarım	Yaşarım	Yaşarım	Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1		2		3		4	
2. Arkadaşım yok.	1		2		3		4	
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1		2		3		4	
4. Kendimi tek başıma gibi hissetmiyorum.	1		2		3		4	
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1		2		3		4	
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1		2		3		4	
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1		2		3		4	
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor.	1		2		3		4	
9. Dışa dönük bir insanım.	1		2		3		4	
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1		2		3		4	
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1		2		3		4	
12. Sosyal ilişkilerim.	1		2		3		4	
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1		2		3		4	
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1		2		3		4	
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	1		2		3		4	
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1		2		3		4	
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1		2		3		4	
18. Çevremde insanlar var ama benimle değil.	1		2		3		4	
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1		2		3		4	
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1		2		3		4	

Ek 2. Etik Kurul Onayı



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Binyesindeki Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne Ayakta Başvuran Çoklu İlaç Kullanımı Olan Erişkin Erişkin Hastalardaki İlaç Uyumu ve Yalnızlık Düzeyi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVAN/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile HEkimliği Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	Yok				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tüm gözlemsel çalışmalar	<input type="checkbox"/>			
		Anket çalışmaları	<input checked="" type="checkbox"/>			
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar	<input type="checkbox"/>			
Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahvil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar		<input type="checkbox"/>				
Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma		<input type="checkbox"/>				
Hücre veya doku kültürü çalışmaları		<input type="checkbox"/>				
Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanılamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar		<input type="checkbox"/>				
Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılacak araştırmalar		<input type="checkbox"/>				
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları		<input type="checkbox"/>				
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar		<input type="checkbox"/>				
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar	<input type="checkbox"/>					
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeyen yapılacak olan tüm araştırmalar	<input type="checkbox"/>					
Diğer :	<input type="checkbox"/>					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BİYYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD					

Sayfa 1/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlük Binası Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@yyu.edu.tr



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019/09-10	Tarih: 10/05/2019
	Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen -Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bünyesindeki Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne Ayakta Başvuran Çoklu İlaç Kullanımı Olan Erişkin Erişkin Hastalardaki İlaç Uyumu ve Yalnızlık Düzeyi" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmaları ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir.	
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Yasin TÜLÜCE	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Yasin TÜLÜCE	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Y. Tülüce</i>
Prof. Dr. Hulya ÖZDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>H. Özdemir</i>
Prof. Dr. Sıddık KUSKIN	İstatistik Uzmanı	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>S. Kuskın</i>
Prof. Dr. Scrap GÜNEŞ BİLGİLİ	Dermatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>S. Güneş</i>
Doç. Dr. Muhammed BATUR	Göz Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>M. Batur</i>
Doç. Dr. Hulya GUNBATAR	Göğüs Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ömür ALLAHVERDİYEV	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>O. Allahverdiyev</i>
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KAYA	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Z. Kaya</i>
Dr. Öğr. Üyesi Sermin ALGÜL	Fizyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ozgur GENÇ ŞEN	Endodonti	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>O. Genç Şen</i>
Nazlı AKTAŞ YILMAZ	Avukat	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>N. Aktaş</i>
Lütfü POLAT	Eczacı	Van Polat ECZANESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>L. Polat</i>
Özge Burak DEĞİR	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayiciler ve İş Kadınları Derneği	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>O. Değir</i>
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>A. Selçuk</i>

Sayfa 2/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlük Binası Merkez Kampüsü Van
Tel : 432-2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@vyu.edu.tr

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgilerim

Adı : Mehmet Nedim
Soyadı : Ünsal
Doğum Yeri : Diyarbakır
Doğum Tarihi : 09/02/1990
Mesleği : Tıp Doktoru
Uzmanlığı : Aile Hekimliği
Yabancı Dil : İngilizce
E-mail : nedimunsal35@gmail.com

Öğrenim Bilgilerim

Okul	Şehir	Mezuniyet
1) Yavuz Selim İlköğretim Okulu	İzmir	2004
2) Bornova Anadolu Lisesi	İzmir	2007
3) Özel Ege Lisesi	İzmir	2008
4) Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi	Manisa	2016

Mesleki Tecrübelerim

	Tarih
1) Kars Selim Devlet Hastanesi (Pratisyen Hekim)	2016
2) Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Arş. Gör. Dr.)	2016-