T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

EVDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ KULLANIMI VE KENDİ KENDİNE İLAÇ KULLANIM YETİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba SOLMAZ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN

KONYA–2008

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

EVDE YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ KULLANIMI VE KENDİ KENDİNE İLAÇ KULLANIM YETİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba SOLMAZ

Bu tez aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafından 13/ 02/ 2008 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oybirliği* ile kabul edilmiştir.(S.B.E. Yön.Kur. Karar tarih ve No: .....)

Tez Jürisi : Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN

Üye : Doç. Dr. Kısmet Esra ATALIK

Üye : Yrd. Doç.Dr. Emel EGE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ……...i

SİMGELER VE KISALTMALAR……..iv

TABLOLAR LİSTESİ ……...v

1. GİRİŞ ……...1

2. LİTERATÜR BİLGİ……..5

2.1. Yaşlanma Süreci……5

2.2. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Değişiklikler ve Sorunlar……...6

2.3. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Psiko- Sosyal Değişiklikler Ve Sorunlar……9

2.4. Yaşlanma ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik……10

2.5. Yaşlı Bireylerde Kronik Hastalıklar ve Çoklu İlaç Kullanımı…….....12

2.6. Yaşlılarda Farmakokinetik ve Farmakodinamik Değişiklikler……14

2.6.1. Yaşa Bağlı Farmakokinetik Değişiklikler…….....14

2.6.2. Yaşa Bağlı Farmakodinamik Değişiklikler……15

2.7. Yaşlılarda Görülen İlaç Yan Etkileri……16

2.8. Yaşlı Bakımında Hemşirenin Rolü……17

2.8.1. Yaşlıların İlaç Kullanımlarına Uyumlarını Sağlamaya Yönelik Dikkat Edilecek Noktalar……19

3. MATERYAL VE METOT……....21

3.1. Araştırmanın Tipi 21

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 21

3.3. Araştırma Evreni..... 21

3.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi……...22

3.5. Örnek Seçimi…….22

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları……23

3.6.1. Bilgi Toplama Formu…….23

3.6.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)…….24

3.6.3. Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (SMMT_E)……25

3.6.4. Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA)……...26

3.7. Ön Uygulama……27

3.8. Verilerin Toplanması.....27

3.9. Değişkenler……28

3.9.1.İlaç Kullanım Yetisini Etkileyen Değişkenler…….28

3.9.2. İlaç Kullanım Yetisinin Olumsuz Çıktıları İle İlgili Değişkenler……..28

3.10. Terminoloji Tanımlaması……29

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi…….29

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ……...30

3.13. Araştırmanın Amacı ve hipotezler ……..30

3.14. Araştırmanın Varsayımları……..31

3.15. Araştırmanın Etiği ……..31

3.15.1. Onam Formu…….31

4. BULGULAR……...32

4.1. Yaşlıların Sosyo-demografik ve Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular ……32

4.2. Yaşlıların İlaç Kullanım Özellikleri ve Fiziksel, Sosyal, Zihinsel Yetiyitimi Durumuna İlişkin Bulgular…….....35

4.3. Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi İle İlişkili Değişkenlere İlişkin Bulgular…….43

5. TARTIŞMA VE SONUÇ……...51

5.1. Yaşlıların Sosyodemografik ve Sağlık Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler…….....51

5.2. Yaşlıların İlaç Kullanım Özellikleri ve Fiziksel, Sosyal, Zihinsel Yetiyitimi Durumuna İlişkin Bulguların İncelenmesi…….54

5.3.Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi İle İlişkili Değişkenlere İlişkin Bulguların İncelenmesi……...58

6. ÖZET ……...66

7. SUMMARY ……...67

8. LİTERATÜR LİSTESİ ……...68

9. ÖZGEÇMİŞ ……...78

10. TEŞEKKÜR……..79

11. EKLER ……80

EK 1 Bilgi Toplama Formu……..80

EK 2 Standardize Mini Mental Test (SMMT)……83

EK 3 Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT_E)…….86

EK 4 Kısa Yetiyitimi Anketi (Brief Disability Questionnaire)……90

EK 5 Sivas İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Belgeleri……92

SİMGELER VE KISALTMALAR

DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KYA	Kısa Yetiyitimi Anketi
r	Korelasyon katsayısı
Sd	Serbestlik derecesi
SMMT	Standardize Mini Mental Test
SMMT_E	Eğitimsizler İçin Mini Mental Test

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Türkiye, Sivas ve Araştırma Evreninde Yaşlı Nüfusun Yaş Gruplarının Dağılımı…….. 22

Tablo 4.1.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları……..33

Tablo 4.1.2. Yaşlıların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımları……34

Tablo 4.1.3. Kronik Hastalığı Olan Yaşlıların Hastalık/Durum Türlerinin Dağılımı…….35

Tablo 4.2.1. Yaşlıların Kullandığı İlaç Sayısı ve Türlerinin Dağılımı… ……36

Tablo 4.2.2. Yaşlıların Reçeteli/ Reçetesiz İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı..... 36

Tablo 4.2.3. Yaşlıların Reçete Edilen İlaçları Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı.....37

Tablo 4.2.4. Yaşlıların Reçete Edilen İlaçlarla İlgili Yaşadıkları Yan etkilerin Dağılımı……....37

Tablo 4.2.5. Yaşlıların Reçete Edilen İlaçlarla İlgili Yaşadıkları Yan Etkilere Yönelik Uygulamaların Dağılımı……...38

Tablo 4.2.6. Yaşlıların İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Durumlarının Dağılımı……....38

Tablo 4.2.7. Yaşlıların İlaç Kullanımına İlişkin Beceri Durumlarının Dağılımı…….39

Tablo 4.2.8. Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi Durumlarının Dağılımı……..39

Tablo 4.2.9. Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi Sorun Alanlarının Dağılımı……...40

Tablo 4.2.10. Yaşlıların İlaç Kullanımına İlişkin Destek Kaynaklarının Dağılımı…….41

Tablo 4.2.11. Yaşlıların Fiziksel-Sosyal Yeti Durumuna (KYA) Göre Dağılımı……...42

Tablo 4.2.12. Yaşlıların Bilişsel Bozukluk Durumuna (SMTT_E) Göre Dağılımı……42

Tablo 4.2.13. Yaşlıların Bilişsel Bozukluk Durumuna (SMMT) Göre Dağılımı…….43

Tablo 4.3.1. Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı……44

Tablo 4.3.2 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin sosyoekonomik özelliklere göre dağılımı……45

Tablo 4.3.3 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısına göre dağılımı……...46

Tablo 4.3.4 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin ilaçla ilgili bilgi durumuna göre dağılımı...47

Tablo 4.3.5 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin fiziksel-sosyal yeti yitimi durumu ve bilişsel bozukluk yönünden dağılımı……48

Tablo 4.3.6 Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi İle İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Logistik Regresyon Sonuçları…….49

Tablo 4.3.7 Yaşlıların algılanan sağlık, hastaneye yatma durumu, hekime başvurma sayısı ve kullanılan ilaçla ilgili yan etki yaşama durumunun ilaç kullanım yetisine göre dağılımı…….50

1.GİRİŞ

Yaşlılık, yaşam sürecinin, çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal bir evresidir (Erkal 2005). Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğurganlığın azalması gibi nedenlerle yaşlı nüfus dünya genelinde hem sayısal olarak, hem de toplam nüfus içindeki payı yönünden artmaktadır (Kişioğlu ve ark 2005). Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ 1998) bildirdiğine göre, pek çok gelişmekte olan ülke 21.yy.'ın ilk yarısında yaşlı sayısındaki artışla karşı karşıya kalacaktır. Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı her yıl biraz daha artmaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2000 yılı Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre % 7 olup bu oranın 2015 yılında % 11.4 olması beklenmektedir (DİE 2003). Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle 21. yy.' ın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağı belirtilmektedir (Ergöçmen ve Coşkun 2006).

İnsan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle yaşlı nüfusa ilişkin sorunlar günümüzde daha fazla önem kazanmıştır (Güner ve Güler 2002, Aylaz ve ark 2005). Yaşlılık birden fazla patolojinin ve onlara ait belirti ve bulguların birlikte bulunabildiği bir yaşam dönemidir (Akan ve ark 1999). Yaşlanma ile birlikte görülebilen kronik ve dejeneratif hastalıklar ve kanserler yaşlılarda önemli morbidite ve mortalite nedenleridir (Arslan ve Eşer 2005). Yaşlılardaki en önemli sağlık sorunlarından birisi de birden fazla hastalığın bir arada bulunmasıdır (Bertan ve Güler 1997, Diker 2000, Ellidokuz ve ark 2005). Yaşlılıkla birlikte artan kronik hastalıklar genellikle tam iyileştirilmesi söz konusu olmayan, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklar bırakan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı ve çoğunlukla enfeksiyona bağlı olmayan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Bilir ve ark 2002).

Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki kişilerin % 90 'ında genellikle bir kronik hastalık, % 35 'inde iki, % 23' ünde üç ve % 14 'ünde dört veya daha fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu bildirilmektedir (Toprak ve ark 2002). Yaşlılarda sık rastlanan birden fazla kronik hastalık ve sorun ise çok sayıda ilaç kullanımına yol açmaktadır (Arslan ve ark 2000, Bayık ve ark 2002, Toprak ve ark 2002, Erkin ve ark 2004, Dişcigil ve ark 2006, Özbek ve ark 2006). Yaşlı bireylerin en fazla ilaç tüketen yaş grubu olduğu ve çoğunluğunun aynı anda üç veya daha fazla ilaç kullandığı bildirilmektedir (Karan 2004). Türkiye'de huzurevlerinde yapılan bir çalışmada kadınların % 60'ının, erkeklerin %53 'ünün en az bir ilaç kullandığı saptanmıştır (Işık ve ark 2004). Arslan ve ark (2000)' nın bildirdiğine göre huzurevinde kalan

yaşlılarda ortalama kullanılan ilaç sayısı kadınlar için 2.1, erkekler için 2.2 olarak bulunmuştur. Reçetesiz ilaç kullanma oranı ise kadınlarda % 7, erkeklerde % 6 olarak saptanmıştır.

Esengen ve ark (2000)' nın çalışmasında ülkemizdeki yaşlıların diğer ülkelerdeki yaşlılara benzer şekilde yoğun biçimde ilaç tükettikleri bildirilmiştir. Kadınların % 94.4 'ünün, erkeklerin % 80.4 'ünün günde en az bir tane ilaç aldıkları, beş veya daha fazla ilaç kullananların oranının kadınlarda % 42.6, erkeklerde % 22.8 olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar yaşlı nüfusta çoklu ilaç kullanımının genç nüfusa göre 3-4 kat fazla olduğunu ortaya koymakta ve bu durum istenmeyen ilaç etkileri kadar ilaç etkileşim riskini de artırmaktadır (Arslan ve ark 2000, Kayaalp 2000, Akıcı ve ark 2001, Neafsey ve Shellmann 2001, Cornelius 2004, Fillenbaum ve ark 2004, Laroche ve ark 2006). Çoklu ilaç kullanımına bağlı olarak yaşlı bireylerin % 17' sinde hastalık ve ölüm gibi önemli sonuçlar görülmekte (Karadakovan 1992, Arslan ve Eşer 2005) ve bu durum sağlık kurumlarının gereksiz yere kullanılmasına yol açmakta, sağlık bakım sistemine yük getirmekte (Eski ve Pınar 2005) ve yüksek maliyetlere yol açmaktadır (Fick ve ark 2003).

Yaşlılarda birden fazla hastalık olması ve farklı tedavi yöntemlerinin birlikte kullanılmasının diğer önemli sonucu bilişsel ve fonksiyonel kapasitenin azalması ve buna bağlı olarak ilaç kullanımında uyum sorunları yaşanabilmesidir (Esengen ve ark 2000). İlaç tedavisine uyum; hastanın reçetede yazılan ilaçlarla ilgili olarak hekim tarafından önerilenlere uyma düzeyi; ilaç tedavi uyumsuzluğu ise; ilacın önerilenden az veya daha çok kullanılması, hiç kullanılmaması ya da yanlış kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Karadakovan 1992). İlaç tedavisine uyumun hastanın ilaç hakkındaki bilgisi, hafızası, beklentilerinin tatmin düzeyi, doktor ve hasta arasındaki iletişim, görme kusurları ve el becerilerinde azalmaya bağlı, ilaç etiketini okuyamama veya kapağı açamama gibi bir çok faktörle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Esengen ve ark 2000).

İleri yaşta duyusal fonksiyonlarda azalma nedeniyle ilaçların hatırda tutulamaması, ilaç tedavisinin önemini anlamama, bulantı, kusma vb. yan etkiler nedeniyle ilaç kullanımını reddetme, çok sayıda ilaç kullanımı, ilaçların pahalı olması, değişik doktorların verdiği farklı ilaçları bir arada kullanma gibi nedenlerle yaşlılar yanlış dozlarda veya yanlış zamanlarda ilaç kullanabilmektedir. Yaşlılarda yoğun ilaç kullanımı ve bu ilaçların sistemler üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir (Karadakovan 1992, Eliopoulos 1997, Meredith ve ark 2001, Evcik ve Kızılay 2001, Lau ve ark 2004, Menon ve ark 2005).

Yaşlıların ilaçlara ilişkin bilgilerinin ve uyumlarının azlığı yan etki riskini arttırmaktadır. Yaşlı bireyler genellikle ilaçların yan etkilerine daha duyarlıdır. Yapılan çalışmalar tedavi şemasında kullanılan ilaç sayısının beşten fazla olduğu durumlarda yan etki oranının % 4' ten % 25'e kadar çıkabileceğini göstermiştir. Eğer yaşlı birey on ilaç alıyorsa bu oran %100 'e çıkmaktadır (Güç 1997). Potempa ve Folta (1992)' nın literatür incelemesinde, hastanede yatan yaşlı bireylerin % 59–70' inin ilaç kullanımında sık sık hata yaptıkları ve bu hataların da yetersiz bilgiye bağlı doz hataları ve yanlış zamanlama şeklinde olduğu bildirilmektedir. Uygunsuz ilaç kullanımının yaşlı bireylerde düşme, ortostatik hipotansiyon ve güçsüzlük gibi sağlık sorunlarına neden olduğu bildirilmektedir (Fu ve ark 2004).

Hastaların kendi tedavilerini yürütmeleri, ilaç tedavilerine uyumlarını destekleyici bir davranıştır. Bunun için, hastaların gereksinimlerinin tanımlanarak, kendi kendine ilaç kullanımını geliştirecek programların kontrollü olarak uygulanması ve sistemli çalışmaların yapılması gerekmektedir (Karadakovan 1992, Evcik ve Kızılay 2001). Yaşlılarda kendi kendine ilaç kullanım becerisini geliştirmeye yönelik programlar yaşlı birey ve yakınları ile hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimi gerektirir (Akıcı ve ark 2001). Kullanılacak ilaçların karışmasını ve uygunsuz kullanımı önlemek için ilaç uyum listesine ya da bireyselleştirilmiş düzenlemelerin (etiketleme vb.) yapılmasına gereksinim vardır. Bu uygulamalar yaşlının tedavisine katılımını ve bağımsızlığını arttırmanın yanında, bireyselleştirilmiş hasta bakımını ve hasta eğitimi yönünden sistematik bir yapı oluşturulmasına da katkı sağlayabilir (Arslan ve Eşer 2005). Böylece yaşlı bireylerde hatalı ilaç kullanımına bağlı yaşanabilecek sorunların en aza ineceği düşünülmektedir (Bilir ve ark 2002).

Yaşlı bireylerde görülen kronik durumlar ve tedavisi yaşam boyu birlikte yaşanması ve baş edilmesi gereken durumlardır. Bu nedenle de çeşitli düzeylerde bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik ve koordinasyon gibi girişimler tedaviden daha fazla öne çıkmaktadır (Eliopoulos 1997). Özellikle yaşlılık döneminde yaşanılan bu sağlık sorunlarına karşın sosyal destek sistemlerinin yetersiz olduğu bildirilmektedir (Kurlowicz 1993). Bu, bir bakım disiplini olan hemşireliğin fonksiyonlarının yaşlı hizmetlerinde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Eliopoulos 1997). Bu sorunlara sahip olan yaşlıların doğrudan akut bakımdan ziyade koruyucu ve uzun süreli bakıma gereksinim duymaları nedeni ile kendi evlerinde bulunmaları söz konusu olduğundan birinci basamak hizmetler ve dolayısıyla halk sağlığı

hemşireliği hizmetleri önem kazanmaktadır (Spradley ve Allender 1996, Miller 1999). Halk sağlığı hemşireleri toplum içinde hizmet sunduğundan ve yaşlılarla yakın ilişkide olduğundan yaşlıların sağlığına çok önemli katkılar sağlayabilecek bir pozisyonda bulunmaktadır (Spradley ve Allender 1996).

Hemşireler, hastalar için temel bilgi kaynağı ve rehber kişilerdir. Hastaların gereksinimlerini tanımlama, ilaçlarını doğru uygulama ve doğru uygulamayı etkileyen sorunların anlaşılmasından sorumludur. Olası hatalar; hangi ilaçların ne zaman alınacağını hatırlamada yetersizlikler, kasıtlı veya kasıtsız olarak ilacı kullanmama, hekimlerden kaynaklanan (muayene etmeden reçete yazma, ilaçların kullanımı hakkında yeterince bilgi vermeme vb.) bazı sorunlar, yaşlının ilaç kullanımının sürekli değerlendirilmesini zorunlu kılar (Arslan ve Eşer 2005). Yaşlı bireylerin kullandığı ilaçları bilmek, kullanmayı öğretmek ve evde gereksiz ilaç bulundurulmasını önlemek yaşlı bakımında hemşirenin temel sorumluluklarındandır (Turaman 2001).

Özellikle birinci basamakta; yaşlıların ilaç kullanım özellikleri ve kendi kendine ilaç kullanım yetisini değerlendirmeye yönelik olarak, ev ziyaretleri ile yaşlı bireyi ve yaşadığı çevreyi tanıma olanağı olan hemşirenin yaşlı bireylerde ilaç kullanımına ilişkin yapılan hataları önleme, erken dönemde fark etme ve gerekli önlemleri alma fırsatı vardır. Böylece yaşlı bireylerde yanlış ilaç kullanımına bağlı sorunları önleme ve azaltma sağlanabileceği düşünülmektedir.

2.LİTERATÜR BİLGİ

2.1 Yaşlanma Süreci

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğurganlığın azalması gibi nedenlerle yaşlı nüfus tüm dünyada hem sayısal olarak hem de toplam nüfus içindeki payı yönünden artmaktadır (Kişioğlu ve ark 2005). Dünyada 1960'larda yaşlı nüfusun yaklaşık %50'si gelişmekte olan ülkelerde yer alırken, bu oran 2000 yılında dünya nüfusunun 2/3'üne (yaklaşık 600 milyon yaşlı bireye) ulaşmıştır (DSÖ 2002). Nüfus artışı ve yaşlı nüfusun aynı hızla artması halinde yaşlı nüfus oranının 2010 yılında ise % 5.6' ya çıkması beklenmektedir (DİE 2002).

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir (Bertan ve Güler 1997). Yaşlılıkla ilgili tanımlar çeşitlilik göstermektedir. Simone de Beauvoir (1970) yaşlılığı, "ilerleyen yaşla birlikte bireyin yetiyitiminin getirdiği çaresizlik duygusu ve ölümün belirsizliği ile yüz yüze gelmesidir" şeklinde tanımlamıştır. Bir başka tanıma göre yaşlılık; morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olayı olarak değerlendirilmektedir (Koptagel 1992).

Yaşlılıkla ilgili çeşitli tanımlar yapılmıştır. **Normal yaşlanma,** "hastalık söz konusu olmaksızın zamanın geçişine bağlı olarak anatomik yapıda ve fizyolojik işlevlerde değişikliklerin yaşanması" olarak tanımlamaktadır. Bir diğer tanımda **biyolojik yaşlılıktan** söz edilerek, biyolojik yaşlılığın yumurtanın döllenmesi ile başlayan, tüm yaşam boyu devam eden bir olgu olduğu ifade edilmektedir. **Sosyal yaşlılık**, kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen zaman akışı içinde edinilen sosyal özellik, sosyal konumların ve sosyal yönlerin değişmesi olarak tanımlanmaktadır. **Psikolojik yaşlılık,** bireyin davranışsal yeteneğindeki değişiklikler, **ekonomik yaşlılık ise;** parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile, yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer tanım da **kronolojik yaşlılıktan** söz edilerek; geçen zamana göre, birer yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır (Güler 1997).

Yapılan bilimsel çalışmalarda yaşlanma sürecindeki bireysel farklılıklar; kalıtım, yaşam biçimi, yapılan iş, beslenme alışkanlıkları, geçirilen kronik hastalıklar, kişilik özellikleri, strese dayanma gücü, baş etme ve savunma özellikleri, çevresel ilişkileri, sosyal

yaşam ve aile bağlarının etkisine bağlı olarak tanımlanmıştır. Bireysel farklılıkların yanı sıra yaşlanma sürecini etkileyen önemli bir faktör de sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerdir. Bu gelişmeler sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve yeterli olmasını sağlamıştır (Demir 2002).

Geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri de ölüm hızını azaltmış ve yaşlanma sürecine olumlu katkı yapmıştır. *Yaşlanma* " kişinin iş veriminin azalmasına, dengesinin kaybolmasına, sağlığının bozulmasına yol açan, vücudun yıkım ve harabiyetine neden olan değişiklikler" diye adlandırılan "*birincil yaşlanma*" , ayrıca " hastalıkların, gerek bedensel gerekse ruhsal travmaların etkisi ile oluşan "*ikincil yaşlanma*" olmak üzere iki grupta incelenebilir. Yaşlanmayı, kişinin yalnız dış görünüşündeki değişiklik olarak değil, iç ve dış tüm varlığı ile bir bütün olarak düşünmek gerekmektedir (Demir 2002).

2.2 Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler ve Sorunlar

Yaşlanma ile birlikte duyu organları ve yaşamsal organlarda bazı temel değişiklikler meydana gelmektedir (Bertan ve Güler 1997). Yaşlılık sürecinde, zamanla ortaya çıkan değişiklikler normal koşullarda fonksiyon kaybına neden olmazlar. Bu değişiklikler fizyolojik ve anatomik olarak oluşmakta ve homeostatik kontrolde ve organ rezervlerinde bir azalmaya yol açmaktadır (Bakar ve ark 2002)

Yaşlanma ile birlikte sağlık sorunları özellikle kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (Diker 2000, Akın ve Emiroğlu 2002, Ellidokuz ve ark 2005). Kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler yaşlılardaki önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Bununla birlikte kas iskelet sisteminin dejeneratif hastalıkları da çok sık görülen sağlık sorunları arasındadır (Bertan ve Güler 1997, Akın ve Emiroğlu 2002, Bilir ve ark 2002, Ayrancı ve ark 2005).

Dolaşım Sistemi

Yaşlanma ile birlikte kardiyovasküler sistemde önemli değişiklikler olmaktadır (Erbaşı ve ark 1999). Kalbin etrafındaki yağ tabasının artması, kalp kapak değişiklikleri, koroner arter dolaşımındaki % 35' lik azalma ile vücuda kan akımı azalır. Arterioskleroza ve damar direncinin artmasına bağlı olarak hipertansiyon gelişir (Eşer 1991). Altmış beş yaş ve üzeri yaşlılarda hipertansiyon sık görülmektedir ve komplikasyonları (damar tıkanıklığı, beyin kanaması vb) açısından en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Tonner ve ark 2003, Eski ve Pınar 2005, Wessels ve Bodmer 2007).

Solunum Sistemi

Yaşlı kişilerin akciğer kapasitelerinde önemli ölçüde azalma vardır. Geçmiş alışkanlıklar ve iş yaşamı ya da çevresel birtakım etmenler bu kapasite azalmasına yol açabilen durumlardır. Yaşlanma ile koruyucu silyer sistemin etkinliği düşer. Kronik bronşit, bronkojenik karsinoma, tüberküloz gibi hastalıklar ülkenin özelliğine, yaşlının sosyoekonomik düzeyine ve geçmiş yaşantısındaki etkilenimiyle bağlantılı olarak önem kazanabilir (Esen 1992, Güler ve Çobanoğlu 1994).

Sinir Sistemi

İlerleyen yaşla birlikte sinir sistemi dejenerasyona ve atrofiye uğrar. Sinir iletim hızı % 10- 15 oranında azalır. Koordinasyon bozulur ve tremorlar görülür (Toprak ve ark 2002). Yaşlılarda inme ve merkezi sinir sistemi iskemisine bağlı sorunlar sık görülmektedir (Bertan ve Güler 1997, Güler ve Çobanoğlu 1994, Saffrey 2004). Yaşlılarla ilgili yapılan bir çalışmada, 65 ve üzeri yaş grubunun % 5' inde demans olduğu bildirilmektedir (Nazlıel 1999). Yaşlı nüfus büyüdükçe demans yaygınlığı artmaktadır. Bu artışın gelecek yıllarda toplumsal ve ekonomik yük getireceği düşünülmektedir (Clark ve Cummings 2003). Tam demans özellikleri oluşmamış ancak zihinsel fonksiyonlarda bir miktar bozukluk olan hastalar değerlendirmeye alınınca bu oranın % 10' lara kadar çıktığı görülmektedir. Bu kişilerde unutkanlık, bilişsel fonksiyonlarda yetersizliğin yanı sıra fonksiyonel kapasitede azalma da mevcuttur (Nazlıel 1999).

Üriner Sistem

Yaşlılıkla birlikte böbreklerdeki nefron sayısında % 50, glomerüler filtrasyon hızında da % 46 azalma vardır (Stanley ve Beare 1999). Dolaşım sisteminde meydana gelen değişikliklere bağlı olarak böbreklere gelen kan miktarı azalır ve metabolik atıkların atılması yavaşlar. Yaşlılıkta mesane kapasitesi de % 50 oranında azalmaktadır. Kronik idrar retansiyonu, sık idrara çıkma ve idrar inkontinansı yaşlılarda sık rastlanılan sağlık sorunlarıdır (Toprak ve ark 2002, Güler ve Çobanoğlu 1994).

Üreme Sistemi

Yaşlılık dönemi erişkin yaşamın oldukça büyük bir bölümünü oluşturur. Bu devrede tüm organ ve sistemlerde gerileme görülür. Genital organlardaki atrofiye bağlı, yaşlı kadınlarda en sık görülen jinekolojik sorunlar utero-vaginal prolapsus ve bu sorunlara bağlı görülebilen inkontinanstır (Çoban ve Şirin 2003). Erkeklerde ise penis ve testis boyutlarında küçülme meydana gelir ve buna bağlı sağlık sorunları görülür (Eşer 1991).

Sindirim Sistemi

Yaşlılıkta sindirim kanalının peristaltizmi yavaşlar, sekresyonlar azalır ve sindirim fonksiyonu yavaşlar (Çobanoğlu ve Güler 1994, Bertan ve Güler 1997, Newton 2004). Gıdaların emilimindeki değişiklikler, malnutrisyon ve anemi görülme riskini artırır. Hazımsızlık ve midede yanma hissi en fazla görülen sorunlardır (Newton 2004). Peristaltizmin yavaşlaması, ince ve kalın barsak duvarında atrofiye neden olmakta ve yaşlılıkta boşaltımla ilgili sorunlar artmaktadır (Eşer 1991). Sindirim sistemi ile ilgili en önemli sorunlardan birisi ise ağız sağlığı ile ilgili olanlardır. Dişlerin kaybı çiğneme etkinliğini azaltmakta ve beslenme sorunları oluşmaktadır (Çobanoğlu ve Güler 1994).

Kas- İskelet Sistemi

Yaşlanmayla birlikte kas gücü azalır. Kas gücündeki azalmanın nedenlerinden birisi kas lifi sayısındaki azalmadır. Kemiklerde kalsiyum eksikliği vardır. Bunların sonucunda ise, osteoporoz, kifoz ve eklem ağrıları yaşlılarda sık görülür (Koldaş ve Kutlay 2002, Erkin ve ark 2004, Rizzoli ve ark 2007). Yaşlılarda kalça eklemlerindeki fonksiyon kayıpları ve düşme riskleri fazladır ve genellikle düşmeler bu yaş grubunda fazla görülmektedir (Yeşilbalkan ve Karadakovan 2005).

Endokrin Sistem

Yaşlılarda endokrin sistem salgılarında azalma vardır. Pankreastan insülün salgılanması ve yıkımı azalır, hedef hücre reseptörlerinde ve duyarlılığında azalma görülür (Kutsal ve Bal 2005). Yaşlıların % 20' sini etkileyen, Diyabetes Mellitus yaşlılarda mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden birisidir (Arslan ve ark 2000, Toprak ve ark 2002). Yaşla birlikte prolaktin düzeyi düşer. Tiroid hormonunun sentezi ve yıkımı azalır, ancak T3, T4 değerlerinde bir değişme gözlenmez. İlerleyen yaşla birlikte hipotirodi insidansı

artmaktadır, ancak hipotiroidinin klinik bulguları yaşlanmada görülen fizyolojik değişikliklere benzediğinden tanıda zorluk oluşturabilir. Adrenal bezlerden salgılanan aldesteron ve renin düzeyleri önemli ölçüde azalır, bu durum hipertansiyon kontrolünü zorlaştırabilir (Kutsal ve Bal 2005).

Duyu Fonksiyonları

Beş duyu insan vücudunun korunması açsından önemli bir özelliktir. Bütün duyuların algılama etkinliğinde yaşlılığa bağlı olarak azalma olmaktadır. İşitme ve görme yeteneğindeki azalmaların önemli işlevsel sonuçlarının yanı sıra kazaları artırıcı etkisi de vardır. Yaşlıların sosyal ilişkileri açısından da beş duyu yeteneğindeki azalma önem taşımaktadır (Güler ve Çobanoğlu 1994).

2.3 Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Psiko-Sosyal Değişiklikler ve Sorunlar

Yaşlı birey, sevilen birinin kaybı veya akrabaların ölümü, işe yaramadığını hissetme, emeklilikle birlikte iş yaşamındaki çevrenin ve arkadaşların kaybı gibi nedenlerle kendini yalnız hissetme vb. duygusal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde, sanayileşme ve kentleşme nedeni ile köyden kente göç, kentleşme ile birlikte azalan ilişkiler, kadının eğitim düzeyinin yükselmesi ile çalışma hayatına girmesi, gençlerin öğrenim ve evlenme nedeniyle evden ayrılmaları, geniş ailenin yerini çekirdek ailenin alması gibi değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimlere bağlı ailelerin yaşlılara sağladığı desteğin azalması ve yaşlı bireylerin evde bakım sorunları gündeme gelmektedir (Akdemir 2000, Dönümcü 2006).

Aile yapısının değişmesiyle yaşlı bireylerin aile içinde etkin olduğu rollerini kaybetmesi, kişiler arası ilişkilerin kısıtlanması, emeklilik süreci, üretkenliğin ortadan kalkması, gelirin azalması gibi değişiklikler maddi ve sosyal sorunlar yaratmakta, yaşla birlikte gelen fiziksel ve mental değişiklikler de sosyal sorunları artırmaktadır. Bireylerin fiziksel olarak yetersiz hale gelmesi bireysel bakımını sürdürmeyi olumsuz etkilemekte ve duyu sistemlerindeki değişiklikler de sosyal yönden kısıtlılıklara yol açmaktadır. Bunun sonucunda bireylerin sosyal etkileşimleri zayıflamaktadır (Akdemir 2000, Dönümcü 2006).

Bu sosyal değişimler yaşlının aile içinde bakımı ve korunmasını güçleştirerek giderek artan bir şekilde kurumsal bakımı gündeme getirmiştir. Ülkemizde sağlıklı konut yetersizliği, yoksulluk, gelir yetersizliği, yetersiz ve dengesiz beslenme, ihmal ve istismar yaşlı bireylerin yaşadıkları diğer önemli sosyal sorunlardır (Uysal 2002, Konak ve Çiğdem 2005). Yaşlı

bireylerin hareket yetilerinin azalması ile daha önce yapabildiği işleri zorlanarak yapmaları ve azalmış maddi olanakları onları başkalarına bağımlı hale getirir. Yaşlanma ile ortaya çıkan fiziksel ve sosyal değişiklikler yaşlıların ruhsal durumu üzerinde de olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Çivi ve Tanrıkulu 2000). Yaşlı kişilerde unutkanlık, yaşlılığı kabul etmeme ve aksi davranışlar sık karşılaşılan davranış değişiklikleri olarak görülmektedir (Gülseren ve ark 2000).

2.4 Yaşlanma ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik

Yaşamın normal olarak sürdürülmesi için gerekli olan aktivitelerin oluşturulmasında güçlük veya eksiklik olarak tanımlanabilen yetiyitimi, ileri yaşlarda hızla artmaktadır. Yetiyitimi en iyi şekilde, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yalnız veya yardımla sürdürmedeki yeterlilik düzeyine göre değerlendirilmektedir. Tuvalet, banyo, ev işlerini yapabilme gibi aktivitelerdeki yeterlilik yaş, cinsiyet, hastalık varlığı, sosyal durum, mental sağlık gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak değişmektedir (Uçku ve ark 1993).

Biyolojik yaşlanmanın etkisi, kronik hastalıklar ve psikososyal sorunlar nedeniyle yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen ve çoğu zaman ciddi sonuçlar oluşturan yetiyitimi temel olarak üç ana başlıkta toplanabilir:

Fiziksel yetiyitimi: Kas güçsüzlüğü, eklem sorunları, motor kontrol yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan, hareket ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamaya neden olan yetersizliklerdir (DPT 2007). Kronik patolojik durumdaki insanların % 17' si gerekli aktiviteleri yapamamakta, % 22' si bu aktiviteleri yapmakta güçlük çekmektedir. Hareket kaybının temel nedenleri; ağrı, eklem- hareket kısıtlılığı, deformiteler, kas zayıflığı, hareket sistemi hastalıkları, duyusal yetersizlik ve egzersiz kapasitesinin azalması olarak sıralanabilir (Kerem ve ark 2001).

Zihinsel Yetiyitimi: Yaşlılığı zor bir dönem haline getiren en önemli etmenlerden birisi mental kayıplardır. Algılamada yaşlanmayla birlikte azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama gibi durumlar görülür ve yaşlının yaşamını zorlaştırır. Yaşlılıkta en sık görülen sorunlardan birisi demanstır. Demans, yaşlıların topluma uyumlarını bazen de bakımlarını güçleştiren, özellikle zihinsel yetersizliklerle karakterize bir sorundur (Kerem ve ark 2001). Beyindeki bir takım değişimler ile oluşan bellek sorunlarının yanı sıra, daha önce bilinen şeyleri yapamama, çevresindeki eşya ve varlıkları tanıyamama, hesaplama, plan

yapma, sorun çözme, davranışları yeri geldiğinde sonlandırabilme, uygun yargıda bulunma gibi becerilerde kayıplar ile kendini gösteren ilerleyici bir rahatsızlıktır (Clark ve Cummings 2003, Bahar ve ark 2005).

Demansın temel belirtisi bellekte ve bilişsel işlevlerde yetiyitimidir. Buna iş yerinde, sosyal ortamlarda, evde, ilişkilerde ya da işlevsellikte genel bir bozulma eşlik eder. Entelektüel sorun çözmede ya da zihinden hesaplama yetisinde bir yavaşlama ortaya çıkar. Demansta ortaya çıkan bellek sorunları ise sıradan bir unutkanlığın çok ötesindedir ve normal bir yaşamı sürdürmekte ciddi sorunlara neden olur. Bilişsel işlevlerin ve bellek sorunlarının yanı sıra aşırı kuşkuculuk, sinirlilik ve depresyon gibi belirtiler de tabloya eşlik etmektedir (Nazlıel 1999, Bahar ve ark 2005).

Yaşlanmaya bağlı olarak görülen değişikliklerin yanı sıra, demansın da etkisiyle yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeleri güçleşmektedir. Yaşlı birey bu etkinlikleri yerine getirirken kısmen ya da bütünüyle çevresindeki bireylere bağımlı duruma gelir, kullanılan ilaçlarla ilgili uyum sorunları yaşar ve hatalı ilaç kullanım oranları artar (Esengen ve ark 2000, Çuhadar ve ark 2006). Demansın erken dönemde belirlenip tedavisine başlanmasıyla bilişsel işlevlerdeki bozulmalar gerileyebileceği gibi, eşlik eden depresyon, anksiyete ve davranış bozukluklarının da tedavi edilebileceği düşünülmektedir (Çuhadar ve ark 2006).

Sosyal Yetiyitimi: Yaşlılığın getirdiği hareket kısıtlılığı ve yetersizlikler birleştiğinde önemli sağlık sorunlarını ortaya çıkarabilmektedir. Başkalarıyla ilişki kurmadaki sıkıntılar, yaşlıyı olumsuz yönde etkilemektedir. Bedensel yetersizlikler yaşlıları evde ya da yakın çevrede kalmaya zorlamaktadır. Arkadaş, akraba ve komşu ziyaretleri azalmaktadır. Yaşlı sosyal çevreyle ilişkilerinde etkinliğini yitirmekte ve yaşamdan çekilme pozisyonuna girmektedir. Yaşlı kişi yalnızlık sonucu dış çevreye ilgisizlik, duygu donukluğu, hareket azlığı, kaçırılmış fırsatları, geride kalmış zevkleri anlatıp durma gibi davranışlara yönelir. Özellikle yalnız yaşayan yaşlıların bedensel olarak değişik hastalıklara yatkın olmaları ya da o hastalıklarla yaşıyor olmaları, sosyal ve psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir (Konak ve Çiğdem 2005).

Yaşam Buyu Fonksiyonel Kapasitenin En Üst Düzeyde Sürdürülmesi ve Yeti Yetersizliği Olan Yaşlıların Tam Katılımının Sağlanması İçin Devlet Planlama Teşkilatı' nın Önerdiği Eylemler Aşağıda Belirtilmiştir (DPT 2007):

- Yeti yetersizliği, yaşlılarda özür ve engellilik konuları ile ilgili olan ulusal politika ve program koordinasyonu kuruluşlarının gündemlerine yaşlılar ve yeti yetersizliği ile ilgili konuların getirilmesi,
- Sosyal, çevresel ve sağlıkla ilgili faktörler dikkate alınarak yeti yetersizlikleri, özür ve engellilikten korunma ve tedavi yöntemlerini içeren cinsiyet ve yaş konularında duyarlı, ulusal ve yerel politikalar, yasalar, planlar ve programlar geliştirilmesi,
- Yeti yetersizliği, özür ve engelli olan yaşlılar için fiziksel ve ruhsal rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması,
- Yeti yetersizlikleri, özür ve engelliliğin nedenleri, yaşam boyu korunma, tedavi yöntemleri ve rehabilitasyonu konularında eğitim verilmesi için topluma dayalı bilgilendirme politikalarının geliştirilmesi,
- Yeti yetersizliklerinin meydana gelmesini ve kötüleşmesini önleyen standartlar ve çevreler geliştirilmesi,
- Yaşlıların bağımsızlığını artırmak için tüm yaşam alanlarında standartların geliştirilmesi ve takip edilmesi, yaşlıların tüm toplum hizmetlerinden diğer bireyler kadar yararlanmalarının sağlanması,
- Hizmet, destek ve topluma tam katılım gereksinimlerinin karşılanması için yeti yetersizliği, özür ve engeli olan yaşlılara rehabilitasyon, uygun bakım hizmetleri ve yardımcı teknolojilerin sağlanması için politikalar geliştirilmesi, toplumun ilaçlara ve tıbbi ve rehabilitasyon teknolojilerine ayrımcılık yapılmadan ulaşılabilirliğinin sağlanması
- Bakım rolü olan yaşlıların ekonomik, sosyal ve ruhsal yönlerden desteklenmesi ve fiziksel sağlığın geliştirilmesi sağlanmalıdır.

2.5 Yaşlı Bireylerde Kronik Hastalıklar ve Çoklu İlaç Kullanımı

Yaşlılıkla birlikte artan kronik hastalıklar genellikle tam iyileştirilmesi söz konusu olmayan, sürekli ve yavaş ilerleyen, çoğu kez yeti kayıplarına yol açan, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı ve çoğunlukla enfeksiyona bağlı olmayan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Turhanoğlu ve ark 2000, Toprak ve ark 2002).

Yaşlılarda oluşan fizyolojik değişiklikler hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı gibi varolan hastalıkların belirtilerini daha belirgin hale getirebilmekte ve ilaç kullanımını artırmaktadır (Oktay ve Akıcı 2001). Kardiyovasküler, gastrointestinal, üriner ve endokrin sistemler yaşla birlikte değişir. İşitme, görme, tat alma ve koklama duyularında önemli derecede gerileme olur. Yaşlılarda sık görülen hastalıklar böbrek bozuklukları, kemik hastalıkları, diyabet, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon olarak belirtilmektedir (Kerem ve ark 2001, Özdemir ve ark 2005).

Akın ve Emiroğlu (2002)' nun çalışmasında yaşlılarda en yaygın olan ilk üç durum osteoartrit ve romatoid artrit (% 58.4), hipertansiyon (% 51.2) ve görme sorunu (% 51.2) şeklinde sıralanmıştır. Bayık ve ark (2002)' nın çalışmasında yaşlılarda görme, eklem ağrısı, hipertansiyon, şeker hastalığı, akciğer-solunum sorunları ilk beş sağlık yakınması olarak belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, yaşlıların % 78.3' ünün en az bir kronik hastalığı olduğu, % 43.0' ünü hipertansiyon, % 42.4' ünü romatizmal hastalıklar ve % 20.7' sini ise solunum sistemi hastalıklarının oluşturduğu bulunmuştur (Özkan ve ark 2006). Yapılan başka bir çalışmada kronik hastalık prevalansı, tüm katılanlar için % 66.5, erkeklerde % 60.7, kadınlarda % 71.7 bulunmuştur. Erkeklerde kardiyovasküler, serebrovasküler sistem hastalıkları, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, kadınlarda ise kas iskelet sistemi hastalıkları ve hipertansiyon prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır (Kesioğlu ve ark 2003).

Kronik hastalık sayısının artması nedeniyle yaşlı bireylerde, farklı tanı ve tedavi şekilleri söz konusudur, kronik hastalıkların belirtilerini kontrol etme ve prognozunu iyileştirmeye yönelik ilaç kullanımı büyük önem kazanmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlılardaki ilaç tüketimi önemli boyutlardadır (Tokem ve Karadakovan 2005). Konu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar yaşlı nüfusta çoklu ilaç kullanımının genç nüfusa göre 3-4 kat fazla olduğunu ortaya koymakta ve bu durum istenmeyen ilaç etkileri kadar ilaç etkileşim riskini de artırmaktadır (Arslan ve ark 2000, Kayaalp 2000, Diker 2000, Akıcı ve ark 2001, Neafsey ve Shellmann 2001, Fillenbaum ve ark 2004, Cornelius 2004, Fulton ve Allen 2005, Brekke ve ark 2006, Laroche ve ark 2006).

Birden fazla ilacın aynı zamanda kullanılması olarak tanımlanan çoklu ilaç kullanımı (Mann ve ark 1988, Stanley ve Beare 1999, Arslan ve ark 2000, Esengen ve ark 2000, Diker 2000, Akıcı ve ark 2001, Blalock ve ark 2005, Brekke ve ark 2006, Steinman ve ark 2006) ile ilaç yan etkileri arasında doğrudan bir ilişki vardır (Arslan ve ark 2000). Ayrıca

yaşlılarda ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiği ile ilgili değişiklikler yaşlı hastalarda ilaç kullanırken daha dikkatli olmayı zorunlu hale getirmektedir (Akan 1999, Akıcı ve ark 2001).

2.6. Yaşlılarda Farmakokinetik ve Farmakodinamik Değişiklikler

İnsan ömründeki uzamaya paralel olarak yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı giderek önem kazanmaktadır (Oktay ve Akıcı 2001). Bu nedenle yaşlılarda oluşabilecek farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikleri bilmek önemlidir. Yaşlı olarak tanımlanan hasta grubunun yaşı önemli bir faktördür. İlaç kinetiğinin ve duyarlılığının değişmesinde asıl önemli faktör yaşlının kronolojik değil biyolojik yaşıdır (Erenmemişoğlu 2006, Gelal 2006). Bu iki tür yaş çoğu kişi de birbirine uymayabilir. Bu nedenle genelde vücut fonksiyonları yaşa bağlı olarak azalmış olmakla beraber aynı yaştaki kişilerde azalma aynı derecede değildir. Bu nedenle yaşlı bireyler mutlaka bireysel olarak değerlendirilmelidir (Arslan ve ark 2000).

2.6.1 Yaşa Bağlı Farmakokinetik Değişiklikler

Farmakokinetik; ilaçların absorbsiyonu, dağılımı, biyotransformasyonu ve atılımını zaman boyutu içinde inceleyen farmakoloji dalıdır. İlaçların farmakokinetiği yaşla birlikte değişmektedir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları, atılımları reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak ilaca verilen yanıt yaşlılarda farklılıklar göstermektedir. (Potempa ve Folta 1992, Lueckenotte 2000, Kayaalp 2000, Akıcı ve ark 2001, Erenmemişoğlu 2006).

Emilim; ilaçların uygulama bölgelerinden kan dolaşımına geçişidir. Yaşla birlikte vücutta emilim düzeyinde önemli değişiklikler görülür. Tükrük salgısı azalır ve bu durum ilaçların çözünmelerini etkileyebilir (Kayalp 2000). Midenin asit salgısı azalır (Akıcı ve ark 2001), gastrointestinal motilite azalır ve mide boşalma süresi uzar (Kayaalp 2000, Oktay ve Akıcı 2001). İnce barsaktaki villusların atrofiye olması ile ilaçların emilim düzeyi azalır (Kayaalp 2000). Emilimin hızı ve derecesi uygulama yoluna bağlıdır. İntravenöz verilen ilaçlar için emilim tamdır. İlaçların diğer yollarla uygulanmaları kısmen emilmelerine neden olabilir. Örneğin oral yolla kullanıldığında ilaçların gastrointestinal sistemde çözünmeleri ve barsak mukozasından geçmeleri gerekir, bazı hastalıklar ve gıdalar bu süreci etkileyebilir ve bu durum yaşlılarda tedavinin istendik düzeyde olmasını etkiler (Akan ve ark 1999, Erenmemişoğlu 2006).

Dağılım; emilimden sonra ilaçların pek çoğu, plazmada proteinlere özellikle albumine bağlanırlar. İlaçların etkisini dağılım düzeyinde belirleyen en önemli parametre plazma albumin düzeyidir. Total düzeyi sağlıklı yaşlılarda normal sınırlardadır, ancak yaşlılıkta miktarında azalma gözlenebilmektedir. Dolayısıyla albumine yüksek oranda bağlanan ilaçlarla yapılacak bir tedavide tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılarda da plazma kan düzeyi ile plazma proteinleri yakından izlenmeli ve doz bireyselleştirilmelidir. Yaşlılarda kas kitlesinin azalması, yağ dokusunun oransal olarak artışı ve olası dolaşım bozuklukları ilaçların vücutta dağılımını etkileyebilir ve sonuçta ilaçların dağılım hacimleri değişebilir ve yağda eriyen ilaçların etki süreleri uzar (Akan ve ark 1999, Erenmemişoğlu 2006). Bunun dışında olası dolaşım bozukluklarına bağlı olarak dokularda kan akım hızı yavaşladığı için ilaçların çeşitli organ ve/ veya dokulara geçişinde farklılıklar beklenebilir ve bu durum da tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Akıcı ve ark 2001).

İlaç Metabolizması ve İlacın Atılımı; ilaç farmakokinetiği ile ilgili olarak yaşlılarda ilaca bağlı cevabı en fazla değiştirenler eliminasyon hızı ile ilgili olanlardır (Akıcı ve ark 2001). İlaç eliminasyonunun ilk noktası böbreklerdir. Bazı ilaçlar akciğerde, karaciğerde ve deride elimine olurlar. Böbrek fonksiyonu, özellikle de glomerular filtrasyon oranı ve renal kan akışı ilerleyen yıllarla beraber azalma gösterir. Böbrek kan akımı % 30-40 oranında azalabilir, bu durum ilaç atılımının önemli ölçüde azalabileceği anlamına gelmektedir (Erenmemişoğlu 2006).

Bir çok ilacın böbrekler yoluyla vücuttan atılmasından dolayı, yaşlılarda toksik etkiler daha büyük tehlike oluşturur (Potempa ve Folta 1992). Yaşlılarda ilaç kullanırken bütün farmakokinetik faktörler birlikte değerlendirilmelidir. Aksi halde ilacın zararlı etkisi ya da etkisizliği sorunu yaşanabilir. (Oktay ve Akıcı 2001).

2.6.2 Yaşa Bağlı Farmakodinamik Değişiklikler

Farmakodinamik; ilaçların fizyolojik, biyokimyasal ve patolojik olaylar üzerindeki etkilerini inceleyen farmakoloji dalıdır (Kayaalp 2000, Akıcı ve ark 2001). Yaşlanmaya bağlı olarak ilaçların farmakodinamik özelliklerinde de değişiklikler meydana gelmektedir. Ancak bu değişikliklerin ortaya çıkarılması için çalışmaların yapılması zordur. Bu yüzden yaşlılarda farmakokinetik değişiklikler ile ilgili bilgiler çok fazla iken farmakodinamik değişikliklere ait bilgiler nispeten sınırlıdır. Bu değişiklikler reseptör düzeyinde, santral sinir sistemi düzeyinde, sinyal ileti düzeyinde ve homeostatik mekanizmalar düzeyinde olmaktadır. Yaşlılarda

ilaçların farmakokinetik özelliklerindeki değişiklikler kolaylıkla ortaya çıkarılmaktadır. Ancak farmakodinamik değişikliklerin saptanabilmesi zordur ve bu yüzden hala sınırlı sayıda ilacın farmakodinamik özelliklerine ilişkin bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Farmakodinamik değişiklikler de dikkate alındığında yaşlı hastalarda uygun ilacı ve uygun dozu bulmak çoğunlukla zordur (Gelal 2006).

2.7 Yaşlılarda Görülen İlaç Yan Etkileri

Yaşlılar genel olarak ilaçların yan etkilerine karşı daha duyarlıdırlar. Yapılan çalışmalar tedavi şemasında kullanılan ilaç sayısının beşten fazla olduğu durumlarda yan etki insidansının % 4' ten % 25' e kadar çıkabileceğini göstermiştir. Eğer hasta on ilaç alıyorsa bu oran % 100' e çıkmaktadır (Güler 1997). Özellikle santral sinir sisteminde depresyon yapan ilaçların kullanıldığı kişilerde bu durum daha da önem kazanmaktadır. Yaşlılarda sık olarak yan etki oluşturduğu bilinen ilaçlar arasında analjezikler, antibiyotikler, antikoagülanlar, antihipertansifler, bronkodilatatörler, diüretikler ve oral hipoglisemik ajanlar sayılabilir (Güç 1997, Akıcı ve ark 2001).

Yaşlı kişilerde çoklu ilaç kullanımı ile ilaç etkileşimi arasında pozitif ilişki olduğu ve etkileşimlerin en sık antihipertansif ilaç kullananlarda ortaya çıktığı bulunmuştur (Akıcı ve ark 2001). Başka bir çalışmada ise yaşlı bireylerin % 5.5' inde ilaç kullanımı sırasında yan etki geliştiği ve en sık karşılaşılan yan etkinin mide rahatsızlıkları olduğu bildirilmiştir. Yorgunluk, sersemlik, baş dönmesi, uyku bozukluğu, kaşıntı, ishal, kabızlık, ağız kuruluğu, bacaklarda şişlik bildirilen diğer yan etkilerdir (Arslan ve ark 2000).

Yaşlanma ile birlikte organ ve sistemlerde ortaya çıkan değişiklikler sonucunda, vücudun çeşitli streslere ve değişen koşullara uyumu azalmıştır. Dolayısıyla yaşlılarda sadece hastalıkların klinik boyutu ve tanısı değil, tedavi yaklaşımları da özellik gerektirmektedir. Yaşlılarda hastalıkların tanı ve değerlendirilmesinin ardından, bu duruma özgü tedavi yöntemini belirlemek gerekir. Çeşitli seçeneklerin içinden etkinliği ve güvenilirliği en yüksek, etkinliği bilimsel araştırmalarla kanıtlanmış en uygun ilaç seçilmeli ve yaşlı kişiye özgü bir tedavi planı hazırlanmalıdır. Reçete edilen ilaçlar dışında reçetesiz kullanılan ilaçlar da mutlaka değerlendirilmeli ve yan etkiler oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Güç 1997, Kutsal 2006).

2.8 Yaşlı Bakımında Hemşirenin Rolü

Yaşlılık dönemi, bireyin üretimden çekildiği, rol ve statü kayıpları yaşadığı, başkalarına bağımlılık ve bunun yanında kaza riskinin arttığı, fiziksel gücün azaldığı ve yeti yitimlerinin arttığı, bedenin dış çevreye uyumunun ve stresörlere direncinin zayıfladığı, immün yetmezlik nedeniyle hastalıklara yatkın olunan, pek çok dejeneratif ve kronik hastalıkların yaşandığı, ilaç tüketiminin arttığı bir dönemdir. Bu dönem, hem sağlık sistemini hem de sosyal ve ekonomik sistemleri ilgilendiren çok sektörlü, çok disiplinli bir hizmet anlayışını beraberinde getirmektedir (Terakye ve Güner 1997).

Yaşlılık bilimi (Gerontoloji), yaşlı bireylerin fizyolojik, psikososyal yönü ve hastalıklarının tanısı, tedavisi ve bakımı ile ilgilenen bilim dalıdır (Konak ve Çiğdem 2005).

Gerontoloji Hemşireliği ise, bireyin sağlığı, işlevselliği ve sağlıklı yaşlanma üzerinde duran; yaşlı bireyin sağlığının korunması, sürdürülmesi, yaşlılıkla ortaya çıkan hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu ile ilgilenen ve bu alanda uzmanlaşmış hemşirelerce yürütülen hemşirelik bakım hizmetleridir. Yaşlı bireyin hemşirelik bakım hizmetleri; hemşirenin bakım verici, danışmanlık, liderlik, araştırmacı rollerini yoğun olarak kullanabildiği üç hizmet alanını kapsar;

1. *Sağlıklı yaşlanmayı sağlayıcı hizmetler;* Temel sağlık hizmetleri içerisinde birey, aile ve toplumun yaşamın üçüncü dönemi olan yaşlılığa biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden hazırlanması, sağlığın ve işlevselliğin korunması, hastalıkların önlenmesine yönelik, dengeli beslenme ve düzenli sağlık kontrolleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Buckwalter ve Weiler 1995, Aştı 2002, Demir 2002).
2. *Tanı, tedavi, bakıma yönelik hastane hizmetleri;* Yaşlılığın, biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarının tanısı, tedavisi ve bakımına yönelik verilen hemşirelik hizmetleridir (Aştı 2002).
3. *Rehabilitasyona Yönelik Hizmetler;* Yaşlılık ve hastalıkla azalan işlevselliği ve uyumu artırıcı, yaşam kalitesini iyileştirici, toplum içinde ve aile ile yaşamı destekleyici hizmetleri içerir (Aştı 2002, Demir 2002).

Toplumun bir parçası olan yaşlı bireyin yaşamının bu döneminde yaşam kalitesinin korunması ve aktif bir yaşam sürmesi sağlanmalıdır. Yaşa bağlı olarak gelişen pek çok sağlık sorununun rehabilitasyon gerektirmesi ve tıbbi bakımdaki gelişmeler sonucu kronik hastalıkların tanı ve tedavisinde gelişme kaydedilmesi, dolayısıyla bireylerin yaşlılık döneminin uzaması, yaşlı bireylere sunulacak sağlık hizmetlerinin planlanması için doğru ve güncel verilere olan gereksinimi artırmaktadır. Yaşlıların ilaç kullanımına uyumu da bunlardan birisidir (Esengen ve ark 2001).

Yaşlılarda çok sayıda hastalık bulunabilmesi, değişik tedavilerin birlikte kullanılması, zihinsel ve fonksiyonel kapasitenin azalması kullanılan ilaçla ilgili uyum sorunları ortaya çıkarmaktadır. İlaç uyumu; kişinin davranışlarının tıbbi önerilerle örtüşme derecesidir (Arslan ve Eşer 2005). Yaşlı bireylerde farklı doktorlar tarafından reçete edilen değişik ilaçlar bulunması, reçetesiz alınabilen ilaçların kontrolsüz kullanımı ile birlikte kullanılan ilaç sayısı ve ilaçlar arasındaki etkileşim olasılığı artmaktadır (Arslan ve ark 2000).

Yaşlıların çoğunluğu verilen ilacı önerilen şekilde kullanmamaktadır. Hasta hekim ilişkisindeki kopukluklar, zihinsel bozukluklar, ilaç fiyatlarının yüksek olması, karmaşık ilaç alma programı ve hastanın tedaviye inanmaması nedeniyle bilinçli olarak ilaç kullanmama gibi durumların tedaviye uyumsuzluğun nedeni olabildiği kaynaklarda belirtilmektedir (Terakye ve Güner 1997, Arslan ve ark 2000, Akıcı ve ark 2001,Uncu 2003).

İlaç tedavisine uyum birçok faktörle ilişkilidir. Bu faktörler hastanın ilaç hakkındaki bilgisi, hafızası, beklentileri ve tatmin düzeyi ya da doktor ve hasta arasındaki iletişim olabilir. Yaşlının görme kusurları ve el becerilerindeki azalma ilaç etiketini okuyamama veya kapağı açamama gibi sorunlara neden olabilir. Yaşlılarda görülen zihinsel durum değişiklikleri de ilaç kullanımında unutkanlıklara yol açabilir. Yaşlıların ilaçlara ilişkin bilgilerinin ve uyumlarının azlığı yan etki riskini arttırmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda ilaç tedavisi sanıldığından daha karmaşıktır (Diker 2000, Esengen ve ark 2000, Evcik ve Kızılay 2001, Toprak ve ark 2002).

Yaşlı bireylerin hemşirelik yönetiminde ilaç kullanımı, üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur. Hemşirenin yaşlı bakımı ile ilgili bilgi, beceri ve deneyimleri yaşlı bireyin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Hemşire yaşlılara bakım verirken; fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik yönleri ile bir bütün olarak yaklaşmalıdır ve ilaç kullanım hatalarını en aza indirmeye çalışmalıdır (Buckwalter ve Weiller 1995, Terakye ve Güner 1997, Aştı 2002, Demir 2002).

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) öncülüğünde yaygınlaştırılmaya çalışılan rasyonel ilaç tedavisi süreci; hastaya doğru tanının konması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, daha sonra da uygun bir reçete ile hastaya açık bilgiler vererek tedaviye başlanması, tedavi sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşımı önermektedir (Akıcı ve ark 2001, Hansten ve Horn 2006).

Yaşlanma ile vücutta oluşan değişikliklerin büyük çoğunluğu, farmakokinetik ve farmakodinamik süreçleri ciddi olarak etkileyerek ilaçların istenen ve istenmeyen etkilerini değiştirebilmektedir. Bu nedenle hekimin yaşlıya reçete yazarken çok yönlü değerlendirme yapması gerekmektedir (Arslan ve ark 2000, Akıcı ve ark 2001). Hekimlerin yaşlı gruba ilaç yazarken daha okunaklı reçete yazmaları, çoklu ilaç kullanımından mümkün olduğunca kaçınmaları ve özellikle de ilaç dışı tedavi seçeneklerini değerlendirmeleri gerekmektedir (Akıcı ve ark 2001).

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge' ye göre; bölgede yaşayan yaşlılar sağlık ocağı personeli tarafından bilinmeli, bunlar arasında kronik hastalığı olanların sağlık kuruluşlarında ya da evlerinde izlenmeleri sağlanmalı ve yaşlıların yılda iki kez sağlık ocakları ya da ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından kontrolleri yapılmalıdır. Aynı yönergede, yaşlı sağlığı hizmetlerini yürütmek, sağlık ocağında çalışan hemşire/ sağlık memuru ve ebenin görevleri arasında açıkça tanımlanırken, hekimin görevleri arasında dolaylı olarak yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2001). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerleşik birimi olan sağlık ocakları ve bu birimde çalışan sağlık personeli yasal olarak yaşlılara yönelik tedavi ve bakımı sağlamakla yükümlüdür ve sağlık personelinin eğitimsel alt yapısının bu hizmeti sağlayacak yeterlilikte olması gerekir (Gözüm ve Tan 2003).

2.8.1. Yaşlıların İlaç Kullanımlarına Uyumlarını Sağlamaya Yönelik Dikkat Edilecek Noktalar

İlaç tedavisinin başarıya ulaşması, yaşlının tedaviye uyumu ile doğrudan ilişkilidir. Bunun sağlanması da hasta ve yakınları ile hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişimi gerektirir (Akıcı ve ark 2001).

Hastalıkların görülme sıklığındaki artış, ilaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiğindeki değişiklikler, birden fazla ilaç kullanımı, rastgele ilaç kullanma davranışlarının oldukça yaygın olması, ileri yaşta duyusal fonksiyonlarda azalma nedeniyle

ilaçların hatırda tutulamaması, ilaç tedavisinin önemini anlamama veya önemsememe, bulantı, kusma vb. yan etkiler nedeniyle ilaç kullanımını reddetme, çok fazla sayıda ilaç kullanımı, ilaçların pahalı olması, değişik doktorların verdiği farklı ilaçları kullanma gibi nedenlerle yaşlılar yanlış dozlarda veya yanlış aralıklarla ilaç kullanabilmektedir. Yaşlılarda yoğun ilaç kullanımı ve ilaçların bileşik etkilerinin sistemler üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir (Karadakovan 1992, Evcik ve Kızılay 2001).

İlaç kullanımı ile ilgili sorunları en aza indirmek için hemşire aşağıdaki girişimlerde bulunmalıdır (Karadakovan 1992, Arslan ve ark 2000):

1. Yaşlı hastaların kullanacağı ilaçlar hekim, hemşire ve eczacı ile işbirliği yapılarak düzenlenmelidir.

2. Yaşlı hastanın kullanması gereken ilaçların önemi vurgulanmalıdır.

3. Hafif semptomların giderilmesi için ilaç kullanımından kaçınılmalıdır.

4. Alkol alışkanlığı araştırılmalıdır.

5. İlaç dozlarının unutulmaması ve hasta uyumunu arttırmak için ilaç takvimi kullanılmalı ve ilaç kutuları belirgin olarak etiketlenmelidir.

6. Her ilacın yeni sorunlar yaratabileceği veya kronik sorunları alevlendirebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastaların kendi tedavilerine katılmaları, ilaç kullanımlarına uyumlarını kolaylaştırıcı bir davranıştır. Bunun için, hastaların gereksinimlerinin tanımlanarak, kendi kendine ilaç kullanımını geliştirecek programlar oluşturulmalıdır (Karadakovan 1992, Evcik ve Kızılay 2001).

3.MATERYAL VE METOT

3.1 Araştırmanın Tipi

Evde yaşayan yaşlı bireylerin ilaç kullanım özelliklerini ve kendi kendine ilaç kullanım yetisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma tanımlayıcı türdedir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sivas ili merkez Kadıburhanettin Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. 2000 yılı nüfus sayımına göre (DİE 2003) Sivas ili merkez nüfusu 600.323 kişidir. Kadıburhanettin Sağlık Ocağı bölge nüfusu 18.880 kişidir. Sağlık ocağına bağlı beş mahalle bulunmaktadır. Kadıburhanettin Sağlık Ocağı ev ziyaretlerinin düzenli olarak yapılması ve kayıtlarının daha düzenli olması nedeni ile çalışma için tercih edilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas merkez Kadıburhanettin Sağlık Ocağı bölgesinde evinde yaşayan ve 2006 yılı ETF Kayıtlarına göre toplam sayısı 1144 olan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. 2000 yılı genel nüfus sayımına göre Türkiye'deki 65 yaş üstü nüfus oranı % 5.6 ve Sivas ili için bu oran % 8.4' tür. Sağlık ocağı bölgesinin 65 yaş ve üzeri nüfus oranı (6.13) Türkiye' de 2010 yılı için tahmin edilen orandan (% 5.6) (DİE 2003) biraz daha yüksektir.

Türkiye, Sivas ve araştırma evrenindeki yaşlı nüfusun yaş gruplarına dağılımına bakıldığında (Tablo 1.1) araştırma evreninin yaş gruplarına dağılım bakımından Türkiye geneli ve Sivas ili ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Tablo 1.1 Türkiye, Sivas ve Araştırma Evreninde Yaşlı Nüfusun Yaş Gruplarının Dağılımı

Yaş Grupları	Bölgelerde Yaş Gruplarının Dağılımı (%)		
	Türkiye	Sivas	Araştırma Evreni
65-69	2.43	3.09	2.36
70-74	1.73	2.77	1.96
75-79	0.85	1.76	1.22
80 ve üzeri	0.68	0.78	0.59

3.4 Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Örnek büyüklüğünü belirlemede toplumumuzdaki yaşlı bireylerde ilaç kullanımına uyum sorunlarını yaşama oranı % 83 (Özbek ve ark 2006) kullanılarak $n= N.t^2.p.q / d^2.(N-1) + t^2.p.q$ formülünden yararlanılmıştır (Sümbüloğlu 2005). Alfa (0.05) sonsuz serbestlik derecesindeki t değeri olan 1.96 alınmış ve sapma miktarı d= 0.04 seçilmiştir. Yaşlı bireylere ait ETF kartları araştırmacı tarafından listelendiğinde (Kasım 2006) yaşlı sayısı 1144 olarak tespit edilmiş olup evren bu sayı kabul edilerek hesaplamalar yapılmıştır. Yapılan hesaplamada; $n= 1144.(1.96)^2.0.83.0.17 / (0.04)^2.(1144-1) + (1.96)^2.0.83.0.17= 263.6$ bulunmuş ve örnek büyüklüğü 264 olarak alınmıştır.

3.5 Örnek Seçimi

Örnek seçiminde yaşlı bireylere ait ETF kartları birer dosya kabul edilerek rastgele bir seçme yöntemi olan Sistematik Örnekleme Yöntemi kullanılmıştır (Sümbüloğlu 2005). Her 4 (N / n) (1144 / 264 = 4.3) dosya da bir dosya rastgele seçilerek 264 yaşlı tespit edilmiştir.

Örneğe seçilen 264 yaşlıdan 25' i kronik hastalığı olmaması nedeni ile örnekten çıkarılmış ve 65 yaş ve üzerinde, kronik hastalığı olan, son bir aydır kullandığı en az bir ilaç bulunan, verilerin toplanmasını engelleyebilecek iletişim sorunu (işitme bozukluğu, konuşma

bozukluğu, mental) olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 239 yaşlı araştırmanın örneğini oluşturmuştur.

3.6 Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Yaşlıların bireysel özellikleri ve ilaç kullanımı ile ilgili özelliklerinin değerlendirilmesinde EK 1'de yer alan bilgi toplama formu kullanılmıştır. Yaşlıların bilişsel durumunu değerlendirmede araştırma bulgularının güvenilirliğini sağlamak amacıyla eğitim düzeyine göre iki farklı Mini Mental Test uygulanmıştır. İlkokul ve daha ileri eğitimi olan yaşlı bireyler için EK 2'de yer alan "Standardize Mini Mental Test (SMMT)", okur yazar olmayan ve ilkokulu bitirmemiş yaşlılar için EK 3 'de yer alan "Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (SMMT-E)" kullanılmıştır. Yaşlıların fiziksel ve sosyal yeti durumlarını değerlendirmek amacıyla da EK 4'de yer alan "Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA)" kullanılmıştır.

3.6.1 Bilgi Toplama Formu EK 1

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı (Stanley ve Beare 1999, Arslan ve ark 2000, Diker 2000, Esengen ve ark 2000, Hanlon ve ark 2002, Bayık ve ark 2002, Uskun ve ark 2004, Lau ve ark 2004, Arslan ve Eşer 2005, Ellidokuz ve ark 2005, Blalock ve ark 2005, Saygun ve ark 2006) oluşturulmuş bilgi formunda bireye özgü tanımlayıcı bilgiler, sağlık durumu, ilaç kullanım özellikleri ve ilaç kullanımını etkileyen bilgi, beceri ve destek kaynaklarına ilişkin sorular yer almaktadır.

Bilgi toplama formunda **sosyo-demografik ve ekonomik özellikler** olarak; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, birlikte yaşadığı kişi olup olmadığına ilişkin bilgiler yer alırken, sosyoekonomik durumu incelemek için düzenli aylık gelir, gelir düzeyi, gelir durumunu nasıl değerlendirdiği ve sağlık güvencesine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Sağlık durumunu değerlendirmek için; kendi sağlığını algılaması, son altı ay içinde hastaneye yatıp-yatmadığı ve sayısı, son altı ay içinde hekime başvurup-başvurmadığı ve sayısı, kronik hastalık sayısı ve türüne ilişkin sorular yer almaktadır.

İlaç kullanım özelliklerine ilişkin, en az bir aydır ya da daha uzun süredir kullandığı ilaç sayısı, türü, reçetesiz ilaç kullanma durumu, kimin önerisi üzerine reçetesiz ilaç kullandığı, reçeteli ilaç kullanma durumu, reçeteli ilaçları kullanmama durumu, kullanılan

ilaca bağlı yan etki sorunu yaşayıp-yaşamadığı, çözüm olarak ne yaptığına yönelik bilgileri içeren sorular yer almaktadır. İlaç kullanımı *bilgisi* soruları içinde; ilaçların kullanım amacını, yan etkilerini ve nerede saklayacağını bilme durumuna ilişkin sorular, ilaç kullanımı *beceri* sorularının içinde; son kullanma tarihine dikkat etme, prospektüsünü okuyup-okumamayı içeren sorular, ilaç kullanımına *destek kaynaklarına* ilişkin olarak ise; kullanılan ilaçla ilgili bilgi alma durumu, bu bilgiyi kimden aldığı, verilen bilgiyi anlama ve yeterli bulma durumu, sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşayıp yaşamadığı, ilaç kullanımında destek alacağı birisin olup olmadığını içeren sorular yer almaktadır.

İlaç kullanım yetisi ile ilgili beş soru yöneltilmiştir. İlacınızı almayı hiç unuttuğunuz olur mu? İlacınızı alma zamanınız konusunda özensiz (zamanında almadığınız) davrandığınız olur mu? İlacınızı doktorun önerdiği dozda (adet ya da kaşık vs. ölçüsü) alıyor musunuz? Kendinizi iyi hissettiğiniz zamanlarda doktora sormadan ilacınızı almadığınız olur mu? İlacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz doktorunuza sormadan ilacınızı almayı bıraktığınız olur mu? İlaç kullanımı ile ilgili yöneltilen bu sorulara dayanarak, hiç hatalı davranışı olmayanlar "ilaç kullanım yetisinde sorun yok", bir ya da daha fazla hatalı davranışı olanlar "ilaç kullanım yetisinde sorun var" olarak değerlendirilmiştir.

3.6.2 Standardize Mini Mental Test (SMMT) EK 2

Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilen ölçek, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren özelliktedir. Yönelim, kayıt, dikkat-hesaplama, hatırlama, dil testleri ve yapılandırma bölümlerinden oluşmaktadır. Test hekim, hemşire ve psikologlarca kısa sürede (10 dk.), poliklinik koşulları ya da yatak başında uygulanabilen bir testtir.

Test yaşlı bireylerde, özellikle deliryum ya da demans durumlarının muayenesinde kısa süreli bilişsel değerlendirme amacına yönelik olarak geliştirilmiştir. Testte her soru "1"puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan "30" 'dur. Alınan puanlara göre; 0-12 "şiddetli", 13-22 "orta" ve 23-24 puan "hafif" düzeyde "bilişsel bozukluk var" olarak, 25-30 puan arası ise "bilişsel bozukluk yok" olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda da bu kesme noktaları kullanılmıştır.

Türkçe Standardize Mini Mental Test'in (SMMT) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve ark (2002) tarafından yapılmıştır. Folstein ve ark (1975) tarafından geliştirilen Mini Mental Test ve Molly ve Standish (1997) tarafından oluşturulan standardize versiyon ve uygulama yönergesinin Türkçe'ye çeviri çalışması yapılarak bir Türkçe form elde edilmiştir. Çalışmada ölçeğin "geçerliliğine" yönelik olarak bilinen grup tekniği yanında duyarlılık ve özgüllük incelemesi yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması en az beş yıl eğitim almış, çalışmaya katılmayı kabul eden 212 yaşlı ile yapılmıştır. Çalışma öncesi bir psikiyatri uzmanı tarafından yapılan klinik görüşme ile yaşlılar 71'i demanslı, 141'i de sağlam olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Demansı olan ve olmayan grubun ölçekten aldığı puanlar arasındaki fark t testi ile incelenmiş farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.000$). Bunun yanında klinik görüşmeye dayanarak sağlıklı ve demanslı dağılımı ölçeğe dayanarak yapılan sağlıklı ve demanslı dağılımı ile karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirmede 23-24 eşik değerinin hafif demansın normalden ayırımında en uygun değer olduğu görülmüştür. Değerlendirme sonucunda ölçeğin yüksek oranda duyarlılık (0.91) ve özgüllük (0.95) gösterdiği bulunmuştur. Pozitif (0.90) ve negatif (0.95) yordayıcılık değerleri ve kappa değeri ise (0.86) yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin "güvenilirliğinin" incelenmesinde görüşmeciler arası tutarlılık bakılmıştır. Bu amaçla ölçek iki ayrı görüşmeci tarafından 28 yaşlıya uygulanmıştır. Her iki uygulayıcıdan elde edilen toplam puanlar arasındaki korelasyon (r:0.99) ve kappa değeri (0.92) yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak SMMT'nin Türkçe standardize formunun bir tarama testi olarak hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir bir test olduğu saptanmıştır.

3.6.3 Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (SMMT-E) EK 3

Folstein ve ark (1975) tarafından geliştirilen Mini Mental Testin daha sonra ve Molly ve Standish (1997) tarafından standardize versiyonu ve uygulama yönergesi oluşturulmuştur. Tüm dünyada yaygın kullanımı olan test daha sonra Ganguli ve ark (1995) tarafından yaşlıların eğitim düzeyinin düşük olduğu Hint toplumunda kullanılmak üzere yeniden oluşturulmuştur.

Eğitimsizler için Türkçe Standardize Mini Mental Test'in geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve ark (1999) tarafından yapılmıştır. Eğitimsizler için Türkçe Standardize Mini Mental Test; Folstein ve arkadaşlarının orijinal testinin Ganguli ve ark (1995) hazırladıkları versiyondan yararlanılarak değiştirilmesi ile oluşturulmuştur. Molly ve Standish' in (1997) uygulama rehberleri Türkçeleştirilerek ve yeniden düzenlenerek teste uyarlanmıştır. Testin puanlaması ve anlamları SMMT ile aynıdır. Testte her soru "1"puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan "30" 'dur. Alınan puanlara göre; 0-12 "şiddetli", 13-22 "orta" ve 23-24 puan "hafif" düzeyde "bilişsel bozukluk var" olarak, 25-30 puan arası ise "bilişsel bozukluk yok" olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda da bu kesme noktaları kullanılmıştır. Okuma- yazması olmayan yaşlılar için sorular görüşmeci tarafından okunarak kişinin yanıtları işaretlenmiştir.

SMMT-E, hiç eğitimi olmayan ya da birkaç yıl okula gidip ilkokul diploması olmayan, 60 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylere uygulanan bir ölçektir. Ölçeğin "geçerliliğine" yönelik olarak bilinen grup tekniği yanında duyarlılık ve özgüllük incelemesi yapılmıştır. Bu değerlendirmede 23-24 eşik değerinin hafif demansın normalden ayırımında en uygun değer olduğu görülmüştür. Değerlendirme sonucunda ölçeğin yüksek oranda duyarlılık (0.80) ve özgüllük (0.56) gösterdiği bulunmuştur. Pozitif (0.58) ve negatif (0.78) yordayıcılık değerleri ve kappa değeri ise (0.35) önemli bulunmuştur. Bu bulgular SMMT_E 'nin Türkçe standardize versiyonunun bir tarama testi olarak yeterli geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

3.6.4 Kısa Yetiyitimi Anketi- KYA (Brief Disability Questionnaire-BDQ) EK 4

Yaşlılarda fiziksel-sosyal yetiyitimi durumunu değerlendirmek üzere DSÖ tarafından geliştirilmiş, bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendiren bir anket olan Kısa Yetiyitimi Anketi kullanılmıştır. Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA' da bedensel ve sosyal yetiyitimini soruşturan 11 soru ve ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin soruşturulduğu 2 soru bulunmaktadır. 11 sorudan elde edilen puanların toplanması ile yetiyitimi toplam puanı elde edilmektedir. KYA'dan alınabilecek en düşük puan "0" en yüksek puan "22" ' dir. Yetiyitimi puanları 0-4= yok, 5-7= hafif, 8-12= orta, 13 ve üzeri = ağır yetiyitimi olarak değerlendirilmektedir (Kaplan 1995). Çalışmamızda da bu kesme noktaları kullanılmıştır. Anket kişinin kendisi tarafından okunarak puanlandırılmaktadır ancak yaşlılardaki okur-yazar oranının düşüklüğü ve duyusal sorunlar dikkate alınarak sorular görüşmeci tarafından okunarak kişinin yanıtları işaretlenmiştir.

KYA' nin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaplan (1995) tarafından yapılmıştır. Psikiyatri polikliniğine başvuran 26 hasta ile yapılan güvenilirlik çalışmasında 2-5 gün aralıkla yapılan uygulamalarda test-tekrar test güvenilirliği (Pearson's) r= 0.91 olarak bulunmuştur. Ayrıca Ankara-Gölbaşı Merkez Sağlık Ocağı'na Haziran-Eylül 1991 tarihleri arasında başvuran ve Genel Sağlık Anketi-12 (Kılıç 1996) uygulanarak ikinci basamak görüşme için rasgele seçilen 400 hasta üzerinde çalışılmıştır.

Geçerliliğe yönelik olarak ruhsal bozukluk tanısı olan (7.5) ve olmayan (3.2) kişilerin KYA'dan aldıkları toplam yetiyitimi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. Son bir ay içinde yatakta geçirilen gün ve işlerini aksattıkları gün sayısı bakımından da ruhsal bozukluk tanısı olanlar (7.6 ve 1.8) ve olmayanlar (2.4 ve 0.7) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kılıç 1996). KYA Kurtoğlu ve Rezaki (1999) tarafından da bir huzurevindeki yaşlılarda yetiyitimini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Yapılan incelemede cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı 0.91 bulunmuştur. Çalışmamızda cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur.

3.7 Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü mahalleler dışındaki bir mahallede muhtar kayıtlarından seçilen 10 bireye ev ortamında yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda bilgi formunda bazı ifadeler yeniden düzenlenmiştir. Veri toplama formlarının doldurulmasının en fazla 15 dakika sürdüğü gözlemlenmiştir.

3.8 Verilerin Toplanması

Veriler 20 Mart- 15 Mayıs 2007 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Yaşlı bireylerin en az bir aydır kullandığı ilaçlar araştırmacı tarafından görülerek değerlendirilmiştir.

3.9 Değişkenler

Araştırmada yaşlı bireylerin ilaç kullanım yetisini etkileyen değişkenler ve ilaç kullanım yetisinin olumsuz çıktıları ile ilgili değişkenler incelenmiştir.

3.9.1 İlaç Kullanım Yetisini Etkileyen Değişkenler

Bağımlı değişken

- İlaç kullanım yetisi

Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aylık gelir, algılanan gelir durumu, birlikte yaşadığı kişi, sağlık güvencesi, sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşama)
- Kronik hastalık sayısı
- Kullanılan ilaç sayısı, ilaçla ilgili bilgi alma durumu ve bilgi kaynağı
- Kullanılan ilaçla ilgili verilen bilgiyi anlama ve yeterli bulma durumu
- Kullanılan ilaçların kullanım amacını ve yan etkisini bilme
- İlaç kullanımında yardım alabileceği bir yakınının olup-olmaması
- Bilişsel bozukluk durumu (SMMT ve SMMT_E)
- Fiziksel ve sosyal yetiyitimi durumu (KYA)

3.9.2 İlaç Kullanım Yetisinin Olumsuz Çıktıları İle İlgili Değişkenler

Bağımlı değişkenler

- Algılanan sağlık durumu
- Son altı ay içinde hastaneye yatma durumu
- Son altı ay içinde hekime başvurma sayısı
- Kullanılan ilaca bağlı yan etki yaşama durumu

Bağımsız değişken

- İlaç Kullanım Yetisi

3.10 Terminoloji Tanımlaması

Yaşlı: Bu çalışmada 65 yaş ve üzerindeki bireyler yaşlı olarak tanımlanmıştır.

Zihinsel yeti sorunu: SMMT ve SMMT-E'den alınan test puanlarına göre "24" ve daha düşük puan almak zihinsel yeti sorunu olarak kabul edilmiştir.

Fiziksel ve sosyal yetiyitimi sorunu: KYA' dan alınan puana göre "5" ve üzerinde puan almak fiziksel ve sosyal yetiyitimi olarak kabul edilmiştir.

İlaç kullanım yetisi: Yaşlının ilacını almayı unutmaması, zamanında alması, önerilen dozda alması, kendini iyi hissettiğinde ya da ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktoruna sormadan ilaç almayı bırakmaması "ilaç kullanım yetisi" olarak tanımlanmıştır. Bu davranışlardan herhangi birini yerine getirmeme "ilaç kullanım yetisinde sorun" olarak tanımlanmıştır.

3.11 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri denetlemesi yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde; ortalama, yüzdelik dağılım, Ki-kare testi kullanılmıştır. İlaç kullanım yetisi için risk faktörlerinin belirlenmesinde Logistik regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Logistik regresyona bağımlı değişken olarak ilaç kullanım yetisi alınırken, bağımsız değişken olarak Ki-kare testine göre ilaç kullanım yetisi ile ilişkili bulunan (yaş, eğitim, medeni durum, birlikte yaşanılan kişi, ilaç kullanımında yardım alacağı kişi, düzenli aylık gelir, algılanan ekonomik durum, kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı, verilen bilgiyi yeterli bulma durumu, ilaçlarının kullanım amacını ve yan etkisini bilme durumu, fiziksel ve sosyal yetiyitimi durumu, SMMT_E 'ye göre belirlenen bilişsel bozukluk durumu) değişkenler incelenmiştir. İstatistiksel analizler sonucu elde edilen sonuçların önem kontrolünde tek yönlü p değeri kullanılmıştır ve p değeri 0.05' in altında olanlar önemli kabul edilmiştir.

3.12 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları yalnızca incelemenin yapıldığı sağlık ocağı bölgesi için geçerlidir, topluma genellenemez.

Kronik hastalık varlığı, türü ve sayısı konusunda elde edilecek bilgiler yaşlı ve yakınlarının öz bildirimine dayalıdır. Ancak tanının bir hekim tarafından doğrulanıp doğrulanmadığı sorulmuştur. Ayrıca yaşlı bireylerin bilişsel durumunu ve yetiyitimi durumunu değerlendirmek amaçlı kullanılan SMMT, SMMT-E ve KYA ölçekleri verileri ile sınırlıdır.

3.13 Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Araştırmanın amacı; Sivas ili Kadıburhanettin Sağlık Ocağı Bölgesi'nde evinde yaşayan yaşlı bireylerin ilaç kullanım özellikleri ve kendi kendine ilaç kullanım yetisini değerlendirmektir. Bu araştırmanın altı ana ve dört alt hipotezi bulunmaktadır.

1. İlaç kullanım yetisi ile sosyodemografik özellikler arasında ilişki vardır.

2. İlaç kullanım yetisi ile kronik hastalık sayısı arasında ilişki vardır.

3. İlaç kullanım yetisi ile ilaç kullanım sayısı arasında ilişki vardır.

4. Kullanılan ilaçla ilgili bilgi ve destek alma durumu ile ilaç kullanım yetisi arasında ilişki vardır.

4.1 Kullanılan ilaçla ilgili bilgisi yeterli olmayan yaşlılar ilaç kullanımında daha fazla hata yapmaktadır.

4.2 İlaç kullanımında yardım alabileceği yakını olmayan yaşlıların ilaç kullanım yetisindeki sorun oranı daha fazladır.

5. Bilişsel, fiziksel ve sosyal yeti durumu ile ilaç kullanım yetisi arasında ilişki vardır.

5.1 Bilişsel bozukluk durumu olan yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama oranı daha yüksektir.

5.2 Fiziksel-sosyal yeti durumu olan yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama oranı daha yüksektir.

6. İlaç kullanım yetisinde sorun olan yaşlıların sağlık durumları daha olumsuz yöndedir.

3.14 Araştırmanın Varsayımları

- Örnek grubunun evreni temsil ettiği varsayılacaktır

3.15 Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yürütülmesi için Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek–5). Araştırmaya katılan bireylere aşağıdaki onam formu okunarak sözlü onamları alınmıştır.

3.15.1 Onam Formu

Bu araştırmada 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin ilaç kullanım özellikleri ve kendi kendine ilaç kullanım yeti durumları değerlendirilecektir. Bu amaçla iki ölçek ve iki anket formu uygulanacaktır. İlaç kullanım özelliklerini ve yeti durumunu etkileyen faktörleri ortaya çıkarabilmek için soruları samimi yanıtlamanız gerekmektedir. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Teşekkürler…

Gönüllünün Adı – Soyadı (Katılımcıların sözlü onamları alınmıştır).

4. BULGULAR

Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubunda yer alan 239 yaşlıya ait tanımlayıcı ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular üç ana başlık altında sunulmuştur.

1. Yaşlıların sosyo-demografik ve sağlık özelliklerine ilişkin bulgular

2. Yaşlıların ilaç kullanım özellikleri ve fiziksel, sosyal, zihinsel yetiyitimi durumuna ilişkin bulgular

3. Yaşlıların ilaç kullanım yetisi ile ilişkili değişkenlere ilişkin bulgular

4.1 Yaşlıların Sosyo-demografik ve Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki yaşlı bireylerin sosyo-demografik, sosyo-ekonomik ve sağlık özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.1 Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Yaş Grupları	**Sayı**	**(%)**
65-69	107	44.8
70-74	71	29.7
75 ve üzeri	61	25.5
Cinsiyet		
Erkek	121	50.6
Kadın	118	49.4
Eğitim Durumu		
O.Y.D	120	50.2
O.Y. okula gitmemiş	46	19.2
İlkokul	60	25.1
Ortaokul ve üzeri	13	5.5
Medeni Durum		
Evli	127	53.1
Dul ya da boşanmış	112	46.9
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	77	32.2
Eşiyle ya da çocukları ile	162	67.8
Düzenli Aylık Gelir Durumu		
Var	127	53.1
Yok	112	46.9
Algılanan Gelir Durumu		
İyi	25	10.5
Orta	114	47.7
Kötü	100	41.8
Sağlık Güvencesi		
Var	213	89.1
Yok	26	10.9
Toplam	**239**	**100**

Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.1.1); % 44.8' inin 65-69 arası yaş grubunda olduğu, % 50.6' sının erkek, % 50.2' sinin okur-yazar olmadığı ve % 19.2' sinin okur-yazar-okula gitmemiş olduğu görülmektedir. Yaşlıların medeni durumlarına bakıldığında çoğunluğu evli (% 53.1) olduğu ve eşi ya da çocukları ile yaşadığı saptanmıştır (% 67.8). Yaşlı bireylerin % 53.1' inin düzenli aylık gelirinin olduğu, % 47.7' sinin gelir durumunu orta olarak değerlendirdiği ve çoğunluğunun (% 89.1) bir sağlık güvencesine sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1.2 Yaşlıların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımları

Algılanan Sağlık Durumu	**Sayı**	**(%)**
Mükemmel-İyi	92	38.5
Pek İyi Değil-Kötü	147	61.5
Hastaneye Yatma Durumu *		
Evet	96	40.2
Hayır	143	59.8
Hastaneye Yatma Sayısı *		
Bir	51	53.1
İki	34	35.4
Üç ve daha fazla	11	11.5
Hekime Başvurma Durumu *		
Evet	234	97.9
Hayır	5	2.1
Hekime Başvurma Sayısı*		
Bir	32	13.7
İki	67	28.6
Üç	69	29.5
Dört ve daha fazla	66	28.2
Kronik Hastalık Sayısı		
Bir	154	64.4
İki	45	18.8
Üç ve daha fazla	40	16.8
Toplam	**239**	**100**

* Son altı aydaki durum sorgulanmıştır.

Yaşlı bireylerin algılanan sağlık durumları, son altı ay içinde hastaneye yatma durumu ve sayısı, son altı ay içinde hekime başvurma durumu ve sayısı, kronik hastalık sayısına ilişkin özellikler incelenmiştir (Tablo 4.1.2); algılanan sağlık durumları incelendiğinde sağlık durumunu kendi yaşında başka birisiyle karşılaştırdığında % 61.5' inin pek iyi değil-kötü olarak algıladığı, % 40.2' sinin son altı ayda hastaneye yattığı, % 53.1' inin en az bir kez hastaneye yattığı, % 97.9' unun hekime başvurduğu ve % 28.2' sinin ise son altı ay içinde dört ve daha fazla hekime başvurduğu, % 64.4'ünün ise bir kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1.3 Kronik Hastalığı Olan Yaşlıların Hastalık/Durum Türlerinin Dağılımı

Kronik Hastalık Durum/ Türü*	Sayı	(%)
Hipertansiyon	110	46.0
Eklem Rahatsızlıkları	79	33.1
Diyabet	49	20.5
Solunum Sist. Hastalıkları	47	19.7
Sindirim Sist. Hastalıkları	42	17.6
Psikolojik Hastalıklar	19	7.9
Alerjik Rahatsızlıklar	9	3.8
Parkinson Hastalığı	8	3.3
Kanser	4	1.7

*Yaşlıların bazılarının birden fazla hastalık/sorunu olduğundan n= 239 bireyin üzerindedir.

Yaşlı bireylerin kronik hastalık/ durum türlerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4.1.3); en yaygın olan ilk dört durumun hipertansiyon (% 46.0), eklem rahatsızlıkları (% 33.1), diyabet (% 20.5) ve solunum sistemi hastalıkları (% 19.7) şeklinde sıralandığı görülmektedir.

4.2 Yaşlıların İlaç Kullanım Özellikleri ve Fiziksel, Sosyal, Zihinsel Yetiyitimi Durumuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki yaşlı bireylerin en az bir aydır kullandığı ilaç sayısı ve ilaç türlerinin dağılımı, reçeteli/reçetesiz ilaç kullanım durumu, reçeteli ilacı kullanmama nedeni, kullandığı ilaçla ilgili sorun yaşayıp-yaşamadığı ve bu duruma yönelik çözüm olarak neler yaptığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.1 Yaşlıların Kullandığı İlaç Sayısı ve Türlerinin Dağılımı

Kullanılan İlaç Sayısı (n: 239)	**Sayı**	**(%)**
Bir	24	10.0
İki	104	43.5
Üç ve daha fazla	111	46.5
Kullanılan İlaç Türü*		
Antihipertansifler	108	45.2
Antiromatizmal ilaçlar	79	33.1
Diüretikler**	55	23.0
Antidiyabetikler	50	20.9
Solunum sistemine yönelik ilaçlar	47	19.7
Sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları	43	18.0
Antiparkinson ilaçlar	11	4.6
Psikotropik ilaçlar***	11	4.6
Sedatifler ya da hipnotikler	10	4.2
Antihistaminikler	9	3.8
Narkotik analjezikler	3	1.3

* Yaşlıların çoğunluğu birden fazla türde ilaç kullandığından n= 239' un üzerindedir.

** Su ve elektrolit dengesizliğinde kullanılan ilaçlar

*** Trankilizan, antidepresan ve antipsikotikler

Yaşlıların en az bir aydır ya da daha uzun süredir kullandığı ilaç sayısı ve türlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.1); % 46.5' inin üç ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı bulunmuştur. En yaygın olarak kullanılan ilk dört ilaç türünün ise; antihipertansifler (% 45.2), antiromatizmal ilaçlar (% 33.1), diüretikler (% 23.0) ve antidiyabetikler (% 20.9) şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Tablo 4.2.2 Yaşlıların Reçeteli/ Reçetesiz İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı (n: 239)

Başkalarının önerisi üzerine ilaç kullanma durumu	**Sayı**	**(%)**
Evet	46	19.2
Hayır	193	80.8
Reçete edilen ilaçları düzenli kullanma durumu		
Evet	109	45.6
Hayır	130	54.4

Araştırma bulguları incelendiğinde; araştırma grubundaki yaşlı bireylerin % 19.2' sinin (46 kişi) doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullandığı, % 54.4' ünün (130 kişi) ise reçete edilen ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3 Yaşlıların Reçete Edilen İlaçları Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı

Reçete Edilen İlaçları Kullanmama Nedenleri	Sayı	(%)
Faydasını görmeme	67	51.5
İlaçların pahalı olması	40	30.8
İlacı kullanmayı unutma	14	10.8
Tadının kötü ve tabletlerin büyük olması	5	3.8
Tedaviyi kabul etmeme	4	3.1

*Değerlendirmeler reçete edilen ilaçları kullanmayan kişiler (n= 130) üzerinden yapılmıştır

Reçete edilen ilaçları kullanmama nedenlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.2); % 51.5' i reçete edilen ilaçların faydasını görmediğini düşündüğünü , % 30.8' i ilaçlar pahalı olduğu için alamadığını, % 10.8' i ilacı kullanmayı unuttuğunu, % 3.8' i tadı kötü ve tabletler büyük olduğu için kullanmadığını, % 3.1' i ise ilaç tedavisini kabul etmediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.2.4 Yaşlıların Reçete Edilen İlaçlarla İlgili Yaşadıkları Yan etkilerin Dağılımı

İlaçla İlgili Yan Etki Yaşama Durumu (n: 239)	Sayı	(%)
Evet	217	90.8
Hayır	22	9.2
Reçete Edilen İlaçlarla İlgili Yaşanılan Sorunlar*		
Mide şikayetleri	133	61.3
Baş dönmesi	59	27.3
Tansiyon düşüklüğü	58	26.7
Bulantı	50	23.0
Çarpıntı	44	20.3
Kabızlık ve ishal	29	12.8
Ağrı	8	3.7

* Yaşlıların çoğunluğu birden fazla türde sorun yaşadığından n= 217' nin üzerindedir

Araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin % 90.8' i (217 kişi) kullandığı ilaçlarla ilgili yan etkiler yaşadığını ifade etmiştir. Yaşlı bireylerin reçete edilen ilaçlarla ilgili yaşadıkları sorunların dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.3); en sık yaşanan ilk üç sorunun mide şikayetleri (% 61.3), baş dönmesi (% 27.3) ve tansiyon düşüklüğü (% 26.7) şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Tablo 4.2.5 Yaşlıların Reçete Edilen İlaçlarla İlgili Yaşadıkları Yan Etkilere Yönelik Uygulamaların Dağılımı

Uygulamalar	Sayı	(%)
Hekime danışıyorum	92	42.4
Hemşireye danışıyorum	8	3.7
İlacı bırakıyorum	117	53.9
Toplam	**217**	**100**

Yaşlıların reçete edilen ilaçlarla ilgili yaşadıkları yan etkiler konusunda çözüm alanlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.4); % 42.4' ü hekime, % 3.7' si hemşireye danıştığını, % 53.9' u ise kullandığı ilacı bıraktığını ifade etmiştir.

Tablo 4.2.6 Yaşlıların İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Durumlarının Dağılımı

İlaçların kullanım amacını bilme	Sayı	(%)
Evet	166	69.5
Hayır	73	30.5
Yan etkilerini bilme		
Bütün yan etkilerini biliyor	10	4.2
Bazı yan etkilerini biliyor	75	31.4
Yan etkilerini bilmiyor	154	64.4
İlaçların saklandığı yer		
Buzdolabı	99	41.4
Kapalı dolap	85	35.6
Dışarıda açık bir yer (masa, sehpa…)	55	23.0
Toplam	**239**	**100**

Çalışma bulguları incelendiğinde (Tablo 4.2.5); yaşlıların % 69.5' inin ilaçlarının kullanım amacını bildiği ve % 64.4' ünün ise kullandığı ilaçların yan etkilerini hiç bilmediği görülmektedir. Kullanılan ilaçların saklandığı yerlerle ilgili olarak; % 41.4' ü buzdolabında, % 35.6' sı kapalı dolapta, % 23.0' ü ise dışarıda açık bir yerde (masa, sehpa… vb) sakladığını ifade etmiştir.

Tablo 4.2.7 Yaşlıların İlaç Kullanımına İlişkin Beceri Durumlarının Dağılımı

Son kullanma tarihini kontrol etme (n:239)	**Sayı**	**(%)**
Evet	88	36.8
Hayır	151	63.2
Prospektüs okuma (n:239)		
Evet	46	19.2
Hayır	193	80.8
Prospektüs okumama nedenleri (n:193)		
Yazılan ifadeleri anlamama	150	77.7
Görme problemi	25	13.0
Okumaya gerek duymama	18	9.3

Yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin beceri durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.6); % 63.2' si son kullanma tarihini kontrol etmediği, % 80.8' i prospektüs okumadığı görülmektedir. Prospektüs okumama nedenlerine bakıldığında; % 77.7' si yazılan ifadeleri anlamadığını, % 13.0' ı görme problemi olduğunu, % 9.3' ü ise okumaya gerek duymadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.2.8 Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi Durumlarının Dağılımı

İlaç Kullanım Yetisi	**Sayı**	**(%)**
Sorun var	184	77.0
Sorun yok	55	23.0
Toplam	**239**	**100**

İlaç kullanım yetisini değerlendirmek amacıyla yaşlılara beş soru yöneltilmiştir. İlaç kullanımı ile ilgili yöneltilen bu sorulara dayanarak, beş hatalı davranıştan hiçbirini yapmayanlar ilaç kullanım yetisinde "sorun yok", bir ya da daha fazla hatalı davranış yapanlar ise ilaç kullanım yetisinde "sorun var" olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlıların ilaç kullanım yetisi durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.7); % 77.0' sinin ilaç kullanım yetisinde sorun olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.9 Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi Sorun Alanlarının Dağılımı *

Sorun Alanları	Sayı	(%)
İlaçlarını almayı unutma	169	70.7
İlaçlarını alma konusunda özensiz (zamanında almadığınız) davranma	153	63.5
İlaçlarını doktorun önerdiği dozda (adet ya da kaşık vs. ölçüsü) almama	99	58.6
Kendisini hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma	172	72.0
Kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını almayı bırakma	165	69.0

*Değerlendirmeler "evet" yanıtı veren yaşlılar üzerinden yapılmıştır, birden fazla yanıt alındığı için n=239' un üzerindedir.

Yaşlıların ilaç kullanımına yetisine ilişkin sorun alanlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.8); kendisini hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma (% 72.0), ilaç almayı unutma (% 70.7), kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını almayı bırakma (% 69.0), ilaçları alma konusunda özensiz davranma (% 63.5) ve ilaçları doktorun önerdiği dozda almama (% 58.6) şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Tablo 4.2.10 Yaşlıların İlaç Kullanımına İlişkin Destek Kaynaklarının Dağılımı

Kullanılan ilaçla ilgili bilgi alma (n:239)	**Sayı**	**(%)**
Evet	208	87.0
Hayır	31	13.0
Bilgi alınan kişi (n:208)		
Hekim	135	64.9
Hemşire	36	17.3
Eczacı	37	17.8
Verilen bilgiyi anlama durumu (n:208)		
Evet	183	88.0
Hayır	25	12.0
Verilen bilgiyi yeterli bulma durumu (n:208)		
Evet	121	58.2
Hayır	87	41.8
İlaç kullanımında yardım alacağı kişi (n:239)		
Var	114	47.7
Yok	125	52.3
Sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşama (n:239)		
Evet	70	29.3
Hayır	169	70.7

Yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin destek kaynaklarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.9); % 87.0' sinin kullanılan ilaçla ilgili bilgi aldığı, çoğunluğunun (% 64.9) verilen bilgiyi hekimden ve çok azının (% 17.3) hemşireden aldığı, % 88.0' ının verilen bilgiyi anladığı ve % 58.2' sinin yeterli bulduğu görülmektedir. Yaşlıların % 52.3' ü ise ilaç kullanımında yardım alacağı bir yakını olmadığını ve sağlık kurumuna ulaşmada (% 70.7) sorun yaşamadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.2.11 Yaşlıların Fiziksel-Sosyal Yeti Durumuna (KYA) Göre Dağılımı

Fiziksel-Sosyal Yeti Durumu	Sayı	(%)
Hafif düzey (5-7 puan)	14	5.9
Orta düzey (8-12 puan)	69	28.9
Ağır düzey (13+)	156	65.2
Toplam	**239**	**100**

Yaşlıların fiziksel sosyal yeti durumları değerlendirildiğinde; tamamında yetiyitimi sorunu olduğu görülmüştür. Yetiyitimi düzeyi incelendiğinde; % 5.9' unda hafif, % 28.9' unda orta ve % 65.2' sinde de ağır düzeyde yeti yitimi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.10).

Yetiyitimi ile ilgili olarak ayrıca "son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı gün sayısı" ve "hastalık ya da yaralanma nedeni ile geçirilen gün sayısı değerlendirilmiştir. Yaşlıların son bir ay içinde günlük işlerini ortalama 10.6±4.4 gün aksattıkları ve ortalama 6.5±4.1 günlerini hastalık ya da yaralanma nedeni ile yatakta geçirdikleri saptanmıştır.

Tablo 4.2.12 Yaşlıların Bilişsel Bozukluk Durumuna (SMMT_E) Göre Dağılımı

Bilişsel Bozukluk Durumu (SMMT_E)	Sayı	(%)
Sorun yok (25-30 puan)	8	(4.8)
Hafif düzey (23-24 puan)	13	(7.9)
Orta düzey (13-22 puan)	128	(77.1)
Ağır düzey (0-12 puan)	17	(10.2)
Toplam	**166**	**100**

Hiç eğitimi olmayan ya da birkaç yıl okula gidip ilkokul diploması olmayan yaşlıların bilişsel bozukluk durumuna göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.11); % 4.8' inde sorun olmadığı, % 7.9' unda hafif, % 77.1' inde orta ve % 10.2' sinde de ağır düzeyde bilişsel bozukluk olduğu görülmektedir. Yaşlıların SMMT_ E' den aldıkları ortalama puan 17.95± 4.00 bulunmuştur.

Tablo 4.2.13 Yaşlıların Bilişsel Bozukluk Durumuna (SMMT) Göre Dağılımı

Bilişsel Bozukluk Durumu (SMMT)	Sayı	(%)
Sorun yok (25-30 puan)	11	(15.1)
Hafif düzey (23-24 puan)	17	(23.3)
Orta düzey (13-22 puan)	45	(61.6)
Toplam	**73**	**100**

İlkokul ve daha ileri eğitimi olan yaşlıların bilişsel bozukluk durumuna göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.12); % 15.1' inde sorun olmadığı, % 23.3' ünde hafif ve % 61.6' sında orta düzeyde bilişsel bozukluk olduğu görülmektedir. Yaşlıların SMMT' den aldıkları ortalama puan 21.74± 2.55 bulunmuştur.

4.3 Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi İle İlişkili Değişkenlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde; yaşlı bireylerin ilaç kullanım yetisini etkileyen bağımsız değişkenler (sosyodemografik-sosyoekonomik özellikler, sağlık durumu, ilaç kullanım özellikleri, bilişsel bozukluk durumu (SMMT ve SMMT_E), fiziksel ve sosyal yeti yitimi durumu (KYA)) ve yaşlı bireylerin ilaç kullanım yetisinin olumsuz çıktıları olarak incelenen bağımlı değişkenlere (algılanan sağlık durumu, son altı ay içinde hastaneye yatma durumu, son altı ay içinde hekime başvurma sayısı ve kullanılan ilaca ilişkin yan etki yaşama durumu) ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	İlaç Kullanım Yetisi	
	Sorun var	Sorun yok
Yaş Grubu	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**
65-69	70(65.4)	37(34.6)
70-74	58(81.7)	13(18.3)
75 ve üzeri	56(91.8)	5(8.2)
X^2 : 16.524 sd: 2 p: 0.000*		
Cinsiyet		
Erkek	94(77.7)	27(22.3)
Kadın	90(76.3)	28(23.7)
X^2 : 0.067 sd: 1 p: 0.795		
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	102(84.3)	19(15.7)
Okur-yazar	33(71.7)	13(28.3)
İlkokul ve üzeri	49(68.1)	23(31.9)
X^2 : 7.607 sd: 2 p: 0.022* **		
Medeni Durum		
Evli	91(71.7)	36(28.3)
Dul	93(83.0)	19(17.0)
X^2 : 4.352 sd: 1 p: 0.037* **		
Birlikte Yaşadığı Kişi		
Yalnız	67(87.0)	10(13.0)
Eş ya da çocukları ile	117(72.2)	45(27.8)
X^2 : 6.445 sd: 1 p: 0.011* **		
İlaç Kullanımında Yardım Alabileceği Kişi		
Var	77(67.5)	37(32.5)
Yok	107(85.6)	18(14.4)
X^2 : 10.972 sd: 1 p: 0.001**		

* p<0.001 **p<0.01 ***p<0.05 (Satır yüzdeleri alınmıştır)

Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.1); 75 ve üzeri yaş grubunun çoğunluğunun (% 91.8) ilaç kullanım yetisinde sorun olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir ($p<0.001$). Okur-yazar olmayan yaşlı bireylerin (% 84.3) okur-yazar ve eğitim düzeyi daha yüksek olanlara, dul olanların (% 83.0) evli olanlara ve yalnız yaşayanların (% 87.0) eş ya da çocukları ile yaşayanlara göre ilaç kullanımında daha fazla sorun yaşadığı görülmektedir ve gruplar arasındaki fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0.05$). İlaç kullanımında yardım alabileceği yakını olmayanların çoğunluğunun (% 85.6) ilaç kullanım yetisinde sorun vardır ve gruplar arasındaki fark istatistiki olarak önemli bulunmuştur ($p<0.01$). Bunun yanında ilaç kullanım yetisinde sorun olması yönünden kadın ve erkeklerin yüzdeleri benzerdir ve iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin sosyoekonomik özelliklere göre dağılımı

Sosyoekonomik Özellikler	İlaç Kullanım Yetisi	
	Sorun var	Sorun yok
Düzenli Aylık Gelir	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**
Var	90(70.9)	37(29.1)
Yok	94(83.9)	18(16.1)
X^2 : 5.732 sd: 1 p: 0.017* **		
Algılanan Ekonomik Durum		
İyi	12(48.0)	13(52.0)
Orta	89(78.1)	25(21.9)
Kötü	83(83.0)	17(17.0)
X^2 : 13.973 sd: 2 p: 0.001 **		
Sağlık Güvencesi		
Var	168(91.3)	53(96.4)
Yok	16(8.7)	2(3.6)
X^2 : 5' ten küçük değer olduğu için bu değişkene ait istatistiksel analiz yapılmamıştır.		
Sağlık Kurumuna Ulaşmada Sorun Yaşama		
Evet	59(84.3)	11(15.7)
Hayır	125(74.0)	44(26.0)
X^2 : 2.976 sd: 1 p: 0.054		

** p<0. 01 ***p< 0.05 (Satır yüzdeleri alınmıştır)

Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin sosyoekonomik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.2); düzenli aylık geliri olmayan (% 83.9) yaşlıların ilaç kullanım yetisinde daha fazla sorun vardır ve fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0.05$). Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan yaşlı bireylerin (% 83.0) ise ekonomik durumunu iyi ve orta algılayanlara göre ilaç kullanımında daha fazla sorun yaşadığı görülmektedir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.01$). Yaşlıların sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşama durumu yüzdelik dağılım yönünden benzerdir ve fark istatistiki olarak önemli değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.3 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısına göre dağılımı

Sağlık Durumu Özellikleri	İlaç Kullanım Yetisi	
	Sorun var	Sorun yok
Kronik Hastalık Sayısı	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**
Bir	107(69.5)	47(30.5)
İki ve daha fazla	77(90.6)	8(9.4)
X^2 : 13.773 sd: 1 p: 0.000*		
Kullanılan İlaç Sayısı		
Bir	17((70.8)	7(29.2)
İki	69(66.3)	35(33.7)
Üç ve daha fazla	98(88.3)	13(11.7)
X^2 : 15.162 sd: 2 p: 0.001**		

* p<0.001 **p<0.01 (En az bir aydır kullanılan ilaçlar değerlendirilmiştir ve satır yüzdeleri alınmıştır)

Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.3); kronik hastalık sayısı iki ya da daha fazla olan (90.6) yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama oranı daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.001$). Kullandığı ilaç sayısı üç ya da daha fazla olan yaşlıların ise çoğunluğunda (% 88.3) ilaç kullanım yetisinde sorun vardır ve fark istatistiki olarak önemli bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 4.3.4 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin ilaçla ilgili bilgi durumuna göre dağılımı

İlaç Kullanım Bilgisi	İlaç Kullanım Yetisi	
	Sorun var	Sorun yok
Kullanılan İlaçla İlgili Bilgi Alma (n:239)		
Evet	157(75.8)	50(24.2)
Hayır	27(84.4)	5(15.6)
X^2 : 1.138 sd: 1 p: 0.286		
Kullanılan İlaçla İlgili Bilgi Kaynağı (n:208)		
Hekim	102(75.6)	33(24.4)
Hemşire	31(86.1)	5(13.9)
Eczacı	25(67.6)	12(32.4)
X^2 : 3.471 sd: 2 p: 0.176		
Verilen Bilgiyi Anlama (n: 208)		
Evet	139(76.0)	44(24.0)
Hayır	19(76.0)	6(24.0)
X^2 : 0.000 sd: 1 p: 0.996		
Verilen Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu (n:208)		
Evet	81(66.9)	40(33.1)
Hayır	77(88.5)	10(11.5)
X^2 : 12.888 sd: 1 p: 0.000*		
İlaçların Kullanım Amacını Bilme(n: 239)		
Evet	120(72.3)	46(27.7)
Hayır	64(87.7)	9(12.3)
X^2 : 6.771 sd: 1 p: 0.009**		
Kullanılan İlaçların Yan Etkisini Bilme(n:239)		
Evet	55(64.7)	30(35.3)
Hayır	129(83.8)	25(16.2)
X^2 : 11.231 sd: 1 p: 0.001**		

*p< 0.001 **p<0.01 (Satır yüzdeleri alınmıştır)

Yapılan istatistiksel incelemede, yaşlıların ilaç kullanım yetisinin ilaçla ilgili bilgi durumuna göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.4); ilaçla ilgili verilen bilgiyi yeterli bulmayanların (% 88.5), ilaçların kullanım amacını (% 87.7) ve kullanılan ilaçların yan etkisini bilmeyenlerin (% 83.8) çoğunluğunun ilaç kullanım yetisinde sorun vardır ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.01$).

Bunun yanında kullanılan ilaçla ilgili bilgi almayanlar (%84.4) ve verilen bilgiyi hemşireden alanlar (% 86.1) ve verilen bilgiyi anlamayanların (% 76.6) çoğunluğu ilaç kullanımında sorun yaşamakla birlikte yapılan incelemede farkın istatistiki olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3.5 Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin fiziksel-sosyal yetiyitimi durumu ve bilişsel bozukluk yönünden dağılımı

Fiziksel ve sosyal yeti durumu (KYA)	**İlaç Kullanım Yetisi**	
	Sorun var	**Sorun yok**
Fiziksel ve sosyal yeti durumu (n: 239)	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**
Sorun yok-hafif düzey	8(57.1)	6(42.9)
Orta düzey	49(71.0)	20(29.0)
Ağır düzey	127(81.4)	29(18.6)
X^2 : 6.224 sd : 2 p: 0.045* **		
Bilişsel bozukluk durumu (SMMT_E) (n: 166)		
Sorun yok-hafif düzey	13(61.9)	8(38.1)
Orta ya da ağır düzey	120(82.8)	25(17.2)
X^2 : 5.008 sd : 1 p: 0.025* **		
Bilişsel bozukluk durumu (SMMT) (n: 73)		
Sorun yok-hafif düzey	20(71.4)	8(28.6)
Orta ya da ağır düzey	31(68.9)	14(38.1)
X^2 : 0.053 sd : 1 p: 0.818		

*** p<0.05 (Satır yüzdeleri alınmıştır)

Araştırma grubundaki yaşlılara, fiziksel-sosyal yeti durumunu değerlendirmek amacıyla DSÖ tarafından geliştirilmiş, bedensel ve sosyal yeti durumunu değerlendiren bir anket olan Kısa yetiyitimi anketi (KYA) kullanılmıştır. Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin fiziksel-sosyal yeti yitimi durumu yönünden dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.5); ağır düzeyde sorunu olan yaşlıların % 81.4' ünün ilaç kullanım yetisinde sorun vardır ve fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0.05$).

Yaşlı bireylerin bilişsel bozukluk durumunu değerlendirmek amacıyla hiç eğitimi olmayan ya da birkaç yıl okula gidip ilkokul diploması olmayan yaşlı bireyler için (n:166) Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT_E) kullanılmıştır. Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin bilişsel bozukluk durumu (SMMT_E) yönünden dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.5); orta ya da ağır düzeyde sorunu olan yaşlıların % 82.8' inin ilaç kullanım yetisinde sorun vardır ve fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0.05$).

Yapılan çalışmada ilkokul ve daha ileri eğitimi olan yaşlı bireylerin bilişsel bozukluk durumunu değerlendirmeye yönelik olarak, Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanılmıştır. Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin bilişsel bozukluk durumu (SMMT) yönünden dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.5); orta ya da ağır düzeyde sorunu olan yaşlıların yüzdelik dağılımları benzerdir ve iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.6 Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi İle İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Logistik Regresyon Sonuçları

	İlaç Kullanım Yetisinde Sorun		
Bağımsız Değişkenler	**OR**	**% 95 güven sınırları**	**P**
Yaş* (75 ve üzeri)	0.513	(0.305-0.863)	**0.012**
Eğitim durumu	1.192	(0.836-1.701)	0.332
Medeni durum	0.990	(0.632-1.549)	0.965
Birlikte yaşadığı kişi	1.152	(0.380-3.495)	0.803
İlaç kullanımında yardım alacağı kişi** (yok)	0.393	(0.187-0.826)	**0.014**
Düzenli aylık gelir	0.827	(0.342-1.997)	0.672
Algılanan ekonomik durum	0.938	(0.594-1.483)	0.784
Kronik hastalık sayısı	0.548	(0.186-1.612)	0.274
Kullanılan ilaç sayısı	0.431	(0.168-1.106)	0.080
Verilen bilgiyi yeterli bulma**(Yeterli Bulmuyor)	0.263	(0.123-0.562)	**0.001**
İlaçlarının kullanım amacını bilme	0.781	(0.316-1.929)	0.592
İlaçlarının yan etkisini bilme**(Bilmiyor)	0.435	(0.221-0.856)	**0.016**
Fiziksel ve sosyal yeti durumu (KYA)	0.844	(0.389-1.829)	0.667
Bilişsel bozukluk durumu (SMMT_E)** (Orta yada ağır düzey)	2.953	(1.108-7.873)	**0.030**

* Yaş bağımsız değişkeni logistik regresyon analizine sürekli değişken olarak dahil edilmiştir.

** Regresyon analizinde risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Yaşlılarda ilaç kullanım yetisi ile ilişkili bağımsız değişkenlerin x^2 analizi ile incelenmesinin ardından, analizde ilaç kullanım yetisi ile ilişkili bulunan değişkenlere logistik regresyon analizi yapılmıştır. Yaşlıların ilaç kullanım yetisindeki sorun yaşama ile ilişkili bağımsız değişkenlerin logistik regresyon sonuçları incelendiğinde (Tablo 4.3.6); 75 yaş ve üzeri yaş grubunda olma [OR: 0.513(0.305-0.863)], ilaç kullanımında yardımcı kişi olmaması [OR: 0.393(0.187-.0.826)], ilaçların yan etkisini bilmeme durumu [OR: 0.435(0.221-0.856)], ilaç kullanımıyla ilgili verilen bilgiyi yeterli bulmama durumu [OR: 0.263(0.123-0.562)] ve bilişsel bozukluk durumunun orta ya da ağır düzeyde olması [OR: 2.953(1.108-7.873)] ilaç kullanım yetisinde sorun yaşamada risk faktörleri olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3.7 Yaşlıların algılanan sağlık, hastaneye yatma durumu, hekime başvurma sayısı ve kullanılan ilaçla ilgili yan etki yaşama durumunun ilaç kullanım yetisine göre dağılımı

	İlaç Kullanım Yetisi	
	Sorun var	**Sorun yok**
Algılanan Sağlık Durumu	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**
Mükemmel-İyi	61(33.2)	31(56.4)
Pek iyi değil-Kötü	123(66.8)	24(43.6)
x^2 : 11.696 sd: 1 p: 0.001*		
Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	80(43.5)	16(29.1)
Hayır	104(56.5)	39(70.9)
X^2 : 3.647 sd: 1 p: 0.056		
Hekime Başvurma Sayısı		
Bir kez	19(10.4)	13(23.6)
İki kez	49(26.8)	18(32.7)
Üç kez	56(30.6)	13(23.6)
Dört ve daha fazla	60(32.2)	11(20.0)
X^2 : 8.919 sd: 3 p: 0.030* **		
Kullanılan İlaçla İlgili Yan Etki Yaşama Durumu		
Evet	171(92.9)	46(83.6)
Hayır	13(7.1)	9(16.4)
X^2 : 4.380 sd: 1 p: 0.036* **		

* p<0.01 ***p<0.05 (Son altı aydaki durum değerlendirilmiştir ve sütun yüzdeleri alınmıştır)

Çalışmamızda ilaç kullanım yetisinin olumsuz çıktıları olarak incelenen bağımlı değişkenlerle (algılanan sağlık ve hastaneye yatma durumu, hekime başvurma sayısı, kullanılan ilaçla ilgili yan etki yaşama durumu) ilaç kullanım yetisi arasındaki ilişki incelenmiştir. İlaç kullanım yetisinde sorun olan yaşlıların çoğunluğunun (% 66.8) algılanan sağlık durumu daha olumsuz (pek iyi değil/kötü) yöndedir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.01$). Son altı ay içinde hekime başvurma sayıları (% 30.6' sı üç ve % 32.2' si dört ve üzeri) daha fazladır. Bunun yanında % 92.9' u kullanılan ilaçla ilgili yan etki yaşamaktadır ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Son altı ay içinde hastaneye yatma durumu ile ilaç kullanım yetisi arasındaki ilişki incelendiğinde, aradaki farkın istatistiki olarak önemli olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.3.7).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1 Yaşlıların Sosyodemografik ve Sağlık Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Yaşlıların çoğunluğu 70 yaş ve üzerindedir ve yaş ortalamaları 71.51±5.19' dur. Arslan ve Eşer (2005) ve Bayık ve ark (2002)' nın çalışmasında yer alan yaşlıların yaş ortalamaları grubumuzla benzerlik göstermektedir. Bu çalışma bulgularının karşılaştırılması çalışmamız yönünden olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Yaşlıların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.1.1); % 50.6' sının erkek, % 49.4' ünün kadın olduğu ve 53.1' inin evli olduğu görülmektedir.

Yaşlıların eğitim durumları incelendiğinde (Tablo 4.1.1); çoğunluğunun (% 50.2) okur-yazar olmadığı ya da okur yazar ancak okula gitmemiş (% 19.2) olduğu dikkat çekicidir. Yapılan başka çalışmalarda da (Yarış ve ark 2001, Piyal ve Ünsaldı 2002, Kesioğlu ve ark 2003, Arslan ve Eşer 2005) çalışmamızdakine benzer şekilde yaşlıların eğitim düzeyi düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda, cinsiyete göre eğitim durumuna bakıldığında, yaşlı kadınlarda okur-yazar olmama oranı % 66.9 iken, erkeklerde bu oran % 34.7 olarak bulunmuştur. Türkiye genelinde yaşlı nüfusun eğitim durumları incelendiğinde, kadınların % 84' ünün eğitiminin olmadığı ya da ilkokulu bitirmedikleri belirtilmektedir. Bu oran erkeklerde % 70 olarak bulunmuştur. Neredeyse tüm dünyada yaşlı erkeklerin kadınlara göre, eğitim almada daha avantajlı oldukları görülmektedir. Eğitim almada cinsiyet farklılaşması özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde belirgindir (DPT 2007).Yaşlılarda okuma-yazma oranın düşüklüğü, ilaç kullanımı ve buna bağlı olumsuz sonuçlar yönünden önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda yaşlıların % 32.2' sinin yalnız yaşadığı görülmektedir (Tablo 4.1.1). Bu durum yalnız yaşayan yaşlıların bakım konusunda desteğe gereksinimi olduğunu düşündürebilir. Yaşlıların % 53.1' inin düzenli aylık geliri olduğu ve % 47.7' sinin gelir düzeyini orta olarak ifade ettiği görülmektedir (Tablo 4.1.1). Arslan ve Eşer (2005)' in yürüttüğü çalışmada da yaşlılar gelir düzeyini orta olarak ifade etmişlerdir ve bizim çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Bu bulgular yaşlıların sosyoekonomik durumunun çok

iyi düzeyde olmadığı yönünde değerlendirilebilir. Yaşlıların sağlık güvencesine sahip olma oranı (% 89.1) (Tablo 4.1.1), başka bir çalışmadakine benzer şekilde yüksek bulunmuştur (Diker 2000). Bu bulgu sağlık hizmetine ulaşma yönünden olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Yaşlıların sağlık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4.1.2); % 61.5' inin sağlık durumunu pek iyi değil-kötü olarak ifade ettikleri görülmektedir. Belek (1998)' in Antalya bölgesinde yürüttüğü çalışmasında 65 yaş ve üzeri nüfusta, sağlığı kötü düzeyde algılama (% 47.4) en yüksek bulunmuştur ve bizim çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Bu bulgular yaşlının genel sağlık durumu yönünden olumsuz bir durum olarak değerlendirilebilir. Başka ülkelerde yapılan çalışmalarda (Neafsey ve Shellmann 2001, Hutchison ve ark 2006); sağlığını iyi (% 43.6) ve mükemmel (% 40.0) algılama oranları daha yüksektir. Bu çalışma bulgularının bizim çalışma bulgularımızdan farklılık göstermesi, çalışmaların yapıldığı bölgelerin gelişmişlik düzeyine ve yaşlı sağlığına daha fazla önem verilmesine bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Yaşlılara son altı ay içinde hastaneye yatma durumları sorgulandığında; çoğunluğunun (% 53.1) en az bir kez hastaneye yattığı görülmektedir. Son altı ay içinde hekime başvurma sayılarında ise % 13.7' sinin bir, % 28.6' sının iki, % 57.7' sinin üç ve daha fazla hekime başvurduğu görülmektedir (Tablo 4.1.2). Bu durum yaşlılarda hastalık sayılarının fazla olmasıyla bağlantılı olabilir. Bu bulgular yaşlıların sağlık hizmetlerine gereksinimlerinin fazla olduğu yönünde değerlendirilebilir.

Çalışma kapsamındaki yaşlıların kronik hastalık sayılarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.1.2); % 64.4' ünün bir, % 35.6' sının iki ya da daha fazla kronik hastalığı olduğu görülmektedir. Yapılan başka çalışmalarda (Akın ve Emiroğlu 2002, Toprak ve ark 2002, Piyal ve Ünsaldı 2002, Kutsal 2006) 65 yaş ve üzerindeki kişilerin çoğunluğunda birden fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu bildirilmektedir. Literatür bulguları çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Kronik hastalığı olan yaşlıların hastalık/ durum türlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.1.3); en yaygın olan ilk dört durumun hipertansiyon (% 46.0), eklem rahatsızlıkları (% 33.1), diyabet (% 20.5) ve solunum sistemi hastalıkları (% 19.7) şeklinde sıralandığı görülmektedir. 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde hipertansiyona sık olarak rastlanmakta ve bu yaş grubu için en önemli kardiyovasküler risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Roth ve Ivey

2005). Diker (2000)' in yapmış olduğu çalışmada da, kronik hastalıkların dağılımı; hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, osteoporoz, astım şeklinde sıralanmıştır. Bilir ve ark (2002)' nın yürüttükleri başka bir çalışmada ise, 65 yaş ve üzerindeki yaşlılarda en sık (% 56.1) görülen sağlık sorununun hipertansiyon olduğu, bu oranın 80 yaş ve üzerindeki yaşlılarda % 81.8' e çıktığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada 65 yaş ve üzerindeki yaşlılarda diyabet sorununun % 22.4 olduğu bulunmuştur. Bayık ve ark (2002)' nın yürüttükleri çalışmada, yaşlıların hastalık tanıları hipertansiyon, solunum sistemi hastalıkları ve diyabet şeklinde sıralanmıştır. Erkin ve ark (2004)' nın yürüttükleri çalışmada ise, yaşlıların hastalık tanıları hipertansiyon, diyabet ve KOAH şeklinde sıralanmıştır. Akın ve Emiroğlu (2002)' nun yaptıkları başka bir çalışmada yaşlılarda en yaygın görülen sağlık sorunları osteoartrit ve romatoid artrit, hipertansiyon ve görme sorunu şeklinde sıralanmıştır. Yarış ve arkadaşlarının yürüttükleri (2001) başka bir çalışmada da hipertansiyon en sık görülen sorun olarak bulunmuştur. Yapılan tüm çalışmaların bulguları bizim çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde; kronik hastalığa sahip olan yaşlılarda hipertansiyonun öncelikli ve önemli bir sağlık sorunu olduğu söylenebilir.

Yaşlıların fiziksel sosyal yeti durumları KYA ile değerlendirildiğinde (Tablo 4.2.10); yaşlı bireylerin tamamında yetiyitimi olup, % 65.2' sinin yetiyitimi ağır düzeydedir. Yeti yitimi ile ilgili olarak "son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı gün sayısı" ve "hastalık ya da yaralanma nedeni ile geçirilen gün sayısı" değerlendirilmiştir. Yaşlıların son bir ay içinde günlük işlerini ortalama 10.6± 4.4 gün aksattıkları, ortalama 6.5± 4.1 günlerini hastalık ya da yaralanma nedeni ile yatakta geçirdikleri bulunmuştur. Bu bulgular yaşlı sağlığında yetiyitiminin yaygın bir sorun olduğu ve önemli sonuçları beraberinde getireceğini düşündürmektedir.

Hiç eğitimi olmayan ya da birkaç yıl okula gidip ilkokul diploması olmayan yaşlıların bilişsel bozukluk durumu SMMT_E ile değerlendirilmiş ve % 87.3' ünde orta ya da ağır düzeyde bilişsel bozukluk olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.11). İlkokul ve daha ileri eğitimi olan yaşlıların bilişsel bozukluk durumu SMMT ile değerlendirilmiş ve % 61.6' sında orta düzeyde bilişsel bozukluk olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.12). Çuhadar ve ark (2006)' nın yürüttükleri çalışmada eğitim süresi beş yılın altında olanların bilişsel bozukluk görülme sıklığının (% 55.8) diğer eğitim düzeyindekilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışma da eğitim düzeyi ile birçok bilişsel işlev arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır (Gülseren ve ark 2000). Literatür bulguları çalışmamızı

destekler niteliktedir ve yaşlılarda bilişsel bozukluğun başka önemli sorunları da beraberinde getireceği düşünülmektedir.

5.2.2 Yaşlıların İlaç Kullanım Özellikleri ve Fiziksel, Sosyal, Zihinsel Yetiyitimi Durumuna İlişkin Bulguların İncelenmesi

Yaşlıların en az bir aydır kullandıkları ilaç sayıları değerlendirildiğinde (Tablo 4.2.1); % 10.0' unun bir, % 43.5' inin iki ve % 46.5' inin üç ve daha fazla ilaç kullandığı görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada, yaşlı bireylerde üç ve daha fazla ilaç kullanma oranı % 32, beş ve daha fazla ilaç kullanma oranı ise % 11.5 olarak bulunmuştur (Brekke ve ark 2006). Yaşlılarda birden fazla ilaç kullanımın sık görüldüğü literatürde belirtilmektedir (Akan ve ark 1999, Esengen ve ark 2000, Hanlon ve ark 2002, Bayık ve ark 2002, Toprak ve ark 2002, Ellenbecker ve ark 2004, Erkin ve ark 2004, Brekke ve ark 2006, Kutsal 2006, Steinman ve ark 2006, Dişcigil ve ark 2006, Özbek ve ark 2006). Literatürdeki bulgular çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Yaşlıların ilaç kullanımında hata yapma ve yan etki yaşama oranlarının artmasında birden fazla ilaç kullanımının önemli olduğu söylenebilir. Yaşlılarda birden fazla kronik hastalık ve sorun olmasının ise çok sayıda ilaç kullanımında önemli bir etken olduğunu söyleyebiliriz.

Yaşlı bireylerin en az bir aydır ya da daha uzun süredir kullandığı ilaç türlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.1); en yaygın olarak kullanılan ilk dört ilaç türünün sırasıyla, antihipertansifler (% 45.2), antiromatizmal ilaçlar (% 33.1), diüretikler (% 23.0) ve antidiyabetikler (% 20.9) olduğu görülmektedir. Tunca (2006)' nın yürüttüğü bir çalışmada antihipertansif ilaçların yaşlılarda en sık ve sürekli kullanılan ilaç grubu içinde yer aldığı bildirilmiştir. Yürütülen başka çalışmalarda da yaşlıların en sık kardiyovasküler sistem ilaçlarını kullandıkları bulunmuştur (Diker 2000, Esengen ve ark 2000, Akın ve Emiroğlu 2002, Bayık ve ark 2002, Erkin ve ark 2004, Yeşilbalkan ve Karadakovan 2005, Özbek ve ark 2006, Dişcigil ve ark 2006). Literatür bulguları çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Kronik hastalıkların dağılımına bakıldığında (Tablo 4.1.3); hipertansiyonun birinci sırada yer alması bu grup ilaçların ilk sırada kullanılması durumunu açıklayabilir.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde; yaşlıların % 19.2' sinin doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle (komşu, akraba, eczacı vs) ilaç kullandığı saptanmıştır. Arslan ve Eşer (2005)' in yaptığı çalışmada, doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullanma oranı % 20.0 olarak bulunmuştur ve kardiyovasküler sistem ilaçları kullanan yaşlıların

yarısının ilacı bittiğinde reçetesiz ilaç alma eğiliminde oldukları bildirilmiştir. Esengen ve ark (2000)' nın çalışmasında reçetesiz ilaç kullanma oranı % 14.4' dür. Literatür bulguları çalışma bulgumuzla benzerdir. Bu bulgular yaşlılarda reçetesiz ilaç kullanmanın önemli bir sorun olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda yaşlıların çoğunluğunun (% 54.4) reçete edilen ilaçları düzenli kullanmadığı bulunmuştur. Yaşlıların reçete edilen ilaçları kullanmama nedenlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.2); çoğunun (% 51.5) ilacın faydasını görmediğini düşünmesi olduğu görülmektedir. Bu bulgu, yaşlıların tedavileri konusunda daha fazla bilgilendirilmeye gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. Yaşlıların % 30.8' i ise ilaçlar pahalı olduğu için reçete edilen ilaçları kullanmadığını ifade etmiştir. Bu durum yaşlıların önerilen tedaviye uyum ve sürdürme konusunda yetersiz kaynaklara sahip olduğunu düşündürebilir. Yaşlıların % 3.1' i ise tedaviyi kabul etmediği için reçete edilen ilaçları kullanmadığını belirtmiştir. Yaşlıların hastalığı ve tedavisi yönünden bilgilendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Yaşlıların reçete edilen ilaçlarla ilgili yaşadıkları yan etkilerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.3); % 90.8' i kullandığı ilaçla ilgili yan etki yaşadığını ifade etmiştir. Arslan ve ark (2000)' nın yürüttüğü çalışmada; yaşlıların % 69.1' i ilaca bağlı yan etki yaşadığını belirtmiştir. Yaşlıların çoğunluğunda ilaca bağlı yan etkiler yaşanması yaşlı sağlığı ve tedaviye uyum yönünden olumsuz bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Araştırma kapsamındaki yaşlıların kullandıkları ilaçla ilgili yaşadıkları yan etkilerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.3); mide şikayetleri (% 61.3), baş dönmesi (% 27.3) ve tansiyon düşüklüğü (% 26.7) şeklinde sıralandığı görülmektedir. Arslan ve ark (2000)' nın yürüttükleri çalışmada ise ilaç kullanımına bağlı mide şikayetleri birinci sırada yer almaktadır. Bu bulgular bizim çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir. Yaşlıların büyük bir çoğunluğunda ilaç kullanımına bağlı mide şikayetlerinin olması, yaşlanma ile sindirim sistemi enzimlerinin salgılarında değişiklik meydana gelmesi (Demirol ve ark 2006, Erenmemişoğlu 2006) durumuna bağlanabilir. Mide şikayetleri yaşlının beslenme durumunu da etkileyecek önemli bir yan etki olarak değerlendirilmelidir. Yaşlılarda baş dönmesi ve hipotansiyon da önemli bir sorun olarak değerlendirilmelidir. Akın (2007)' ın yürüttüğü bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde baş dönmesi ve postürel hipotansiyon durumu düşmeler için bir risk faktörü olarak belirlenmiş ve birinci basamakta çalışan hemşirelere önerilerde bulunulmuştur.

Yaşlıların reçete edilen ilaçlarla ilgili yaşadıkları yan etkilere yönelik uygulamaların dağılımı incelendiğinde, % 42.4' ü hekime, % 3.7' si ise hemşireye danıştığını ve % 53.9' u kullandığı ilacı bıraktığını ifade etmiştir (Tablo 4.2.4). Yaşlıların kullandığı ilaçları bırakmaları yönündeki davranışları tedavinin sürdürülmesi yönünden olumsuz bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Fadıloğlu ve ark (2001)' nın yapmış oldukları çalışmada, ilaç yan etkisi görülen yaşlıların çoğunlukla doktora ya da sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirten yanıtlar almışlardır. Bu durumun yaşlılara ilaçları ile ilgili en fazla bilgiyi hekimlerin vermesi ve tedaviyi de hekimlerin düzenlemiş olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. İlaç kullanımında yaygın yan etkiler yaşanması ve bu konuda yeterli yardım alınmaması ve önemli bölümünün tedaviyi bıraktığı göz önünde bulundurulduğunda; yaşlının ilaç kullanma durumunun özellikle birinci basamakta çalışan hemşire tarafından değerlendirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.5); % 30.5' inin ilaçlarının kullanım amacını ve % 64.4' ü ise ilaçlarının yan etkilerini bilmediğini belirtmiştir. Eski ve Pınar (2005)' ın yürüttüğü çalışmada yaşlıların ilaç kullanımı ile ilgili yan etkilerini bilmeme oranı yüksek (% 94.2) bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak yaşlıların kullandıkları ilaçlar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını söyleyebiliriz.

Yaşlıların ilaçlarını saklama yerlerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.5); % 41.4' ü buzdolabında, % 35.6' sı kapalı bir dolapta ve % 23.3' ü ise dışarıda açık bir yerde (masa, sehpa vb) sakladığını ifade etmiştir. İlaç kutuları üzerinde de belirtildiği gibi, ilaçların oda sıcaklığında ve güneş almayan bir yerde saklanması gerekirken, yaşlıların yalnızca % 35.6' sının ilaçlarını kapalı bir dolapta saklaması önemli bir bulgudur. Yukarıda da belirtildiği gibi yaşlının ilaç kullanımı ve saklanması konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu söylenebilir.

Yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin beceri durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.6); % 63.2' sinin son kullanma tarihini kontrol etmediği ve % 80.8' inin prospektüs okumadığı görülmektedir. Arslan ve Eşer (2005)' in yürüttüğü çalışmada, ilaç prospektüsünü okumama oranı % 81.7 olarak bulunmuştur ve bizim çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir. Yaşlıların tedavilerini kendi kendine yürütme konusunda yeterli beceriye sahip olmada sorunları olduğunu söyleyebiliriz. Yaşlıların ilaç prospektüsünü okumama nedenleri incelendiğinde (Tablo 4.2.6); % 77.7' si yazılan ifadeleri anlamadığını,

% 13.0' ü görme problemi olduğunu ve % 93.3' ü ise okumaya gerek duymadığını ifade etmiştir. Neafsey ve Shellmann (2001)' ın çalışmasında, yaşlıların % 38.3' ü prospektüste yer alan yazıların küçük olduğu ve % 15.0' i ise yazıların anlaşılmaz olduğu yanıtlarını vermişlerdir. Yazılan yazıları göremediği için okuyamama her iki çalışma için de ortak sorundur. Bu bulgular prospektüsteki yazıların kullanıcıya yönelik değil de sağlık çalışanına yönelik hazırlanmış olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgular yaşlıların çoğunluğunun ilaç prospektüsünü okumaya gerek duymaması yönünden önemli bir bulgudur. Bu bulgular yaşlılara ilaç kullanımıyla ilgili verilen bilgilerin yetersiz olduğu ve bunun tedavilerini kendi kendine yürütmeleri konusunda sorunlara yol açabileceğini söyleyebiliriz.

İlaç kullanım yetisini değerlendirmek amacıyla yaşlılara beş soru yöneltilmiştir. İlaç kullanımı ile ilgili yöneltilen bu sorulara dayanarak, beş hatalı davranıştan hiçbirini yapmayanlar ilaç kullanım yetisinde "sorun yok", bir ya da daha fazla hatalı davranış yapanlar ise ilaç kullanım yetisinde "sorun var" olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlıların ilaç kullanım yetisi durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.7); % 77.0' sinde sorun olduğu görülmektedir. İlaç kullanımında sorun alanlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.8); kendisini hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma (% 72.0), ilaç almayı unutma (% 70.7), kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını almayı bırakma (% 69.0), ilaçları alma konusunda özensiz davranma (% 63.5) ve ilaçları doktorun önerdiği dozda almama (% 58.6) şeklinde sıralanmıştır. Eski ve Pınar (2005)' nın yürüttükleri çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Yaşlılarda ilaç kullanım yetisi ile ilgili alanlarda yaygın olarak sorun yaşanması ilaç tedavisinin etkin bir şekilde yürütülmesi ve yaşlı sağlığı yönünden olumsuz bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Yaşlıların kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi alma durumları incelendiğinde (Tablo 4.2.9); % 87.0' si kullandığı ilaçla ilgili bilgi aldığı görülmektedir. Eski ve Pınar (2005)' ın çalışmasında da kullanılan ilaçla ilgili bilgi alanların oranı % 62.5 olarak bulunmuştur. Yaşlı bireylere sağlık personeli tarafından ilaç kullanımıyla ilgili bilgi verilmesi önemli bir bulgudur.

Yaşlılara kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgiyi kimden aldıkları sorulduğunda; % 64.9' u hekimden, % 17.8' i eczacıdan ve % 17.3 ise hemşireden aldıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.2.9). Yaşlıların % 64.9' unun hekim tarafından bilgilendirilmiş olmasının hekimlerin reçete yazarken ilaçlarla ilgili sözel bilgi vermeleriyle bağlantılı olduğu düşünülebilir.

Yaşlıların verilen bilgiyi anlama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.9); verilen bilgiyi anlayanlar % 88.0 ve yeterli bulanlar % 58.2 olarak bulunmuştur. Yaşlıların önemli bir çoğunluğu verilen bilgiyi anlamasına rağmen, önemli bir bölümü (% 41.8) yeterli bulmadığını belirtmiştir. Bulgular, yaşlıların ilaçları konusunda bilgilendirilmesine rağmen verilen bilginin içeriğinin yeterli düzeyde olmadığını düşündürmektedir.

Yaşlıların ilaç kullanımında yardım alacağı kişi durumu değerlendirildiğinde (Tablo 4.2.9); araştırma kapsamındaki yaşlıların çoğunluğu (% 52.3) yardım alacağı kişi olmadığını ifade etmiştir. Yaşlıların ilaç kullanımında yardım alacağı yakınının olmamasının ilaç kullanımında hata yapma oranını artırabileceğini düşündürmektedir.

Yaşlıların sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşama durumları değerlendirildiğinde (Tablo 4.2.9); % 70.7' si sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşamadıklarını ifade etmeleri olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

5.3 Yaşlıların İlaç Kullanım Yetisi İle İlişkili Değişkenlere İlişkin Bulguların İncelenmesi

Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.1); ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama oranı, 70- 74 yaş grubunda (% 81.7), 75 ve üzeri yaş grubunda (% 91.8) daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p< 0.001$). Huzurevinde yaşayan yaşlılar üzerinde yürütülen çalışmalarda (Esengen ve ark 2000, Çuhadar ve ark 2006) yaş artışı ile ilaç kullanımında sorun yaşama arasında ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir ve ileri yaşın ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama yönünden bir risk olduğu söylenebilir.

Yaşlıların cinsiyet dağılımları ile ilaç kullanım yetisi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.3.1); ilaç kullanımında sorun yaşama oranı kadınlarda ve erkeklerde benzerdir ve istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Özbek ve ark (2006)' nın yürüttükleri çalışmada da cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Yaşlıların eğitim durumları ile ilaç kullanım yetisi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 4.3.1); ilaç kullanım yetisinde sorun yaşayanların (% 84.3) çoğunluğu okur-yazar değildir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yardımcı ve ark (1996)' nın yürüttükleri çalışmada, yaşlıların eğitim seviyesi arttıkça ilaç kullanma uyumlarının olumlu düzeyde değiştiği belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada (Çuhadar ve ark 2006) benzer şekilde eğitim düzeyi ile ilaç kullanımında sorun yaşama arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Düşük eğitim düzeyinde ve okur-yazar olmayan yaşlıların ilaç kullanma yetisinde sorun yaşama yönünden risk altında olduğu söylenebilir.

Medeni durum ve ilaç kullanım yetisi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.3.1); dul olanların evli olanlara göre ilaç kullanım yetisinde daha fazla sorun yaşadığı görülmektedir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Dul olmanın ileri yaş ve yalnız yaşama durumu ile ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulduğunda yaş ile ilgili bulgumuzu destekleyen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Yaşlıların birlikte yaşadığı kişi ile ilaç kullanım yetisi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 4.3.1); yalnız yaşayanların (% 87.0) ve ilaç kullanımında yardım alacağı kişi olmayan yaşlıların (% 85.6) ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama oranı daha yüksektir ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun olmasında, yalnız yaşamanın ve destek kaynaklarının olmamasının önemli bir etken olduğu söylenebilir. Yaşlılarda uygun ilaç kullanımı yönünden yardım ve destek sağlamanın ilaç kullanım yetisinin olumlu yönde geliştirilmesinde önemli görünmektedir.

Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin sosyoekonomik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.2); düzenli aylık geliri olmayanların (% 83.9) ve algılanan ekonomik durumu kötü olanların (% 83.0) çoğunluğunun ilaç kullanım yetisinde sorun olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir ($p<0.01$). Sosyoekonomik

durumu düşük olan yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama yönünden daha fazla risk altında olduğu söylenebilir.

Yaşlıların sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşama durumları ile ilaç kullanım yetisi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.3.2); istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.3); yaşlıların kronik hastalık sayısına göre, kronik hastalık sayısı iki ve daha fazla olanlarda (% 90.6) bir kronik hastalığı olanlara (%69.5) göre, ilaç kullanım yetisinde daha fazla sorun olduğu ve gruplar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Bu durumu kronik hastalık sayısı arttıkça kullanılan ilaç sayısının artması ile ilişkilendirebiliriz. Bunun yanında kronik hastalık sayısının artması yaşlının genel sağlık durumunu ve dolayısıyla ilaç kullanım yetisini etkileyen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Yaşlıların kullandığı ilaç sayısı ile ilaç kullanım yetisi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, kullanılan ilaç sayısı üç ve daha fazla olanlarda (% 88.3) ilaç kullanım yetisinde sorun oranı daha yüksektir ve gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.01$) (Tablo 4.3.3). Yapılan başka çalışmalarda (Roth ve Ivey 2005, Fulton ve Allen 2005) da birden fazla ilaç kullanımı ile ilaç kullanım hatası arasında ilişki anlamlı bulunmuştur. Yaşlı bireylerin en fazla ilaç tüketen yaş grubu olduğu ve çoğunluğunun aynı anda üç veya daha fazla ilaç kullandığı ve bu durumun ilaç tedavisine uyumu zorlaştırdığı bildirilmektedir (Karan 2004, Linjakumpu ve ark 2002, Neumann ve Tobis 2007). Literatür bulguları çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Çok sayıda ilaç kullanımının ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama yönünden bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin ilaçla ilgili bilgi alma durumuna göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.4); ilaç kullanımında sorun yaşama durumu, ilaçla ilgili bilgi alma, bilgi kaynakları ve verilen bilgiyi anlama durumları ile ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). İlaçla ilgili verilen bilgiyi yeterli bulmayanların ilaç kullanım yetisinde sorun oranı istatistiksel olarak daha yüksek (% 88.5) bulunmuştur ($p<0.001$). İlaçların kullanım amacını bilmeyen yaşlıların çoğunluğunun (% 87.7) ilaç kullanım yetisinde sorun olduğu bulunmuştur ve ilişki istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Yaşlılardan kullandıkları ilaçların yan etkisini bilmeyenlerin çoğunun (% 83.8) ilaç kullanım yetisinde sorun olduğu ve gruplar arasındaki

farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Bu bulgular ilaç kullanım yetisi yönünden önemli olanın ilaç kullanımı konusunda bilgi verilmesinden ziyade verilen bilginin içeriği ve niteliğini düşündürmektedir (Tablo 4.3.4).

Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin fiziksel-sosyal yeti yitimi durumu yönünden dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.5); ağır düzeyde sorunu olan yaşlıların % 81.4' ünün ilaç kullanım yetisinde sorun vardır ve fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0.05$). Yapılan başka çalışmaların yetiyitimi olan yaşlılarda ilaç kullanım hatalarının daha fazla olduğu yönündeki bulguları çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir (Ellenbecker ve ark 2004, Schimidit ve Lieto 2005). Yetiyitimi ağır düzeyde olan yaşlıların karar verme yeterliliği ve bağımsızlık konusunda sorunları olduğu unutulmamalıdır. Yaşlılarda fiziksel-sosyal yetiyitiminin ilaç kullanım yetisini de olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir durumdur. Yetiyitimi sorunu ağır olan yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama yönünden risk grubu olduğu söylenebilir.

Hiç okuma yazması olmayan ya da birkaç yıl okula gidip ilkokul diploması olmayan yaşlı bireyler için SMMT_E 'nin kullanıldığı çalışmamızda; bilişsel durumunda orta ya da ağır düzeyde sorunu olan yaşlıların (% 82.8) ilaç kullanım yetisinde sorun daha fazladır ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Çalışmamızda ilkokul ve daha ileri eğitimi olan yaşlıların bilişsel bozukluk durumunu değerlendirmeye yönelik olarak ise SMMT kullanılmıştır. Yaşlıların ilaç kullanım yetisinin bilişsel bozukluk durumu (SMMT) yönünden dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3.5); orta ya da ağır düzeyde sorunu olan yaşlıların yüzdelik dağılımları benzerdir ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.3.5). Yapılan başka çalışmalarda da eğitim düzeyi ile bilişsel bozukluk düzeyi arasında istatisitksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Maral ve ark 2001, Hutchison ve ark 2006). Çuhadar ve ark (2006)'nın çalışmasında eğitim süresi beş yıldan az olanlarda bilişsel bozukluk görülme oranının (% 55.8), eğitimli olanlara göre (% 11.8) daha yüksek olması yönündeki bulgular eğitim düzeyi daha yüksek olanlarda bilişsel yetiyitiminin dolayısıyla ilaç kullanım yetisinde daha az sorun olmasını açıklayabilir. Eğitim düzeyi düşük olan yaşlılarda zihinsel yetiyitiminin aynı şekilde yaşlılarda ilaç kullanım yetisini olumsuz yönde etkileyen bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceğini söyleyebiliriz. Eğitim düzeyinin yüksek olmasının, yaşlı bireylerde zihinsel bozukluğa rağmen ilaç kullanım uyumlarını olumlu yönde etkileyen bir durum oluşturduğu söylenebilir.

Yaşlıların ilaç kullanım yetisi için risk faktörlerinin belirlenmesinde logistik regresyon analizi yapılmıştır. Logistik regresyona bağımlı değişken olarak ilaç kullanım yetisi alınırken bağımsız değişken olarak Ki-kare testine göre ilaç kullanım yetisi ile ilişkili bulunan (yaş, eğitim, medeni durum, birlikte yaşanılan kişi, ilaç kullanımında yardım alacağı kişi, düzenli aylık gelir, algılanan ekonomik durum, kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı, verilen bilgiyi yeterli bulma durumu, ilaçlarının kullanım amacını ve yan etkisini bilme durumu, fiziksel ve sosyal yetiyitimi durumu, SMMT_E 'ye göre belirlenen bilişsel bozukluk durumu) değişkenler incelenmiştir (Tablo 4.3.6). İlaç kullanım yetisinde sorun riski, 75 yaş ve üzeri yaş grubunda 0.5 ve ilaç kullanımında yardımcı kişi olmayanlarda 0.3, kullandığı ilaçların yan etkisini bilmeyenlerde 0.4, ilaç kullanımıyla ilgili verilen bilgiyi yeterli bulmayanlarda 0.2 ve bilişsel bozukluğu olan eğitimsizlerde 2.9 kat daha fazladır ($p<0.05$). Yapılan başka bir çalışmada da (Lau ve ark 2004) ileri yaş grubunda olma ve mental sorunların olması yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımında risk faktörü olarak belirlenmiştir. İleri yaşta olan, bakım konusunda yardım alamayan, kullandığı ilaçların yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmayan, ilaçla ilgili kendisine verilen bilgileri yeterli bulmayan, eğitimsiz ve bilişsel bozukluğu olan yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun yaşama yönünden özellikle ele alınması gereken risk grupları olduğu söylenebilir.

İlaç kullanım yetisinde sorun olmasının yaşlının sağlık durumu ile ilgili olumsuz sonuçları olacağı düşünülerek bazı sağlık özelliklerinin ilaç kullanım yetisi ile ilişkisi incelenmiştir. İlaç kullanım yetisinin olumsuz çıktıları ile ilişkili bağımlı değişkenler olarak algılanan sağlık, son altı ay içinde hastaneye yatma durumu ve hekime başvurma sayısı ve kullanılan ilaca bağlı yan etki yaşama durumu incelenmiştir (Tablo 4.3.7). İlaç kullanım yetisinde sorun olan yaşlı bireylerin (% 66.8) algılanan sağlık durumu daha olumsuz (pek iyi değil/kötü) yöndedir ($p<0.01$). Bu bulguya dayanarak yaşlıların ilaç kullanım yetisindeki sorunların genel sağlık durumlarında olumsuz değişime yol açtığı söylenebilir. Son altı ayda hastaneye yatma durumu ilaç kullanım yetisi ile ilişkili değildir ($p>0.05$). Yaşlıların tıbbi tedavilerinin hastane ortamında sağlık personeli tarafından yürütülüyor olması, ilaç kullanım yetisinde sorunun daha az görülmesini açıklayan bir durum olabilir. Yaşlıların son altı aydaki hekime başvurma durumunun ilaç kullanım yetisine göre dağılımı incelendiğinde; ilaç kullanım yetisinde sorun olanların hekime başvurma sayıları daha fazladır ve ilişki istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.7). Yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun olması ilaca bağlı daha çok sorun yaşama ve dolayısıyla hekime daha sık başvurma nedeni olabilir. İlaç kullanım yetisinde sorun olanların % 92.9' u kullandığı ilaçla ilgili yan etki

yaşamaktadır ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Eski ve Pınar (2005)' ın yürüttükleri çalışma da benzer bulgu elde edilmiştir. Yaşlıların ilaç kullanım yetisinde sorun olmasının yan etkileri daha fazla yaşamaları yönünden önem taşıdığı söylenebilir.

Sonuçlar

Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 239 yaşlının ele alındığı bu çalışmada yaşlıların % 44.8' i 65- 69 yaş grubundadır, % 50.6' sı erkektir ve çoğunluğu (% 69.4) okur-yazar değil ya da okur-yazar ama okula gitmemiştir. % 53.1' i evlidir ve % 67.8' i eşi ya da çocukları ile beraber yaşamaktadır. Yaşlıların % 89.1' inin sağlık güvencesi, % 53.1' inin düzenli aylık geliri vardır ve % 47.7' si ise aylık gelirini orta düzey olarak ifade etmektedir. Bireysel özellikleri bu şekilde tanımlanan yaşlıların ilaç kullanım yetisi ve ilişkili özelliklere ait sonuçlar aşağıdadır:

- Yaşlıların % 46.5' inin üç ve daha fazla ilaç kullandığı ve ilk sırayı antihipertansif ilaçların oluşturduğu,
- Yaşlıların % 19.2' sinin doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullandığı, % 54.4' ünün ise reçete edilen ilaçlarını düzenli kullanmadığı, reçete edilen ilaçları kullanmama nedenlerinin çoğunlukla ilaçların faydasını görmediğini düşünmesi olduğu,
- Araştırma kapsamındaki yaşlıların % 90.8' inin kullandığı ilaca bağlı yan etki yaşadığı ve ilk sırayı mide şikayetlerinin oluşturduğu, kullandığı ilaca bağlı yan etki yaşayan yaşlıların çoğunluğunun kullandığı ilacı bıraktığı,
- Yaşlıların çoğunluğunun; ilaçlarının kullanım amacını bildiği, ancak yan etkilerini bilmediği, son kullanma tarihini kontrol etmediği, prospektüs okumadığı ve çoğunluğunun prospektüste yazılanları anlamadığı ya da göremediği,
- Yaşlıların % 77.0' sinde ilaç kullanım yetisinde sorun olduğu, sorun alanlarının dağılımına bakıldığında, %72.0' sinin kendisini hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bıraktığı, % 70.7' sinin ilaç almayı unuttuğu, % 69.0' unun kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını almayı bıraktığı, % 63.5' inin ilaçları alma konunda özensiz davrandığı ve % 58.6' sının ilaçlarını doktorun önerdiği dozda almadığı,

- Yaşlıların çoğunluğunun kullandığı ilaçla ilgili bilgi aldığı ve bu bilgi kaynağının hekim olduğu, verilen bilgiyi anladığı, ancak yeterli bulmadığı ve ilaç kullanımında yardım alacağı bir yakının olmadığı,
- Yaşlıların tamamında fiziksel-sosyal yetiyitimi olduğu ve % 65.2' sinde yetiyitiminin ağır düzeyde olduğu ve son bir ay içinde günlük işlerini ortalama 10.6±4.4 gün aksattıkları ve ortalama 6.5±4.1 günlerini hastalık ya da yaralanma nedeni ile yatakta geçirdikleri,
- Bilişsel bozukluk durumları SMMT_E' ye göre belirlenen eğitimsiz yaşlıların % 77.1' inde ve SMMT' ye göre belirlenen eğitimli yaşlıların da % 61.6'sında orta düzeyde bilişsel bozukluk olduğu,
- İleri yaşta, düşük eğitimli, dul olan, yalnız yaşayan ve ilaç kullanımında yardım alacağı birisi bulunmayan, düzenli aylık geliri olmayan ve ekonomik durumunu kötü olarak algılayan yaşlıların ilaç kullanım yetisinde daha fazla sorun yaşadığı, cinsiyet ve sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşamanın ilaç kullanım yetisinde önemli faktörler olmadığı,
- Yaşlılarda kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısının fazla olması, kullanılan ilaçların kullanım amacı ve yan etkisi konusunda bilgi sahibi olmama, verilen bilgiyi yeterli bulmamanın ilaç kullanım yetisindeki sorun yaşamada önemli faktörler olduğu, ilaç kullanımı konusunda bilgi alma, bilgiyi anlama ve bilgi kaynağının ise önemli faktörler olmadığı,
- Fiziksel ve sosyal yeti (KYA) durumu ağır düzeyde olanlar ve bilişsel bozukluk düzeyi (SMMT_E) orta ya da ağır düzeyde olan eğitimsizlerin ilaç kullanım yetisinde daha fazla sorun yaşadığı, ilkokul ve daha üzeri eğitimli yaşlılarda ise bilişsel bozukluk düzeyinin (SMMT) önemli bir faktör olmadığı,
- Logistik regresyon analizine göre, ileri yaş grubunda (75 yaş ve üzeri) olma, ilaç kullanımında yardımcı kişi olmaması, kullandığı ilaçların yan etkisini bilmeme ve ilaç kullanımıyla ilgili verilen bilgiyi yeterli bulmama durumu ve eğitimsizlerde bilişsel bozukluk durumunun orta ya da ağır düzeyde olmasının ilaç kullanım yetisindeki sorun yaşamada risk faktörleri olduğu,
- İlaç kullanım yetisinde sorun olan yaşlıların algılanan sağlık durumunun daha kötü, hekime başvurma sayısının daha fazla ve kullanılan ilaca bağlı yan etki yaşama oranının daha yüksek olduğu ve hastaneye yatma durumunun ise ilaç kullanım yetisi ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Öneriler:

Araştırma sonuçlarına göre, yaşlıların büyük çoğunluğunun ilaç kullanımı konusunda sorun yaşadıkları bulunmuştur. Yaşlıların ilaç kullanım hatalarını azaltma ve karşılaştıkları sorunların en az düzeye indirilebilmesi için;

- Yaşlıların hastalıkları ve kullandığı ilaçlar konusunda duyusal ve zihinsel özellikleri dikkate alınarak eğitilmeleri ve gerekiyorsa bakımdan sorumlu aile bireylerini ya da diğer kişileri doğru ilaç kullanım ilkeleri konusunda bilgilendirmeleri önemlidir. Eğitim konuları şunları içermelidir:

  - Sahip olduğu hastalıklar konusunda öz-bakım
  - Kullandığı ilaçlarla ilgili ilacın adı, dozu, kullanım şekli yanında, ilacın etki mekanizması, yan etkileri ve güvenli ilaç kullanımı (son kullanma tarihini kontrol etme, saklama koşulları, prospektüs okuma..vs) ilkeleri
  - İlaçla ilgili sorun yaşadığında yardım kaynakları bilgisi

- Özellikle evde yaşayan yaşlıların, halk sağlığı hemşireleri tarafından ilaç kullanımı yönünden periyodik olarak değerlendirilmelerini,
- İleri yaşta, düşük eğitimli, dul ve yalnız yaşayan, ilaç kullanımında yardım alacağı yakını olmayan, sosyoekonomik düzeyi düşük, kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı iki ya da daha fazla olan yaşlıların ilaç kullanım hataları yönünden özellikle izlenmesini,
- Fiziksel, sosyal ve zihinsel yetiyitimi olan yaşlıların ilaç kullanım hataları yönünden risk grupları olarak özellikle izlenmesi ve yakınlarının bilgilendirilmesini,
- İleri yaşta, yardım alacağı yakını olmayan, ilaç yan etkileri konusunda bilgisizliği olan ve kullanılan ilaçlar konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünen ve özellikle eğitim düzeyi düşük yaşlılarda bilişsel yetiyitimi durumunun değerlendirilmesi ve öncelikle ele alınmasını,
- İlaç kullanım yetisinde sorun olan yaşlıların genel sağlık durumunda olumsuz yönde değişim olabileceğinin düşünülmesi ve sağlık durumunun daha yakından izlenmesini önerebiliriz.

6. ÖZET

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği
YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA–2008
Tuğba SOLMAZ

Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ve Kendi Kendine İlaç Kullanım Yetisi

Çalışmanın amacı, Sivas kent merkezi Kadıburhanettin Sağlık Ocağı bölgesinde, evde yaşayan yaşlı bireylerin ilaç kullanım özelliklerini ve kendi kendine ilaç kullanım yetisini değerlendirmektir. Sistematik rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen, 65 yaş ve üzerinde, kronik hastalığı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 239 yaşlı birey çalışmanın örneğini oluşturmuştur.

Veri toplamak için 39 soru içeren bir anket formu ilkokul ve daha fazla eğitimliler için Standardize Mini Mental Test (SMMT**),** eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT_E) ve Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) (Brief Disability Questionnaire) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. İstatistiksel analizler için ortalama, yüzdelik dağılım, Ki-kare testi ve Logistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Sonuçlar, birden fazla ilaç kullanımın yaygın olduğunu ve kullanılan ilaçların çoğunun antihipertansifler olduğunu göstermiştir. İleri yaşta, düşük eğitimli, dul, yalnız yaşayan, yardım kaynağı olmayan ve ekonomik durumunu kötü olan yaşlıların ilaç kullanımında daha fazla sorun olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısının fazla olması, ilaçlarının kullanım amacı ve yan etkisi konusunda bilgi sahibi olmama, verilen bilgiyi yeterli bulmama, fiziksel, sosyal ve aynı zamanda bilişsel yetersizlik kendi kendine ilaç kullanma yetisinde önemli faktörler olarak belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bulgularımıza dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur; özellikle fiziksel ve sosyal yönden yeterli olmayan ve ilaç kullanımında yetersizliği olan yaşlılar yakından izlenmelidir. İlaç kullanımında yardımcısı olmayan ve aynı zamanda ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgisi olmayan ileri yaştaki bireyler daha yakından izlenmelidir. Düşük eğitim düzeyine sahip yaşlılar yetiyitimi yönünden değerlendirilmeli ve hizmetler öncelikle onlara yönlendirilmelidir.

7.SUMMARY

Selçuk University Instute Health Sciences
Department of Nursing, Public Health Nursing
MASTER THESİS / KONYA 2008
Tuğba SOLMAZ

Medication use and Self-Medication use ability in elders 65 years and over living in home

The purpose of the study was to examine the older people's self-medication use ability and also characteristics of medication use of elders who live in their home around the Kadıburhaneddin primary health care center in Sivas city centre. Sample was randomly selected with systematic sampling method, 239 elders who have at least one chronic diseases, are 65 years and older and accepted to join the study were included in the study.

A questionnaire which includes 39 questions, a Standardised Mini-mental Test for those having primary or more educational level and another Standardised Mini-mental Test for those having no education, and Brief Disability Questionnaire were used to collect data. Data were collected by researcher with home visits and face to face interview. Average and percentage distribution, X^2 test and logistic regression analysis were used for statistical analyses.

The results showed that use of more than one medicine is common and the medicine used most was antihypertensives. The elders who have low educational level, being widowed, living alone, not having assistance, economically in bad situation had more problems in medication use ($p<0.05$). According to the study results the important factors in self-medication use ability were number of chronic disease, using too many medicine, not having enough knowledge about the medicine and its side effects, not satisfied with given knowledge, having physical and social, and also cognitive disability ($p<0.05$).

On the basis of our findings, the following recommendations have been made; especially physically and socially disabled elder peoples who have inability in medication use should be followed closely, elderly people who not having assistance for medication use and also not having necessary knowledge about medication use should be followed more closely, and also the elders having low educational level should be evaluated for having disability and the services should be directed to them previously.

8. LİTERATÜR LİSTESİ

Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğer T (1999) *Yaşlıda İlaç Kullanımı*, Türk Geriatri Dergisi, 2(1):33-38.

Akdemir N (2000) *Yaşlılarımızın Bakımları İvedilikle Çözülmelidir*, Türk Geriatri Dergisi, 3(4): 169.

Akın B ve Emiroğlu ON (2002) *Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobiliteye Bağlı Yetiyitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi* Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, s: 42-44.

Akın B, Solmaz T, Koçoğlu D, Arslan SY (2007) *65 Yaş ve Üzeri Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Düşme İle Postürel Hipotansiyon Arasındaki İlişki,* Manisa Celal Bayar Üniversitesi, V. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Bildiri Sunumu s:54.

Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Çalı Ş, Oktay Ş (2001) *Pratisyen Hekimlerin Yaşlılarda İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi,* Türk Geriatri Dergisi, 4(3): 100–105.

Arslan GG ve Eşer İ (2005) *Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu ve Hemşirenin Rolü,* Ege Ünv. HYO Dergisi, 21(2): 147-157.

Arslan Ş, Atalay A, Kutsal YG (2000) *Yaşlılarda İlaç Tüketimi*, Türk Geriatri Dergisi, 3(2): 56–60.

Aştı N (2002) *Çeşitli Yönleri İle Geriatri Bakımı: Bakım Hizmetleri ve Hemşirenin Rolü*, I. Ulusal Geriatri Kongresi, Kongre Kitabı, Antalya, s: 157-159.

Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L (2005) *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi,* İnönü Ünv. Tıp Fak. Dergisi, 12(3): 177-183.

Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F (2005) *Eskişehir' de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları,* Sted Dergisi, 14(5): 113-119.

Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G (2005) *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6: 227-239.

Bakar C, Özkan S, Maral I, Karataş GK, Sepici V (2002) *Bir Üniversite Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğe Başvuran 60 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Tanıları,* Türk Geriatri Dergisi, 5(2): 59-63.

Bayık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M ve Ark (2002) *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları,* Türk Geriatri Dergisi, 5(2): 68-74.

Belek İ (1998) *Algılanan Sağlıkta Sınıfsal ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler, Antalya'da Bir Alan Araştırması,* Toplum ve Hekim, 13(4): 292-299.

Bertan M ve Güler Ç (1997) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler,* 2. Baskı, Güneş Yayınevi, Ankara, s: 366-368.

Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Sıddıqui Z, Uluç F ve Ark (2002) *Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı Kitabı,* T.C Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müd., s: 654-7.

Blalock SJ, Byrd JE, Hansen RA, Yamanis TJ, McMullinK, Devellis BM et all (2005) Factors *Associated with Potentially Inappropriate Drug Utilization in a Sample of Rural Community-Dwelling Older Adults,* The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, p:168-79.

Brekke M, Straand J, Hunskar S (2006) *Self-reported drug utilization ,health and lifestyle factors among 70-74 year old comminity dwelling individuals in Western Norvay,* BMC Public Health 6(121): 1-19.

Buckwalter K,Weiler K (1995) *Geropsychiatric Nursing: Community Program,* Hostgek M (Ed) , Missouri, Mosby Year Book p: 341-365.

Clark DG and Cummings JL, Ed. Sevinçok L (2003) *Demans Tanısı ve Tedavisi: Bir Güncelleştirme*, Demans Dergisi, 3(1): 21-29.

Cornelius C (2004) *Drug use in the elderly: Risk or protection,* Curr Opin Psychiatry 17(6): 443-447.

Çivi S ve Tanrıkulu MZ (2000) *Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevelansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma*, Türk Geriatri Dergisi, 3(3): 85-90.

Çoban A ve Şirin A (2003) *Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı,* Türk Geriatri Dergisi, 6(2): 80-83.

Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H (2006) *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki,* Anadolu Psikiyatri Dergisi, (7): 232-239.

Demir F (2002) *Yaşlılık ve Geriatri Hemşireliği,* Düzce Tıp Fak. Dergisi, 4(1): 48-51.

Demirol A, Bozdağ G, Kart C, Gürgan T (2006) *Yaşlanma Fizyolojisi ve Olası Teoriler,* Türk Geriatri Dergisi, 9(4): 250-255.

DİE (2002) *2000 Yılı Nüfus Sayımı,* Ankara.

DİE (2003) *2000 Yılı Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri,* Ankara.

DPT (2007) *Türkiye' de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı,* Yayın No: 2741, s:74-77.

Diker J (2000) *Körfez 6 No'lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgelerinde 65 Yaş ve Üzerindeki Kişilerde Kronik Hastalıklar ve İlaç Kullanımı,* Türk Geriatri Dergisi, 3(3): 91-97.

Dişcigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO (2006) *Toplum İçinde Yaşayan ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Polifarmasi,* Türk Geriatri Dergisi, 9(3) : 117-121.

Dönümcü Ş (2006) *Yaşlı ve Sosyal Hizmetler,* Türk Fiz. Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 52 (Özel Ek A): 42-46.

DSÖ (1998) Dünya Sağlık Raporu *21.Yüzyılda Yaşam-Herkes İçin Bir Vizyon* Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.

DSÖ (2002) *Dünya Sağlık Raporu Yaşlanma- Uluslar arası eylem planı 2002* Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.

Eliopoulos C (1997) *Gerontological Nursing,* Lippincott, Philedelphia-Newyork, Fourth Edition, p: 434-445.

Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S (2004) *Nurses' Observations and Experiences of Problems and Adverse Effect of Medication Management in Home Care,* Geriatric Nursing, 25(3): 164-170.

Ellidokuz H ve E, Uçku R, Aydın Ü (2005) *Kurumda Evde Yaşayan Yaşlılarda Sağlık Durumu Değerlendirmesi,* Sağlık ve Toplum, 15(2): 40-44.

Erbaşı S, Tüfekçioğlu O, Sabah İ (1999) *Yaşlılık ve Hipertansiyon*, Türk Geriatri Dergisi, 2(2): 67-70.

Erenmemişoğlu A (2006) *Yaşlılarda İlaç Kullanımını Etkileyen Farmakodinamik Değişiklikler,* Türk Geriatri Dergisi, Cilt 9, Özel Sayı: 29-32.

Ergöçmen BA ve Coşkun Y (2006) *Türkiye'de Yaşlı Nüfusun Demografik Durumu,* Gebam Bülteni, Hacettepe Ünv. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara

Erkal S (2005) *Kırıkkale Ovacık Mahallesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Ev Kazaları ile Karşılaşma Durumlarının ve Kaza Nedenlerinin İncelenmesi,* Türk Geriatri Dergisi, 8(1): 265-69.

Erkin G, Gülşen ED, Dülgeroğlu D, Aybay C, Özel S (2004) *Kas İskelet Sistemi Hastalığı Olan Yaşlı Hastaların Sistemik Hastalıkları ve İlaçlarının Değerlendirilmesi,* Türk Geriatri Dergisi, 7(3): 155-158.

Ertan T, Eker E, Güngen C, Engin F, Yaşar R, Kılıç G, Özel S (1999) *The Standardized Mini Mental State Examination for illiterate Turkish elderly population. 2th International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders,* Kirazlıyayla, Bursa, s: 28-30.

Esen A (1992) *Yaşlılarda Görülen Sağlık Sorunları,* Ege Ünv. HYO Dergisi, 8(3): 97-105.

Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal YG, Yücel M (2000) *Huzur Evinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel-Kognitif Değerlendirme ve İlaç Kullanımı,* Türk Geriatri Dergisi, 3(1): 6-10.

Eski Ö ve Pınar R (2005) *Kardiyovasküler Problemi Olan Yaşlılarda İlaç Kullanım Hatalarının İncelenmesi,* Türk Geriatri Dergisi, 8(3): 141-147.

Eşer İ (1991) *Yaşlılıkta Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler,* Ege Ünv. HYO Dergisi, 7(1): 52-57.

Evcik D ve Kızılay B (2001) *Geriatrik Hastalarda El Kavrama Gücü Ve Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Yetersizlik Düzeyi İle İlişkisi,* Türk Geriatri Dergisi, 4(1): 11-14.

Fadıloğlu Ç, Esen A, Karadakovan A, Durmaz AA, Yeşilbalkan Ö (2001) *Yaşlılarda İlaç Kullanımı İle İlgili Sorunlar,* I. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, s:119-131.

Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH (2003) *Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults,* Arch Intern Med., (163): 2716-2724.

Fillenbaum GG, Hanlon JT, Landerman LR, Artz MB, O'Connor H, Dowd B et all (2004) *Impact of Inappropriate Drug Use on Health Services Utilization Among*

Representative Older Community-Dwelling Resident, The American Journal of Pharmacotherapy, 2(2): 92-101.

Fu AZ, MS, Liu GG, Christensen DB (2004) *Inappropriate Medication Use and Health Outcomes in the Elderly,* The American Geriatrics Society, (52): 1934-39.

Fulton MM and Allen ER (2005) *Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review,* Journal of The American Academy of Nurse Practitioners, 17(4): 123-132.

Gelal A (2006) *Yaşlılarda İlaç Kullanımını Etkileyen Farmakodinamik Değişiklikler,* Türk Geriatri Dergisi, Cilt 9, Özel Sayı: 33-36.

Güç MO (1997) *İlaç Tedavisinin Temel İlkeleri*, Geriatri 1, Geriatri 1 (Ed: Gökçe KY, Çakmakçı M, Ünal S) Medicographics Ajans ve Matbaası, Cilt 1, Ankara, s: 65-75.

Güler Ç ve Çobanoğlu Z (1994) *Yaşlı ve Çevre Sağlığı,* Temel Kaynak Dizisi, 1.Baskı, No:24, T.C Sağlık Bakanlığı, TSH Müdürlüğü, Ankara, s:18-20.

Güler Ç (1997) *Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık*, Geriatri 1 (Ed: Gökçe KY, Çakmakçı M, Ünal S) Medicographics Ajans ve Matbaası, Ankara, Cilt 1, s:50-60.

Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N (2000) *Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi,* Türk Geriatri Dergisi, 3(4): 133-140.

Güner P ve Güler Ç (2002) *Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi,* Türk Geriatri Dergisi, 5(4): 150-54.

Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F (2002) *Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenilirliği,* Türk Psikiyatri Dergisi, 13(4): 273-281.

Gözüm S ve Tan M (2003) *Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi, Görgü ve Uygulamaları,* Türk Geriatri Dergisi, 6(1): 14-21.

Hanlon JT, Schmader KE, Boult C, Artz MB, Gross CR, Fillenbaum GG et all (2002) *Use of Inappropriate Prescription Drugs by Older People,* American Geriatric Society, 50: 26-34.

Hansten PD and Horn JR (2006) *The Top 100 Drug Interactions : A Guide to Patient Management* Annals of Emergency 48(4): 641.

Hutchison LC, Jones SK, West DS, Wei JY (2006) *Assesment of Medication Management by Community-Living Elderly persons with Two Standardized Assesment Tools: A Cross-Sectional Study,* The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 4(2): 144-153.

Işık AT, Doruk H, Mas MR (2004) *Yaşlılarda İlaç Kullanım İlkeleri,* Klinik Gelişim, 17(2): 25-31.

Kaplan İ (1995) *Yarı Kırsal alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal bozuklukların Yetiyitimi İle İlişkisi,* Türk Psikiyatri Dergisi, 6(3): 169-179.

Karan MA (2004) *Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi,* Türk Geriatri Dergisi, 17(2): 1-8.

Karadakovan A (1992) *Yaşlılarda İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları,* Ege Ünv. HYO Dergisi , 8(3): 97-106.

Kayaalp SO (2000) *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji,* Ankara, 1.cilt s:99-103.

Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U (2001) *Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi,* Türk Geriatri Dergisi, 4(3): 106-112.

Kesioğlu P, Pıçakçıefe M, Uçku R, Bilgiç N (2003) *İzmir Çamdibi 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevalansı,* Türk Geriatri Dergisi, 6(1): 27-30.

Kılıç C (1996) *Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*, Türk Psikiyatri Dergisi, 7(3): 9.

Kişioğlu AN, Uskun E, Öztürk M, Uzun E (2005) *Isparta Merkezinde 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Bakım ve Sosyoekonomik Durumlarına Bir Bakış,* Sağlık ve Toplum, 15(3): 34-40.

Koldaş Ş ve Kutlay Ş (2002) *Geriatrik Rehabilitasyon*, Romatizma, 17(3): 195-205.

Konak A ve Çiğdem Y (2005) *Yaşlılık Örneği: Sivas Huzurevi Örneği,* C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, 29(1): 23-63.

Koptagel İG (1992) *Yaşlılık Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımları,* Nöropsikiyatri Arşivi 29(1): 3-14.

Kurlowicz LH (1993) *Social Factors and Depressionin late life,* Archives of Psychiatric Nursing, 7(1): 30-36.

Kurtoğlu D ve Rezaki M (1999) *Huzurevindeki Yaşlılarda Depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yetiyitimi*, Türk Psikiyatri Dergisi, 10(3): 173-179.

Kutsal YG (2006) *Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı,* Türk Geriatri Dergisi, Cilt 9, Özel Sayı: 37-44.

Kutsal YG ve Bal S (2005) *Yaşlı ve Kadın Sağlığı,* Sağlık Bilgi Erişim Merkezi (SABEM) www.sabem.saglik.gov.tr (07.12.2005)

Laroche ML, Charmes JP, Nouaille Y, Merle PL (2006) *Is ınappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly?,* British Journal of Clinical Pharmacology, 63(2): 177-86.

Lau DT, Kasper JD, Potter DEB, Lyles A (2004) *Potentially Inappropriate Medication Prescriptions among Elderly Nursing Home Residents: Their Scope and Associated Resident and Facility Characteristics,* Health Services Resarch (HSR), 39(5): 1257-81.

Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R (2002) *Use of Medications and Polypharmacy are İncreasing among the Elderly,* Journal of Clinical Epidemiology, 55: 809-817.

Lueckenotte AG (2000) *Gerontologic Nursing,* Second Edition, p: 425-47.

Mann HJ, Steiner JF, Willett MS (1988) *Drug Use in the Elderly,* A Position Statement of the American College of Clinical Pharmacy, 8(6): 355-358.

Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA (2001) *Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma,* Türk Psikiyatri Dergisi, (12): 251-259.

Menon AM, Deshpande AD, Shinde SB, Jiang R, Cooper JW, Cook CL et all (2005) *Adverse Outcomes Associated with Inappropriate Drug Use in Nursing Homes,* The Annals of Pharmacotherapy, 39(3): 405-411.

Meredith S, Feldman PH, Frey D, Hall K, Arnold K, Brown NJ et all (2001) Possible Medication Errors in Home Healthcare Patients, The American Geriatric Society, 49: 719-24.

Miller CA (1999) *Nursing Care of Older Adults* , Theory&Practise ,Third Edition ,US.

Nazlıel B (1999) *Yaşlanma,* Demans Dizisi, (1): 5-11.

Neafsey PJ ve Shellmann J (2001) *Adverse Self-medication Practise of Older A Attending Blood Pressure Clinics: Adverse Self –Medication Practises,* The Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 5(1).

http//: ispub.com/ journals/ IJANP/ VOL5N1/self html.10.5.2004.

Neumann AR and Tobis KW (2007) *Polypharmacy and Potential Inappropriateness of Pharmacological Treatment Among Community-Dwelling Elderly Patients,* Arch. Gerontol Geriatr, (44): 303-309.

Newton JL (2004) *Changes in Upper Gastrointestinal Physiology with Age,* Mechanisms of Ageing and Development, (125): 867-870.

Oktay Ş ve Akıcı A (2001) *Yaşlılarda İlaç Kullanımı ve Rasyonel Farmakoterapi Kararı Verme Süreci,* Türk Geriatri Dergisi, 4(3): 127-133.

Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş (2006) *Yaşlılarda Tedaviye Uyum,* Türk Geriatri Dergisi, 9(3) : 177-181.

Özdemir L, Akdemir N, Akyar İ (2005) *Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu ve Geriatrik Sorunlar,* Türk Geriatri Dergisi, 8(2): 94-100.

Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay FB (2006) *Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası***,** Balıkesir, Sted Dergisi, 15(11): 199-200.

Piyal B, Ünsaldı ÜG (2002) *Çubuk Sağlık Ocağına Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Grupta Kronik Hastalık ve Etkinlik Kısıtlılığının Değerlendirilmesi,* Temel Klinik Tıp Bilimleri, (22): 362-368.

Potempa KM and Folta A (1992) *Drug Use And Effects İn Older Adults İn The United States*, İnternational Journal Of Nursing Studies, 29(1):17-26.

Rizzoli R, Boonen S, Brandi ML, Burlet N, Delmas P, Reginster JY Ark (2007) *The Role of Calcium and Vitamin D in the Management of Osteoporozis,* Bone, doi: 10.1006/ j.bone. 2007.10.005.

Roth MT and Ivey JL (2005) *Self-Reported Medication Use in Community-Residing Older Adults: A Pilot Study,* The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 3(3): 196-204.

Saffrey MJ (2004) *Ageing of the Enteric Nervous System,* Mechanisms of Ageing and Development, (125): 899-906.

Sağlık Bakanlığı (2001) *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge,* Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Saygun M, Çakmak A, Ulu N (2006) *Kırıkkale İli Merkez Sağlık Ocağında Hastaların Başvuru Amaçları ve İlaç Tüketim Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi*, Sağlık ve Toplum, 16(1): 47-53.

Schimidit KS and Lieto JM (2005) *Validity of the Medication Administration Test Among Older Adulth With and Without Dementia,* The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 3(4): 255-261.

Spradley BW and Allender JA (1996) *Promoting and Protecting the health of the older adult population*, Community Health Nursing-Concepts and Practice, Lippincott, Philedelphia, p: 463-82.

Stanley M and Beare PG (1999) *Gerontological Nursing: A Health Promotion/ Protection Approach,* Second Edition, Philedelphia: FA Davis, USA.

Steinman MA, Landafeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ (2006) *Polypharmacy and Prescribing Quality in Older People,* The American Geriatrics Society, (54): 1516-23.

Sümbüloğlu V ve Sümbüloğlu K (2005) *Klinik ve Saha Araştırmalarında Örnekleme Yöntemi ve Örneklem Büyüklüğü,* Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.

Terakye G ve Güner P (1997) *Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem: Yaşlılık,* Kriz Dergisi, 5(2): 95-101.

Tokem Y ve Karadakovan A (2005) *Yaşlı Bireylere Verilen Bireyselleştirilmiş İlaç Eğitim Programının İlaç Yönetimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi,* Sağlık Bilgi Erişim Merkezi www.sabem.saglik.gov.tr 11.11.2005.

Tonner PH, Kampen J, Scholz J (2003) *Pathophysiological Changes İn The Elderly,* Best Practice, Research Clinical Anaesthesiology, 17(2): 163-77.

Toprak İ, Soysal T, Bal E (2002) *Yaşlı Sağlığı,* T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara.

Turaman C (2001) *Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta Planlanması,* Türk Geriatri Dergisi 4(1): 22-27

Turhanoğlu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M (2000) *Diyarbakır İl Merkezinde Yaşayan 55 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Özürlülük ve Kronik Hastalık Sıklığı,* Türk Geriatri Dergisi, 3(4): 146-150.

Tunca M (2006) *Yaşlılarda İlaç Etkileşimleri ve Klinik Önemi,* Türk Geriatri Dergisi, Özel sayı: 45-48.

Uçku R, Ergin S, Erbay P (1993) *Yaşlılarda Fiziksel Fonksiyonlar Hızla Değişiyor,* Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 3(2): 20-23.

Uncu Y (2003) *Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım,* Türk Geriatri Dergisi, 6(1): 31-37.

Uskun E ve SB, Öztürk M, Kişioğlu AN (2004) *Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı,* Sted Dergisi, 13(12): 451-54.

Uysal AO (2002) *Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı ve İhmali*, Aile ve Toplum Dergisi, 2(5): 43-51.

Wessells RJ and Bodmer R (2007) *Cardiac Aging,* Seminars in Cell Developmental Biology, (18): 111-116.

Yardımcı ve Ark (1996) "Huzurevi Yaşlılarında Medkososyal Bir Araştırma" İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 59(4):79-85.

Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kapucu M (2001) *Trabzon 2 Nolu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Medikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi,* Türk Geriatri Dergisi, 4(4): 159-166.

Yeşilbalkan ÖU ve Karadakovan A (2005) *Narlıdere Dinlenme ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörleri,* Türk Geriatri Dergisi, 8(2): 72-77.

9. ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Tokat' ta doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Tokat' ta tamamladı. 2000 yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2004 yılında mezun oldu. 2004–2007 yılları arasında Sivas SSK Bölge Hastanesinde hemşire olarak çalıştı. 2007 yılı içerisinde Tokat Vali Recep Yazıcıoğlu Devlet Hastanesine ataması yapıldı, halen bu hastanede hemşire olarak olarak görev yapmaktadır.

10. TEŞEKKÜR

Araştırma konusunun seçilmesi, yürütülmesi ve sonuçlanması dahil her aşamada hem yol gösteren hem de desteğini esirgemeyen, önerileriyle çalışmama ışık tutan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN'a, verilerin değerlendirilmesinde yardımcı olan Doç. Dr. Osman ÇEVİK ve Yrd. Doç. Dr. Ziynet ÇINAR' a, veri toplama formunun oluşturulmasına önerileriyle destek veren Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Bülent SARAÇ' a, araştırmanın yürütülmesine olanak veren Sivas Kadıburhanettin Sağlık Ocağı çalışanları ve sakinlerine, tezin her aşamasında yanımda olan, maddi manevi desteğini esirgemeyen sevgili aileme özellikle anne ve babama teşekkür ederim.

Tuğba SOLMAZ

11.EKLER

Ek 1. Bilgi Toplama Formu

***Sosyo-demografik özellikler**

1. Yaşınız…….
   1. 65–69 2. 70 – 74 3. 75 – 79 4. 80–84 5. 85 ve üzeri
2. Cinsiyetiniz ……..
   1. Erkek 2. Kadın
3. Eğitim Durumunuz
   1. Okur – yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite
4. Medeni Durumunuz
   1. Evli 2. Bekar 3. Dul
5. Kiminle yaşıyorsunuz?
   1. Yalnız 2. Eşiyle ya da çocukları ile 3. Diğer……
6. Düzenli aylık geliriniz var mı?
   1. Var 2.Yok
7. Aylık geliriniz ……..YTL
8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
   1. İyi 2.Orta 3.Kötü
9. Sağlık güvenceniz nedir?
   1. Yok 2. Emekli Sandığı 3. Bağ-Kur 4. SSK 5. Yeşil Kart 5.Diğer

***Sağlık Durumu Özellikleri**

10. Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
    1. Mükemmel 2. İyi 3. Pek iyi değil 4. Kötü
11. Son altı ay içinde hastaneye yattınız mı?
    1. Evet 2. Hayır
12. Evet ise kaç kez?.....
    1. Bir 2. İki 3. Üç 4. Dört ve daha fazla
13. Son altı ay içinde hekime başvurdunuz mu?
    1. Evet 2. Hayır
14. Evet ise kaç kez?.....
    1. Bir 2. İki 3. Üç 4. Dört ve daha fazla
15. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
    1. Evet 2. Hayır
16. Evet ise kronik hastalığın sayısı.....
    1. Bir 2. İki 3. Üç 4. Dört ve daha fazla
17. Kronik hastalığın türü
    1. Hipertansiyon 2. Diyabet 3. Solunum sistemi hastalıkları 4. Diğer

***İlaç Kullanım Özellikleri**

18. En az bir aydır ya da daha uzun süredir kullandığınız ilaç sayısı .....
    1. Bir 2. İki 3. Üç 4. Dört ve daha fazla
19. Kullandığınız ilacın türü nedir?
    1. Antihipertansifler (Alfa adrenerjik reseptör blokörü olanlar)
    2. Diüretikler 3. Sedatifler yada hipnotikler
    4. Psikotropik ilaçlar (trankilizan, antidepresan, antipsikotik)
    5. Solunum sistemine yönelik ilaçlar 6. Narkotik analjezikler 7.Laksatifler
    8. Antihistaminikler 9. Sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları
    10.Antibiyotikler 11. Diğer…..

20. Doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle halen kullandığınız ilaç var mı?
1. Evet 2. Hayır
21. Reçete edilen ama kullanmadığınız ilaç var mı?
1. Evet 2. Hayır
22. Reçete edilen ilaçları kullanmama nedeniniz nedir?
1.Tadı kötü 4.Tedaviyi istemiyorum
2.Tabletler büyük 5.Faydasını görmedim
3.İçmeyi unutuyorum 6.İlaçlar pahalı, alamıyorum 7.Diğer …….
23 . Kullandığınız ilaçla ilgili yan etkiler ya da başka herhangi bir sorun yaşadınız mı?
1.Evet 2.Hayır
24. Evet ise bu sorun nedir?
1.Çarpıntı 2.Bulantı 3.İshal 4.Mide şikayetleri 5.Kabızlık
6.Tansiyon düşüklüğü 7.Ağrı 8.Diğer
25. Kullandığınız ilaçla ilgili sorun yaşadığınızda çözüm olarak ne yapıyorsunuz?
1.Hekime danışıyorum 2.Hemşireye danışıyorum 3.İlacı bırakıyorum 4.Diğer ……

***İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Durumu**
26. İlaçlarınızın kullanım amacını biliyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır (en az bir ilacının kullanım amacını bilmiyor)
27. İlaçlarınızın yan etkilerini biliyor musunuz?
1.İlaçlarının bütün yan etkilerini biliyor 2.İlaçlarının bazı yan etkilerini biliyor
3.İlaçlarının yan etkilerini bilmiyor
28. İlaçlarınızı nerede saklıyorsunuz?
1.Buzdolabında 2.Dolapta 3.Dışarıda bir yerde (masa, sehpa,……) 4.Diğer …….

***İlaç Kullanımına İlişkin Beceri Durumu**
29. İlaç kutularının üzerindeki son kullanma tarihlerini kontrol ediyor musunuz?
1.Evet 2. Hayır
30. Kullandığınız ilacın kullanım şeklini açıklayan prospektüsünü (ilaç kutularının içinden çıkan açıklama kağıdı) okuyor musunuz?
1.Evet 2. Hayır
31. Hayır ise neden okumuyorsunuz?
1. Görmüyorum 2. Anlamıyorum 3. Gerek duymuyorum 4. Diğer…..

İlaç Kullanımı Yetisi	Evet	Hayır
a. İlacınızı almayı hiç unuttuğuz olur mu?		
b. İlacınızı alma zamanınız konusunda özensiz (zamanında almadığınız) davrandığınız olur mu?		
c. İlacınızı doktorun önerdiği dozda (adet ya da kaşık vs. ölçüsü) alıyor musunuz?		
d. Kendinizi iyi hissettiğiniz zamanlarda doktora sormadan ilacınızı almadığınız olur mu?		
e. İlacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz doktorunuza sormadan ilacınızı almayı bıraktığınız olur mu?		
TOPLAM (tamamına hayır denirse ise sorun yok, birine bile evet derse sorun var)		

32. İlaç kullanım yetisinde sorun var mı?
1. Sorun var 2. Sorun yok

***İlaç Kullanımında Destek Kaynakları**

33. Kullandığınız ilaçlarla ilgili bilgi aldınız mı?
    1.Evet 2. Hayır
34. Evet ise kimden bilgi aldınız?
    1. Hekim 2.Hemşire 3.Eczacı 4. Diğer
35. Aldığınız bilgiyi anladınız mı?
    1.Evet 2. Hayır
36. Aldığınız bilgiyi yeterli buldunuz mu?
    1.Evet 2. Hayır
37. Sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşıyor musunuz?
    1.Evet 2. Hayır
38. Evet ise bu sorunun nedeni nedir?.....
39. İlaç kullanımı konusunda size yardım edebilecek bir yakınınız var mı?
    1.Evet 2. Hayır

Ek 2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

İsim/Soyadı: **Tarih:** **Yaş:**
Eğitim (yıl): **Meslek:** **Aktif El:**
Toplam Puan:

YÖNELİM (Toplam Puan 10)
Hangi yıl içindeyiz …….( )
Hangi mevsimdeyiz …….( )
Hangi aydayız…….( )
Bugün ayın kaçı…….( )
Hangi gündeyiz…….( )
Hangi ülkede yaşıyoruz…….( )
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız…….( )
Şu an bulunduğunuz semt neresidir…….( )
Şu an bulunduğunuz bina neresidir…….( )
Şu an bu binada kaçıncı kattasınız…….( )

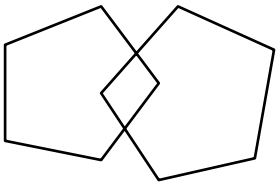
KAYIT HAFIZASI (Toplam Puan 3)
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan……...( )

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100' den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)……..( )

HATIRLAMA (Toplam puan 3)
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)……...( )

LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)…….( )
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan……( )
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her doğru işlem 1 puan…….( )
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.(1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" ……..( )
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)……...( )
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan) ……( )



Referans: Güngen ve Ark (2002**)** *Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenilirliği,* Türk Psikiyatri Dergisi, 13(4): 273-281.

Ek 2. Devamı

SMMT İçin Açıklama:

Başlangıç

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanılır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçim de iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

Uygulama

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözmeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye başlayın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabileceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler bu kadar yeterli "diyerek bir sonraki soruya geçer.

Yönelim

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

Kayıt Hafızası

1. Görüşmeci kişiden 1 sn ara ile söyleyeceği üç kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.

2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

Dikkat ve Hesap

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra kişiye doğru rakam söylenerek devam etmesi istenir.

Hatırlama

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

Lisan Testleri

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir (Toplam 2 puan).
2. Yandaki cümlenin tekrarı istenir. "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlenin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1).
3. Yaşlının üç basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle bireyin sürekli kullandığı elini öğrenmek gerekir. Yaşlıya "Masada duran kağıdı sol/sağ elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın yaşlı tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı yaşlının uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı yaşlının uzanabileceği alana doğru itmelidir.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir (Toplam 1 puan).
5. Yaşlıya bir kağıt ve kalem verilerek tam bir cümle yazması istenir. 30 sn süre tanınır. Anlam içeriği olan doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem ve nesne bulunmalıdır).
6. Yaşlıya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni çizmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayısının tam olmasına dikkat edilir (Toplam 1 puan).

Ek 3. Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT_E)

İsim/Soyadı :.....Aktif kullanılan el :.....
Yaş :.....Tarih :.....
Eğitim (yıl) :.....Toplam Puan :.....

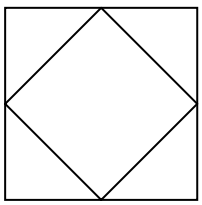
ORYANTASYON (Toplam puan 10)
Hangi yıl içindeyiz.....( )
Hangi mevsimdeyiz.....( )
Hangi aydayız.....( )
Hangi gündeyiz.....( )
Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı.....( )
Hangi ülkede yaşıyoruz.....( )
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız.....( )
Şu an bulunduğunuz semt neresidir.....( )
Şu an bulunduğunuz bina neresidir..... ( )
Şu an bu binada kaçıncı kattasınız.....( )
(Her bir madde için 1 puan verilir)

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.
(masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir.)……..( )

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir ondan Önce ne gelir? Devam edin. (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün İçin 1 puan verilir……...( )

HATIRLAMA (Toplam puan 3)
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(masa, bayrak, elbise) Her doğru isim için 1 puan verilir)..... ……( )
LİSAN (Toplam puan 9)
a)Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir, toplam puan 2)……( )
b)Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)……( )
c)Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3).....( )
d)Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımın aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir.)…( )
e)Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir) ……...( )

f)Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dak. Süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir) ……( )



Referans: Turan Ertan, Engin Eker, Can Güngen, Funda Engin, Resmiye Yaşar, Gülhatun Kılıç, Sevda Özel. The Standardized Mini Mental State Examination for illiterate Turkish elderly population. 2th International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders, August 28-30 1999, Kirazlıyayla, Bursa TURKEY

Ek 3. Devamı

SMMT_E İçin Açıklama:

Başlangıç

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.

2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.

3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.

4. Soruların anlaşılmadığı veya cevap ermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamamışsa sözel veya fiziksel hiçbir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.

Uygulama

1. SMMT-E "size bazı sorular sormak istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.

2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.

3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.

4.Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabileceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.

5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği artırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sessizliğini korumak için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin kare figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenir.

6. "Pazartesi mi yoksa Salı mı?" gibi kararsızlık içeren yanıt alındığında hastaya biri hakkında karar vermesi söylenir. Tekrar aynı tür yanıt alındığında puan verilmez.

Oryantasyon Bölümü

1. Hangi yılda olunduğu sorulduğunda, yılbaşının bir iki gün sonrasında bulunuluyorsa bir önceki yıl doğru olarak kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir. Son günlerde sıradışı bir hava durumu var ise örneğin yazın yağmur yağıyor ise "Yağmurlu mevsim" yanıtı kabul edilmez. "Lütfen yılın hangi mevsiminde olduğunuzu söyler misiniz?" sorusu tekrarlanır. Mevsim dönümlerinde "yaz sonbahar arası" gibi yanıtlar kabul edilir.

Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. "Haftanın ikinci günü" gibi bir yanıt kabul edilmez. Bireyden günün isminin söylenmesi istenir. Günün bölümü sorulduğunda denek bulunulan gün dilimine uygun olarak "saba öğlen arası" ya da "öğlen akşam arası" gibi yanıtlar veriyorsa yanıt doğru olarak kabul edilir. "Saat 10.00" gibi bir yanıt alındığında "saati değil günün hangi kısmında olduğumuzu soruyorum, yani sabah mı, öğlen mi, akşam mı" sorusu tekrarlanır. Tekrar "saat 10.00" gibi bir yanıt alınırsa puan verilmez.

2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur. Kırsal alanda bulunuluyor ise bu sıra "Ülke, şehir, köy, bina, kat" şeklinde sorulur. Bina için "ev" yanıtı alınırsa "kimin evi" sorusu sorulur.

Kayıt Hafızası

1. Görüşmeci bireyden 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi (masa, bayrak, elbise) tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.

2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanılır. Bireye bu kelimeleri akılda tutması, kendisine bir süre sonra tekrar sorulacağı uyarısında bulunulur.

Dikkat ve Hesap

Bireyden haftanın günlerini geriye doğru sayması istenir. Burada yardımcı olmak amacıyla "Örneğin Pazar'dan önce Cumartesi gelir. Ondan önce ne gelir? Sırasıyla devam edin" denir. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru gün söylenerek devam edilmesi istenir. Örneğin birey "Cuma" ile başlamalıdır. Perşembe'den başlar ise düzeltilir ve bir puan düşülür. Birey toplam 5 gün sayıncaya kadar beklenir.

Hatırlama

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

Lisan Testleri

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir (Toplam puan 2).

2. Yandaki cümlenin tekrarı istenir. "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlenin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1).

3. Bireyden birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. "Masada duran kağıda sol/sağ (non dominant) elinizle alın iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" denir. 30 sn süre tanınır ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmelidir. (Toplam puan 3)

4. Bireye "Şimdi dikkatlice yüzüme bakın ve yaptığımın aynısını ben bitirdikten sonra yapın" cümlesi söylenir. Ardından uygulayıcı gözlerini yumar ve tekrar açar. (Toplam puan 1)

5. Bireye "Evinizle ilgili bir şey söyleyin" cümlesi söylenir. Birey "Ne söyleyeyim?" derse "Önemli değil aklınıza gelen bir şey söyleyin" denir 30 sn süre tanınır. Bir cümle yeterlidir. Bireyin devam etmesi halinde teşekkür edilerek sözü kesilir. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir. (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır) (Toplam puan 1)

6. Bireye bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen bir kare içine başka bir kareyi kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Karelerin kenar sayılarının tam olmasına ve birbirine temas etmesine dikkat edilir. Birey önce beceremem derse "Önemli değil güzel olması gerekmiyor, yapabildiğiniz kadar yapın" denir. İkinci kez reddettiğinde soru geçilir (Toplam puan 1).

Ek 4. Kısa Yetiyitimi Anketi (Brief Disability Questionnaire)

Aşağıdaki sorular sağlık sorunlarınızın günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilediğini öğrenmek için sorulmuştur. Lütfen soruları aşağıdaki şekilde yanıtlayınız.

0= Hayır, hiç
1= Evet, bazen ya da biraz
2= Evet, her zaman ya da oldukça

Lütfen her soru için yalnızca birini işaretleyiniz	**0**	**1**	**2**
1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?	( )	( )	( )
a) Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler	( )	( )	( )
b) Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler	( )	( )	( )
c) Merdiven ya da yokuş çıkmak	( )	( )	( )
d) Eğilmek, doğrulmak	( )	( )	( )
e) Uzun mesafe yürümek (1-2 km)	( )	( )	( )
f) Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek	( )	( )	( )
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobileriniz azaltmak ya da bırakmak orunda kaldınız mı?	( )	( )	( )
3. Evin üzerine düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu?	( )	( )	( )
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu?	( )	( )	( )
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı?	( )	( )	( )
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu?	( )	( )	( )
7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?	……..gün		
8. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz?	……..gün		

Ek 4. Devamı

Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) İçin Açıklama:

Fiziksel ve sosyal yetiyitimini değerlendirmektir. Temel olarak sağlık sorunlarının günlük yaşamı nasıl etkilediği ile ilgilidir. Anket aslında kişinin kendi kendisine doldurulması gereken bir anket olmakla birlikte çalışmamızda görüşmecinin yaşlıya soruları sorarak yanıtları işaretlemesi uygun görülmüştür.

1. sorunun maddelerinde her seferinde başlangıç sorusunu da içeren şekilde ayrıntılı sorunuz.
2. sorudaki "hobi" kelimesini karşı tarafın anlayabileceği şekilde açıklayınız.
3. soruda küçük de olsa yaptığı ya da yapabileceği şeyleri sağlık sorunu nedeniyle yapıp yapamadığını vurgulayınız.
4. ve 5. sorularda çeşitli sağlık sorunları yüzünden belirli işleri yapmaya karşı isteksizlik ve sonuçta yapılan işte azalma durumu olup olmadığını vurgulayınız.

7. soru sağlık sorunu nedeniyle evde ve dışarıda yapması gereken, üzerine düşen işleri aksatma (yatması gerekmese bile işlerini aksatmış olabilir) sorgulanmaktadır. Bunu vurgulayınız ve yanıtı boşluğa rakam olarak yazınız.

8. soruda sağlık sorunu nedeniyle yatakta yani yatarak (evde, hastanede vs.) geçirilen gün sayısı sorgulanmaktadır. Bunu vurgulayınız ve yanıtı boşluğa rakam olarak yazınız.

Ek 5

T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B104ISM45800 /317 28/11/2006
KONU:

KADIBURHANETTİN SAĞLIK OCAĞI TABİPLİĞİNE
SİVAS

İlimiz Sivas Devlet Hastanesi Hemşiresi olup, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tez Dönem Öğrencisi Tuğba SOLMAZ'ın, Sağlık Ocağınız Bölgesinde 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin ilaç kullanım özellikleri ve kendi kendine ilaç kullanım yetisini değerlendirmek amacıyla çalışma yapması hususunda izin verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr.Vakkas ÖZMERCAN
Sağlık Müdür Yardımcısı

04.04.2007

09.04.2007
124

Adres: Sağlık Müdürlüğü-58040/SİVAS **TEL:**(0346) 2256367-73 **FAKS:**(0346)2219555
WEB Adresi: www.sivas.sağlik.gov.tr **e-mail:** sivas @ saglik.gov.tr.