



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı
Tıbbi Farmakoloji

Yüksek Lisans Tezi

**YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDA BİLGİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Beytullah GÖKTAŞ
0000-0002-9278-5428

Danışman
Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
0000-0003-2301-7887

Konya-2025

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan, yardım ve emeklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her konuda destek olan kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. K. Esra NURULLAHOĞLU ATALIK' a,

Yüksek lisans eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, emek ve ilgilerini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayşe Saide ŞAHİN' e, Prof. Dr. Salim Yalçın İNAN' a, Doç. Dr. İpek DUMAN' a ve Dr. Öğr. Üyesi Durmuş Ali ASLANLAR' a,

Araştırmamın uygulama aşamasında gerekli yasal izinleri sağlayarak çalışmamın yürütülmesine katkıda bulunan Konya İl Sağlık Müdürlüğü' ne,

Bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakârlık gösteren, her zaman yanımda olan ve beni destekleyen annem Zeliha GÖKTAŞ' a, babam Hüseyin GÖKTAŞ' a, eşim Ayşe GÖKTAŞ' a ve oğlum Hüseyin Kayra GÖKTAŞ' a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Beytullah GÖKTAŞ

Temmuz 2025

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI.....	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
KISALTMALAR.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Evreleri	3
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus	4
2.3. Yaşlılığın Fizyolojisi	9
2.3.1. Ciltte yaşa bağlı değişiklikler	10
2.3.2. Kardiyovasküler sistemde yaşa bağlı değişiklikler	11
2.3.3. Solunum sisteminde yaşa bağlı değişiklikler	11
2.3.4. Kas iskelet sisteminde yaşa bağlı değişiklikler	11
2.3.5. Nörolojik sistemde yaşa bağlı değişiklikler	12
2.3.6. Sindirim sisteminde yaşa bağlı değişiklikler.....	12
2.3.7. Üriner sistemde yaşa bağlı değişiklikler	13
2.3.8. Bağışıklık sisteminde yaşa bağlı değişiklikler	13
2.3.9. Göz ve görmede yaşa bağlı değişiklikler	14
2.3.10. Kulak ve işitmede yaşa bağlı değişiklikler.....	14
2.4. Yaşlılarda İlaç Kullanımı ve Polifarmasi	14
2.4.1. Yaşlılıkta sık görülen hastalıklar	14
2.5. Yaşlılarda İlaç Kullanımını Etkileyen Farmakokinetik ve Farmakodinamik Değişiklikler	18
2.6. Yaşlılarda İlaç Kullanımına Uyum	20
2.7. Yaşlılarda Doğru ve Etkili İlaç Kullanımı	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM:.....	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Yeri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	25
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:.....	26
3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri:.....	26

3.6. Veri Toplama Formu	26
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	27
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	27
4. BULGULAR	29
4.1. Katılımcıların İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi ve Tutum Puanları.....	35
4.2. Çapraz Karşılaştırmalar	35
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER:.....	61
6.1. Sonuç.....	61
6.2. Öneriler.....	61
7. KAYNAKLAR.....	63
8. EKLER.....	75
8.1. EK-1 Etik kurul kararı.....	75
8.1. EK-2 İzinler.....	76
8.1. EK-3 Aydınlatılmış onam formu.....	77
8.1. EK-4 Sosyodemografik ve klinik bilgi formu.....	78
8.1. EK-5 Katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili bilgi düzeyleri	79
8.1. EK-6 Katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili tutumları.....	80

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **BEYTULLAH GÖKTAŞ**' ın “**Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 16.07.2025

Tez Danışmanı Prof. Dr. K. Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Prof. Dr. Ayşe Saide ŞAHİN

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Doç. Dr. Mehmet ÖZ

Aksaray Üniversitesi

Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 16/07/2025 tarih ve 17/19 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

başlıklı tez çalışmamın toplam **60** sayfalık kısmına ilişkin, **16/07/2025** tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%9** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

16.07.2025

Beytullah GÖKTAŞ

Prof. Dr. K. Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

08.07.2025

Beytullah GÖKTAŞ

KISALTMALAR

- AGS Amerikan Geriatri Derneđi
ASM Aile Sağlığı Merkezi
BDNF Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
BM Birleşmiş Milletler
CA Kanser
COX Siklooksijenaz
CrCl Kreatinin klerensi
DM Diabetes Mellitus
DPT Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ Dünya Sağlık Örgütü
GI Gastrointestinal
HT Hipertansiyon
KBY Kronik böbrek yetmezliği
KKY Konjestif kalp yetmezliği
KOAİ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MAO Monoamin oksidaz
OECD Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OTC Reçetesiz satılan tezgâh üstü
SSS Santral sinir sistemi
T. C. Türkiye Cumhuriyeti
TIME Turkish Inappropriate Medication Use in the Elderly
TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ Vücut kitle indeksi

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri	30
Tablo 2: Ailede bulunan sağlık personellerinin ünvanları.....	32
Tablo 3: Katılımcıların cinsiyete göre kronik hastalıkları.....	33
Tablo 4: Katılımcıların ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutum puanları	35
Tablo 5: Katılımcıların ilaç kullanımı bilgi puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması	37
Tablo 6: Katılımcıların ilaç kullanım tutum puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması	41
Tablo 7: Katılımcıların bilgi puanları ile tutum puanları arasındaki korelasyon	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1: Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 ülke	5
Şekil 2: TÜİK Genel Nüfus Sayımları, 1950-2000 TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2010-2024. TÜİK, 2024 Nüfus Projeksiyonları, 2030-2100	7
Şekil 3: Nüfus Piramidi, 1935, 1975 ve 2024	8
Şekil 4: Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 il.....	8
Şekil 5: İllere göre yaşlı nüfus oranı	9
Şekil 6: Reçeteleme kaskadı.....	17
Şekil 7: Katılımcıların bilgi puanları ile tutum puanları arasındaki korelasyon grafiği.....	43

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı
Tıbbi Farmakoloji
Yüksek Lisans Tezi

YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Beytullah GÖKTAŞ

Konya-2025

Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelerle, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı nüfus oranı artmıştır. Yaşlı bireylerde kronik hastalıkların yaygın görülmesi, ilaç tüketiminin de yüksek olmasına neden olmaktadır. Araştırmada, bir aile sağlığı merkezine kayıtlı yaşlı bireylerin ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyi ve tutumlarını belirlemek ve bu konuda farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır. Tanımlayıcı tipteki çalışmanın örneklemini, Bozkır Mehmet Öz Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimliği birimlerine kayıtlı, araştırmaya katılmaya istekli 334 yaşlı oluşturmuştur. Araştırma verileri, sosyodemografik özellikler ve ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarını içeren anket formu kullanılarak toplanmış, SPSS 27.0 istatistik programına aktarılmış ve uygun istatistiksel analiz teknikleri ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması $72,6 \pm 7,2$ yıl olarak belirlenmiş olup, %58,4’ünü kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %79,4’ü ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahipken, %70,4’ü evli, %90,7’si ise orta gelir düzeyinde yer almaktadır. Tüm katılımcıların (%100) sağlık güvencesi bulunmakta olup, %82,0’si eşi ve/veya çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %37,7’sinin ailesinde en az bir sağlık çalışanı bulunmaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%87,1), kendi sağlık durumlarını “orta” düzeyde olarak belirtmiştir. Katılımcıların %17,7’si hastalandıklarında evde mevcut olan ilaçları kullandığını belirtirken, %70,7’si ilk olarak aile sağlığı merkezine başvurduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, katılımcıların %67,7’si yalnızca hastalandıklarında doktora gittiklerini beyan etmiştir. Katılımcıların %99,4’ünün en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiş olup, en yaygın kronik hastalık hipertansiyon olarak saptanmıştır. Ayrıca, katılımcıların %49,8’i günde dört veya daha fazla ilaç kullanmaktadır. İlaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutum puanı ortalamaları sırasıyla $8,45 \pm 2,80$ ve $30,60 \pm 4,57$ olarak bulunmuştur. Bilgi puanları ile tutum puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ve mükemmel düzeyde bir korelasyon tespit edilmiştir ($r = 0,924$, $p < 0,001$). Bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri arttıkça, tutum düzeylerinin de yükseldiği belirlenmiştir. Çalışmamızda; yaşlı bireylerin ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve tutum puanları ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, birlikte yaşadıkları kişiler, ailede sağlık çalışanı bulunması, kendi sağlık durumları, düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli kullanılan ilaç sayısı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p < 0,05$).

Sonuç olarak, bu çalışmada yaşlı bireylerin ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve tutum düzeyleri değerlendirilmiş ve bu konuda bireylerde farkındalık oluşturulmuş olup, elde edilen bulgular yaşlı nüfusun ilaç kullanım alışkanlıklarının iyileştirilmesine yönelik eğitim programlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, İlaç kullanımı, Yaşlı, Tutum.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Medical Pharmacology
Medical Pharmacology
[Master Thesis]

EVALUATION OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF ELDERLY INDIVIDUALS REGARDING DRUG USE

Beytullah GÖKTAŞ

Konya-2025

Due to advancements in healthcare services, the proportion of the elderly population has increased in Turkey, as it has globally. Since chronic diseases are common among the elderly, drug consumption is also quite high. The aim of the study was to determine the knowledge and attitudes of elderly individuals enrolled in a family health center regarding drug use and to raise awareness on this issue. The sample of this descriptive study consisted of 334 elderly individuals who were registered with the Family Medicine units of Bozkır Mehmet Öz Family Health Center and who were willing to participate in the research. The research data were collected using a questionnaire that included sociodemographic characteristics as well as information and attitudes regarding drug use. The data were then transferred to the SPSS 27.0 statistical software and analyzed using appropriate statistical analysis techniques.

The mean age of the participants was 72.6 ± 7.2 years. Of the participants, 58.4% were women, 79.4% had a primary school education or lower, and 70.4% were married. A majority (90.7%) reported having a moderate income level, and all participants (100%) had health insurance coverage. Additionally, 82.0% were living with their spouse and/or children, and 37.7% had a family member working in the healthcare sector. Regarding perceived health status, 87.1% described their health as moderate. When ill, 17.7% reported using drug already available at home. The first healthcare facility visited by 70.7% of the participants when experiencing illness was a family health center. Furthermore, 67.7% stated that they visited a doctor only when they were ill. Almost all participants (99.4%) had at least one chronic disease, with hypertension being the most commonly reported condition. It was also determined that 49.8% used four or more drugs per day. The mean scores of participants' knowledge and attitudes regarding drug use were found to be 8.45 ± 2.80 and 30.60 ± 4.57 , respectively. A perfect, statistically significant positive correlation was found between knowledge scores and attitude scores ($r = 0.924$, $p < 0.001$). It was determined that as individuals' knowledge about drug use increased, their attitude scores also improved. In our study, significant differences were found between elderly individuals' knowledge and attitude scores and the variables of age, gender, education level, marital status, income level, cohabitants, presence of healthcare workers in the family, health status, regular doctor visits, presence of chronic disease, and the number of drugs regularly used ($p < 0.05$).

In conclusion, this study evaluated the knowledge and attitudes of elderly individuals regarding drug use and raised awareness on the subject; the findings may contribute to the development of educational programs aimed at improving medication use habits among the elderly population.

Keywords: Attitude, Elderly, Drug use, Knowledge.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Demografik dönüşüm sürecinde olan Türkiye'de, doğurganlık ve ölüm hızlarındaki azalma ile birlikte sağlık alanında kaydedilen gelişmeler, yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması sonucu nüfusun yaş yapısı değişmiş ve yaşlı (65 yaş üstü) nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı artmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin projeksiyonlarına göre, ülkemizde yaşlı nüfus oranı 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir. Nitekim bu oran, 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükselmiştir (TÜİK, 2024). 2050 yılında ise, bu nüfusun yaklaşık 1.5 milyara ulaşacağı öngörülmektedir.

Yaşlanma kademeli ve geri döndürülemez bir patofizyolojik süreç olduğundan, bu esnada doku ve hücre işlevlerinde düşüşler, nörodejeneratif hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik hastalıklar, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve bağışıklık sistemi hastalıkları dahil olmak üzere yaşlanmayla ilişkili hastalık risklerinde önemli artışlar olmaktadır (Guo ve ark, 2022). Geriatrik popülasyonda akut ve kronik hastalıkların insidansındaki artış, polifarmasiyi kaçınılmaz hale getirmektedir (Kubat Bakır ve Akın, 2019).

Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan fonksiyonel değişiklikler, ilaçların farmakokinetik özelliklerini yani emilim, dağılım, metabolizma ve itrah süreçlerini etkilediği gibi, farmakodinamik özelliklerinde de değişikliklere yol açmaktadır. Bu değişiklikler; reseptör düzeyinde, sinyal iletimi ve intraselüler yanıt mekanizmalarında veya homeostatik kontrol sistemlerinde ortaya çıkabilmektedir (Schwab, 2011). Yaşlılarda polifarmasiye bağlı olarak ilaç yan etkisi, erişkin gruba kıyasla üç-yedi kat daha fazla görülmektedir. Bu yaş grubunda, ilaç yan etkilerini ve potansiyel ilaç-ilac etkileşimlerini göz önünde bulundurarak uygun reçeteleme yapmak gerekir (Merel ve Paauw, 2017). Nitekim yaşlı hastalarda ilaçlar arası etkileşim sıklığının gençlere kıyasla daha fazla olduğu da saptanmıştır (Katzung ve Trevor, 2018).

Bu çalışmayla, dünyada ve ülkemizde önemli bir sorun olan uygunsuz ilaç kullanımının önlenmesine yönelik çalışmalara katkı sağlamak ve farkındalık oluşturmak için, 65 yaş ve üzeri bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Evreleri

İnsan yaşamının doğal dönemlerinden birisi olan yaşlılığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşamsal fonksiyonların, organizmanın verimliliğinin ve çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalması şeklinde tanımlamıştır (Aslan ve Can, 2014). Yaşlılık, yalnızca biyolojik değişimlerle sınırlı olmayan; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bütüncül bir biçimde ele alınması gereken çok yönlü bir süreçtir. Fizyolojik boyut açısından yaşlılık, kronolojik yaş ile birlikte ortaya çıkan biyolojik değişimleri ifade etmektedir. Psikolojik boyutta ise, algılama, öğrenme, psikomotor beceriler, problem çözme ve kişilik özellikleri gibi alanlarda bireyin uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini kapsamaktadır. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise, toplum içindeki bu yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun yaşlı bireylere atfettiği değerlerle ilişkilidir (Birren, 1982).

Yaşlanma ile birlikte moleküler ve hücresele seviyede biriken hasarlar, fizyolojik kapasitenin kademeli olarak düşmesine ve çok sayıda hastalık riskinin artmasına sebep olarak bireyin genel işlevselliğinde azalmaya yol açmaktadır. Ancak değişiklikler yaş ile doğrusal olarak artış göstermez. Bu nedenle örneğin 70 yaşındaki bir kişi fiziksel ve mental olarak aktif bir yaşam sürebilirken, bir başkası temel yaşam gereksinimlerini karşılayabilmek için önemli destek almak durumunda olabilir. Yaşlanma, bireyler arasında değişkenlik gösteren ve öngörülemez bir süreçtir; bu nedenle, bireylerin yaşlandıklarında hangi fizyolojik veya fonksiyonel durumda olacaklarını önceden kesin olarak öngörmek mümkün değildir. Bununla birlikte çeşitli çevresel faktörler ve bireysel özellikler bu süreç üzerinde etkili olabilir (DSÖ, 2011). Yaşlılık göreceli bir kavramdır ve kesin rakamlarla ifadelendirmek güçtür. Yaşlılık kavramı ilk kez kronolojik olarak DSÖ tarafından 1963 yılında Kiev’de düzenlenen ve “Yaşlıların Sağlık Sorunları” konulu toplantıda sınıflandırılmış; bu sınıflamaya göre 60 yaşın üzerindeki kişiler yaşlı olarak kabul edilmiştir. Bu sınıflandırmaya göre kronolojik olarak yaşlılık;

- Orta yaş (45-59 yaş)
- Yaşlılık (60-74 yaş)
- İleri yaşlılık (75 + yaş)

şeklinde üç aşamada açıklanmıştır (DSÖ, 1963). Birleşmiş Milletler (BM) tarafından da 60 yaş, yaşlılığa geçiş yaşı olarak kabul edilmiştir (BM, 2002).

Zaman içerisinde, başta doğuştan beklenen yaşam süresinin artması olmak üzere, sağlıkta ve teknolojiye yaşanan olumlu değişimlerin sonucu olarak insan ömrü uzamıştır. Bu nedenle DSÖ ilk tanımından 35 yıl sonra, 1998 yılında yaşlılık sınıflamasını yeniden gözden geçirmiş ve 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak kabul etmiştir (DSÖ, 1998). Ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde de 65 yaş esas alınmaktadır. Ancak, bireyin 65 yaşında olması zihinsel ve fiziksel olarak diğerleri ile aynı durumda olması anlamına gelmemektedir.

Yaşlı nüfus ve ileri yaşlara kadar yaşayan birey sayısı artmaya başlayınca, bu grubu bazı alt gruplara ayırma gereği ortaya çıkmıştır. DSÖ, 65 ve üzeri yaşlardaki grubu “genç yaşlı” (65-74 yaşlar), “orta yaşlı” (75-84 yaşlar) ve “ileri yaşlı” (85 ve üzeri yaşlar) olmak üzere üç alt gruba ayırmıştır. Yaş grupları dikkate alınarak 2015 yılında; 25-44 yaşlar genç, 44-60 yaşlar orta yaş, 60-75 yaşlar erken yaşlılık, 75-90 yaşlar orta yaşlılık ve 90 yaş üzerini de geç yaşlılık olarak tanımlanmıştır (WPA, 2015).

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Doğum ve ölüm hızlarına bağlı olarak nüfus yapısında meydana gelen değişim “demografik dönüşüm” olarak tanımlanmaktadır. Demografik dönüşüm, toplumlardaki yüksek doğum ve yüksek ölüm oranlarından, düşük doğum ve düşük ölüm oranlarına tarihsel geçişi ifade eden bir olgu ve teoridir. Bu süreç, 1800’lerin başında Avrupa’da sanayileşmenin başlaması ile ortaya çıkmıştır (Lee, 2003). Dünyada ve ülkemizde, 65 ve üzeri yaştaki bireyler ‘yaşlı nüfus’ olarak tanımlanmaktadır. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum oranlarının düşmesinin yanı sıra doğumda ve yaşlılıkta beklenen yaşam sürelerinin uzaması da yaşlı nüfusun ve toplam nüfus içerisindeki oranının artmasına neden olmaktadır (Menyhárt ve ark., 2018). Yaşlı nüfusunun oranı %7’yi aşmış ülkeler “yaşlı bir toplum” ve %10’u aşmış ülkeler ise “çok yaşlı bir toplum” olarak tanımlanmaktadır (TÜİK, 2014).

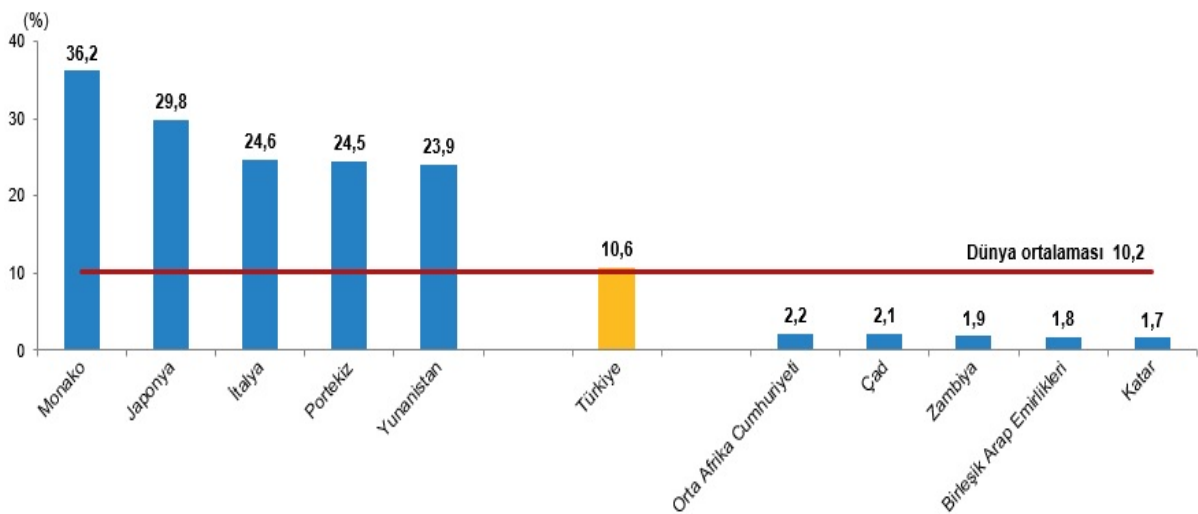
Nüfus yaşlanması için gereken eşik değer bazı çalışmalarda net olarak tespit edilmiş ve 65+ yaş grubunun %15’i bulması ve/veya aşması durumunda “nüfus yaşlanması” olgusunun geçerliliği kabul edilmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007).

Yaşlanma süreciyle birlikte, vücutta homeostazın korunmasını etkileyen morfolojik ve fonksiyonel değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma sürecindeki bireysel farklılıklar, genetik özellikler, çevresel faktörler, değişen stres etmenleri, kronik hastalıkların varlığı ve ilaç kullanımı gibi etkenlerin yaşlanan organizmanın duyarlılığını artırması ile adaptasyon güçlüklerinin birleşiminden kaynaklanmaktadır. Eğitim ve sağlık alanlarında kaydedilen

ilerlemeler, zamanla doğurganlık oranlarında azalmaya, bebek ve çocuk ölümlerinde düşüşe ve yaşam süresinde belirgin bir artışa yol açmıştır. 20. yüzyılın ortalarında çocuk nüfusunun oranı, yaşlı nüfusun yaklaşık üç katı düzeyindeyken; zamanla doğurganlık oranlarının düşmesi ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte çocuk nüfusunda azalma, yaşlı nüfusunda ise artış gözlenmiş, böylece günümüzde her iki yaş grubunun nüfus içindeki oranları birbirine eşitlenmiştir. Dünya yaşlı nüfusu 2019 yılında ilk defa, beş yaşın altındaki çocuk nüfusunu geçmiştir (BM, 2019). Yaşlı nüfusun küresel büyümesi devam edeceğinden, yaşlanan bir dünya kaçınılmaz görünmektedir.

Yaşlı nüfusun artışı giderek hızlanmakta, genç nüfus yapısına sahip ülkelerde yaşlı nüfustaki artma daha hızlı olmaktadır. Örneğin Fransa, İsveç gibi ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının %7'den %14'e artması 100 yılda olmuşken, günümüzde genç nüfusa sahip olan Tayland, Çin, Brezilya gibi ülkelerde aynı değişim 20-30 yıl gibi kısa sürede meydana gelmiştir (DSÖ, 2011).

Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminlerine göre, 2024 yılı itibarıyla dünya nüfusunun %10,2'sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülke %35,8 ile Monako olurken, bu ülkeyi %30,1 ile Japonya ve %24,5 ile İtalya takip etmektedir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu ülke ise, %1,6 ile Katar olup, bu ülkeyi %1,7 ile Uganda, %1,8 ile Zambiya takip etmiştir (TÜİK, 2024). Yaşlı nüfus oranı dünya ortalaması, 2024 yılında %10,2 bulunmuş olup, ülkemizin yaşlı nüfus oranının %10,6 ile dünya yaşlı nüfus ortalamasının hemen üzerinde olduğu görülmektedir (Şekil 1) (TÜİK, 2025).



Şekil 1: Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 ülke (Birleşmiş Milletler, 2022 Dünya Nüfus Beklentileri, 2024 TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2024).

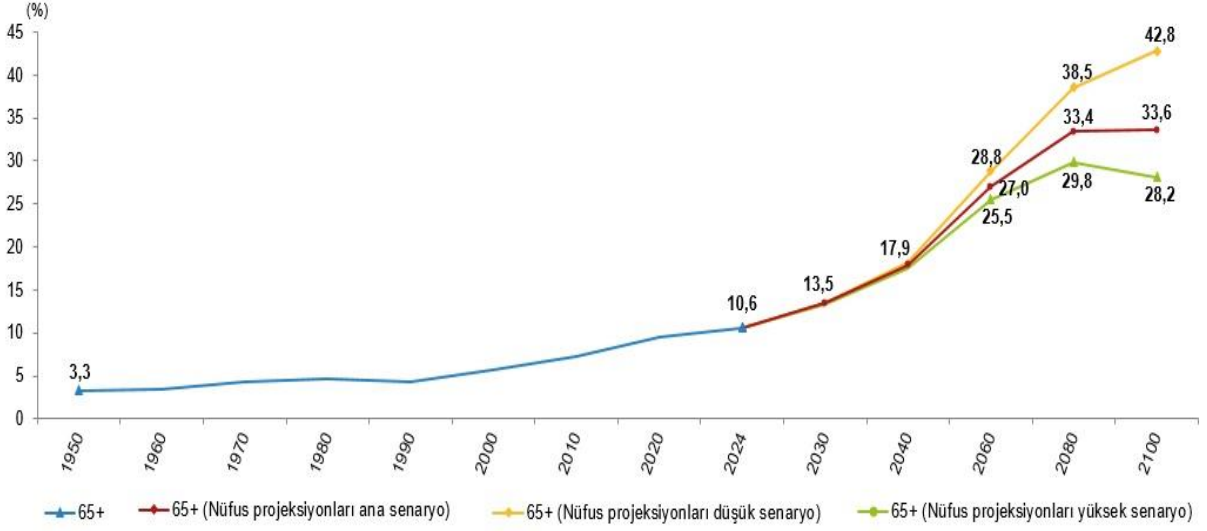
Yaşam beklentisi, bir kişinin ne kadar yaşamasının beklendiğinin ölçüsüdür. Yaşam beklentisi diyet, cinsiyet ve çevre gibi birçok faktöre bağlı olarak dünya çapında değişiklik gösterir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler milyonlarca insanın yaşamını önemli ölçüde iyileştirmiştir. Dünya çapında ortalama doğumda beklenen yaşam süresi, 2007'den bu yana istikrarlı bir şekilde artarken, 2020 ve 2021'deki Covid-19 salgını sırasında düşmüştür. Zira ülkemizde 2021 yılında 65 yaş ve üzeri ölümlerin %11'i Covid-19 kaynaklı gerçekleşmiştir (TÜİK, 2024). Daha gelişmiş ülkeler, birçok nedenden dolayı daha yüksek yaşam beklentisine sahip olma eğilimindedir. Nitekim temiz su ve gıdaya erişim gibi sağlık altyapısı ve yaşam kalitesi, daha gelişmiş ülkelerde daha yüksektir. Afrika, 2023 yılında hem erkekler hem de kadınlar için yaşam beklentisinin en düşük olduğu kıta olurken, erkeklerde Okyanusya, kadınlarda ise Avrupa ve Okyanusya en yüksek yaşam beklentisine sahip kıtalardır (Galan, 2023).

Kadınların doğuştan beklenen yaşam süresi, tüm ülkelerde erkeklere kıyasla daha yüksektir; bu fark gelişmiş ülkelerde daha belirgin olup, geri kalmış ülkelerde ise genellikle 2-3 yıl civarındadır (Önal, 2024) İngiltere, Fransa, Amerika, Japonya, Almanya ve İsveç gibi gelişmiş ülkelerde kadınlar için yaşam beklentisi 19. yüzyılın ortalarında 40-50 yaşken, 20. yüzyılın sonunda 90 yıla yaklaşmıştır (DSÖ, 2011).

Türkiye'de ilk kez 1998 yılında yaşlı nüfus oranı %19,1'le çocuk nüfus oranını (%18,8) geçmiştir. "Demografik dönüşüm" olarak adlandırılan küresel yaşlanma süreci içerisinde yer alan Türkiye, hızlı yaşlanan ülkeler arasında konumlanmaktadır. Doğurganlık hızının düşmesi ve yaşam beklentisinin yükselmesi nedeniyle yaşlı nüfus, sayısal ve oransal olarak hızla artmaktadır. Ülkemizde toplam doğurganlık hızının (bir kadının doğurduğu dönem boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısı) 2001 yılında 2,38 çocuktan, 2019 yılında 1,88, 2023 yılında ise, 1,51 çocuğa düştüğü açıklanmıştır (TÜİK, 2024). Türkiye'de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı; 20. yüzyılın son on yılına kadar yüzde beş'in altında kalarak ciddi bir değişiklik göstermemiştir. Doğurganlıktaki düşüşle birlikte yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı giderek artmaktadır. Hızlı iç göç nedeniyle özellikle kırsal kesimin yaşlılık oranları, daha hızlı artmaktadır. 2020 yılında %9,5, 2024 yılında da %10,6 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının 2060 yılında %27'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2025).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi, nüfusun yaşlanmasının bir göstergesi olup, ülkemizde yaşlı nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken, son beş yılda %21,4 artarak 2024 yılında 9 milyon 112 bin 298 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam

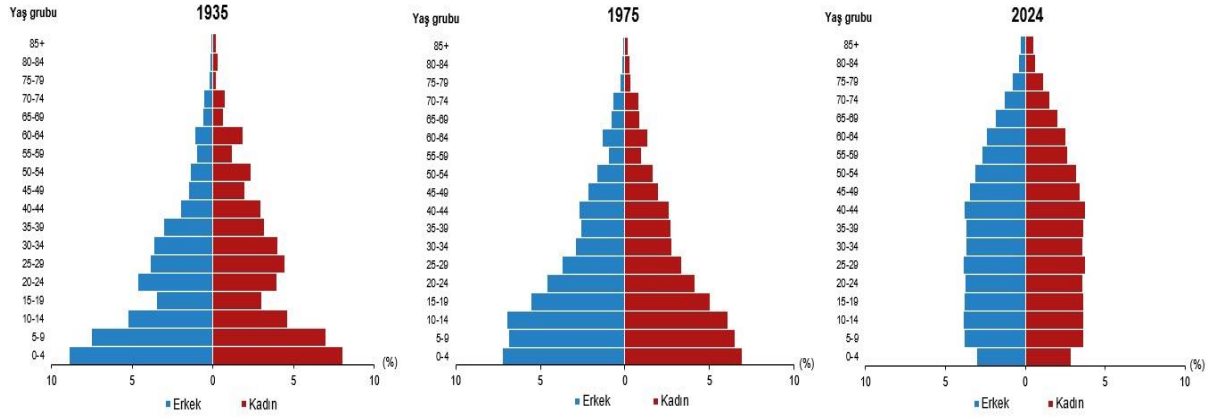
nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8,8 iken, 2024 yılında %10,6'ya yükselmiştir. Yaşlı nüfusun 2024 yılında %44,6'sını erkek nüfus, %55,4'ünü kadın nüfus oluşturmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranınının 2030 yılında %13,5, 2040 yılında %17,9, 2060 yılında %27, 2080 yılında %33,4 ve 2100 yılında %33,6 olacağı öngörülmüştür (Şekil 2) (TÜİK, 2025).



Şekil 2: TÜİK Genel Nüfus Sayımları, 1950-2000 TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2010-2024. TÜİK, 2024 Nüfus Projeksiyonları, 2030-2100 (TÜİK 2025).

Yaşlı nüfus incelendiğinde, 2019 yılında %62,8'i 65-74 yaş grubunda, %28,2'si 75-84 yaş grubunda ve %9,1'i 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer alırken, 2024 yılında %63,4'ü 65-74 yaş grubunda, %28,8'i 75-84 yaş grubunda ve %7,8'i 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer almıştır. Yaşlı nüfusun %0,1'ini oluşturan 100 yaş ve üzeri birey sayısı, 2024 yılı itibarıyla 7.632'ye ulaşmıştır (TÜİK, 2025).

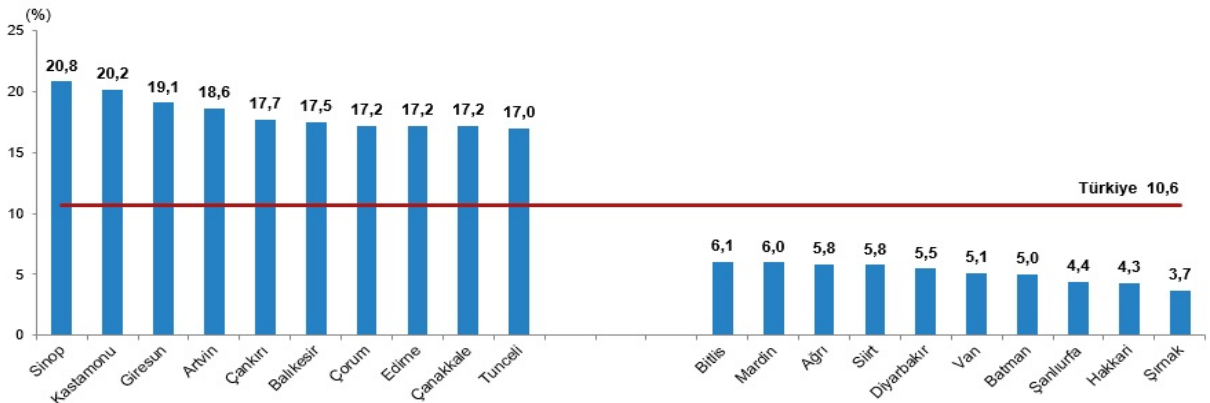
Nüfus piramitleri, nüfusun yaş ve cinsiyet yapısında meydana gelen değişimi gösteren grafikler olarak tanımlanır. Ülkemiz nüfus piramidi 1935 ve 1975 yılında tipik piramit şekline yakınken, 2020 yılında arı kovanı piramit şeklini almıştır, 2023 yılında da bu şekli koruduğu görülmüştür (Şekil 3) (TÜİK, 2024).



Şekil 3: Nüfus Piramidi, 1935, 1975 ve 2024 (TÜİK, Genel Nüfus Sayımları 1935, 1975. TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2024).

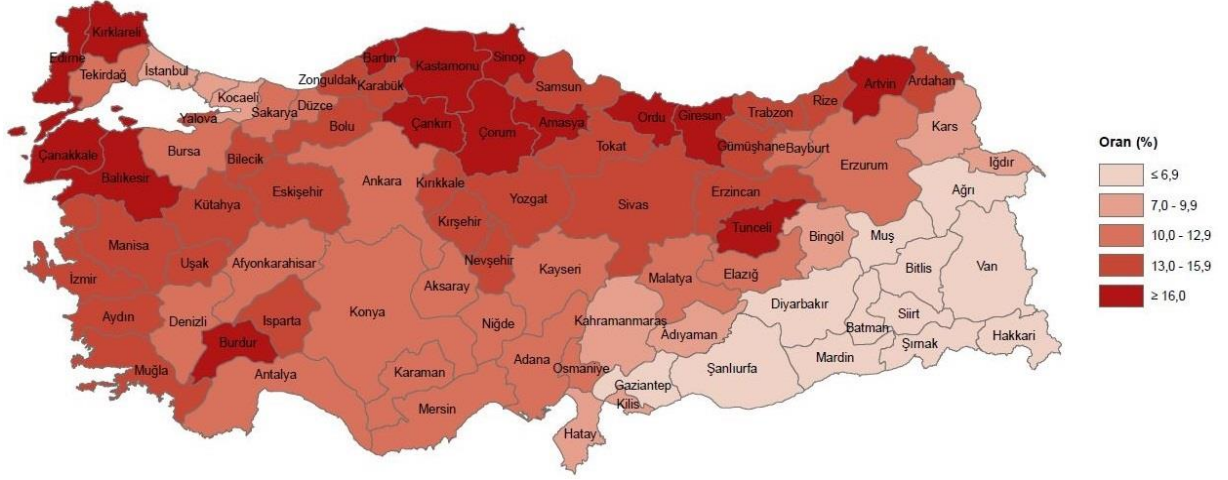
Ortanca yaş, nüfusu en gençten en yaşlıya doğru sıraladığımızda ortada yer alan bireyin yaşını ifade eder. Nüfusun yaşlanmasıyla ilgili önemli göstergelerden biri olan ortanca yaş, 2019 yılında 32,4 iken, 2024 yılında 34,4'e yükselmiştir. 2024 yılı verilerine göre, ortanca yaş erkeklerde 33,7, kadınlarda ise 35,2 olarak gerçekleşmiştir. Nüfus projeksiyonlarının demografik göstergelerdeki mevcut yapının devam edeceği düşünülerek, ortanca yaşın 2030 yılında 37,1, 2040 yılında 41,4, 2060 yılında 48, 2080 yılında 51,5 ve 2100 yılında ise 52,2 olacağı öngörülmüştür (TÜİK, 2025).

2024 yılı verilerine göre, Türkiye'de yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il %20,8 ile Sinop olmuştur. Sinop'u sırasıyla %20,2 ile Kastamonu ve %19,1 ile Giresun illeri takip etmektedir. Buna karşılık, yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu il %3,7 ile Şırnak'tır. Şırnak'ın ardından %4,3 ile Hakkâri ve %4,4 ile Şanlıurfa gelmektedir (Şekil 4) (TÜİK, 2025). Bu veriler, Türkiye'de yaşlı nüfusun coğrafi dağılımında önemli farklılıklar olduğunu göstermekte ve bölgesel demografik dinamiklerin analiz edilmesi gerekliliğine işaret etmektedir.



Şekil 4: Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 il (TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2024).

İllere göre yaşlı nüfus oranı Şekil 5'te sunulmuştur. 2024 yılında, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10 ve üzerinde olduğu il sayısı 60 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2024).



Şekil 5: İllere göre yaşlı nüfus oranı (TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2024).

2.3. Yaşlılığın Fizyolojisi

Fizyolojik açıdan yaşlılık; hücresel yenilenmenin azalması, yaşa bağlı hastalıkların görülme sıklığının artması ve mortalitede yükselme ile sonuçlanan, moleküler, hücresel ve sistem düzeyinde ilerleyici bir gerileme süreci olarak tanımlanan, kaçınılmaz bir durumdur (Gyenis ve ark., 2023).

Hücresel yaşlanma, hücrelerin zamanla çoğalma ve farklılaşma yeteneğinin ve fizyolojik fonksiyonlarının kademeli olarak azalmasıdır. Yaşlanma hücre düzeyinde genomik instabilite, telomer disfonksiyonu, epigenetik değişiklikler, proteostaz kaybı, otofaji bozulması, mitokondriyal disfonksiyon, hücresel senesens, kök hücre tükenmesi, hücrelerarası iletişimin değişmesi, besin algılamasının düzensizleşmesi gibi değişikliklere neden olur (Guo ve ark., 2022). Harman (1956), yaşlanma sürecinde meydana gelen dejeneratif değişikliklerin, normal hücresel metabolizma sırasında açığa çıkan serbest radikallerin zararlı etkileriyle ilişkilendirilebileceğini öne sürerek, yaşlanmanın serbest radikal teorisini ortaya koymuştur.

Yaşlanma ile birlikte, organ rezerv kapasitesinde azalma, stres yanıtında gecikme, bireysel aktivite seviyesinde düşüş ve fiziksel görünümde değişiklikler gibi çeşitli fizyolojik ve fonksiyonel farklılıklar kaçınılmazdır. Preston ve Biddell (2020)'e göre, yaşlanma yaklaşık 30 yaşından sonra başlayan ve ilerleyici fizyolojik gerileme ile karakterize bir süreç olup, yaşlı erişkinlerde gözlenen fizyolojik değişiklikler ise genellikle normal yaşlanma süreci, hastalıklar, çoklu morbidite (çoklu hastalık durumu) ve kırılğanlığın tek başına ya da bir arada etkisiyle

ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma sürecini açıklamak üzere çok sayıda kuram ortaya konulmuştur. Yaşlanma ile değişen fizyolojik süreçleri; yaşlanmanın hücre, doku ve sistemlerde moleküler düzeyde nasıl ortaya çıktığını, hangi biyokimyasal süreçlerin yaşlanmaya yol açtığını ve kromozomların yaşlanma süreci üzerindeki etkilerini açıklayan biyolojik kuramlar; iki kategoriye ayrılmaktadır: Bunlar, Hasar Kuramları ve Programlanmış Kuramlardır (Young ve Maguire, 2019).

(1) Hasar Kuramları: Bu kurama göre yaşam süresince ortaya çıkan hücre hasarlarının zaman içinde çeşitli düzeylerde birikmesi yaşlanmaya yol açmaktadır. Serbest radikaller kuramı, yaşam hızı kuramı, aşınma ve yıpranma kuramı, çapraz bağlar kuramı bu kuramlar arasında yer almaktadır.

(2) Programlanmış (genetik) Yaşlanma Kuramları (iç etkenler): Burada yaşlanma, genetik veya kişinin biyolojik saatine bağlı bir programa dayandırılarak açıklanmaktadır. İnsan vücudunun muhtemelen çocukluk, büyüme ve gelişiminin devamında yaşlanmak üzere programlandığını ve yaşlanmanın biyolojik olarak belirli bir zaman çizelgesini izlediği vurgulanmaktadır (Libertini, 1988; Skulachev, 1997). Telomer Kuramı, bu kuramlar arasında yer almaktadır. Kromozomların uç bölgelerinde yer alan tekrarlayan DNA dizileri olan telomerler, her hücre bölünmesiyle birlikte kısalmaktadır. Bu kısalma, hücrelerin bölünme yeteneğinin azalmasına neden olarak, hücre yaşlanma ve yaşlanma belirtilerinin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (López-Otín ve ark., 2013).

Yaşlanmayla kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem, sinir sistemi ve cilt gibi temel sistemlerde yaşa bağlı olarak farklı düzeylerde yapısal ve fonksiyonel bozulmalar meydana gelir.

2.3.1. Ciltte yaşa bağlı değişiklikler

Yaşlanma sürecinde, cilt altı yağ dokusunun azalması nedeniyle deri daha ince, elastikiyetini yitirmiş, kuru ve kırışık bir görünüm kazanır. Bunun yanı sıra, kronik güneş maruziyeti ciltte sertleşme ve kırışıklıkların belirginleşmesine katkıda bulunmaktadır. İncelen cilt altı yağ dokusunun bulunduğu alanlarda kırışıklıklar artarken, soğuğa karşı tolerans düşer. Cilt altındaki sinir sonlanmalarının azalması nedeniyle duyarlılık azalmış, yaralanma sıklığı artmış ve iyileşme süreçleri gecikmiştir. Ayrıca melanosit sayısının azalması, cildin güneş ışınlarına karşı koruyucu kapasitesinin azalmasına neden olmaktadır (Gragani ve ark., 2014).

2.3.2. Kardiyovasküler sistemde yaşa bağlı değişiklikler

Yaşlılarda mortalite ve morbiditenin en yaygın nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Yapılan araştırmalarda hipertansiyon prevalansının bu yaş grubunda %50 ile %60 arasında değiştiği rapor edilmiştir. Kalbin yapısal ve fonksiyonel özelliklerindeki yaşa bağlı genetik değişiklikler ile fiziksel inaktivite, kalp yetmezliği gelişiminde önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Kardiyak miyositlerin hipertrofisi sonucu sol ventrikülde hipertrofi meydana gelirken, atriyal ve mitral kapaklarda skleroz gelişmekte ve buna bağlı olarak kardiyak output azalması gözlenmektedir. Bu durum, yaşlının egzersiz sırasındaki kardiyovasküler fonksiyonlarını etkiler ve postural hipotansiyon gelişebilir. Ateroskleroza bağlı olarak damar duvarları kalınlaşır ve daha az elastik olduğundan yaşlılarda hipertansiyon, felç ve koroner arter hastalığı görülme riski artar. Koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin yaklaşık dörtte üçü 65 yaş ve üzeri bireylerde gerçekleşmektedir. Yaşlanmayla birlikte kalp kapasitesinde azalma meydana geldiğinden, normal kalp atışlarını sağlamak için kalp daha fazla çalışmak zorundadır; stresli durumlarda ise artan kalp hızı, normal atım sayısına hızlıca dönmekte zorlanmakta ve bu durum klinik sorunlara yol açmaktadır (Strait ve Lakatta, 2012).

2.3.3. Solunum sisteminde yaşa bağlı değişiklikler

Yaşlanma süreciyle birlikte, akciğerlerin elastikiyetinde azalma ve solunum kaslarının zayıflaması nedeniyle akciğer fonksiyonlarında gerileme meydana gelir. Bu değişiklikler, zorlu vital kapasite, difüzyon kapasitesi, gaz değişimi, ventilasyon ve respiratuvar duyarlılıkta anlamlı ve progresif azalmaya yol açmaktadır. Nitekim çeşitli çalışmalarda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)nın prevalansı binde 2-9 arasında değişim göstermektedir. Solunum sistemi enfeksiyonları özellikle de pnömoni, bu yaş grubunda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir ölüm nedenidir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte akciğerlerde siliyer aktivitenin azalması, öksürük refleksinin zayıflaması ve bağışıklık sisteminin güçsüzleşmesi nedeniyle aspirasyon pnömonisi gelişme riski artmaktadır. Yaş ilerledikçe solunum sistemi, influenza virüsü ve *Streptococcus pneumoniae* gibi patojenlere karşı daha duyarlı hale gelmektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin özellikle bu enfeksiyonlara karşı aşılansını büyük önem taşımaktadır. Benzer şekilde, tüberküloz da yaşlılarda sık görülen ve yaşamı tehdit eden hastalıklar arasında yer almaktadır (Janssens ve ark., 1999).

2.3.4. Kas iskelet sisteminde yaşa bağlı değişiklikler

Yaşlanma ile birlikte kemik yoğunluğunda azalma meydana gelir; kemikler daha zayıf ve kırılabilir hale gelirken, vücut postürü bozulur. Kadınlarda menopoz sonrası kemik kaybı

hızlanmakta olup, bunun nedenlerinden biri serum vitamin D seviyelerinin azalmasıyla kalsiyum emiliminin düşmesidir. Ayrıca, yaşlanmaya bağlı büyüme hormonu ve testosteron seviyelerindeki düşüş, kasların incelmeye ve atrofiye yol açmaktadır. Kemik ve kas dokusundaki kayıplar sonucunda boy kısalması, diş kaybı, kemik kırıkları, bacaklarda eğrilik ve kamburlaşma ile kas gücü ve koordinasyon azalması gibi klinik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Kemiğin altındaki ince çizgi şeklindeki eklem kıkırdak dokusunun da azalması nedeniyle eklemler eskisi kadar rahat hareket edememekte ve travmalara karşı daha duyarlı hale gelmektedir. Tekrarlayan travmalar ise ileri yaşlarda sık görülen osteoartrit progresyonunu hızlandırmaktadır (Toraman, 2011).

2.3.5. Nörolojik sistemde yaşa bağlı değişiklikler

Nörolojik sistem, yaşlanmadan en çok etkilenen sistemlerden biridir. Yaşlanma esnasında sinir sisteminde yapısal, işlevsel ve biyokimyasal pek çok değişiklik olmaktadır. Genel olarak, beyin hacmi 40 yaşından itibaren her on yılda yaklaşık %5 oranında azalmaktadır. Bu hacim kaybı, 70 yaşından sonra daha da hızlanmaktadır. Beyindeki küçülme büyük ölçüde gri maddeyi etkilemekte olup, esas olarak nöron kaybı ve hücrel dejenerasyona bağlı olarak gerçekleşmektedir. Serebral korteksteki farklı nörotransmitter sistemlerinde yaşa bağlı değişiklikler, depresyon, uykusuzluk, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, anksiyete, bellek kaybı ve Parkinson hastalığı gibi çeşitli nöropsikiyatrik ve nörodejeneratif bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Dopamin ve serotonin, yaşlanmadan en çok etkilenen nörotransmitterler olup, dopamin düzeyleri erken erişkinlikten başlayarak her 10 yılda bir %10 oranında azalır bu da bilişsel ve motor işlevlerde azalma ile ilişkilidir. Serotonin ve beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) düzeyleri de yaşla birlikte azalmaktadır. Glutamat, yaş ile birlikte azalan bir başka önemli nörotransmitterdir (Peters, 2006; Bishop ve ark., 2010).

2.3.6. Sindirim sisteminde yaşa bağlı değişiklikler

Yaşlanma sürecinde sindirim sisteminde çeşitli fizyolojik değişiklikler gözlenmektedir. Bunlarmukus ve emilimde azalma, özofagus kaslarında daha az kasılma, mide elastikiyetinde azalma ve gastroözofageal reflü artışı, laktaz üretimi azalması ile süt intoleransı artışı, barsak motilitesinin yavaşlaması, kan akımı ve bazı enzimlerin etkinliğinin azalması gibi değişikliklerdir. Sindirim sisteminde gelişen değişiklikler nedeniyle; iştahsızlık, hazımsızlık, diyare, konstipasyon, kaşeksi, obezite gibi sorunlar da yaşanabilmektedir. Anal sfinkter kontrol kaybına bağlı olarak fekal inkontinans görülebilir (Firth ve Prather, 2002; Salles, 2007).

2.3.7. Üriner sistemde yaşa bağlı değişiklikler

Yaşlanmaya bağlı olarak böbreklerde gözlenen başlıca yapısal değişiklikler, böbrek kütlesi ve glomerül sayısındaki azalmadır. Ortalama böbrek kütlesi, kırklı yaşlarda yaklaşık 400 gram iken, seksenli yaşlarda 300 grama kadar gerilemektedir (Weinstein ve Anderson, 2010). Yaşlanma sürecinde böbrek dokusu küçülmekte, renal kan akımı azalmakta; bunun sonucu olarak glomerüler filtrasyon hızı düşmekte, sekresyon ve absorpsiyon yetenekleri azalmakta ve nefron kaybı ilerlemektedir. Böbreğin idrarı konsantre etme kapasitesindeki azalma, sodyum tutmadaki yetersizlik ve susuzluk hissinin bozulması, sıvı-elektrolit dengesizliklerine yol açmaktadır. Ayrıca, mesane kapasitesi yaşla birlikte azalmakta, mesane kaslarının istemsiz kasılması idrar yapma hissini erken uyandırmakta, nokturnal poliüriye yol açabilmektedir. Mesane kaslarındaki zayıflama ise rezidüel idrar hacminin artmasına ve idrar yolu enfeksiyonlarının artmasına sebep olmaktadır (Denic ve ark., 2016).

Kadınlarda menopoz sonrası üretra uzunluğunda kısalma, iç yüzey kalınlığında azalma ve üretra sfinkter tonusundaki düşüş ile sık aralıklı gebeliklerin pelvik yapıda oluşturduğu zayıflama, üriner inkontinansın başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Erkeklerde ise prostat büyümesi, üriner retansiyona yol açan önemli bir faktördür Mesane kaslarındaki zayıflama ise rezidüel idrar hacminin artmasına ve idrar yolu enfeksiyonlarının artmasına sebep olmaktadır. Bağırsak peristaltizminde yaşa, kronik hastalıklara ya da çoklu ilaç kullanımına bağlı yavaşlama, sıvı alımında azalma, fiziksel harekette azalma, beslenme değişiklikleri ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak konstipasyon/ diyare gibi eliminasyon bozuklukları gelişebilmektedir (Çolak ve ark., 2023).

2.3.8. Bağışıklık sisteminde yaşa bağlı değişiklikler

Bağışıklık sisteminin fonksiyonlarındaki azalma nedeniyle enfeksiyonlara karşı duyarlılık artmakta ve enfeksiyonlar daha ağır seyretmektedir. Pnömoni ve influenza enfeksiyonları, bakteriyemi, endokardit, enfeksiyöz diyare, menenjit, septik artrit, açıklanamayan ateş, reaktivasyon tüberkülozu ve otoimmün hastalıklar yaşlı bireylerde daha sık görülmekte ve daha yüksek mortaliteye yol açmaktadır. İmmün hücrelerin yaşlı bireylerde kanser hücrelerine, bakterilere ve diğer yabancı antijenlere karşı yanıt hızları azalmıştır. Bu immün yanıtın yavaşlaması, yaşlılarda kanser insidansının artışının önemli nedenlerinden biridir. Bağışıklık sistemindeki bu değişikliklerin tek olumlu sonucu ise alerjik semptomların şiddetinde görülen azalmadır (Navaratnarajah ve Jackson, 2013).

2.3.9. Göz ve görmede yaşa bağlı değişiklikler

Yaşlanma süreci, göz ve görme duyusunu hem yapısal hem de işlevsel açıdan etkilemektedir. Göz kapaklarında subkutan yağ dokusu ve tonus kaybına bağlı olarak büzüşme, sarkma, ektropion ve entropion gibi durumlar gelişebilir. Göz kaslarındaki güç kaybına bağlı olarak, uyku sırasında göz kapakları tam kapanamayabilir; bu durum korneada kuruluk, sekonder abrazyon, kızarıklık ve irritasyona yol açabilir. Yaş ilerledikçe, lensin elastikliğinde azalma ile ortaya çıkan yakın görme bozukluğu (presbiyopi) başlar ve ilerleyici bir seyir izler. Ayrıca, lens dokusunda gelişen opasiteler, katarakt oluşumuna kadar ilerleyebilir (Salvi ve ark., 2006).

2.3.10. Kulak ve işitmede yaşa bağlı değişiklikler

İç kulakta ortaya çıkan yaşlanmaya bağlı olarak, kulak zarı esnekliğini yitirir, orta kulak kemikçiklerinde kalsifikasyon gelişir, kulağa giden damarların zamanla elastikiyetleri bozulur ve yeterince kanı taşıyamaz. Bu değişikliklerle birlikte, beyindeki işitme merkezinin işlevini tam olarak yerine getirememesine bağlı olarak, yaşlı bireylerde işitme duyusunda azalma olmaktadır. Yaşlanmaya bağlı işitme kaybı; iletişim güçlüğüne, sosyal izolasyona, güvenlik sorunlarına ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklara yol açabilir. Ayrıca bilişsel bozulma, paranoyaya, depresyon ve anksiyeteye neden olabilir (Liu ve Yan, 2007).

2.4. Yaşlılarda İlaç Kullanımı ve Polifarmasi

İlerleyen yaş ile birlikte, organizmada çok sayıda fizyolojik değişiklik meydana gelir. Yaşlanma ile birlikte organ fonksiyonları azalırken, kronik hastalık sayısında artış olmaktadır.

2.4.1. Yaşlılıkta sık görülen hastalıklar

Kalp hastalıkları: Yaşın ilerlemesiyle koroner arter hastalıkları, kalp krizi, kalp yetmezliği ve hipertansiyon gibi hastalıkların görülme riski artar. Yaşlılıkla birlikte, yaklaşık her üç bireyden ikisinde hipertansiyon görülme sıklığı artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Osteoartrit: Yaşlanmaya bağlı olarak eklemlerde sıvı kaybı ve kıkırdak dokusunda azalmalar meydana gelmekte, bu da osteoartrit riskini artırmaktadır. Osteoartrit, eklem ağrıları, sertlik hissi ve hareket kısıtlılığı gibi klinik belirtilerle kendini göstermektedir. En sık etkilenen eklemler diz eklemleridir (Hüner ve ark., 2013).

Osteoporoz: Yaşlılıkla birlikte kemik yoğunluğu azalmasına bağlı olarak osteoporoz riski artar, düşmeler sonucu kırıklar meydana gelebilir. Yaşlı bireylerde, hafif şişmanlık olarak tanımlanan Vücut Kitle İndeksi (VKİ)nin 25-29 aralığında olması, osteoporoz ve erken menopoz gelişimine karşı koruyucu bir faktör olabilir (Hüner ve ark., 2013).

Diabetes Mellitus (DM): Yaşlılıkla birlikte görülen bir diğer durum, insülin direncinin gelişmesi ve kan glukozunda değişiklikler sonucu Tip 2 Diabetes Mellitus'un görülme sıklığının artmasıdır. Diabetes Mellitus sonucu görme bozuklukları, periferik arter hasarı ve böbrek sorunları ortaya çıkabilmektedir (Yakaryılmaz ve Öztürk, 2017).

Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar: Yaşlılıkla birlikte demans, yaygın olarak da Alzheimer hastalığı görülme sıklığı artmaktadır. Bu durum bilişsel işlevlerde kayıplara neden olur. Hastalık kendini, hafıza kayıplarıyla, davranışlarda oluşan değişikliklerle, fikir yürütme becerilerinde azalmayla ve günlük aktiviteleri yapmakta zorlanmayla göstermektedir (Canbaz ve ark., 2024).

Depresyon, anksiyete ve uyku sorunları: Yaşlılık döneminde depresyon ve anksiyete, en yaygın görülen psikiyatrik rahatsızlıklar arasında kabul edilmektedir. Yaşam koşullarındaki değişimler, yaşlılıkla birlikte artan fiziksel hastalıklar bu sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ayrıca bu sorunlardan başka yaşlı bireylerde uyku alamama, dinlenememe gibi şikâyetler de çok sık görülmektedir (Atlı ve Atmış, 2018).

Göz hastalıkları: Yaşlı bireylerde glokom, yaşlılığa bağlı olarak makula dejenerasyonu, DM kaynaklı retinopatiler ve katarakt sık ortaya çıkan göz rahatsızlıklarıdır. Ayrıca gözde uçuşmalar, ışık çarpmaları, göz kuruluğu, göz kapağı sorunları, göz sulanması ve presbiyopi gibi şikâyetlerle de sık karşılaşılmaktadır (Altınel ve Akçakaya, 2013).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve diğer solunum yolu hastalıkları: Yaşlılığa bağlı fizyolojik değişikliklerle, tütün ve tütün ürünü gibi alışkanlıkların tüketimi ve çevresel koşullara bağlı olarak KOAH sık görülmektedir (Bilir, 2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı görülen bireylerde solunum fonksiyonlarında azalma ve nefes darlığı ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca immün sistemde oluşan baskılanmaya bağlı olarak solunum yolu enfeksiyonlarıyla da sık karşılaşılmaktadır (Canbaz ve ark., 2024).

Kanserler: Bireylerin yaşamları boyunca maruz kaldıkları çevresel kanserojenlerin etkisi ile yaşlılarda kanser görülme sıklığı artar. Kadın ve erkeklerde en çok ölüme sebebiyet

veren kanser türü akciğer kanseridir. Kadınlarda bir diğer kanser türü meme kanseri iken, erkeklerde prostat kanseri sıklıkla ortaya çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

İşitme kaybı ve diğer kulakla ilgili sorunlar: Bu yaş gurubunda işitme fonksiyonunda azalmaya bağlı olarak işitme kayıplarıyla sıklıkla karşılaşılmaktadır. Ayrıca presbiakuzi ve tinnitus görülebilmektedir (Erdoğan, 2016; Özdemir, 2021).

Sindirim sistemi hastalıkları: Yaşlılıkla birlikte bağırsak hareketlerinde azalma ve düzensizlik, bağırsak villuslarında azalmaya bağlı emilim bozuklukları, mide mukozasında ve asidinin etkisinde azalmalar ortaya çıkmaktadır. Yaşlılardaki fizyolojik değişimler ve kronik hastalıkların sayısına bağlı olarak çoklu ilaç kullanımı sonucu gastrit ve ülserle sıklıkla rastlanılmaktadır. Spastik kolon, ülseratif kolit, Chron hastalığı ve bazı gastrointestinal kanser türleri yaşlılarda görülebilir (Atlı ve Atmış, 2018).

Beslenme bozuklukları: Yaşlı bireylerde sosyoekonomik durum ve kültürel konuma bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte, malnütriyon ya da obezite görülebilmektedir. Yaşlılarda obezitenin etkisiyle, hipertansiyon, DM, osteoartrit, uyku problemleri, depresyon gibi diğer sağlık sorunlarının sıklığı da artabilmektedir (Önal ve ark, 2012).

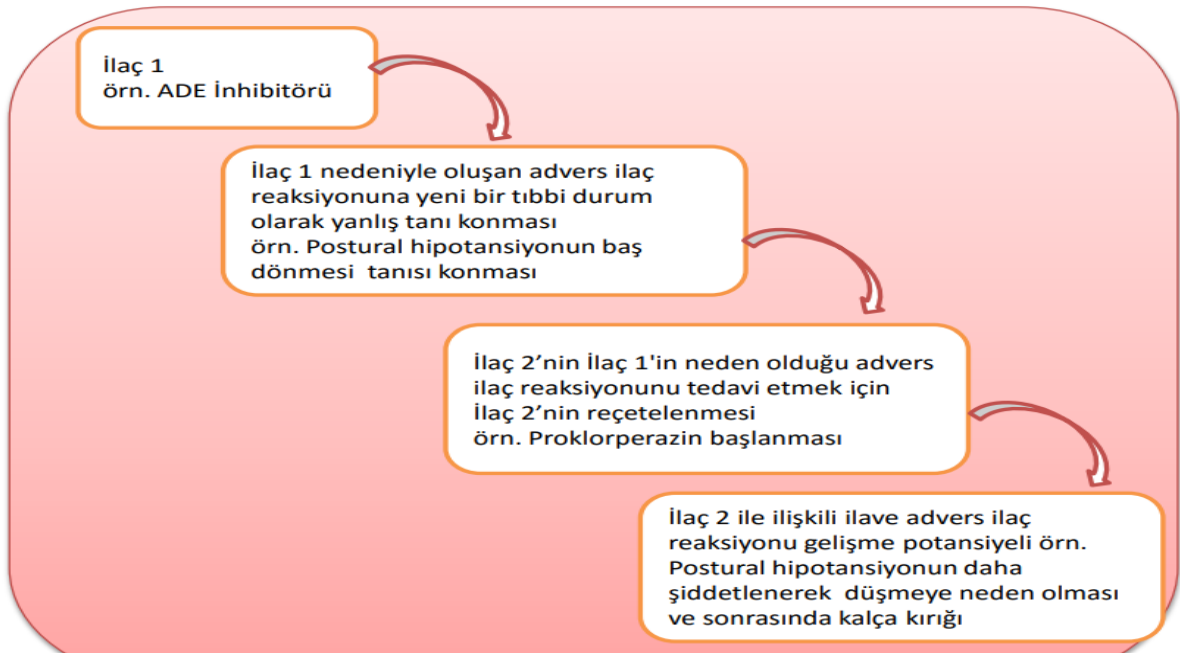
Sayılan hastalıklardan başka yaşlılık döneminde kazalar da sık görülmektedir. Fiziksel kapasitedeki azalma, denge ve görme bozuklukları, yürüme zorluğu ile osteoporoz gibi yaşla ilişkili durumlar, yaşlı bireylerde düşme ve kazaların görülme sıklığını artırmaktadır. Ayrıca, çoklu ilaç kullanımı ve bazı tedavilerin yan etkileri de bu tür kazaların meydana gelmesinde önemli rol oynamaktadır (Kutsal ve ark., 2010).

Kronik hastalıkların prevalansındaki artışa bağlı olarak, yaşlı bireyler giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmak zorunda kalmakta ve bu durum polifarmasinin yaşlı nüfus arasında yaygınlaşmasına neden olmaktadır (Masnoon ve ark., 2017). Polifarmasi, DSÖ tarafından “birçok ilacın birlikte kullanılması” olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 2004). ‘Polifarmasi’ kavramı için kesin bir görüş birliği bulunmamakla birlikte, genel olarak birden fazla endikasyon nedeniyle, eşzamanlı olarak çok sayıda ilacın kullanılması durumu olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde gerçekleştirilen çok merkezli çalışmalarda, yaşlı bireylerde en sık rastlanan kronik hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon (%30,7), osteoartrit (%13,7), konjestif kalp yetmezliği (KKY) (%13,7), DM (%10,2), koroner arter hastalığı (%9,8) ve osteoporoz (%8,2) olarak belirlenmiştir.

Yaşlı bireylerde sık karşılaşılan polifarmasi, potansiyel olarak uygunsuz ilaç kullanımı riskinde artış, ilaçlara uyumsuzluk, terapötik açıdan benzer etkiye sahip ilaçların farklı reçetelerde yinelenmesi, ilaç-ilaç etkileşimleri, sağlık hizmeti maliyetlerinde artış ve istenmeyen ilaç reaksiyonları gibi birçok olumsuz klinik ve ekonomik sonuçla ilişkilendirilmektedir (Hajjar ve ark., 2007; Komiya ve ark., 2018).

Polifarmasi, birden fazla ilaç almanın potansiyel zararının potansiyel yararından daha ağır basması durumunda “uygunsuz” olarak kabul edilir. Yaşlı kişilerde uygunsuz polifarmasi, biliş, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve ölüm oranı üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (Aljeaidi ve Tan, 2022; Lee ve ark., 2022). Yaşlı kişiler, zayıflıkları nedeniyle polifarmasinin olumsuz sonuçlarına karşı en savunmasız olanlardır (McLachlan ve ark., 2011). Polifarmasi, hastanın tedavi yükünü artırmakta ve paradoksal olarak, gerekli ilaçların yetersiz reçetelenmesine yol açabilmektedir (Lee ve ark., 2022). Polifarmasi, karmaşık rejimler nedeniyle ilaç hatalarına da neden olabilir (Rodrigues ve Oliveira, 2016). Karmaşık ilaç rejimleri, yaşlı hastada uyuncun azalmasının en önemli nedenlerinden biridir.

Yaşlılarda polifarmasiden dolayı ilaçlar ile ilgili advers olaylar yaygın olarak görülmektedir. Başka bir ilaca karşı gelişen bir advers reaksiyonun, tedavi gerektiren yeni bir tıbbi durum olduğu yanlış bir algılama ile “tedavi” edilmesi için yeni bir ilaç reçetelenmesi durumunda “reçeteleme kaskadı” meydana gelmektedir (Şekil 6).



Şekil 6: Reçeteleme kaskadı (Rochon ve Gurwitz, 1997).

Polifarmasi, “reçete kaskadı” olasılığını büyük ölçüde artırmaktadır. Örneğin; antihipertansif tedavide sık kullanılan diüretikli kombinasyonların başlanmasından sonra yaşlı hastada idrarı tutamama durumu için, hastaya antikolinerjik ilaç başlanması, antikolinerjik ilacın kognitif bozukluğa neden olması, ilaca bağlı kognitif bozukluk için yanlış olarak demans tedavisi başlanması gibi. Oysa bu durumda diüretik yan etkisi değerlendirilmeli, öncelikle diüretik dozunun azaltılması veya kesilmesi gerekliliği akılda tutulmalıdır. Yaşlı bireyde gelişen her yeni semptomda öncelikle ilaç yan etkisi düşünülmesi ve kapsamlı bir ilaç değerlendirmesi yapılması, yanlış tanıları ve reçete kaskadını önleyecektir (İrdesel ve Kutsal Gökçe, 2023).

2.5. Yaşlılarda İlaç Kullanımını Etkileyen Farmakokinetik ve Farmakodinamik Değişiklikler

Yaşlanma ile ortaya çıkan akut ve kronik hastalıklara bağlı olarak, yaşlıların çoklu ilaç kullanım oranları toplumun geneline göre artmakta olup, bu popülasyondaki fizyolojik değişiklikler beraberinde ortaya çıkan farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler, yaşlılarda ilaçlara verilen cevapları etkilemektedir.

Genel olarak yaşlanmayla birlikte vücut fonksiyonlarında azalma gözlenmekle birlikte, aynı kronolojik yaşa sahip bireyler arasında bu azalma derecesi farklılık gösterebilmektedir (Arslan ve ark., 2000). Bu nedenle yaşlı hastalar mutlaka bireysel olarak değerlendirilmelidir. Yaşlanmayla vücuttaki farmakokinetik olayların her biri önemli ölçüde değişebilir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları ve atımları değişebileceğinden ilaçlara verilen yanıt, yaşlı bireylerde farklılıklar göstermektedir (Güç, 1997).

Gastrointestinal sistemde yaşlanma ile birlikte emilim yüzeyi, motilite ve sifinkter aktivitesi, kan akımı, bazal ve uyarılmış mide asidi salınımı ve aktif transport azalmaktadır. Yaşa bağlı olarak gelişen villus atrofi sonucunda bağırsaklardaki emilim yüzeyinde azalma gibi bazı değişiklikler meydana gelmesine karşın, ilaç emiliminde belirgin bir bozulma gözlenmemektedir. Ancak yaşlanmayla ortaya çıkan bazı durumlar ilaçların emilim hızını değiştirebilir. Bu nedenle, emilim yaşlanmadan en az etkilenen farmakokinetik parametre olarak değerlendirilmektedir (Ouslander, 1981).

Yaşla beraber derideki keratinize hücrelerin artması ve deri hidrasyonundaki azalma cilt üzerine uygulanan ilaçların emiliminde değişikliklere neden olabilir. Sonuç olarak emilim miktarının değişmediği, emilim hızının yavaşladığı bilinmektedir (Güç, 1997).

Yaşlanma ile vücut bileşiminde birtakım değişiklikler olmaktadır. Toplam su miktarı, yağsız vücut ağırlığı azalmakta ve vücut yağ oranında özellikle 75 yaşın üzerindeki yaşlılarda artış olmaktadır. Vücut sıvılarının bileşimindeki değişiklikler, ilaçların dağılım hacmini etkiler ve ilaçların yarı ömrü ve etki süreleri değişir. Toplam vücut suyunun ve yağsız vücut kitlesinin azalması sonucu digoksin, lityum, alkol gibi dağılım hacmi dar olan ilaçların kan düzeyi artar, sonuçta terapötik aralığı zaten dar olan bu tür ilaçların yaşlıda etkisi ve dolayısıyla toksisite potansiyeli de artar (Güç, 1997). Emilime oranla, dağılım düzeyinde klinikte öneme sahip değişiklikler daha fazladır. Yaşlılıkta azalmış kalp atım hacmi (19-86 yaş arasında yılda %1 oranında azalır), böbrek ve karaciğer akımında da azalmaya neden olur. Yaşlanma ile birlikte serum albümin düzeylerinde görülen azalma, zayıf asidik ilaçların serbest fraksiyonunun artmasına neden olmaktadır. Bu durum, özellikle varfarin, aspirin ve fenitoin gibi proteinlere yüksek oranda bağlanan zayıf asidik ilaçların dozajının yaşlı bireylerde genç erişkinlerden farklılık göstermesine yol açmaktadır. Öte yandan, psikotrop ilaçların çoğunda olduğu gibi, yağ dokusunda dağılan ilaçların yaşlı bireylerde dağılım hacmi artmakta ve buna paralel olarak ilerleyen yaşla birlikte azalan böbrek fonksiyonları nedeniyle ilaç klirensi düşmekte, bu da söz konusu ilaçların yarı ömrünün uzamasına neden olmaktadır (Printz ve ark., 1990).

Yaşlanmaya bağlı olarak karaciğer kan akımında azalma meydana gelmesi, karaciğerin ilk geçiş metabolizmasını azaltmaktadır. Karaciğerin ilaç metabolizma kapasitesi yaşa bağlı olarak çok değişmez, ancak sadece bazı ilaçların hepatik klirensinde yavaşlama olur. Karaciğer mikrozomal enzimlerinin sayı ve afinitelerinin azalması sonucu ilaç metabolizması etkilenir (Ouslander, 1981). Faz I metabolik reaksiyonlarda yaşlanmaya bağlı azalma belirgin iken, Faz II reaksiyonlar (konjugasyon) genellikle etkilenmemektedir. Dolayısıyla, oksidatif metabolizmaya uğrayan benzodiazepinlerin (örneğin klordiazepoksid, diazepam, klorazepat, prazepam) karaciğer klirensi yaşlılarda azalmakta ve bu ilaçların yarı ömürleri uzamaktadır (Erenmemişoğlu, 2006).

İlaç eliminasyonu, yaşa bağlı değişikliklerden en çok etkilenen farmakokinetik parametredir. Renal fonksiyonel kapasitede yaşla birlikte hem glomerüler hem de tübüler düzeyde gerileme olmaktadır. Bireylerarası varyasyonlar olsa da, renal fonksiyonlardaki azalma, yaşlı hastalarda ilaç dozajının ayarlanmasında önemli bir klinik sorun teşkil etmektedir. Özellikle, kendisi ve aktif metabolitleri böbrekler aracılığı ile itrah edilen ilaçların eliminasyonu yavaşlar, yarı ömürleri uzar ve sabit durum (kararlı durum) konsantrasyonuna ulaşan ilaçların plazma düzeylerinin toksik seviyelere çıkma riski artar. Böylesi durumda ilaç dozunu

ayarlamak için, kreatinin klirensi ve plazma ilaç konsantrasyonu değerleri dikkate alınmalıdır (Massoud ve ark., 2017).

Yaşlılarda farmakodinamik değişimlerin saptanabilmesi güçtür. İlerleyen yaşla birlikte, hedef organlarda görülen farmakodinamik yanıt farklılıkları nedeniyle ilaçlara karşı duyarlılık artmaktadır. Altta yatan hastalıkların varlığı ve yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, yaşlı bireylerde nörotransmitter düzeylerinde ve monoamin oksidaz (MAO) enzim aktivitesinde azalma; homeostatik baroreseptör refleksinin işleyiş ve duyarlılığındaki azalma ile beta-adrenerjik reseptör yanıtındaki gerileme, bu yanıt farklılıklarına neden olmaktadır. Yaşlı bireylerde reseptör sayısı ve afinitesinde de azalma olur. Baroreseptör refleks mekanizmasının duyarlılığının azalması, antihipertansif tedavi gören yaşlı hastalarda, sıklıkla postüral hipotansiyon gelişimine yol açmaktadır. Ayrıca, kognitif fonksiyonlarda kritik rol oynayan kolinerjik nöronlar ve reseptörlerin azalması nedeniyle, antikolinerjik özellik gösteren ilaçlar yaşlılarda konfüzyon riskini artırabilir (Kim ve Cooper, 2005).

2.6. Yaşlılarda İlaç Kullanımına Uyum

Yaşlanma süreciyle birlikte organ fonksiyonlarında azalmalar meydana gelirken, kronik hastalıkların ortaya çıkma olasılığı da artmaktadır (Yeşil ve ark., 2012). Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşlı bireylerin %90'ında en az bir, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört veya daha fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu rapor edilmiştir (Gümüştakım ve Başer, 2019). Kronik hastalıklar uzun süreli tedavi, düzenli takip ve bakım gerektiren, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda gerilemeye yol açan uzun süreli sağlık sorunlardır.

Yaşlı bireylerde ilaç uyumunu etkileyen faktörler arasında; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, etnik köken, kültürel özellikler, inançlar ve değerler, yalnız yaşama durumu, sosyal destek eksikliği, görme ve işitme gibi duyuşal değişiklikler, kronik hastalık sayısı, komorbiditeler, çoklu ilaç kullanımı, ilaç yan etkileriyle ilgili endişeler, depresyon ve stres gibi öz bakım kapasitesini olumsuz etkileyen durumlar yer almaktadır (Elkin, 2020). Yaşlanmayla birlikte yaşanan fizyolojik değişiklikler, fonksiyonel kısıtlamalar, psikolojik sıkıntı ve bilişsel gerilemeler, bu yaş grubunda çeşitli kronik, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklara ve sonrasında bitkisel ürün de içeren çok sayıda ilaç kullanmalarına neden olmaktadır (BM, 2015; Gyasi ve Phillips, 2020).

Ülkemizde TÜİK 2023 verilerine göre, hipertansiyon, DM, kalp hastalığı, kanser, böbrek yetmezliği, inme-felç, hepatit, astım vb. kronik hastalığı olan 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin oranı %78,7 dir. Kronik hastalıklar, uzun süreli bakım ve yönetim gerektiren, birey ve ailesine önemli sorumluluklar yükleyen karmaşık durumlardır. Kronik durumlarla baş etmede yaşlı bireyler yetersiz kalabildiğinden bu durum bireyin ekonomisini, çalışma hayatını, aile içindeki rollerini bozabilmektedir. Yaşlı bireylerde çoklu hastalık varlığının artması ve çeşitli tedavilerin eş zamanlı uygulanması, kognitif ve fonksiyonel kapasitedeki azalmayla birleşerek ilaçların anlaşılması ve uyum sağlanmasında zorluklara yol açmaktadır.

Uyum, DSÖ'nün 2001 yılında yapılan "uyum" konulu toplantısında "hastanın tıbbi talimatlara itaat etmesi" olarak tanımlanmış (Sabate, 2001) olup, aynı örgütün 2003 yılındaki raporunda ise, "hastanın ilaç kullanımı, diyet ve/veya yaşam tarzı değişikliklerine dair davranışlarının, kendisine sağlık hizmeti sunan kişinin 'üzerinde uzlaştıkları' önerileriyle ne kadar örtüştüğüdür" şeklinde revize edilmiştir (DSÖ, 2003).

İlaç tedavisine uyum bazı araştırmacılar tarafından, hastanın ilaçlarının reçete edilmesi, ilaçlara başlama, devam etme ve ilacı sonlandırma süreçleri ve bu süreçte aldığı önerileri uygulama kararlarının tümü şeklinde tanımlanmıştır (Cook ve ark., 2010; Ruppap ve ark., 2015). İlaç uyumu, birçok faktörle ilişkilidir; bunlar arasında hastanın ilaç bilgisi, hafızası, beklentileri, tatmin düzeyi ile hekim ve hasta arasındaki iletişim yer almaktadır. Yaşlı bireylerde görme bozuklukları ve el becerilerindeki azalma, ilaç etiketlerini okuyamama veya ambalajı açamama gibi zorluklara neden olabilir. Ayrıca, yaşlılarda sık görülen mental durum değişiklikleri, ilaç kullanımında unutkanlıklara yol açabilmektedir. Yaşlı hastaların ilaçlara ilişkin bilgi eksikliği ve uyum sorunları, ilaçların yan etki riskini artırmaktadır. Bu nedenlerle, yaşlı hasta popülasyonunda ilaç tedavisi, genel algının aksine daha karmaşık bir süreçtir (Toprak ve ark., 2002). Yaşlı bireylerde farklı hekimler tarafından reçete edilen çeşitli ilaçların yanı sıra reçetesiz ilaçların kontrolsüz kullanımı, toplam ilaç sayısını artırmakta ve ilaçlar arasındaki etkileşim riskini yükseltmektedir. Neafsey ve Shellman (2001)'in araştırmalarında, yaşlı bireylerin %86'sının kullandıkları ilaçlarla ilgili en az iki sorun yaşadığı belirlenmiştir.

Yaşlılar bazen hiç ilaç almayarak veya gereğinden fazla ilaç alarak tedaviye direnç gösterebilirler. Hasta-hekim ilişkisinde yaşanan kopukluklar, kognitif bozukluklar, kabul edilemez yan etkilerin varlığı, reçetelerin yenilenmesinde yaşanan zorluklar, yüksek ilaç maliyetleri, karmaşık ilaç alma takvimleri ve hastanın tedaviye olan inancının zayıflaması

nedeniyle ilaç kullanmama durumu, yaşlı bireylerde sıkça karşılaşılan problemlerdir (Arslan ve ark., 2000; Akıcı ve ark., 2001; Beğer, 2002).

Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin ilaç uyumunun artırılması, hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesi, tekrarlı hekim ziyaretlerinin ve hastane yatışlarının azalması ayrıca tedavi maliyetlerinin de azalması açısından önemlidir.

Yaşlı bireyin tedaviye uyumunu artırmak için;

1. Yaşlı bireyin kişisel özellikleri dikkate alınarak, reçeteli olarak düzenli kullandığı ilaçların isimleri, hekim tarafından önerilen ilaçların kullanım amaçları, doğru kullanım şekilleri, önerilen dozları, etkileri ve olası yan etkileri hakkında hem sözlü hem de yazılı ve anlaşılır, sade bir dille bilgi içeren eğitim verilmelidir,

2. Yaşlı birey, kullandığı ilaçların faydaları ve kullanım zorunluluğu konusunda bilinçlendirilerek, tedaviye uyum sağlaması için ikna edilmelidir.

3. Yaşlı bireyin, reçeteli tedavisini doğru bir şekilde kullanabilmesi adına yardımcı teknikler öğretilmelidir.

4. Kullandığı ilacın adını, önerilen dozunu, alınacağı saatleri yaşlının okuyabileceği büyüklükte harflerle belirtildiği çizelgeler hazırlanmalıdır.

5. Yaşlı bireyin, kullandığı ilacın adını, önerilen dozunu, alacağı saatleri içeren bir kart taşıması sağlanmalıdır.

6. Yaşlı birey, reçeteli ilaçlarını doğru bir şekilde depolama ve saklama konusunda bilgilendirilmelidir.

7. Yaşlı birey, yakınları tarafından önerilen ilaçları kullanmasının sakıncalı olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.

8. Doktor başvurularında tedavi planlamadan önce kullanmakta olduğu ilaçlar hakkında bireylerden bilgi alınmalı ve bireyler reçetelendirilecek tedavisi hakkında bilgilendirilmelidir (Arslan ve Eşer, 2005).

2.7. Yaşlılarda Doğru ve Etkili İlaç Kullanımı

Yaşlanmanın doğal sonuçlarından birisi olarak ortaya çıkan akut ve kronik hastalıklara bağlı olarak, yaşlıların ilaç kullanım oranları toplumun geneline göre artmaktadır. İlaçlara bağlı ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirmenin yollarından birisi de uygunsuz ilaç kullanımını azaltmak doğrultusunda tedavi düzenlenerek reçete yazılmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü, 1985 yılında uygun olmayan ilaç kullanımının önüne geçmek amaçlı, akılcı ilaç kullanımını hastaların klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre en uygun ilacı, bireysel gereksinimlerini karşılayan en uygun dozlarda, uygun bir sürede, kendileri ve toplum için en düşük maliyette alması ve kolayca sağlayabilmesi olarak tanımlamıştır (DSÖ, 1985).

Yaşlı hastalarda ilaç seçiminde “etkililik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet” ilkeleri göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. “Etkililik”; ilacın tedavide ne ölçüde yardımcı olduğudur, burada ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri temeli oluşturmaktadır. “Güvenlilik”; ilaç yan etkileri ve advers etkilerinin görülme sıklığı, bunların ciddiyet durumu ve risk/yarar ilişkisindeki risk oranının boyutunu kapsamaktadır. “Uygunluk”, ilacın hasta için yarar ve zarara sahip olup olmaması gibi konular dikkate alınarak, uygunluğunun belirlenmesidir. İlacın kullanım şekli ve kullanım dozu gibi uyuncu etkileyen faktörler de hasta özelinde değerlendirilir. Uygunlukta tedavinin bireyselleştirilmesi önemlidir. İlacın seçimi sırasında hem hasta hem de toplum için en uygun maliyeti olan tedavi rejimleri seçilmelidir. Maliyet ölçütü değerlendirilirken, ülke şartları, geri ödeme sistemi, toplam tedavi maliyeti gibi ölçütler önemlidir (Akıcı ve ark., 2017).

Polifarmasiyi ve buna bağlı olası komplikasyonları azaltmak amacıyla, yaşlı hastaların her muayenesinde reçetesiz ilaçlar dahil tüm kullandıkları ilaçların eksiksiz olarak gözden geçirilmesi önemlidir. Ayrıca, ilaçların yan etkileri ve olası ilaç etkileşimleri dikkate alınmalı, yaşa bağlı farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler bilinerek ilaç kullanımı yönetilmelidir. İlaç tedavisine düşük dozla başlanıp, mümkünse yavaş doz azaltımı ile sonlandırılması; reçeteleme kaskadından kaçınılması da bu sürecin etkinliğini artıracaktır.

Yaşlanma ile ortaya çıkan farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler sonucu ilaç etkisinin değişmesi ve yaşlı hastaların önemli kısmının çoklu ilaç kullanımının olması, ilaç advers etkilerinin bu grupta genel popülasyondan daha fazla oranda görülmesine yol açmaktadır. Yaşlıların hastanelere başvuru nedenlerinin %12-30’u istenmeyen ilaç etkileri veya etkileşimleridir. Tüm bu nedenlerden dolayı, tedavi protokollerinin yanı sıra yaşlı popülasyonda kullanım riski taşıyan ilaçların ve bu ilaçlara bağlı ortaya çıkabilecek sorunların azaltılması

amacıyla, uygun olmayan ilaç listelerinin oluşturulması çabaları yoğunlaşmıştır (Schubert ve ark., 2013).

Yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımını belirlemek, olası yanlış ilaç kullanımlarının önüne geçmek ve uygun ilaç tercihi belirlemek için Beers ve STOPP/START adı verilen polifarmasi tarama araçları geliştirilmiş olup (O'Mahony ve ark., 2014; Panel ve ark., 2019), ülkemizde de bu amaçla TIME (Turkish Inappropriate Medication Use in the Elderly, Türk yaşlılarında uygunsuz ilaç kullanımı) kriterleri geliştirilmiştir. Söz konusu kriterler, yaşlı hastalarda potansiyel olarak uygunsuz ilaç kullanımını tespit etmek ve klinik olarak gerekli olmasına rağmen reçetelenmemiş ilaçları tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir (Bahat ve ark., 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma yaşlı bireylerin ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma kapsamındaki veriler Konya/Bozkır'da en büyük nüfusa sahip Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olan Mehmet Öz ASM'ne başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerden elde edilmiştir.

Yayla-kent özelliği gösteren araştırma sahasının 2023 yılı itibariyle toplam nüfus miktarı 25.307 kişidir. Bozkır ilçe merkezini oluşturan (Demirasaf, Yukarı, Cumhuriyet) üç mahalle ve 49 kırsal mahalle ile birlikte Bozkır ilçesi toplamda 52 mahalleden oluşmaktadır. Konya ilinin büyükşehir belediyesi statüsünde olması sebebiyle "köy" kavramı yerine "kırsal mahalle" kavramı kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bozkır'da 65 ve üzeri birey sayısı 5.124'tür. Evrenin tamamına ulaşacak zaman ve imkân olmaması sebebiyle örneklem alınmıştır. Örneklem seçimi evrendeki yaşlı birey sayısı bilindiği için, evreni bilinen örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Örnek büyüklüğünü belirlemede yapılan bir araştırmadasaptanan akılcı olmayan ilaç kullanım oranından (%66,0) yararlanılmıştır (Ekenler ve Koçoğlu 2016). Örneklem girecek yaşlı bireylerin sayısını belirlemek için $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$ formülü kullanılmış ve örnek büyüklüğü 334 olarak belirlenmiştir.

N: Evrenin birey sayısı, 5.124 kişi

n: Çalışmaya alınacak yaşlı sayısı

p: İncelenen olayın ortaya çıkma sıklığı: %66 olarak alınmıştır.

q: İncelenen olayın ortaya çıkmama sıklığı: (1-p)

t: Serbestlik derecesin göre yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer, %95 anlamlılık düzeyinde 1.96 olarak alınmıştır.

d: 0.05 hata payı (%5 sapma)

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

65 yaş ve üzerinde olma,

Sözel iletişim kurabilme,

Uygulanan anket sorularını anlayıp cevap verebilecek durumda olma (demans, deliryum, psikoz gibi bilişsel sağlık sorunları olmayan),

Aydınlatılmış onam vererek rızasını beyan eden bireyler dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri:

Sözel iletişim kuramayan,

Uygulanan anket sorularını anlayıp cevaplayacak durumda olmayan (demans, deliryum, psikoz gibi bilişsel sağlık sorunları olan),

Anketi yarıda bırakan,

Aydınlatılmış onam vermeyen bireyler hariç bırakılmıştır.

3.6. Veri Toplama Formu

Araştırmada, kullanılacak anket formu, literatür taraması ve pilot çalışma sonucunda oluşturulmuş olup, üç bölümden oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde katılımcılara ilişkin sosyodemografik ve klinik bilgiler, ikinci bölümde katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili bilgi düzeylerini ve üçüncü bölümde tutumlarını saptamaya yönelik ifadeler yer almaktadır.

Araştırmada veriler, Konya/Bozkır'da en büyük nüfusa sahip Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 65 yaş ve üzeri hasta ve hasta yakını bireylerden yüz yüze anket uygulaması yoluyla elde edilmiştir.

Sosyodemografik ve klinik bilgiler

Bu bölüm 17 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili bilgi düzeyleri

Katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla doğru ya da yanlış toplam 15 ifade; bilgi önermesinden oluşan bir bölümdür (Ek-2). Bireylerin ilaç kullanımına ilişkin verdikleri doğru cevaplar 1, yanlış cevaplar ise 0 puan olarak değerlendirilmiştir. En düşük 0, en yüksek 15 puan alınmaktadır. Toplam puan artıka bilgi düzeyi artmaktadır.

Katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili tutumları

Katılımcıların ilaç kullanımı ile ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla; “evet”, “bazen” ve “hayır” seçeneklerini kullanarak cevaplandırabilecekleri 15 sorudan oluşan bir bölümdür (Ek-3). Verilen cevaplarda 3 puan “doğru”, 2 puan “bazen” ve 1 puan “yanlış” cevap olarak değerlendirilmiştir. En düşük 15, en yüksek 45 puan alınmaktadır. Yüksek puanlar tutumların doğru olduğunu göstermektedir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Bozkır’da yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyleri kapsadığı için sonuçlar evrene genellenemez.

3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Normal dağılıma uygun çıkan üç grup arasındaki karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (Post-hoc: LSD), iki grup arasındaki analizlerde ise Student’s T testi kullanılmıştır. Yaşlılarda ilaç kullanımı bilgi puanları ile tutum puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon) Pearson Korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Analizler, IBM SPSS versiyon 27.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 07.06.2024 tarihli 5020 sayılı onay alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için, Etik kurul onayını takiben Konya İl Sağlık Müdürlüğü’nden 31.07.2024 tarihli 250011153 sayılı yazı ile gerekli izin alınmıştır. Anketin başlangıcında bulunan aydınlatılmış onam kısmı katılımcılara okutulmuş olup, katılmayı kabul eden kişilere anket, yüz yüze uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan toplam 334 bireyin yaş ortalaması $72,6 \pm 7,2$ yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %58,4'ü kadındır. Eğitim düzeyine bakıldığında, %79,4'ünün ilkokul ve altı düzeyde eğitim aldığı görülmektedir. Katılımcıların %70,4'ü evli, %90,7'si ise gelir düzeyini orta düzeyde olarak belirtmiştir. Tüm katılımcıların (%100) sağlık güvencesi mevcuttur. Katılımcıların %82,0'si eşi ve/veya çocuklarıyla birlikte yaşamakta, %37,7'sinin ailesinde en az bir sağlık çalışanı bulunmaktadır.

Kronik hastalık durumu incelendiğinde, katılımcıların %99,4'ünün en az bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Bireylerin %87,1'i sağlık durumunu orta düzeyde olarak değerlendirmiştir. Hastalanma durumunda başvuru tercihlerine göre, %82,3'ü ilk olarak doktora başvurduğunu, %17,7'si ise evde bulunan ilaçları kullandığını ifade etmiştir.

Katılımcıların "Son bir yılda kaç kez doktora gittiniz?" sorusuna verdikleri yanıtlara göre; %1,0'ı bir kez, %10,1'i iki kez, %32,0'si üç kez, %33,0'ü dört kez, %23,9'u beş ve üzeri kez doktora gittiklerini belirtirken, %8,4'ü ise bunu hatırlamadığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların %99,4'ünün sürekli kullandığı en az bir ilacının bulunduğu, günlük kullanılan ilaç sayısının ise %3,6'sında bir, %27,8'inde iki, %18,3'ünde üç, %22,8'inde dört, %13,8'inde beş ve %13,2'sinde altı veya daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

		N	%
Yaş (yıl)	65-70	176	52,7
	71-80	113	33,8
	≥ 81	45	13,5
Cinsiyet	Kadın	195	58,4
	Erkek	139	41,6
Eğitim durumu	Okuryazardeğil	66	19,8
	Okuryazar	41	12,3
	İlkokul	158	47,3
	Ortaokul	34	10,2
	Lise	19	5,7
	Yüksekokul-Üniversite	16	4,8
Medeni durum	Bekâr/Dul	99	29,6
	Evli	235	70,4
Gelir düzeyi	Kötü	7	2,1
	Orta	303	90,7
	İyi	24	7,2
Sosyal güvence	Yok	0	0,0
	Var	334	100,0
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	58	17,4
	Eşiyle	148	44,3
	Çocuklarıyla	29	8,7
	Eşi ve çocuklarıyla	87	26,0
	Her çocuğun evinde belli süre	10	3,0
	Kardeşinin yanında	2	0,6
Ailede sağlık çalışanı	Yok	208	62,3
	Var	126	37,7

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri (Devamı)

		N	%
Sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?	Kötü	21	6,3
	Orta	291	87,1
	İyi	22	6,6
Hastalanınca ilk ne yaparsınız?	Evde ilaç varsa onu kullanırım	59	17,7
	Doktora giderim	275	82,3
Hastalanınca ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu neresidir?	Aile Sağlığı Merkezi	236	70,7
	Hastane	98	29,3
Doktorunuza ne zaman gidersiniz?	Düzenli kontrol	69	20,7
	Sadece hastalanınca	226	67,7
	İlaç yazdırmak için	39	11,6
Son bir yılda kaç kere doktora gittiniz?	1	3	0,9
	2	31	9,3
	3	98	29,3
	4	101	30,2
	5 ve üzeri	73	21,9
	Hatırlamıyorum	28	8,4
Kronik hastalığınız var mı?	Yok	2	0,6
	Var	332	99,4
Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?	Yok	2	0,6
	Var	332	99,4
Günde kaç adet ilaç kullanırsınız?	1	12	3,6
	2	93	27,8
	3	61	18,2
	4	76	22,8
	5	46	13,8
	6 ve üzeri	44	13,2
	İlaç kullanmıyor	2	0,6
Toplam		334	100,0

Ailede bulunan sağlık personellerinin ünvanları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2: Ailede bulunan sağlık personellerinin ünvanları

	N	%
Sağlık personeli yakını bulunmayan	208	62,3
Biyolog	2	0,6
Doktor	5	1,5
Doktor, Ebe	1	0,3
Doktor, Eczacı, Hemşire	3	0,9
Doktor, Hemşire	7	2,1
Ebe	8	2,4
Eczacı	2	0,6
Hemşire	57	17,0
Hemşire, Ebe	2	0,6
Hemşire, Sağlık Teknikeri	2	0,6
Röntgen Teknikeri	1	0,3
Sağlık Memuru	17	5,1
Sağlık Teknikeri	19	5,7
Toplam	334	100,0

Katılımcıların cinsiyete göre kronik hastalıkları Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3: Katılımcıların cinsiyete göre kronik hastalıkları

	ERKEK	KADIN	N	%
Kronik hastalığı yok	2		2	0,6
Akciğer CA	1		1	0,3
DM	16	25	41	12,3
DM, Behçet Hastalığı		1	1	0,3
DM, Cilt Hastalığı		1	1	0,3
DM, Guatr		2	2	0,6
DM, HT	25	36	61	18,3
DM, HT, Astım	2		2	0,6
DM, HT, Guatr		1	1	0,3
DM, HT, Karaciğer yetmezliği		1	1	0,3
DM, HT, KOAH	5	6	11	3,3
DM, HT, KOAH, Guatr		1	1	0,3
DM, HT, KOAH, KKY	2	2	4	1,2
DM, HT, Bağırsak CA		2	2	0,6
DM, HT, KKY	4	14	18	5,4
DM, HT, Meme CA		2	2	0,6
DM, HT, Endometrium CA		1	1	0,3
DM, Karaciğer Yetmezliği		1	1	0,3
DM, KOAH	2		2	0,6
DM, Bağırsak CA	1	2	3	0,9
DM, KKY	3	2	5	1,5
DM, Kronik Hepatit	1		1	0,3

Tablo 3: Katılımcıların cinsiyete göre kronik hastalıkları (Devamı)

	ERKEK	KADIN	N	%
DM, HT, KKY, Guatr		1	1	0,3
DM, Prostat CA	1		1	0,3
DM, Ülser		1	1	0,3
DM, HT, Ülser		1	1	0,3
Guatr	2	2	4	1,2
HT	14	49	63	18,9
HT, Guatr		1	1	0,3
HT, KOAH	2	2	4	1,2
Endometrium CA		1	1	0,3
HT, KOAH, KKY	2	3	5	1,5
HT, KOAH, Osteoartrit		1	1	0,3
HT, KKY	16	16	32	9,6
HT, KKY, Akciğer CA	1		1	0,3
HT, KBY	2		2	0,6
KOAH	9	2	11	3,3
KOAH, Astım	2	2	4	1,2
KOAH, KKY	3	1	4	1,2
Bağırsak CA	2		2	0,6
KKY	16	11	27	8,1
KBY		1	1	0,3
Mesane CA	1		1	0,3
Prostat CA	2		2	0,6
Toplam			334	100,0

4.1. Katılımcıların İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi ve Tutum Puanları

Katılımcıların ilaç kullanımı ile ilgili hazırlanan bilgi önermelerine verdikleri yanıtlara ilişkin puan ortalaması $8,45\pm 2,80$ (en düşük değer 5, en yüksek değer ise 15) iken, tutum önermelerine verdikleri yanıtlara ilişkin puan ortalaması $30,60\pm 4,57$ (en düşük değer 25, en yüksek değer ise 41) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutum puanları

	Minimum	Maksimum	Medyan	Ort.±Ss
Yaşlılarda İlaç Kullanımı Bilgi Puanı	5	15	7	$8,45\pm 2,80$
Yaşlılarda İlaç Kullanımı Tutum Puanı	25	41	29	$30,60\pm 4,57$

4.2. Çapraz Karşılaştırmalar

Katılımcıların ilaç kullanım bilgi puanları, sosyodemografik ve klinik özelliklere göre karşılaştırıldığında; 65-70 yaş katılımcıların bilgi puanlarının ($9,20\pm 2,73$), 71-80 yaş ($7,85\pm 2,67$) ve 81 yaş ve üstü katılımcılara göre ($7,02\pm 2,52$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$).

Çalışmada erkeklerin bilgi puanlarının ($9,25\pm 2,98$), kadınlara göre ($7,88\pm 2,52$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Yüksekokul-üniversite mezunu katılımcıların bilgi puanlarının ($13,69\pm 0,60$), okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p=0.001$), lise mezunu katılımcıların bilgi puanlarının ($11,37\pm 1,38$), okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p=0.003$), ortaokul mezunu katılımcıların bilgi puanlarının ($9,56\pm 2,06$), okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara göre (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$), ilkokul mezunu katılımcıların bilgi puanlarının ($8,83\pm 2,74$), yine okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara göre (sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek düzeylerde olduğu belirlenmiştir.

Evli katılımcıların bilgi puanlarının ($8,80\pm 2,83$), bekâr/dul olanlara göre ($7,62\pm 2,55$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Gelir düzeyi iyi olan katılımcıların bilgi puanlarının ($10,92\pm 2,10$), orta olan katılımcılara göre ($8,23\pm 2,76$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu ($p<0.001$), ancak kötü olan katılımcılara göre ($9,43\pm 2,50$) anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.204$).

Ailesinde sağlık çalışanı bulunan katılımcıların bilgi puanlarının ($9,27\pm 2,93$), sağlık çalışanı bulunmayanlara göre ($7,96\pm 2,61$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Kendi sağlığını “iyi” olarak tanımlayan katılımcıların bilgi puanlarının ($11,00\pm 2,58$), “orta” olarak tanımlayan katılımcılara göre ($8,26\pm 2,76$) ve “kötü” olarak tanımlayan katılımcılara göre ($8,43\pm 2,35$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu (sırasıyla $p<0.001$ ve $p=0.002$), ancak orta ve kötü olarak tanımlayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.786$).

Hastalanınca ilk başvurduğu sağlık kuruluşu hastane olan katılımcıların bilgi puanları ($9,04\pm 2,83$), aile sağlığı merkezi olan katılımcılara göre ($8,21\pm 2,76$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde bulunmuştur ($p=0.013$).

Doktoruna düzenli kontrole giden katılımcıların bilgi puanlarının ($9,52\pm 3,16$), sadece hastalanınca giden katılımcılara göre ($8,19\pm 2,69$) ve ilaç yazdırmak için giden katılımcılara göre ($8,08\pm 2,33$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu (sırasıyla $p=0.001$ ve $p=0.009$), ancak sadece hastalanınca giden ve ilaç yazdırmak için giden katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0.813$).

Günde kullandığı ilaç sayısı bir, iki ve üç olanlarda ve ilaç kullanmayanlarda bilgi puanlarının ($9,58\pm 3,63$, $8,58\pm 2,49$, $9,05\pm 2,85$ ve $11,50\pm 3,53$), altı ve üzeri olanlara göre ($7,34\pm 2,87$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.013$, $p=0.015$, $p=0.002$ ve $p=0.038$).

Birlikte yaşadığı kişilere göre bilgi puanları karşılaştırıldığında; eşiyile yaşayanlarda bilgi puanlarının ($8,93\pm 2,88$), yalnız yaşayanlara, çocuklarıyla yaşayanlara ve her çocuğun evinde belli süre yaşayanlara göre (sırasıyla $8,02\pm 2,68$, $6,93\pm 2,12$ ve $6,80\pm 2,20$) anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu (sırasıyla $p=0.034$, $p<0.001$ ve $p=0.018$), yine eşi ve

çocuklarıyla yaşayanlarda bilgi puanlarının (8,60±2,76), sadece çocuklarıyla yaşayanlara göre (6,93±2,12) anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır (p=0.005).

Hastalanma durumunda ilk ne yaptığı ve son bir yıl içinde doktora gitme sıklığına göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p>0.05) (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların ilaç kullanımı bilgi puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması

		Bilgi Puanı (Ort±Ss)	p
Yaş (yıl)	65-70	9,20±2,73	<0.001*
	71-80	7,85±2,67	
	≥81	7,02±2,52	
Cinsiyet	Kadın	7,88±2,52	<0.001**
	Erkek	9,25±2,98	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	6,08±0,91	<0.001*
	Okuryazar	6,51±0,50	
	İlkokul	8,83±2,74	
	Ortaokul	9,56±2,06	
	Lise	11,37±1,38	
	Yüksekokul-Üniversite	13,69±0,60	
Medeni durum	Bekâr/Dul	7,62±2,55	<0.001**
	Evli	8,80±2,83	
Gelir düzeyi	Kötü	9,43±2,50	<0.001*
	Orta	8,23±2,76	
	İyi	10,92±2,10	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8,02±2,68	0.002*
	Eşiyle	8,93±2,88	
	Çocuklarıyla	6,93±2,12	
	Eşi ve Çocuklarıyla	8,60±2,76	
	Her Çocuğun Evinde Belli Süre	6,80±2,20	
	Kardeşinin Yanında	10,00±4,24	

Tablo 5: Katılımcıların ilaç kullanımı bilgi puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması (Devamı)

Ailede sağlık çalışanı	Yok	7,96±2,61	<0.001**
	Var	9,27±2,93	
Sağlığımızı nasıl tanımlarsınız?	Kötü	8,43±2,35	<0.001*
	Orta	8,26±2,76	
	İyi	11,00±2,58	
Hastalanınca ilk ne yaparsınız?	Evde ilaç varsa onu kullanırım	7,88±2,90	0.085**
	Doktora giderim	8,57±2,77	
Hastalanınca ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu neresidir?	Aile Sağlığı Merkezi	8,21±2,76	0.013**
	Hastane	9,04±2,83	
Doktorunuza ne zaman gidersiniz?	Düzenli kontrol	9,52±3,16	0.002*
	Sadece hastalanınca	8,19±2,69	
	İlaç yazdırmak için	8,08±2,33	
Son bir yılda kaç kere doktora gittiniz?	1	9,33±2,88	0.094*
	2	8,39±2,82	
	3	8,05±2,72	
	4	8,31±2,49	
	5 ve üzeri	8,67±3,14	
	Hatırlamıyorum	9,79±2,96	
Günde kaç adet ilaç kullanırsınız?	1	9,58±3,63	0.021*
	2	8,58±2,49	
	3	9,05±2,85	
	4	8,21±2,67	
	5	8,43±2,96	
	6 ve üzeri	7,34±2,87	
	İlaç kullanmıyorum	11,50±3,53	

* Tek Yönlü Varyans Analizi (Post hoc: LSD)

** Student's T testi

Katılımcıların ilaç kullanım tutum puanları, sosyodemografik ve klinik özelliklere göre karşılaştırıldığında; 65-70 yaş grubundaki katılımcıların tutum puanları ($32,04 \pm 4,39$), 71-80 yaş grubundakilere ($29,47 \pm 4,32$) ve 81 yaş ve üzerinelere ($27,80 \pm 3,78$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Ayrıca, 71-80 yaş grubunun tutum puanları da 81 yaş ve üstü grupla karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p = 0,028$).

Erkeklerin tutum puanlarının ($32,02 \pm 4,77$), kadınlara göre ($29,58 \pm 4,14$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Eğitim düzeyine bakıldığında; yüksekokul-üniversite mezunu katılımcıların tutum puanlarının ($39,56 \pm 1,50$), okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre (sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p = 0,006$), lise mezunu katılımcıların tutum puanlarının ($36,63 \pm 3,14$), okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre (sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p < 0,001$), ortaokul mezunu katılımcıların tutum puanlarının ($32,82 \pm 3,63$), okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara ve ilkokul mezunlarına göre (sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p = 0,003$), ilkokul mezunu katılımcıların tutum puanlarının ($31,03 \pm 3,96$), yine okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara göre (sırasıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek düzeylerde olduğu belirlenmiştir.

Evli olan katılımcıların tutum puanlarının ($31,27 \pm 4,61$), bekâr/dul olanlara göre ($29,00 \pm 4,08$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Gelir düzeyi iyi olan katılımcıların tutum puanlarının ($34,92 \pm 3,20$), orta olan katılımcılara göre ($30,23 \pm 4,51$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu ($p < 0,001$), kötü olan katılımcılara göre ($31,71 \pm 3,72$) ise, anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p = 0,093$).

Ailesinde sağlık çalışanı bulunan katılımcıların tutum puanlarının ($31,86 \pm 4,47$), sağlık çalışanı bulunmayanlara göre ($29,84 \pm 4,47$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Kendi sağlığını “iyi” olarak tanımlayan katılımcıların tutum puanlarının ($34,32 \pm 3,90$), “orta” olarak tanımlayan katılımcılara göre ($30,26 \pm 4,47$) ve “kötü” olarak tanımlayan

katılımcılara göre (31,43±4,98) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu (sırasıyla $p<0.001$ ve $p=0.035$), ancak orta ve kötü olarak tanımlayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.247$).

Katılımcılardan “hastalanınca doktora giderim” diyen katılımcıların tutum puanlarının (30,86±4,61), “evde ilaç varsa onu kullanırım” diyen katılımcılara göre (29,37±4,18) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p=0.023$).

Doktoruna düzenli kontrole giden katılımcıların tutum puanları (32,88 ± 5,51), sadece hastalanınca doktora gidenlerin (30,03 ± 4,04) ve ilaç yazdırmak için doktora gidenlerin (29,85 ± 4,51) puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$ ve $p = 0,001$). Ancak, sadece hastalanınca gidenler ile ilaç yazdırmak için gidenler arasında tutum puanı açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p = 0,810$).

Günde kullandığı ilaç sayısı bir, iki, üç ve beş olanlarda ve ilaç kullanmayanlarda tutum puanlarının (31,08±4,87, 30,86±3,72, 31,66±5,22, 30,85±5,35 ve 36,00±7,07), altı ve üzeri olanlara göre (28,64±4,29) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.046$, $p=0.007$, $p=0.001$, $p=0.021$ ve 0.025).

Son bir yılda kaç kez doktora gittiğini hatırlamayan katılımcıların tutum puanları (33,00 ± 4,95), iki, üç ve dört kez doktora giden katılımcıların puanlarından (sırasıyla 30,52 ± 4,15; 29,96 ± 4,19; 30,21 ± 4,29) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p = 0,036$; $p = 0,002$; $p = 0,004$).

Katılımcıların birlikte yaşadığı kişilere göre tutum puanları karşılaştırıldığında; eşiyile yaşayanlarda tutum puanlarının (31,57±4,76), yalnız yaşayanlara, çocuklarıyla yaşayanlara ve her çocuğun evinde belli süre yaşayanlara göre (sırasıyla 29,45±4,33 27,97±3,22 ve 28,60±3,65) anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu (sırasıyla $p=0.002$, $p<0.001$ ve $p=0.042$), yine eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda tutum puanlarının (30,77±4,32), yalnızca çocuklarıyla yaşayanlara göre (27,97±3,22) anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır ($p=0.004$).

Hastalanınca ilk başvurduğu sağlık kuruluşuna göre katılımcıların tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların ilaç kullanımı tutum puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması

		Tutum puanı (Ort±Ss)	p
Yaş (yıl)	65-70	32,04±4,39	<0.001*
	71-80	29,47±4,32	
	≥81	27,80±3,78	
Cinsiyet	Kadın	29,58±4,14	<0.001**
	Erkek	32,02±4,77	
Eğitim durumu	Okuryazardeğil	26,44±1,21	<0.001*
	Okuryazar	27,49±1,07	
	İlkokul	31,03±3,96	
	Ortaokul	32,82±3,63	
	Lise	36,63±3,14	
	Yüksekokul-Üniversite	39,56±1,50	
Medeni durum	Bekâr/Dul	29,00±4,08	<0.001**
	Evli	31,27±4,61	
Gelir düzeyi	Kötü	31,71±3,72	<0.001*
	Orta	30,23±4,51	
	İyi	34,92±3,20	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	29,45±4,33	<0.001*
	Eşiyle	31,57±4,76	
	Çocuklarıyla	27,97±3,22	
	Eşi ve Çocuklarıyla	30,77±4,32	
	Her Çocuğun Evinde Belli Süre	28,60±3,65	
	Kardeşinin Yanında	33,00±8,48	
Ailede sağlık çalışanı	Yok	29,84±4,47	<0.001**
	Var	31,86±4,47	
Sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?	Kötü	31,43±4,98	<0.001*
	Orta	30,26±4,47	
	İyi	34,32±3,90	

Tablo 6. Katılımcıların ilaç kullanımı tutum puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırılması (Devamı)

Hastalanınca ilk ne yaparsınız?	Evde ilaç varsa onu kullanırım	29,37±4,18	0.023**
	Doktora giderim	30,86±4,61	
Hastalanınca ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu neresidir?	Aile Sağlığı Merkezi	30,32±4,51	0.081**
	Hastane	31,28±4,67	
Doktorunuza ne zaman gidersiniz?	Düzenli kontrol	32,88±5,51	<0.001*
	Sadece hastalanınca	30,03±4,04	
	İlaç yazdırmak için	29,85±4,51	
Son bir yılda kaç kere doktora gittiniz?	1	31,33±4,61	0.045*
	2	30,52±4,15	
	3	29,96±4,19	
	4	30,21±4,29	
	5 ve üzeri	31,08±5,21	
	Hatırlamıyorum	33,00±4,95	
Günde kaç adet ilaç kullanırsınız?	1	31,08±4,87	0.017*
	2	30,86±3,72	
	3	31,66±5,22	
	4	30,20±4,22	
	5	30,85±5,35	
	6 ve üzeri	28,64±4,29	
	İlaç kullanmıyorum	36,00±7,07	

* Tek Yönlü Varyans Analizi (*Post hoc: LSD)

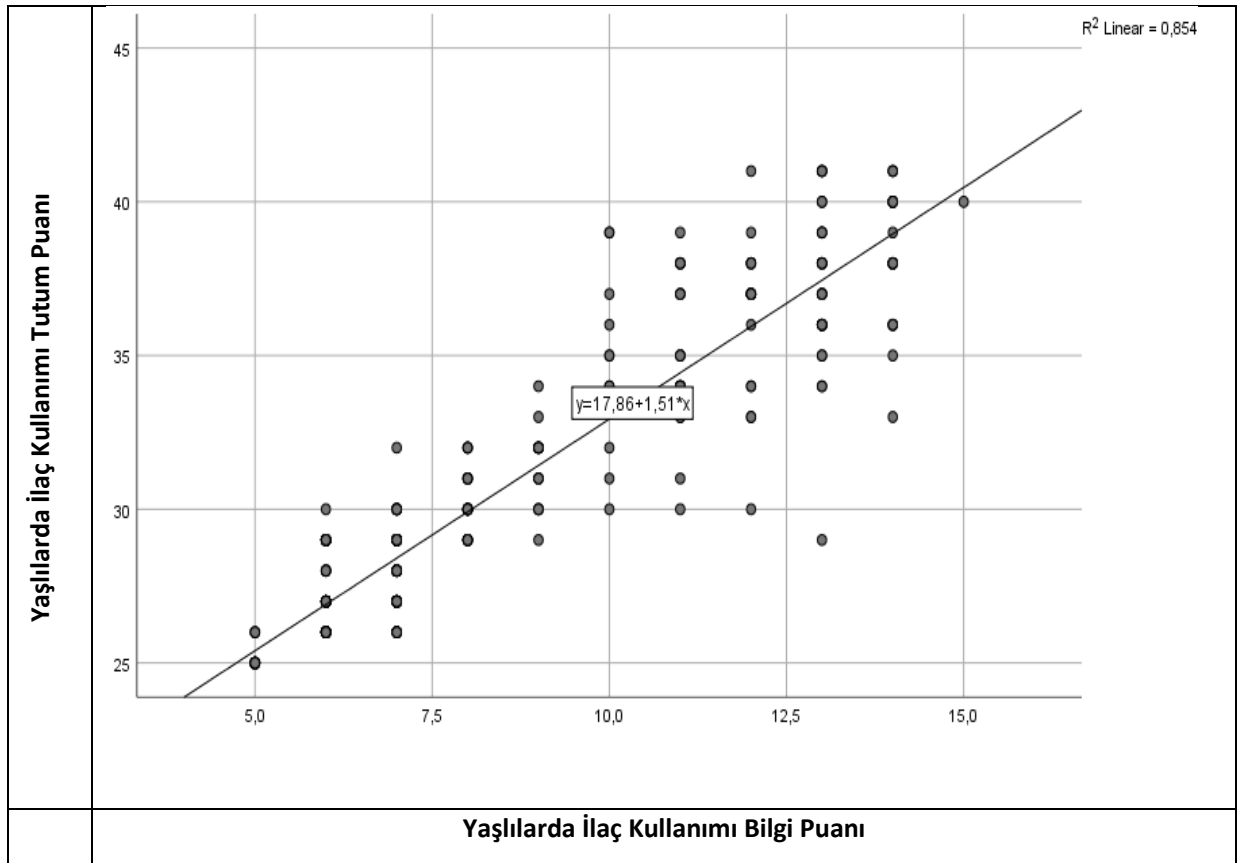
** Student's T testi

Katılımcıların ilaç kullanımı bilgi puanları ile tutum puanları arasında pozitif yönde (puanların birlikte artış gösterdiği), istatistiksel olarak anlamlı mükemmel düzeyde bir korelasyon ortaya koyduğu belirlenmiştir ($r=0.924$, $p<0.001$) (Tablo 7, Şekil 7).

Tablo 7: Katılımcıların bilgi puanları ile tutum puanları arasındaki korelasyon

		Bilgi Puanı
Tutum Puanı	r	0.924*
	p	<0.001
	N	334

* Pearson Korelasyon testi



Şekil 7: Katılımcıların bilgi puanları ile tutum puanları arasındaki korelasyon grafiği

5. TARTIŞMA

Ülkemizde insan ömrünün uzaması sonucu yaşlı nüfus giderek artmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte gelişen fizyolojik değişiklikler, bunların ilaç farmakolojisine etkileri, kronik hastalıkların görülme sıklığında artış, çoklu ilaç kullanımı, bu ilaçların yan etkileri ve ilaçlar arasındaki etkileşimler yaşlılarda ilaç tedavisini olumsuz etkilemektedir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin ilaç kullanımını ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirerek farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır. Çalışmaya Konya il merkezine uzaklığı 116 km olan Bozkır ilçesinde en büyük nüfusa sahip birinci basamak sağlık kuruluşu olan Mehmet Öz Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 65 yaş ve üzeri 334 birey gönüllü olarak katılmıştır. Yayla-kent özelliği gösteren araştırma sahasının 2023 yılı itibariyle toplam nüfusu 25.307 kişidir. Bozkır ilçe merkezini oluşturan (Demirasaf, Yukarı, Cumhuriyet) üç mahalle ve 49 kırsal mahalle ile birlikte Bozkır ilçesi toplamda 52 mahalleden oluşmaktadır. Konya ilinin büyükşehir belediyesi statüsünde olması sebebiyle “köy” kavramı yerine “kırsal mahalle” kavramı kullanılmaktadır. Bozkırda 2023 yılı itibariyle 65 yaş ve üzeri birey sayısı 5124'tür.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65-74 yaş genç-yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstü ise çok-ileri yaşlılık şeklinde tanımlanmıştır. Bu çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $72,6 \pm 7,2$ yıl olarak saptanmış olup, genç yaşlı kategorisine girmektedirler. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre doğuşta beklenen yaşam süresi 2021-2023 döneminde 77,3 yıl olup, yaşlı nüfusun %63,4'ünü 65-74 yaş grubu oluşturmaktadır (TÜİK, 2024). Yaşlılarda ilaç kullanımının incelendiği bir çalışmada (Demirbağ ve Timur, 2012), yaş ortalaması $71,0 \pm 8,9$ yıl, Varer Akpınar ve ark. (2023)'in, kırsalda yaşayan yaşlılarda yaptıkları araştırmada da yaş ortalaması $71,7 \pm 5,6$ olarak saptanmıştır. Bu bulgular, bizim çalışmamızda elde edilen yaş ortalaması ile tutarlılık göstermekte ve araştırmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Modern teknolojinin, hastalık tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesiyle yaşam süresinin zaman içerisinde daha da artacağı öngörülmektedir.

Ülkemizde 2024 yılı verilerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfusun %55,4'ünü kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2024). Araştırmamıza katılım sağlayan kadınların oranı, %58,4 olup, bu orana yakındır.

Çalışmada okur-yazar olmayan katılımcıların oranı %19,8 olarak tespit edilmiş olup bu oran, 2023 verilerine göre %12,5 olan Türkiye ortalamasının üzerindedir. Aradaki fark,

çalışmamızın kırsalda yaşayan yaşlılarla yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Kırsal kesimde yaşayan nüfusun eğitim hizmetlerine erişimde sorunlar yaşaması kaçınılmaz olabilmektedir. Nitekim eğitimde fırsat ve olanak eşitsizliği özellikle kır-kent ayrımında kendini göstermektedir (Bülbül, 1992). Ülkemizde yaşlı nüfusun eğitim düzeyi incelendiğinde, 2019 yılında yaşlı bireylerin %45,5'inin ilkokul mezunu, %7,3'ünün ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu, %7,5'inin lise veya dengi okul mezunu ve %7,0'ının yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir. 2023 yılı verilerine göre ise bu oranlarda belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Buna göre, yaşlı nüfus içerisinde ilkokul mezunu olanların oranı %46,7'ye yükselmiş; ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu olanların oranı %9,7, lise veya dengi okul mezunu olanların oranı %9,7 ve yükseköğretim mezunu olanların oranı ise %8,7 olarak tespit edilmiştir. (TÜİK, 2024). Bu veriler, yıllar içinde yaşlı nüfusun eğitim düzeyinde genel bir artış eğilimi olduğunu ortaya koymakta ve eğitim olanaklarının toplumsal düzeyde yaygınlaşmasının etkilerini yansıtmaktadır. Çalışmamızda ise, yaşlıların %47,3'ü ilkokul mezunu, 10.2'si ortaokul mezunu, %5,7'si lise, %4,8'i yükseköğretim mezunu olup, yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu ya da okur-yazar olmadığı görülmüştür. İl merkezinde yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada (Tarhan ve ark., 2020), okuma yazma bilmeyenlerin oranı %15,5, lise mezunlarının oranı %6,4 ve yüksekokul mezunlarının oranı ise %5,5 bulunmuştur, bu değerler bizim çalışmamızdaki bulgulara yakın olup, aradaki farkın çalışmamızdaki bireylerin kırsalda yaşıyor olmasından kaynaklanması muhtemeldir. Bu görüşü destekler şekilde, il merkezinde, ilçede ve köyde yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada, il merkezinde yaşayan bireylerin akılcı ilaç kullanım oranlarının daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (Duman ve Karadağ, 2024).

Yaşlılarda reçeteli/gerekli ilaçların düzenli kullanımında ve gereksiz ilaç ya da ilaç olma özelliği taşımayan madde kullanımının önüne geçmek için sosyal destek verecek aile bireyinin/bireylerinin olması önemlidir. Bireyin medeni durumu ve yanında kendisine bakım desteği sunabilecek birisinin bulunması da bu süreçte önemli bir destekleyici faktördür. Çalışmada yaşlı bireylerin %70,4'ünün evli, %29,6'sının ise bekâr veya dul olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, kırsalda birinci basamakta yaşlılarda ilaç kullanımını araştıran bir çalışmada (Gümüştakım ve Başer, 2019), yaşlı bireylerin %68,7'sinin evli olduğu saptanmıştır.

Ülkemiz, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında yaşlı yoksulluğunun en yüksek düzeyde olduğu ülke konumundadır (OECD, 2023). Ekonomik gelir ve sosyal güvence durumu da düzenli ve doğru ilaç kullanımını büyük oranda etkileyen faktörlerdendir. Nitekim özellikle yaşlılarda sosyo-ekonomik durum, sağlık hizmetlerine

erişimi önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmada katılımcıların %90,7'sinin gelir düzeyi orta, %7,2'sinin iyi ve %2,1'inin ise kötü olduğu saptanmıştır. Gelir ve yaşam koşulları araştırması sonuçlarına göre, eşdeğer hane halkı kullanılabilir fert medyan gelirinin %60'ına göre hesaplanan yoksulluk oranı, yaşlı nüfus için 2019 yılında %14,2 iken 2023 yılında %21,7 olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2024). Bursa'da yapılan bir çalışmada (Çakır, 2017), kırsaldaki hanelerin %46,8'inin aylık geliri asgari ücretin altında bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların tamamının sosyal güvencesinin bulunması, sağlık hizmetlerine erişim açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Ülkemizde sosyal sigortalar kapsamındaki yaşlılar için yaşlılık sigortası, kapsam dışındaki ihtiyaç sahibi yaşlılar için ise sosyal yardım niteliğinde destekler bulunmaktadır. Nitekim, yaşlılar yoksulluktan en fazla etkilenen yüksek riskli gruplar arasında yer almaktadır. Çakır (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, kırsal bölgede yaşayan yaşlı nüfusun %6,9'unun sosyal güvencesinin olmadığı bildirilmiştir. Bu bağlamda, bizim çalışmamızın tüm katılımcılarının sosyal güvenceye sahip olması sevindirici bir bulgu olup, ülkemizde sosyal güvenlik kapsamının zamanla genişlediğini göstermektedir. Çalışmada yaşlıların sosyal güvencelerinin olması ilaçlarını sağlamada/temin etmede bir sorun yaşamayacakları anlamına gelmektedir.

Türk aile yapısı, kırsal alanlarda dahi büyük aile modelinden uzaklaşarak, son yıllarda giderek “çekirdek aile” yapısına dönüşmüştür. Çalışmamızda yaşlıların %17,4'ü yalnız yaşarken, %44,3'ü eşiyile, %8,7'si çocuklarıyla, %26'sı eşi ve çocuklarıyla, %3'ü her çocuğun evinde belli süre ve %0,6'sı ise kardeşinin yanında yaşadığını bildirmiştir. 2023 verilerine göre, ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %20,4'ü yalnız yaşamaktadır. Aynı yaş grubundaki kişilerin %35,8'i eşiyile, %17,0'ı oğlu/gelini, kızı/damadı veya torunlarıyla, %13,1'i ise eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır (TÜİK, 2024). Çalışmamızda yalnız yaşayan bireylerin oranının Türkiye ortalamasının altında olması sevindiricidir. Nitekim yaşlılık döneminde ortaya çıkan fiziksel yetersizlikler, yalnız yaşayan bireylerin ilaca erişmek ve düzenli kullanmak anlamında dezavantaj olmaktadır. Bundan başka yine bu dönemde, kronik ve dejeneratif hastalıkların yükünde artış ve buna bağlı yeti yitimi de söz konusu olabilmektedir. Ayrıca bu yaş grubunda “ilaç almayı unutma”nın en sık rastlanan ilaç kullanma hatası olduğu bilindiğinden, yalnız yaşayan bireyler bu anlamda da dezavantajlıdırlar. Bütün bu hususlar göz önünde bulundurulduğunda eşiyile birlikte yaşayan yaşlı bireyler daha avantajlı olacaktır.

Yaşlı bireyin ailesinde/yakınında sağlık çalışanı olması, gerektiğinde profesyonel bir yardıma başvurabilmesi anlamında çok önemlidir. Çalışmamızda katılımcıların %37,7'sinin ailesinde sağlık çalışanı vardır.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2023 yaşlı profili araştırmasına göre, 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %21,4'ü genel sağlık durumlarını "iyi", %1,3'ü ise "çok iyi" olarak değerlendirmiştir. Sağlık durumunu "orta" olarak belirtenler %48,7 oranında, "kötü" diyenler %24,6 oranında ve "çok kötü" olarak değerlendirenler ise %4,1' oranındadır. Çalışmamızda katılımcıların %87,1'i sağlık durumunu "orta" olarak tanımlarken, %6,6'sı "iyi" ve %6,3'ü ise "kötü" olarak tanımlamıştır. Sağlığını "kötü" olarak tanımlayan yaşlıların oranı Türkiye ortalamasının altındadır.

Hastaların tedavisi hekim tarafından planlanmalı ve kullanılan ilaçlar hekim önerisiyle temin edilmelidir. Çalışmalarda yaşlılarda hastalık durumunda "evde var olan ilacı kullanma" oranı farklı çalışmalarda %66,6 (Özbek ve ark., 2006) ve %52,4 (Şaşmaz, 2016) olarak oldukça yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise, katılımcıların %82,3'ü hastalanınca doktora gittiğini, %17,7'si ise evde ilaç varsa onu kullandığını belirtmiştir. Bir çalışmada yaşlıların %85'i hastalandıklarında doktora gittiklerini, %13'ü evde ilaç varsa onu aldığını ifade etmişlerdir (Bozkurt Bulakçı, 2013). Bir il merkezinde yapılan çalışmada (Yiğitbaş ve Genç, 2020), yaşlıların herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarında uyguladıkları yöntemler arasında ikinci sırada, evde bulunan ilaçları kullanmak yer almaktadır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçlarıyla benzer olup, yaşlıların sağlık sorunlarında, daha düşük oranda olmakla birlikte evdeki ilaçları kullanmayı tercih etmeleri, bu konudaki bilgi eksikliğinin önemli bir göstergesidir.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri, Aile Sağlığı Merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır. Aile Sağlığı Merkezleri için 500 metre yürüme mesafesi temel alındığından (Resmî Gazete, 14.06.2014, Sayısı: 29030) yaşlı bireylerin buralara erişmeleri kolay olmaktadır ve yürüyerek erişebildikleri için ASM'leri yaşlı bireylerin sık kullandıkları bilinmektedir (Padır, 2016; Özpınar, 2020). Çalışmamızda bu bulgulara benzer şekilde, katılımcıların %70,7'si hastalanınca ilk başvurduğu sağlık kuruluşunun aile sağlığı merkezi, %29,3'ü de hastane olduğunu, %67,7'si doktora sadece hastalanınca, %11,6'sı ilaç yazdırmak için gittiklerini belirtirken, sadece %20,7'si düzenli kontrole gittiklerini belirtmişlerdir. Bir il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerle gerçekleştirilen çalışmada, bireylerin %70,4'ü hastalandığında öncelikle doktora başvurmaktadır. Ayrıca %17,7'si evde bulunan ilaçları

kullanmakta, %6,4'ü durumunu çevresindekilere danışmakta, %3,1'i şikâyetin kendiliğinden geçmesini beklemekte, %1,9'u geleneksel yöntemlere başvurmakta ve %0,6'sı eczaneye danışmaktadır (Yiğitbaş ve Genç, 2020).

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %20,7'si doktora düzenli gittiğini, %67,7'si sadece hastalanınca gittiğini ve %11,6'sı ise ilaç yazdırmak için gittiğini bildirmiştir. Yaşlıların daha sağlıklı olmak için doktora düzenli gitmeleri büyük önem taşımakta olup, çalışmamızda bu oran düşük bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesi, kendi sağlığına özen göstermesi ve gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir (Roomaney ve ark., 2017). Çalışmamızda yer alan yaşlı bireylerin sağlık sorumluluğunun düşük olması, sosyoekonomik faktörler ve fonksiyonel kapasitelerinde görülen azalma, düzenli doktor kontrolüne gitme davranışlarını olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Benzer bir çalışmada yaşlı bireylerin çoğunlukla kronik hastalıkları için kullandıkları ilaçların yazılması, kolesterol ve kan şekeri kontrollerinin yapılması ya da sadece şikâyetleri olduğu zaman hekime başvurdukları saptanmıştır (Koç, 2021).

Çalışmada katılımcıların %21,9'u son bir yıl içerisinde beş ve üzeri kez hekime başvurduğunu ifade etmiş; iki ila dört kez başvuranların oranı ise %69,8 olarak tespit edilmiştir.

Bilindiği üzere, yaş ile kronik hastalıklar arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmada yaşlıların, %99,4'ünün kronik hastalığı olduğu saptanmış ve en sık rastlanan kronik hastalığın hipertansiyon olduğu görülmüştür (%18,9). Sırasıyla diabetes mellitus'la birlikte hipertansiyon (%18,3) ve DM (%12,3), hipertansiyonla birlikte koroner kalp hastalığı (%9,9) en sık görülen kronik hastalıklardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üstü bireylerin %77'sinde birden fazla kronik hastalık bulunduğu rapor edilmiştir (Ouslander, 1981). Ülkemizde gerçekleştirilen bir araştırmada, yaşlı bireylerin %65'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu bildirilmiş olup, ilk üç sırada hipertansiyon, diyabet ve kalp damar hastalığı saptanmıştır (Yiğitbaş ve Genç, 2020). Bozkurt ve Demirci (2018) tarafından 65 yaş üstü bireylerle gerçekleştirilen çalışmada, eşlik eden kronik hastalıklar arasında en yüksek prevalansın hipertansiyonda olduğu tespit edilmiştir. Pınar (2021)'in, çalışmasında yaşlı hastaların %93,6'sında en az bir adet kronik hastalık olduğu saptanmış, hipertansiyon %81,8 oranı ile en sık görülen kronik hastalık olup, bu hastalığı %34,9 ile diyabet ve %25,5 ile kalp hastalıkları takip etmiştir. Bu bulgu bizim sonucumuzu desteklemektedir. Ülkemizde 2023 verilerine göre hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, kanser, inme-felç, astım vb. kronik

hastalığı olan 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin oranı %78,7'dir (TÜİK, 2024). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde; kronik hastalığa sahip olan yaşlılarda hipertansiyonun öncelikli ve önemli bir sağlık sorunu olduğu söylenebilir. Çalışmamızda hipertansiyon ve diyabet insidansının yüksek olmasında beslenme alışkanlıklarının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmada yaşlı bireylerin %99,4'ü sürekli kullandıkları ilaç olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcıların %99,4'ünün kronik hastalığı olduğundan bu oran örtüşmektedir. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların %88,9'unun reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır (Ünsal ve ark., 2011). Benzer çalışmalarda ise bu oran sırasıyla %83,9 ve %84,2 olarak belirlenmiştir. (Bayık ve ark., 2002; Dedeli ve ark., 2008).

Gümüştakım ve Başer'in (2019) 300 yaşlı birey ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %58,3'ünün dört ve daha fazla ilaç kullanmakta olduğu saptanmıştır. Ayrıca, Bursa'da 241 yaşlı bireyle yürütülen başka bir çalışmada ise, katılımcıların %82,2'sinin düzenli olarak en az bir ilaç tükettiği ve %30,0'ının beş veya daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır (Taneri, 2017). Bu çalışmada yaşlı bireylerin %99,4'ünün sürekli kullandığı en az bir ilaç bulunduğu ve %49,8'inin günde dört adet ve üzeri ilaç kullanmakta olduğu belirlenmiştir. Bozkurt Bulakçı (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, yaşlı bireyler arasında çoklu ilaç kullanımının oldukça yaygın olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgularına göre, yaşlıların %93,1'i en az bir ilaç kullanmakta olup, %22,5'i bir ya da iki ilaç, %30'u üç ila dört ilaç, %40,7'si ise beş ve daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır. Bu bulgular, yaşlı nüfusta polifarmasi olgusunun yaygınlığına dikkat çekmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı bireylerde çoklu ilaç kullanımının; polifarmasinin oldukça yüksek seviyelerde olduğu bilinmektedir (Tanrıöver, 2017). Çoklu ilaç kullanımı, hasta uyumunu olumsuz yönde etkileyebilmekte; aynı zamanda ilaçlara bağlı yan etki görülme sıklığını ve ilaç-ilaç etkileşimlerinin ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır.

Çalışmamızda, bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi önermelerine verdikleri yanıtların puan ortalaması $8,45 \pm 2,80$ olup, en düşük değer 5, en yüksek değer ise 15 olarak saptanmıştır. Tutum önermelerine verilen yanıtların puan ortalaması ise $30,60 \pm 4,57$ olup, bu grupta en düşük değer 25, en yüksek değer ise 41 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutum puanları, sosyodemografik ve klinik özellikler doğrultusunda karşılaştırıldığında; 65–70 yaş grubundaki bireylerin puan ortalamasının ($9,20 \pm 2,73$) 71–80 yaş grubuna ($7,85 \pm 2,67$) ve 81 yaş ve üzeri gruba ($7,02 \pm 2,52$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte,

literatürde yaşlı bireylerde artan yaşla birlikte düzenli ilaç kullanımının azaldığı belirtilmiştir (Arslan ve ark., 2000). Benzer şekilde, Lau ve arkadaşları (2004) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, ileri yaş grubunda yer almanın uygunsuz ilaç kullanımını açısından bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşılık Camargo ve arkadaşları (2006), ise çalışmalarında yaş ve ilaç kullanım davranışı arasında ilişki bulamadıklarını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda erkeklerin bilgi ve tutum puanlarının ($9,25\pm 2,98$), kadınlara göre ($7,88\pm 2,52$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Benlier ve ark. (2019)'nın yapmış olduğu bir çalışmada, kadınların reçetesiz ve uygunsuz şekilde ilaç kullanım davranış oranı erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni kadınlarda ileri yaşla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasına bağlı olarak daha fazla ilaç kullanmalarına bağlanmıştır. Nitekim kadınlarda özellikle menopoz sonrası dönemde östrojen oranının azalmasıyla osteoporoz ve romatizmal hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlı bireylerin hekimin önerdiği ilaçları önerdiği süreden önce bırakma oranları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hacıoğlu, 2021).

Üniversite mezunu katılımcıların bilgi ve tutum puanlarının, okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre, lise mezunu katılımcıların bilgi puanlarının, okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre, ortaokul mezunu katılımcıların bilgi puanlarının, okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara göre, ilkokul mezunu katılımcıların bilgi puanlarının, yine okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde bizim bulgularımızı destekler şekilde benzer sonuçlar mevcuttur (Tarhan ve ark., 2020; Bakımlı ve Tuğrul, 2024). Ayrıca yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe kullanılan ilacın prospektüsünü okuma sıklığının arttığı da saptanmıştır (Fröhlich, 2010; Cruzeta, 2013). Eğitim düzeyi arttıkça yaşlı bireylerin bilinçlendiği ve ilaçlarını daha dikkatli ve düzenli kullandığı düşünülmektedir. Yaşlı bireylerde ilaç tedavisine uyumsuzluğun, sağlık bilinci yüksek ülkelerde ve yüksek eğitilmiş hasta gruplarında yapılan çalışmalarda yaklaşık %50 oranında olduğu bildirilmiştir (Babaoğlu, 2006).

Çalışmada evli olan yaşlıların hem bilgi hem tutum puanlarının daha yüksek olmasının nedeni, eşlerin ilaç kullanımı konusunda birbirlerini desteklemeleri olabilir. Nitekim yaşlılarda fiziksel yetersizlik ve fonksiyonel bağımlılık artmaktadır. Yaşlı bireylerin hekimin önerdiği ilaçları önerdiği süreden önce bırakma oranları, bekâr/dul/boşanmış olan yaşlılarda evli yaşlılara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (Hacıoğlu, 2021). Evli bireylerde ilaç kullanımı

konusunda en büyük destek şüphesiz eşinden gelecektir. Literatür bulguları çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Medeni durum ve birlikte yaşanan kişiler, yaşlı bireylerin ilaç tedavisine uyumunu etkileyen önemli sosyodemografik faktörler arasında yer almaktadır. Bozkurt Bulakçı (2013)'ün, çalışmasında da evli olan yaşlıların ilaç kullanım davranışlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Bu durum, eşlerin ilaç kullanımını sürecinde birbirlerini olumlu yönde desteklemeleriyle açıklanabilir.

Katılımcıların ilaç kullanım bilgi ve tutum puanları gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir. Gelir düzeyi yüksek olan yaşlılarda puanlar daha yüksek olup, bu durum, daha yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin ilaçlara erişim konusunda daha avantajlı olmalarından kaynaklanabilir. Benzer şekilde yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranışlarını sosyodemografik değişkenler açısından inceleyen bir çalışmada gelir seviyesi düşük olan yaşlıların ilaç kullanımında daha fazla sorun yaşadığı bildirilmiştir (Say Şahin ve ark., 2018). Başka bir çalışmada, düzenli aylık geliri bulunmayan yaşlı bireyler ile algılanan ekonomik durumu kötü olanların çoğunluğunda ilaç kullanma yetisine ilişkin sorunlar yaşandığı ve bu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Solmaz, 2008). Bu sonuç bizim bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Yapılan bir başka çalışmada ise, yaşlı bireylerin aylık gelir düzeylerinin düzenli ilaç kullanımını etkilemediği bildirilmiştir (Taneri, 2017).

Yaşlılık dönemindeki birçok birey, kronik hastalıklar nedeniyle sağlık sorunlarıyla ve hatta engellilikle karşı karşıya kalmaktadır. Nitekim, Dedeli ve Karadokovan (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, yaşlıların %20,4'ünün ilaç kullanımı sırasında yardıma ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir. Aile bireyleri yaşlı bakımında önemli bir yer tutar. Geleneksel aile yapısı içinde yaşlı yetiştikine bakım vermenin ailenin görevi olduğu kabul edilir (Arpacı ve Ersoy, 2009). Ülkemizde bakım verme yükü aile içinde kadının üzerindedir (Koyuncu Yaşar, 2009). Çalışmamızda eşiyile yaşayanlarda bilgi ve tutum puanları, yalnız yaşayanlara, çocuklarıyla yaşayanlara ve her çocuğun evinde belli süre yaşayanlara göre anlamlı şekilde yüksek, yine eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, sadece çocuklarıyla yaşayanlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Yapılan birçok çalışmada ilaç kullanımında ailenin yaşlı üzerindeki etkisinin önemi vurgulanmaktadır (Bayık ve ark., 2002). Yalnız yaşayan yaşlılar güven duygularını kaybedebilmekte, yaşamı anlamsız bularak mutsuzluk ve duygusal sorunlar da yaşayarak mağdur olabilmektedirler. Bütün bu sorunlar ilaç kullanımına uyumu da olumsuz etkilemektedir. Nitekim, evde yaşayan yaşlı bireylerin kendi kendine ilaç kullanma becerilerini

inceleyen bir çalışmada; ileri yaşta (≥ 75 yaş) olan, düşük eğitim düzeyine sahip, dul, yalnız yaşayan, yardım alabilecek kimsesi bulunmayanve sosyoekonomik durumu yetersiz olan bireylerde ilaç kullanımına ilişkin sorunların daha sık gözleendiği saptanmıştır (Steinman ve ark., 2006).

Sağlık personelinin tedaviye yönelik bilgilendirmesi, yaşlı bireylerin uyumunu artırmaktadır. İlaç kullanımıyla ilgili bilgilendirmenin artırılması, yaşlı bireylerin ilaç kullanımı sırasında yaptıkları hataların azalmasına katkı sağlamaktadır (Arslan ve Semin, 2005). Ailesinde sağlık çalışanı bulunan katılımcıların bilgi ve tutum puanlarının, sağlık çalışanı bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu saptanmış olup, sağlık çalışanı ile yaşayan ya da sağlık çalışanı yakını olan yaşlıların ilaç kullanımı konusunda daha bilgili olması sevindiricidir nitekim akılcı ilaç kullanımında bu kişilerin sorumlulukları bulunmaktadır.

Bu araştırmada, kendi sağlığını iyi olarak tanımlayan katılımcıların bilgi ve tutum puanlarının, orta olarak tanımlayan katılımcılara göre ve kötü olarak tanımlayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu, ancak orta ve kötü olarak tanımlayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Sağlık durumu iyi olan yaşlıların kronik hastalığı olma olasılığı da düşük olduğundan daha az ilaç kullanıyor olmaları ve buna bağlı ilaç tedavisine uyumun daha yüksek olması muhtemeldir.

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşlı bireylerin ilaç alma nedenleri incelendiğinde; %52,6'sının doktor önerisiyle, %21,1'inin kendi isteğiyle, %13,2'sinin arkadaş tavsiyesiyle, %7,9'unun eczacı önerisiyle ve %5,2'sinin komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığı belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2018). Çalışmamızda, katılımcıların "hastalandıklarında evde varsa ilaç kullanırım" ya da "doktora giderim" şeklindeki yanıtları doğrultusunda bilgi puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Buna karşın, "doktora giderim" diyen katılımcıların tutum puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hastalanınca doktora gidenlerin oranının %82,3 gibi oldukça yüksek olması sevindirici olmakla birlikte bu kişilerin bilgi puanının anlamlı olarak daha yüksek olmamasının nedeni yaşlı bireylerin eğitim düzeyinin düşük olduğundan kaynaklanabilir. Nitekim ilaçla ilgili söylenenleri anlama, ilacın kullanım amacını bilme ve sağlık personelinden bilgi alma oranları yaşla birlikte azalırken, eğitim düzeyinin de bu unsurları etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada yaşlıların %82,3'ü hastalanınca hastaneye gittiklerini belirtmişler ve hastalanınca ilk başvurduğu sağlık kuruluşu hastane olanlarda bilgi puanları, aile sağlığı merkezi olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuş olup, üçüncü basamak sağlık kuruluşunda izlenen kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin, hastalandıklarında doğrudan takip edildikleri sağlık birimine başvurularıyla açıklanabilir. Ayrıca bu bulgu, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından takip edilen yaşlı bireylerin sağlık kontrollerini aksatmadıklarını düşündürmektedir. Bu durum, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve tedaviye uyum açısından olumlu bir gösterge olarak değerlendirilebilir. Katılımcıların hastalandıklarında ilk başvurdukları sağlık kuruluşuna göre tutum puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düzenli kontrol ve önleyici tedaviler yaşlılarda büyük öneme sahiptir. Doktoruna düzenli kontrole giden katılımcıların bilgi puanlarının, sadece hastalanınca giden katılımcılara göre ve ilaç yazdırmak için giden katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu, ancak sadece hastalanınca giden ve ilaç yazdırmak için giden katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların son bir yılda kaç kere doktora gittiğine göre bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunamazken, son bir yılda kaç kere doktora gittiğini hatırlamayanlarda tutum puanlarının, iki, üç ve dört kez doktora gidenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu bulunmuş olup, hatırlamayan bu katılımcıların muhtemelen doktora sık gittikleri bu nedenle sayısını hatırlayamadıkları düşünülmektedir. Nitekim belli aralıklarla düzenli doktor muayenesine gitmeleri kronik hastalığı olan bu yaş grubunda beklenen bir davranıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %99,4'ü kronik hastalığının olduğunu bunun sonucunda da sürekli ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Nitekim, birden fazla kronik hastalığın bir arada bulunması, yaşlılık döneminde en yaygın ve önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (Smith ve ark., 2015). Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalara göre, yaşlı bireylerin %70 ile %90'ında en az bir kronik hastalık görülmektedir (Gülbayrak ve ark., 2003; Kutsal, 2006). Kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasıyla birlikte, yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç sayısı artmakta ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları da yükselmektedir (Dolu Çakır ve Bilgili, 2010). Dünya genelinde yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıklar (sırasıyla erkekler ve kadınlarda) hipertansiyon (%54- 61), hiperlipidemi (%44-46), iskemik kalp

hastalığı (%36-27), artrit (%22-35), DM (%29-27), kalp yetersizliği (%16-16), kronik böbrek yetersizliği (%16-14), depresyon (%10-17), KOAH (%12-11), Alzheimer hastalığı (%9-13), atriyal fibrilasyon (%9-7), kanser (%9-7), osteoporoz (%0-11), astma (%3-6) ve inmedir (%4-4) (Swenor ve ark., 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üzerindeki bireylerin neredeyse %95'inde en az bir kronik hastalık, %80'inin de iki veya daha fazla kronik hastalık olduğu belirtilmiştir (Silberman, 2022).

Yaşlanma sürecinde büyük damarların çapı ve duvar kalınlıklarında artış gözlenirken, damar esnekliğinde azalma meydana gelmekte; bu değişiklikler progresif olarak sistemik arteriyel basıncın yükselmesine yol açmaktadır. Bu fizyopatolojik süreç, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riskinin yaşla birlikte artmasının temel nedenlerinden biridir (Franklin ve ark., 2016). Dolayısıyla, yaşlı bireylerde damar sertliği ve kan basıncı kontrolü klinik açıdan kritik öneme sahiptir. Yaşlanma süreciyle birlikte glikoz toleransında giderek bozulmalar meydana gelmekte ve bu durum, yatkınlığı bulunan bireylerde DM gelişimine zemin hazırlamaktadır. Yaşın ilerlemesine paralel olarak KKY prevalansı da artmaktadır. Konjestif kalp yetmezliği prevalansı, 40–59 yaş grubunda yaklaşık %2 iken, 60–69 yaş grubunda %5 civarına, 70 yaş ve üzeri bireylerde ise yaklaşık %10'a yükselmektedir. Genç yaş grubunda KKY erkeklerde daha sık görülürken, yaşla birlikte cinsiyetler arasındaki fark azalmakta ve 80 yaşından sonra kadınlarda daha yüksek prevalans gözlemlenmektedir. Ayrıca ileri yaşlarda KKY hastalarında mortalite gençlere göre daha yüksektir (Mosterd ve Hoes, 2007). Farklı çalışmalarda, ülkemizde yaşlı bireylerde en sık rastlanan kronik hastalıkların hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve kalp hastalıkları olduğu belirlenmiştir (Kara ve ark., 2017; Demirci ve Yılmaz, 2019). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da hipertansiyon, DM ve KKY sırasıyla en yüksek oranda görülen kronik hastalıklardır. Nitekim Kahveci ve Yeniçeri (2023) de yakın zamanda yaşlılarda hipertansiyon, osteoartrit, diyabet, kalp hastalıkları, kanser ve demansı en sık görülen kronik hastalıklar olarak belirtmişlerdir. Hipertansiyon, yaşlı bireylerde kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler olaylar ve böbrek damar hastalıkları gibi ciddi komplikasyonlara yol açarak, mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Chobanian ve ark., 2003; Whelton ve ark., 2018).

Yaşlılarda kaçınılmaz olan polifarmasinin, en yaygın kabul gören tanımı beş veya daha fazla ilacın eş zamanlı kullanımı olmakla birlikte; tanım literatürde değişiklik göstermektedir. Bundan başka, polifarmasi üç ana kategoriye ayrılır: minör polifarmasi, iki ila dört ilacın eş zamanlı kullanımı; majör polifarmasi, beş veya daha fazla ilacın eş zamanlı kullanımı ve aşırı

ya da olağanüstü polifarmasi ise, 10 veya daha fazla ilacın eş zamanlı kullanımınıdır (Masnoon ve ark., 2017). Çalışmamızda günde kullandığı ilaç adeti bir, iki ve üç olanlarda ve ilaç kullanmayanlarda bilgi ve tutum puanlarının, altı ve üzeri olanlara (majör polifarmasi) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek düzeylerde olduğu bulunmuştur. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça ortaya çıkan yan etkiler ve etkileşimler de ilaç kullanımını olumsuz etkileyebilir. Nitekim yaşlılarda polifarmasi, yaşa bağlı farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler ve yüksek komorbidite sıklığı nedeniyle ilaç-ilaç etkileşimleri riski de artmaktadır. Yaşlı hastalarda ilaç-ilaç etkileşimi insidansının, gençlere kıyasla yaklaşık iki kat fazla olduğu bilinmektedir (Gören ve ark., 2017).

Çalışmada, “reçeteli ilaçların dozlarını kendilerinin ayarlayamayacağı”, “ilaçlarıyla ilgili istenmeyen bir etki gözlemlendiğinde bunu doktoruna danışacağı”, “ilaçları doktorun belirttiği şekilde kullanmamanın zararlı olduğu”, “sürekli kullandığı ilaçları reçete yazılacağına doktoruna bildireceği”, “ilaçların faydalarıyla birlikte zararının da olabileceği” katılımcılar tarafından en yüksek oranda doğru yanıtlanan önermelerdir. Bunun yanı sıra en düşük oranda doğru yanıtlanan önermeler ise, “hastalandıklarında doktora gitmeden ilaç alabilecekleri”, “reçeteli ilaçları kendimi iyi hissettiğimde bırakırım”, “bitkisel ürünler ilaçlar yerine kullanılabilir ve istenildiği kadar tüketilmesinin zararlı olmayacağı”, “kendi reçeteli ilaçlarını aynı şikâyetleri yaşayan yakınlarına verebilecekleri”, “kendileri için de aynı şikâyetleri olan yakınlarından ilaç alabilecekleri” şeklinde saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların tamamına yakını doktorunun talimatlarına dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Öztaş (2018)’in, yürüttüğü araştırmada yaşlı bireylerin %43,2’sinin reçeteli ilaçlarını zamanında almadığı belirlenmiştir. Daha yakın zamanda Efe ve Doğan (2023), tarafından yapılan çalışmada da yaşlı bireylerin %89’u ilaçlarını zamanında aldıklarını bildirmişlerdir. Tedavi uyumu, çalışmalardaki katılımcıların özelliklerine ve ilaç sayısına bağlı olarak değişebilmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerde unutkanlık veya tedaviye güvenin az olmasına bağlı olarak da uyum azalmaktadır. Bu koşullar değerlendirilerek yaşlı birey tedaviye uyum için desteklenmeli, özellikle hatırlatıcı olarak hasta yakınları da bilgilendirilmelidir.

Katılımcıların %51,2’si doktorunun reçete ettiği ilaçlarla ilgili bilgi sormadığını belirtirken, %20,4’ü ise bu konuda bilgi almayı talep ettiğini ifade etmiştir. Literatürde yaşlı bireylerin %79,7’sinin hekimine reçete edilen ilaçlarla ilgili bilgi talep ettiği bildirilmiştir (Bozkurt Bulakçı, 2013). Günel ve Demirtaş (2024), çalışmalarında yaşlı bireylerin %49,5’inin sürekli kullandığı ilaçlarla ilgili hekimden bilgi aldıklarını belirtilmiştir. Zeybek (2018) de

çalışmasında, bireylerin %49,7'sinin ilaçlar hakkında hekimden bilgi talep ettiklerini saptamışlardır. Literatürde, yaşlı bireylerin ilaçlara ilişkin bilgi alma eğilimlerine dair bulguların, çalışmamızla benzer ya da daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bireylerin bilgi talebinde bulunmamalarının; ilaçlarını doğru kullandıklarına inanmaları, çevrelerindeki kişilerin deneyimlerine dayanarak hareket edebileceklerini düşünmeleri ve hekimin zamanını almak istememeleri gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların %74,8'i, "İlaç kullanırken prospektüsü okurum" ifadesine hayır yanıtını vermiştir. Bu durum, katılımcıların %79,4'ünün eğitim düzeyinin ilkökul ve altı olmasıyla ilişkilendirilebilir; dolayısıyla düşük eğitim düzeyinin prospektüs okuma davranışını olumsuz etkilediği düşünülebilir. Nitekim bireylerin sadece %8,1'i prospektüsü okuduğunu belirtmiştir. Literatürde Tarhan ve ark. (2020), tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %46,4'ü reçeteli ilaçlarıyla ilgili bilgileri ve yan etkilerini prospektüsten öğrendiğini söylemiştir. Yılmaz ve ark (2020)'nin çalışmalarında ise, katılımcıların %35,3'ü ilaçlarının prospektüs talimatlarını okuduğunu belirtmiştir. Literatürde de görüldüğü üzere prospektüs okuma oranları yaşlılarda düşüktür.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %50,6'sı doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullandığını ifade etmiştir. Literatürde Sofulu ve Karadakovan (2022)'in, yürüttükleri çalışmada yaşlı bireylerin hekim tavsiyesi olmadan başkalarının önerisiyle ilaç alma oranı %17,9 iken, reçetesiz ilaç alma oranı %70,7'si olarak bulunmuştur. Tarhan ve ark. (2020), tarafından yapılan araştırma da katılımcıların %15,5'i doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanmakta olup, ayrıca katılımcıların %19'u gribal enfeksiyon varlığında reçetesiz antibiyotik kullandıklarını belirtmişlerdir. Yılmaz ve ark (2020), çalışmalarında yaşlıların %66,6'sının hekim tavsiyesi olmadan reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Yaşlılar üzerinde yapılan bir başka çalışmada da katılımcıların %44,8'i reçetesiz ilaç kullandıkları saptanmıştır (Duman ve Karadağ, 2024).

Katılımcıların %44,9'u kendilerine ait reçeteli ilaçları aynı şikâyetleri yaşayan yakınlarına önerdiğini, %74,5'i de hastalandıklarında aynı semptomları gösteren yakınlarının ilaçlarını kullanabileceğini belirtmişlerdir. Öztaş (2018), yürüttüğü araştırmasında, yaşlı bireylerin %5'inin başkasının tavsiyesiyle ilaç kullandığı görülmüştür. Bir başka çalışmada ise, yaşlıların hastalandıklarında %4,6'sının komşusunun, %3,5'inin ise aynı hastalığı yaşamış kişilerin önerdiği ilaçları kullandıkları saptanmıştır (Zeybek, 2018). Bu tür davranışlarda eğitim

düzeiy yanısıra güven duyulan yakınlar tarafından önerilen tedavilerin daha etkili olacağına inanılması da etkili olabilmektedir.

Katılımcıların %21,2'si ilaçlarının son kullanma tarihine bakarken, %38,1'i bakmadığını söylemişlerdir. Zeybek'in (2018) çalışmasında bireylerin %60'ının ilaçların son kullanma tarihine dikkat ettiği bildirilmiştir. Ancak başka bir araştırmada, yaşlı bireylerin %79,1'inin reçete edilen ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmediği belirlenmiştir (Bakımlı ve Tuğrul 2024). Literatürde ve çalışmamızda da görüldüğü üzere yaşlı bireyler ilaçlarının son kullanma tarihlerini kontrol etme konusunda dikkatli olmadıkları görülmektedir. Bunun nedenleri arasında yaşlılarda görme keskinliğinin azalması, bilişsel düzeyin azalmasına bağlı unutkanlık olabilir. Ayrıca sağlık okuryazarlığın düşük olmasına bağlı olarak ilaçların bozulmayacağına inanılması, israf olmaması için kullanılması, konuyla ilgili farkındalığın bulunmaması gibi durumlar da etkili olabilmektedir.

Çalışmada bireylerin %36,8'i grip, nezle gibi durumlarda muayene olmadan, kendi kendine antibiyotik kullandıklarını söylemişlerdir. Tarhan ve ark. (2020), tarafından yapılan araştırma da katılımcıların %19'u gribal enfeksiyon durumunda kontrole gitmeden reçetesiz antibiyotik kullandıklarını belirtmişlerdir. Bir başka araştırmada yaşlıların %10,8'i hekim tavsiyesi olmadan antibiyotik kullandıklarını bildirmişlerdir (Zeybek, 2018). Bakımlı ve Tuğrul (2024)un, çalışmasında ise, yaşlı bireylerin %2,3'ünün hekim önerisi olmadan antibiyotik kullandığı belirtilmiştir. Literatüre göre çalışmamızda grip, nezle gibi durumlarda muayene olmadan antibiyotik kullanan bireylerin oranı yüksek bulunmuştur. Bu durum bireylerin kırsal kesimlerde yaşaması ve araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerinin çoğunluğunun ilkökul ve altı seviyelerde olmasına bağlı olabilir. Antibiyotiğin kendi kendine kullanımı uzun süreli sonuçlara yol açacağından, yaşlı bireylerde antibiyotik kullanımı ve antibiyotik direnci ile ilgili farkındalığı artırmak adına sağlık profesyonellerine çok iş düşmektedir.

Katılımcıların %54,2'si yedekte bulunsun diye hekiminden ilaç yazmasını talep ettiklerini belirtmiştir. Bizim bulgumuza benzer olarak bir araştırmada katılımcıların %52,3'ünün hekimin önerisi dışında, yedekte bulunsun diye ilaç stokladığı belirtilmiştir (Karakaş ve ark., 2023). Bayezit ve Hopayılmaz (2024)'ın yaptığı çalışmada, yaşlı bireylerin %41,8'i evde yedekte bulunsun diye ilaç yazdığını söylemiştir. Literatürde ve çalışmamızda görüldüğü üzere yedekte bulunsun diye katılımcıların hekimlerinden ilaç yazmalarını talep etmelerinin nedenleri arasında, yaşlı bireyin hastalık durumunda ihtiyaç duyacağı ilaçları temin edemeyeceğinden korkması, bireyin çevresindeki yakınlarında böyle bir davranışı görmesi ve

bu davranışın güven sağladığına inanması, olabilir. Evde gereksiz fazla bulunan ilaçlar, yaşlı bireylerde kafa karışıklığına, ilaçların fazla olmasına bağlı saklama koşullarının bozulmasına, son kullanım tarihlerinin geçmesine, reçeteli ilaçlarıyla almasına bağlı olarak ilaç-ilaç etkileşimlerine sebep olabilmektedir.

Çalışmada, doktorun önerdiği tedavi bittikten sonra katılımcıların %32,3'ü kontrole gittiğini ifade etmişlerdir. Yılmaz ve ark (2020)'nin, çalışmalarında katılımcıların %21,9'u doktorun önerisine göre düzenli ziyaretlerde bulunduğunu belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada bu oran %67,3 olarak bulunmuştur (Çobanoğlu ve Özdemir Alkanat, 2019). Buradan yaşlı bireylerin iyileştiklerini hissettiklerinde doktora gitmeye gerek duymadıkları görülmektedir. Ancak yaşlıların kontrollerine düzenli olarak gitmeleri doğru ve etkili ilaç kullanımı konusunda destekleyici bir durumdur. Bundan dolayı yaşlı bireylerin tedavi sonrası kontrole gitme adına farkındalıkları artırılmalıdır.

Çalışmada katılımcıların %83,5'i kullandığı ilaçla ilgili sorun yaşadığında ilacı bıraktığını ifade etmişlerdir. Zeybek (2018)'in, araştırmasında bireylerin %30,5'inin reçeteli ilaçlarını kullanırken sorun yaşadıklarında bıraktıklarını belirtmişlerdir. Yaşlılar üzerinde yapılan bir başka çalışmada bu oran, %12,5 olarak bulunmuştur (Duman, 2023). Literatüre göre çalışmamızda bu davranış oranı, yüksek bulunmuştur. Burada kırsalda yaşam ve yine eğitim düzeyinin düşük olması, etkili olabilir. Bireylerin sağlık personeli tarafından tedavisi ile ilgili ayrıntılı bilgilendirilmeleri ve bir sorun yaşadıklarında kontrol için ziyaret etmeleri gerektiğinin belirtilmesi yararlı olacaktır.

Yaşlı bireyler arasında bitkisel ürün kullanımı yaygın olmakla birlikte, bu ürünlerin tamamen doğal olması algısı, onların güvenli ve zararsız olduğu yanılgısını doğurabilmektedir. Ancak, bitkisel ürünlerin kullanımı sonucunda ciddi toksik etkilerle karşılaşılabilir. İstenmeyen etkiler, doğrudan bitkisel ürünlere bağlı olabileceği gibi, bazı toksik reaksiyonlar yaşlıların kullandığı ilaçlarla etkileşimler sonucu da ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların %88,6'sı "bu ürünler ilaç yerine kullanılabilir" yanıtını vermiştir. Yine yüksek oranda katılımcı (%61,9), "bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesi sağlığa zarar vermez", görüşündedir. Yapılan çalışmalarda, hastaların reçetesiz kullandıkları bitkisel ürünleri doktorlarına bildirmedikleri (Varlı ve ark., 2017) ve bu ürünleri genellikle komşu, akraba, arkadaşlar veya televizyon ve radyo gibi medya araçlarından öğrendikleri ifade edilmiştir (Özsüreççi ve ark., 2020). Yaşlı bireylerin mevcut kronik hastalıkları ve çoklu ilaç kullanımları nedeni ile özellikle bu ürünleri kullanmaları ek riskler ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle,

Özellikle yaşı bireylerle ilgilenen tüm hekimlerin yalnızca reçeteli ilaçları değil, reçetesiz olarak kolaylıkla temin edilebilen bitkisel kökenli ürünleri de ayrıntılı bir Şekilde anamnez sürecinde sorgulamaları önem arz etmektedir. Bu yaklaşıım sayesinde, hastanın kullandığı ilaçlar ile bitkisel ürünler arasındaki olası etkileşimler erken dönemde saptanabilir ve böylece potansiyel toksik etkiler ya da istenmeyen advers reaksiyonlar nlenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

6.1. Sonuç

Çalışmamızda, yaşlı bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutum puanları; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, ailede sağlık çalışanı bulunması, bireyin sağlık durumu, düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli kullanılan ilaç sayısı gibi değişkenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir ($p<0,05$).

Çalışmada yaşlıların %99,4'ünde en az bir kronik hastalık varlığı görülmüş olup, günde iki ve üzeri ilaç kullanımı oranı %95,8 olarak saptanmıştır. Katılımcıların sadece %20,7'sinin doktora düzenli gittikleri belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan ilaç kullanımı bilgi düzeyinin değerlendirildiği bütün çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da en temel belirleyici faktör bireylerin eğitim düzeyidir. Bunun yanısıra aile desteğinin de yaşlı üzerindeki etkisi yadsınmaz.

Çalışmada ayrıca yaşlıların hastalandıklarında doktora gitmeden ilaç alabilecekleri, tedaviyi erken bırakma eğilimi gösterdikleri, bitkisel ürünleri ilaç yerine kullanmaktan çekinmedikleri, kendi reçeteli ilaçlarını aynı şikâyetleri yaşayan yakınlarına verebildikleri ve kendilerinin de yakınlarının önerisiyle ilaç kullanma eğiliminde oldukları görülmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışmada yaşlı bireylerin ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve tutum düzeyleri değerlendirilmiş ve bu konuda bireylerde farkındalık oluşturulmuş olup, elde edilen bulgular yaşlı nüfusun ilaç kullanım alışkanlıklarının iyileştirilmesine yönelik eğitim programlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

6.2. Öneriler

Yaşlı hastalarda ilaç kullanımının daha düzenli olmasını sağlama bakımından reçete edilen ilaç sayısının mümkün olduğunca az olması önemlidir. Sağlık çalışanlarıyla hasta arasındaki iletişimin ve yaşlıların kronik hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyinin artırılmasının tedaviye uyumu artıracığı düşünülmektedir. Yaşlı bireylerin periyodik kontroller ve sağlık taramaları için de sağlık kurumlarına başvurmaları teşvik edilerek akut ve kronik hastalıkların erken saptanması ve tedavisi sağlanabilir. Yaşlıların ilaç kullanımıyla ilgili hatalarının azaltılması ve karşılaştıkları sorunların en aza indirilmesi için, akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uyulması büyük önem taşımaktadır. Yaşlı hastaların tedavi süreçlerinde, sosyal destek unsuru

olarak birlikte yaşadıkları aile bireylerinin bilgilendirilmesi ve sürece aktif katılımlarının sağlanması, tedaviye uyumu ve başarıyı artıracaktır.

Ayrıca, yaşlı hastaların sağlık kuruluşlarına her başvurusunda, reçetesiz ilaçlar ve bitkisel ürünler de dahil olmak üzere kullandıkları tüm farmakolojik ve bitkisel ürünlerin ayrıntılı şekilde sorgulanması ve mümkünse fiziksel olarak görülmesi, ilaç etkileşimleri ve olası advers etkilerin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bitkisel ürünlerin kullanımı dikkatle ele alınmalı, bitkilerin doğrudan toksik etkileri, ilaç ve başka bitkilerle olan etkileşimleri (bitkisel ürün-organ, bitkisel ürün-ilâç), kontaminasyona bağlı etkileri, alerjik reaksiyonları göz önünde bulundurularak özellikle bitkilerin olumsuz etkilerinin yaş, cinsiyet, beslenme durumu, genetik yapı, kronik hastalıklar gibi unsurlara bağlı olarak farklılık gösterebileceği unutulmamalıdır.

Aile hekimliği sistemi kapsamında hekimin kendisine kayıtlı bir nüfusa hizmet veriyor olması, başvuran tüm bireylerin sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve bireysel sağlık bilgilerine hâkim olmasını sağlamaktadır. Bu durum, hekimin hastaya sunacağı koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve bütüncüllüğünü artırması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla birinci basamakta çalışan hekimlere yaşlı sağlığı konusunda eğitimler verilmesi de yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- Akıcı, A., Kalaça, S., Uğurlu, M. Ü., Çalı, Ş., & Oktay, Ş. (2001). Pratisyen Hekimlerin Yaşlıların İlaç Kullanımı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 4(3), 100-105.
- Akıcı, A., Kırmızı, N. İ., Göçmen, G. (2017). Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda dış hekimliğinde kişisel analjezik listesi oluşturulması. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 21(4), 730-740. doi: 10.12991/mpj.2017.1.
- Aljeaidi, M. S. & Tan, E. C. (2022). The association between polypharmacy and cognitive ability in older adults: A national cohort study. *Res Social Adm Pharm* 18(3), 2505–2509.
- Altinel, M. & Akçakaya, A. A. (2013). Yaşlılık ve göz, *Okmeydanı Tıp Dergisi* 29(2), 110-115.
- Arpacı, F. & Ersoy, A. F. (2009). Evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşamaya ilişkin görüşleri. *Aile ve Toplum*, 5(18), 87-98.
- Arslan, Ş., Atalay, A., Gökçe Kutsal, Y. (2000). Yaşlılarda İlaç Tüketimi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(2), 56-60.
- Arslan, G. G., & Eşer, İ. (2005). Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2), 147-157.
- Arslan, L. S., & Semin, S. (2005). Sağlık ocağına başvuran hastaların reçetede yazılan ilaçları kullanımı ve bunu etkileyen etmenler. *Sağlık ve Toplum*, 15, 57- 64.
- Aslan, A., & Can, M. İ. (2014). Yaşlanmanın moleküler temelleri. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 30(2), 107-112.
- Atlı, T., & Atmış, V. (2018). Yaşlı hastada anamnez ve fizik muayene, Editörler: Ertürk A, Bahadır A, Koşar F, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 43-54.
- Babaoğlu, M. Ö. (2006). Yaşlılıkta farmakoloji. Arıoğlu, S. (Ed). *Geriatri ve Gerontoloji*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 117-124.
- Bahat, G., İlhan, B., Erdoğan, T., Halil, M., Savaş, S., et al. (2020). Turkish inappropriate medication use in the elderly (TIME) criteria to improve prescribing in older adults: TIME-to-STOP/TIME-to-START. *European Geriatric Medicine*, 11, 491-498.
- Bakımlı, İ., & Tuğrul, E. (2024). Investigation of rational drug use behaviors and knowledge levels of older individuals: a cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 70(1), Article e20230692.
- Bayezit, M., & Hopayılmaz, Ö. (2024). Burdur ili merkezinde yaşayan 65-85 yaş grubu insanların bilinçli non-steroid antiinflatuvar ilaç kullanım düzeyinin belirlenmesi. *Current Perspectives on Health Sciences*, 5(2), 67-77.
- Bayık, A., Özgür, G., Özsoy, S. A., Erefe, İ., Emece, A. U., ve ark. (2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(2), 68-74.
- Beğer, T. (2002). Yaşlıda İlaç Kullanımı-Polifarmasi. I. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Antalya, 14-17.

- Benlier, N., Şahin, B., Göger, M. E., Sezal, E., Sankır, D., et al. (2019). Rational drug use in geriatric patients in the county of Gaziantep, *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(2), 30-35.
- Bilir, N. (2018). Yaşlılık tanımı, yaşlılık kavramı, epidemiyolojik özellikler, Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları içinde, Editörler: Ertürk A, Bahadır A, Koşar F, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 13-31.
- Birleşmiş Milletler (2002). World population ageing: 1950-2050. 23-27. Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.dvelopment.desa.pd/files/files/documents/2021/Nov/undesapd_2002_wpa_1950-2050_web.pdf.
- Birleşmiş Milletler (2015). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390).
- Birleşmiş Milletler (2019). Population dynamics. World Population Dynamics. World Population Prospects 2019. Revision Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/29368/wpp2019_10.ke y.findings_embargoed.version.en.pdf.
- Birren, J. E. (1982). The psychology of aging, Prentice Hall, Inc. New Jersey.
- Bishop, NA., Lu, T., Yankner, BA. (2010). Neural mechanisms of ageing and cognitive decline. *Nature*. 464(7288), 529-535.
- Bozkurt Bulakçı, B. (2013). Yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlar. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Bozkurt, H., & Demirci, H. (2018). Health literacy among older persons in Turkey. *The Aging Male*, 2018: Doi: 10.1080/13685538.2018.1437901.
- Bülbül, A. S. (1992). Türkiye’de Kadın Nüfusunun Eğitim Durumu. T. C. Milli Eğitim Bakanlığı Türkiye’de Kadın Eğitimi Birinci Uluslararası Konseyi Bildiriler, 23-26.
- Camargo, A. L., Ferreira, M. B. C., Heineck, I. (2006). Adverse drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital. *European Journal of Clinical Pharmacology* 62, 143-149.
- Canbaz, S., Karabey, S., Önal, A. E. (Ed.). (2024). Halk Sağlığı: Bugün ve her zaman. İstanbul Üniversitesi Yayınevi, 195-211.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., et al. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA*, 289(19), 2560–2572.
- Cook, P. F., Emiliozzi, S., El-Hajj, D., McCabe, M. M. (2010). Telephone nurse counseling for medication adherence in ulcerative colitis: a preliminary study. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 182–186.
- Cruzeta, A. P. S., Dourado, A. C. L., Monteiro, M. T. M., Martins, R. O., Calegario, T. A., et al. (2013). Fatores associados a compreensão da prescrição médica no sistema único de saúde de um município do sul do Brasil. *Cien Saude Colet*, 8(12), 3731-3737.

- Çakır, R. (2017). Kırsal mahallelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi: Bursa ili örneği. Yüksek lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa.
- Çobanoğlu, A., & Özdemir Alkanat, H. (2019). Hastanede yatan hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 33-40.
- Çolak, S., Bilik, Ö., Vural, F. (2023). Yaşlanmayla ilişkili ürolojik sorunların yönetimi ve hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 579-584.
- Dedeli, Ö., Fadıoğlu, Ç., Turan, İ., Bor. S. (2008). İzmir huzurevlerindeki yaşlılarda fekal inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Turk J Geriatr*, 11, 33-41.
- Dedeli, Ö., & Karadakovan, A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tanımlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD Peer Reviewed Journal on Complementary Medicine and Drug Discovery* 1(1), 23-32.
- Demirbağ, B. C., & Timur, M. (2012). Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 11(1), 1-8.
- Demirci, M., & Yılmaz, S. (2019). Yaşlılarda kronik hastalıkların dağılımı ve sağlık hizmetlerine erişim: Bölgesel bir çalışma. *Anadolu Tıp Dergisi*, 22(1), 45-53.
- Denic, A., Glassock, R. J., Rule, A. D. (2016). Structural and functional changes with the aging kidney. *Adv Chronic Kidney Dis*. 23(1), 19-28.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2007). Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Yayın No DPT: 2741, Ankara: DPT Yayını.
- Dolu Çakır, İ., & Bilgili, N. (2010). Ankara’da yaşayan bir grup yaşlı bireyde ilaç kullanım uygulamaları ve ilaç bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 9(1), 37-44.
- Duman, İ. (2023). Yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Duman, İ., & Karadağ, S. (2024). Rational drug use in older adults and the influencing factors: a cross-sectional study, *Geriatrisk Bilimler Dergisi (Online)*, 7(2), 117-125.
- Dünya Sağlık Örgütü (1963). Health protection of the elderly and the aged and the prevention of premature aging.
- Dünya Sağlık Örgütü (1985). Conference of experts on the rational use of drugs, Nairobi, Kenya.
- Dünya Sağlık Örgütü (1998). Population ageing-a public health challenge, Fact Sheet No. 135.
- Dünya Sağlık Örgütü (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.
- Dünya Sağlık Örgütü (2004). Centre for health development. A glossary of terms for community health care and services for older persons.
- Dünya Sağlık Örgütü (2011). Global health and aging, National Institute of Aging, NIH. Geneva.
- Efe, E., & Doğan, N. (2023). Hipertansiyon tanısı almış 65 yaş üzeri bireylerin ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançlarının belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(3), 897-905.

- Ekenler, Ş., & Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3), 44-55.
- Elkin, N. (2020). Yaşlılarda polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımına aile hekimliği yaklaşımı. Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences, (11), 279-290.
- Erdoğan, A. A. (2016). Yaşlılık döneminde işitme kaybı ve işitme kaybına yaklaşımlar, TJFMPC, 10(1), 25-33.
- Erenmemişoğlu, A. (2006). Yaşlılarda ilaç kullanımını etkileyen farmakokinetik değişiklikler. Turkish Journal of Geriatrics, 29-32.
- Firth, M., & Prather, CM. (2002). Gastrointestinal motility problems in the elderly patient. Gastroenterology, 122(6), 1688-1700.
- Franklin, S. S., Larson, M. G., Khan, S. A., Wong, N. D., Leip, E. P., et al. (2016). Does arterial stiffness contribute to systolic hypertension? Journal of the American College of Cardiology, 67(3), 345-355.
- Fröhlich, S. E., Dal Pizzol, T. S., Mengue, S. S. (2010). Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. Rev Saude Publica, 44(6), 1046-1054.
- Galan, S. (2023) Life expectancy by continent and gender 2023. (<https://www.statista.com/statistics/270861/life-expectancy-by-continent/> Erişim Tarihi: 18.01.2025).
- Gören, M. Z., Demirkapı, M. J., Acet, G. A., Çalı, S., & Gülçebi, M. (2017). Potential drug–drug interactions among prescriptions for elderly patients in primary health care. Turk J Med Sci, 47(1), 47-54.
- Gragnani, A., Mac Cornick, S., Chominski, V., Ribeiro de Noronha, S. M., Aparecida, S., et al. (2014). Review of major theories of skin aging. Advances in Aging Research. 3, 265-284.
- Guo, J., Huang, X., Dou, L., Yan, M., Shen, T., et al. (2022). Aging and aging-related diseases: from molecular mechanisms to interventions and treatments Signal Transduction and Targeted Therapy, 7(391), 1-40.
- Güç, M. O. (1997) İlaç tedavisinin temel ilkeleri. In: Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (eds). Geriatri I, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 65-75.
- Gülbayrak, C., Açık, Y., Oğuzöncül, A. F., Deveci, S. E., & Ozan, A. T. (2003). Yenimahalle eğitim araştırma sağlık ocağına başvuran yaşlılardaki kronik hastalıkların sıklığı ve maliyeti. Eurasian J Medicine, 35, 7-12.
- Gümüştakım, R. Ş., & Başer, D. A. (2019). Birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Bir kırsal alan örneği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 23(1), 2-8.
- Günel, M., & Demirtaş, A. (2024). Kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı hastaların ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 11(1), 82-92.
- Gyasi, R. M., & Phillips, D. R. (2020). Demography, socioeconomic status and health services utilisation among older Ghanaians: implications for health policy. Ageing International, 45(1), 50-71.
- Gyenis, A., Chang, J., Demmers, J. J. P. G., Bruens, S. T., Barnhoorn, et al. (2023). Genome-wide RNA polymerase stalling shapes the transcriptome during aging. Nature Genetics. 55, 268–279.

- Hacıoğlu, Ö. (2021). Yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Kırşehir.
- Hajjar, ER, Cafiero AC, Hanlon JT. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother.* 5(4), 345–351.
- Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J. Gerontol.* 11(3), 298–300.
- Hüner, B., Demirhan, E., Atar, S. (2013). Geriatrik hastalarda kas, iskelet sistemi hastalıkları, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(2), 75-88.
- İrdesel, J., & Kutsal Gökçe, Y. (2023). Geriatrik rehabilitasyonda temel yaklaşımlar. Ed. J. İrdesel & Y. G. Kutsal. Karınca Yaynevi, Ankara. 129-139.
- İskit, A. (2006). Akılcı ilaç kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 15, 4-5.
- Janssens, J. P., Pache, J. C., Nicod, L. P. (1999). Physiological changes in respiratory function associated with ageing. *Eur Respir J.* 13(1), 197-205.
- Kahveci, M. M., & Yeniçeri, E. N. (2023). Değişen Dünyada Yaşlılık İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8(2), 593-599.
- Kara, A., Demir, B., Yıldız, C. (2017). Türkiye’de yaşlı nüfusta kronik hastalıkların prevalansı: Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve kalp hastalıkları üzerine bir inceleme. *Türkiye Geriatri Dergisi*, 20(2), 85-92.
- Karakaş, N., Deniz, S., Bentli, R. (2023). Attitudes and behaviors of individuals aged 90 and over towards rational use of drugs: cross-sectional research. *Family Practice and Palliative Care*, 8(5), 106-111.
- Katzung, G. B., & Trevor, A. J. (2018). *Basic ve Clinical Pharmacology. Fourteenth Twelfth Edition eds: The McGraw-Hill Education*, 1250.
- Kim, J., & Cooper, A. (2005). Geriatric Drug Use. In: KodaKimble, M. A., Yound, L. Y., Kradjan, W. A., Guglielmo, B. J. (eds). *Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs*. Lippincott Williams ve Wilkins, USA, 19, 1-99.
- Koç, K. K. (2021). Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirmeye ilişkin algı ve deneyimleri: Nitel bir çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Pamukkale.
- Komiya, H., Umegaki, H., Asai, A., Kanda, S., Maeda, K., et al. (2018). Factors associated with polypharmacy in elderly home-care patients. *Geriatrics ve Gerontology International*, 18(1), 33-41.
- Koyuncu Yaşar, E. (2009). Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Kubat Bakır, G., & Akın, S. (2019). Factors associated with management of chronic diseases in elderly. *Health and Society*, 19, 17-25.
- Kutsal, Y. G. (2006). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. *Türk J Geriatr*, 9, 37-44.

- Kutsal, Y. G., Biberoğlu, K., Atlı, T., Aslan, D. (2010). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Koza Matbaası, Ankara.
- Lau, D. T., Kasper, J. D., Potter, D. E. B., Lyles, A. (2004). Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: Their scope and associated resident and facility characteristics. *Health Services Research*, 39(5), 1257-1281.
- Lee, R. (2003). Age periods of human life. *The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamentals of Change. Journal of Economic Perspectives*. 17(4), 167-190.
- Lee, G. B., Etherton-Ber, C., Hosking, S. M., Pasco, J. A., & Page, A. T. (2022). The patterns and implications of potentially suboptimal medicine regimens among older adults: A narrative review. *Ther Adv Drug Saf*. 13, 1-41.
- Libertini, G. (1988). An adaptive theory of increasing mortality with increasing chronological age in populations in the wild. *J Theor Biol*, 132 (2), 145–162.
- Liu, X. Z., Yan, D. (2007). Ageing and hearing loss. *J Pathol*, 211(2), 188-197.
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194-1217.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*, 17(230), 1-10.
- Massoud, L., Agha, H. A., Taleb, M. (2017). Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes in elderly people. *World J Pharm Med*, 3(11), 14-23.
- Mclachlan, A. J., Bath, S., Naganathan, V., Hilmer, S. N., Le Couteur, D. G., et al. (2011). Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cognitive impairment. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 71(3), 351-364.
- Menyhárt, O., Fekete, J. T., Gyorffy, B. (2018). Demographic shift disproportionately increases cancer burden in an aging nation: current and expected incidence and mortality in Hungary up to 2030. *Clin Epidemiol*. 10,1093–1108.
- Merel, S. E., & Paauw, D. S. (2017). Common drug side effects and drug-drug interactions in elderly adults in primary care. *J Am Geriatr Soc*, 65(7), 1578-1585.
- Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, 93, 1137–1146.
- Navaratnarajah, A., & Jackson, S. H. D. (2013). The physiology of aging. *Medicine in Older Adults*, 41(1), 5–8.
- Neafsey, P. J., & Shellman, J. (2001). Adverse self-medication practices of older adults with hypertension attending blood pressure clinics: Adverse Self-Medication Practices. *The Internet Journal Of Advanced Nursing Practices*, 1(1), 1-9.
- OECD (2023). Pensions at a glance 2023: OECD and G20 indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/678055dd-en>. Erişim Tarihi: 04/01/2025.

- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, MN, Ryan, C. et al. (2014). Yaşlı insanlarda potansiyel olarak uygunsuz reçeteleme için STOPP/START kriterleri: sürüm 2. Yaş ve yaşlanma , 44 (2), 213-218.
- Ouslander, J. G. (1981). Drug therapy in the elderly. *Ann Intern Med*, 95, 711-722.
- Önal, A. E., Şeker, Ş., Kaya, İ., Temizkan, N., Gür, S. O., et al. (2012). Body mass index and related factors of aged living in a district of Istanbul, Turkey. *International Journal of Gerontology*, 6(3), 177-181.
- Önal, A. E. (2024). Gerontoloji, Demografik özellikler, epidemiyolojik ölçütler, (<https://slideplayer.biz.tr/slide/2869090/>, Erişim Tarihi: 16.01.2025).
- Özbek, S., Kaya, E., Tekin, A., Doğan, Ş. (2006). Yaşlılarda tedaviye uyum. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3), 177-181.
- Özdemir, B. (2021). Presbiakuzi: patofizyoloji, değerlendirme ve güncel yaklaşımlar. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (15), 657-668.
- Özpınar, S. (2020). Manisa kent merkezinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmetlerini kullanma durumu. *Sağlık ve Toplum*, 30(1), 43-54.
- Özsürekcı, C., Selim, İ., Çalışkan, H., Yıldırım, F., Candemir., ve ark. (2020). Kırılganlığın yaşlı bireylerde tamamlayıcı-alternatif tıp uygulamaları hakkındaki görüş, tutum ve uygulamalar üstüne etkisi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.*, 53(3), 177-182.
- Öztaş, Ö. (2018). Yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlıkokuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Pamukkale.
- Padır, İ. (2016). Konak İlçesinde 65 yaş ve üzeri bireylerin iyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamağı kullanımı. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı İzmir.
- Panel, U. E., Fick, D. M., Semla, T. P., Steinman, M., Beizer, J., et al. (2019). Beers Criterias. *J Am Geriatr Soc*, 67 (4), 674-694.
- Peters, R. (2006). Ageing and the brain. *Postgrad Med J.* 82(964), 84-88.
- Pınar, G. (2021). Yaşlı bireylerde ilaç kullanım uyumu ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Bursa.
- Preston, J., & Biddell, B. (2020). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49(1), 1-5.
- Printz, P. N., Vitiello, M.V., Raskin, M. A., Thorpy, M. J. (1990). Sleep disorders and aging. *The New Eng J of Med*, 323(8), 520-525.
- Resmî Gazete (2014). Mekânsal Planlar Yapı Yönetmeliği, Yayın Tarihi 14.06.2014, Sayısı: 29030. (<https://resmigazete.gov.tr/fihrist?tarikh=2014-06-14> erişim tarihi 24.04.2025).

- Rochon, P. A., & Gurwitz, J. H. (1997). Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *British Medical Journal*, 315, 1096-1099.
- Rodrigues, M. C., & Oliveira, C. D. (2016). Drug–drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: An integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*, 24, e2800.
- Roomaney, R., Van Eeden, S., Kagee, A. (2017). The factor structure of the health-promoting lifestyle profile II among a south african student sample. *South African Journal of Psychology*, 47(3), 389-400.
- Ruppar, T. M., Dobbels, F., Lewek, P., Matyjasczyk, M., Siebens, K., et al. (2015). Systematic review of clinical practice guidelines for the improvement of medication adherence. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 699–708.
- Sabate, E. (2001). WHO Adherence meeting report. Geneva.
- Salles, N. (2007). Basic mechanisms of the aging gastrointestinal tract. *Dig Dis*. 25(2), 112-117.
- Salvi, S. M., Akhtar, S., Currie, Z. (2006). Ageing changes in the eye. *Postgrad Med J*. 82, 581-587.
- Say Şahin, D., Özer, Ö., Zubaroglu Yanardağ, M. (2018). Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*, 6(1), 15–25.
- Schubert, I., Küpper-Nybelen, J., Ihle, P., Thürmann, P. (2013). Prescribing potentially inappropriate medication (PIM) in Germany's elderly as indicated by the PRISCUS list. An analysis based on regional claims data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 22, 719-727.
- Schwab, M. (2011). *Encyclopedia of Cancer. Pharmacokinetics*. 3. Edition. Berlin, Heidelberg: Springer, 1, 3984.
- Silberman, S. (2022). The inequities in the cost of chronic disease: why it matters for older adults. *A Health and Retirement Study Analysis. National Council on Aging*. Apr 21, 5(2).
- Skulachev, V. P. (1997). Aging is a specific biological function rather than the result of a disorder in complex living systems: biochemical evidence in support of Weismann's hypothesis. *Biochemistry*, 62(11), 1191–1195.
- Smith, J., Brown, L., Lee, K. (2015). Multimorbidity in older adults: Challenges and strategies. *Journal of Aging Health*, 27(3), 363–380.
- Sofulu, F., & Karadakovan, A. (2022). Geriatrik bireylerin polifarmasi ve ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 529-533.
- Solmaz, T. (2008). Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya.
- Steinman, M. A., Landefeld, C. S., Rosenthal, G. E., Berthenthal, D., Sen, S., et al. (2006). Polypharmacy and prescribing quality in older people. *JAGS* 54, 1516-1523.
- Strait, J. B., & Lakatta, E. G. (2012). Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. *Heart Fail Clin*, 8(1), 143-164.

- Swenor, B., Guralnik, J. M., Ferrucci, L. (2017). Demography and Epidemiology. In "Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology". Eds. Halter, J. B., Ouslander, J. G., Studenski, S., ve ark. McGraw Hill Education-China. 89-115.
- Şaşmaz, İ. (2016). Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisine başvuran 65 yaş ve üstü hastaların ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Edirne.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Yaşlı sağlığı modülleri, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Anıl Matbaacılık, Ankara.
- Taneri, P. E. (2017). Yaşlılarda ilaç ve bitkisel ürün kullanım sıklığı, ilaç-ilaç ve ilaç-bitki etkileşimleri: Kentsel ve kırsal mahalle örnekleri. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa.
- Tanrıöver, Ö. (2017). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 9(6), 31-33.
- Tarhan, G., Uslu, A. U., Kavaklı, Ö., Karagülle, M., & Özgüleş, B. (2020). Yaşlı hastalarda akılcı ilaç kullanımı. Osmangazi Tıp Dergisi, 42(1), 82-95.
- Toprak, İ., Soydal, T., Bal, E., İnan, F., Aksakal, N., ve ark. (2002). Yaşlı Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara.
- Toraman, N. F. (2011). Yaşlılarda kas ve iskelet sistemi sorunları. GeroFam, 2(2), 1-17.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014). İstatistiklerle yaşlılar. 16057. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2013-16057>. erişim tarihi 24.04.2025).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2024). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları. 49684. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-SonucLari-2023-49684>. erişim tarihi 24.04.2025).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2024). Doğum istatistikleri. 53708. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2023-53708>. erişim tarihi 24.04.2025).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2024). Dünya nüfus günü. 53680. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2024-53680>. erişim tarihi 24.04.2025).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2024). Hayat tabloları. 53678. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tabloları-2021-2023-53678>. erişim tarihi 24.04.2025).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2024). İstatistiklerle yaşlılar. 53710. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>. erişim tarihi 24.04.2025).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2024). Türkiye ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri. 53709. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>. erişim tarihi 24.04.2025).

- Türkiye İstatistik Kurumu (2024). Türkiye yaşlı profili araştırması, 2023. 53809. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>. erişim tarihi 24.04.2025).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2024). Ulusal eğitim istatistikleri. 53444. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2023-53444> erişim tarihi 24.04.2025).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2025). İstatistiklerle yaşlılar. 54079. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-2024-54079>. erişim tarihi 24.04.2025).
- Ünsal, A., Demir, G., Özkan, A. Ç., Arslan, G. G. (2011). Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3), 5-10.
- Varer Akpınar, C., Özvurmaz, S., Koçak, A. A., Kurt, F., & Koç, N. (2023). Kırsal bir bölgede yaşayan yaşlılarda yalnızlık ve yaşlılığı algılama düzeyleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 92-100.
- Varlı, M., Bahşi, R., Doğan, Ş., Uysal, H., Subaşı, Ş., ve ark. (2017). Ayaktan geriatrik hastalarda reçetesiz ürün kullanımı. *Ankara Medical Journal*, 17(4), 226-234.
- Weinstein, J. R., & Anderson, S. (2010). The aging kidney: Physiological changes. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 17(4), 302-307.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), e13–e115.
- World Population Ageing (WPA) (2015). United Nations, New York, https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA_2015_Report.pdf.
- Yakaryılmaz, F. D., & Öztürk, Z. A. (2017). Treatment of type 2 diabetes mellitus in the elderly. *World Journal of Diabetes*, 8(6), 278-285.
- Yeşil, Y., Cankurtaran, M., Kuyumcu, M. E. (2012). Polifarmasi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(3), 18-23.
- Yılmaz, A., Demir, B., Öztürk, C. (2018). Yaşlı bireylerde ilaç alma davranışlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Geriatri Dergisi*, 21(3), 123–130.
- Yılmaz, İ., Ersin, F., Oğuz, E. (2020). The rational drug use of elderly individuals receiving home care service and the affecting factors. *Med Sci*, 9(3), 674-682.
- Yiğitbaş, Ç., & Genç, F. (2020). Yaşlıların Sağlık Hizmeti Sunan Kurum ve Kişileri Seçimlerine İlişkin Davranış Özellikleri. *Sağlık ve Toplum*, 20(3).
- Young, F., & Maguire, S. (2019). Physiology of ageing. *Anaesthesia ve Intensive Care Medicine*, 20(12), 735-738.

Zeybek, F. (2018). Klinikte yatarak tedavi gören 65 yaş ve üstü bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik uygulamaları ve yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Karabük.

8. EKLER

8.1. EK-1 Etik kurul kararı

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:199	Toplantı Tarihi: 07 Haziran 2024
---------------------	----------------------------------

Karar Sayısı:2024/5020;(Başvuru ID: 19833) N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU'nun "Yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Öğrenci Beytullah GÖKTAŞ'ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU'nun sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU

Yardımcı Araştırmacılar: Yüksek Lisans Öğrencisi Beytullah GÖKTAŞ



Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

8.1. EK-2 İzinler



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-86737044-806.99-250011153
Konu : Bilimsel Araştırma Başvurunuz Hk.
(Beytullah GÖKTAŞ)

31.07.2024

Sayın; Beytullah GÖKTAŞ
(Konya İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 04.07.2024 tarihli dilekçe.

İlgi tarihli dilekçe ve eklerinde Sorumlu Araştırmacı Prof.Dr. K. Esra NURULLAHOĞLU ATALIK ile Yardımcı Araştırmacı Beytullah GÖKTAŞ' ın " Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi " başlıklı çalışmasının Bozkır Mehmet Öz Aile Sağlığı Merkezinde yapılması hususundaki başvuru Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan komisyon tarafından değerlendirilmiştir.

Bahse konu çalışma uygun bulunmuş olup, taahhütnamenize uygun bir şekilde yürütmeniz ve tamamlandığında bir nüshalarının İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Erkan ATAŞ
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 16BA3CC6-F2B6-4B59-801E-15211A59550B

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Horozluhan Mh. Abdül Basri Sk. No:4 Selçuklu / KONYA

42000

Telefon No:

e-Posta: konya.kamusagligi@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>

Keş Adresi:

Bilgi için: NESLİHAN ARIK

Hemşire

Telefon No:



8.1. EK-3 Aydınlatılmış onam formu

AYDINLATILMIŞ ONAM

Sayın Katılımcı,

Bu anket çalışması, yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Anketin ilk kısmı kişisel bilgiler, ikinci kısmı ise ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve tutumlarınızı belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmada toplanacak bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak, tamamen gizli tutulacaktır. Yaklaşık 10-15 dakikanızı alacak soruları cevaplandırarak araştırmaya yapacağınız önemli katkı için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Beytullah GÖKTAŞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıbbi Farmakoloji AB Dalı
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Tez Danışmanı: Prof.Dr.K.Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Sayın Katılımcı, araştırmaya katılmayı kabul ettiğinize dair aşağıdaki boşluğu (x) şeklinde doldurmanızı rica ederim.

Yukarıda yazılı olan, araştırmaya başlamadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum ve anladım. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ().

8.1. EK-4 Sosyodemografik ve klinik bilgi formu

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Yaşınız:
3. Eğitim durumu: Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise
Yüksekokul-Üniversite
4. Medeni durum: Evli Bekar Dul
5. Gelir düzeyi: İyi Orta Kötü
6. Sosyal Güvence: Var Yok
7. Birlikte yaşadığı kişi (ler): Yalnız Eşiyle Eşi ve çocuklarıyla Çocuklarıyla
Her çocuğun evinde belli süre Bakıcı ile Diğer (belirtiniz).....
8. Ailenizde sağlık çalışanı var mı? Var Yok
Evet ise görevi Doktor Eczacı Hemşire Ebe Sağlık Memuru Diğer
(belirtiniz).....
9. Sağlığınızı nasıl tanımlarsınız? İyi Orta Kötü
10. Hastalanınca ilk ne yaparsınız? Doktora giderim.
 Eczacı tavsiyesi ile ilaç alırım.
 Arkadaş/ akraba/ komşudan ilaç isterim.
 Evde ilaç varsa onu kullanırım.
11. Hastalanınca ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu Aile Sağlığı Merkezi. Hastane (Özel,
Devlet Üniversite)
12. Doktorunuza ne zaman gidersiniz? Düzenli kontrol Sadece Hastalanınca İlaç
yazdırmak için
13. Son bir yılda kaç kez doktora gittiniz? 1 2 3 4 5 ve üzeri Hatırlamıyorum
14. Kronik hastalığınız var mı? Var Yok
15. Kronik hastalığınız varsa ne(ler)dir? DM Hipertansiyon KOAH, Astım KKY
 Diğer (belirtiniz).....
16. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı? Var Yok
17. Günde kaç adet ilaç kullanıyorsunuz? 1 2 3 4 5 6 ve üzeri

8.1. EK-5 Katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili bilgi düzeyleri

Aşağıdaki ilaç kullanımıyla ilgili bilgileri sizce doğruysa (D), yanlışsa (Y) sütununun altına (x) işareti koyarak cevaplandırınız.

	D	Y
1. Sadece doktorlar hastalığımızla ilgili ilaç önerir.		
2. Hastalandığımda doktora gitmeden ilaç alabilirim.		
3. Reçeteli ilaçların dozunu kendim ayarlayabilirim.		
4. Reçeteli ilacımı şikâyetlerim azaldığında bırakırım.		
5.İlaç tedavisi alırken istenmeyen etki oluşursa bunu doktorumuza danışmalıyız.		
6. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileştirmeyi sağlar.		
7. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.		
8. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.		
9. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa zararı yoktur.		
10. Doktorumuz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.		
11. Pahalı ilaç daha faydalıdır.		
12. Kendi reçeteli ilaçlarımı aynı şikâyetleri yaşayan yakınım da kullanabilir.		
13. Kullandığım ilacın saklama koşullarını bilirim.		
14..Hastalandığımda aynı şikâyetleri yaşayan kişilerden aldığım ilaçları kullanabilirim.		
15. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.		

8.1. EK-6 Katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili tutumları

Aşağıdaki ilaç kullanımıyla ilgili tutumları sizce Evet, Bazen veya Hayır sütununun altına (x) işareti koyarak cevaplandırınız.

	Evet	Bazen	Hayır
1. Reçete edilen ilaçları alırım.			
2. İlaç kullanırken doktorun talimatına dikkat ederim.			
3. Doktorun reçetede ilaçla ilgili bilgi sorarım.			
4. İlaç kullanırken prospektüsü okurum.			
5. Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanırım.			
6. Başkalarına ilaç öneririm.			
7. İlacı doktorun önerdiği saatte kullanırım.			
8. Reçeteli ilacımı almayı unuturum.			
9. İlaçların son kullanma tarihine bakarım.			
10. Doktora danışmadan ilacımın dozunu değiştiririm.			
11. Tedavi bittikten sonra kontrol için doktoruma giderim.			
12. Kullandığım ilaçla ilgili sorun yaşadığımda ilacı bırakırım.			
13. Yedekte bulunsun diye doktordan ilaç yazmasını talep ederim.			
14. Grip, nezle gibi durumlarda muayene olmadan, kendi kendime antibiyotik kullanırım.			
15. Hastalandığımda ilaç dışı (bitkisel yöntemler, hacamat) yöntemlere de başvururum.			