



T.C.

**AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**65 YAŞ VE ÜZERİ İNMELİ BİREYLERİN BİLİŞSEL
FONKSİYONLARI VE AKILCI İLAÇ KULLANIM DURUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kerime HACIKÖYLÜ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

AMASYA

TEMMUZ 2022

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**65 YAŞ VE ÜZERİ İNMELİ BİREYLERİN BİLİŞSEL FONKSİYONLARI VE
AKILCI İLAÇ KULLANIM DURUMLARI**

Kerime HACİKÖYLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN**

**AMASYA
TEMMUZ 2022**

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak
Seminer yazım yönergesini dikkate alarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içinde sunduğum verileri, bilgiler ve dokümanları akademik ve etik kurallar
çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun
olarak sunduğumu,

Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak
gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime
doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

.../.../...

Kerime HACIKÖYLÜ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez süreci boyunca akademik bilgi ve deneyimlerinden faydanlandığım, sabrını, güvenini ve desteğini esirgemeyen, akademik gelişimime mesleki bakış açısı ve çalışmalarıyla yol gösterici olan, öğrencisi olmaktan büyük gurur ve mutluluk duyduğum değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN’a,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek tezime katkı sağlayan tüm hastalara,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi yüksek lisans sürecimde de sevgi, sabır ve desteklerini esirgemeyen, eğitim hayatıma göstermiş oldukları emek ve anlayışları için annem Olcay HACİKÖYLÜ, babam Kenan HACİKÖYLÜ, kardeşlerim Ebrar ve Mehmet HACİKÖYLÜ başta olmak üzere tüm aileme ve arkadaşlarıma en içten saygı ve sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme.....	4
2.1.1. İnmenin tanımı	4
2.1.2. İnme epidemiyolojisi.....	4
2.1.3. İnmenin sınıflandırılması	5
2.1.3.1. İskemik inme	5
2.1.3.2. Hemorajik inme.....	6
2.1.4. İnme risk faktörleri.....	7
2.1.5. İnme belirti ve bulguları.....	8
2.1.6. İnme tanısı	9
2.1.7. İnme tedavisi	10
2.1.8. İnmede prognoz.....	10
2.1.9. İnmenin komplikasyonları.....	11
2.2. Yaşlı Bireylerde Bilişsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi	12
2.3. Akılcı İlaç Kullanımı.....	12
2.3.1. Akılcı ilaç kullanımı tanımı.....	12
2.3.2. Akılcı ilaç kullanımının ilkeleri	13
2.3.3. Akılcı ilaç kullanımında akılcılık ölçütleri.....	14
2.3.4. Akılcı ilaç kullanımında Dünya'daki durum.....	15
2.3.5. Akılcı ilaç kullanımında Türkiye'deki durum.....	16
2.3.6. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı.....	16

2.3.7. Akılcı olmayan ilaç kullanımı	17
2.3.7.1. Akılcı olmayan ilaç kullanım nedenleri	18
2.3.7.2. Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçları	18
2.3.8. Akılcı ilaç kullanımı web sitesi ve sosyal medya.....	19
2.3.9. Akılcı ilaç kullanımında hemşirenin rolleri.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	21
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri	22
3.4.2. Dışlama kriterleri.....	22
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	22
3.6. Veri Toplama Araçları.....	23
3.6.1. Hasta tanıtım formu.....	23
3.6.2. Akılcı ilaç kullanımı yatan hasta anketi	23
3.6.3. Standardize mini mental test (SMMT).....	23
3.6.4. Eğitimsizler için mini mental test (MMSE-E)	24
3.7. Ön Uygulama	24
3.8. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	24
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
4. BULGULAR	26
4.1. Araştırmanın Etik Yönü	26
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. 65 Yaş ve Üzeri İnmeli Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması	40
5.2. 65 Yaş ve Üzeri İnmeli Bireylerin Bilişsel Fonksiyonlarını Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
6.1. Sonuçlar.....	47
6.2. Öneriler.....	48
KAYNAKLAR.....	49
EKLER	58

EK-1. Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	59
EK-2. Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni.....	60
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	61
EK-4. Hasta Tanıtım Formu.....	63
EK-5. Akılcı İlaç Kullanımı Yatan Hasta Anketi.....	66
EK-6. Standardize Mini Mental Test	69
EK-7. Eğitimsizler İçin Mini Mental Durum Testi (MMSE-E).....	70
EK-8. Ölçek İzinleri	71
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. TOAST’a göre iskemik inme sınıflaması.....	6
Tablo 2.2. İnmenin risk faktörleri	7
Tablo 2.3. İnme risk faktörlerindeki cinsiyet farklılıkları.....	8
Tablo 2.4. Fokal ve fokal olmayan nörolojik semptomlar.....	9
Tablo 4.1. İnmeli bireylerin demografik özellikleri	26
Tablo 4.2. İnmeli bireylerin hastalık ve ilaç kullanım özellikleri.....	27
Tablo 4.3. İnmeli bireylerin akılcı ilaç kullanımı yatan hasta anketi sonuçları.....	29
Tablo 4.4. İnmeli bireylerin eğitim durumlarına göre aktif el kullanımı ve sahip oldukları meslek grupları	33
Tablo 4.5. İnmeli bireylerin eğitimsizler standardize mini mental test sonuçları.....	33
Tablo 4.6. İnmeli bireylerin eğitilmişler standardize mini mental test sonuçları.....	34
Tablo 4.7. İnmeli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre bilişsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi	35
Tablo 4.8. İnmeli bireylerin hastalık ve ilaç kullanım özelliklerine göre bilişsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi.....	35
Tablo 4.9. İnmeli bireylerin SMMA puanlarını yordamak için yapılan regresyon analizi sonuçları.....	38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamalarıyla birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
AF	Atriyal Fibrilasyon
AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
AOİK	Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CRP	C-Reaktif Protein
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HRT	Menopoz sonrası Hormon Replasmanı Tedavisi
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MMSE-E	Eğitimsizler İçin Mini Mental Test
MMT	Mini Mental Test
PT ve aPTT	Protrombin Zamanı ve Aktif Parsiyeltromboplastin Zamanı
TOAST	Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (Akut İnme Tedavisinde Org 10172 Denemesi)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

65 YAŞ VE ÜZERİ İNMELİ BİREYLERİN BİLİŞSEL FONKSİYONLARI VE AKILCI İLAÇ KULLANIM DURUMLARI

Kerime HACIKÖYLÜ

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans, Temmuz/2022
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonlarını ve akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, 04 Ağustos 2021- 14 Şubat 2022 tarihleri arasında Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji servisinde inme tanısı ile yatan, 65 yaş üzeri, 82 birey ile yürütülmüştür. Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Yatan Hasta Anketi ve Standardize Mini Mental Test kullanılarak toplanmıştır. Çalışma için gereken kurum izni ve etik kurul izni alınmış olup, çalışmaya katılan bireylere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Power analiz sonucuna göre araştırmanın gücü %80 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

İnmeli bireylerin %81,7'sinin iskemik inmesinin, %70,7'sinin 75 yaş altı; %57,3'ünün erkek, %46,3'ünün ise ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %42,7'sinin genel sağlık durumunun iyi, %79,3'ünün sıklıkla devlet/eğitim araştırma hastanesine başvuru yaptığı, %54,9'unun üç ayda bir sağlık kurumuna başvurduğu saptanmıştır. Bireylerin %72'sinin hipertansiyon tanısı, %98,8'inin sürekli kullandığı ilacının olduğu, 40,2'sinin 5 ve daha fazla ilaç kullandığı ve %53,7'sinin 3-6 yıldır ilaç kullandığı, %80,5'inin kullandığı ilaçların etkisini bildiği, %47,6'sının ilaçların son kullanma tarihine dikkat etmediği, %58,5'inin kendi kendine ilaç kullandığı belirlenmiştir.

İnmeli bireylerin %57,3'ünün gerektiğinde tedavi sonrası arta kalan ilaçlarını kullanabileceği, %69,5'inin evinde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış 1-5 kutu ilacın olduğu ve %48,8'inin her yıl kutusu bile açılmadan 1-3 kutu ilacı son kullanım tarihi geçtiği için attığı saptanmıştır.

Evinde bulunan ilaçları tekrar kullanmak istediklerinde inmeli bireylerin %47,6'sının tanıdığından bilgi aldığı, %43,9'unun ise daha önce kullandığı için kimseden bilgi almadığı saptanmıştır. Gerekli olabileceği düşüncesi ile %58,5'inin hasta olmadan önce ilaç bulundurduğu, %57,3'ünün ise ağrı kesicileri ihtiyaç olabileceği düşüncesi ile evinde bulundurduğu belirlenmiştir.

Eğitimsizler için mini mental test toplam puan ortalaması $24,80 \pm 1,43$, eğitimliler için ise $25,67 \pm 2,01$ 'dir. Cinsiyet, genel olarak sağlığını değerlendirme, sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı ve ilaçları içerken ayırt etmede kullanılan yöntemler ile bilişsel performans arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin akılcı ilaç kullanım ilkelerine uymayan davranışlar gösterdiği belirlenmiştir. Özellikle yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımını etkileyen faktörlerin araştırılıp oluşabilecek sağlık sorunlarının önüne geçilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, Bilişsel fonksiyonlar, İnme, Yaşlı birey

ABSTRACT

COGNITIVE FUNCTIONS AND SITUATIONS OF RATIONAL MEDICATION USE OF INDIVIDUALS AGE 65 AND OVER WITH STROKE

Kerime HACIKÖYLÜ

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Internal Medicine Nursing, MSc, July/2022
Supervisor: Assistant Prof. Nurhan DOĞAN

This study was conducted to determine the cognitive functions and rational drug use status of stroke individuals aged 65 and over.

This descriptive and cross-sectional study was conducted with 82 individuals over 65 years of age, hospitalized with the diagnosis of stroke in the Neurology Service of Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Training and Research Hospital between 04 August 2021 and 14 February 2022. In the study, data were collected using the Patient Information Form, the Rational Drug Use Inpatient Questionnaire and the Standardized Mini-Mental Test. Institutional permission and ethics committee permission required for the study were obtained, and an informed consent form was signed by the individuals participating in the study. According to the power analysis result, the power of the research was determined as 80%. $P < 0.05$ was accepted as statistical significance level.

81.7% of stroke individuals have ischemic stroke, 70.7% are under 75 years of age; It was determined that 57.3% of them were male and 46.3% of them were primary school graduates. It was determined that 42.7% of the individuals were in good general health, 79.3% of them frequently applied to the state/educational research hospital, and 54.9% of them applied to a health institution every three months. Of the individuals, 72% were diagnosed with hypertension, 98.8% had regular medication, 40.2% were using 5 or more medications, 53.7% were using medication for 3-6 years, 80.5% It was determined that they knew the effects of the drugs they used, 47.6% did not pay attention to the expiration date of the drugs, and 58.5% used self-medication.

57.3% of stroke individuals can use their remaining drugs after treatment when necessary, 69.5% have 1-5 boxes of drugs that have never been used or unfinished at home, and 48.8% have 1-3 boxes every year without even opening the box. It was determined that the drug was thrown away because its expiration date has passed.

It was determined that 47.6% of stroke individuals received information from someone they knew when they wanted to use the drugs at home again, and 43.9% did not receive information from anyone because they had used them before. It was determined that 58.5% of them had drugs before they became sick, with the thought that they might be necessary, and 57.3% of them had painkillers at home with the thought that they might be needed.

The total mean score of the mini mental test for the uneducated was 24.80 ± 1.43 and 25.67 ± 2.01 for the educated. A significant difference was found between cognitive performance and gender, the methods used to evaluate health in general, the frequency of admission to health institutions, and the methods used to distinguish while drinking drugs ($p < 0.05$). It has been determined that stroke individuals aged 65 and over show behaviors that do not comply with the principles of rational drug use. It can be recommended to investigate the factors affecting rational drug use, especially in elderly individuals, and to prevent possible health problems.

Key Words: Rational drug use, Cognitive functions, Stroke, Elderly

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı; “fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan ve/veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlamıştır [1]. Dünya’da sağlık bakım sistemlerinin gün geçtikçe iyileşmesi, ulaşılabilirliğinin artması ve kronik hastalıklardaki artış ilaç kullanımında çeşitliliğe ve artışa neden olmaktadır. 2021’de yayınlanan İlaç Sektörü Raporu’na göre, 2020 yılında dünyada en fazla onkolojik ilaçlar, anti-diyabetikler, immünosupresanlar, aşılar ve dermatolojik ilaçların kullanıldığı görülmektedir [2]. 2020 yılında pandeminin etkisiyle dünyada ve ülkemizde maske kullanım sıklığının artması ile birlikte grip, nezle gibi rahatsızlıklara yönelik ilaçların kullanım oranı düşmüştür. Bunun yanı sıra kronik hastalıklara yönelik ilaçların kullanımı artmaya devam etmektedir [3]. DSÖ, dünya genelinde kullanılan ilaçların yarısından fazlasının yanlış reçete edildiğini, dağıtıldığını ve bilinçsiz bir şekilde tüketildiğini bildirmektedir. Dünya nüfusunun bir kısmında ilaç kullanımı fazla ve erişimi kolay iken dünya nüfusunun üçte biri ise ilaca erişememektedir [4]. İlaç kullanımındaki bu artış ve ilaçlara erişimdeki adaletsizlik ilaçların üretim aşamalarının kontrol edilmesini, düzenleyici mekanizmalarının yapılmasını, dağıtımının, doğru kullanılmasının takip edilmesini, gerekli kılmıştır. Bu doğrultuda ilaç tüketimine ilişkin süreçte meydana gelebilecek sağlık harcamalarını, ilaç kullanım oranlarını, uygunsuz ya da fazla ilaç kullanımına bağlı mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek amacıyla akılcı ilaç kullanım kavramı (AİK) ortaya çıkmıştır [5 ve 6].

Dünya’da bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, doğum oranlarının ve erken yaşta ölümlerin azalmasıyla toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır [7 ve 8]. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) raporuna göre, 2016 yılında 65 yaş ve üzeri bireyler tüm popülasyonun %8,3’ünü oluştururken, 2021 yılında bu oran %9,7’ye yükselmiştir. Öngörülere göre yaşlı bireylerin 2025 yılında toplam nüfustaki oranı %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı düşünülmektedir [9]. Yaşlı nüfusun artması, değişen yaşam ve beslenme koşulları, stres, gelişen ve hızlanan sanayileşme gibi nedenler kronik hastalıkların insidans ve prevalansında hızla artmasını beraberinde getirmiştir [10]. Dünyada ve ülkemizde yaşlı bireyler akılcı olmayan ilaç kullanımı konusunda en riskli gruplardan birini oluşturmaktadır [11]. Yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalık olması, tedavi

süreçlerinin uzun olması ve bilişsel fonksiyonlarındaki bozulmalar çoklu ilaç kullanımına (polifarmasi) ya da yetersiz dozda ilaç alımına neden olmaktadır [12].

Önemli bir kronik hastalık olan ve ilaç kullanımının yaygın olduğu inme, dünyada görülen ölümlerin %11,8'inden sorumludur [13]. İnme, dünyadaki durumuna benzer olarak ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye'de dolaşım sistemi kaynaklı ölümlerin %22,2'sinin serebro-vasküler hastalıklar oluşturmaktadır [9]. İnme gerçekleşikten sonra tedavi seçenekleri çok sınırlıdır ve acil müdahale gerekmektedir. Ayrıca bireyin yaşam kalitesini çok ciddi boyutlarda etkileyebilecek komplikasyonlara ve sekellere neden olmaktadır. İnme sonrası ikincil inme geçirme olasılığı çok yüksektir [14]. İnme sonrası yaşanabilecek ya da tekrarlanabilecek olumsuzlukları en aza indirebilmek için korunmaya yönelik ilaç tedavisi başlanır. Tedaviye uyum ve ilaçların doğru kullanımı önemlidir [14]. Bu nedenle AİK inmede komplikasyonları azaltmada, hastaneye yatış süresini en aza indirmede, ikincil inmeyi önlemede, sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmada, morbidite ve mortalite oranlarını azaltmada önemli bir paya sahiptir [5,14]. Ayrıca yaşlı bireylerde sık karşılaşılan bilişsel fonksiyonlardaki bozulmalar akılcı ilaç kullanımını etkilemektedir. Ya da tersi bir durum olarak akılcı olmayan ilaç kullanımı bilişsel düzeyde bozulmalara yol açabilir. Örneğin; geriatrik bireylerin çok kullandığı benzodiazepinler, trisiklik antidepressanlar ve bazı antihipertansifler bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya ya da var olan durumun ağırlaşmasına neden olabilmektedir [15]. Bu nedenlerden dolayı yaşlı bireyler için düzenlenecek hasta takip politikalarıyla bilişsel işlevi değerlendiren basit tarama testlerinin rutin bir şekilde yapılmasına olanak sağlanmalıdır [16].

Bireylerin ilaçları önerilen dozda, zamanda ve uygun şekilde almaları önemli olmakla birlikte ilaçların doğru kullanımında sağlık profesyonellerinin de rolü büyüktür. Özellikle hemşirelerin, ilaç uygulamalarında izledikleri doğru ilkeler (ilaç, hasta, etki, doz, yol, ilaç formu, zaman, kayıt) AİK ilkeleriyle bağdaşmaktadır. Hemşirelerin, ilaç uygulamalarındaki görev ve sorumluluklarını yerine getirmeleri, bu konudaki bilgi düzeylerini geliştirmeleri ile AİK'in yaygınlaştırılmasında önemli misyona sahip olacakları düşünülmektedir [17 ve 18]. Literatürde, hemodiyaliz [19], hipertansiyon [20], kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) [21] tanısı almış bireylerle AİK çalışılmış ancak sadece inmeli bireylerin dahil olduğu akılcı ilaç kullanımıyla birlikte bilişsel fonksiyonlarının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu doğrultuda inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonlarını ve akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemenin, verilen tedavinin ve bakımın etkisini arttırmada önemli olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonlarını ve akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

- 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyon düzeyleri nasıldır?
- 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin akılcı ilaç kullanım durumları nasıldır?
- 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin sosyodemografik özellikleri ile bilişsel fonksiyonları arasında ilişki var mıdır?
- 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonları ile akılcı ilaç kullanım durumları arasında ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek merkezde yürütülmesi ve pandemi nedeniyle (çalışmanın yapıldığı merkezdeki Nöroloji Servisi Eylül 2021-Ocak 2022 tarihlerinde pandemi servisi olarak kullanıldığı için) örneklem sayısının az sayıda olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

2.1.1. İnmenin tanımı

DSÖ 1970 yılında inmeyi; “vasküler nedenler dışında görünürde başka neden bulunmadan, 24 saat ya da daha fazla süren, ölümle sonuçlanabilen ve hızla gelişen fokal nörolojik bozukluğa neden olan klinik bir tablodur” şeklinde tanımlamıştır [13,22]. Bu tanım yaygın olarak kullanılıyor olmasına rağmen büyük ölçüde klinik semptomlara dayandığı için Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan İnme Derneği tarafından güncellenmiş inme tanımı bulunmaktadır [22]. Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan İnme Derneği geleneksel klinik inme tanımını da kabul etmektedir. Ancak bu tanıma ek olarak inmenin “sessiz” patolojisini, enfarktüslerini ve kanamalarını da güncel inme tanımına eklemiştir. Sessiz patoloji; serebral, spinal kord ve retinada fokal infarkt veya hemorajiyi içermektedir [13,23]. İnme emboli, tromboz ya da sistemik hipoperfüzyona bağlı gelişmişse iskemik inme, intraserebral veya subaraknoid kanamaya bağlı gelişmiş ise hemorajik inme olarak adlandırılır [13].

2.1.2. İnme epidemiyolojisi

Dünya nüfustaki hızlı yaşlanmayla birlikte ileri yaş hastalığı olarak bilinen inme, küresel boyutta büyük bir sorun haline gelmiştir [24]. Dünya’da görülen ölümlerin %11,8’inin inmeyle ilişkisi bulunmaktadır ve koroner arter hastalıklarından sonra ölüme neden olan ikinci hastalık grubudur [13]. Yetişkin sakatlıkların en büyük nedeni olarak gösterilen tüm inme vakalarının %60-75’ini 65 yaşın üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Serebrovasküler hastalık insidansı yaş ile birlikte artmakta, 75 yaşında kadar 100.000’de 1000’e ulaşmaktadır [24 ve 25].

Gelişen sağlık sistemleri ve alınan koruyucu önlemler sayesinde gelişmiş ülkelerde inme insidansında istikrarlı bir düşüş olsa da, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde inme insidansı artmaya devam etmektedir [14]. Dünya çapındaki inme yükünün %85’ini orta ve düşük gelirli ülkeler oluşturmaktadır [14]. Ülkemizde ise inme epidemiyolojisi ile ilgili yeterli çalışmalar bulunmamakla birlikte, nöroloji kliniklerine yatan hastaların aldıkları tanımlar incelendiğinde ilk sırada inmenin yer aldığı ve inme insidansının yüz binde

177, prevalansının ise yüz binde 254 olduğu tahmin edilmektedir [13]. DSÖ'nün tahminlerine göre 2030 yılında 18 yaş ve üzerinde 3,4 milyon yeni inme olgusuyla karşılaşılacağı ve 2012 yılı vakalarıyla kıyaslandığında %20,5'lik bir artış olacağı beklenmektedir [24].

2.1.3. İnmenin sınıflandırılması

Beyni besleyen kan damarlarının herhangi bir nedene bağlı tıkanmasıyla oluşan iskemik inme, beynin içine veya etrafına kanamaya bağlı gelişen hemorajik inme olmak üzere iki tip inme vardır. Geçirilen inme türü tedavi ve iyileşme sürecini etkilemektedir [26].

2.1.3.1. İskemik inme

Tüm inmelerin yaklaşık %87'sini iskemik inmeler oluşturmaktadır. İskemik inme, beynin kanlanmasını sağlayan damarlarda oluşan tıkanıklıkların gelişmesi sonucu ortaya çıkar. Aterosklerotik plaklar, beyni besleyen arterlerin birinde ya da daha fazlasında oluşarak iskemik inmeye neden olurlar. Plaklar nedeniyle kanın pıhtılaşma mekanizması etkinleşmekte ve/veya pıhtı kan akımının azalmasına veya durmasına neden olabilmektedir. Böylelikle, bölgesel bir alanda beyin işlevinin ani kaybı gerçekleşir [27]. İskemik inmenin potansiyel birçok alt nedeni olduğu bilinse de nedene yönelik en yaygın kullanılan sınıflama yöntemi Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) sınıflandırmasıdır [24,29,30,31].

TOAST sınıflamasına göre iskemik inmenin alt tiplerine ait özellikler Tablo 2.1.'de verilmiştir [29].

Tablo 2.1. TOAST’a göre iskemik inme sınıflaması

Özellikler	Alt Tip			
	Büyük arter arteroskleroza	Kardiyak emboli	Küçük arter oklüzyonu	Diğer sebepler
Klinik				
Kortikal veya serebellar disfonksiyon	+	+	-	+/-
Laküner sendrom	-	-	+	+/-
Görüntüleme				
Kortikal, serebellar, subkortikal veya beyin sapı infarktı >1.5 cm	+	+	-	+/-
Subkortikal veya beyin sapı infarktı <1.5 cm	-	-	+/-	+/-
Testler				
Ekstrakraniyal internal karotis stenozu	+	-	-	-
Kardiyak emboli kaynağı	-	+	-	-
Testlerde diğer anomali	-	-	-	+

2.1.3.2. Hemorajik inme

Hemorajik inme, serebrovasküler hastalıkların yaklaşık %15’ini oluşturur. İskemik inmeye kıyasla daha nadir görülse de daha uzun rehabilitasyon sürecine, yüksek mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır [24,32]. Hemorajik inme, travmatik olmayan vasküler hasar sonucunda gelişen ve merkezi sinir sistemi harabiyetiyle sonuçlanan kanamalardır. İntraserebral kanamalar, subaraknoid kanamalar ve intraventriküler kanamalar hemorajik inmeye neden olmaktadır. İntraserebral kanamanın en önemli risk faktörü hipertansiyondur. Hipertansiyonun neden olduğu kanamalar küçük arterlerin ana arterlerden ayrıldığı bölge olan derin beyin yapılarında daha çok görülmektedir [32 ve 33]. Kan basıncının kontrol altına alınması insidansı ve ölüm oranlarını azaltabilmektedir [34]. Hemorajik inmenin ikinci en büyük risk faktörü serebral amiloid anjiyopatidir [35]. Arter duvarında amiloid protein birikiminin neden olduğu bu kanamalar yaşlı bireylerde daha çok görülmektedir [33,35].

Hemorajik inmeye neden olan diğer risk faktörleri arasında, diabetes mellitus, dislipidemi, kronik karaciğer hastalığı, sigara içimi, antikoagülan kullanımı yer alır [31,35].

2.1.4. İnme risk faktörleri

İnmeye neden olan faktörler, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen olmak üzere iki kısımda incelenir. İnme risk faktörlerine ait bilgiler Tablo 2.2.'de gösterilmiştir [13].

Tablo 2.2. İnmenin risk faktörleri

	Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilir Risk Faktörleri	
	Yaş	Hipertansiyon	Hava Kirliliği
İSKEMİK İNME	Cinsiyet	Diabetes Mellitus	Dislipidemi
		Kardiyak Nedenler (Atriyal fibrilasyon ve diğer)	Prediabet Obesite
		Sigara, Alkol, Diyet Fiziksel İnaktivite	Metabolik Sendrom İnflamasyon
		Bel/Kalça Oran	Enfeksiyon Sepsis
		Apolipoprotein B1/A Oranı Psikososyal Nedenler İlaç/Madde Kullanımı	Böbrek Hastalıkları Uykuda Solunum Bozuklukları Karotis Stenoza
HEMORAJİK İNME	Cinsiyet Yaş Etnik/Etnisite	Hipertansiyon Sigara, Alkol Bel/Kalça Oranı Diyet Fiziksel İnaktivite Psikososyal Nedenler Serebral Amiloid Anjiopati Genetik	Dislipidemi Diabetes Mellitus Obesite Böbrek Hastalıkları İlaç/Madde Kullanımı Serebral Mikrokanamalar

İnme de bazı risk faktörleri cinsiyete özgüdür ya da bir cinsiyette insidansı daha yüksektir. İnme risk faktörlerindeki cinsiyet göre farklılıklar Tablo 2.3.'de verilmiştir [36].

Tablo 2.3. İnme risk faktörlerindeki cinsiyet farklılıkları

Risk Faktörleri	Tür	Risk Büyüklüğü
Gebelik	Cinsiyete özgü (Kadın)	Doğum sonrası en yüksek risk (12 haftaya kadar) Preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyonda artmış risk
Oral Kontraseptif Kullanımı	Cinsiyete özgü (Kadın)	Kadınlarda risk artışı (1,4 kattan 2 katına) Daha yüksek risk, daha yüksek östrojen dozu ile ilişkilidir. Auralı migreni olan kadınlarda sinerjik risk.
Menopoz sonrası Hormon Replasmanı Tedavisi (HRT)	Cinsiyete özgü (Kadın)	Geç HRT hiçbir fayda göstermez veya inme riskini artırır.
Atriyal Fibrilasyon (AF)	Paylaşılan	AF'nin sağladığı iskemik inme riski yaşla birlikte artar. Kadınlarda AF ve kardiyembolik inme prevalansı daha yüksek; AF, kadınlarda daha güçlü inme riski sağlar.
Metabolik sendrom	Paylaşılan	Metabolik sendrom, kadınlarda daha güçlü inme riski sağlar. Kadınlarda daha fazla inme riski sağladığı öne sürülen abdominal obezitenin hakim olduğu metabolik sendromlu kadınlarda artmış risk faktörü.
Diyabet	Paylaşılan	Tip 2 diyabet, kadınlarda inme için daha fazla risk sağlar. Diyabetik kadın hastalarda ölümcül inme riski erkek hastalara göre daha yüksek.
Hipertansiyon	Paylaşılan	Hipertansiyon kadınlarda daha yaygındır ve kötü kontrol edilme olasılığı daha yüksektir.

2.1.5. İnme belirti ve bulguları

Bir inmenin nörolojik etkileri, beyinde hangi bölgenin etkilendiği ile ilgilidir [28]. İnmede semptomlar fokal ve fokal olmayan olarak ikiye ayrılmaktadır [37]. Fokal ve fokal olmayan nörolojik semptomlara Tablo 2.4.'de belirtilmiştir [37].

Tablo 2.4. Fokal ve fokal olmayan nörolojik semptomlar

Fokal nörolojik semptomlar
<u>Motor Semptomlar:</u>
✓ Hemiparezi, monoparezi, paraparezi, kuadriparezi ✓ Disfaji ✓ Ataksi
<u>Konuşma/Lisan Bozuklukları:</u>
✓ Disgrafi ✓ Dizatri ✓ Diskalkuli ✓ Disfazi ✓ Disleksi
<u>Duyusal semptomlar:</u>
✓ Hemisensoriyel bozukluk
<u>Görsel semptomlar:</u>
✓ Geçici monoküler körlük veya “amaurosis fugax” ✓ Hemianopsi ✓ Kuadrantanopsi ✓ Diplopi
<u>Vestibüler semptomlar:</u>
✓ Vertigo
<u>Davranışsal/kognitif semptomlar:</u>
✓ Giyinme, saç tarama, diş fırçalama vb. aktivitelerde güçlük; mekan dezoryantasyonu ✓ Amnezi
Fokal Olmayan Nörolojik Semptomlar
✓ Jeneralize zaafiyet veya duysal bozukluk ✓ Baygınlık hissi ✓ Bilinç kaybı veya değişmesi ile birlikte göz kararması ✓ İdrar veya gaita inkontinansı ✓ Konfüzyon

2.1.6. İnme tanısı

Ölüm ve sakatlıkların en aza indirilebilmesi ve uygun tedaviye en kısa sürede başlanılabilmesi için semptomların başlangıcından itibaren inme tipinin hızlı ve doğru bir şekilde teşhis edilmesi büyük önem taşımaktadır [31,38]. İnmeyi tanılamak amacıyla ilk olarak bireylere FAST testi yapılmaktadır. F: Face (Yüz): Kişiden gülümsemesini isteyin. Kişinin gülümsemesi düzensiz mi ya da orantısız mı?

- A:Arms (Kollar): Kişiden kollarını kaldırmasını isteyin. Kollardan biri aşağı doğru kayıyor mu?
- S: Speech (Konuşma): Kişiden kurduğunuz basit bir cümleyi tekrar etmesini isteyin. Konuşma geveledi mi? Kişi konuşamıyor mu yoksa anlamakta zorlanıyor mu?
- T: Time (Saat): Kişi bu belirtilerden herhangi birini gösteriyorsa, belirtiler geçse bile Acil Çağrı Merkezi’ni (112) arayarak hemen hastaneye götürün [39].

Klinik değerlendirme; anamnez, fizik muayene (genel, nörolojik, vasküler, oftalmoskopi), laboratuvar çalışmalarını, görüntüleme yöntemlerini kapsar [35].

Genellikle istenilen laboratuvar çalışmaları; idrar tetkiki, eritrosit sedimentasyon hızı, tam kan sayımı, seroloji testi, kan şekeri, kan üre nitrojeni, serum kolesterolü, serum elektrolitleri, protrombin zamanı ve aktif parsiyeltromboplastin zamanıdır (PT ve aPTT) [35].

Hastaneye geldikten sonra ilk 25 dakikada kontrastsız Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekilmelidir. BT iskemiyi hemorajik inmeden ayırarak vakit kaybetmeden trombolitik tedaviye başlanmasına olanak sağlar [38,40]. Ayrıca görüntüleme yöntemleri kanamanın tipini belirleyerek altta yatan risk faktörünün belirlenmesine de katkı sağlar [35].

2.1.7. İnme tedavisi

İnme geçiren bireylerde aktif izlemde yaşam bulguları (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum hızı ve vücut ısısı), nabız basıncı, oksijen satürasyonu, kan glukozu gibi hemodinamik bulgularlar birlikte elektrokardiyografi, ve bilinç düzeyine bakılır. Genel inme tedavisi dışında inmenin tipine göre farklı tedavi seçenekleri uygulanmaktadır. İskemik inmede; öncelikle iskemik alana kan akışını artırmak için antitrombotik (antikoagülasyon ve antiplatelet) ve fibrinolitik (trombolitik) tedaviler, eğer acil durum gerektiriyorsa cerrahi girişimler, kafa içi basıncın artışı önleyecek ve erken dönem rekürrensi engelleyecek tedaviler uygulanır [31,41].

Hemorajik inmede ise; kanamanın durdurulması ya da önlenmesi, kan basıncının kontrol altına alınması ve kafa içi basıncın artmasını önlemek için tıbbi tedavi, kanama alanının büyüklüğüne göre ise cerrahi tedavi uygulanır [24].

2.1.8. İnmede prognoz

Serebrovasküler olayların prognozunu belirleyebilmek için tanımlanmış birçok değişken bulunmaktadır. Bu değişkenler; hastaya, tanılamaya ve tedavi yöntemine bağlı olabilir. Hastaya özgü değişkenler; yaş, cinsiyet, etnik özellikler, aile öyküsü, eğitim düzeyi, var olan kronik hastalıklar (atriyal fibrilasyon, vaskülit, hipertansiyon vb.), aile ve yakın çevrenin psikososyal desteği, genetik ve biyomarkerlerdir [42]. Hastaya yapılan tanısal girişimler sonucu planlanan tedavi yöntemi de prognozu etkilemektedir. Örneğin; geçirilen inme sonrası, inmenin önemli risk faktörlerinden biri olan AF yönünden birey değerlendirilip gerekli tanısal işlemler yapılmalıdır. İnme sonrası AF saptanan bireylerde

antikoagölan tedavinin başlanması prognozu olumlu etkilemektedir [42]. Aynı şekilde BT ile iskemik veya hemorajik inme ayrımının yapıp en kısa sürede tedaviye başlanması prognozun gidişatını belirlemektedir [35]. Yapılan araştırmalarda 80 yaş üzeri olmak, kadın cinsiyet, düşük sosyo-ekonomik düzey, atriyal fibrilasyon, kan basıncı yüksekliği veya ani düşüşü, hiperglisemi, ateroskleroz, C-Reaktif Protein (CRP) ve lökosit sayısı yüksekliği, intraventriküler kanama, posterior fossa kanaması gibi faktörlerin prognozu kötü etkilediği bildirilmiştir [35,42,43,44].

2.1.9. İnmenin komplikasyonları

İnme sonrasında hastaların %25'inde kötüleşme görülmektedir. Bu kötüleşmenin üçte birine beyin ödemi, %10'una kanama ve %11'ine ise tekrarlayan iskemi neden olmaktadır [45]. Komplikasyon gelişimi, hastanede kalış süresini uzattığı gibi, prognozun kötüleşmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır [46].

Bu nedenle gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde iyi tanınması ve önlem alınması hayati önem taşımaktadır.

İnmede görülebilecek komplikasyonlar;

- Pnömoni,
- Üriner Enfeksiyonlar,
- Epileptik Nöbetler,
- Derin Ven Trombozu
- Pulmoner Emboli,
- Malnütrisyon,
- Ağrı,
- Kaslarda katılık (Spastisite),
- Kognitif Bozukluk,
- Ajitasyon,
- Bası Yarası,
- Depresyon,
- Yorgunluktur [46].

2.2. Yaşlı Bireylerde Bilişsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

İleri yaşla birlikte görülme sıklığı artan ve çeşitli nedenlere (alzheimer, inme, yaş, enfeksiyon gibi) bağlı bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar gerçekleşebilmektedir [47]. Demans gibi nörolojik hastalıkların bilişsel fonksiyonları önemli derecede etkilediği bilinmektedir. Demans görülme sıklığı yaşa paralel olarak artmaktadır. Özellikle 60 yaşından sonra risk her 5 yılda bir iki katına çıkmaktadır. Demans ne kadar ilerlerse kişinin bağımsızlığı o oranda azalır ve bakım ihtiyacı ortaya çıkar. Demans başlangıcı için en önemli faktörlerden biri inmedir. İnme sonrası asemptomatik bile olsa hastalarda bilişsel fonksiyonları değerlendirmek için tarama testleri yapılmalıdır [47 ve 48]. Bilişsel fonksiyon testleri; dikkat, lisan, yürütücü fonksiyonlar, bellek ve görsel algılama konularını içerir [49]. Dikkat, çeşitli uyaranlara karşı odaklanmayı ifade eder. [51]. Yaşın ilerlemesiyle kelime dağarcığı artar. Ancak bir nesneyi görmek ve isimlendirmek zorlaşır. Lisan bölümünde, bilişsel fonksiyon testleri ile bireylerin belirli sürede kategori edilmiş bir nesneyi anlamlandırıp kelime üretme durumları değerlendirilir [51]. Görsel algılamada en çok demansta kayıp vardır. Bilişsel fonksiyonlardaki bozulmalar incelenirken yaşlılığın doğal sürecine veya altta yatan başka nedene mi bağlı gerçekleştiği ayrımını yaparken görsel algılamadan yararlanılabilir [52]. Yürütücü fonksiyonlar tüm bilişsel yetenekleri kapsayan planlama, yargılama, yönetme ve problem çözme basamaklarıyla günlük aktivitelerin gerçekleşmesini sağlar [53]. Bilişsel fonksiyonlarda ortaya çıkabilecek önemli sorunlar kişide psikolojik ve mental durum, yürüme ve denge ilişkisinin bozulmasına yol açabilmektedir [50].

2.3. Akılcı İlaç Kullanımı

2.3.1. Akılcı ilaç kullanımı tanımı

Günümüzde modern tıbbın en yaygın tedavi yöntemlerinden biri olan ilaçlar, büyük bir tüketim ürünü haline gelmiştir. Bu durum ilaçların doğru kullanılması, kullanımının takip edilmesi gerekliliğini ve akılcı ilaç kullanım kavramını (AİK) ortaya çıkarmıştır [5]. AİK, hastalar ve toplum için kaliteli sağlık hizmetine erişilmesinde önemli bir ilkedir [55].

DSÖ AİK tanımını; “*Hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür.*” olarak yapmıştır [1].

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) en çok yaşlı nüfusta görülmektedir. Yaşla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının artması beraberinde çoklu ilaç kullanımını getirmektedir. İlaç yan etkilerine karşı yaşlılar çok duyarlıdır. Fazla ilaç kullanımı ya da uygunsuz ilaç kullanımı bu durumun ortaya çıkması açısından risk faktörüdür [56 ve 57]. Fazla ilaç kullanımının ve/veya uygunsuz ilaç kullanımının olumsuz sonuçları arasında tedavinin etkisiz kalması, ilaçlara karşı vücutta kazanılan direnç, ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimleri, ilaçlara erişim güçlüğü ve ülkelere getirdiği ekonomik sorunlar yer almaktadır. Bilinçsiz ilaç tüketimi ve harcamaları devlete ağır yükler getirmektedir. Bu nedenle sağlık politikalarının düzenlenmesinde AİK uygulamaları da devreye girmektedir [58 ve 59].

2.3.2. Akılcı ilaç kullanımının ilkeleri

DSÖ tarafından 1994 yılında hazırlanan ‘Reçete Yazma Rehberi’ hekimlere ilaç seçimi konusunda dört ana başlık sunmaktadır [60].

Etkinlik: İlaç seçimindeki en önemli ilk basamaktır. Farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklere dayanır. Yaklaşık 70 farmakolojik grup vardır.

Yeni üretilen ilaçlar, eski ilaçların etki mekanizmasının bir türüdür. İlaçların farmakokinetik özelliklerine dikkat edilerek, hastaya en uygun zaman diliminde ve tedavi edici dozda etki gösterecek farmakolojik ajanın seçilmesine önem verilmelidir [60 ve 61].

Güvenlilik: İlaçlardan kaynaklı yan etkileri kapsamaktadır. Yan etkiler kabul edilebilir olmalıdır. Hastaneye başvuran hastalardan alınan doğru anamnez sayesinde hastaların %10’unda gelişebilecek yan etkiler engellenebilmektedir [62].

Uygunluk: Uygunluk kişiye özgü, hasta bireyin özelliklerine göre değerlendirilir ama ilaçlar listesi yapılırken ilacın farmasötik şekli ve uygulanabilirliği göz önüne alınmalıdır. İlaç kolay uygulanabilir olmalıdır. Tedaviye uygun dozlarda başlanıp, ilacın dozu kademeli olarak arttırılmalıdır. Hastanın ilaca verdiği cevaba göre doz ayarlanır ve bu uygulanan tedavinin bireyleştirilmesi anlamına gelmektedir. İlaç uygulamasında dikkatle gözlenmesi gereken gruplar arasında; yaşlı bireyler, böbrek ve/veya karaciğer sorunları olanlar, hamileler, emziren anneler, çocuklar ve ilaca karşı alerjisi olanlar bulunmaktadır. Özellikle yaşlı ve çocuk hastalarda uygun dozlar dikkatli bir şekilde değerlendirilip verilmelidir [61 ve 62].

Tedavinin maliyeti: Fiyatlar ülkelere göre farklılık göstermektedir. İlacın hastaya olan maliyeti sorgulanmalıdır. Tedavinin maliyeti düşük ve ulaşılabilir olmalıdır [61 ve 62].

2.3.3. Akılcı ilaç kullanımında akılcılık ölçütleri

Akılcılık, Türk Dil Kurumunun yapmış olduğu tanıma göre: “Akla dayanan, doğruluğun ölçütünü duyularda değil, düşünmede ve tündengelimli çıkarmalarda bulan öğretilerin genel adı” şeklindedir [63]. İlaç kullanımında akılcılık, devlet başta olmak üzere, ilaç endüstrilerinin, hekimlerin, eczacıların, tedavinin uygulama aşamasında etkin rolleri olan sağlık çalışanlarının ve toplumun birlikte ele aldığı sorumluluklar ile oluşmaktadır [60].

AİK, hekim tarafından verilen tedavinin birey için en etkili, güvenilir ve maliyet açısından uygunluğunun değerlendirildiği planlama, yürütme ve izleme sürecini kapsamaktadır [60,62]. Akılcılık ölçütlerinden başlıca olanları aşağıda verilmiştir:

İlaçların seçimi: İlaç seçimi, toplumun gereksinimlerine göre planlanmalıdır. Bu görüş, piyasadaki ilaçlar arasından “öncelikli ilaçların” belirlenmesini kapsamaktadır. Öncelikli ilaç seçiminde, morbidite ve mortalite oranları, hasta profili ve standart uygulanan tedavi protokolleri öncelikli dikkate alınacak unsurlar olmalıdır [60,64].

İlaç lojistiğini belirleme: İlaç lojistiği; ilacın satın alınmasından, uygun şartlarda depolanması, stok idaresi, hizmetin denetimi ve zamanında dağıtımını kapsamaktadır. Kaynak kullanımı, ürün kalitesi, maliyet ve ödeme koşulları uygun şekilde olmalıdır. Bu faktörler toplum sağlığı ve ülke ekonomisi için önemlidir [60,64].

Reçete yazma süreci: Hekimler bu süreçle birlikte AİK’e dahil olurlar. Doğru hastalık tanısının konması ile başlayan süreçte, tedavide ilaç gerekip gerekmediğinin belirlenmesi, diğer kullanılabilecek ilaçların etkililik-güvenirlilik-ekonomik açıdan uygun olup olmadığı, doğru tedavinin planlanması ve tedavinin etkinliğinin izlenmesi basamaklarını içerir [64].

Reçete yanıtlama süreci: Eczacıların AİK’e katıldıkları süreçtir. Reçetenin doğru okunması ve yorumlanmasıyla başlar, reçetede ilaçların temin edilmesi (ilaçların verilmesini / hazırlanmasını), hekimle iletişim sağlanmasını, hastanın bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, tedavinin takip edilmesini içerir [64].

İlaçların tüketimi: Toplum ilaç-sağlık-hastalık hakkında bilgilendirilmelidir. AİK konusunda bilgilendirme, sağlık personelleri ve kitle iletişim araçları aracılığı ile yapılmaktadır [60,64].

İlaç yönetimi: Yukarıdaki unsurların gerçekleşebilmesi ilaç yönetiminin akılcı bir şekilde sağlanmasına bağlıdır. “Ulusal İlaç Politikası” dikkate alınarak ilaç yönetimi gerçekleştirilmelidir. Kişi, kurum ve kuruluşlar bahsedilen politikanın uygulanması ve izlenmesi sürecinde bilgi ve becerilerini bu alanda kullanmaktadırlar [64].

2.3.4. Akılcı ilaç kullanımında Dünya’daki durum

DSÖ’nün verilerine göre, dünya üzerinde kullanılan ilaçların yarısından fazlasının rehberlere uyulmadan reçete edildiği, satıldığı veya dağıtıldığı bildirilmektedir. Bireylerin yarısı gerekli olan ilaçlara doğru bir şekilde ulaşamamaktadır. Ayrıca dünya nüfusunun üçte biri temel ilaç gereksiniminden yoksundur [4,65]. Diğer bir durum keşfedilen ilaçların hızla ve kontrolsüzce piyasaya sürülmesidir. 1940’larda antibiyotikğin keşfi, sıtma ve tüberküloz ilacının; yine 1950’ler ve 1960’larda doğum kontrol haplarının, diyabet ilaçlarının, birçok bulaşıcı hastalık ilaçlarının, kalp-damar ve kanser ilaçlarının hızlıca piyasaya sürüldüğü görülmüştür, 1970’li yıllarda ideal olmasa da birçok hastalık için ilaç mevcuttur. 1975 yılında DSÖ tarafından “temel ilaçlar” ve “ulusal ilaç politikası” kavramları tanıtılmıştır ve bunlar hızla küresel halk sağlığı sözlüğüne girmiştir [66].

DSÖ 1985 yılında AİK’i ilaçların hatalı dozda (fazla/az) kullanımını ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu ortadan kaldırma olarak tanımlamıştır [67]. Akılcı İlaç Kullanımına teşvik etmek için DSÖ 12 maddeden oluşan önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler aşağıda verilmiştir [4].

1. İlaç kullanım politikalarını koordine edecek ulusal yapıların kurulması,
2. AİK sürecini değerlendirmek, kontrol edebilmek ve desteklemek amacıyla Klinik Tanı ve Tedavi Kılavuzlarında yararlanılması,
3. Seçilen tedaviye göre temel ilaç listesi oluşturulması,
4. Hastanelerde ilaç ve tedavi kurullarının kurulması,
5. Müfredatta probleme dayalı farmakoterapi eğitimine yer verilmesi,
6. Hizmet içi eğitimlerin planlanması ve yapılması,
7. Gözetim, denetim ve sonrasında geri bildirimlerin yapılması,
8. İlaçlar konusundaki bağımsız bilgi kaynaklarını harekete geçirilmesi,
9. Toplumun ilaçlarla ilgili bilgilendirilmesi,

10. Gereksiz mali desteklerden kaçınılması,
11. Gerekli düzenlemeleri uygulamaya koyulması,
12. İlaçlar ve personeller için gerekli devlet harcamalarının yapılmasıdır [4].

2.3.5. Akılcı ilaç kullanımında Türkiye’deki durum

Türkiye’de ilaç üretiminden çok ilaç tüketimi vardır. Alınan ilaçların AİK doğrultusunda kullanılmaması nedeniyle her yıl büyük miktarda ilaç israf edilmektedir. Bu israf büyük ekonomik kayıplara neden olmaktadır [65]. Bu durum, dünyada olduğu gibi ülkemizde de AİK’in gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ülkemizde AİK temalı eğitimler ilk olarak 1996 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde, Klinik Farmakoloji teorik ve uygulamalı eğitimleri ile başlamıştır. DSÖ ortaklığı ile 1998/99 Orta Vadeli İşbirliği Programı dahilinde AİK ile ilgili çalışma başlatılmıştır. 1999 yılında ülkemizde AİK çalışmalarının öncüsü kabul edilen “Türkiye’de AİK İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı” yapılmıştır. AİK ile ilgili politikalar planlamak, geliştirmek ve sürdürebilmek amacıyla, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından 2006 yılında “AİK Çalıştayı” gerçekleştirilmiştir. [68].

2010 yılında AİK’le ilgili büyük bir adım atılmış ve Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü’ne bağlı olan “Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü”, 2011 yılında ise “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” kurulmuştur. Kurumun ismi 2014 yılında “Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi” olarak değiştirilmiştir. AİK faaliyetlerinin iş birliği içerisinde yürütülmesi için; hekim, hemşire, eczacı ve diğer sağlık personelleri ile birlikte toplumu oluşturan bireyler ve ilaç sektöründe davranış değişikliği oluşturmak, farkındalık ve bilinç düzeyini arttırmak amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır [69].

2.3.6. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı

Yaşlı bireylerde Akılcı Olmayan İlaç kullanımı yaygın olarak görülen bir sorundur. Ancak sık görülen bu sorunla ilgili yaşlı bireylerde yapılan çalışmalar çok az veya sınırlıdır [10,56]. 2011’de yayınlanan bir yazıda özellikle 75 yaşın üzerindeki yaşlı bireylerde ilaç kullanımı ile ilgili rehberlerin yetersizliği vurgulanmaktadır [70]. Yaşlılarda hastalıkların sadece klinik ve tanısal boyutu değil, tedavi yaklaşımları da dikkate alınmalıdır. Uygun tedavi belirlendikten sonra etkinliği ve güvenirliliği onaylanmış ilaç seçilmeli ve yaşlı bireye özgü doz ayarlanması yapılmalıdır [71]. Yaşlılarda farmakokinetik ve farmakodinamik

faktörler ilacın etkisinin değişmesine neden olmaktadır. Farmakokinetik faktörler ilacın dokularda emilimi, vücuttaki dağılımı, kullanımı, metabolize edilmesi, atılımı ve etki edeceği dokulardaki reseptörel duyarlılıktaki değişiklikleri, farmakodinamik faktörler ise homeostatik kontrol mekanizmalarının, doku ve reseptör duyarlılığının değişmesini kapsamaktadır [8,72]. Yaşlı bireylerde en çok yan etkiye neden olan ilaç grubu santral sinir sistemi depresyonuna yol açan ilaçlardır. Bu ilaçlara ek olarak antibiyotikler, analjezikler, antikoagülanlar, antihipertansifler, bronkodilatatörler, diüretikler ve oral antidiyabetikler bulunmaktadır [72].

2.3.7. Akılcı olmayan ilaç kullanımı

DSÖ 1985 yılında Nairobi'deki toplantıda AİK tanımını *"Hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür."* olarak yapmıştır [1]. AOİK ise, bu tanıma uymayan, bahsedilen kurullar bütününe dışında kalan ilaç kullanımıdır [18,71]. AOİK ülkemizle birlikte, gelişmekte olan diğer ülkelerde ve tüm dünyada önemli bir toplumsal sorundur [18,73].

AOİK kullanım şekilleri:

- Çoklu ilaç kullanımı (Polifarmasi),
- Klinik rehberlere uyumsuz tedavi seçimi,
- Uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması (reçetesiz ilaç kullanımı),
- İlaçların yanlış biçimde kullanılması (enjeksiyon vb.),
- Gereksiz antibiyotik kullanımı,
- Yanlış uygulama yöntemleri,
- Gereksiz ve uygunsuz vitamin tüketimi,
- Uzun süreli parenteral tedaviler,
- İlaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi,
- Uygun saklama koşullarının olmaması,
- Bilinçsiz gıda takviyesi,
- Uygun olmayan bitkisel ürünlerin kullanımıdır [60,73,74].

2.3.7.1. Akılcı olmayan ilaç kullanım nedenleri

AOİK oldukça kapsamlı bir kavram ve süreçtir. İlacın üretilmesinden, kullanılmasına ve imha edilmesine kadar geçen süreç multidisipliner yaklaşımı içermektedir. Bu süreçte kişi ve kurumların neden olduğu birçok olumsuzluk, AOİK'e yol açmaktadır [18].

AOİK, hastaların tedavisinin yetersiz kalması ve/veya toksisiteye neden olmakla birlikte ekonomide büyük zararlara yol açmaktadır [75]. AOİK oranlarının en aza indirilmesinde ve yönetiminde hekimin, eczacının, hastanın, hemşirenin, ilaç sektörünün, devletin ve toplumun/bireyin katkısı büyüktür [76]. AOİK'in oluşmasında eğitim yetersizliği, sosyokültürel, ekonomik, yönetsel ve düzenleyici mekanizmaların neden olduğu birçok faktör rol oynamaktadır [73].

Hekim kaynaklı nedenler arasında; hekimlerin aldıkları yetersiz farmakoloji eğitiminin reçete yazmada güçlük yaşamalarına neden olması, başvuru klinik rehberlerin çoğunun tanıda çok "ilaç merkezli" olması, aşırı hasta yükü, aşırı doz önerisi, etkin ve güvenilir olmayan tedaviler, sosyal-politik-yönetsel baskılar gibi nedenler sayılabilir [73]. Yanlış ilaç verilmesi, reçetesiz ilaç satımı, hastayı ilaç hakkında bilgilendirmemek ve/veya yanlış bilgilendirmek gibi sorunlar eczacı kaynaklıdır [59]. Hemşire kaynaklı sorunlar ise, ilacın yanlış hastaya, yanlış yöntem ile doğru olmayan dozda veya zamanda uygulanmasıdır [78].

Hastanın tedaviye uymaması, ilaç bilgisinin olmaması ya da yetersizliği, fazla miktarda ilaç kullanımı, yanlış inanışlar gibi sorunlar hastadan kaynaklıdır [57 ve 58]. Gerekli ilacın, gerektiği sürede ve miktarda karşılanamaması ilaç sağlama sisteminden kaynaklı sorundur [57]. Akılcı İlaç Kullanımı politikalarındaki engeller ise, sağlık çalışanlarına ilaç tanıtımı yapılırken taraflı olunması, yanlış ve eksik bilgilendirme, yasal olmayan tanıtım ve promosyonu desteklemedir [77].

2.3.7.2. Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçları

Akılcı olmayan ilaç kullanımı;

- Yan etkilerde artış,
- Tedaviden beklenen sonucun alınamaması,
- İlaç reaksiyonları,
- Artmış mikrobiyal direnç,
- Hastanede kalma süresinde artma,
- Gereksiz ilaç tüketimi,

- Aşırı ilaç kullanımına bağlı görülen uygun olmayan hasta istekleri,
- İlaçların uygunsuz kullanımına bağlı ilaç erişim güçlüğü,
- İlaç maliyetlerinde artış,
- Sağlık sistemine olan güvenin azalması,
- İlaç bağımlılığı,
- Mortalite ve morbidite oranında artışa neden olmaktadır [60,66,78].

2.3.8. Akılcı ilaç kullanımı web sitesi ve sosyal medya

“Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” kapsamında AİK’in sosyal medyada tanıtılması ve AİK ile ilgili bilgilendirmenin yapılması, sıklıkla ziyaret edilen kamu kurumları, basın-yayın organları, derneklerin web sayfaları, ulusal gazete ve TV’lerde AİK ile ilgili haberlere ve ilanlara yer verilmesiyle AİK ilkelerinin tanıtılması ve uygulanması amaçlanmıştır [69].

2014 yılı Ekim ayından itibaren her ay “www.akilciilac.gov.tr” ve “www.titck.gov.tr” web adreslerinden “Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni” yayınlanmaktadır.

Web sitelerinde AİK’in neden önemli olduğu, ilaç kullanımında bireylerin dikkat etmesi gerekenler, akılcı antibiyotik kullanımı, ağrı kesicilerin kullanımı ve yaşlılarda AİK gibi konularla ilgili bilgilendirmeler ve eğitimler yer almaktadır [69].

2.3.9. Akılcı ilaç kullanımında hemşirenin rolleri

Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hekimin ilaç tedavisine başlamasından sonraki uygulama kısmında hemşireler rol almaktadır. Hemşirelerin bu alanda sadece uygulama becerileri değil, araştırmacı, eğitici, yönetici ve profesyonellik rolleri de ön plana çıkmalıdır [78]. Hemşirenin ilaç uygulamalarındaki sorumluluklarından bazıları aşağıda belirtilmiştir [18,78].

- Hekim istemi olmadığı durumlarda hastaya ilaç uygulamamak,
- İlaç tedavisine ihtiyaç olup olmadığını gözden geçirmek, endikasyon dışı kullanılan ilaçları belirlemek ve hasta için gerekli olmayan ilaçları multidisipliner ekiple birlikte kararlaştırarak tedaviden çıkarmak,
- İstemde neler istenmiş, başlangıç ve sonlandırma zamanı nedir sorgulamak,
- İlaç sonrası gelişebilecek komplikasyonları bilmek ve erken dönemde fark etmek,

- Sözlü istemleri sadece acil durumlarda kullanmak, rutin istemlerde kullanmamak,
- Sözel istemlerin en fazla 24 saat içerisinde istemi yapan hekim tarafından order edilmesini sağlamak,
- Benzer görünümlü ilaçların istemi alınırken çok dikkatli olmak,
- İlaçların hazırlık aşaması bittikten sonra ilacın ismi, dozaj/yitilik, hazırlanma tarihi, son kullanım tarihi ve hastanın ismini yazarak etiketlemek,
- IV enjeksiyonda ilacın yan etkisi daha hızlı gelişir. Bu nedenle yan etki belirtileri yönünden bireyi yakından gözlemek,
- Hastalarda parenteral (intravenöz, intramüsküler ve subkutan) ilaç uygulaması sonrasında komplikasyon (infiltrasyon, inflamasyon, tromboflebit) oluşma riski yüksek olan bölgeleri dikkatle gözlemek,
- Hastaya ilaçların kullanımı hakkında bilgiler vermek,
- İlacı kullandıktan sonra gelişebilecek yan etkiler, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç besin etkileşimlerini hastaya açıklamak,
- Hastaya yeni bir ilaca başlarken prospektüsü okuması gerektiğini anlatmak,
- İlaç dozlarının atlanmaması ve bireylerin tedaviye uyumlarının artırılması için alınabilecek gerekli önlemleri (ilaç takvimi, ilaç listesi oluşturma, özel ilaç kapları kullanma, alarm kurma vb.) öğretmek hemşirenin sorumluluğundadır [18,78].

Yapılan bir araştırmada hemşirelerin 3\4'ünün akılcı ilaç kullanımı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımının önemli olduğunu bildikleri ancak ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerini değerlendirme düzeylerinin yeterli olmadığı belirlenmiştir [65]. Yapılacak çeşitli hizmet içi eğitimlerle hemşirelerin AİK davranışlarının geliştirilmesi, bilgi ve becerilerinin artırılması ilaç kullanımının ve bu alanda yaşanan ekonomik kayıpların iyileştirilmesinde önemli katkılar sağlayacaktır [79,107].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırma; 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonlarını ve akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0-1: 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre bilişsel fonksiyonları arasında fark yoktur.

H1-1: 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre bilişsel fonksiyonları arasında fark vardır.

H0-2: 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyon durumlarına göre akılcı ilaç kullanım durumları arasında fark yoktur.

H1-2: 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyon durumlarına göre akılcı ilaç kullanım durumları arasında fark vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 04 Ağustos 2021- 14 Şubat 2022 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Servisi'nde yürütülmüştür. Nöroloji servisi 28 yataktan oluşmakta, gündüz üç hemşire, akşam iki hemşire, iki nöroloji uzmanı, bir sekreter ve iki personel, serviste görev yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 04 Ağustos 2021- 14 Şubat 2022 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Servisi'nde, pandemiden dolayı nöroloji hastalarının tedavi ve bakımlarının yürütüldüğü Göğüs ve Beyin Cerrahi Servis'lerinde yatan, 65 yaş ve üzeri inme tanısı almış bireyler oluşturmaktadır (N=115).

Araştırma örneklemini ise, 04 Ağustos 2021- 14 Şubat 2022 tarihlerinde Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Servisi'nde tedavi gören, 65 yaş ve üzeri inme tanısı almış, dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler oluşturmuştur (N=82). 04 Ağustos 2021- 14 Şubat 2022

ve miktarı, kullanılan ilaçların etkisini ve yan etkisini bilme durumu, prospektüs okuma durumu gibi) bağımsız değişkenlerdir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Hasta Tanıtım Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Yatan Hasta Anketi, Standardize Mini Mental Test ve Eğitimsizler İçin Mini Mental Test kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Hasta tanıtım formu

Hasta tanıtım formu, araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanmıştır. Form bireylerin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğretim düzeyi), hastalık ve ilaç kullanımına ait bilgilerini içeren toplam 30 sorudan oluşmaktadır [72, 107].

3.6.2. Akılcı ilaç kullanımı yatan hasta anketi

Akılcı ilaç kullanımı yatan hasta anketi, “T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Birimi” tarafından ilaç alma, ilaçları saklama ve yok etme durumları, ilaç kullanılırken gösterilen alışkanlıkları ve davranışlarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır [71].

3.6.3. Standardize mini mental test (SMMT)

Mini Mental Test (MMT) ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bireylerin bilişsel bozukluklarının saptanması, demans semptomlarının prognozu ve tedaviye verilen yanıtın izlenmesinde kullanılan bir testtir [81]. Testin orijinal SMMT batı toplumlarına uygun olarak hazırlanmış ve yalnızca eğitimli bireylerde kullanılmıştır. Okur-yazar olmak testin uygulaması için öncelikli şarttır. Eğitim ve yaş testin belirleyici etkenleridir [82]. Ülkemizde SMMT geçerlik ve güvenirlik testi Güngen ve ark. tarafından yapılmıştır [81]. Testten alınan puanın 24 ila 30 arasında olması genellikle normal kabul edilir. Toplam puanın 24’ün altında olması kognitif bozukluğu, 18-23 puan hafif demans, 12-17 puan orta derecede demans ve 12 puan altı ciddi derecede demans olarak kabul edilir [82].

3.6.4. Eğitimsizler için mini mental test (MMSE-E)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de kırsal kesimde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin okuma yazma bilmeme oranı %45’in üzerindedir. Okuma yazma bilmeyen veya az eğitilmiş bireylerin bilişsel performansının daha kötü olduğu bildirilmektedir. Minimental test gibi, nöropsikolojik testler batı toplumundaki eğitilmiş bireyler için geliştirilmiş olup, okuma yazma bilmeyen bireylerde kullanıldığında çoğunlukla yanlış sonuçlarla karşılaşmaktadır. Bu nedenle eğitimsizler için mini mental test geliştirilmiştir. Yıldız ve ark. tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, kesme noktası 23/24 puan olarak belirlenmiş ve MMSE-E toplam puanı yüksek bir iç tutarlılık ($\alpha = 0.70$) göstermiştir [85].

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama sürecinden önce Amasya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Servisi’nde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan 5 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda inmeli bireylerin çoğunun sahip olduğu hipertansiyon tanısı hasta tanımlama formunda yer alan “Kronik hastalığınız nedir?” sorusuna eklenmiştir. Ön uygulamadaki veriler çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.8. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama sürecinin başlangıcında bireyler araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilmiştir. SMMT veya MMSE-E ile dahil edilme kriterlerine uyduğu belirlenen bireylere Hasta Tanımlama Formu ve Akılcı İlaç Kullanımı Yatan Hasta Anketi yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Görüşmeler hasta odalarında yapılmış ve ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Araştırmacının dahil edilme kriterlerine uyan 115 bireye ulaşılmıştır. Ulaşılan 33 birey uygulanan SMMT veya MMSE-E testinde 24 puanın altında aldıkları için çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma dahil edilme kriterlerine uyan, yeterli bilişsel fonksiyona sahip olan ve onam veren 82 birey ile tamamlanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), normal dağılıma uygunluk için normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri kullanılmıştır. Veriler

normal dağılım göstermediği için iki grup arasındaki farkın değerlendirilmesi Mann Whitney U testi ile ikiden fazla grubun karşılaştırması Kruskal Wallis H testi ile yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiş olup, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi için lineer regresyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde 65 yaş ve üzeri inme tanısı almış bireylerin sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özellikleri, bilişsel düzeyleri ve ilaç kullanım durumları arasındaki ilişkiyi tanımlayan bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (Tarih:29.06.2021, Sayı:21445) (EK-1) ve Amasya Üniversite Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Sayı: E-62949364-929) (EK-2)

Katılımcılara araştırmanın amacı ve verilerin ne amaçla kullanılacağı hakkında gerekli açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-3). Çalışmanın tüm aşamalarında, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamaları gözetilmiştir.

Tablo 4.1. İnmeli bireylerin demografik özellikleri (n=82)

	n	%
Yaş		
65-75 yaş arası	58	70,7
75 yaş ve üstü	24	29,3
Cinsiyet		
Kadın	35	42,7
Erkek	47	57,3
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	4	4,9
Okuma yazma biliyor	30	36,6
İlköğretim	38	46,3
Lise	7	8,5
Yükseköğretim	3	3,7
Medeni durum		
Evli	52	63,4
Bekar	30	36,6
En uzun süre yaşanılan yer		
İl	41	50,0
İlçe	12	14,6
Kasaba	3	3,7
Köy	26	31,7
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	5	6,1
Eşiyle	51	62,2
Çocuklarıyla	26	31,7

Yüzdelere n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. İnmeli bireylerin hastalık ve ilaç kullanım özellikleri (n=82)

	n	%
İnme Tipi		
Hemorajik	9	11,0
İkincil (iskemik)	6	7,3
İskemik	67	81,7
Genel sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği		
Oldukça iyi	9	11,0
İyi	35	42,7
Orta	27	32,9
Kötü	11	13,4
Sık başvurulanan sağlık kurumu		
Devlet/eğitim araştırma hastanesi	65	79,3
Aile sağlığı merkezi	17	20,7
Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı		
Haftada bir	2	2,4
Ayda bir	19	23,2
3 (üç) ayda bir	45	54,9
6 (altı) ayda bir	14	17,1
Yılda bir	2	2,4
İnmeye ek başka bir kronik hastalık durumu		
Evet	80	97,6
Hayır	2	2,4
Kalp ve damar hastalıkları	19	23,2
Kanserler	2	2,4
Kronik solunum yolu hastalıkları	4	4,9
Diyabet	36	43,9
Hipertansiyon	59	72,0
Prostat	6	7,3
Böbrek yetmezliği	4	4,9
Parkinson	1	1,2
Sürekli ilaç kullanım durumu		
Evet	80	98,8
Hayır	2	1,2
İnme geçirmeden önce günlük kullanılan ilaç sayısı		
0	1	1,2
2 adet	8	9,8
3 adet	20	24,4
4 adet	20	24,4
5+ adet	33	40,2
İlaçları kullanım süresi		
1-2 yıl	4	4,9
3-6 yıl	44	53,7
7-10 yıl	32	37,8
11 ve üzeri yıl	2	3,6
Gerekli olduğunda kullanılmak istenilen en güçlü ilaç çeşidi		
Enjeksiyon (iğne)	22	26,8
Tablet-kapsül	16	19,5
Hepsi eşittir	44	53,7
Kullanılan ilaçların etkisini bilme		
Evet	63	80,5
Hayır	19	19,5

Tablo 4.2. İnmeli bireylerin hastalık ve ilaç kullanım özellikleri (devamı)

Kullanılan ilaçların yan etkisini bilme		
Evet	12	14,6
Hayır	70	85,4
Prospektüs okuma		
Evet	10	12,2
Hayır	49	59,8
Bazen	23	28,0
İlaçların son kullanım tarihine dikkat etme		
Evet	18	22,0
Hayır	39	47,5
Bazen	25	30,5
Doktora başvurmadan kendi kendine ilaç kullanımı		
Evet	48	58,5
Hayır	34	41,5
Kullanılan ilaçla ilgili bilgilere ulaşma şekli		
Doktor	38	46,3
Hemşire	2	2,4
Eczacı	30	36,7
Komşu	11	13,4
Arkadaş	1	1,2
İlaçları alma şekli		
Tokken	31	37,8
Fark etmez	1	1,2
Tarif edildiği şekilde	50	61,0
Tedavi sırasında ilaç kullanmayı kesme		
Evet	21	25,6
Hayır	61	74,4
İlaçları ayırt etmek için kullanılan yöntem varlığı		
Var	71	86,6
Yok	11	13,4
İlaçları ayırt etmede kullanılan yöntem		
Üstünde yazılanlara göre	43	52,4
Renk ayırımına göre	28	34,2
Yok	11	13,4
İlaç/İlaçları aldıktan sonra vücutta tanımlanan değişiklik		
Olumlu	71	86,6
Olumsuz	11	13,4
Olumsuz bir değişiklik hissettiğinde ilacı kullanmayı bırakma durumu		
Bırakırım	7	63,6
Bırakmam	4	36,4
İlacı bıraktıktan sonra başvurulmuş diğer yöntemler		
Bitkisel karışımlar	1	14,3
Dua etme	2	28,6
Başka bir yöntemle başvurmam	4	57,1

Yüzdelere n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmada bireylerin %70,7'sinin 75 yaş altı, %57,3'ünün erkek, %46,3'ünün ise ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. İnmeli bireylerin %63,4'ünün evli, %100'ünün sosyal güvencesinin olduğu, en uzun yaşanan yerin %50 ile Amasya ili olduğu ve %62,2'sinin eşiyle yaşadığı belirlenmiştir. Bireylerin %42,7'sinin genel sağlık durumunun

iyi, %79,3'ünün sıklıkla devlet/eğitim araştırma hastanesine başvuru yaptığı, %54,9'unun üç ayda bir sağlık kurumuna başvurduğu saptanmıştır.

Bireylerin %81,7'sinin iskemik inmesinin olduğu, %97,6'sının inmeye ek başka bir kronik hastalığının olduğu, kronik hastalığı olan bireylerin %72'sinin hipertansiyonun olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %98,8'inin sürekli kullandığı ilacının olduğu, 40,2'sinin 5 ve daha fazla ilaç kullandığı ve %53,7'sinin 3-6 yıldır ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Bireyler, gerekli olduğunda kullanmak istedikleri en güçlü ilaç çeşidine %53,7'si enjeksiyon ve tablet-kapsülün eşit olduğunu ifade etmiş, %80,5'inin kullandığı ilaçların etkisini bildiği; %14,6'sının kullandığı ilaçların yan etkisini bildiği ve %28'inin bazen prospektüsü okuduğu saptanmıştır. İnmeli bireylerin %47,6'sının ilaçların son kullanma tarihine dikkat etmediği, %58,5'inin kendi kendine ilaç kullandığı, %46,3'ünün kullandığı ilaçlar ile ilgili bilgileri doktordan aldığı ve %61'inin önerildiği şekilde ilaçlarını kullandığı belirlenmiştir. Bireylerin %25,6'sının kendisini iyi hissettiğinde ilaçlarını kestğini; %86,6'sının ilaçları ayırt etmek için kullandığı yöntemlerin olduğu ve %52,4'ünün üstünde yazılanlara göre ilaçlarını ayırt ettiği ve %86,62'sinin ilaçları aldıktan sonra olumlu etkilendiği saptanmıştır.

Tablo 4.3. İnmeli bireylerin akılcı ilaç kullanımı yatan hasta anketi sonuçları (n=82)

	n	%
Bir tedavi sonrası arta kalan ilaçlara ne yapıldığı		
Gerektiği zaman kullanmak üzere saklarım	47	57,3
Sağlık kuruluşuna veririm	18	22,0
Eczaneye veririm	3	3,7
İsteyen tanıdıklara veririm	2	2,4
Çöpe atarım	12	14,6
Evde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış ortalama kutu ilaç sayısı		
Hiç yok	4	4,9
1-5	57	69,5
6-10	18	22,0
10'dan fazla	3	3,6
Son kullanma tarihi geçtiği için atılan kutu ilaç sayısı		
1-3	40	48,8
4-7	3	4,5
Hiç atılmamaktadır	39	46,7
Üzerinde saklama koşulları ile ilgili herhangi bir uyarı bulunmayan ilaçların saklandığı yer		
Buzdolabında	26	31,7
Oda sıcaklığında, serin ve kuru bir yerde	56	68,3
Evde bulunan ilaç soğuk zincir ilacıysa (buzdolabında saklanması gerekiyorsa) buzdolabında saklandığı yer		
Buzdolabının kapağında	74	90,2
Buzdolabının rafında	8	9,8

Tablo 4.3. İnmeli bireylerin akılcı ilaç kullanımı yatan hasta anketi sonuçları (devamı)

İlaçları tekrar kullanıldığında dikkat edilenler *		
Hastalığa uygunluğuna.	79	96,3
Son kullanma tarihinin dolmamış olmasına	25	30,5
Şurup, süspansiyon, göz damlası gibi ilaç formlarının kullanma talimatında belirtilen süreleri aşmamış olmasına	14	17,1
Ambalajının bozulmamış olmasına	28	34,1
Hiçbirine dikkat etmem	2	2,4
Evde bulunan ilaçları tekrar kullanmak istenildiğinde kimden bilgi alındığı		
Hekim	4	4,9
Eczacı	2	2,4
Hemşire, sağlık görevlisi	1	1,2
Tanıdık/komşu/akraba	39	47,6
Daha önce kullandığım için kimseden bilgi almam	36	43,9
Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırma veya satın alınıp evde ilaç bulundurma		
Evet	48	58,5
Hayır	34	41,5
Evde bulundurulmuş ilaç grupları*		
Ağrı kesiciler	47	57,3
Antibiyotik	1	1,2
Soğuk algınlığı	17	20,7
Vitaminler	13	15,9
Burum spreyi	4	4,9
Alerji ilaçları	3	3,7
Merhemler	23	28,0
Komşuların ve/veya yakınlarının tavsiyesi ile ilaç kullanım ya da doktordan reçete etmesini isteme		
Evet	10	12,2
Hayır	72	87,8
Hastalık durumunda yapılan davranış		
Hekime danışırım	65	79,3
Tanıdık/komşu/akrabaya danışırım	5	6,1
Evde bulunan ilaçlarla tedavi olmaya çalışırım	12	14,6
Benzer şikayetleri olan tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunma		
Evet	18	22,0
Hayır	64	78,0
Hekime giderken daha önce kullanılmış olan ilaçlar ve varsa kronik hastalıklara ait raporlar hakkında hekimi bilgilendirme		
Evet	79	96,3
Hayır	3	3,7
Hekimin vermiş olduğu ilaçları kullanım şekli		
İlaç bitene kadar	7	8,5
Şikayetim geçene kadar	6	7,4
Hekim veya eczacının önerdiği süre kullanırım	69	84,1
Grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetler üzerine muayene olmadan, antibiyotik kullanımı		
Evet kullanırım	5	6,1
Evet, başlarım ama iyi hissettiğimde ilacı kullanmayı keserim	11	13,4
Hayır, muayene olmadan kullanmam	66	80,5
Düzenli vitamin, mineral desteği kullanımı		
Haftada 2-3 kez	2	2,4
Ayda 3-4 kez	2	2,4
Sadece kendimi kötü hissettiğimde kullanırım	17	20,8
Hayır kullanmam	61	74,4

Tablo 4.3. İnmeli bireylerin akılcı ilaç kullanımı yatan hasta anketi sonuçları (devamı)

İlacın kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini öğrenme şekli*		
Hekim	57	69,5
Eczacı	64	78,0
Yardımcı sağlık personeli	21	25,6
İlaç prospektüsü	17	20,7
İnternet	10	12,2
İlacın yan etkileri ile karşılaşıldığında yapılan davranış		
Hekime başvururum	79	96,3
Kendim çözüm ararım	3	3,7
Basında (televizyon, radyo, gazete vb.) Reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma durumu		
Hekime danışarak kullanırım	2	2,4
Eczacıya danışarak kullanırım	1	1,3
Kullanan tadığıma, komşuma sorar kullanırım	5	6,1
Kullanmam	74	90,2
Ağrı kesici ihtiyacı durumunda temin edilme şekli		
Reçete ile eczaneden	38	46,3
Reçetesiz eczaneden	44	53,7
Besin veya ilaç alerjisi durumunda muayene sırasında hekimi ve ilgili sağlık personelini bilgilendirme durumu		
Evet bilgilendiririm	74	90,2
Sorarlarsa bilgilendiririm	8	9,8
İlaçlarla birlikte tüketmemeniz gereken yiyecek ve içecekler ile ilgili bilgilendirme yapılma durumu		
Evet	28	34,1
Hayır	54	65,9
Hekime muayene olmadan eczaneden ilaç alma		
Evet; muayene parası ödemek istemediğim zamanlarda	43	52,4
Hayır; muayene olmadan ilaç almam	39	47,6
Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazan ilaç olup olmadığını kontrol etme		
Evet	31	37,8
Hayır	51	62,2
Eczaneye gidildiğinde karşılayan kişi		
Eczacı	49	59,8
Eczanede çalışan diğer personel	33	40,2
İlaç temini sırasında reçetede yazılandan farklı olarak, eczacının önerdiği eşdeğer ilacı (farklı firmaların aynı etken maddeli ilacı) kabul etme durumu		
Evet	77	93,9
Hayır	5	6,1
Eczacı, alınan ilacın nasıl kullanılacağı konusunda bilgi verip doğru anlaşıldığına emin olana kadar anlatma durumu		
Evet	67	81,7
Hayır	15	18,3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Yüzdelere n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

Bireylerin %57,3'ü aile bireylerinin tedavi sonrası kalan ilaçlarını gerektiği zaman kullanabileceğini belirtirken, %69,5'i evinde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış 1-5 arasında kutu ilacın olduğunu ve %48,8'i her yıl kutusu bile açılmadan 1-3 kutu ilacı son kullanım tarihi geçtiği için atmaktadır. Bireyler hiçbir saklama koşulu bulunmayan ilaçları

genellikle oda sıcaklığında serin ve kuru bir yerde sakladığını (%68,3), evinde bulunan ilaç soğuk zincir ilacıysa %90,2'sinin buzdolabının kapağında sakladığı belirlenmiştir. Bireylerin %96,32'sinin hastalığına uygunluğuna, %30,5'inin son kullanma tarihine; %17,1'inin ilaç formlarının kullanma talimatında belirtilen süreleri aşmamış olmasına ve %34,1'inin ambalajının bozulmamış olmasına dikkat ettiği belirlenmiştir. Evinde bulunan ilaçları tekrar kullanmak istediğinde inmeli bireylerin %47,6'sının tanıdığından, %43,9'unun ise daha önce kullandığı için kimseden bilgi almadığı saptanmıştır. Bireylerin %58,5'inin gerekli olabileceği düşüncesi ile hasta olmadan ilaç satın alıp evde bulundurduğu, %57,3'ünün ağrı kesicileri ihtiyaç olabileceği düşüncesi ile evinde bulundurduğu belirlenmiştir. Bireylerin %12,2'sinin komşusunun veya yakınlarının tavsiyesi ile ilaçları doktorundan reçete etmesini istediği; %79,3'ünün hastalık durumunda hekime danıştığı, %14,6'sının evde bulunan ilaçlarla tedavi olmaya çalıştığı, %22'sinin benzer şikayetleri olan tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunduğu, %96,3'ünün hekime giderken daha önceki kullanmış olduğu ilaçları ve varsa kronik hastalıklarına ait raporları hakkında bilgi verdiği belirlenmiştir. Bireylerin %84,1'inin verilen ilaçları hekim veya eczacının önerdiği sürede kullandığı, %80,5'inin grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetlerinde muayene olmadan, kendi başına antibiyotik kullanmadığı, %20,72'sinin kendisini kötü hissettiğinde vitamin, mineral desteği kullandığı saptanmıştır. Bireylerin %78'inin eczacılardan ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığı, ilacın yan etkileri ile karşılaşma durumunda %96,3'ünün hekime başvuru yapacağı, %90,2'sinin basında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanmayacağı saptanmıştır. Bireylerin %53,7'sinin ağrı kesici ihtiyacı olduğunda reçetesiz eczaneden aldığı, %90,2'sinin besin veya ilaç alerjisini muayene sırasında hekimi ve ilgili sağlık personeli ile paylaştığı, %65,9'una ilaçlarla birlikte tüketmemesi gereken yiyecek ve içecekler ile ilgili bilgilendirme yapıldığı saptanmıştır. Ayrıca %52,4'ünün muayene parası ödememek için hekime muayene olmadan eczaneden ilaç aldığı, %62,2'sinin ilaç alırken reçetede yazan ilaç olup olmadığını kontrol etmediği, %59,8'inin eczaneye gittiğinde genellikle eczacı tarafından karşılandığı, %93,9'unun ilaç temini sırasında reçetede yazılardan farklı olarak, eczacının önerdiği eşdeğer ilacı (farklı firmaların aynı etken maddeli ilacı) kullandığı ve %81,7'sinin alınan ilacın ne şekilde kullanılacağı konusunda eczacı tarafından bilgi verilip doğru anlaşıldığına emin olana kadar anlatıldığı belirlenmiştir.

Bireylerin eğitim durumlarına göre aktif el kullanımı ve sahip oldukları meslek grupları Tablo 4.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.4. İnmeli bireylerin eğitim durumlarına göre aktif el kullanımı ve sahip oldukları meslek grupları (n=82)

	Eğitimsiz		Eğitimli	
	n	%	n	%
Aktif el				
Sağ	45	91,8	23	69,7
Sol	4	8,2	10	30,3
Meslek				
Çiftçi	1	2,0	3	9,1
Emekli	22	44,9	23	69,7
Ev hanımı	26	53,1	3	9,1
Esnaf	--	--	1	3,0
İşçi	--	--	1	3,0
Öğretmen	--	--	2	6,1

Araştırmaya katılan bireylerin %59,72'si eğitimsiz; %40,24'ü eğitimlidir. Araştırmaya katılan eğitimli bireylerin %91,8'i sağ el kullanırken; eğitimsiz bireylerin %69,72'si sağ elini aktif kullandığını ifade etmiştir. Ayrıca eğitimsiz gruptaki bireylerin %53,1'i ev hanımı iken, eğitimli gruptaki bireylerin %69,7'si emeklidir.

Eğitimsizler için mini mental teste ilişkin değerler Tablo 4.5.'de verilmiştir.

Tablo 4.5. İnmeli bireylerin eğitimsizler standardize mini mental test sonuçları (n=82)

Zaman bölüm puanları	3,00	12	24,5
	4,00	26	53,1
	5,00	11	22,4
Zaman puan ortalama	3,98±0,69		
Mekan bölüm puanları	3,00	22	44,9
	4,00	19	38,8
	5,00	8	16,3
Mekan puan ortalama	3,71±0,74		
Kayıt hafızası bölüm puanları	2,00	12	24,5
	3,00	37	75,5
Kayıt hafızası ortalama puan	2,76±0,43		
Dikkat ve hesap bölüm puanları	2,00	1	2,0
	3,00	1	2,0
	4,00	1	2,0
	5,00	46	93,9
Dikkat ve hesap ortalama puanları	4,88±0,53		
Hatırlama bölüm puanları	1,00	21	42,9
	2,00	25	51,0
	3,00	3	6,1
Hatırlama ortalama puan	1,63±0,60		
Lisan bölümü toplam	5,00	1	2,0
	6,00	2	4,1
	7,00	10	20,4
	8,00	27	55,1
	9,00	9	18,4
	5,00	11	22,4
Lisan ortalama puanları	7,84±0,85		

TOPLAM	24,80±1,43
---------------	------------

Eğitimsizler için SMMA ortalama puanları; zaman bölümü için 3,98±0,69; mekan 3,71±0,74; kayıt hafızası 2,76±0,43; dikkat ve hesap 4,88±0,53; hatırlatma 1,63±0,60; lisan 7,84±0,85 olarak hesaplanmıştır. Eğitimsizler için mini mental test toplam puan ortalaması 24,80±1,43'tür.

Standardize mini mental anketi bölümlerine ilişkin değerler Tablo 4.6. 'da verilmiştir.

Tablo 4.6. İnmeli bireylerin eğitilmişler standardize mini mental test sonuçları

Yönelim bölüm puanları	3,00	1	3,0
	8,00	7	21,2
	9,00	14	42,4
	10,00	11	33,3
Yönelim puan ortalama	8,94±1,30		
Kayıt hafızası bölüm puanları	2,00	1	3,0
	3,00	32	97,0
Kayıt hafızası ortalama puan	2,97±0,17		
Dikkat ve hesap bölüm puanları	0,00	2	6,1
	1,00	2	6,1
	2,00	9	27,3
	3,00	11	33,3
	5,00	8	24,2
	8,00	1	3,0
Dikkat ve hesap ortalama puanları	3,06±1,69		
Hatırlama bölüm puanları	2,00	27	81,8
	3,00	5	15,2
	8,00	1	3,0
Hatırlama ortalama puan	2,33±1,08		
Lisan bölümü toplam	6,00	2	6,3
	7,00	1	3,1
	8,00	8	25,0
	9,00	21	65,6
Lisan ortalama puanları	8,50±0,84		
TOPLAM	25,67±2,01		

Eğitilmişler için ortalama puanlar; yönelim bölümü için 8,94±1,30; kayıt hafızası 2,97±0,17; dikkat ve hesap 3,06±1,69; hatırlatma 2,33±1,08; lisan 8,50±0,84 olarak hesaplanmıştır. Eğitilmişler için toplam puanların ortalaması 25,67±2,01'dir. Bireylerin mini mental test puan ortalamaları kategorize edildiğinde %17,07'sinin hafif demans; %82,93'ünün normal olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. İnmeli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre bilişsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi (n=82)

	SMMT
	Ort±SS / Med
Yaş	
75 yaş altı	3,87±0,34 /4,00
75 yaş ve üstü	3,76±0,44 /4,00
Test değeri	-1,414
p değeri	0,157
Cinsiyet	
Kadın	3,71±0,46 /4,00
Erkek	3,91±0,28 /4,00
Test değeri	-3,297
p değeri	0,001
Medeni durum	
Evli	3,83±0,38 /4,00
Bekar	3,83±0,38 /4,00
Test değeri	-0,991
p değeri	0,322
En uzun süre yaşanılan yer	
İl	3,85±0,36 /4,00
İlçe + kasaba	3,73±0,46 /4,00
Köy	3,85±0,37 /4,00
Test değeri	0,056
p değeri	0,972

Tablo 4.8. İnmeli bireylerin hastalık ve ilaç kullanım özelliklerine göre bilişsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi (n=82)

Genel sağlık durumu	
Oldukça iyi ¹	3,78±0,44 /4,00
İyi ²	3,97±0,17 /4,00
Fena değil ³	3,74±0,45 /4,00
Kötü ⁴	3,64±0,5 /4,00
Test değeri	13,622
p değeri	0,003*
post-hoc	2>3,4
Sıklıkla ilk olarak başvurulanan sağlık kurumu	
Devlet/eğitim araştırma hastanesi	3,83±0,38 /4,00
Aile sağlığı merkezi	3,82±0,39 /4,00
Test değeri	-1,137
p değeri	0,256
Sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı	
Haftada bir + ayda bir ¹	3,86±0,36 /4,00
3 (üç) ayda bir ²	3,78±0,42 /4,00
6 (altı) ayda bir + yılda bir ³	3,94±0,25 /4,00
Test değeri	7,455
p değeri	0,024*
post-hoc	3>2
Günlük kullanılan sayıca ilaç miktarı	
2-3 adet	3,88±0,35 /4,00
3 adet	3,9±0,31/4,00
4 adet	3,75±0,44/4,00
5+ adet	3,82±0,39/4,00

Tablo 4.8. İnmeli bireylerin hastalık ve ilaç kullanım özelliklerine göre bilişsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi (devamı)

Test değeri	0,749
p değeri	0,862
En güçlü ilaç formu	
Enjeksiyon (iğne)	3,86±0,35/4,00
Tablet-kapsül	3,88±0,34/4,00
Hepsi eşittir	3,8±0,41/4,00
Test değeri	0,006
p değeri	0,940
Kullanılan ilaçların etkisini bilme	
Evet	3,86±0,35/4,00
Hayır	3,69±0,48/4,00
Test değeri	-1,616
p değeri	0,106
Kullanılan ilaçların yan etkisini bilme	
Evet	3,92±0,29/4,00
Hayır	3,81±0,39/4,00
Test değeri	-1,739
p değeri	0,082
Prospektüs okuma	
Evet	4±0
Hayır	3,78±0,42/4,00
Bazen	3,87±0,34/4,00
Test değeri	4,296
p değeri	0,117
İlaçların son kullanım tarihine dikkat etme	
Evet	3,89±0,32/4,00
Hayır	3,77±0,43/4,00
Bazen	3,88±0,33/4,00
Test değeri	4,368
p değeri	0,113
Doktora başvurmadan kendi kendine ilaç kullanımı	
Evet	3,83±0,38/4,00
Hayır	3,82±0,39/4,00
Test değeri	0,000
p değeri	0,999
Tedavi sırasında ilaç kullanmayı kesme	
Evet	3,76±0,44/4,00
Hayır	3,85±0,36/4,00
Test değeri	-0,877
p değeri	0,380
İlaçları ayırt etmek için kullanılan yöntem	
Var	3,8±0,4/4,00
Yok	4,00±0,00/4,00
Test değeri	-0,021
p değeri	0,983
İlaçları içerken ayırt etmede kullanılan yöntem	
Üstünde yazılanlara göre	3,88±0,32/4,00
Renk ayırımına göre	3,68±0,48/4,00
Test değeri	-2,971
p değeri	0,003*
İlaç/İlaçları aldıktan sonra tanımlanan değişiklik	
Olumlu	3,86±0,35/4,00
Olumsuz	3,64±0,5/4,00
Test değeri	-1,748
p değeri	0,081

* $p<0,05$

Bireylerin yaş, medeni durum, en uzun yaşanılan yer, ilk olarak başvurulmuş sağlık kurumu tipine göre mini mental test puanları anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Cinsiyetine göre mini mental test puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği, erkeklerin mini mental test puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bireylerin genel olarak sağlığını nasıl değerlendirdiğine göre mini mental test puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği, genel sağlık durumu iyi olanların, fena değil ve kötü olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Bireylerin sağlık kuruluşlarına ne kadar sıklıkla başvurduğuna göre mini mental test puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği, üç ayda bir gidenlerin; altı ayda bir gidenlere ya da yılda bir gidenlere göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bireylerin günlük kullandığı ilaç miktarı, gerekli olduğunda kullanılmak istenilen en güçlü ilaç çeşidi ilaçların neye etki ettiğini bilme, kullanılan ilaçların yan etkisini bilme, prospektüs okuma, son kullanma tarihine dikkat etme, doktora başvurmadan önce kendi kendine tedavi için ilaç kullanma, tedavi sırasında kendini iyi hissettiğinde ilaç kullanmayı kesme, ilaçları ayırt etmede kullanılan yöntemin varlığı, ilaçlarını aldıktan sonra kendisinde meydana gelen değişikliği olumlu ve olumsuz tanımlamasına göre mini mental test puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Bireylerin ilaçları içerken ayırt etmede kullanılan yöntemlere göre mini mental test puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği, üstünde yazılanlara göre ilaçlarını ayırt ettiğini ifade edenlerin puanlarının renk ayırımına göre ayırt edenlere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.9. İnmeli bireylerin SMMA puanlarını etkileyen faktöre ilişkin lineer regresyon analizi sonuçları

Modeller	Beta	Std. hata	t	p değeri	F değeri	p değeri	R ²	DW
1 Sabit	3,196	0,011	297,186	0,000	10,344	0,002*	0,103	1,968
Cinsiyet referans kategori= kadın								
Cinsiyet=erkek	0,046	0,014	3,216	0,002				
2 Sabit	3,244	0,011	302,823	0,000	4,350	0,007*	0,110	1,964
Sağlık durumu referans kategori= iyi								
Sağlık durumu=oldukça iyi	0,002	0,024	0,068	0,946				
Sağlık durumu=fena değil	-0,039	0,016	-2,430	0,017				
Sağlık durumu=kötü	-0,067	0,022	-3,057	0,003				
3 Sabit	3,204	0,010	335,124	0,000	4,936	0,009*	0,089	2,173
Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı referans kategori= üç ayda bir								
Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı=haftada bir + ayda bir	0,029	0,017	1,736	0,087				
Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı=6 (altı) ayda bir + yılda bir	0,056	0,019	3,019	0,003				
4 Sabit	3,239	0,009	360,099	0,000	10,830	0,002*	0,123	1,844
İlaçları ayırt etmede kullanılan yöntem referans kategori= üstünde yazılanlara göre								
İlaçları içerken ayırt etmede kullanılan yöntem=renk ayırımına göre	-0,047	0,014	-3,291	0,002				

*p<0,05

Cinsiyetin SMMA üzerindeki etkisinin incelendiği model anlamlı bulunmuştur (F=10,344). SMMA puanlarında meydana gelen değişimin %10,3'ü cinsiyet değişkeni ile açıklanmaktadır. Ayrıca erkeklerin kadınlara göre SMMA değerlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (beta = 0,046). Kişinin genel sağlık durumunun SMMA üzerindeki etkisini incelemek için kurulan model anlamlıdır (F=4,350). SMMA puanlarında meydana gelen değişimin %11'i kişinin genel sağlık durumu değişkeni ile açıklanmaktadır. Ayrıca genel sağlık durumunu “fena değil” olarak belirten bireylerin genel sağlık durumu iyi olanlara göre SMMA değerlerinin daha düşük olduğu görülmektedir (beta = -0,039). Genel sağlık durumu kötü olanların, genel sağlık durumu iyi olanlara göre SMMA değerlerinin daha düşük olduğu görülmektedir (beta = -0,067). Bireylerin sağlık kuruluşuna başvuru sıklığının SMMA üzerindeki etkisi incelenmiş ve kurulan model anlamlı bulunmuştur

($F=4,936$). SMMA puanlarında meydana gelen değişimin %8,9'u kişinin sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı değişkeni ile açıklanmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşuna 6 ayda bir ve yılda bir başvuru yapanların üç ayda bir yapanlara göre SMMA değerlerinin daha yüksek olduğu görölmektedir ($\beta = 0,56$). İlaçları ayırt ederken kullanılan yöntemin SMMA üzerindeki etkisinin incelendiği model anlamlı bulunmuştur ($F=10,830$). SMMA puanlarında meydana gelen değişimin %12,3'ü ilaçları ayırt ederken kullanılan yöntem değişkeni ile açıklanmaktadır. Ayrıca renk ayırımına göre ilaçları ayırt edenlerin, üstünde yazılanlara göre ayırt ettiğini ifade edenlere göre SMMA değerlerinin daha düşük olduğu görölmektedir ($\beta = -0,047$).

Bireylerin yaşı ile SMMA anketi arasında anlamlı ve negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; $r=-0,261$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonlarını ve akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Bu bölümde elde edilen bulgular iki ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin akılcı ilaç kullanım durumlarına yönelik bulguların tartışılması

5.2. 65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonlarının ve bunları etkileyen tanıtıcı özelliklerinin tartışılması

5.1. 65 Yaş ve Üzeri İnmeli Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Kronik hastalıkların sıklığı ilerleyen yaşla birlikte artmakta ve çoklu ilaç kullanımı da beraberinde getirmektedir [8,56,88]. Çalışmanın geriatrik bireylerde yapıldığı göz önüne alındığında, kronik hastalık varlığı (%97,6), ilaç kullanım süresi (%53,7'si 3-6 yıl) ve sayısı (%40,2'si 5 ve daha fazla ilaç) oranlarının literatüre benzer şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylere ilaçların, kar-zarar ilişkisi dikkate alınarak kontrollü bir şekilde reçete edilmesi ve verilmesi, çoklu ilaç kullanımına bağlı ilaç-ilaç etkileşimlerini ve uygunsuz ilaç tüketimini azaltmaya yardımcı olacaktır.

Hekim ve eczacının verilen ilacın kullanımı konusunda bireyi aydınlatıcı rolü vardır. Aydınlatma rolünün tam anlamıyla yerine getirilmiş olması, bireyin ilaç kullanım konusunda bilgisini arttırmaktadır [90]. Çalışmada inmeli bireylerin %80,5'inin kullandığı ilaçların etkisini bildiği %14,6'sının ise yan etkisini bildiği saptanmıştır. Zeybek'in (2018) yapmış olduğu çalışmada geriatrik bireylerin %61,4'ünün kullandıkları ilaçların etkisini, %41,4'ünün de kullandıkları ilaçların yan etkisini bildikleri belirtilmiştir [90]. Çalışmaya kıyasla literatürde hastaların kullanılan ilaçların yan etkisini bilme oranı daha fazladır. İki çalışmada da eğitim düzeyleri benzer olmasına rağmen farklılığın yaşam tarzından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hemşire, doktor veya eczacıların verilen ilaç hakkında bireye kapsamlı (ilacın etkisi, yan etki, ve etkileşimleri gibi) bilgi vermesi bu konudaki davranış biçimini ve farkındalığı arttırabilmektedir.

Prospektüs ilaçla ilgili kapsamlı bilgileri içermektedir. Hekim, eczacı ya da herhangi bir sağlık personeline ulaşamadığı zamanlarda ilaçlarla ilgili bilgiler ilk prospektüs

sayesinde elde edilir [92]. Bu çalışmada inmeli bireylerin, %28'inin bazen prospektüsü okuduğu belirlenmiştir. Yavuzer Bayrak'ın (2018) kronik hastalığa sahip bireylerde yaptığı çalışmada prospektüs okuma oranı %36,3'ünün, Yapıcı ve ark.'nın (2011) % 33,0'nı 20-29 yaş grubunun oluşturduğu çalışmada bireylerin %73,3'ünün, Büyükturan ve ark.'nın (2017) %40'nı 20-09 yaş grubunun oluşturduğu çalışmada bireylerin %63,5'inin, Karakurt ve ark.'nın (2010) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada %83,6'sının, Lee ve ark.'nın (2017) Tayvan'da adölesan grupla yapmış oldukları çalışmada ise bireylerin %53,6'sının ilaç talimatlarını okudukları belirlenmiştir [91,93,94,95,96]. Yapılan diğer çalışmalarla kıyaslandığında bu çalışmadaki prospektüs okuma oranı yeterli düzeyde değildir. Bunun nedeninin çalışmaya geriatrik bireylerin dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin %47,6'sının ilaçların son kullanma tarihine dikkat etmediği saptanmıştır. Büyükturan ve ark.'nın (2017) yaptığı %40'ının 20-29 yaş grubundakilerin oluşturduğu çalışmada ilaçların son kullanma tarihine bakma oranı %68,4, Göçgeldi ve ark.'nın (2009) yaptığı %72,8'inin 18-39 yaş aralığında olduğu çalışmada %88,4, Pınar ve ark.'nın (2013) 18 yaş üstü bireylerle yaptıkları çalışmada %84,1, Yılmaz ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada %93,7'sinin son kullanma tarihine dikkat etmediği belirlenmiştir [94,97,98,99]. Çalışmadaki bireylerin ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme oranları daha önce yapılan çalışma sonuçlarına göre düşükbulunmuştur. Farklılığın diğer çalışmalardaki bireylerin çoğunluğunun lise veya üniversite mezunu olmasından ve yaş faktöründen kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer bir neden ise; çalışmada bireylerin %97,6'sının kronik hastalığa sahip olması nedeniyle, sürekli ve düzenli bir şekilde ilaç kullanımını nedeniyle son kullanma tarihine dikkat etmedikleri de düşünülebilir.

Ülkemizdeki kendi kendine ilaç kullanım oranları yüksektir. Bu davranış akılcı ilaç kullanım ilkeleriyle bağdaşmamaktadır. Kendi kendine ilaç kullanımı, bilinmeyen bir hastalığın semptomlarını gizleyebilir ve teşhisini geciktirebilir.

Bilinçsiz ilaç tüketiminin neden olacağı diğer bir olumsuzluk ise besin-ilac, ilac-ilac etkileşimleridir [7]. Bireylerin, %58,5'inin kendi kendine ilaç kullandığı belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda kendi kendine ilaç kullanım oranları benzer çıkmıştır. Yılmaz ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada %50,7, Büyükturan ve ark.'nın (2017) çalışmasında bireylerin %55,6'sının, Özçelikay'ın (2001) yetişkin grupta yaptığı çalışmada %75,5'i kendi kendine ilaç kullandığı saptanmıştır. [94,99,100]. Çoğunluğunu üniversite mezunlarının oluşturduğu Çin'de yapılan bir çalışmada bireylerin

%45,4'ünün kendi kendine ilaç kullandığı saptanmış olup ve kendi kendine ilaç tedavisini tercih etmelerinin nedeni olarak hastalığın ciddiyetinin doktora gitmeyi gerektirmemesi olarak bildirmişlerdir [101]. Çalışmada ilaçlarla ilgili bilginin en çok doktordan alındığı (%46,3) ve ilaçların tarif edildiği gibi alınma oranı (%61) göz önüne alındığında, sağlık personelinin ilaç kullanım ile ilgili vereceği eğitimlerin, bireylerin akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İlaçların önerilen sürede ve dozda kullanılmaması tedavinin yarım kalmasına, hastalığın ilerlemesine veya komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır [107]. Çalışmada bireylerin %25,6'sının kendini iyi hissettiğinde ilaçlarını kestiği saptanmıştır. Ekenler ve ark. (2016) yaptığı çalışmada bireylerin %77,3'nün doktorun önerdiği süreden önce ilaç kullanmayı bıraktığı bildirilirken, çalışmanın aksine Yılmaz ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada bireylerin %37,3'ünün hekimin verdiği ilacı şikayeti geçene kadar kullandığı belirtilmiştir [99,102]. Önerilen tedavinin önerildiği şekilde kullanılmaması önemli halk sağlığı sorunlarına ve artmış sağlık harcamalarına neden olacağı için bireylerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada bireylerin %69,5'i evinde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış 1-5 kutu ilacın olduğunu belirtmiştir. Yapıcı ve ark.'nın yaptığı çalışmada bireylerin %37,0'sinin evde kullanmadıkları ilaç bulundurduğu, Kılıç'ın (2020) çalışmasında ise %89,1'inin evde artmış ilaç ve %32,7'sininde 10 kutudan fazla ilaç bulundurduğu bildirilmiştir [93,103]. Hatipoğlu ve ark.'nın (2016) çalışmasında bireylerin %80,0'inde, Deniz'in (2019) çalışmasında %81,4'ünde evinde yedek ilaç bulundurduğunu belirtmiştir [104 ve 105]. Çalışmadaki bireylerin birden fazla kronik hastalığa sahip olması ve ülkemizdeki ilaçlara ulaşmadaki kolay erişim bu sonucu destekleyebilir.

Bireylere evde bulundurulması gereken acil ilaçların neler olduğu ve bu ilaçlar hakkında bilgi verilmesi ile gereksiz ilaç biriktirmenin önüne geçilebilir.

Bu çalışmadaki innmeli bireylerin %48,8'i her yıl kutusu bile açılmadan 1-3 kutu ilacı son kullanım tarihi geçtiği için attıklarını ifade etmiştir. Çalışma sonuçlarına benzer şekilde Büyükturan ve ark.'nın çalışmasında bireylerin %39,5'inin 1-3 kutu ilaç attığı belirtilmiştir [94].

İnnmeli bireylerin ilaçları genellikle oda sıcaklığında serin ve kuru bir yerde sakladığı (%68,3), evinde bulunan ilaç soğuk zincir ilacıysa %90,2'sinin buzdolabının kapağında sakladığı belirlenmiştir. Lee ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada bireylerin yarısı her türlü ilacın buzdolabında saklanması gerektiğini düşünmektedir. Göçgeldi ve ark.'nın

çalışmasında bireylerin %42,9'unun ilaçları ecza dolabında veya özel bir çekmecede sakladıklarını, Kılıç'ın (2020) çalışmasında ise bireylerin %63,4'ünün kullanma talimatındaki saklama koşullarını okuyup dikkat ettiğini ifade edilmiştir [96 ve 97]. Uygun yerde muhafaza edilmemiş ve bunun sonucu olarak bozulmuş ilaçların kullanımı ciddi sağlık problemlerine yol açabilir. Bu durumun yaşanmaması için ilaç hakkında bilgilendirme yapılırken saklama koşullarına da değinilmesi ve kullanma talimatını okumaya yönelik farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Çalışmada evdeki ilaçları tekrar kullanmak isteyen bireylerin %96,32'sinin hastalığına uygunluğuna ve %30,5'inin de son kullanma tarihine dikkat ettiği belirlenmiştir. Yılmaz ve ark.'nın (2014) yılında yapmış olduğu çalışmada bireylerin ilaçların son kullanım tarihine (%56,3) ve hastalığa uygun ilaç olmasına (%46,5) dikkat ettiklerini bildirmişlerdir [99]. Çalışmada bireylerin evinde bulunan ilaçları tekrar kullanmak istediğinde, yarısına yakınının tanıdığından ve daha önce kullandığı için kimseden bilgi almadığı saptanmıştır. Uğrak ve ark.'nın (2015) kardiyoloji hastalarında yapmış olduğu çalışmada "Evde bulundurmuş olduğunuz ilaçları tekrar kullanmak istediğinizde kimden bilgi alırsınız?" sorusuna bireylerin %43,3'ünün hekimden bilgi aldığı belirtilmiştir. Bir ilacın tekrar kullanılabilmesi için sadece hastalığa uygun olup olmaması önemli değildir. İlacın son kullanma tarihi, kullanma talimatındaki kullanım süresi ve uygun koşullarda saklanıp saklanmadığına dikkat edilmesi gereklidir. Bunlardan birinin göz ardı edilmesi ilaç zehirlenmelerine ve ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir [106]. İlaç bilgisi konusunda sağlık profesyonellerine danışmak ve prospektüs okuma alışkanlığının kazandırılması bu açıdan önemlidir.

Bireylerin %58,5'inin gerekli olabileceği düşüncesi ile hasta olmadan veya kendisi satın alıp evde ilaç bulundurduğu ve bu ilaçların %57,3'ünün ağrı kesiciler olduğu belirlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda bu sonuçlarla örtüşmektedir. Özçelikay'ın (2001) çalışmasında hekime danışmadan ilaç alma oranının %75,5 ve alınan ilaçların %54,0'sini ağrı kesiciler olduğu bildirilmektedir. Şantaş'ın (2017) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin %53,3'ünün evde en fazla ağrı kesici bulundurdıkları belirlenmiştir [100,107]. Yapılan çalışmalara göre yaş grupları arasında farklılık olmaksızın bireylerin en çok ağrı kesicileri bulundurduğu belirlenmiştir. Reçetesiz ağrı kesici alınabilmesi ve fiyatlarının ulaşılabilir olmasının bu durumu etkilediği düşünülmektedir.

Bireylerin %79,3'ünün hastalık durumunda hekime danıştığı, %96,3'ünün hekime giderken daha önceki kullanmış olduğu ilaçları ve varsa kronik hastalıklarına ait raporları hakkında bilgi verdiği belirlenmiştir. Bireylerin %84,1'inin verilen ilaçları hekim veya eczacının önerdiği sürede kullandığı belirlenmiştir. Özçelikay'ın çalışmasında bireylerin %56,6'sının bir hastalık durumunda hekime danıştığı, %76,1'i ilaçlar konusunda hekim tavsiyesini uyguladığı; Uğrak ve ark.'nın (2015) kardiyoloji hastalarında yaptıkları çalışmada %89,3'ünün hastalık durumunda hekime danıştığı, %93,4'ünün hekime giderken daha önceki kullanmış olduğu ilaçları ve varsa kronik hastalıklarına ait raporları hakkında bilgi verdiği, %47,1'inin ilaçları hekim veya eczacı önerdiği sürece kullandıklarını ifade etmişlerdir [100,106]. Çalışma sonuçları arasındaki farkın örneklem gruplarının yaş farkından ve kronik hastalık varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. İleri yaş ve kronik hastalığa sahip bireyler daha sık hastaneye gitmek zorunda kaldıkları için hekimlerle daha sık iletişime geçmektedirler.

Çalışma sonucunda bireylerin %5,0'ının grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetlerinde muayene olmadan antibiyotik kullandığı, %11,0'ının ise doktor önerisi olmadan antibiyotik kullandığı ve kendini iyi hissettiğinde ilacı kullanmayı kestiği belirlenmiştir. Uğrak ve ark.'nın (2015) çalışmasında reçetesiz antibiyotik kullanım oranı %23,7, Pınar ve ark.'nda (2013) %34,3, Açıkgöz ve ark.'nın (2020) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada %7,9 bulunmuştur [98,106,108]. Dünya'da ise Avrupalıların %93'ünün antibiyotikleri reçeteyle veya doğrudan bir tıp doktorundan aldıkları bildirilmektedir. Yunanistan'da, katılımcıların sadece %79'u bir tıp doktorundan reçeteyle antibiyotik aldıklarını söylerken, İsveç'te bu rakam %98'dir [109].

Kontrolsüz antibiyotik kullanımı hem vücutta antibiyotik direnci gelişimine neden olmaktadır de ilaç sanayisindeki maliyetleri olumsuz etkilemektedir. Antibiyotik reçete edilirken doğru hasta doğru antibiyotik ilişkisine dikkat etmek ve antibiyotik kullanımına sağlık politakalarında geniş yer vermek reçetesiz antibiyotik kullanım oranlarını düşürmede yardımcı olabilir.

Bireylerin %78'inin eczacılardan ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığı, ilacın yan etkileri ile karşılaşma durumunda %96,3'ünün hekime başvuru yapacağı, %90,2'sinin basında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanmayacağı saptanmıştır. Yavuzer Bayrak'ın (2018) çalışmasında bireylerin %84,9'u ilacın yan etkisi ile karşılaştığında hekime başvurduğu, "Basında reklamı yapılan ürünleri kullanır mısınız?" sorusuna ise %90,1'inin, hayır cevabı verdiği bildirilmiştir. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde

edilmiştir [91,106,111]. Günümüzde basında çok sık gördüğümüz tedavi ya da estetik amacı adı altında satılmak istenen ürünler ciddi sağlık problemlerine ve maliyete neden olmaktadır. Çalışmadaki bireylerin bu konudaki ve ilacın yan etkileriyle karşılaştığında gösterecekleri davranış biçimi AİK'e uygundur.

Çalışma sonucunda bireylerin %62,2'sinin ilacı alırken reçetede yazan ilaç olup olmadığını kontrol etmediği, %93,9'unun ilaç temini sırasında reçetede yazılandan farklı olarak, eczacının önerdiği eşdeğer ilacı kullandığı belirlenmiştir. Bu oranlar çalışmaya katılan inmeli bireylerin AİK ilkelerine uymadıklarını göstermektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Yavuzer Bayrak'ın çalışmasında ise hastaların %60,2'si reçete ile ilaç alırken reçetede yazan ilaç olup olmadığını kontrol ettiği ve %73,9'u eczacının önerdiği eş değer ilacı kabul etmediği bildirilmiştir [91].

5.2. 65 Yaş ve Üzeri İnmeli Bireylerin Bilişsel Fonksiyonlarının Ve Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Eğitimsizler için mini mental test toplam puan ortalaması $24,80 \pm 1,43$ iken eğitilmişler için $25,67 \pm 2,01$ 'dir. Bireylerin mini mental test puan ortalamaları kategorize edildiğinde %17,07'sinin hafif demans; %82,93'ünün normal olduğu tespit edilmiştir. Özdemir'in (2019) geriatrik bireylerde yaptığı çalışmada MMSE puanı 27,00'dir [112]. İki çalışmadaki eğitim düzeyi ve yaş gruplarındaki benzerliğe rağmen ortalamalar arasındaki farklılığın çalışmanın inmeli bireylerle yapılmış olması, sosyokültürel ve yaşam standartlarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Düşük eğitim düzeyinin Akılcı İlaç Kullanımını etkilediği inmeli bireylerde yapılan çalışmada ve literatürde de desteklenmektedir [90, 93,98].

Madureira ve ark.'nın (2001) inmeli bireylerde demans ve bilişsel bozukluk ile ilgili yaptığı çalışmada demans kadın cinsiyeti ile ilişkilendirilmiştir [113]. Çalışmada da literatürü destekler nitelikte erkeklerin bilişsel durumlarının kadınlardan daha iyi olduğu saptanmıştır.

Bireylerin genel olarak sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri, sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı ve ilaç içerken ayırt etmede kullanılan yöntemlere göre mini mental test puanlarının anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Literatürde inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonlarını değerlendirecek yeterli çalışma bulunamamıştır. Ancak alzheimer tanısı almış bireylerin bilişsel fonksiyonlarının değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde

düşük eğitim düzeyinin ve ileri yaşın bilişsel fonksiyonu kötü anlamda etkilediği bildirilmektedir [50,114].



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

65 yaş ve üzeri inmeli bireylerin bilişsel fonksiyonlarını ve akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin 81,7'sinin iskemik inmesinin, %70,7'sinin 65-74 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Eğitimsizler için mini mental test toplam puan ortalaması $24,80 \pm 1,43$ (Tablo 4.4.), eğitilmişler için $25,67 \pm 2,01$ 'dir (Tablo 4.5.).

İnmeli bireylerin çoğunluğunun kullandığı ilaçların neye etki ettiğini bildiği, ilaçların yan etkisini bilmediği, prospektüs okumadığı, ilaçların son kullanma tarihine dikkat etmediği, kendi kendine ilaç kullandığı, kullandığı ilaçlar ile ilgili bilgileri doktordan aldığı, tarif edildiği şekilde ilaçlarını aldığı ve kendisini iyi hissettiğinde ilaçlarını kestiği belirlendi (Tablo 4.2.).

İnmeli bireylerin %86,6'sının ilaçları ayırt etmek için kullandığı yöntemlerin olduğu ve %52,4'ünün üstünde yazılanlara göre ilaçlarını ayırt ettiği saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Çalışmaya katılan inmeli bireylerin çoğunluğunun tedavi sonrası arta kalan ilaçları sakladığı, 1-5 arasında evinde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış kutu ilaçların olduğu, ilaçları genellikle oda sıcaklığında serin ve kuru bir yerde sakladığı, ilaçları tekrar kullanacağı zaman hastalığına uygunluğuna dikkat ettiği ve tanıdıklarına sorduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.).

İnmeli bireylerin gerekli olabileceği düşüncesi ile hasta olmadan veya kendisi satın alıp evde ilaç bulundurduğu, bu ilaçların çoğunun ağrı kesiciler olduğu, hastalık durumunda hekime danıştığı, hekime giderken daha önceki kullanmış olduğu ilaçları ve varsa kronik hastalıklarına ait raporları hakkında bilgi verdiği, verilen ilaçları hekim veya eczacının önerdiği sürede kullandığı, kendi başına antibiyotik kullanmadığı bulundu (Tablo 4.3.).

Çalışmaya katılan inmeli bireylerin %57,3'ünü erkek bireyler oluşturmakta ve erkeklerin mini mental test puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7.).

Genel sağlık durumunu iyi olarak bildirenlerin, fena değil ve kötü olarak bildirenlere göre mini mental test puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7.).

Sağlık kuruluşlarına üç ayda bir gidenlerin; altı ayda bir ya da yılda bir gidenlere göre mini mental test puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7.).

İlacı üstündeki yazılara göre ayırt ettiğini ifade eden bireylerin, renk ayırımına göre ayırt edenlere kıyasla mini mental test puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7.).

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitimlerin veya bilgilendirmenin ilköğretim çağından itibaren başlanması ve ilerleyen yaş ile birlikte bu konudaki geri bildirimlerin alınması,
- Klinikte çalışan sağlık personelinin akılcı olmayan ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilmesi ve denetlenmesi,
- Akılcı olmayan ilaç kullanımına teşvik edici televizyon veya internet reklamları ve haberlerinin sınırlandırılması,
- Akılcı ilaç kullanımı ilkelerini içeren uygulamaların geliştirilmesi ve bu konuda teknolojiden faydalanılması,
- İlaç kutularının ve prospektüslerin daha anlaşılır, sade hazırlanması,
- İlaç kullanımını etkileyecek faktörlerin araştırılıp toplum merkezli özellikle hassas gruplarda (yaşlı, çocuk, kronik hastalığa sahip) kapsamlı araştırmaların yapılması ve sonuçlar dahilinde akılcı ilaç kullanımına yönelik alışkanlıkların kazandırılıp sürdürülmesi için gerekli planlamaların yapılması ve uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). (1987). *Conference of Experts on the Rational Use of Drugs*. Nairobi, Kenya.
2. İlaç Sektörü Raporu. (2021). *Sektörel Raporlar ve Analizler Serisi*. Sanayi ve Verimlilik Genel Müdürlüğü.
3. Türkiye İlaç Sektör Raporu (2021). *Sektör Raporları*. Turkrating. Erişim Tarihi:14.04.2022.
4. World Health Organization (2002). Promoting Rational use of Medicines: Core Components. *WHO Policy Perspectives on Medicines*. Report WHO/EDM/2002.3. Geneva.
5. Akdağ, R. (2011). Refik Saydam Başkanlığı, Hıfzıssıhha Merkezi; Müdürlüğü, Hıfzıssıhha Mektebi. Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı. *Sağlık Bakanlığı Yayın*, 856, 1-84.
6. Musazzi, U. M., Giorgio, D., and Minghetti, P. (2020). New Regulatory Strategies To Manage Medicines Shortages In Europe. *International Journal of Pharmaceutics*, 579, 119171.
7. Meriç Yılmaz, F., Şencan, İ., Kesinkılıç, B., Ekin, B., Özkan Altunay, Z., Sarıoğlu, G. ve Ergüder, T. (Ed.). (2017). *Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı (2017-2025)*. Sağlık Bakanlığı 1056, Ankara.
8. Gülhan, R. (2013). Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(2), 99-105.
9. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu, (TÜİK) (2020). URL:<https://www.tuik.gov.tr/>. Son Erişim Tarihi: 21.04.2022.
10. Akdemir, N. ve Birol, L. (2011). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Genişletilmiş 3. Basım, Ankara.
11. Yeşil, Y., Cankurtaran, M. ve Kuyumcu, M.E. (2012). Beğ, T. (Ed.). Polifarmasi. *Klinik Gelişim, Geriatri*, 25(3).
12. Yıldırım, A. B. ve Kılınç, A. Y. (2017). Yaşlı Hastalarda Polifarmasi ve İlaç Etkileşimi. *Türk Kardiyoloji Dergisi*, 45(5), 17-21.
13. Kablan, Y. (2018). İnme:Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Gökçe, M.(ed.) İnme-I, *Türkiye Klinikleri*, 1-19.

14. Esanwe, C. and Gutierrez, J. (2015). Secondary Stroke Prevention: Challenges and Solutions. *Vascular Health Risk Management*, 7(11), 437–450.
15. Gürvit, İ. H. (2011). *Demans sendromu, alzheimer hastalığı ve alzheimer dışı demanslar*. İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Kitabı.
16. Demir Akçal, A. S., Saraçlı, Ö., Emre, U., Atasoy, N., Gündül, S., Özen Barut, B., Şenormancı, Ö., Büyükuysal, M. Ç., Atik, L. ve Atasoy, H. T. (2014). Hastanede Yatan Yaşlılarda Bilişsel İşlevlerin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon, Anksiyete ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51, 267-274.
17. Aygin, D. ve Cengiz, H. (2011). İlaç Uygulama Hataları Ve Hemşirenin Sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(3), 110-114.
18. Ulupınar, S. ve Akıcı, A. (2015). Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol*, 3(1), 84-93.
19. Cengiz, Z. (2018). *Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
20. Çakmak, V.(2019). *Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
21. Takmak, Ş. (2019). *Koah (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)’Ta Akılcı İlaç Kullanımı Ve Semptom Kontrolü Eğitiminin Öz Etkililik, Emosyonel Durum ve Klinik Parametrelere Etkisi*. Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
22. Coupland, A.P., Thapar, A., Qureshi, M.I., Jenkins, H. and Davies, A.H. (2017). The Definition Of Stroke. *J R Soc Med*. 110 (1): -12.
23. Sacco, R.L., Kasner, S.E., Broderick, J.P., Caplan, L.R., Connors, J.J., Culebras, A., vd. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*,44: 2064–2089.
24. Karadakovan, A.ve Aslan, F.E,(2020). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (5. baskı), (s.1160-1171). Akademisyen Kitapevi.
25. Bilgili, N. ve Gözüm, S. (2014). İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*,7 (2),128-150.

26. Special Report From the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Classification of Cerebrovascular Diseases III. 1990. *Journal of American Heart Association*, 21: 637–676.
27. İnternet: Asa Types Of Stroke (https://www.cdc.gov/stroke/types_of_stroke.htm) Son Erişim Tarihi: 20.04.2022.
28. Guyton, A.C and Hall J.E.(2017). *Tıbbi fizyoloji* (13.baskı), (s.790). Ankara, Güneş Tıp Kitabevi.
29. Adams Jr, H. P., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L. and Marsh, E. E. (1993). Classification of subtype of acute ischemic stroke definitions for use in a multicenter clinical trial, trial of org 10172 in acute stroke treatment. *Stroke*, 24(1), 35-41.
30. Ay, H., Benner, T., Murat, Arsava E., Furie, K. L., Singhal, A. B., Jensen, M. B., and Koroshetz, W. J. (2007). A computerized algorithm for etiologic classification of ischemic stroke: the causative classification of stroke system. *Stroke*, 38(11), 2979-2984.
31. Uzuner, N., Kutluk, K. ve Balkan, S. (ed.). İnme Tanı Ve Tedavi Kılavuzu, 2015. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği*.
32. Melek, İ., Afşar, N., Güngör, L., Gökçe, M., Utku, U. ve Kutluk K. (2015). Hemorajik İnme Tanısı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanısı ve Tedavi Kılavuzu.
33. Özkoçak, Turan I. (2019). *Yoğun bakım sırları* (6.baskı), (s.411). Ankara, Güneş Tıp Kitabevi.
34. Gombet, T.R., Paul, Macagré Ossou-Nguët, P.M., Gankamai, T.N., EllengaMbolla, B.F., Otgobanda, G.F., Obondzo-Aloba K. and Longo-Mbenza B. (2013). Hypertension and Intracerebral Hemorrhage In Brazzaville. *World Journal of Cardiovascular Diseases*, 3, 523-528.
35. Unnithan, A.K. and Mehta P. (2022). Hemorrhagic Stroke. *StatPearls Publishing*.
36. Roy-O'Reilly, M. and McCullough, L.D. (2018). Age and Sex Are Critical Factors in Ischemic Stroke Pathology. *Endocrinology*, Aug; 159(8): 3120–3131.
37. İnternet: Çoban O. ve Ekizoğlu E. Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar, Sınıflama, Epidemiyoloji Ve Risk Faktörleri (<http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm>) Son Erişim Tarihi: 22.04.2022.
38. Mair, G. and Wardlaw, J.M. (2014). Imaging of acute stroke prior to treatment: current practice and evolving techniques. *Br J Radiol*, August, 87(1040): 20140216.

39. İnternet:Stroke Symptoms, American Stroke Association, <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms> Son Erişim Tarihi:22.04.2022.
40. Dora, B.,Önal, M.Z.,Arsava, E.M.,Yılmaz, Ö.,Kutluk, K. ve Uzuner, N. (2015).Tanı Yöntemleri: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu.*Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*,21(2): 74-79.
41. Giray, S. ve İnanç, Y. (2018).Akut İskemik İnmede Girişimsel Tedaviler. Gökçe M. (ed.). İnme-I. *Türkiye Klinikleri*, 46-54.
42. Duman, T. ve Dede, H.Ö. (2010). İnmeye Ait Prognostik Faktörler:Hastaya Ait Faktörlerin Gözden Geçirilmesi. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*,16;1; 7-16.
43. Dinç, Y., Bakar, M. ve Hakyemez, B. (2020). Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda İskemik İnme Sebepleri. *Turk J Neurol*. 26: 311-315.
44. Silver, B., Lu M., Morris, D.C., Mitsias, P.D., Lewandowski, C. and Chopp, M. (2008). Blood pressure declines and less favorable outcomes in the NINDS tPA stroke study. *J Neurol Sci*. Aug 15; 271(1-2): 61–67.
45. Jauch, E.C., Saver, J.L., Adams, H.P., Bruno, A., Connors, J.J., Demaerschalk, B.M., Khatri, P., McMullan, P.W., Qureshi, A.I., Rosenfield, K., Scott, P.A., Summers, D.R., Wang, D.Z., Wintermark, M. and Yonas, H., Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From The American Heart .
46. Utku, U. (2018).İnme Sonrası Komplikasyonlar,İnme II.Ankara:*Türkiye Klinikleri*,67 71.
47. Gençer, A.G. ve Hoccoğlu, Ç. (2019). İnme Sonrası Nöropsikiyatrik Durumlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(4):419-437.
48. Savaş, S. ve Akçiçek, F. (2010). Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3) 19-30.
49. Peters, E. (2012). Beyond Comprehension: The Role of Numeracy in Judgments and Decisions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 31–35.
50. Torpil, B., Altuntaş, O. ve Uyanık, M. (2019). Alzheimer'lı Bireylerin Fonksiyonel Durumu ile Kognitif Durum, Psikolojik Durum, Denge ve Yürüme Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(3), 165-170.
51. Harada, C.N., Natelson Love, M.C. and Trieebel, K. (2013). Normal Cognitive Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4): 737-752.

52. Craik, F.I. and Bialystok, E. (2006). Cognition through the lifespan: mechanisms of change. *Trends in Cognitive Sciences*, 10:3,131-138.
53. Kulkarni, D.K. and Moningi S. (2015). Neurocognitive Function Monitoring. *IN Neuroanaesthesia Crit Care*, 2:246-56.
54. Carvalho, A., Rea, I.M., Parimon, T. and Cusack, B.J. (2014). Physical Activity And Cognitive Function In Individuals Over 60 Years Of Age: A Systematic Review. *Clin Interv Aging.*; 9: 661–682.
55. Mahmood, A., Elnour, A.A., Ali A.A.A., Hassan, N.A.G.M., Shehab, A. and Bhagavathula, A.S.(2016). Evaluation Of Rational Use Of Medicines (RUM) In Four Government Hospitals In UAE. *Saudi Pharmaceutical Journal*,24: 189-196.
56. Bahat, G., Akpınar, T.S., Tufan, F., Akın, S., Tufan, A., Erten, N. ve Karan, M.E. (2012) Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. *J Gerontol Geriatrik Arş.*, (1):104,1000104.
57. David, J.. and Hunter, K. (2013). Srinath Reddy, Noncommunicable Diseases,. *The new engl and journal of medicine*, 369(14):1336–43.
58. Aydın, B., ve Gelal, A. (2012). Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(1), 57 – 63.
59. Sürmelioglu, N.,Kıroğlu, O.,Erdoğan, T. ve Karataş, Y.(2015).Akılcı Olmayan İlaç Kullanımını Önlemeye Yönelik Tedbirler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4):452-462.
60. Sağır, M. ve Parlakpınar, H. (2014). Akılcı İlaç Kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (2): 32-35.
61. World Health Organization.(1994).Guide to Good Prescribing. WHO/DAP/94.11. Geneva.
62. İskit, A.B. (2006).Akılcı ilaç kullanımı. *STED*, 15(7): 4-8.
63. İnternet: Türk Dil Kurumu. Akılcılık. <https://www.tdk.gov.tr>. Son Erişim Tarihi:28.04.2022.
64. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. (1993).Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi, Ankara.
65. Yılmaztürk, A.(2013).Türkiye’de ve Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,(2):42-49.
66. Quick, J.D., Hogerzeil, H.V., Velasquez, G. and Rago, L. (2002).Twenty-five years of essential medicines. *Bull Word Health Organ*,80(11): 913–914.
67. Gülmez, E. (2012).Dünyada akılcı ilaç kullanımı uygulamalarına genel bir bakış. *Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu E-Bülteni*,55: 1-76.

68. Akıcı, A. (2012).Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı uygulamaları ve klinik farmakoloji çalışma grubunun katkıları. *Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu E-Bülteni*, 55: 1-10.
69. İnternet: Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017. <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-planı.pdf>. Son Erişim Tarihi:28.04.2022.
70. Hinshaw, T., Kapusnik-Uner, J., Zarowitz, B., and Matuszewski, K. (2013). Identifying Knowledge Gaps in the Labeling of Medications for Geriatric Patients. *P&T*, SeptemberVol. 38 No. 9.
71. İnternet:Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı.http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=767 Son Erişim Tarihi:28.04.2022.
72. Gökçe Kutsal, Y. (2006).Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, Özel Sayı,, (37- 44).
73. Akıcı, A., Uğurlu, M.Ü., Gönüllü, N., Oktay, Ş. ve Kalaça, S. (2002). Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *STED*, 11(7): 253.
74. İnternet: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599. Son Erişim Tarihi:28.05.2021.
75. Hocaoglu, N.,Güven, H., Gidener, S., Tunçok, Y., Kalkan, Ş., Gümüştekin, M. ve Gelal, A.(2011). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanım Becerileri Üzerine Akılcı İlaç Kullanım Kursunun Kısa Dönem Etkileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,25(1):15-24.
76. Yılmaz, M.,Güler, N.,Güler, G. ve Kocataş, S.(2011) Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı?. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 33: 266-277.
77. Abacıoğlu, N. (2005). Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı. *Üniversite ve Toplum*,5: 1-7
78. Gürol, Arslan, G. ve Eşer, İ. (2005). Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu Ve Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21 (2) : 147-157.
79. Aşiret, G.D., Bayrak Kahraman, B., Yeğenoğlu, S., Akdemir, N. ve Baydar, T. (2013). Geriatrik Hastalara Hizmet Veren Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*,16 (4) 446-453.
80. Şantaş, F. ve Uğurluoğlu, Ö. (2018). Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,21(4):264-270.

81. Güngen, C, Ertan, T, Eker E, Yaşar, R ve Engin, F (2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(4):273-281.
82. Keskinoglu, P, Uçku, R ve Yener, G (2008).Yeniden Düzenlenmiş Standadize Mini Mental Test'in Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Uygulanan Ön Test Sonuçları. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, 25:(1)14; 18-24, 2008.
83. Taşer, S. (2019). *Altmış beş yaş ve üstü bireylerde nütrisyonel durum, sosyodemografik özellikler ve diğer sağlık değişkenlerinin mini mental test üzerine etkisi*. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya.
84. Babaca Yıldız, G, Ur Özçelik, E, Kolukısa, M, Işık, AT, Gürsoy, E, Kocaman, G ve Çelebi, A, (2016), Eğitimsizler İçin Modifiye Edilen Mini Mental Testin (MMSE-E) Türk Toplumunda Alzheimer Hastalığı Tanısında Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2016;27(1):41-6.
85. Ural, A. ve Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara: Detay Yayıncılık.
86. Büyüköztürk, Ş. (2011). *Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.
87. Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi*. Ankara, Nobel Basımevi.
88. Halli-Tierney, A.D., Scarbroughi C. and Carroll, D. (2019). Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician*, Jul 1;100(1):32-38.
89. Özel, Ç. ve Özcan Büyüktanır, B.G.(2008). Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin veEczacının Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü. *Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. s.* 327-344.
90. 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, Karabük.
91. Yavuzer Bayrak, N.(2018). *Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve davranışlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
92. Özkan, N.F. ve Ulutaş, B.H. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Prospektüs Kullanma Bilinci ve Davranışlarının Araştırılması. *S.Ü. Fen Fakültesi Fen Dergisi*, 44 (1), 51-62.
93. Yapıcı, G., Balıkçı, S. ve Uğur, Ö. (2011). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum Ve Davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011; 38 (4): 458-465.

94. Büyükturan, Ö. ve Büyükturan, B. (2017). Bir grup hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2017, 7(4): 211-216.
95. Karakurt, P., Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A. ve Sağlam, R. (2010). Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5): 505-12.
96. Lee, C.H., Chang, F.C., Hsu, S.D., Chi, H.Y., Huang, L.J. and Yeh, M.K. (2017). Inappropriate self-medication among adolescents and its association with lower medication literacy and substance use. *PLoS One.* , 12(12): e0189199.
97. Göçgeldi, E., Uçar, M., Açikel, C.H., Türker, T., Hasde, M. ve Ataç, A.(2009). Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. *TAF PrevMedBull*, 8:113-118.
98. Pınar, N., Karataş, Y., Bozdemir, N. ve Ünal, İ. (2013). Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6): 639-650.
99. Yılmaz, M., Kırbıyıkoglu, F.İ., Ariç, Z. ve Kurşun, B. (2014). Bir Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesine Başvuran Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımlarının Belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1): 39-47.
100. Özçelikay, G. (2001). Akılcı İlaç Kullanım Üzerine Bir Pilot Çalışma. *J. Fac. Pharm*; 30:9-18.
101. Lei, X., Jiang, H., Liu, C., Feribot, A. and Mugavin, J. (2018). Self-Medication Practice and Associated Factors among Residents in Wuhan, China. *Int J Environ Res Public Health*,4;15(1):68.
102. Ekenler, Ş. ve Koçoğlu, D. (2016).Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*;3(3), 44-55.
103. Kılıç, R. (2020). Tıpta Uzmanlık Tezi,. *Denizli ili pamukkale ilçesindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerde akılcı ilaç kullanımı*. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Denizli.
104. Deniz, S. (2019). Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutum Ve Davranışların Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3): 619-632.
105. Hatipoğlu S. ve Cengiz Özyurt, B. (2016). Rational use of medicine in some family health centers in Manisa. *TAF Prev Med Bull* ;15(4):1-8.
106. Uğrak, U., Teke, A., Cihangiroğlu, N. ve Uzuntarla, Y. (2015). Kardiyoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Tutumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,14(2).
107. Şantaş, F. (2017). Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bir Araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi (JOBS)*, 5(1): 35-48.

108. Açıkgöz, S., Kurt, G. ve Seyfi, M. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Reçetesiz İlaç Kullanma Durumları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*,17(1):17-23.
109. Machowska, A. and Lundborg, C.S.(2019). Drivers of Irrational Use of Antibiotics in Europe. *Int J Environ Res Public Health*. Jan; 16(1): 27.
110. İnternet: <https://www.titck.gov.tr/> , Reçetesiz ilaç satışı hakkında 28.05.2013. Son Erişim Tarihi: 13.05.2022.
111. Yılmaz, Z.D.(2019). *Acile gelen hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki yaklaşımları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Bahçeşehir Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
112. Özdemir, S.D. (2019). *Toplumda yaşayan yaşlılarda mini-cog testinin demans taramasındaki etkinliğinin mmse, q-mcı ve moca testleriyle kıyası: bir saha çalışması*. Hacettepe Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.
113. Madureira, S., Guerreiro, M. and Ferro, J.M. (2001). Dementia And Cognitive Impairment Three Months After Stroke. *European journal of neurology*. 8(6);621-627.
114. Letenneur, L., Gilleron, V., Commenges, D., Helmer, C., Orgogozo, J.M. and Dartigues, J.F.(1999). Are Sex And Educational Level Independent Predictors Of Dementia And Alzheimer's Disease? Incidence Data From The Paquid Project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 66(2): P. 177-183.



EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.06.2021-21445



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : E-15386878-044-21445
Konu : Etik Kurul Onayı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN
Öğretim Üyesi

İlgi : 28.05.2021 tarihli ve E.17165 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Yüksek Lisans öğrencisi ve Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan Hemşire Kerime HACIKÖYLÜ ile işbirliğinizde, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması planlanan "65 Yaş ve Üzeri İnmeli Bireylerin Bilişsel Fonksiyonları ve Akılcı İlaç Kullanım Durumları" konulu tez çalışması, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiştir.

Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerini rica ederim.

Prof.Dr. Recep KÜRKÇÜ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:Kurul Kararı (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS4488SFH3 Pin Kodu :54252

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5544&eD=BS4488SFH3&eS=21445>

Adres:Akbilek Mah. Hakimiyet Cad. No:4/3 P.K. :05100 Merkez/Amasya
Telefon:0 (358) 211 50 15 Faks:0 (358) 260 00 59
e-Posta:genelsekreterlik@amasya.edu.tr Web:http://www.amasya.edu.tr/idari
Kep Adresi:amasyauniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ebru GÜÇYETMEZ
Unvan: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 2115015



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/2

EK-2. Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni

AMASYA ÜNİVERSİTESİ SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - AMASYA
ÜNİVERSİTESİ SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
26.05.2021 14:39 E-62949364-9294215
00146724982



T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-62949364-929
Konu : Bilimsel Çalışma (Hemşire Kerime HACIKÖYLÜ)

Sayın Kerime HACIKÖYLÜ
Hemşire

İlgi : 21/05/2021 tarihli ve 62949364 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz Hastanemiz Başhekimliğince incelenmiş olup; " 65 Ya ve Üzeri İnme Bireylerin Bilişsel Fonksiyonları ve Akılcı İlaç Kullanım Durumları " adlı çalışma için Nöroloji Kliniği İdari Sorumlu Hekiminin Onayı/Bilgisinin Alındığını Gösterir Belge, BAP Yönetici Onayı , Etik Kurulu Başvuru/Onayı, Çalışma Bütçesi ve Hastalardan alınacak Onam Formlarının (gerekli ise) hastanemize sunulduktan sonra değerlendirilmesi uygundur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Seyhan YILMAZ
Başhekim

Ek:
1- Dosya (1 adet)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 2806a6e3-dadd-423f-b0d1-1b92f057683b Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-4kanligi-ebys>
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin E.A.H

Telefon: 0 358 218 40 00 Faks No: 3582120001
e-Posta: serdar.senel@saglik.gov.tr İnternet Adresi: serdar.senel@saglik.gov.tr

Bilgi için: Serdar ŞENEL
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 358) 218 4010

EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

65 YAŞ VE ÜZERİ İNMELİ BİREYLERİN BİLİŞSEL FONKSİYONLARI VE AKILCI İLAÇ KULLANIM DURUMLARI

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

Araştırmanın Amacı: İnmeli hastalarda bilişsel fonksiyonları ve akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, hastalara çalışmaya başlamadan önce Standardize mini mental test ve okuma yazması olmayan bireyler için eğitimsizler için mini mental test uygulanarak bilişsel düzeyleri değerlendirilecektir. Bu amaçla akılcı ilaç kullanım durumunu belirlemek için yatan hasta anketi, standardize mini mental test, eğitimsizler için mini mental test kullanılarak inmeli hastaların bilişsel fonksiyonları ve akılcı ilaç kullanım durumlarının değerlendirilmesi yapılacaktır. Çalışma ile ilgili açıklama katılımcının kendisine yapılarak onam alınacaktır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: İnmeli bireylerle bire bir yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak anket soruları cevaplandırılacaktır.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Herhangi bir girişim uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Tüm dünyayı olduğu gibi ülkemizi de etkileyen Covid-19 pandemisi nedeniyle risk oluşmaktadır. Ancak yardımcı araştırmacının zaten klinikte hemşire olarak aktif çalışması ve gerekli önlemleri alması dışında alınması gerekli herhangi bir güvenlik önlemi yoktur.

Pandemi dolayısıyla, ülkemizde vaka sayılarında bir artış görülmeye başlanacak olursa, gelişebilecek enfeksiyon riskine karşı anket ve ölçekler çıktı yerine dijital form halinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi yapılarak veriler toplanabilecektir.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Kerime HACIKÖYLÜ TEL

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

/ /
Kerime

HACIKÖYLÜ

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-4. Hasta Tanıtım Formu

Hasta No:

İnme Tipi:

1.Yaşınız ?.....

2.Cinsiyetiniz ?

1.Kadın 2.Erkek

3. Eğitim durumunuz?

1.Okuma yazma bilmiyor

2.Okuma yazma biliyor

3.İlköğretim

4. Lise

5.Yükseköğretim

6.Yüksek lisans/doktora

4.Medeni Durumunuz?

1. Evli 2. Bekar

5.Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

6.En Uzun Süre Yaşadığınız Yer?

1. İl 2. İlçe 3. Kasaba 4. Köy

7.Kiminle Yaşıyorsunuz?

1. Yalnız

2. Eşimle

3. Çocuklarımla

4. Akrabalarımla

5.Huzurevi/Bakımevi

6. Diğer.....

8. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça İyi 3. İyi 4. Fena Değil 5. Kötü

9. Ailenizde sizinle yaşayan sağlık ile ilgili bir işte çalışan kimse var mı?

1. Evet (Kim?.....) 2. Hayır

10. Sıklıkla ilk olarak başvurduğunuz sağlık kurumu tipi?

1. Devlet/Eğitim Araştırma Hastanesi

2. Üniversite hastanesi

3. Aile sağlığı merkezi

11. Sağlık kuruluşlarına yaklaşık olarak ne kadar sıklıkla başvuru yapıyorsunuz?

1. Haftada bir 2. Ayda bir 3.3(Üç) ayda bir 4. 6 (Altı) ayda bir 5. Yılda bir

12. İnme ek başka bir kronik hastalığınız (6 aydan daha uzun süren) var mı?

1. Evet (Lütfen 13.soruya geçiniz.)

2. Hayır

3. Bilmiyorum

13.Kronik hastalığınız nedir? Süresi?

1.Kalp ve damar hastalıkları

2.Kanserler

3.Kronik solunum yolu hastalıkları

4.Diyabet (şeker hastalığı)

5.Hipertansiyon

6.Diğer (Belirtiniz).....

14.Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1.Evet ise nedir?

2.Hayır

15.Günlük kullanılan sayıca ilaç miktarı?

1. Yok 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5 ve üzeri

16.İlaçları kullanım süreniz nedir?

1. 1-2 yıl 2. 3-6 yıl 3. 7-10 yıl 4. 11 ve üzeri yıl

17.Size göre aşağıdakilerden hangisi en güçlü ilaç formudur?

1. Enjeksiyon(İğne)
2. Tablet - Kapsül
3. Şurup
4. Fitol
5. Hepsi eşittir

18.Kullandığınız ilaçların neye etki ettiğini biliyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

19.Kullandığınız ilaçların yan etkisini biliyor musunuz?

1. Evet 2.Hayır

20.Prospektüs (ilaçların nasıl kullanılacağını açıklayan kağıt) okur musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

21.İlaçların son kullanma tarihine (SKT) dikkat eder misiniz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

22.Doktora başvurmadan önce kendi kendinizi tedavi için ilaç kullanır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

23.Kullandığınız ilaçla ilgili bilgilere en sık ne şekilde ulaşmayı tercih edersiniz?

1. Doktor
2. Hemşire
3. Eczacı
4. Komşu
5. Arkadaş
6. İnternet
7. Prospektüs (İlaç kutusunun içerisindeki kullanım bilgisi)

24.İlaçlarınızı genellikle nasıl alırsınız?

1. Açken
2. Tokken
3. Fark etmez
4. Tarif edildiği şekilde

25.Tedavi sırasında kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç kullanmayı keser misiniz?

1. Evet 2. Hayır

26.İlaçları ayırt etmek için kullandığınız yöntemler var mı?

1. Var 2. Yok (Lütfen 28. soruyu cevaplayınız.)

27. İlaçları içerken ayırt etmede kullandığınız yöntemler nelerdir?

1. Üstünde yazılanlara göre
2. Çizelge yöntemi
3. Renk ayırımına göre
4. Diğer:.....

28.İlaç/İlaçlarınızı aldıktan sonra nasıl bir değişiklik tanımlarsınız kendinizde?

1. Olumlu 2. Olumsuz (Lütfen 29.soruyu cevaplayınız.)

29.Olumsuz bir değişiklik hissettiğinizde ilacı kullanmayı bırakır mısınız?

1. Bırakırım (Lütfen 30.soruyu cevaplayınız.) 2. Bırakmam

30.İlacı bıraktıktan sonra başvurduğunuz diğer yöntemler nelerdir?

1. Bitkisel karışımlar
2. Masaj
3. Aerobik/Egzersiz
4. Dua etme
5. Kaphıcalar
6. Başka bir yönteme başvurmam
7. Diğer:.....



EK-5. Akılcı İlaç Kullanımı Yatan Hasta Anketi

31.Aile bireylerinin bir tedavi sonrası arta kalan ilaçlarını ne yaparsınız?

1. Gerektiği zaman kullanmak üzere saklarım.
2. Sağlık kuruluşuna veririm.
3. Eczaneye veririm.
4. İsteyen tanıdıklara veririm.
5. Çöpe atarım.
6. Tuvalete atarım.
7. Diğer (Belirtiniz).....

32.Evinizde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış ortalama kaç kutu ilaç vardır?

1. Hiç yok
2. 1-5
- 3.6-10
- 4.10' dan fazla

33.Evinizde her yıl ortalama kaç kutu ilaç; kutusu bile açılmadan, son kullanım tarihi geçtiği için atılmaktadır?

- 1.1-3
2. 4-7
3. 8-10
- 4.10' dan fazla
5. Hiç atılmamaktadır.

34.Üzerinde saklama koşulları ile ilgili herhangi bir uyarı bulunmayan ilaçları nerede saklıyorsunuz?

1. Buzdolabında
2. Buzlukta / Derin dondurucuda
3. Oda sıcaklığında, serin ve kuru bir yerde

35.Evinizde bulunan ilaç soğuk zincir ilacıysa (buzdolabında saklanması gerekiyorsa) buzdolabının hangi bölümünde saklarsınız?

1. Buzdolabının kapağında
2. Buzdolabının rafında
3. Buzlukta / Derin dondurucuda

36.Evde ilaç bulunduruyorsanız; bunları tekrar kullanırken nelere dikkat edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1.Hastalığa uygunluğuna.
- 2.Son kullanma tarihinin dolmamış olmasına
- 3.Şurup, süspansiyon, göz damlası gibi ilaç formlarının kullanma talimatında belirtilen süreleri aşmamış olmasına.
- 4.Ambalajının bozulmamış olmasına.
- 5.Hiçbirine dikkat etmem.

37.Evde bulundurmuş olduğunuz ilaçları tekrar kullanmak istediğinizde kimden bilgi alırsınız?

1. Hekim
2. Eczacı
3. Hemşire, sağlık görevlisi
4. Tanıdık / Komşu / Akraba
5. Daha önce kullandığım için kimseden bilgi almam.
6. Diğer

38. Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırır mısınız veya satın alıp evde bulundurur musunuz?

1. Evet
2. Hayır ise (Lütfen 40.soruya geçin)

39. Bu ilaçlar hangi grup ilaçlardır?

1. Ağrı kesiciler
2. Antibiyotikler
3. Soğuk algınlığı ilaçları
4. Vitaminler
5. Mide ilaçları
6. Göz damlaları
7. Burun spreyleri
8. Alerji ilaçları
9. Merhemler
10. Hepsi
11. Diğer (Belirtiniz).....

40. Komşularınız ve/veya yakınlarınızın tavsiyesi ile ilaç kullanır mısınız ya da doktorunuzdan reçete etmesini ister misiniz?

1. Evet
2. Hayır

41. Hastalık durumunda ne yaparsınız?

1. Hekime danışırım.
2. Eczacıya danışırım.
3. Hemşire, sağlık memuru veya sağlık personeline danışırım.
4. Tanıdık/ komşu / akrabaya danışırım.
5. Bitkisel tedavi yöntemlerini denerim.
6. Evde bulunan ilaçlarla tedavi olmaya çalışırım.
7. Daha önce benim hastalığıma benzer rahatsızlık geçirmiş olanlara sorarım.
8. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

42. Benzer şikayetleri olan tanıdıklarınıza ilaç tavsiyesinde bulunur musunuz?

1. Evet
2. Hayır

43. Hekime giderken daha önce kullanmış olduğunuz ilaçlar ve varsa kronik hastalıklarınıza ait raporlarınız hakkında hekimi bilgilendirir misiniz?

1. Evet
2. Hayır

44. Hekimin vermiş olduğu ilaçları ne şekilde kullanırsınız?

1. İlaç bitene kadar kullanırım.
2. Şikâyetim geçene kadar kullanırım.
3. Hekim veya eczacının önerdiği süre kullanırım.
4. Diğer (Lütfen belirtiniz.).....

45. Grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetleriniz üzerine muayene olmadan, kendi başınıza antibiyotik kullanır mısınız?

1. Evet; kullanırım.
2. Evet; başlarım ama iyi hissettiğimde ilacı kullanmayı keserim.
3. Hayır; muayene olmadan kullanmam.

46. Düzenli vitamin, mineral desteği kullanır mısınız?

1. Her gün
2. Haftada 2-3 kez
3. Ayda 3-4 kez
4. Sadece kendimi kötü hissettiğimde kullanırım.
5. Hayır kullanmam.

47. İlacın kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini nereden öğrenirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Hekim
2. Eczacı
3. Yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb.)
4. İlacın prospektüsü
5. İnternet

48.İlacın yan etkileri ile karşılaşırsanız nasıl davranırsınız?

1. Hekime başvururum.
2. Eczacıya başvururum.
3. Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb.) başvururum.
- 4.Kendim çözüm ararım.
5. Hiçbir şey yapmam.

49.Basında (televizyon, radyo, gazete vb.) reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanır mısınız?

1. Hekime danışarak kullanırım.
2. Eczacıya danışarak kullanırım.
3. Kullanan tanıdığıma, komşuma sorar kullanırım.
4. Kullanmam.

50.Ağrı kesici ihtiyacınız olduğunda ilacı nasıl temin edersiniz?

1. Reçete ile eczaneden
2. Reçetesiz eczaneden
3. Komşudan, tanıdıktan
4. Bakkaldan, marketten

51.Besin veya ilaç alerjiniz var ise; muayene sırasında hekimi ve ilgili sağlık personelini bilgilendirir misiniz?

1. Evet, bilgilendiririm.
2. Hayır, bilgilendirmem.
3. Sorarsa bilgilendiririm.

52.İlaçlarla birlikte tüketmemeniz gereken yiyecek ve içecekler ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu?

1. Evet
2. Hayır

53.Hekime muayene olmadan eczaneden ilaç alır mısınız?

1. Evet; muayene parası ödemek istemediğim zamanlarda
2. Hayır; muayene olmadan ilaç almam, önemli olabilecek bir rahatsızlık atlanabilir.

54.Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazan ilaç olup olmadığını kontrol eder misiniz?

1. Evet
2. Hayır

55. Eczaneye gittiğinizde genellikle sizi kim karşılar?

1. Eczacı
2. Eczanede çalışan diğer personel

56.İlaç temini sırasında reçetede yazılandan farklı olarak, eczacının önerdiği eşdeğer ilacı (farklı firmaların aynı etken maddeli ilacı) kabul eder misiniz?

1. Evet
2. Hayır

57.Eczacınız, aldığınız ilacın nasıl kullanılacağı konusunda bilgi verip doğru anlaşıldığına emin olana kadar anlatıyor mu?

- 1.Evet
2. Hayır

EK-6. Standardize Mini Mental Test

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- 1) Hangi yıl içindeyiz?.....()
- 2) Hangi mevsimdeyiz?.....()
- 3) Hangi aydayız?.....()
- 4) Bugün ayın kaç?.....()
- 5) Hangi gündeyiz?.....()
- 6) Hangi ülkede yaşıyorsunuz?.....()
- 7) Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?.....()
- 8) Şu an bulunduğunuz semt neresidir?.....()
- 9) Şu an bulunduğunuz bina neresidir?.....()
- 10) Şu an bu binada kaçınca kattasınız?.....()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

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

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

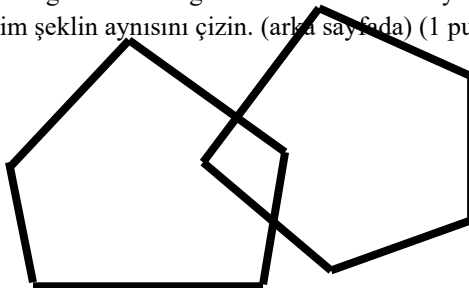
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65).....()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise).....()

LİSAN (Toplam puan 9)

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



EK-7. Eğitimsizler İçin Mini Mental Durum Testi (MMSE-E)

Adı-Soyadı:

Tarih :

Yaş:

Meslek:

Eğitim (yıl):

Aktif el:

T.Puan:

ORYANTASYON (Her soru için 10 sn. süre tanınacak. Toplam puan 10)

A.Zaman

- 1.Hangi yıldayız?.....()
- 2.Hangi mevsimdeyiz?.....()
- 3.Bugün ayın kaç?.....()
- 4.Hangi gündeyiz?.....()
- 5.Şu an sabah mı,öğle mi,akşam mı?.....()

B.Mekan (Sadece tam doğru cevaba puan verilir.)

- 6.Hangi ülkede yaşıyoruz?.....()
- 7.Hangi kentteyiz?.....()
- 8.Bulunduğunuz semtin adı nedir?.....()
- 9.Bulunduğumuz bina neresidir?.....()
- 10.Bu binada kaçınca kattayız?.....()

KAYIT HAFIZASI (TOPLAM PUAN 3)

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

DİKKAT ve HESAP (Toplam puan 5)

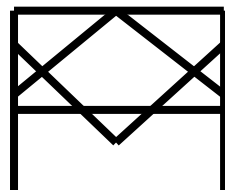
Haftanın günlerini geriye doğru sayın. (Örneğin ‘‘Çarşamba’’dan önce Salı gelir, ondan önce ne gelir?’’ gibi sorularla hasta desteklenir.) (Her doğru cevap 1 puan)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise) (Sıra önemli olmaksızın her doğru cevap için 1 puan, 10 sn süre tanınır.)

LİSAN (Toplam puan 9)

- 1) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut, her doğru için 1 puan,toplam 2 puan).....()
- 2) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut, tamamını doğru tekrarlarsa 1 puan).....()
- 3) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledigimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan.....()
- 4)Yüzüme bakın ve yaptığımı tekrarlayın. (Gözlerinizi Kapatın) (1 puan).....()
- 5.Evinizle ilgili bir şey söyleyin.(30 sn , anlamlı bir cümle için 1 puan.).....()
6. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.(1 dk süre, kenar sayısı tam şekil için 1 puan)



EK-8. Ölçek İzinleri

RE: Akılcı İlaç Kullanım Anketi Kullanım İzni

TiTCK Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi <akilci.ilac@titck.gov.tr>

6.08.2021 Cum 10:21

Kime: Kerime Hacıköylü <k.hacikoynu@hotmail.com>

Sayın Kerim Hacıköylü,

E-postanızda bahsi geçen web sitemizde yer alan anketimizi Kurumumuz Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi Başkanlığını ve web adresini referanslarınızda göstererek kullanabilirsiniz. İlginiz için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılarınızın devamını dileriz.

İyi günler dileriz.

Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
T.C. Sağlık Bakanlığı

İlacım; ne eksik, ne fazla!
www.akilciilac.gov.tr
www.facebook.com/akilciilackullanimi

§ _____

From: Kerime Hacıköylü <k.hacikoynu@hotmail.com>
Sent: Thursday, August 5, 2021 8:43 PM
To: TiTCK Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi <akilci.ilac@titck.gov.tr>
Subject: Akılcı İlaç Kullanım Anketi Kullanım İzni

Merhaba, Amasya Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde Türkiye'de Hastanede Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Ve Davranışlarını Değerlendirme Çalışmasında kullanmış olduğunuz anketi uygulamak istiyorum. Kullanabilmem için iznimize ihtiyacım var. Şimdiden teşekkür ederim.

=====

Bu e-posta TiTCK Kurum güvenlik sistemi tarafından virüslere karşı taranmıştır.

Re: Mini Mental Test Kullanım İzni

GULSEN BABACAN <gbabacan@hotmail.com>

8.08.2021 Paz 21:09

Kime: Kerime Hacıköylü <k.hacikoylu@hotmail.com>

Merhabalar

Tabii ki kullanabilirsiniz Şimdiden kolaylıklar dilerim

Prof. Dr. Gülsen BABACAN-YILDIZ

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

Nöroloji A.D.

Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi

Gülsen BABACAN-YILDIZ, M.D.

Professor of Neurology

Istanbul Bezmialem Vakıf University Medical School

Department of Neurology

Divisions of Behavioral Neurology and Movement Disorders

Adnan Menderes Bulvarı

Vatan Caddesi 34093

FATİH/İSTANBUL

Phone: +90532 227 52 93

From: Kerime Hacıköylü <k.hacikoylu@hotmail.com>

Sent: Thursday, August 5, 2021 8:10 PM

To: gbabacan@hotmail.com <gbabacan@hotmail.com>

Subject: Mini Mental Test Kullanım İzni

Merhaba, Amasya Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde The Mini Mental State Exam (MMSE) ölçeğinden uyarladığınız mini mental testi kullanmak istiyorum. Kullanabilmem için sizin izninize ihtiyacım var. Şimdiden teşekkür ediyorum.

