



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA KOMORBİD DURUMLAR
VE REÇETELİ - REÇETESİZ İLAÇ KULLANIMI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Münevver KURT

Antalya, 2016



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA KOMORBİD DURUMLAR
VE REÇETELİ - REÇETESİZ İLAÇ KULLANIMI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Münevver KURT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2016

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve raporlandırılması aşamasında her kademedeki gösterdiği desteklerinden dolayı; ayrıca uzmanlık eğitimim süresince bana her aşamada yardımcı olan, bilgi ve becerilerimin gelişmesinde emeği olan değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e çok teşekkür ederim.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliğinde geçirdiğim uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen bütün hocalarıma;

Birlikte çalıştığım Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma, rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve diğer tüm mesai arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmemi sağlayan, zor günlerimde hep yanımda olan, hayatımın her aşamasında sevgi ve desteğini esirgemeyen, karşılaştığım tüm zorluklarla başa çıkmamı sağlayan çok sevdiğim anneme; her zaman özlemini duyduğum ve yokluğuna bir türlü alışamadığım babama;

Her zaman yanımda olan, sevgi ve desteğini hep hissettiğim sevgili eşime;
Ve hayatımın anlamı '*Defnem*'e

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma İle İlgili Kavramlar	6
2.2. Yaşlanma Fizyolojisi ve Bu Durumun Kliniğe Yansıması	7
2.3. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlanma Hızı ve Yaşlı Nüfus Oranı	15
2.4. Hekimlerinin Yaşlı Sağlığındaki Rolü ve Önemi	16
2.5. Komorbidite ve Multimorbidite Kavramları	20
2.5.1. Yaşlılarda multimorbidite sıklığı ve önemi	21
2.5.2. Yaşlılarda multimorbidite değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler	22
2.5.3. Yaşlılarda multimorbiditenin ve komorbid durumların yönetimi	23
2.6. Yaşlılarda ‘ <i>Reçeteli</i> ’ İlaç Kullanımı	24
2.6.1. Yaşlılarda farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler	25
2.6.2. Yaşlılarda ‘polifarmasi’ ve ‘uygunsuz ilaç kullanımı’	26
2.6.3. Beers Kriterleri ve STOPP / START Kriterleri	28
2.7. Yaşlılarda ‘ <i>Reçetesiz</i> ’ İlaç Kullanımı	30
2.8. Yaşlıların Kullandıkları İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri, Tamamlayıcı / Alternatif Tıp ve Doğal / Bitkisel Ürünler	31
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Evreni ve Zamanı	33
3.3. Araştırma Bölgesi	33
3.4. Araştırmaya Kabul Kriterleri	33
3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri	33

3.6. Araştırmanın Yapılış Şekli	34
3.6.1. Araştırmada kullanılan enstrümanlar	34
3.7. Etik Kurul Onayı	34
3.8. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	34
4. BULGULAR	36
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	37
4.2. Hastaların Alışkanlıkları (Sigara - Alkol)	41
4.3. Hastaların Komorbidite, Multimorbidite Durumları ve Hastalıkları	42
4.4. Hastaların Kullandıkları ‘Reçeteli İlaçlar’ ve ‘Polifarmasi Durumları	53
4.5. Hastaların ‘Reçetesiz İlaç’ Kullanım Durumları	65
4.6. Hastaların Kullandıkları İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri, Doğal / Bitkisel Ürünler	69
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇLAR	82
7. ÖZET	85
8. ABSTRACT	87
9. KAYNAKLAR	89
10. EKLER	97
Ek 1. ‘65 Yaş Üstü Kişilerde Komorbid Durumlar ve Kullandıkları Reçeteli – Reçetesiz İlaçlar’ Anketi	97
Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu	100
Ek 3. Etik Kurul Onayı	102

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASKVH	Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
AUFM	Akdeniz University Faculty of Medicine
AÜTF	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
BM	Birleşmiş Milletler
CCI	Charlson Komorbidite İndeksi
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGPRN	The European General Practice Research Network
GİS	Gastrointestinal Sistem
HPLD	Hiperlipidemi
HT	Hipertansiyon
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVS	Kardiyovasküler Sistem
MCC	Multiple Chronic Conditions
MKD	Multiple Kronik Durumlar
SSS	Santral Sinir Sistemi
START	Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescriptions
TAT	Tamamlayıcı / Alternatif Tıp
TDK	Türk Dil Kurumu
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UİK	Uygunsuz İlaç Kullanımı

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Hasta akış şeması	36
4.2. Hastaların cinsiyete göre dağılımları	37
4.3. Hastaların yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımları	38
4.4. Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı	39
4.5. Hastaların gelir düzeylerine göre dağılımı	40
4.6. Hastaların ikamet ettiği yerleşim birimine göre dağılımı	41
4.7. Hastaların sigara ve alkol kullanma durumları	42
4.8. Hastaların multimorbidite durumları	43
4.9. Hastaların multimorbidite durumlarının ' <i>yaş gruplarına göre</i> ' dağılımı ve yaşa göre multimorbidite oranları	44
4.10. İkamet edilen yerleşim birimi ile multimorbidite durumu arasındaki ilişki	46
4.11. Hastalarda saptanan kronik hastalıkların dağılımı (tüm yaş grupları)	49
4.12. 65-74 yaş grubunda hastalıkların dağılımı	49
4.13. 75-84 yaş grubunda hastalıkların dağılımı	49
4.14. 85 yaş ve üzeri grupta hastalıkların dağılımı	50
4.15. Hastaların cinsiyete göre polifarmasi durumları	54
4.16. Hastaların yaş gruplarına göre polifarmasi durumları	55
4.17. Hastaların ikamet ettiği yerleşim birimlerine göre polifarmasi durumları	56
4.18. Hastaların ' <i>doktor önerisi dışında</i> ' ilaç kullanım durumları	65
4.19. Cinsiyete göre reçetesiz ilaç kullanım durumu	65
4.20. Hastaların ' <i>kimin önerisi ile</i> ' reçetesiz ilaç kullandıkları	66
4.21. Hastaların yaş gruplarına göre reçetesiz ilaç kullanım durumu	67
4.22. Hastaların kullandıkları doğal / bitkisel ürünler	70
4.23. Hastaların doğal / bitkisel ürünleri kullanma sebebi	71

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Fizyolojik açıdan yaşlanmanın karakteristik özellikleri	8
2.2. Komorbidite ve multimorbidite değerlendirmesinde kullanılan ölçekler	23
2.3. Polifarmasiye yol açan durumlar	27
2.4. Polifarmasinin olumsuz sonuçları	28
4.1. Hastaların cinsiyete göre yaş dağılımları	37
4.2. Eğitim düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı	39
4.3. Hastaların toplam kronik hastalık sayıları	42
4.4. Hastaların eğitim düzeylerine göre multimorbidite durumları	45
4.5. Hastalarda saptanan kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı	46
4.6. Hastaların ‘diğer hastalıkları’nın dağılımı (<i>Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar; en sık ilk 10 hastalık</i>)	47
4.7. Yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan hastalıklar	50
4.8. Diyabetes Mellitusa (DM) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’	51
4.9. Hipertansiyona (HT) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’	51
4.10. Hiperlipidemiye (HPLD) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’	51
4.11. Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalığa (ASKVH) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’	51
4.12. Kalp Yetmezliğine (KY) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’	52
4.13. Astım ya da KOAH hastalıklarına en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’	52
4.14. Depresyona en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’	52
4.15. Anksiyete bozukluğu / panik atağa en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’	52
4.16. Hastaların kullandıkları ilaç sayılarının tüm hastalar içindeki oranı	53
4.17. Hastaların eğitim durumlarına göre polifarmasi oranları	56

4.18.	En sık görülen hastalıklar için ilaç kullanım oranları	57
4.19.	Hastaların kullandıkları DM ilaçları	58
4.20.	Hastaların kullandıkları HT ilaçları -1 (<i>Anti-hipertansif ilaç gruplarına göre</i>)	58
4.21.	Hastaların kullandıkları HT ilaçları -2 (<i>Anti-hipertansif ilaç etken maddesine göre</i>)	59
4.22.	Hastaların kullandıkları HPLD ilaçları	59
4.23.	Hastaların ASKVH için kullandıkları ilaçlar	60
4.24.	SVO öyküsü olan hastaların kullandıkları ilaçlar	60
4.25.	Hastaların KY için kullandıkları ilaçlar	60
4.26.	Hastaların ASTIM ya da KOAH için kullandıkları ilaçlar -1 (<i>ilaç gruplarına göre</i>)	61
4.27.	Hastaların ASTIM ya da KOAH için kullandıkları ilaçlar -2 (<i>etken madde sıklığına göre</i>)	61
4.28.	Hastaların KBY için kullandıkları ilaçlar	62
4.29.	Hipotiroidizm olan hastaların kullandıkları ilaçlar	62
4.30.	Hastaların depresyon için kullandıkları ilaçlar -1 (<i>antidepresan ilaç grubuna göre</i>)	62
4.31.	Hastaların depresyon için kullandıkları ilaçlar -2 (<i>etken madde sıklığına göre</i>)	63
4.32.	Hastaların anksiyete bozukluğu için kullandıkları ilaçlar	63
4.33.	Hastaların osteoporoz için kullandıkları ilaçlar	63
4.34.	Kanser hastalığı öyküsü olan hastaların kullandıkları ilaçlar	64
4.35.	Hastaların kullandıkları ‘diğer ilaçlar’ (<i>En sık ilk 10 ilaç</i>)	64
4.36.	Hastaların eğitim düzeylerine göre reçetesiz ilaç kullanım oranları	67
4.37.	İkamet edilen yerleşim birimine göre reçetesiz ilaç kullanım oranları	68
4.38.	Hastaların medeni durumlarına göre reçetesiz ilaç kullanım oranları	68
4.39.	Multimorbidite durumu ile reçetesiz ilaç kullanımı arasındaki ilişki	69

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Dünyada, 2015 yılı itibariyle 900 milyon olan 60 yaş ve üzeri bireylerin toplam sayısının, 2050 yılında 2 milyar civarında olacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfusun toplam dünya nüfusuna oranı ise 2015 yılında %8,5 olarak açıklanmıştır (1,2).

Ülkemiz de *yaşlanma* konusunda dünya geneli ile benzer bir demografik değişimin içindedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında Türkiye’de 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı 6,5 milyona ulaşmıştır. Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı ise %8,2 olarak saptanmıştır ve bu oran dünya ortalamasına yakındır (3). Hacettepe Demografik ve Sağlık Araştırması 2013 yılı raporuna göre; 2023 yılında Türkiye nüfusunun 84 milyon olacağı, 2050 yılında ise 93,5 milyona çıkacağı öngörülmektedir. 2023 yılında ülkemizdeki yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının %10 oranını aşacağı düşünülmektedir. Bu aşamadan sonra, Türkiye Birleşmiş Milletler’in (BM) sınıflandırmasına göre ‘*yaşlı nüfusa sahip ülkeler*’ arasına girecektir (4). 2075 yılına gelindiğinde ise ülkemizde 65 yaş üstü nüfusun 24,7 milyona çıkacağı; bu yaş grubunun ülkenin tüm nüfusuna oranının da %27,7’ye yükseleceği öngörülmektedir (5).

Geçtiğimiz yüzyılda en çok ölüme yol açan hastalıklar, hem çocuklarda hem de erişkinlerde bulaşıcı hastalıklar iken, günümüzde bu tablo değişmiştir. Halen bazı düşük veya orta gelirli ülkelerde enfeksiyon hastalıkları önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (6). Çoğu toplumlarda ise koruyucu sağlık hizmetlerinin artması, aşılamalar, tanı ve tedavi yöntemlerinde yaşanan gelişmeler sayesinde bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler toplum içinde, özellikle erişkin ve yaşlı nüfusta, giderek azalmış ama bunun yerini kronik hastalıklar almıştır (7-9).

Yaş ilerledikçe, bireylerdeki kronik hastalıkların sayısı da dramatik bir şekilde artmaktadır (7-10). En basit tanımı ile ‘*aynı anda birden fazla kronik hastalığı olmak*’ anlamına gelen *multimorbidite* yaşlılığın *tipik* özelliklerinden biridir. Buffel ve ark.’nın 2016 yılında yaptıkları bir çalışmada; genel popülasyonda %23 olarak bulunan multimorbidite oranının, 65 yaş üzeri bireyler arasında %65’ten fazla olduğu saptanmıştır (11). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 65 yaş üzeri her üç kişiden birisinde en az 4 hastalık veya kronik sağlık sorununun olduğu belirtilmektedir (10). Dünya genelinde yaşlı nüfusun artması ile birlikte, önümüzdeki on yıllar içinde

multimorbidite oranlarının da bireyler arasında giderek artacağı öngörülmektedir. Bu artışın, sonuçta mortalitede artma, yaşam kalitesinde azalma, iş gücü kaybı, sağlık harcamalarında artma gibi sorunlara yol açması ve beraberinde toplumlara çeşitli sosyo-ekonomik yükler getirmesi beklenmektedir (8,9,11,12).

Orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerdeki yaşlı nüfusun neden olduğu kronik hastalık yükü, gelişmiş ülkelerle kıyaslanınca çok daha fazladır. Hem gelişmiş ülkelerde, hem de gelişmekte olan ülkelerde çağımızın önde gelen ölüm nedenleri arasında kronik hastalıklar (kalp hastalıkları, inme, kronik akciğer hastalıkları) yer almaktadır. Yaşlı hastalarda yeti yitimine ve işlev kaybına sebep olan hastalıkların başında ise; görme, işitme gibi duysal fonksiyonlarda yetersizlikler, bel ve boyun ağrısı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), depresif semptomlar, düşmeler, Diyabetes Mellitus (DM), demans ve osteoartrit gelmektedir (1,2).

Tıp alanındaki yeni buluşlar ve koruyucu sağlık politikalarındaki gelişmeler sayesinde bir taraftan enfeksiyon hastalıklarının kontrolü sağlanırken; öbür taraftan kronik hastalıklar ve komorbid durumlar özellikle '*yaşlı bireylerde*' önemli bir sorun olarak büyümeye devam etmektedir. Yapılan birçok çalışmada, yaşla birlikte multimorbidite sıklığının da arttığı; yaşlılarda multimorbiditeyi oluşturan hastalıkların başında ise kronik hastalıkların geldiği gösterilmiştir. Willadsen ve ark.'nın 2016 yılında yayınladıkları bir sistematik derlemede, çoğunluğu birinci basamakta yapılmış olan, toplamda 115 adet '*multimorbidite ile ilgili*' çalışma değerlendirmeye alınmış; sonuçta en sık karşılaşılan hastalıkların DM, inme, kanser, iskemik kalp hastalıkları ve KOAH olduğu görülmüştür (13). Aynı çalışmada multimorbiditeyi oluşturan en sık *semptomlar* ise sırasıyla bel ağrısı, görme problemleri ve üriner inkontinans olarak saptanmıştır. Ülkemizde, Dedeli ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada (14) yaşlı bireylerin %93,2'sinde en az bir kronik hastalık olduğu; bu kişilerin yarıdan fazlasının da (%51,5) hastalığı ile ilgili günde en az üç veya daha fazla ilaç kullandıkları belirtilmiştir. Bazı kaynaklarda, 65 yaş üstü kişilerde multimorbidite prevalansının %98'e kadar çıktığı belirtilmektedir (9). Ülkemizde Şayir ve ark.'nın 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada ise, bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerin %69'unun kronik hastalıklara bağlı olarak günde dört veya daha fazla sayıda ilaç kullandıkları saptanmıştır (15). Bahat ve ark.'nın *65 yaş üstü kadın hastalarda* yaptığı bir çalışmada da (16), en çok görülen komorbid durum '*hipertansiyon*' olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların %27,8'inde tip 2 diyabet,

%18,6'sında hiperlipidemi, %17,3'ünde osteoporoz, %10,7'sinde hipotiroidi, %7,4'ünde astım - KOAH, %9,5'inde serebrovasküler olay, %6.2'sinde kardiyovasküler olay, %6'sında Parkinson hastalığı olduğu bulunmuştur. Bu hastaların kullandığı ilaç sayısının ortalama 4,8 olduğu ve hastaların %7,2'sinin 10 ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı görülmüştür (16).

Çalışmalarda görüldüğü gibi, yaşlı hastalarda kronik hastalıkların ve komorbid durumların sayısı arttıkça bu hastaların kullandıkları *ilaç sayısı* da artmaktadır. Artan ilaç sayısına ek olarak, yaşlılığa bağlı gelişen fizyolojik değişiklikler, araya giren hastalıklar, genetik, beden yapısı ve diyet gibi diğer faktörler yaşlılarda *ilaç yanıtını* değiştirmektedir ve bu durum istenmeyen ilaç etkileşimlerine ortam hazırlamaktadır (14).

Polifarmasi, genel tanımı ile 'eş zamanlı olarak çoklu ilaç kullanımı' anlamında kullanılmaktadır. Polifarmasi demek için kullanılan ilaç sayısı konusunda tam bir görüş birliği olmasa da, birçok araştırmacı tarafından günde ortalama 'beş veya daha fazla sayıda ilaç kullanımı' tanımı yaygın olarak kabul edilmektedir (17-22). Bazı araştırmacılar ise, kullanılan ilaç sayısından bağımsız olarak 'endikasyon dışı ilaç kullanımı, etkisiz ilaç kullanımı, aynı farmakolojik gruptan birden fazla ilaç kullanımı vb.' gibi durumlarda da polifarmasiden söz edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (17-19). Polifarmasinin *sonuçları* konusunda, tanımında olduğu kadar görüş ayrılığı yoktur. İlaç-ilaç etkileşimleri, ilaç yan etkileri, düşmeler, hastanın tedaviye uyumunun bozulması, acil servis başvurularında ve hastaneye yatışlarda artış, mortalite ve engellilikte artış, yaşam kalitesinde azalma, tedavi maliyetlerinde artma gibi birçok olumsuz sonucun polifarmasi ile ilişkilendirildiği çeşitli yayınlarda gösterilmiştir (17-20,23,24). Yaşlı hastalar, diğer tüm yaş grupları ile karşılaştırıldığında polifarmasinin neden olduğu olumsuz sonuçlardan *en çok etkilenen* hasta grubudur (17).

Yaşlı hastalarda sık görülen başka bir sorun da '*reçetesiz ilaç kullanımı*'dır. ABD'de yapılmış bir çalışmada 57-85 yaş arası kişilerin %58,6'sının reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır (19). Ülkemizde Şayir ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri kişilerde reçetesiz ilaç kullanımı %33 olarak bulunmuştur (15). Reçetesiz ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaçların bazıları *uygunsuz* olabilmekte, bu şekilde alınıp kullanılan ilaçlar, aynı polifarmaside olduğu gibi, özellikle yaşlı hastalarda ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç yan etkilerinde artış,

mortalitede ve morbiditede artış, sağlık harcamalarında artış gibi akut ve kronik birçok sağlık sorununa yol açabilmektedir (21-24).

Yaşlı hastaların sağlıklarını etkileyen ve dolayısıyla da hekimleri ilgilendiren bir diğer durum da ‘tamamlayıcı/alternatif tıp (TAT)’ yöntemlerinin kullanımıdır. TAT kullanımı geçtiğimiz 20 yıl içinde dünya genelinde ve ülkemizde hızla artmıştır (25,26). Buna ek olarak; ilerleyen yaşla birlikte artan komorbid durumlar, kronik hastalıklar ve semptomlar yaşlı hastaların TAT yöntemlerine giderek daha fazla ilgi duymasına sebep olmaktadır (27). TAT yöntemleri içinde en sık kullanılan yöntem ise ‘*bitkisel (herbal) ürün*’ kullanımıdır (25-27). Ülkemizde Sağlık ve Ark.’nın 2013 yılında birinci basamakta yaptıkları bir çalışmada, aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran *60 yaş ve üzeri* 300 hasta incelenmiş; sonuçta bu hastalar arasında TAT kullanımının %98,3 gibi çarpıcı bir oranda yaygın olduğu görülmüştür (27). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, *genel popülasyonda* bitkisel ürün kullanım oranı %48,8 bulunmuştur (26). Bu ürünler ‘bitkisel’ olduğu için, genel olarak kullanıcılar arasında ‘zararsız’ olarak görülmektedir. Kimi zaman fayda sağlasa da, kontrol dışı kullanılan bu ürünler hastalarda ciddi sağlık sorunlarına yol açma potansiyeline sahip görünmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda, tıbbi ilaçlarla eş zamanlı kullanılan bu ürünler ilaçların farmakokinetik profillerini etkileyebilmekte, ilaçların etkilerini artırarak ya da azaltarak istenmeyen yan etkilere yol açabilmekte ve ilaç-ilâç etkileşimlerini tetikleyebilmektedir (25-27).

Tüm hastaların olduğu gibi, yaşlı hastaların da ‘*ilk temas noktasında*’ olan aile hekimleri için ‘multimorbidite, polifarmasi, reçetesiz ilaç kullanımı’ ve ilişkili olarak ‘TAT/bitkisel ürünlerin kullanımı’ gibi konular oldukça önem arz etmektedir (28). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin *merkezinde* yer alan Aile hekiminin ‘*kapsamlı geriatrik değerlendirme*’ yapabilmesi ve yaşlı hastalarının sağlık sorunlarını daha iyi yönetebilmesi için, yaşlı nüfusun giderek artan bu majör sağlık sorunları hakkında yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda aile hekimleri bir hastada en az *üç* ayrı klinik durumla karşılaşmaktadır (29). Ayrıca kişinin yaşı ve komorbid durumları arttıkça birinci basamaktan uzmana yapılan danışma oranı da artmaktadır. Bu da sağlık harcamalarını kaçınılmaz olarak arttırmaktadır (30).

Birleşmiş Milletler’in (BM) Eylül 2015’te yayınladığı *2030 Yılı İçin Sürdürülebilir Kalkınma Programı* içeriğinin tam merkezinde ‘sağlık’ başlığı yer

almaktadır. Bunun da ana teması insanlara sağlıklı bir yaşam temin etmek ve '*tüm yaşlar için*' sağlığı geliştirme hedeflerine odaklanmak olarak açıklanmıştır. Kronik hastalıklarla mücadele bu hedeflerin içinde ilk sıralarda yer almaktadır (31). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de, toplumların bu hedeflere ulaşabilmesi için özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık kayıtlarının doğru tutulması ve bilimsel yöntemlerle elde edilmiş sağlık istatistiklerinin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (32).

Bu çerçevede, ülkemizde yaşlı hastaların sağlık durumları, kronik hastalıkları ve ilaç kullanımları gibi alanlarda mevcut durumu tespit edebilmek ve sorunların çözümüne yönelik uygun sağlık politikaları geliştirebilmek için daha çok saha araştırmasına ve bilimsel veriye gereksinim vardır.

Biz bu çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın mevcut iki polikliniğine başvuran 65 yaş üstü hastaların komorbid durumlarını, kullandıkları reçeteli ya da reçetesiz ilaçları ve ilaç dışı tedavi yöntemlerini araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma İle İlgili Kavramlar

‘Yaşlı’ sözcüğü, Türk Dil Kurumu’na (TDK) göre ‘*yaşı ilerlemiş, kocamış, ihtiyar (kimse)*’ olarak tanımlanmaktadır (33). Toplumda da genellikle bu anlamda kullanılmaktadır. Ancak, gerontologlara göre *ihtiyarlık* ile *yaşlılık* birbirinden farklı kavramlardır. Yaşlılık, zamanın getirdiği biyolojik ve fizyolojik değişimler ile ilgili bir kavram iken; ihtiyarlık, daha çok, ileri yaştan getirdiği toplumsal ve kültürel ilişkileri ifade etmektedir (7,34).

Yaşlılık, yaşam sürecinin gelişimsel bir dönemidir. Üreme döneminin sonuna gelen erişkin bir bireyin, bu süreçten ölüme kadar geçen zaman diliminde yaşadığı değişim ve dönüşüm süreci olarak değerlendirilebilir. Bu değişimlerin en önemli iki sonucu - genellikle - doğurganlığın azalması ve mortalitenin artmasıdır (34).

Yaşlılık fiziksel, biyolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken çok yönlü bir süreçtir. Bireyin doğumundan o ana kadar geçen zamana ‘*kronolojik yaş*’ denir. **Fizyolojik yaşlılık**, kronolojik yaş arttıkça organizmada görülen çeşitli değişimleri ifade ederken; **psikolojik yaşlılık** algı, öğrenme, psikomotor, sorun çözme ve kişilik özellikleri açısından bireyde meydana gelen değişimleri ifade etmektedir. **Sosyolojik açıdan yaşlılık** ise, bir toplumda belirli yaş grubunun yaşam tarzı, bu yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun bu yaş grubuna verdiği değerlerle ilgilidir (34-36).

Kronolojik yaştan ilerlemesi ile birlikte; biyolojik, sosyolojik, psikolojik boyutta *bakıma* ve *tıbbi desteğe* gereksinim artmaktadır. Bu desteklere en çok gereksinim duyulan dönem yaşlılık dönemidir. Genel anlamda yaşlılık kişinin bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarında gerileme; sağlık, arkadaş, sosyal yaşantı, bağımsızlık gibi birçok alanda kaybın yaşandığı bir değişim süreci olarak görülür. Bu değişimler genel olarak negatif yönde ve bir ‘*kayıp*’ olarak değerlendirilse de, bu kaybın ve değişimin hızı bireyden bireye farklılık göstermektedir (35,36).

Genel olarak, birçok ülkede yaşlılık dönemi ‘**65 yaş ve üstü**’ olarak tanımlanır. Birleşmiş Milletler (BM) ise, 60 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 65 yaş ve üstünü ‘yaşlı’, 85 yaş ve üstünü ‘çok yaşlı’

olarak tanımlamıştır (37). Bazı sınıflandırmalarda ise yaşlılık dönemi '**65-74 yaş arası**', '**75-84 yaş arası**' ve '**85 yaş ve üstü**' şeklinde üç dönem olarak ele alınmaktadır (34).

Bu sınıflandırmalar elbette kesin ve bağlayıcı değildir. Yaşlılık için bir kronolojik kesim noktası (cut-off) belirlenirken, bireyin içinde bulunduğu toplumun yaşam şartları ve sosyo-ekonomik durumu da dikkate alınmaktadır. Örneğin, DSÖ Afrika için yaşlılık sınırını '*50 yaş ve üzeri*' olarak belirlemiş; 65 yaş ve üzeri değerlerin 'daha gelişmiş ülkelerde' yaşayan bireyler için kullanılması gerektiğini vurgulamıştır (37).

2.2. Yaşlanma Fizyolojisi ve Bu Durumun Kliniğe Yansıması

Yaşlanma organizmanın doğumu ile başlayıp daha sonra bir daha durmayan ve ölüme kadar devam eden '*fizyolojik bir süreç*' olarak değerlendirilmektedir (38,39). Bu süreçte organizmada '*yapısal*', '*fonksiyonel*' ve '*moleküler*' düzeyde bir dizi değişikliğin olması beklenir (40). Biyolojik olarak *yaşlanma hızı* bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların temelinde başta kalıtım (genetik faktörler) olmak üzere; bireyin yaşam şekli, beslenme alışkanlıkları, mevcut kronik hastalıkları, mikroorganizmalara maruziyet, hava kirliliği, iyonize radyasyon vb. gibi birçok çevresel etmen belirleyici rol oynamaktadır (38,41). Cinsiyet de bu fizyolojik değişimin hızı ve sonuçlarında önemli bir belirleyici etmendir. Birçok gelişmiş ülkede kadınların erkeklere göre yaklaşık 7-10 yıl daha uzun yaşadıkları bilinmektedir. Hatta bireyin *çocukluk dönemindeki* kişilik özellikleri, aldığı eğitim, davranışsal özellikleri gibi etmenlerin bile uzun yaşama ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (41).

Yaşlanma ile birlikte, biyolojik sistemlerinin rezervlerinde ve homeostatik kontrolde bir azalma söz konusudur. Bu kayıpların *normal koşullarda* organizmada bir fonksiyon kaybına neden olması beklenmez; ancak yaşlılıkta *strese uyum gücü* azalmıştır; bu nedenle yaşlı bireyler aşırı bir fizyolojik veya patolojik bir stresle (örn; cerrahi operasyon, hastalık, travma, çevresel zorlayıcı faktörler vb.) karşılaştığı zaman genç bireylere göre daha fazla etkilenmekte ve böyle durumlarda fonksiyon kaybı yaşamaya daha duyarlı hale gelmektedirler (38,41,42). Herhangi bir sebeple uzun süre hastanede yatış, kalça kırığı veya düşmelere bağlı meydana gelen zorunlu '*immobilite durumlarının*' da normal yaşlanma fizyolojisine olumsuz etkileri olduğuna son zamanlarda ayrıca dikkat çekilmektedir (41).

Bir klinisyenin yaşı bireylerdeki patolojileri anlayabilmesi için, öncelikle *normal yaşlanma fizyolojisini* bilmesi önemlidir (38). Fizyolojik açıdan yaşlanmanın karakteristik özellikleri Çizelge 2.1'deki gibi özetlenebilir.

Çizelge 2.1. Fizyolojik açıdan yaşlanmanın karakteristik özellikleri (42).

1.	Organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma. Bu azalma özellikle stres dönemlerinde (cerrahi, hastalık, travma vb.) daha da belirginleşir.
2.	Homeostatik kontrolde azalma (termoregülasyon sisteminde bozulma, baroreseptör duyarlılığında azalma)
3.	Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma (örn; ani pozisyon değişikliği sırasında ortaya çıkan ortostatik hipotansiyon, değişen hava sıcaklığına adaptasyon güçlüğü vb.)
4.	Stres durumlarında organizmanın yanıt verme kapasitesinde azalma (örn; ateş, anemi vb.)

Yaşlanma fizyolojisi *moleküler düzeyde* incelendiğinde, günümüzde iki farklı teori üzerinde durulmaktadır. Birincisi 'programlanmış teori' adı ile bilinmektedir. Bu teori, yaşlanma sürecinde organizmanın homeostazisinde ve doğal savunma mekanizmalarında *önceden belirlenmiş* ve kaçınılmaz olan bir dizi değişikliğin olduğunu savunmaktadır. İkinci teori ise 'hasar teorisi' adı ile anılmaktadır ve yaşam boyu organizmanın maruz kaldığı *çevresel etmenlerin* yaşlılık fizyolojisinde daha belirleyici bir rolü olduğunu iddia etmektedir. Bu ikinci teori, aynı zamanda 'serbest radikal teorisi' olarak da tanımlanmaktadır; DNA, protein ve lipidler üzerindeki *oksidatif hasar mekanizmalarının* yaşlanmanın asıl sebebi olduğunu savunmaktadır (40,43).

Organ ve sistemler düzeyinde bakıldığında, yaşlılık sürecinde organizmada bir dizi değişiklik meydana gelmektedir:

Kardiyovasküler sistem: Yaşlanma sürecinde kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişimler temelde 'bağ dokusunda' meydana gelen değişiklikler ile başlar. Arterler, venler ve miyokardiyumda bağ dokusu miktarı artmakta, yapısı sertleşmekte ve bu dokularda elastikiyet azalmaktadır (40,43). Başta koroner arter hastalığı olmak üzere, ateroskleroz, hipertansiyon, kalsifik aort darlığı ve kalp yetersizliği gibi hastalıklar ilerleyen yaşla birlikte 'dramatik' olarak artmaktadır (13). Kardiyovasküler risk faktörlerine doğrudan veya dolaylı olarak uzun süre - bazen yaşam

boyu - maruz kalınması, yaşlılık döneminde bu hastalıkların sıklığının artmasının önemli bir sebebi olarak görülmektedir. Yaşlılıkta kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişiklikler şu şekilde sıralanabilir (38-40, 43,44):

- ✓ Kalbin ağırlığı artar,
- ✓ Kardiyomiyositlerin sayısı azalır, boyutları artar,
- ✓ Miyokardın kontraktilesi azalır,
- ✓ Sol ventrikül duvar kalınlığı artar,
- ✓ Vagal tonus azalır,
- ✓ Sinoatrial düğümde fibröz doku oluşur,
- ✓ Kalp çevresindeki yağ doku artar,
- ✓ Arterlerin esnekliği azalır, periferik direnç artar ve sonuçta sistolik kan basıncı artar,
- ✓ Diyastolik kan basıncı da hafifçe yükselir,
- ✓ Kalp hızı ve dolum hacmi azalır,
- ✓ Dolaşımdaki intravasküler sıvı ve kan hacmi azalır,
- ✓ Tüm organlara kan akımında azalma meydana gelir.

Bu değişiklikler sonucunda; yaşlı hastalar dehidratasyona, intravasküler volüm kaybına ve ortostatik hipotansiyon gelişimine daha duyarlı hale gelirler (40,43). Bu değişikliklere *katekolamin duyarlılığının azalması* da eklenince, yaşlı hastalarda *kardiyak ilaçların etki ve yan etkilerine duyarlılık artmaktadır* (44).

Solunum sistemi: Yaşla birlikte akciğer ve göğüs duvarı kompliyansında önemli değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklerin kökeninde parankimde meydana gelen yapısal değişiklikler, elastik liflerdeki hasarlar, alveolar bağlantılarda kayıp, solunum kaslarında zayıflama, kosta-kıkırdak eklemlerde ossifikasyon ve ilerleyici dorsal kifoz rol almaktadır (38).

İlerleyen yaşla birlikte solunum sisteminde meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişiklikler şu şekilde sıralanabilir (38,40,43,44):

- ✓ Göğüs duvarı sertliği (rijiditesi) artmakta, solunum kaslarının gücü azalmaktadır. Sonuçta, solunum *iş yükü* artmaktadır.
- ✓ Vital kapasite azalır, rezidüel akciğer volümü artar.
- ✓ Fizyolojik ölü boşluk artar, ventilasyon-perfüzyon uyumsuzluğu ortaya çıkar

- ✓ Akciğerlerin gaz değişim kapasitesi azalır, parsiyel oksijen basıncı (PaO_2) azalır, alveolar-arteryel gradiyent ($P(A-a) O_2$) artmaktadır.
- ✓ Ekspirasyon sırasında küçük hava yollarında kollapsa meyil artmaktadır.
- ✓ Büyük hava yollarında glandüler epitelyal hücrelerin sayısında azalma meydana gelir. Yaşlı bireylerdeki bu değişim, koruyucu mukus salgısının üretiminde azalma, dolayısıyla da pulmoner enfeksiyonlara karşı savunmada bozukluklar ile sonuçlanır.
- ✓ İlerleyen yaşla birlikte akciğerlerdeki mukosilier klirensin azalması, öksürük refleksinin kısmen azalması, SVO gibi ek nörolojik hastalıklar ve vücudun savunma sistemlerinin genel olarak azalması gibi sebepler ile '*aspirasyon pnömonisi*' riski artmaktadır.
- ✓ Potansiyel patojenlerle 'üst solunum yolları'nın kolonizasyonu siktir. Bu kolonizasyonu oluşturan genellikle *gram-negatif enterobakteriler*dir, midenin kolonizasyonu da burada önemli rol oynar.
- ✓ Yaşlanma ile birlikte hem *humoral* hem de *hücresele* immün sistemlerde azalma meydana gelmektedir. Humoral immünitedeki azalma, başta '*pnömokokkal pnömoni*' olmak üzere, yaşlı bireylerde pnömoni görülme sıklığını arttıran önemli sebeplerden birisidir. Ayrıca bu yaş grubunda '*influenza virüsüne*' karşı da duyarlılık artar. Bu nedenle yaşlı bireylerin influenza ve pnömokok enfeksiyonlarına karşı bağışıklanması çok önemlidir.

Gastrointestinal Sistem (GİS): Bazı değişiklikler olmakla birlikte, genel olarak yaşlılar gastrointestinal fonksiyonlarını normal olarak sürdürmektedirler (38). Bu bireylerde kimi zaman hastalığa yol açan, kimi zaman da *yaşam kalitesini* ve fonksiyonelliği etkileyen gastrointestinal sistem ile ilgili değişiklikler şunlardır (38,40,44):

- ✓ Bazal tükürük salgısı azalır. Sağlıklı yaşlıların bile %40'ı ağız kuruluşundan yakınmaktadır.
- ✓ Tat alma ve koku alma duyuları yaşla birlikte azalma eğilimindedir. Acı, tatlı, ekşi, tuzlu ve keskin tatların saptanması ve ayrımının yapılmasında yetersizlik oluşur.
- ✓ Özofageal motilite genellikle azalır, gastrik boşalma zamanı artar.

- ✓ Gastrik asit sekresyonu azalmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte atrofik gastrit sıklığında artma olduğu gösterilmiştir.
- ✓ Gastrik prostaglandin, bikarbonat ve non-pariyetal sıvı sekresyonunda azalma meydana gelir. Bu da, özellikle nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlara (NSAİİ) maruz kalanlarda gastrik mukozal hasara neden olabilir ve GİS kanamaları ile sonuçlanabilir.
- ✓ İnce bağırsak yüzey alanı azalmaktadır.
- ✓ Helikobakter pilori enfeksiyonu yaşlılarda sıktır.
- ✓ Konstipasyon yaşlı hastalarda sık görülür. Uzamış kolon transit zamanının, yaşlanmayla ilişkili fizyolojik değişikliklerden çok, diğer faktörlerle (örn; komorbidite, immobilizasyon, ilaçlar vb.) ilişkili olduğu düşünülmektedir.
- ✓ Yaşla birlikte, her iki cinsiyette de istirahat anal sfinkter basıncı azalır. Bu da, bazı hastalarda fekal inkontinas görülmesine yol açabilir.
- ✓ Safranin kolesterol ve fosfolipid içeriğinde artma olur; ilerleyen yaşla birlikte safra kesesi taşlarının görülme sıklığı artar.
- ✓ Azalmış hepatik kan akımı ve azalmış karaciğer fonksiyonları nedeniyle ilaç eliminasyonlarında değişimler olur. Yaşlı hastalara ilaç reçete edilirken ‘karaciğer fonksiyonları’ özellikle dikkate alınmalıdır.

Üriner sistem: Erkeklerde ve kadınlarda üriner sistemde yaşlanma ile meydana gelen değişiklikler şunlardır (38,40,44) :

- ✓ Böbreklerin boyutu küçülür, nefron sayısı azalır.
- ✓ Renal kan akımı azalır ve glomerüler filtrasyon hızı yavaşlar.
- ✓ Yaşlılarda böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için ‘serum kreatinin’ ölçümü güvenilir bir yöntem olmayabilir çünkü yaşla birlikte azalan kas kitlesi de serum kreatinin düzeyi üzerine etkilidir.
- ✓ İlerleyen yaşla birlikte böbreklerin sekresyon ve absorpsiyon yeteneği azalır, idrarı yoğunlaştırma ve sodyum tutma kapasitesinde azalma meydana gelir.
- ✓ Susuzluk algısı bozulur.
- ✓ Renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivitesi azalır.
- ✓ Mesane kapasitesi azalır; mesane kasları kendiliğinden kasılarak idrar yapma hissi uyandırır. Noktüri ve poliüri görülebilir. Ayrıca, yaşlılarda rezidü idrar miktarı artmıştır. Bu yaş grubunda idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığı artar.

- ✓ *Üriner inkontinas* sıklığı artmıştır. Kadınlarda, menopoz sonrası üretra ve sfinkter tonusunda meydana gelen değişiklikler, çok sık aralıklarla olan gebelikler vb. gibi sebeplerle pelvik yapı zayıflamıştır ve bu değişiklikler kadınlarda üriner inkontinans gelişimine zemin hazırlamaktadır.

Genital sistem: Birçok yaşlı kişide cinsel istek, cinsel kapasite ve yeterlilik - eğer kişi sağlıklı ise - sürdürülebilir. Ancak, normal cinsel işlevlerde kademeli bir yavaşlama görülmektedir (38).

- ✓ Kadınlardan farklı olarak, erkekler hayatları boyunca fertil kalabilirler.
- ✓ Cinsel uyarılma için gereken zaman artmıştır. Ereksiyon sorunları görülebilir. İmpotans ve erektil disfonksiyon doğrudan yaşlılığa bağlanmamalı; önce altta yatan bir hastalık veya düzeltilebilir neden olup olmadığı araştırılmalıdır.
- ✓ Kadınlarda, menopoz sonrası azalan östrojen üretimi sebebi ile vajinal kuruluk, cinsel ilişki sırasında ağrı, vaginal duvarda kanamaya sebep olabilen incelme, tekrarlayan sistit atakları görülebilir. Ayrıca, vaginal asit sekresyonunda azalma tekrarlayan vajinit ataklarına yol açabilir (38).

Endokrin sistem: Endokrin sistemde yaşlanma ile meydana gelen değişiklikler şu şekildedir (38,40,44):

- ✓ Glikoz salınımı azalır, insülin direnci artar ve glikoz toleransı bozulur.
- ✓ Yaşlanmayla birlikte dokuların insüline yanıtının azalmasına ek olarak, organizmada ani artan glikoz konsantrasyonuna karşı insülin salgılanma mekanizmasında da bozukluklar gelişebilir. Bu nedenle, yaşlı hastalarda tanı amacıyla oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılırken dikkatli olmak gerekir.
- ✓ Vücut kütlesi azalır, kaslarda yağ depolanır ve *vücut yağ oranı* artar.
- ✓ Tiroid bezinin boyutlarında genellikle değişiklik olmaz. Ancak, *tiroid fonksiyonlarında* bozulma görülebilir. Tiroid hormonlarının etkisi yaşla birlikte azalır; serbest T4 düzeyinde değişiklik beklenmez, serbest T3 düzeyi azalır. TRH uyarısına TSH cevabı azalır.
- ✓ Antidiüretik hormon (ADH), arginin-vazopresin (AVP) ve kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) üreten nöronların boyut ve sayılarında artış meydana gelir.

- ✓ Kadınlarda, ovarian seks steroidlerine karşı hipotalamo-hipofizer ‘geri besleme (feedback)’ mekanizmasında azalma görülmekte; östradiol seviyeleri azalmaktadır.
- ✓ Erkeklerde de benzer şekilde hipotalamo-hipofizer-testiküler aksa defektler meydana gelmekte ve testosteron seviyeleri azalmaktadır.

Sinir sistemi: Normal yaşlanma süreciyle birlikte beyin ağırlığı ve beyne giden kan akımında azalma görülür. Normal sınırlar içinde olmak kaydıyla, öğrenme ve bellek ile ilgili fonksiyonlarda fizyolojik olarak bir miktar yavaşlama görülebilir. İlerleyen yaşla birlikte sinir sisteminde meydana gelen değişiklikler şu şekilde özetlenebilir (38,40,44):

- ✓ Beyin ağırlığı yaklaşık %20 oranında azalmaktadır. Bu azalma, 40 yaşından sonra her dekatta %5 gibi bir oranda olmaktadır.
- ✓ Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile yapılan çeşitli çalışmaların sonuçlarına göre, yaşlanma ile meydana gelen nöronal hücre ölümlerinden en çok etkilenen bölge prefrontal kortekstir.
- ✓ Nöron kaybına ve diğer fizyolojik değişikliklere bağlı olarak, yaşlılarda çevresel uyaranlara karşı tepki verme hızı yavaşlar.
- ✓ Kısa-süreli bellek, öğrenme, bilgi depolama, sözcükleri hatırlama, algılama gibi çeşitli *bilişsel fonksiyonlarda* azalmalar görülebilir.
- ✓ Yaşlanma ile birlikte beyne giden kan akımı azalır, kan-beyin bariyerinin geçirgenliği ise artar.
- ✓ Dopamin seviyeleri azalır, yaşlılarda *Parkinsonizm* tablosu daha sık görülür.
- ✓ Kalsiyum homeostazisinde meydana gelen bozulmalar ve reseptör düzeyindeki değişiklikler sonucunda, yaşlı hastaların analjezik ve sedatif/hipnotik ilaçlara karşı duyarlılığında artış görülür.

Kas – iskelet sistemi: Yaşlanma ile birlikte kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler ve klinik yansıması başlıca şunlardan ibarettir (38,39):

- ✓ Kemiklerdeki kalsiyum ve protein seviyelerinin azalması, kollajen vb. bağ dokuda meydana gelen yapısal değişiklikler sonucunda kemik mineral yoğunluğu azalır.
- ✓ Kemikler daha kolay kırılabilir hale gelir.

- ✓ Eklem kıkırdağında dejeneratif değişiklikler olur, elastikiyet azalır; hareketlere başlamada güçlük ve katılık gelişir.
- ✓ Kas kütlesi ve gücü yaş ilerledikçe azalır. Kas liflerinin sayısı ve büyüklüğü azalır. Kas kitlesinin azalmasının en önemli sebebi, büyüme hormonu ve erkeklerde testosteron düzeyinin azalmasıdır.
- ✓ Kadınlarda kemik kaybı özellikle *menopozdan sonra* hızlanır. Bunun en önemli sebebi, östrojen başta olmak üzere ovaryen hormonlarda meydana gelen azalmadır.
- ✓ En çok kaybın olduğu kemikler femur boynu, radius ve ulna distali ve vertebralardır.
- ✓ Kemik yapıda meydana gelen değişiklikler sonucunda vücut postürü değişir. Boy kısalması, kifoz, el ve ayaklarda eğrilikler gelişebilir.

Duyu organları: Yaşlanma ile birlikte duyu organlarında da yapısal ve fonksiyonel olarak bir dizi değişiklik meydana gelir. Yaşlı hastaların gündelik yaşam aktivitelerini ve fonksiyonelliğini etkileyen; aynı zamanda ek komorbid durumlara da yol açabilen bu değişiklikler şu şekilde özetlenebilir (45):

Görme

- ✓ Lens elastikiyeti ve kornea duyarlılığı azalmıştır; periferik görme azalır.
- ✓ Gözyaşı salgısı azalır, göz kuruluğu sıktır.
- ✓ Yaşlılar, görmek için daha fazla ışığa ihtiyaç duyarlar.
- ✓ Klinisyen tarafından, yaşlının görme muayenesi dikkatli bir şekilde yapılmalı, diyabet hastalığı olup olmadığı araştırılmalı, gelişebilecek *katarakt* konusunda dikkat edilmelidir.
- ✓ Yaşlının aldığı ilaçlar kontrol edilmeli, çevre güvenliğinin sağlanması için yeterli ışık, renkli işaretler ve gözlük kullanımı ihtiyacı değerlendirilmelidir.
- ✓ Yaşlı hastalarda, aldığı her ilacı ve hangi saatlerde aldığını anlatan, birbirinden farklı renklerde veya üzerinde resimleri olan ilaç kutuları kullanılabilir.

İşitme

- ✓ Yaşlanma ile birlikte, her iki kulakta da işitme azlığı görülür.
- ✓ Kulak kirinde artış meydana gelir.
- ✓ Yaşlı bireyler özellikle gürültülü ortamlarda duyma güçlüğü çekebilir.
- ✓ Yaşlı bireylerle kolay iletişim kurabilmek için tane tane ve çok yüksek olamayan bir ses tonuyla konuşulmalıdır. Bağırarak konuşmak hem duymasını zorlaştırmakta, hem de onu tedirgin ederek iletişimi engellemektedir.
- ✓ İşitme sorunu olan yaşlıların dudak hareketlerinden anlayıp anlamadığı belirlenmeli ve gerekirse bu yolla iletişim sağlanmalıdır.

Deri

- ✓ Cilt altı yağ dokusu incelir, bu dokunun incelendiği yerlerde kırışıklıklar artar. Derinin elastikiyeti azalır.
- ✓ Soğuğa tolerans azalır.
- ✓ Subkutan dokudaki duyu reseptörlerinin sayısı ve işlevlerinde azalma meydana gelir, dokunma duyusunda azalmalar görülebilir ve bu hastalar yaralanmalara daha açık hale gelirler.
- ✓ Derideki yaralar daha geç iyileşir.
- ✓ Yaşlılarda, dolaşım yetersizliği ve diyabet nedeniyle *ayak bakımı* özellikle önemlidir.

2.3. Dünyada ve Ülkemizde Yaşlanma Hızı ve Yaşlı Nüfus Oranı

Günümüzde, tarihte ilk kez, dünya üzerinde yaşayan insanların büyük çoğunluğu 60'lı yaşlarını yaşamaya ve daha uzun bir ömür sürme şansına çok yakındır (1).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren dünya nüfusunda hızlı bir artış meydana gelmiştir. Dünya nüfusu 1800 yılında 1 milyar civarında iken, 2070 yılında bu sayının 10 milyara ulaşacağı ve bu noktada *pik* yapacağı tahmin edilmektedir (46).

BM raporuna göre, 2015 yılı ortası itibari ile dünya nüfusu 7.3 milyar olmuştur ve yılda %1,18 oranında artmaya devam etmektedir. Bu da her yıl yaklaşık olarak 83 milyon kişilik bir artışa karşılık gelmektedir (47).

Dünya nüfusu gittikçe artarken, nüfus yapısında da değişimler gözlenmektedir. Son yıllarda bu alanda '*demografik değişim*' ifadesi sıkça kullanılmaktadır. Doğum

oranları azalmakla beraber, ölüm oranları da azalmakta ve doğumda beklenen yaşam süresi de artmaktadır. Dünya nüfusu artarken, bu nüfusun çoğunluğunu erişkin bireyler ve önemli bir kısmını da ‘yaşlı bireyler’ oluşturmaktadır (46).

BM’nin 2015 yılı verilerine göre, dünya genelinde 901 milyon civarında 60 yaş ve üzeri kişi bulunmaktadır ve bu sayı dünya toplam nüfusunun %12’sine karşılık gelmektedir. Bu yaş grubu, oransal olarak yıllık %3,26 oranında artmaya devam etmektedir. Bu artış hızı ile 60 yaş ve üzeri bireylerin sayısı, 2015-2050 yılları arasında 900 milyondan 2 milyara yükselmesi beklenmektedir (47). Bu artışa oransal olarak bakıldığında, dünyanın toplam nüfusu içinde yaşlı nüfus oranının %12’den %22’ye çıkması anlamına gelmektedir (1). Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre, şu anda dünya genelinde ortalama 70 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresinin, 2095-2100 yılları arasında 83 yıla yükseleceği öngörülmektedir (47).

BM’nin sınıflandırmasına göre, bir ülkedeki *yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 ile %10* arasında ise ‘yaşlı’; bu oran **%10’un üzerinde** ise ‘çok yaşlı’ nüfusa sahip bir ülke olarak değerlendirilmektedir (48).

Ülkemizde, 2015 yılı itibari ile yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri) 6 milyon 495 bin 239 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı da %8,2 olarak saptanmıştır (3). Hacettepe Demografik ve Sağlık Araştırması 2013 yılı raporuna göre; 2023 yılında ülkemizdeki yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının %10 seviyesini geçeceği ve ülkemizin de ‘çok yaşlı nüfusa sahip ülkeler’ arasına gireceği öngörülmektedir (4).

Yaşlanma ile birlikte toplumlarda sağlık, sosyal, ekonomik konular başta olma üzere birçok alanda yeni sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalık yükünün artması, bakım yetersizlikleri, fonksiyonel kayıplar gibi durumlar yaşlı kişilerin yaşam kalitesini de önemli ölçüde bozmaktadır. Günümüzde, yaşlı bireylerin kendi ebeveynlerinden daha uzun yaşadıkları kesindir; ancak onlardan daha kaliteli bir yaşam sürdürdükleri konusunda yeterli kanıtlar yoktur (1,2).

DSÖ’nün 2015 yılında yayınladığı ‘Yaşlanma ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu’nda, toplumların sağlık politikalarını yaşlanan nüfusa göre yeniden şekillendirmeleri ve önümüzdeki yıllarda etkisi daha da hissedilecek olan bu *demografik değişime* hazırlıksız yakalanmamaları uyarısının altı çizilmiştir. Aynı raporda, toplumda yaşlılara karşı çeşitli konularda olumsuz yönde ayrımcılık yapma anlamına *gelen ‘yaş ayrımcılığı (İng; ageism)’* konusuna da dikkat çekilmiş; yaş ayrımcılığının ırkçılık ve cinsiyet ayrımcılığı kadar yaygın olduğu belirtilmiştir (1,2). Ülkemizde, DSÖ’nün

önerileri doğrultusunda, yaşlanan nüfusa yönelik olarak sağlık politikaları geliştirilme çalışmaları başlamıştır ve devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında yayınlanan ve uygulamaya konulan ‘*Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020*’ bu çalışmalardan bir tanesidir (5).

2.4. Aile Hekimlerinin Yaşlı Sağlığındaki Rolü ve Önemi

Yukarıda bahsedildiği üzere, son yıllarda dünya nüfusunun yaşlanması ve tıp alanında yaşanan gelişmelerin de etkisiyle; tıbbın yaşlı sağlığı ve hastalıkları ile ilgilenen kolu olan ‘geriyatri’ ayrı bir tıp disiplini olarak gelişmeye başlamıştır. Bununla birlikte kaçınılmaz olarak, yaşlı hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerinde de gittikçe artan oranlarda yer almaktadır (49-52).

Yaşlı hastalar, kendine özgü sağlık sorunları olması sebebi ile *özel bir gruptur* ve bu hastalara sağlık hizmeti verilirken ‘multidisipliner bir yaklaşım’ gereklidir, bunun için de ‘interdisipliner bir ekip’ oluşturulmalıdır. Bu ekip içerisinde geriyatrist, hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personelleri, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve gereğinde diğer tıbbi uzmanlık dalları da yer almalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri (aile hekimliği) de, birçok çalışmaya göre bu ekibin tam merkezinde yer almaktadır ve geriyatristlerle birlikte en önemli parçasını oluşturmaktadır (49-53).

Geriyatrik yaş grubuna sağlık hizmetleri sunumunda birinci basamağı esas alan model önerileri vardır (53).

Aile hekimliği disiplini, yapısı gereği, kendine özgü bazı özelliklere sahiptir. **Kapsayıcılık**, yaygın görülen sağlık sorunlarını çözebilecek bilgi, deneyim ve donanımına sahip olmasıdır. **Kapı tutuculuk** (*İng; gate keeper*), acil haller dışında hastaların sağlık sunucularına ilk başvuru noktası olmasını ifade eder. **Sürekli bakım**, hastaların tanı, tedavi, sevk, izlem vb. açıdan takibinin yapılması; aynı hekim ve ekip tarafından izlenmesi ve hastaların sağlık sorunları ile doğumdan ölüme kadar ilgilenilmesi gerektiğini ifade eder (49).

Birinci basamak hekimliği (aile hekimliği), bütün hastalarını olduğu gibi, yaşlı hastalarını da **biyopsikososyal yaklaşım** içinde değerlendirmektedir. Birinci basamaktaki uzun vadeli ve çok yönlü bu hekim-hasta ilişkisi geriyatrik yaş grubu tarafından oldukça memnun karşılanmaktadır. Yapılan çalışmalar - zorunlu haller dışında - yaşlı hastaların aile hekimlerini değiştirmediklerini göstermektedir (49).

Son yıllarda ‘hastalık merkezli’ yerine ‘hasta merkezli’ sağlık hizmetlerine doğru bir yönelim söz konusudur. Bu bağlamda aile hekimlerinin yaşlı hastalarının kendine özgü sağlık sorunlarını iyi tanınması ve bakımını bireyselleştirmesi önerilmektedir (54).

Yaşlı hastaların sık sorunlarından birisi olan multimorbidite aile hekimliği ile yakından ilişkilidir. Birden çok sağlık sorunu olan hastanın bakımı; öncelikle kişiye yönelik, sürekli ve diğer uzmanlık dalları ile eşgüdümlü olmalıdır. Aile hekimi, hastayı uzun süredir izlemesi ve dolayısıyla hastasının biyopsikososyal özelliklerini tanınması; hastaya daha önce yapılmış olan konsültasyonlara hakim olması; bu konsültasyonların nedenlerini, sonuçlarını ve bu konuda yapılması gerekenleri bilmesi; eğer hastasına yeniden bir konsültasyon gerekirse sevk sürecini yönetebilecek durumda olması (**koordine edicilik**) gibi özellikleri ile multimorbiditeli bir hastayı diğer disiplinlere göre daha başarılı yönetebilir (9).

Yaşlı hastaların önemli sorun yaşadıkları bir diğer alan da ilaç kullanımındır. Polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımı, yaşlı hastalar arasında oldukça yaygındır. 2014 yılı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) verilerine göre, ASM’lerde yazılmış olan 138.146.054 adet reçetenin %23,2’si (32.071.218 reçete) 65 yaş üstü bireylere reçete edilmiştir (20). Bu dikkat çekici bir orandır. Yaşlı bireylerde uygunsuz ilaç kullanımının ve polifarmasinin önlenmesinde aile hekimliğinin oldukça stratejik bir rolü vardır (20,22).

Yaşlı sağlığı ile ilgili önemli bir konu da evde sağlık hizmetleridir. Yaşlılar için evde bakım hizmetleri ülkemizde son 20 yıldır ortaya çıkan bir kavramdır. Şubat 2010 tarihinde uygulamaya konulan “Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge” hükümleri çerçevesinde; evde sağlık hizmetleri öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına verilmiştir ve aile hekimlerinin görev tanımında yer almıştır (50). Aile hekimleri, evde bakım hizmetlerini verirken diğer uzmanlık dalları ve sağlık kuruluşları ile koordineli bir şekilde çalışır (54).

Yaşlı hastalara sağlık hizmeti verilirken; hasta sadece genel tıbbi durumu ile değil, aynı zamanda sosyal çevresi ve işlevsellik yönleriyle de ele alınmalıdır. Hastanın kiminle birlikte yaşadığı, hastaya evde kimin baktığı, gerekli durumlarda hasta adına kimin karar vereceği (vekili), hastanın aile bireyleriyle ilişkisi, aile içi dinamikler de sorgulanmalıdır (52).

Bazı önemli semptomlar veya fonksiyonel yetersizlikler yaşlı hastalar tarafından sıklıkla doktorlarına iletilmez. Bunun nedeni hastanın bu semptomların normal yaşlanma sürecinin bir parçası olduğunu, her yaşlının aynı semptomları yaşadığını düşünmesi ya da utandığı için söyleyememesi olabilir (örn; üriner veya fekal inkontinans, cinsel sorunlar). Bazen de yaşlı hastalar kendi durumlarının ve semptomlarının farkında değildirler (örn; demans durumlarında). Bu klinik durumlar ‘*buz dağı*’ olarak değerlendirilir. Aile hekimi, yaşlı hastalarında bu yaygın fakat belirtilmeyen ‘buz dağı’ semptomlarının farkında olmalı; rutin yaşlı değerlendirmesinde gerekirse ‘semptom kontrol listeleri’ kullanarak sistematik bir şekilde hastasını değerlendirmelidir (52).

ABD’de, aile hekimleri istedikleri takdirde yaşlı sağlığı ile ilgili ‘ek yeterlilik sertifikası’na başvurabilmektedir. Amerikan Aile Hekimliği Bilim Kurulu (*American Board of Family Medicine/ABFM*) tarafından verilen bu sertifikayı alan hekimler ‘aile hekimliği geriyatristsi’ (*İng; family physician geriatrician*)’ olarak adlandırılmaktadır (55). Bu hekimler, tüm yaş gruplarına hizmet vermekle beraber, zamanlarının çoğunu yaşlı hastalarına ayırmaktadırlar. Bu durum yaşlı hastalar açısından elbette olumludur. Ancak; aile hekimliğinde ‘branşlaşmanın’ ve bazı hasta gruplarına daha çok zaman ayırmanın aile hekimliği disiplininin temellerine aykırı olup olmadığı tartışma konusudur (56).

Sertifikalı olsun veya olmasın, sürekli, kapsamlı ve şefkatli bakım veren aile hekimliği yaşlı sağlığı açısından oldukça önemlidir. Ayrıca, aile hekimleri kırsal alanlarda daha çok çalışma olanağına sahip oldukları için, yaşlı sağlığı hizmetlerinde daha çok bireye ulaşabilirler (55).

Günümüzde, ‘sağlıklı yaşam’ beklentisinin ‘uzun yaşam’ beklentisinden daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Genç popülasyonda esas hedef tedavi iken; geriyatrik popülasyonda verilen sağlık hizmetlerinin esas hedefi ‘yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesi’ olmalıdır (35).

Sonuçta aile hekimi, yaşlı hastasının tüm sağlık ve sosyal sorunları ile ilgilenen; hastasını bütüncül değerlendiren; diğer birimlerle entegre olarak gerektiğinde sevk ve konsültasyon mekanizmalarını işleten; her aşamada hastasının izlemine ve savunuculuğunu yapan; hastasına kesintisiz ve kapsamlı sağlık hizmeti veren bir tıp disiplini olarak yaşlı sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir (49-53).

2.5. Komorbidite ve Multimorbidite Kavramları

Birbiri ile yakın ilişkili olmasına rağmen, esasında ‘komorbidite’ ve ‘*multimorbidite*’ kavramları birbirinden farklı durumları ifade etmektedir. Aile hekimliğinde de önemli bir yeri olan bu iki kavram klinik pratikte çoğu zaman birbiri yerine kullanılmakta ve bu da zaman zaman kafa karışıklığına yol açmaktadır (9).

Komorbidite: Kelime anlamı ‘ek hastalık durumu’dur. Feinstein, ilk defa 1970 yılında komorbidite terimini kullanmış ve ‘*kişide hali hazırdaki bir indeks hastalık değerlendirilirken, bu hastalıkla birlikte daha önceden var olan ya da bu indeks hastalığın seyri sürecinde ek olarak ortaya çıkan, asıl hastalıktan farklı herhangi bir klinik durum*’ olarak tanımlamıştır (57). Günümüzde ise, komorbiditenin iki farklı tanımı mevcuttur. Birincisi; Feinstein’in tanımına benzer şekilde, kişide var olan indeks hastalık ile aynı anda görülen, ancak indeks hastalıktan farklı bir klinik durumu ifade eden bir tanımdır. İkincisi ise; nispeten daha yeni bir tanım olup, kişide herhangi bir hastalık, sağlık sorunu veya klinik durumun sebebi veya sonucu olan, yani kişide var olan indeks hastalık ile bir şekilde ilişkili olan klinik durumu ifade etmektedir. Bu iki tanım arasından, ilki daha çok kabul görmekte ve daha yaygın kullanılmaktadır (58).

Multimorbidite: Genel olarak aynı bireyde, aynı anda birden çok (≥ 2 adet) hastalık durumunun bulunmasını ifade eder (8,13,59,60). Nadiren, bazı araştırmalarda üç veya daha fazla sayıda hastalığın aynı kişide olması şeklinde de kabul edilmiştir (8). DSÖ tarafından yapılan tanımında da, benzer şekilde, iki veya daha fazla sayıda kronik sağlık sorunu olan bireylerin tanımlanmasında kullanılan bir terimdir (61). Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı [The European General Practice Research Network, (EGPRN)] 2013 yılında yaptığı bir sistematik literatür derlemesinden sonra daha geniş kapsamlı bir multimorbidite tanımı yapmıştır. EGPRN’e göre multimorbidite ‘*bir kronik hastalık ile en az bir adet (akut veya kronik) başka bir hastalığın veya biyopsikososyal faktörün veya somatik risk faktörünün kombinasyonu*’ şeklinde tanımlanmıştır (62). Yapılan bazı yayınlar da daha kapsamlı olan bu Avrupa tanımı desteklemektedir (13).

Multiple kronik durumlar (MKD) (İng; Multiple chronic conditions, MCC): Multimorbidite ile ilişkili olan ancak tam olarak da aynı anlama gelmeyen bir terimdir. ABD’de bu terim daha çok sağlık göstergelerinin geliştirilmesi ve hastaların bakım kalitesinin ölçülmesi amacıyla yapılan çalışmalarda kullanılmaktadır. Anlam olarak,

‘bireyin sağlık durumuna, işlevselliğine ve yaşam kalitesi üzerine müşterek etki eden; bu etki sonucunda hastanın sağlık ve bakım ihtiyaçlarının artmasına sebep olan; iki veya daha fazla sayıda kronik durum’ olarak tanımlanmıştır (63).

Yukarıda bahsedildiği üzere, tek bir multimorbidite veya komorbidite tanımlı yapmak güçtür. Genel olarak; yapılan çalışmalarda ‘hastalık sayısı’ üzerine odaklanılmış olsa da, bazı çalışmalarda hastanın sosyal durumu, ruhsal durumu, semptomları hatta risk faktörleri bile bu tanımlamalarda birer değişken olarak kullanılmaktadır (13).

Komorbidite açısından başka bir sorun ise, indeks hastalığın (primer hastalığın) belirlenmesindeki güçlütür. Kişideki indeks hastalık, doktorun uzmanlık dalına veya hastanın o anki şikayeti olan hastalığına göre değişir. Bazen de, komorbid olarak değerlendirilen durumun gerçekten farklı bir hastalık mı, yoksa var olan hastalığın bir komplikasyonu mu olduğu konusunda görüş birliği olmayabilir. Klinik uygulamada pek sorun olmasa da, özellikle görüş birliği gerektiren bilimsel araştırmalarda bu anlam kargaşası sorun yaratabilir. Bu nedenle, araştırmacılar genellikle komorbidite yerine ‘multimorbidite’ veya ‘multiple kronik durumlar’ terminolojisini kullanmayı tercih etmektedirler (13,58).

2.5.1. Yaşlılarda multimorbidite sıklığı ve önemi

Yaşlı hastalarda multimorbidite oldukça sıktır. Genel popölasyonda, %50-80 arasında yaşlıda en az iki kronik hastalık bulunmaktadır (64). Violan ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınlanan sistematik derlemesinde, 65 yaş üstü hastalarda multimorbidite oranının ortalama %95,1 olduğu bildirilmiştir (8). Başka bir sistematik derlemede de, genel popölasyonda %20-30 arasında olan multimorbidite oranı; 65 yaş ve üzerinde %55-98 arasında saptanmıştır (65).

ABD’de, her dört erişkinden birinde en az iki veya daha fazla kronik durumun veya hastalığın olduğu belirtilmektedir. 65 yaş üstü hastaların ise, üçte birinin en az dört veya daha fazla sayıda kronik sağlık sorununa sahiptir (10). İngiltere’de her altı hastadan birisinde iki veya daha fazla sayıda kronik hastalık bulunmakta, bu hastalar birinci basamakta yapılan hasta-hekim görüşmelerinin %32’sini oluşturmaktadır (66). Portekiz’de, birinci basamağa başvuran yaşlı hastalar arasında multimorbidite oranı %70 bulunmuştur (59).

Ülkemizde, Akkuş ve ark.'nın birinci basamağa başvuran 60 yaş üstü bireylerde yaptıkları bir çalışmada, bu hastaların %98.7'sinde en az bir kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (67). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, Dedeli ve ark. yaşlı bireylerin %93,2'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu göstermiştir (14).

Multimorbidite birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir yük oluşturmaktadır (62). Polifarmasiyi ve çeşitli ilaç reaksiyonları riskini, hastaneye yatışları ve erken ölümleri artırmaktadır. Bunların yanı sıra yaşam kalitesini düşürmekte, özellikle yaşlı hastalarda 'işlevsellik kayıplarına' sebep olmakta ve bu hastaları günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale getirmektedir (8). Ayrıca, sağlık harcamalarını doğrudan ve dolaylı olarak artırmaktadır. Singapur'da yakın zamanda yapılan ve 60 yaş üstü bireyleri kapsayan bir çalışmada; iki veya daha fazla sayıda kronik hastalığı olan yaşlıların, hiçbir hastalığı olmayan yaşlılara göre yılda yaklaşık üç kat daha fazla oranda poliklinik doktor vizitleri yaptıkları bildirilmiştir (64).

Hem yaşlı bireylere, hem de sağlık sistemine önemli ölçüde sorun teşkil eden multimorbidite sıklığı giderek artmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, 5476 yaşlı hasta longitudinal bir çalışma kapsamında izlenmiş ve bu hastalarda multimorbidite insidans oranı %5,9 kişi-yıl olarak saptanmıştır (68).

2.5.2. Yaşlılarda multimorbidite değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler

Multimorbidite ile ilgili klinik çalışmaların yapılabilmesi ve multimorbid hastaların daha uygun şekilde yönetilebilmesi için; klinisyen tarafından multimorbiditenin 'ölçülebilmesi' ve standardize edilebilmesi gerekmektedir. Bu amaçla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler birbirine üstünlük sağlamaktan çok, kullanım amaçlarına göre karşılaştırılmalı ve ona göre değerlendirilmektedir (57,58,60).

Komorbidity ve multimorbidite değerlendirmesinde kullanılan ölçeklerden bazıları Çizelge 2.2.'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.2. Komorbidite ve multimorbidite değerlendirmesinde kullanılan ölçekler (58,60).

Kronik Durumların Sayısı (Basit Ölçüm) <i>[Bizim çalışmamızda multimorbidite ölçümünde bu yöntem kullanılmıştır]</i>	- Hastadaki kronik durumların / hastalıklar sayılarak toplam skor elde edilir. - Ölçeğe dahil edilen kronik hastalıkların bir standart listesi olmayıp; çalışmayı yapan yazarlar kendi check-listlerini kullanırlar. - Bazı araştırmacılar, check-list de kullanmayıp, sadece beyan edilen veya tespit edilen kronik durumları / hastalıkları ele alırlar.
Charlson Komorbidite İndeksi (CCI)	1987 yılında geliştirilmiştir. - Kanser hastalarında mortalite riskini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Daha sonra farklı alanlarda da modifikasyonları yayınlanmıştır. - Orjinalinde, indeks bir kanser vakası vardır ve bu hastada mortaliteyi artırabilecek 17 adet ek hastalık sorgulanır.
Kaplan-Feinstein Sınıflandırması (KFC)	1974 yılında geliştirilmiştir. - Özellikle DM hastalarında komorbidite değerlendirmesi amacıyla kullanılır.
Komorbidite Semptom Skalası (CmSS)	23 adet değişkeni olan bir ölçektir. - Yaşlı hastalardaki semptomların ciddiyetini ve komorbid durumları tespit etmek için kullanılır.
Fonksiyonel Komorbidite İndeksi (FCI)	2005 yılında geliştirilmiştir. - Amputasyon veya vasküler cerrahi geçiren hastalarda fiziksel-fonksiyonel durumları değerlendirmek için kullanılır.

Huntley ve ark.'nın yaptığı bir sistematik derlemede, birinci basamakta yapılmış 194 adet çalışma incelenmiş ve bu çalışmaların yarısından fazlasında multimorbidite değerlendirilmesi için 'basit ölçüm' yönteminin kullanıldığı görülmüştür (28).

2.5.3. Yaşlılarda multimorbiditenin ve komorbid durumların yönetimi

Komorbid durumları olan hastanın yönetimi zordur. Özellikle bu hasta yaşlıysa, birinci basamakta hizmet veren aile hekimi multimorbid hastaların yönetiminde yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalı; bakımın sürekliliğinin sağlandığı, hasta merkezli, bireyselleştirilmiş, bütüncül ve çok yönlü (biyopsikososyal) bir yaklaşım sergilemelidir (9).

Aile hekimliğinde multimorbiditeli yaşlı hastaların yönetiminde dikkat edilecek hususlar şu şekilde özetlenebilir (9,12,63).

- ✓ Aile hekimi, komorbiditesi olan yaşlı hastasını düzenli aralıklarla izlemelidir. Hasta poliklinikten ayrılmadan önce, bir sonraki görüşme randevusu ayarlanmalıdır.

- ✓ Hekim, yaşlı hastasında ortaya çıkan yeni belirtilerin/semptomların normal yaşlanma sürecine bağlı olduğu fikrine kapılmamalıdır. Önceki bölümlerde bahsedilen ‘buz dağı’ semptomlarını da gözden kaçırmamalıdır. Özellikle spesifik olmayan semptomlara dikkat edilmelidir (örn; baş dönmesi, düşme, iştah kaybı, kilo kaybı, idrar kaçırma vb.)
- ✓ Standart yaklaşımlar yerine, fonksiyonelliği ve hastanın yaşam kalitesini ilgilendiren durumlara daha çok ağırlık verilmelidir [örn; artriti olan yaşlı hastaya ağrı, şişkinlik, tutukluk vb. olup olmadığını sormak yerine; bu şikayetlerin hastanın günlük aktivitelerine etkisi, kişisel bakımında (beslenme, yıkanma, giyinme vb.) ne kadar kısıtlamaya neden olduğu gibi sorular sorulup, hastaya bu yönde yardımcı olunmalıdır].
- ✓ Hastanın sosyal ve ekonomik durumu da hasta-hekim görüşmesinde ele alınmalıdır. Yalnızlık, duygusal hassasiyetler, ekonomik sıkıntılar vb. gibi durumlar, çoklu hastalıkların hasta üzerindeki olumsuz etkilerini artırabilir.
- ✓ Depresyon ve duygudurum bozuklukları özellikle sorgulanmalıdır.
- ✓ Multimorbiditesi olan hastada, ilaç kullanımı mutlaka gözden geçirilmelidir. İlaç – ilaç etkileşimleri, hastanın tedaviye uyumu yakından takip edilmelidir.

2.6. Yaşlılarda ‘Reçeteli’ İlaç Kullanımı

Pek çok çalışmada belirtildiği üzere, yaşlı hastaların sürekli kullandıkları ilaç sayısı diğer yaş gruplarına göre oldukça fazladır (15,19,22,69). Kronik hastalıkların ve komorbid durumların sayısının artması bunun en önemli sebeplerinden birisidir (12,19,69).

ABD’de reçete edilen tüm ilaçların %38’i yaşlı bireyler tarafından tüketilmektedir. İngiltere’de ise bu oran %45-55 arasında değişmektedir (70). Gelişmekte olan ülkelerde, tüm yaşlı nüfusu içinde %85-90 gibi bir oranının günde en az bir adet sürekli ilaç kullandığı bildirilmiştir. Bu ülkelerde, ilaç ile ilişkili hastane başvurularının %30’unu da yaşlı hastalar oluşturmaktadır (71).

Türkiye’de, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun 2014 yılı verilerine göre, ASM’lerde yazılmış olan 138.146.054 adet reçetenin %23,2’si (32.071.218 adet reçete) 65 yaş üstü bireylere yazılmıştır (20). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada, Dedeli ve ark. 65 yaş ve üzeri hastaların %51,5’inin üç veya daha fazla sayıda ilaç kullandığını bildirmiştir

(14). Yine ülkemizde, Şair ve ark.'nın yaptığı bir başka çalışmada, bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü hastaların %69'unun günlük dört veya daha fazla sayıda ilaç kullandıkları saptanmıştır (15).

İlerleyen bölümlerde tartışılacağı üzere, çoklu ilaç kullanımı ve/veya uygunsuz ilaç kullanımı yaşlı hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir (19,21,22,71).

2.6.1. Yaşlılarda farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler

Yaşlılığa bağlı olarak organizmada meydana gelen fizyolojik değişiklikler nedeniyle vücutta süregelen 'farmakokinetik' ve 'farmakodinamik' mekanizmalarda da bazı değişimler olur. Bu değişimler, klinik olarak önemli sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle yaşlı hastasına ilaç tedavisi düzenleyen hekimin, hastasında olması beklenen bu değişimleri dikkate alması gerekir (23,42,72).

Basitçe ifade etmek gerekirse, farmakokinetik, vücudun ilaca ne yaptığı; farmakodinamik ise ilacın vücuda ne yaptığı ile ilgilidir. Yaşlılarda ilaç farmakokinetiğinde meydana gelen değişiklikler şu şekildedir (23,72):

Emilim

İlerleyen yaşa bağlı olarak bağırsaklarda villus atrofi olmasına rağmen, ilaçların emilimi çok fazla etkilenmez. Ancak, bazı klinik durumlar dolaylı olarak bu süreci etkileyebilir. Örneğin yaşlı bireyin değişen beslenme alışkanlıkları, kullandığı antiasidler, laksatifler gibi durumlar sebebi ile diğer ilaçların emilimi azalabilir. Yine de, yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerden 'en az etkilenen' farmakokinetik parametre 'emilim'dir (23,72).

Dağılım

Vücut sıvılarında yaşlanmayla birlikte meydana gelen değişiklikler ilaçların dağılım hacmini etkiler, dolayısıyla ilaçların yarı ömrü ve etki süreleri değişir. Dolaşımda albümin düzeylerinin azalması, albümine bağlı olarak taşınan bazı ilaçların kandaki serbest düzeylerini artırır. Warfarin, aspirin, fenitoin gibi ilaçlar açısından bu durum önemlidir. Ayrıca, terapötik aralığı zaten dar olan digoksin gibi ilaçların toksisite yapma potansiyeli artabilir; özellikle kalp yetmezliği (KY) olan hastalarda bu ilaçların yükleme dozunun azaltılması gerekebilir. Vücutta yağ oranı arttığı için, yağ dokusunda dağılan ilaçların (örn; psikotrop ilaçlar) dağılım hacmi ise artabilir (23,72).

Metabolizma

Karaciğerin ilaç metabolize etme fonksiyonu yaşla birlikte çok fazla değişmez. Ancak, azalan hepatik kan akımı dolaylı olarak karaciğerin metabolize etme hızını azaltabilir. Yaşlanmaya bağlı esas değişiklikler, mikrozomal enzimler tarafından gerçekleştirilen Faz I reaksiyonlarında (oksidasyon, indirgenimi, hidroliz) olur. Faz II reaksiyonlarında (konjugasyon) fazla bir değişiklik olmaz. Bunun klinik açıdan önemine bakacak olursak, diazepam, klorazepat, klordiazepoksid gibi ilaçlar oksidatif metabolizmaya uğradıkları için yaşlı hastalarda bu ilaçların metabolizması azalır ve yarı ömrü artar. Oysa lorazepam, oksazepam, temazepam gibi ilaçlar konjugasyon ile hepatik eliminasyona uğradıkları için, bu ilaçlarda böyle bir değişim beklenmez (23,72).

Atılım

Yaşa bağlı değişikliklerden en çok etkilenen farmakokinetik parametredir. Renal fonksiyonel kapasitede hem glomerüler hem de tübüler düzeyde gerileme söz konusudur. Renal perfüzyon kapasitesi 25 ve 65 yaşları arasında %40-50 oranında azalır. Böbreklerden atılan ilaçların hem kendisi, hem de aktif metabolitlerinin eliminasyonu yavaşlar ve yarı ömrü artar. Bu da ilaçların toksisite riskini artırır. Yaşlı hastalarda ilaç dozunun ayarlanması önemli bir klinik sorundur ve kreatinin klirensi hesaplanarak uygun ilaç dozu seçilmelidir (23,72).

Farmakodinamik değişiklikler ise, duyarlılık artışı açısından en çok santral sinir sisteminde meydana gelir. Yaşlı bireylerde nöroleptik ilaçların kullanımı sırasında ekstrapiramidal bulgular, deliryum ve postural hipotansiyon gibi yan etkiler artar. Benzodiyazepinlerin kullanımı sırasında da uyku hali ve konfüzyon artar. Yaşlılarda beta reseptör duyarlılığı azalır. K vitaminine bağımlı pıhtılaşma faktörlerinin sentezinin azalması, oral antikoagülanların duyarlılığında artışa yol açabilir; bu nedenle yaşlı hastalarda warfarin tedavisine başlarken düşük dozlarda başlayıp yavaş ve kademeli olarak artırılması önerilir (23).

2.6.2. Yaşlılarda ‘polifarmasi’ ve ‘uygunsuz ilaç kullanımı’

Polifarmasi'nin sözcük anlamı ‘çoklu ilaç kullanımı’dır. Birçok araştırmacı tarafından kabul edilen en yaygın tanıma göre, ‘*günde ortalama beş veya daha fazla sayıda ilacın* devamlı kullanımı’ polifarmasi olarak tanımlanmaktadır (17-23, 69). İki veya daha fazla sayıda ilacın bir arada kullanımı, dört veya daha fazla sayıda ilacın bir

arada kullanımı gibi tanımlar da yapılmıştır (24). Bazı araştırmacılar ise, kullanılan ilaç sayısından bağımsız olarak ‘endikasyon dışı ilaç kullanımı, etkisiz ilaç kullanımı, aynı farmakolojik gruptan birden fazla ilaç kullanımı vb.’ gibi durumlarda da polifarmasiden söz edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (17,18,19,72). Hatta bazı kaynaklara göre literatürde 24 farklı polifarmasi tanımı yapılmıştır (73). Zaman zaman ‘polimedikasyon, polipreskripsiyon, multimedikasyon, multipreskripsiyon’ gibi terimler de polifarmasi ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ortaya çıkış ve oluş şekli açısından ise ‘simultane, kümülatif veya sürekli (continuous) polifarmasi’ şeklinde üçe ayıran; günlük kullanılan ilaç sayısı açısından da ‘minor polifarmasi (2-4 ilaç/gün)’ ve ‘major polifarmasi (≥ 5 ilaç/gün) şeklinde ikiye ayıran yayınlar da mevcuttur (17).

Polifarmasi, yaşlı hastalar arasında oldukça sıktır ve sıklığı giderek artmaktadır. ABD’de yapılmış toplum tabanlı bir çalışmada 75-85 yaş arası kadınların %36’sının, erkeklerin ise %37,1’inin günlük beş veya daha fazla sayıda ilaç kullandığı ortaya çıkmıştır (19). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada ise; 60 yaş üzerinde günlük ≥ 5 adet ilaç kullanan hasta oranı kadınlarda %63,2, erkeklerde ise %55,3 olarak bulunmuştur ve bu oranlar ABD’de ile karşılaştırınca oldukça yüksektir (21).

Yaşlı hastalarda polifarmasinin çeşitli sebepleri vardır. Çizelge 2.3’te yaşlılarda polifarmasinin ortaya çıkışına yol açan faktörler gösterilmiştir.

Çizelge 2.3. Polifarmasiye yol açan durumlar (24).

1.	Çoklu komorbidite
2.	Çoklu reçete yazımı
3.	Reçete kaskatı ✓ Verilen bir ilaç tedavisi sonucu ortaya çıkan yan etkiyi tedavi etmek amacıyla başka bir ilacın tedaviye eklenmesidir. Eğer bu yeni eklenen ilaçla da bir yan etki görülürse, bunu önlemek amacıyla başka bir ilaç tedaviye eklenir ve hastada hekim / hekimler tarafından polifarmasi oluşturulmuş olur
4.	Hekimlerin ilaç yan etkileri ve ilaç-ilac etkileşimleri konusunda bilgi yetersizliği
5.	Hasta ve/veya bakım verenle ilişkili faktörler: ✓ İleri yaş, bilişsel bozukluk, işlevselliğin azalması, işitme-görme sorunları, huzurevinde yaşama, hastalıklar ve / veya ilaçlar konusunda yetersiz bilgi / eğitim

Polifarmasinin, yaşı hastanın kendisi, toplum ve sağlık sistemi üzerinde çeşitli olumsuz sonuçları vardır. Çizelge 2.4’te bu olumsuz sonuçlar gösterilmektedir.

Çizelge 2.4. Polifarmasinin olumsuz sonuçları (19,21,24).

1.	Sağlık harcamalarında artış
2.	İlaç-ilaç ve ilaç-hastalık etkileşimleri
3.	İstenmeyen ilaç reaksiyonlarında artış
4.	Tedaviye uyumsuzluk
5.	Düşmeler, kalça kırıkları
6.	Fonksiyonel ve bilişsel sorunlar, işlevsellikte bozulma
7.	Beslenme bozuklukları, malnutrisyon
8.	Üriner inkontinans
9.	Huzurevine yatışlarda artış
10.	Hastaneye yatışlarda artış, ölümlerde artış (mortalite)

2.6.3. Beers Kriterleri ve STOPP / START Kriterleri

Yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımının (UİK) değerlendirilmesi amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan en çok bilinen ve kullanılanlar ‘Beers Kriterleri’ ve ‘STOPP/START Kriterleri’dir (74-77).

Beers Kriterleri: Mark Beers ve ark. tarafından, ilk olarak 1991 yılında yayınlanmıştır (77). Daha sonra 1997, 2003 ve 2012 yıllarında tekrar gözden geçirilmiş ve modifiye edilmiştir (75,76,78). En son güncelleme ise Ekim 2015’de yayınlanmıştır (79). Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının değerlendirilmesi amacıyla, kapsamlı yaşlı değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Beers Kriterleri, esasında üç ana bölümden oluşur: Birinci bölüm; tanıdan veya semptomdan bağımsız olarak, her koşulda yaşlı hastalarda kullanımından kaçınılması önerilen ilaçların listesinden oluşur. İkinci bölüm; bazı spesifik hastalıklara veya semptomlara sahip olan yaşlı hastalarda kullanımından kaçınılması önerilen ilaçların listesinden oluşur. Üçüncü bölüm ise; yaşlı hastalarda ‘dikkatle’ kullanılması gereken ilaçların listesinden oluşur (76-79).

Elmstahl ve ark.’nın 2013 yılında yaptıkları bir sistematik derlemede, Beers Kriterleri’ne göre değerlendirilen yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanım sıklığı %27-56 arasında değişen oranlarda gösterilmiştir (75). Yine güncel bir başka sistematik derlemede toplumda yaşayan yaşlılarda Beers Kriterleri’ne göre UİK sıklığı %2,9-38,5

arasında (ort. %20) saptanmıştır (76). İngiltere’de, birinci basamağa başvurmuş olan 11.047 ‘yüz yaş üstü’ hasta retrospektif kohort yöntemi ile elektronik sağlık kayıtlarından incelenmiş ve yüz yaş üstü grupta UİK sıklığı %32 olarak saptanmıştır (70). Ülkemizde Sönmez ve ark.’nın 2014 yılında yaptığı bir çalışmada, benzer şekilde toplumda yaşayan 65 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edilmiş ve sonuçta hastaların %17.6’sının Beers Kriterleri’ne göre en az bir adet uygunsuz ilaç kullandıkları gösterilmiştir (78).

STOPP / START Kriterleri: Bu kriterler de yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımını değerlendirmek üzere oluşturulmuş; Beers Kriterleri’nin eksik olduğu düşünülen yönlerini tamamlaması amacıyla geliştirilmiş ve nispeten daha yeni ölçeklerdir (23,71,74).

Gallagher ve ark.’dan oluşan uzmanların oluşturduğu bir ekip tarafından, Delphi konsensüs tekniği ile oluşturulmuş ve yayınlanmıştır. Bu konsensusta, yaşlılarda kullanılması uygunsuz olabilecek toplamda 65 adet ilaç belirlenmiş ve fizyolojik sistemlerin başlıkları altında bu ilaçlar listelenmiştir (kardiyovasküler, santral sinir sistemi, gastrointestinal, solunum, kas-iskelet, ürogenital ve endokrin sistemi) (71,74).

Beers Kriterleri’nden farklı olarak, STOPP/START kriterleri ilaç-ilac etkileşimleri, ilaç-hastalık etkileşimleri, terapötik ilaç dublikasyonları, düşme riskini arttıran ilaçlar vb. gibi yönlerden de uygunsuz ilaç kullanımını saptamaktadır (71,74).

STOPP, toplamda 22 adet kriter içerir ve yaşlılarda ‘kullanımı uygun olmayan’ ilaçların bir listesini ve gerekçesini içerir. START ise, yaşlı ‘hastanın ‘kullanması gerekip de kullanmadığı’ yani başka bir deyişle yaşlı hastada ‘gözden kaçan eksik tedavileri’ belirtmektedir [örn; sürekli asetil salisilik asit kullanan ve GİS kanama riski olan hastanın tedavisine proton pompa inhibitörü (PPI) eklenmesini önerir] (71,74).

STOPP/START kriterleri, esasında Avrupa ülkelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir; ancak son yıllarda Avrupa dışında, ABD ve diğer ülkelerde de kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bazı araştırmacılara göre, STOPP/START kriterleri Beers Kriterleri’ne göre daha ön planda tutulmaktadır. Avrupa Birliği Yaşlılık Tıbbı Topluluğu [*İng; The European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)*], yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımının tespiti için ‘en uygun aracın’ STOPP/START kriterleri olduğunu belirtmiş ve kullanılmasını önermiştir (77,80).

Skinner ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada, STOPP/START kriterlerinin yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımını %35 oranında tespit ettiği; buna karşın Beers Kriterleri'nin aynı hasta grubunda uygunsuz ilaç kullanımını sadece %25 oranında tespit edebildiği bildirilmiştir (74).

Bunların dışında, yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş birçok farklı ölçek vardır. İlaç Uygunluk İndeksi [*İng: Medication appropriateness index (MAI)*], PRISCUS Listesi [*İng: Potentially inappropriate medications in the elderly*] vb. bunlardan birkaçıdır (23,71,74). İlaç Uygunluk İndeksi (MAI), Beers veya START/STOPP gibi ilaç spesifik değildir ve klinik değerlendirmeyi ön plana çıkarır, ayrıca ilaç maliyeti gibi farklı boyutları da değerlendirir (74).

2.7. Yaşlılarda 'Reçetesiz' İlaç Kullanımı

DSÖ'ye göre, minör rahatsızlıkların ve semptomların giderilmesi için hastalar tarafından eczanelerden reçetesiz olarak alınıp kullanılabilen ilaçlar 'tezgah üstü ilaçlar [*İng: over-the-counter (OTC)*]' olarak adlandırılmaktadır. Bu tür ilaçlar, eğer belirtilen talimatlara uygun şekilde kullanılırsa, sağlık otoriteleri tarafından da onaylandığı takdirde aslında tedavide etkili ve güvenilir kabul edilebilmektedir (81). Ancak, bu tür ilaç kullanımının etkili ve güvenilir olduğuna dair yeterli bilimsel kanıtların olmadığını savunan yayınlar da vardır (82).

Reçetesiz ilaç kullanımı, yaşlılarda oldukça sıktır. Amerika'da yapılmış olan bir çalışmada 57-85 yaş arası kişilerin %58,6'sının reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır (19). Ülkemizde Dedeli ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, 65 yaş ve üstü bireyler arasında doktor önerisi olmadan ilaç kullanım oranının %51,4 olduğu görülmüştür (14). Şayir ve arkadaşlarının yine aynı yaş grubunda yaptıkları bir çalışmada ise, aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri kişilerde reçetesiz ilaç kullanımı %33 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada hekim önerisi olmadan kullanılan en sık ilaçların da ağrı kesiciler (%60,6), nezle/grip ilaçları (%15,2), laksatifler (%12,1) ve vitamin/-yol açabilmektedir. Polifarmasi sıklığını artırması bir yana, reçetesiz kullanılan ilaçlar kendi başına aynı polifarmaside olduğu gibi birçok olumsuz klinik duruma yol açabilmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç yan etkilerinde artış, mortalitede ve morbiditede artış, sağlık harcamalarında artış gibi sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir (21-24).

Gelişen teknoloji ile birlikte, internet üzerinden ‘online’ olarak ilaç satan web sitelerinin sayısı da giderek artmıştır. Orizio ve ark.’nın 2011 yılında yaptıkları bir sistematik derlemede bu tür web sitelerinin güvenilirliği ve hastaların gözünden hizmet kalitesi değerlendirilmiş; sonuçta online tezgah üstü ilaç (OTC) satan web sitelerinin çoğunun güvenilir olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (83).

2.8. Yaşlıların Kullandıkları İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri, Tamamlayıcı / Alternatif Tıp ve Doğal / Bitkisel Ürünler

Yaşlı hastaların sağlıklarını etkileyen ve dolayısıyla da hekimleri ilgilendiren bir diğer durum da ‘tamamlayıcı/alternatif tıp (TAT)’ yöntemlerinin kullanımındır.

Alternatif tıp; kullanılan geleneksel tıp yöntemlerine uymayan, genellikle akılcılıktan uzak bir talep doğrultusunda ortaya çıkan, çoğu zaman modern tıbbın bakış açısından farklı tanı, tedavi veya hastalıkları önleme amacıyla yapılan uygulamalarıdır (84).

Tamamlayıcı tıp; yöntem ve içerik olarak alternatif tıp uygulamalarına benzerdir; ancak ‘geleneksel tıp ile birlikte’ uygulanır. Bu iki kavram, genellikle birlikte kullanılır ve tamamlayıcı/alternatif tıp (TAT) [*İng; complementary/alternative medicine (CAM)*] uygulamaları şeklinde ifade edilir (84).

İntegratif tıp ise; tamamlayıcı ve alternatif tıp yaklaşımlarının bir arada, gelişigüzel değil de belirli bir sistem içerisinde yani ‘*koordineli bir şekilde*’ kullanılmasını ifade eder (85).

TAT kullanımı geçtiğimiz 20 yıl içinde dünya genelinde ve ülkemizde hızla artmıştır (25, 26). Buna ek olarak; ilerleyen yaşla birlikte artan komorbid durumlar, kronik hastalıklar ve semptomlar yaşlı hastaların TAT yöntemlerine giderek daha fazla ilgi duymasına sebep olmaktadır (27).

15 ülkeden 49 adet çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede, *genel popülasyonda* bir yıl içinde herhangi bir TAT yöntemi kullanma prevalansı ortalama %32 (%9,8 - %76) olarak saptanmıştır (86). İngiltere’de yapılan bir çalışmada, yine *genel popülasyonda*, yaşam boyu en az bir kez TAT yöntemi kullananların oranı %51,8 saptanmıştır. Aynı çalışmada, kullanılan TAT yöntemlerinin kullanıcılar tarafından

fayda görme oranı da ortalama %49,7 (%10 - %100) olarak bulunmuştur (84). Almanya’da yapılan bir çalışmada ise, ‘70 yaş ve üzeri’ popülasyonda herhangi bir TAT yöntemi kullanım oranı %61,3 bulunmuştur (87).

Ülkemizde, Sağlık ve ark.’nın 2013 yılında birinci basamakta yaptıkları bir çalışmada, ASM’lere başvuran ‘60 yaş ve üzeri’ 300 hasta incelenmiş; sonuçta bu hastalar arasında TAT kullanımının %98,3 gibi çarpıcı bir oranda yaygın olduğu görülmüştür (27). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, genel popülasyonda bitkisel ürün kullanım oranı %48,8 bulunmuştur (26). Akdeniz ve ark.’nın birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların %86,3’ü ev ilaçları ya da alternatif tedavileri denediklerini belirtmişlerdir (88).

TAT yöntemleri içinde en sık kullanılan yöntem ise ‘bitkisel (herbal) ürün’ kullanımıdır. Bu ürünler ‘bitkisel’ olduğu için, genel olarak kullanıcılar arasında ‘zararsız’ olarak görülmektedir. Kimi zaman fayda sağlasa da, kontrol dışı kullanılan bu ürünler ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda, tıbbi ilaçlarla eş zamanlı kullanılan bu ürünler ilaçların farmakokinetik profillerini etkileyerek, istenmeyen yan etkiler ve ilaç-ilaç etkileşimlerini tetikleyebilmektedir (25-27).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız ‘tanımlayıcı’ türde bir araştırma olup, ‘kesitsel-gözlemsel’ şekilde tasarlanmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Zamanı

Bu çalışma kapsamında, Ocak 2016 – Haziran 2016 tarihleri arasında, AÜTF Aile Hekimliği’ne bağlı Üniversite Polikliniğine ve Doğu Garajı Polikliniğine başvuran, 65 yaş ve üzeri 240 bireye ulaşılması hedeflenmiştir.

3.3. Araştırma Bölgesi

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesinde yürütülmüştür.

3.4. Araştırmaya Kabul Kriterleri

Araştırmaya;

- ✓ Herhangi bir sebep ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde hizmet veren iki adet Aile Hekimliği polikliniğe başvuran,
- ✓ 65 yaş ve üstü,
- ✓ Sözel iletişim kurabilen,
- ✓ Uygulanan anket sorularını anlayıp, yanıt verebilecek durumda olan, (*demans, deliryum, psikoz vb. gibi bilişsel sağlık sorunları olmayan*)
- ✓ Çalışmaya katılmak için rızası olan (*aydınlatılmış onam veren*) hastalar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

Araştırmadan;

- ✓ 65 yaşın altında olan,
- ✓ Sözel iletişim kuramayan,

- ✓ Uygulanan anket sorularını anlayıp, yanıtlamayacak durumda olan, (demans, deliryum, psikoz vb. gibi bilişsel sağlık sorunları bulunan)
- ✓ Uygulanan anketi yarıda bırakan, çalışmayı tamamlamadan ayrılan,
- ✓ Çalışmaya katılmak için rızası olmayan (aydınlatılmış onam vermeyen) bireyler hariç bırakılmıştır.

3.6. Araştırmanın Yapılış Şekli

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde olan iki adet polikliniğe (AÜTF Aile Hekimliği AD. Üniversite polikliniği ve Doğu Garajı Polikliniği) başvuran 65 yaş ve üzeri hastalara yüz-yüze anket uygulanması yöntemi ile yapılmıştır.

3.6.1. Araştırmada kullanılan enstrümanlar

65 Yaş Üstü Kişilerde Komorbid Durumlar ve Kullandıkları Reçeteli-Reçetesiz İlaçlar' Anketi (Ek 1)

Bu anketin oluşturulması amacı ile öncelikle; '*comorbidity, multimorbidity, polipharmacy, elderly*' İngilizce anahtar sözcükleri ve '*komorbidite, multimorbidite, çoklu ilaç kullanımı, yaşlı*' Türkçe anahtar sözcükleri ile literatür taraması yapıldı. Tarama sonucunda elde edilen kaynaklardan yararlanılarak bir anket geliştirildi. Anketin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek için 20 hastadan oluşan bir örneklem üzerinde 'pilot çalışma' yapıldı ve öneriler doğrultusunda ankete son şekli verildi.

3.7. Etik Kurul Onayı

Araştırmamız, '*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu*' tarafından, 27/05/2015 tarih ve 70904504/253 sayılı karar ile onaylanmış olup; bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

3.8. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Örneklem büyüklüğünün hesaplanması: 'OpenEpi.Version 3, web based open source calculator' kullanılarak; araştırma süresi içinde aile hekimliği polikliniklerine

başvurması olası 375 hasta baz alınıp, güvenilirlik seviyesi %99, frekans yüzdesi %50, güven aralığı %5 ve örneklem hatası 0.05 olarak kabul edilmiş ve sonuçta 240 gönüllüye ulaşılması planlanmıştır.

Araştırma neticesinde elde edilen veriler, SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normallik varsayımı için Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanmış; verilerde varyansların homojenliği varsayımı için de One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. Parametrik varsayımların karşılandığı dağılımlarda ‘T-Testi’ ve ‘Pearson Korelasyon Analizi’ uygulanmış; parametrik varsayımların gerçekleşmediği durumlarda ise ‘Ki-Kare Testi (*verilerin sayısına göre Pearson, Yates Düzeltmeli veya Fisher’in kesin testi*) , Mann-Whitney U Testi’ ve ‘Spearman Korelasyon Analizi’ kullanılmıştır.

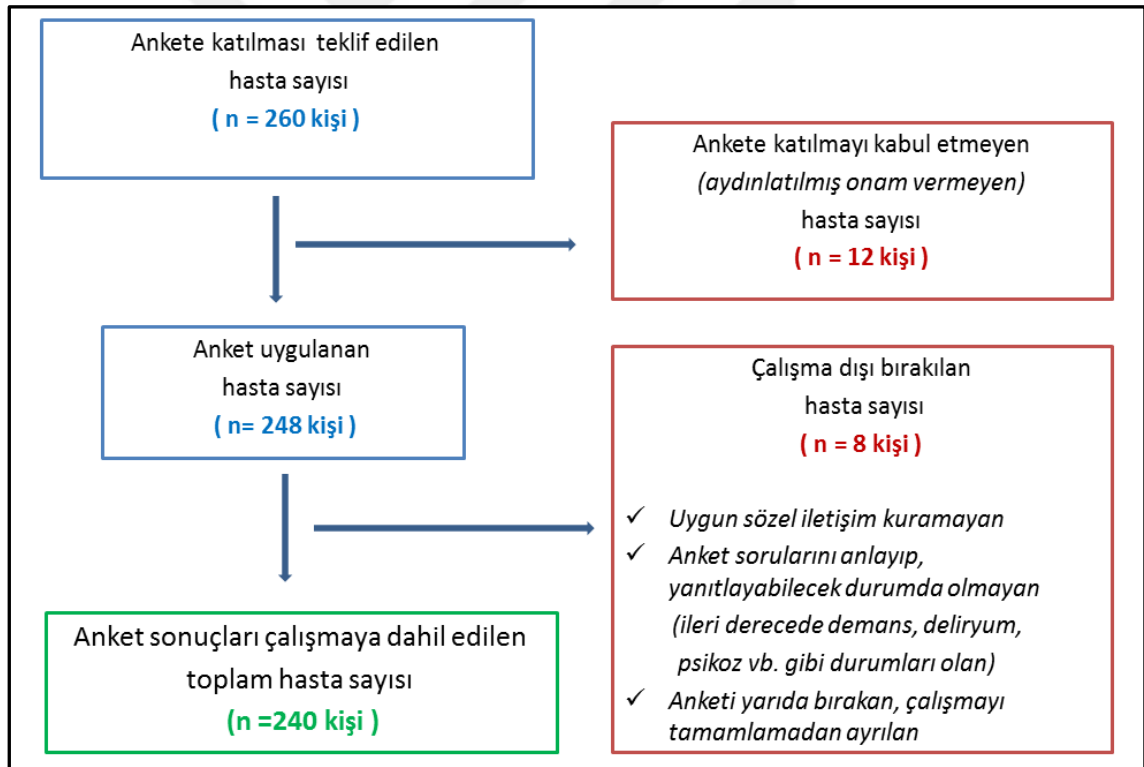
Tüm karşılaştırmalarda, $p < 0,05$ değeri *istatistiksel olarak anlamlı* kabul edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken ve çalışma sonunda elde edilen veriler analiz edilirken Biyoistatistik Bölümünden yardım alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışma kapsamında, hepsi 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşan, toplamda 260 hastaya ankete katılması için teklif sunulmuştur. Bunlardan 248 kişi çalışmamıza katılmayı kabul etmiştir (yanıt oranı %95,3). Geri kalan 12 kişi ise, zaman kısıtlılığı vb. gibi sebeplerle çalışmamıza katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 248 hastaya anket uygulanmış; bu aşamadan sonra da araştırmaya kabul kriterlerine uymayan 8 hasta çalışma dışı bırakılmış ve bu hastaların anket sonuçları çalışmaya dahil edilmemiştir.

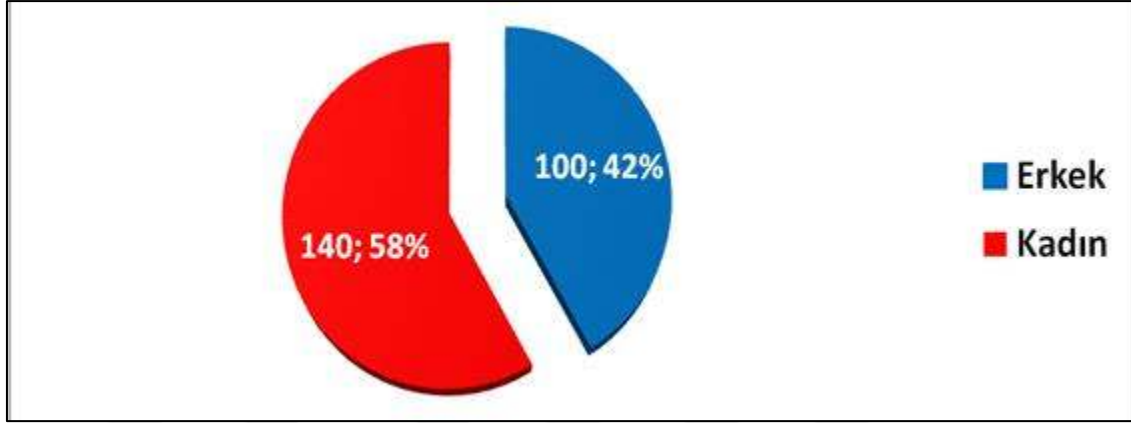
Sonuç olarak, toplamda **65 yaş ve üzeri 240 hasta** anketimizi tamamlamış ve çalışmamızda tüm analizlerimize dahil edilmiştir. Şekil 4.1’de hasta akış şeması gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Hasta akış şeması.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan hastaların %58'i (n=140) kadın, %42'si (n=100) erkektir. Şekil 4.2'de hastaların cinsiyete göre dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Hastaların cinsiyete göre dağılımları (n; %).

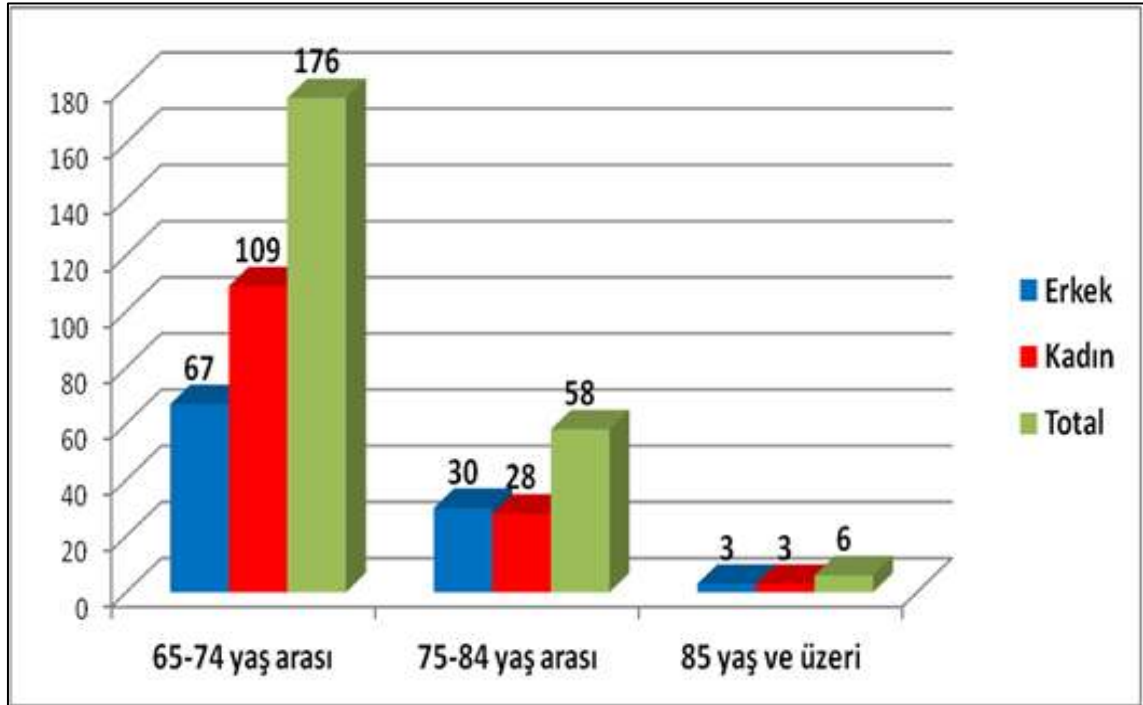
Hastaların yaş ortalaması 71,02 (min.:65; maks.:87; SS:5,39) olarak bulunmuştur. Kadın ve erkeklerin yaş ortalaması birbirine yakındır (Kadın: 70,31; Erkek: 72,02). Çizelge 4.1'de hastaların cinsiyete göre yaş dağılımları gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Hastaların cinsiyete göre yaş dağılımları.

Cinsiyet	Yaş					
	Minimum (Min.)	Maksimum (Max.)	Ortalama (Mean)	Ortanca (Median)	En sık tekrarlayan (Mod)	Standart Sapma (SS)
Kadın	65	87	70,31	69	65	5,41
Erkek	65	86	72,01	71	65	5,23
TOTAL	65	87	71,02	70,0	65	5,39

Hastaların yaşları, DSÖ'nün sınıflaması doğrultusunda, 65-74 yaş arası, 75-84 yaş arası ve 85 yaş ve üzeri şeklinde üç gruba ayrılmış ve bu grupların cinsiyete göre dağılımları Şekil 4.3'te gösterilmiştir. Buna göre, hastaların büyük çoğunluğu (%73,3; n=176) 65-74 yaş arası grupta yer almaktadır. Hastaların yaklaşık dörtte biri (%24,2; n=58) 75-84 yaş arasında; az bir kısmı ise (%2,5; n=6) 85 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Şekil 4.3'te hastaların yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımları görülmektedir.

Yaş gruplarının dağılımları açısından, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

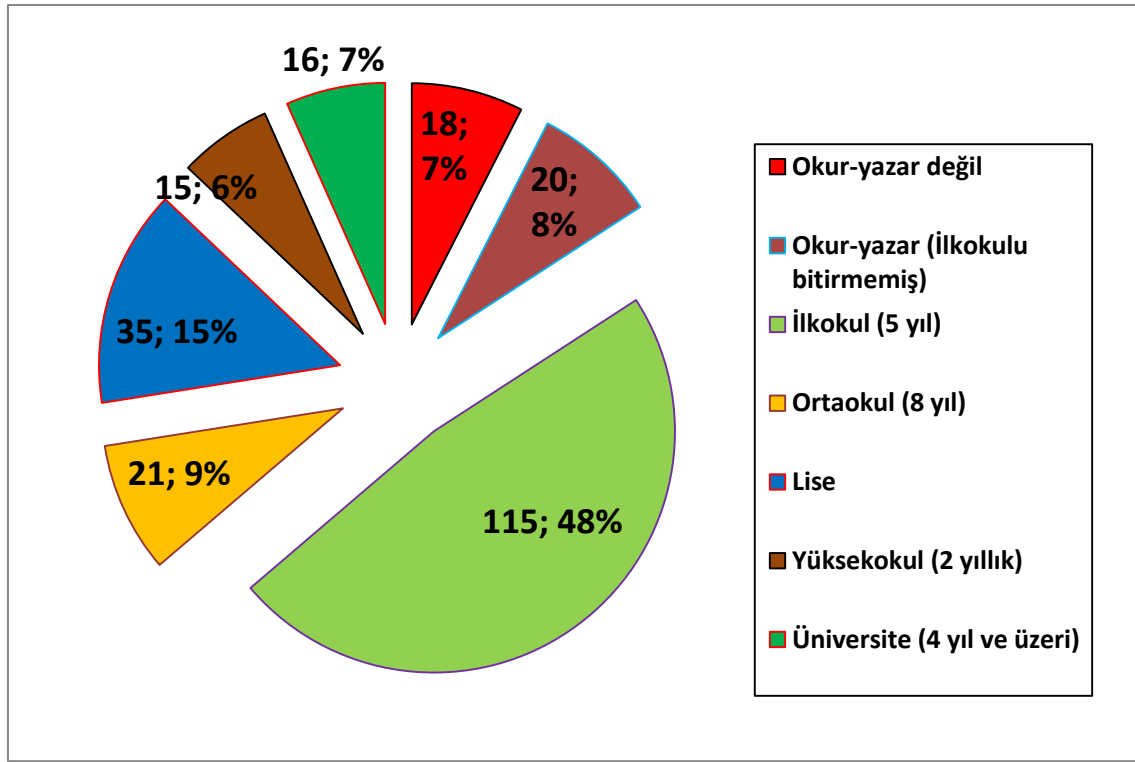


Şekil 4.3. Hastaların yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımları ($n=240$ hasta; kadın=140; erkek=100).

Hastaların büyük çoğunluğu evliydi (%77,1; $n=185$). 45 hastanın (%18,8) eşi vefat etmişti; 9 hasta (%3,8) eşinden boşanmış olduğunu; 1 hasta ise (%0,4) bekar olduğunu belirtti.

‘Çocuğunuz var mı?’ sorusuna hastaların %93,3’ü ($n=224$) ‘evet’ cevabını verdi; hastaların %6,7’si ($n=16$) ise çocuğunun olmadığını söyledi. Ortalama çocuk sayıları 3 idi [min:0; maks:9; standart sapma (SD):1,53].

Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında, yaklaşık yarısının (%48; $n=115$) ilkokul mezunu olduğu görüldü. İkinci sıklıkta (%15; $n=35$) lise mezunları; üçüncü sıklıkta ise (%9; $n=21$) ortaokul mezunları gelmekteydi. Hastaların %7’si ($n=18$) okur-yazar olmadığını belirtirken, %8’i ise ($n=20$) okur-yazar olduğunu ancak herhangi bir okuldan mezun olmadığını (ilkokulu bitirmediğini) belirtti. Şekil 4.4’te hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 4.4. Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı (n=240 hasta; %).

Hastaların eğitim düzeylerinin cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında, kadınlarla erkekler arasında önemli farkların olduğu görüldü.

Okuryazar olmayan hastaların oranı kadınlarda %11,4 (n=16); erkeklerde %2 olarak (n=2) saptandı. İlkokul (5 yıl) mezunu olanların oranı kadınlarda %49,3 (n=69); erkeklerde ise %46 (n=46) idi. Üniversite (4 yıl ve üzeri) mezunu olanların oranı erkeklerde (%10; n=10) kadınlara (%4,3; n=6) göre daha yüksekti. Çizelge 4.3'te hastaların eğitim düzeylerinin cinsiyete göre dağılımları gösterilmiştir.

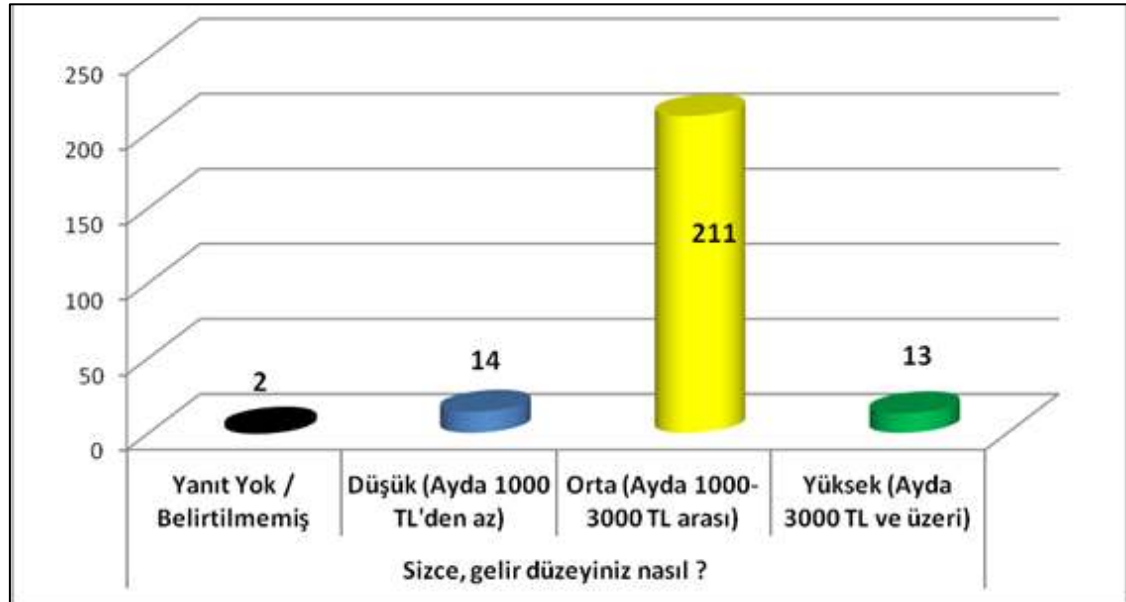
Çok gözlü ki-kare testi ile yapılan ileri analizler sonucunda, kadınlarla erkekler arasındaki eğitim düzeyi açısından saptanan farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmadı (p<0,05).

Çizelge 4.2. Eğitim düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı ($p<0,05$).

		Eğitim düzeyi							Toplam
		Okur-yazar değil	Okur-yazar (İlkokulu bitirmemiş)	İlkokul (5 yıl)	Ortaokul (8 yıl)	Lise	Yüksekokul (2 yıllık)	Üniversite (4 yıl ve üzeri)	
Erkek	Sayı	2	6	46	11	19	6	10	100
	Erkek hastalar içindeki oran (%)	2,0	6,0	46,0	11,0	19,0	6,0	10,0	100,0
Kadın	Sayı	16	14	69	10	16	9	6	140
	Kadın hastalar içindeki oran (%)	11,4	10,0	49,3	7,1	11,4	6,4	4,3	100,0
Toplam	Sayı	18	20	115	21	35	15	16	240
	Tüm hastalar içindeki oran (%)	7,5	8,3	47,9	8,8	14,6	6,3	6,7	100,0

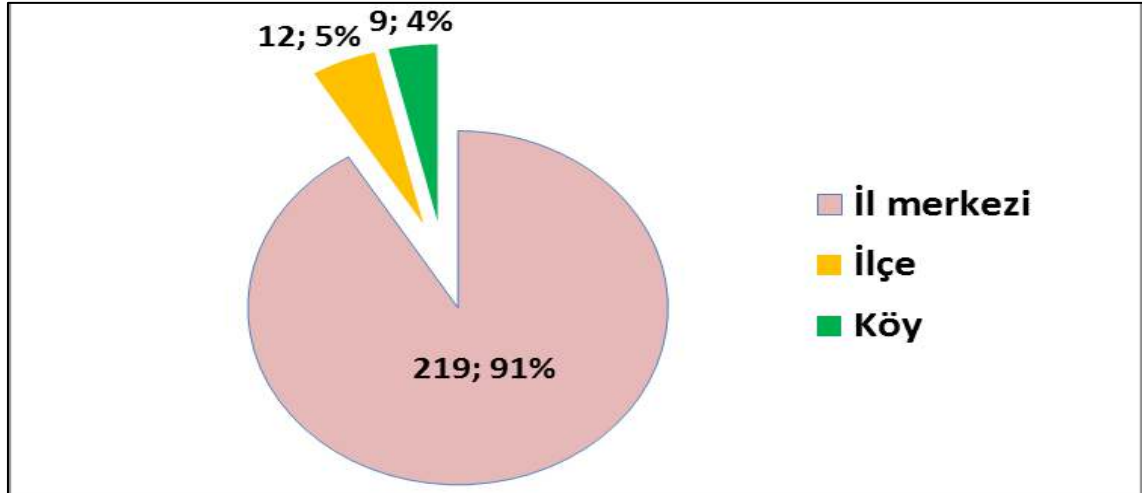
Hastaların %50'si ($n=120$) emekliydi; %2,1'i ($n=5$) ise hala aktif olarak bir işte çalışmaya devam ediyordu. 115 hasta ise (%47,9) emekli olmadığını ve şu anda da çalışmadığını belirtti.

Kendi beyanlarına göre hastaların ekonomik durumlarına bakıldığında, büyük bir çoğunluğunun (%87,9; $n=211$) 'orta gelir düzeyinde' olduğu görüldü (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Hastaların gelir düzeylerine göre dağılımı ($n= 240$ hasta).

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (%91; n=219) il merkezinde ikamet etmekteydi. Hastaların %5'i (n=12) ilçelerde; %4'ü (n=9) ise köylerde ikamet ettiklerini belirttiler. Hastaların ikamet ettikleri yerleşim birimleri Şekil 4.6'da gösterilmiştir.



Şekil 4.6. Hastaların ikamet ettiği yerleşim birimine göre dağılımı.

Hastaların çoğunun sosyal güvencesi (sağlık sigortası) vardı. Yüzde 97,9'unun (n=235) sağlık güvencesinin SGK (*SSK, Bağkur, Emekli Sandığı*); %1,3'ünün (n=3) ise sağlık güvencesinin Yeşilkart (gelir testi yaptırmış, SGK primlerini devlet ödüyor) olduğu görüldü. Sadece iki hasta ise (%0,8) herhangi bir sağlık sigortası *olmadığını* belirtti.

4.2. Hastaların Alışkanlıkları (Sigara - Alkol)

Tüm hastaların %9,2'si (n=22) hala aktif sigara içicisi olduğunu; %29,6'sı ise (n=71) eskiden sigara kullandığını, ancak şu anda bırakmış olduğunu belirtti. Aktif sigara içiciliği oranı erkeklerde %13 (n=13), kadınlarda ise %6,4 (n=9) saptandı. Ayrıca, erkeklerin neredeyse yarıya yakını (%46'sı; n=46) daha önce sigara kullandığını ancak şu anda bırakmış olduğunu söyledi; kadınlarda bu oran %17,9 (n=25) idi.

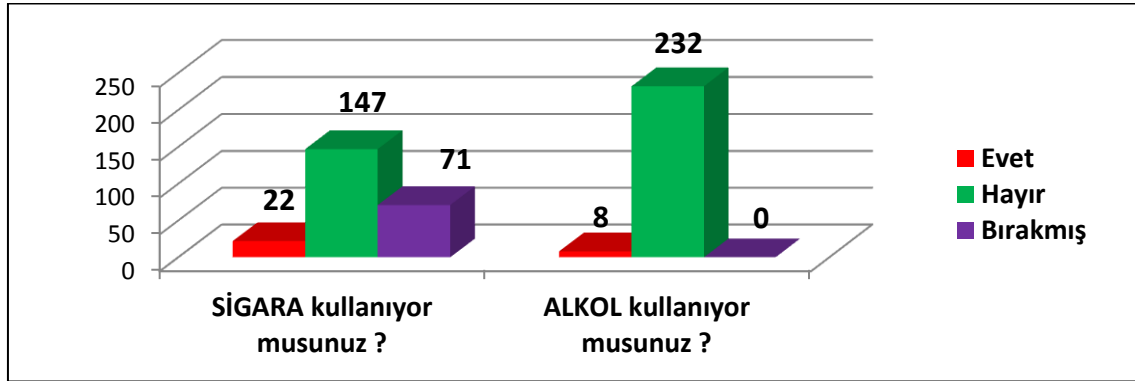
Erkekler hem aktif sigara içiciliği açısından, hem de önceden sigara kullanıp bırakmış olma açısından kadınlara göre daha yüksek oranlara sahipti ve her iki cinsiyet arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Sigara kullanım öyküsü olan hastalara yaşam boyu tükettikleri 'sigara miktarı' sorulduğunda, ortalama **25,78 paket/yıl** (min:2; maks:110; SD:17,05) sigara

kullandıkları görüldü (*paket/yıl*= bir günde tüketilen ortalama sigara paketi sayısı x toplam sigara kullanılan yıl).

Düzenli olarak alkol kullanım oranı ise, tüm hastalar içinde %3,3 (n=8) idi.

Şekil 4.7.'de hastaların sigara ve alkol kullanım durumları gösterilmiştir.



Şekil 4.7. Hastaların sigara ve alkol kullanma durumları (n=240 hasta).

4.3. Hastaların Komorbidite, Multimorbidite Durumları ve Hastalıkları

Hastaların toplam kronik hastalık sayılarına bakıldığında; hasta başına *ortalama* **3,61** adet (min:0; maks:12; standart sapma (ss):2,06; ortanca:3) kronik hastalığa sahip oldukları görüldü. Çizelge 4.3'te hastaların kronik hastalık sayıları ayrıntılı olarak verilmiştir.

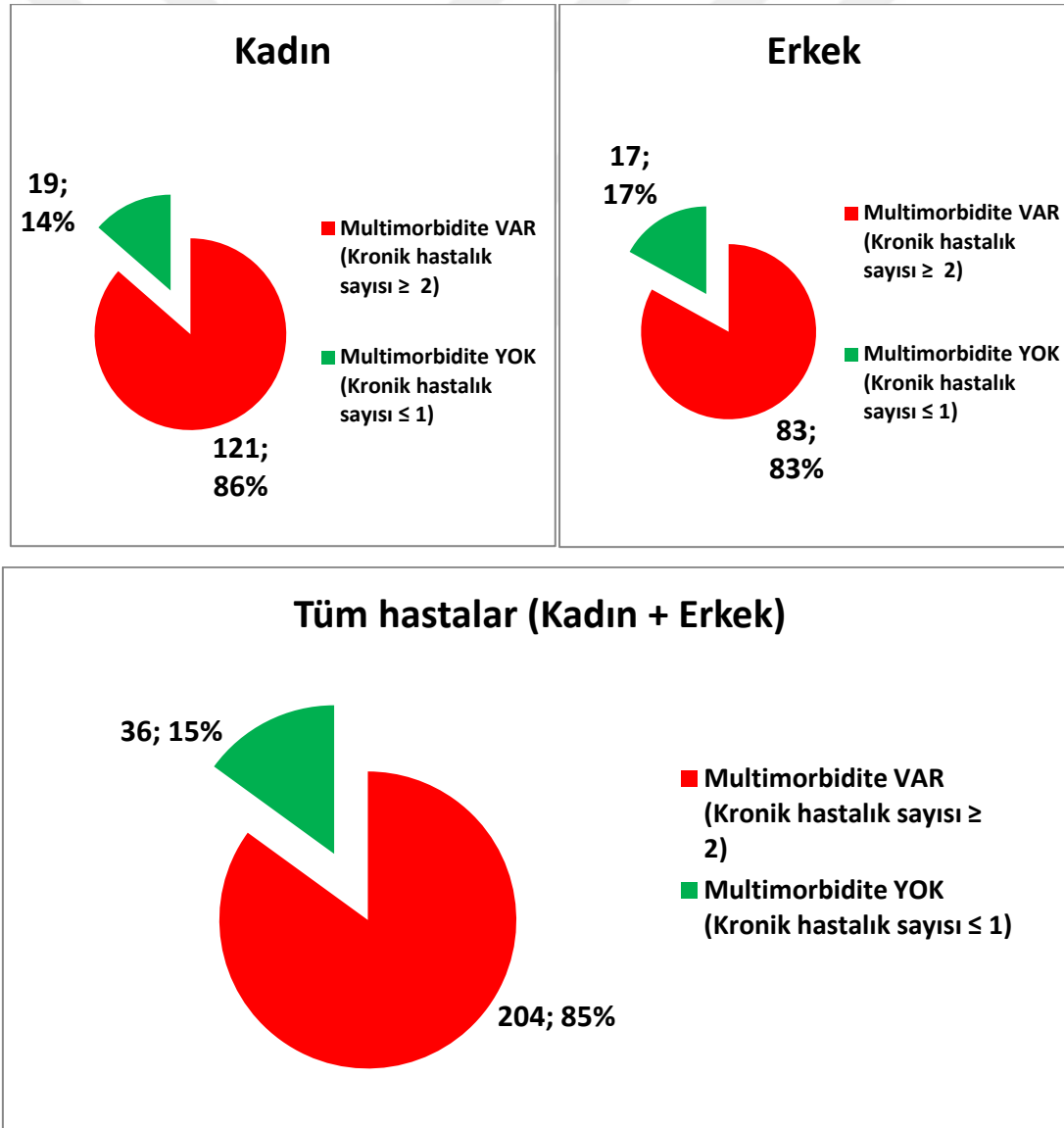
Çizelge 4.3. Hastaların toplam kronik hastalık sayıları.

Kronik Hastalık Durumu	Hasta sayısı (n)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Kronik hastalığı YOK	14	5,8
Toplam ' 1 ADET ' kronik hastalığı var	20	8,3
Toplam ' 2 ADET ' kronik hastalığı var	42	17,5
Toplam ' 3 ADET ' kronik hastalığı var	46	19,2
Toplam ' 4 ADET ' kronik hastalığı var	43	17,9
Toplam ' 5 ADET ' kronik hastalığı var	34	14,2
Toplam ' 6 ADET ' kronik hastalığı var	20	8,3
Toplam ' 7 ADET ' kronik hastalığı var	12	5,0
Toplam ' 8 ADET ' kronik hastalığı var	5	2,1
Toplam ' 9 ADET ' kronik hastalığı var	3	1,3
Toplam ' 10 ADET ve ÜZERİ sayıda' kronik hastalığı var	1	0,4
Toplam	240	100,0

Tüm hastaların %5,8'inin (n=14) herhangi bir kronik hastalığı yoktu. Yüzde 8,3'ünün (n=20) bir adet, %17,5'inin (n=42) iki adet; %19,2'sinin (n=46) üç adet, %17,9'unun (n=43) dört adet kronik hastalığı vardı. Hastaların %31,2'sinin (n=75) ise toplamda '5 veya daha fazla sayıda' kronik hastalığı olduğu görüldü. Bir hastanın (%0,4) ise 10 adet veya üzeri sayıda kronik hastalığı vardı (Çizelge 4.3).

Hastaların yaşları arttıkça, toplam kronik hastalık sayıları da istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmakta idi (Pearson korelasyon katsayısı=0,216; p=0,001).

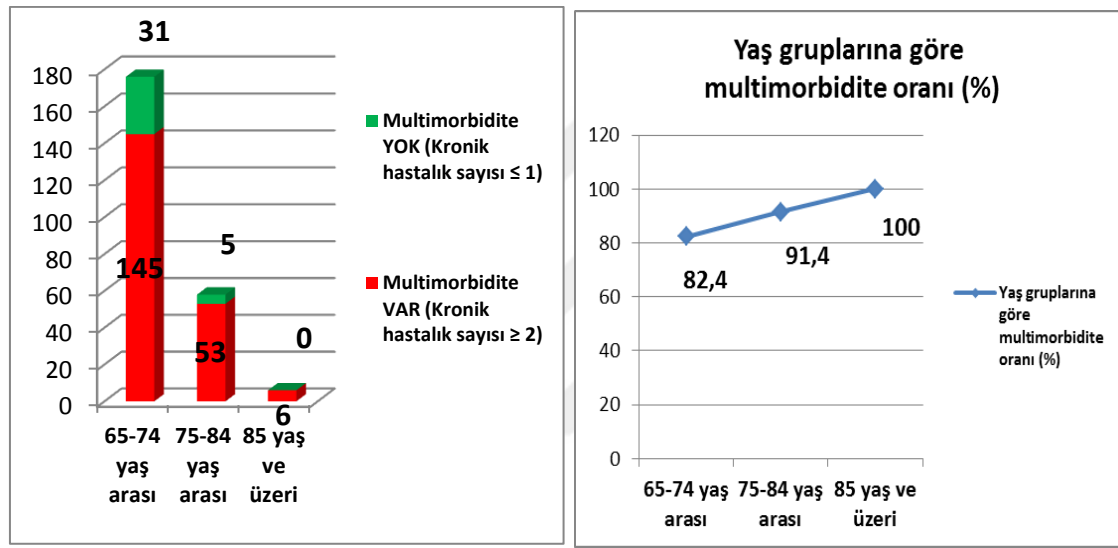
Çalışmamıza katılan hastalarda **multimorbidite bulunma oranı %85** (n=204) olarak saptanmıştır (toplam kronik hastalık sayısı ≥ 2 olan hastalar). Multimorbidite oranı kadınlarda %86 (n=121); erkeklerde ise %83 (n=83) olarak bulunmuştur (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Hastaların multimorbidite durumları.

Kadınlardaki multimorbidite oranı erkeklere göre daha fazla saptanmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Hastaların yaş gruplarına göre multimorbidite durumlarına bakıldığında, 65-74 yaş arası gruptaki hastaların %82,4'ünün ($n=145$); 75-84 yaş arası hastaların da %91,4'ünün ($n=53$) multimorbid olduğu görüldü. Seksen beş yaş ve üzeri grupta ise tüm hastalarda (%100; $n=6$) multimorbidite saptandı (Şekil 4.9). Yaş arttıkça multimorbidite oranlarının da artmasına rağmen, yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 4.9. Hastaların multimorbidite durumlarının 'yaş gruplarına göre' dağılımı ($n=240$ hasta) ve yaşa göre multimorbidite oranları.

Medeni durumlarına göre bakıldığında multimorbidite oranları birbirine yakın saptanmıştır ve anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Evlilerin %83,8'i ($n=155$); dul (boşanmış) olanların %88,9'u ($n=8$); dul (eşi vefat etmiş) olanların yine %88,9'u ($n=40$) multimorbid olarak saptanmıştır. Tüm hastaların içinde sadece 'bir adet' olan bekar hastamızda da multimorbidite vardı (%100; $n=1$).

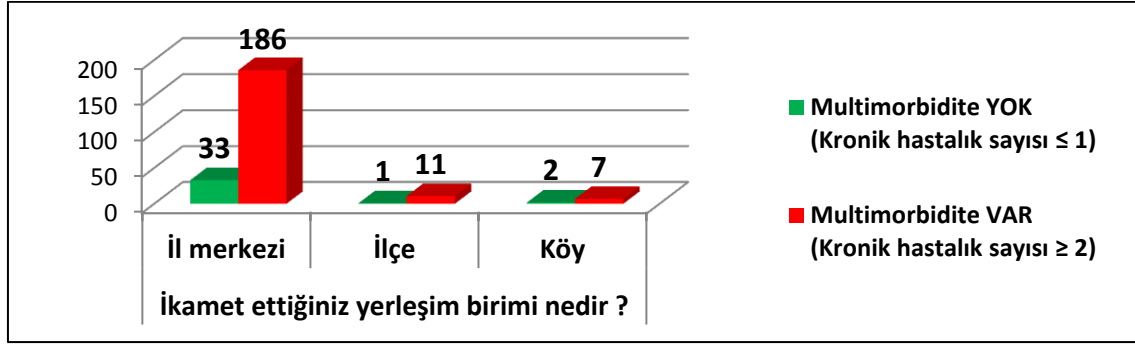
Eğitim düzeyine göre multimorbidite oranlarına bakıldığında; multimorbidite oranı okur-yazar olmayanlarda (%100; $n=18$) ve ortaokul mezunlarında (%100; $n=21$) en yüksek; okur-yazar olanlarda ise (%70; $n=14$) en düşük oranda bulundu. Çizelge 4.4.'te hastaların eğitim düzeylerine göre multimorbidite oranları gösterilmiştir. Eğitim düzeyleri ile multimorbidite durumları arasındaki farklarda istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. Hastaların eğitim düzeylerine göre multimorbidite durumları.

Eğitim Düzeyi		Multimorbidite YOK (Kronik hastalık sayısı ≤ 1)	Multimorbidite VAR (Kronik hastalık sayısı ≥ 2)	Toplam
Okur-yazar değil	Sayı (n) Oran (%)	0 (0,0)	18 (100,0)	18 (100,0)
Okur-yazar (İlkokulu bitirmemiş)	Sayı (n) Oran (%)	6 (30,0)	14 (70,0)	20 (100,0)
İlkokul (5 yıl)	Sayı (n) Oran (%)	21 (18,3)	94 (81,7)	115 (100,0)
Ortaokul (8 yıl)	Sayı (n) Oran (%)	0 (0,0)	21 (100,0)	21 (100,0)
Lise	Sayı (n) Oran (%)	5 (14,3)	30 (85,7)	35 (100,0)
Yüksekokul (2 yıllık)	Sayı (n) Oran (%)	2 (13,3)	13 (86,7)	15 (100,0)
Üniversite (4 yıl ve üzeri)	Sayı (n) Oran (%)	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100,0)
Toplam	Sayı (n) Oran (%)	36 (15)	204 (85,0)	240 (100,0)

Hastalar beyan ettikleri gelir düzeylerine göre değerlendirildiğinde; düşük (ayda 1000 TL'den az) gelir düzeyine sahip hastaların %85,7'sinin (n=12), orta (ayda 1000-3000 TL arası) gelir düzeyine sahip hastaların %85,3'ünün (n=180); yüksek (ayda 3000 TL ve üzeri) gelir düzeyine sahip hastaların ise %76,9'unun (n=10) multimorbid olduğu saptanmıştır. Görüldüğü üzere, gelir düzeyi arttıkça multimorbidite oranları düşmektedir; ancak gelir düzeyleri arasında saptanan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

İkamet edilen yerleşim birimi ile multimorbidite arasındaki ilişkiye bakıldığında, il merkezinde ikamet edenlerin %84,9'unun (n=186); ilçe merkezinde ikamet edenlerin 91,7'sinin (n=11); köyde ikamet edenlerin ise 77,8'inin (n=7) multimorbid olduğu saptanmıştır. Hastaların ikamet ettikleri yerleşim birimi ile multimorbidite durumları arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Şekil 4.10 ikamet edilen yerleşim birimi ile multimorbidite durumu arasındaki ilişkiyi göstermektedir.



Şekil 4.10. İkamet edilen yerleşim birimi ile multimorbidite durumu arasındaki ilişki.

Daha önceden sigara kullanıp, şu anda bırakmış olan hastalarda multimorbidite oranı %88,7 (n=63); hiç sigara kullanmamış olanlarda ise %83,7 (n=123) saptanmıştır. Halen aktif sigara içicisi olan hastaların ise %81,8'i (n=18) multimorbid bulunmuştur. Sigara kullanımı ile multimorbidite durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerde görülen hastalıklara bakıldığında; her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında en sık görülen hastalığın HT olduğu saptanmıştır (%71,7; n=172). İkinci sıklıkta DM (%40; n= 96); üçüncü sıklıkta HPLD (%31,3; n=75); dördüncü sıklıkta ASKVH (%25,4; n=61) olduğu görülmüştür. Beşinci, sırada ise 'depresyon' gelmektedir (%18,8; n=45).

Hastalarda görülen hastalıkların sayısı, görülme oranı ve cinsiyete göre dağılımları, sıklık sırasına göre, Çizelge 4.5'te sunulmuştur.

Kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımlarında 'istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan' hastalıklara bakıldığında; ASKVH ve KOAH erkeklerde daha sık; depresyon, hipotiroidizm, osteoporoz ve astım kadınlarda daha sık olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Diğer hastalıkların görülme sıklığında da kadın ve erkekler arasında farklılıklar mevcuttur. Erkeklerde daha sık olan hastalıklar HT, DM, HPLD, kanser öyküsü, kalp yetmezliği (KY), kronik böbrek yetmezliği (KBY); kadınlarda daha sık görülen hastalıklar ise serebrovasküler olaylar/hastalıklar (SVO), anksiyete ve hipertiroididir. Bizim çalışmamızda, bu hastalıkların görülme sıklığı açısından her iki cinsiyet arasında saptanan farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$). Çizelge 4.5'te hasta sayıları ve oranları ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Çizelge 4.5. Hastalarda saptanan kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı (*toplamda görülme sıklığına göre sıralanmıştır*).

Hastalık	Cinsiyet	Hasta sayısı (n)	Kendi cinsiyeti içindeki oranı (%)	<i>p değeri (Pearson ki-kare testi)</i>
HT	Kadın	100	71,4	0,923
	Erkek	72	72	
	Total	172	71,7	
DM	Kadın	53	37,9	0,423
	Erkek	43	43	
	Total	96	40	
HPLD	Kadın	42	30	0,621
	Erkek	33	33	
	Total	75	31,3	
ASKVH	Kadın	25	17,9	<u>0,001</u>
	Erkek	36	36	
	Total	61	25,4	
DEPRESYON	Kadın	35	25	<u>0,003</u>
	Erkek	10	10	
	Total	45	18,8	
HİPOTİROİDİZM	Kadın	35	25	<u>0,001</u>
	Erkek	8	8	
	Total	43	17,9	
OSTEOPOROZ	Kadın	37	26,4	<u>0,000</u>
	Erkek	3	3	
	Total	40	16,7	
KANSER Öyküsü	Kadın	9	6,4	0,132
	Erkek	12	12	
	Total	21	8,8	
KY	Kadın	8	5,7	0,214
	Erkek	10	10	
	Total	18	7,5	
SVO	Kadın	10	7,1	0,162
	Erkek	3	3	
	Total	13	5,4	
KBY	Kadın	5	3,6	0,135
	Erkek	8	8	
	Total	13	5,4	
ASTIM	Kadın	12	8,6	<u>0,000</u>
	Erkek	0	0	
	Total	12	5	
KOAİ	Kadın	2	1,4	<u>0,000</u>
	Erkek	10	10	
	Total	12	5	
ANKSİYETE	Kadın	6	4,3	0,913
	Erkek	4	4	
	Total	10	4,2	
HİPERTİROİDİ	Kadın	1	0,7	0,397
	Erkek	0	0	
	Total	1	0,4	

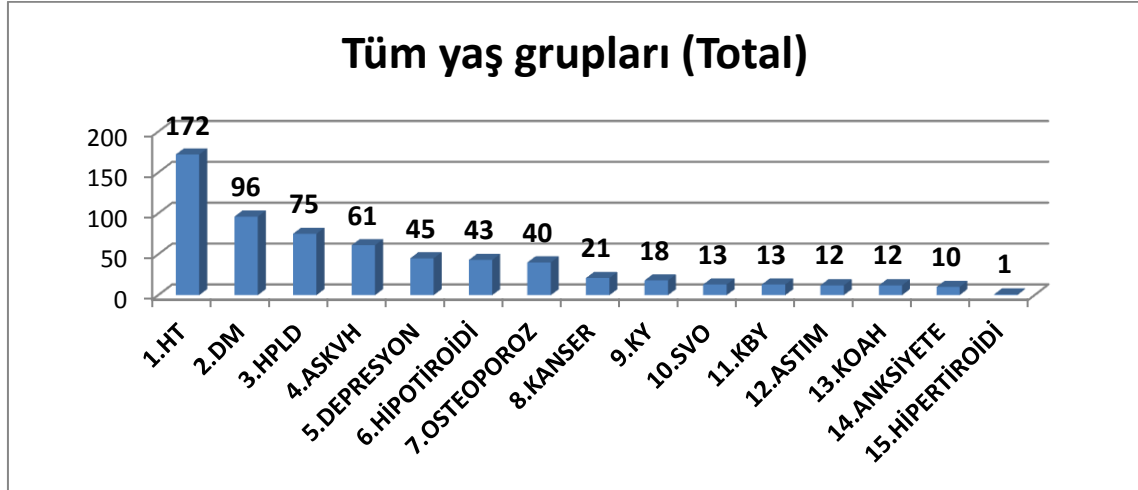
Ankette spesifik olarak sorulmayan, ancak ‘sorulanların dışında başka bir hastalığınız var mı?’ şeklinde açık uçlu bir soruya verilen yanıtlara bakıldığında; en sık görülen hastalıkların gastrit / gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) (%11,6; n= 28), (erkeklerde) benign prostat hipertrofisi (BPH) (%10,8; n=26), vitamin B12 eksikliği (%7; n=17), glokom (%5,8; n=14), nöropati (%5; n=12), kabızlık/irritable barsak sendromu (IBS) (%3,3; n=8), kardiyak ritm bozukluğu (%2,9; n=7), kuru göz (%2,9; n=7), vitamin D eksikliği (%2,9; n=7) ve katarakt (%2,5; n=6) olduğu görülmüştür (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Hastaların ‘diğer hastalıkları’nın dağılımı (Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar; en sık ilk 10 hastalık).

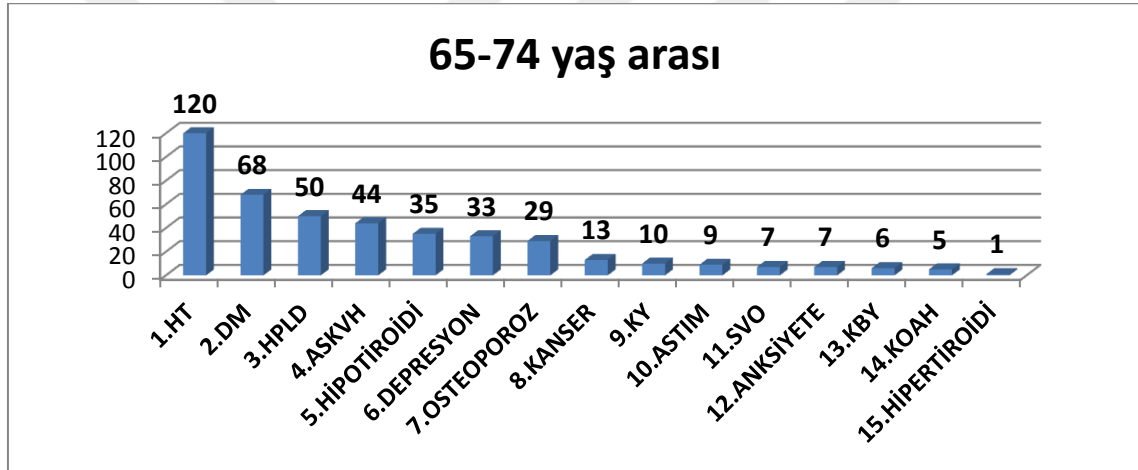
	Hastalık	Hasta sayısı (n)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
1.	Gastrit / Gastroözofageal Reflü Hastalığı (<i>GÖRH</i>)	28	11,67
2.	Benign Prostat Hipertrofisi (<i>BPH</i>)	26	10,83
3.	Vitamin B12 Eksikliği	17	7,08
4.	Glokom	14	5,83
5.	Nöropati / Diyabetik Polinöropati	12	5,00
6.	Kabızlık / İrritable Barsak Sendromu (<i>IBS</i>)	8	3,33
7.	Kardiyak Ritim Bozukluğu	7	2,92
8.	Kuru Göz Sendromu	7	2,92
9.	Vitamin D Eksikliği	7	2,92
10.	Katarakt	6	2,50

Bunların dışında, ‘diğer hastalıklar’ sorusuna hastalar daha nadir olarak; ‘üriner inkontinans, demans, vertigo, alerjik rinit, lomber disk hernisi (LDH), osteoartrit, demir eksikliği anemisi (DEA), Parkinson hastalığı, varis (periferik venöz yetmezlik), Nefrolitiazis, karotis arter darlığı, gut, ürik asit yüksekliği, metal allerjisi, böbrek kisti, Crohn hastalığı, ailesel Akdeniz ateşi (FMF), IgA nefropatisi, miyelodisplastik sendrom (MDS), myastenia gravis, renal transplantasyon (böbrek nakli), kronik ürtiker, obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) vb.’ gibi hastalıklarının olduğunu da beyan etmişlerdir.

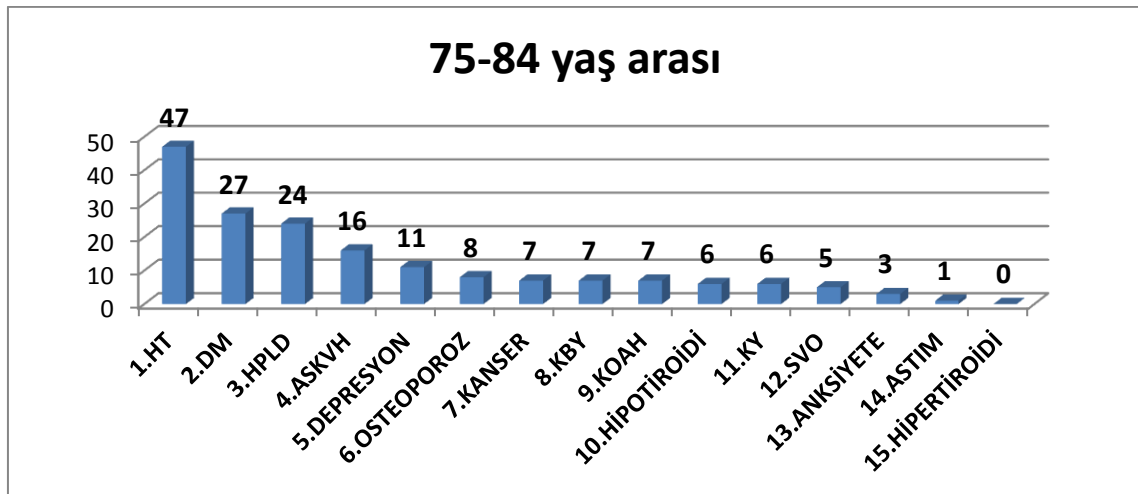
Hastaların ‘yaş gruplarına göre’ hastalıklarının dağılımı Şekil 4.11, Şekil 4.12, Şekil 4.13 ve Şekil 4.14’te görülmektedir.



Şekil 4.11. Hastalarda saptanan kronik hastalıkların dağılımı (tüm yaş grupları) (n= 240 hasta).



Şekil 4.12. 65-74 yaş grubunda hastalıkların dağılımı (n=176 hasta).



Şekil 4.13. 75-84 yaş grubunda hastalıkların dağılımı (n=58 hasta).



Şekil 4.14. 85 yaş ve üzeri grupta hastalıkların dağılımı (n=6 hasta).

65-74 yaş grubu ve 75-84 yaş grubundaki hastalardaki kronik hastalıkların dağılımı (görülme sıklığı) birbirine benzer saptanmıştır. Şekil 4.11’de ve Şekil 4.12’de bu yaş gruplarında en sık görülen kronik hastalıklar gösterilmiştir.

Seksen beş yaş ve üzerindeki kişilerde en sık görülen kronik hastalıkların dağılımının, diğer iki yaş grubundan farklı olduğu görülmüştür. Şekil 4.13’de bu yaş grubunda en sık görülen kronik hastalıklar gösterilmiştir.

Hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımları tek tek çok gözlü ki-kare testi ile değerlendirildiğinde; sadece üç hastalığın (KBY, KY ve astım) görülme sıklığı açısından yaş grupları arasında *istatistiksel olarak anlamlı farklılık* saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre 85 yaş ve üzeri grupta, diğer iki yaş grubu ile karşılaştırıldığında; KBY daha az, KY ve astım ise daha fazla saptanmıştır. Yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan hastalıklar Çizelge 4.7’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.7. Yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan hastalıklar.

Hastalık	Yaş grubu						İstatistiksel anlamlılık düzeyi
	65-74 yaş arası		75-84 yaş arası		85 yaş ve üzeri		
	Sayı (n)	Kendi yaş grubu içindeki oran (%)	Sayı (n)	Kendi yaş grubu içindeki oran (%)	Sayı (n)	Kendi yaş grubu içindeki oran (%)	
KBY	6	3,4	7	12,1	0	0	<u><i>P<0,05</i></u>
KY	10	5,7	6	10,3	2	33,3	<u><i>P<0,05</i></u>
Astım	9	5,1	1	1,7	2	33,3	<u><i>p<0,01</i></u>
Diğer hastalıklar							p>0,05

Hastalarda en sık görülen kronik hastalıklara eşlik eden **komorbid hastalıkların** listesi, hasta sayısı ve oranları ve 2x2 *ki-kare* karşılaştırmalarında elde edilen istatistiksel anlamlılık düzeyleri Çizelge 4.8, Çizelge 4.9, Çizelge 4.10, Çizelge 4.11, Çizelge 4.12, Çizelge 4.13, Çizelge 4.14 ve Çizelge 4.15’te sunulmuştur.

Çizelge 4.8. Diyabetes Mellitusa (DM) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’.

Hastalık	Eşlik eden komorbid hastalık	Hasta sayısı (n)	DM hastaları içindeki oran (%)	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
DM (n=96)	1. HT	77	80,2	<u>$p<0,05$</u>
	2. HPLD	41	42,7	<u>$p<0,05$</u>
	3. ASKVH	27	28,1	$p>0,05$

Çizelge 4.9. Hipertansiyona (HT) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’.

Hastalık	Eşlik eden komorbid hastalık	Hasta sayısı (n)	HT hastaları içindeki oran (%)	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
HT (n=172)	1. DM	77	44,8	<u>$p<0,05$</u>
	2. HPLD	65	37,8	<u>$p<0,05$</u>
	3. ASKVH	55	32	<u>$p<0,001$</u>

Çizelge 4.10. Hiperlipidemiye (HPLD) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’.

Hastalık	Eşlik eden komorbid hastalık	Hasta sayısı (n)	HPLD hastaları içindeki oran (%)	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
HPLD (n=75)	1. HT	65	86,7	<u>$p<0,05$</u>
	2. DM	41	54,7	<u>$p<0,05$</u>
	3. ASKVH	36	48	<u>$p<0,001$</u>

Çizelge 4.11. Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalığa (ASKVH) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’.

Hastalık	Eşlik eden komorbid hastalık	Hasta sayısı (n)	ASKVH hastaları içindeki oran (%)	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
ASKVH (n=61)	1. HT	55	90,2	<u>$p<0,001$</u>
	2. HPLD	36	59	<u>$p<0,001$</u>
	3. DM	27	44,3	$p>0,05$

Çizelge 4.12. Kalp Yetmezliğine (KY) en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’.

Hastalık	Eşlik eden komorbid hastalık	Hasta sayısı (n)	KY hastaları içindeki oran (%)	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
KY (n=18)	1. HT	17	94,4	<u>$p<0,05$</u>
	2. ASKVH	15	83,3	<u>$p<0,001$</u>
	3. HPLD	10	55,6	<u>$p<0,05$</u>

Çizelge 4.13. Astım ya da KOAH hastalıklarına en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’.

Hastalık	Eşlik eden komorbid hastalık	Hasta sayısı (n)	Astım / KOAH hastaları içindeki oran (%)	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
Astım / KOAH (n=24)	1. HT	16	66,7	$p>0,05$
	2. DM	12	50	$p>0,05$
	3. HPLD	7	29,2	$p>0,05$
	ASKVH	7	29,2	$p>0,05$
	OSTEOPOROZ	7	29,2	$p>0,05$

Çizelge 4.14. Depresyona en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’.

Hastalık	Eşlik eden komorbid hastalık	Hasta sayısı (n)	Depresyon hastaları içindeki oran (%)	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
Depresyon (n=45)	1. HT	36	80	$p>0,05$
	2. DM	21	46,7	$p>0,05$
	3. HPLD	21	46,7	<u>$p<0,05$</u>

Çizelge 4.15. Anksiyete bozukluğu / panik atak en sık eşlik eden ‘ilk üç komorbid hastalık’.

Hastalık	Eşlik eden komorbid hastalık	Hasta sayısı (n)	Anksiyete bozukluğu / panik atak hastaları içindeki oran (%)	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
Anksiyete Bozukluğu / Panik Atak (n=10)	1. DM	5	50	$p>0,05$
	2. HT	4	40	<u>$p<0,05$</u>
	3. DEPRESYON	3	30	$p>0,05$
	HPLD	3	30	$p>0,05$
	ASKVH	3	30	$p>0,05$

4.4. Hastaların Kullandıkları ‘Reçeteli İlaçlar’ ve ‘Polifarmasi Durumları’

Hastaların her gün kullandıkları ilaçlarının sayısı ortalama **4,26** (min.:0; maks:15; st.sapma: 2,82) saptanmıştır. Bu oran kadınlarda 3,98; erkeklerde 4,65 olarak bulunmuştur. Hastaların kullandıkları ilaç sayıları ve tüm hastalar içindeki oranı Çizelge 4.16’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.16. Hastaların kullandıkları ilaç sayılarının tüm hastalar içindeki oranı.

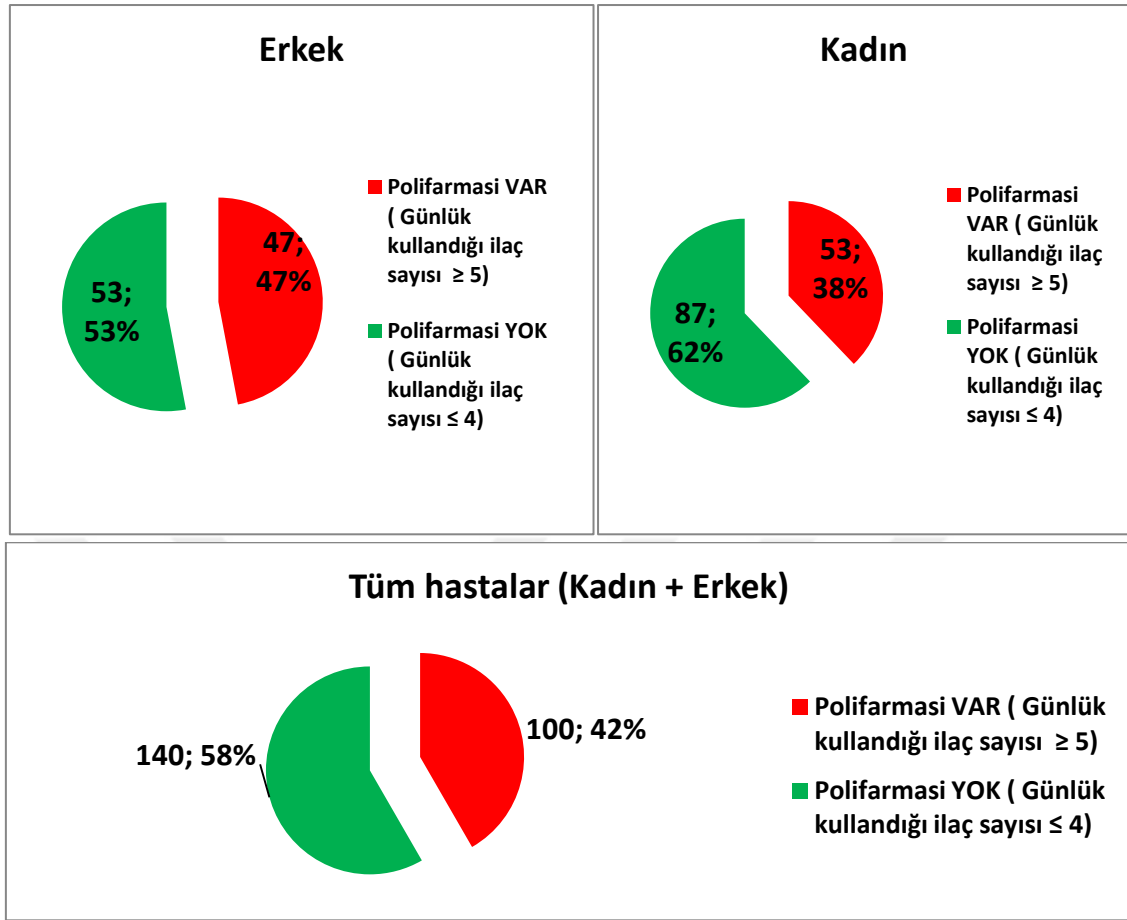
İlaç Kullanım Durumu	Hasta Sayısı (n)	Oran (%)
İlaç Kullanmıyor	20	8,33
Toplam "1 ADET" ilaç kullanıyor	22	9,17
Toplam "2 ADET" ilaç kullanıyor	22	9,17
Toplam "3 ADET" ilaç kullanıyor	42	17,50
Toplam "4 ADET" ilaç kullanıyor	34	14,17
Toplam "5 ADET" ilaç kullanıyor	24	10,00
Toplam "6 ADET" ilaç kullanıyor	29	12,08
Toplam "7 ADET" ilaç kullanıyor	18	7,50
Toplam "8 ADET" ilaç kullanıyor	14	5,83
Toplam "9 ADET" ilaç kullanıyor	3	1,25
Toplam "10 ADET ve ÜZERİ SAYIDA" ilaç kullanıyor	12	5,00
Toplam	240	100,00

Hastaların yaşları arttıkça kullandıkları ortalama ilaç sayıları da artmaktadır ancak bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların toplam kronik hastalık sayıları ile kullandıkları ortalama ilaç sayıları arasında, beklenildiği üzere, güçlü bir pozitif korelasyon saptanmıştır (Pearson korelasyon katsayısı =0,80; $p<0,001$).

Çalışmamızda polifarmasi için kesim noktası (cut-off değeri), en yaygın kullanılan şekli olması sebebi ile 5 olarak alınmıştır. Yani hastanın günlük kullandığı ilaç sayısı ≥ 5 ise ‘*polifarmasi var*’; günlük kullandığı ilaç sayısı ≤ 4 ise ‘*polifarmasi yok*’ şeklinde değerlendirilmiştir.

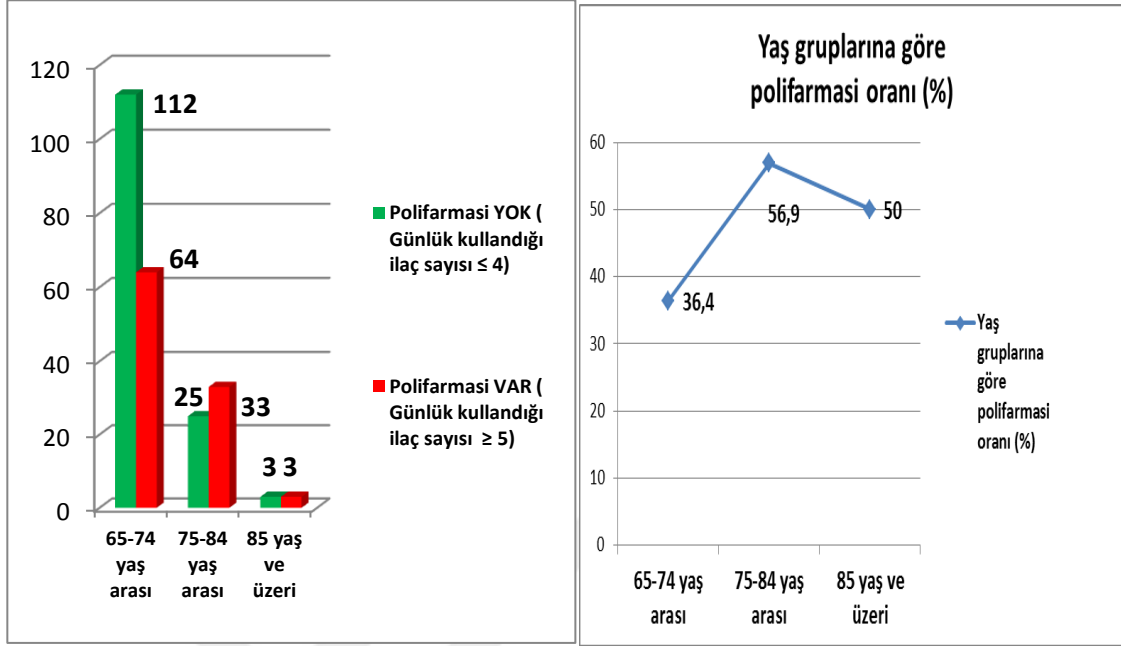
Buna göre, tüm hastalar birlikte ele alındığında çalışmamıza katılan hastalarda polifarmasi oranı %42 (n=100) saptanmıştır. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, polifarmasi kadınlarda %38 (n=53); erkeklerde ise %47 (n=47) olarak bulunmuştur. Erkeklerde polifarmasi oranının daha fazla olmasına rağmen, her iki cinsiyet arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Şekil 4.15).



Şekil 4.15. Hastaların cinsiyete göre polifarmasi durumları (n=240 hasta; kadın=140; erkek=100).

Hastaların yaş gruplarına göre polifarmasi durumlarına bakıldığında, 65-74 yaş arasında polifarmasi oranı %36,4 (n=64); 75-84 yaş arasında %56,9 (n=33); 85 yaş ve üzerinde ise %50 (n=3) saptanmıştır. Görüldüğü gibi, polifarmasi oranı en az olan yaş grubu 65-74 yaş arası; en fazla olan yaş grubu ise 75-84 yaş arasıdır. Yaş grupları arasındaki bu fark, çok gözlü ki-kare testinin ileri analizleri ile değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Şekil 4.16’da hastaların yaş gruplarına göre polifarmasi durumları gösterilmiştir.



Şekil 4.16. Hastaların yaş gruplarına göre polifarmasi durumları (n=240 hasta).

Medeni durumlarına göre polifarmasi sıklığı değerlendirildiğinde; evlilerde %39,5 (n=73), bekarlarda %100 (n=1), dul (boşanmış) hastalarda %33,3 (n=3), dul (eşi vefat etmiş) hastalarda ise %51,4 (n=23) saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre polifarmasi oranları arasında saptanan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların ikamet ettikleri yerleşim birimi ile polifarmasi durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında, il merkezinde ikamet edenlerin %42'sinde (n=92); ilçe merkezinde ikamet edenlerin %58,3'ünde (n=7); köyde ikamet edenlerin ise %11,1'inde (n=1) polifarmasi saptanmıştır (Şekil 4.17). Hastaların ikamet ettikleri yerleşim birimi ile polifarmasi durumları arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 4.17. Hastaların ikamet ettiği yerleşim birimlerine göre polifarmasi durumları.

Eğitim düzeylerine göre polifarmasi oranları Çizelge 4.17’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.17. Hastaların eğitim durumlarına göre polifarmasi oranları.

Eğitim Düzeyi		Polifarmasi YOK (Günlük kullandığı ilaç sayısı ≤ 4)	Polifarmasi VAR (Günlük kullandığı ilaç sayısı ≥ 5)	Toplam
Okur-yazar değil	Sayı (n) Oran (%)	9 (50,0)	9 (50,0)	18 (100,0)
Okur-yazar (İlkokulu bitirmemiş)	Sayı (n) Oran (%)	12 (60,0)	8 (40,0)	20 (100,0)
İlkokul (5 yıl)	Sayı (n) Oran (%)	68 (59,1)	47 (40,9)	115 (100,0)
Ortaokul (8 yıl)	Sayı (n) Oran (%)	10 (47,6)	11 (52,4)	21 (100,0)
Lise	Sayı (n) Oran (%)	25 (71,4)	10 (28,6)	35 (100,0)
Yüksekokul (2 yıllık)	Sayı (n) Oran (%)	6 (40)	9 (60)	15 (100,0)
Üniversite (4 yıl ve üzeri)	Sayı (n) Oran (%)	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (100,0)
Toplam	Sayı (n) Oran (%)	140 (58,3)	100 (41,7)	240 (100,0)

Hastaların eğitim düzeyleri ile polifarmasi oranları arasındaki farklarda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların gelir düzeylerine göre polifarmasi durumları değerlendirildiğinde; düşük (ayda 1000 TL'den az) gelir düzeyine sahip hastaların %35,7'sinde ($n=5$), orta (ayda 1000-3000 TL arası) gelir düzeyine sahip hastaların %41,7'sinde ($n=88$); yüksek (ayda 3000 TL ve üzeri) gelir düzeyine sahip hastaların ise %46,2'sinde ($n=6$)

polifarmasi saptanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça polifarmasi oranlarının da arttığı görülmektedir; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların beyan ettikleri hastalıkları için ilaç kullanıp kullanmadıkları da sorgulanmış ve her bir hastalık için ilaç kullanım oranları hesaplanmıştır. Bu oranlar Çizelge 4.18’de hastalıkların görülme sıklığına göre sıralanarak verilmiştir.

SVO (Serebrovasküler olay)/GİA (Geçici iskemik atak), astım ve KOAH (Kronik obstruktif akciğer hastalığı) gibi hastalıklarda ilaç kullanım oranı %100 saptanmıştır. Bu üç hastalıktan birisine sahip olan hastaların hepsi ‘bu hastalığı için’ en az bir ilaç kullanmaktadır.

Hipertansiyon hastalarının %99’u ($n=170$), diyabetes mellitus hastalarının %92’si ($n=88$), hiperlipidemi (HPLD) hastalarının ise sadece %64’ü ($n=48$) bu hastalıkları için ilaç kullanmaktadır. Çizelge 4.18’de en sık saptanan hastalıklar için hastaların ilaç kullanım oranları gösterilmiştir.

Çizelge 4.18. En sık görülen hastalıklar için ilaç kullanım oranları.

Hastalık Adı	Toplam hasta sayısı (n)	Bu hastalık için ilaç kullanan hasta sayısı (n)	Bu hastalık için ilaç kullanım oranı (%)
HT	172	170	99
DM	96	88	92
HPLD	75	48	64
ASKVH	61	59	97
DEPRESYON	45	43	96
HİPOTİROİDİ	43	33	77
OSTEOPOROZ	40	22	55
KANSER	21	8	38
KY	18	16	89
SVO / TİA	13	13	100
KBY	13	5	38
ASTİM	12	12	100
KOAH	12	12	100
ANKSİYETE BOZUKLUĞU	10	8	80
HİPERTİROİDİ	1	0	0

Hastaların kullandıkları ilaçların içeriği (*etken maddeleri*) de incelenmiş; kullanım sıklıklarına ve hastalıklarına göre listelenmiştir (Çizelge 4.19 – Çizelge 4.35).

Çizelge 4.19. Hastaların kullandıkları DM ilaçları.

İlaç	Hasta sayısı (n)	DM hastaları içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Metformin	70	72,92	29,17
Gliklazid	22	22,92	9,17
Akarboz	12	12,50	5,00
Glimepirid	11	11,46	4,58
Pioglitazon	10	10,42	4,17
İnsülin Glarjin	7	7,29	2,92
İnsülin Aspart (kısa etkili)	5	5,21	2,08
İnsülin Aspart (kısa + orta etkili kombinasyon)	4	4,17	1,67
İnsülin Detemir	4	4,17	1,67
İnsülin Lispro (kısa + orta etkili kombinasyon)	4	4,17	1,67
Repaglinid	4	4,17	1,67
Metformin + Vildagliptin	2	2,08	0,83
Sitagliptin	1	1,04	0,42

Çizelge 4.20. Hastaların kullandıkları HT ilaçları - 1 (*Anti-hipertansif ilaç gruplarına göre*).

İlaç	Hasta sayısı (n)	HT hastaları içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
ACEi/ARB + Diüretik	83	48,26	34,58
Beta-blokör	49	28,49	20,42
KKB	46	26,74	19,17
ACEi/ARB	35	20,35	14,58
ACEi/ARB + KKB	16	9,30	6,67
Alfa-blokör	9	5,23	3,75
Diüretik	9	5,23	3,75
Nitrat	3	1,74	1,25
Alfa-medil dopa	1	0,58	0,42
Spironolakton	1	0,58	0,42

Çizelge 4.21. Hastaların kullandıkları HT ilaçları - 2 (Anti-hipertansif ilaç etken maddesine göre).

İlaç	Hasta sayısı (n)	HT hastaları içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Amlodipin	26	15,12	10,83
Metoprolol	21	12,21	8,75
Kandesartan + HTZ	17	9,88	7,08
Karvedilol	15	8,72	6,25
Valsartan + HTZ	14	8,14	5,83
Asetilsalisilik Asit	13	7,56	5,42
İrbesartan + HTZ	12	6,98	5,00
Amlodipin + Valsartan	9	5,23	3,75
Doksazosin	9	5,23	3,75
İndapamid	9	5,23	3,75
Losartan + HTZ	9	5,23	3,75
Perindopril + İndapamid	8	4,65	3,33
Ramipril	8	4,65	3,33
Telmisartan + HTZ	8	4,65	3,33
Kandesartan	6	3,49	2,50
Lerkanidipin	6	3,49	2,50
Nebivolol	6	3,49	2,50
Bisoprolol	5	2,91	2,08
Diltiazem	5	2,91	2,08
Nifedipin	5	2,91	2,08
Ramipril + HTZ	4	2,33	1,67

Çizelge 4.22. Hastaların kullandıkları HPLD ilaçları.

İlaç	Hasta sayısı (n)	HPLD olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Statin	48	64,00	20,00
Atorvastatin	34	45,33	14,17
Rosuvastatin	14	18,67	5,83
Fenofibrat	3	4,00	1,25

Çizelge 4.23. Hastaların ASKVH için kullandıkları ilaçlar.

İlaç	Hasta sayısı (n)	ASKVH olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Asetilsalisilik asit	41	67,21	17,08
Klopidogrel	12	19,67	5,00
Metoprolol	9	14,75	3,75
Karvedilol	7	11,48	2,92
Trimetazidin (vazoprotektif)	6	9,84	2,50
İsosorbid-5-mononitrat	4	6,56	1,67
Warfarin	3	4,92	1,25
Bisoprolol	2	3,28	0,83
Diltiazem	2	3,28	0,83
Dabigadran	1	1,64	0,42
Felodipin	1	1,64	0,42

Çizelge 4.24. SVO öyküsü olan hastaların kullandıkları ilaçlar.

İlaç	Hasta sayısı (n)	SVO öyküsü olan içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Pirasetam	7	53,85	2,92
Klopidogrel	3	23,08	1,25
Warfarin	3	23,08	1,25
Asetilsalisilik Asit	2	15,38	0,83

Çizelge 4.25. Hastaların KY için kullandıkları ilaçlar.

İlaç	Hasta sayısı (n)	KY olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Furosemid	9	50,00	3,75
Spironolakton	8	44,44	3,33
Bisoprolol	1	5,56	0,42
Digoksin	1	5,56	0,42
Eplerenon	1	5,56	0,42
Karvedilol	1	5,56	0,42
Silazapril	1	5,56	0,42

Çizelge 4.26. Hastaların ASTİM ya da KOAH için kullandıkları ilaçlar - 1 (ilaç gruplarına göre).

İlaç	Hasta sayısı (n)	Astım ya da KOAH olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Uzun etkili Beta-2 agonist + Steroid (inh)	18	75,00	7,50
Antikolinerjik bronkodilatör (inh)	13	54,17	5,42
Hızlı etkili Beta-2 agonist (inh)	8	33,33	3,33
Antikolinerjik bronkodilatör (inh)	4	16,67	1,67
Steroid (inh)	2	8,33	0,83
Montelukast (po)	2	8,33	0,83
Asetilsistein	2	8,33	0,83
Çok uzun etkili Beta-2 agonist	1	4,17	0,42
Roflumilast (PDE-4 inhibitörü)	1	4,17	0,42
Steroid (po)	1	4,17	0,42
Teofilin (po)	1	4,17	0,42

Çizelge 4.27. Hastaların ASTİM ya da KOAH için kullandıkları ilaçlar - 2 (etken madde sıklığına göre).

İlaç	Hasta sayısı (n)	Astım ya da KOAH olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Tiotropium bromür (inh)	12	50,00	5,00
Formoterol + Budosenid (inh)	10	41,67	4,17
Salbutamol (inh)	7	29,17	2,92
Salmeterol + Flutikazon (inh)	6	25,00	2,50
Salbutamol + İpratropium bromür (inh)	4	16,67	1,67
Asetilsistein	2	8,33	0,83
Formoterol + Beklometazon (inh)	2	8,33	0,83
Budesonid (inh)	1	4,17	0,42
Flutikazon (inh)	1	4,17	0,42
İndakaterol (inh)	1	4,17	0,42
İpratropium bromür (inh)	1	4,17	0,42
Ketotifen	1	4,17	0,42
Metilprednizolon	1	4,17	0,42
Montelukast	1	4,17	0,42
Montelukast (po)	1	4,17	0,42
Roflumilast (PDE-4 inhibitörü)	1	4,17	0,42
Teofilin	1	4,17	0,42
Terbütalin (inh)	1	4,17	0,42%

Çizelge 4.28. Hastaların KBY için kullandıkları ilaçlar.

İlaç	Hasta sayısı (n)	KBY olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Allopürinol	4	30,77	1,67
Anti-Asidoz (Sodyum hidrojen karbonat)	2	15,38	0,83
Kalsitriol (Aktif Vitamin D3)	2	15,38	0,83
Anti-Fosfat (Kalsiyum asetat)	1	7,69	0,42
Anti-Potasium (Polistiren sülfonat + Kalsiyum tuzu)	1	7,69	0,42
Furosemid	1	7,69	0,42

Çizelge 4.29. Hipotiroidizm olan hastaların kullandıkları ilaçlar.

İlaç	Hasta sayısı (n)	Hipotiroidizm olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Levotiroksin (LT4)	32	74,42	13,33

Çizelge 4.30. Hastaların depresyon için kullandıkları ilaçlar - 1 (*antidepresan ilaç grubuna göre*).

İlaç	Hasta Sayısı (n)	Depresyon olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
SSRIs (selektif serotonin geri alım inhibitörleri)	31	68,89	12,92
SARI (serotonin antagonist ve geri alım inhibitörü)	4	8,89	1,67
Atipik antipsikotikler	4	8,89	1,67
SNRIs (Serotonin-Norepinefrin geri alım inhibitörleri)	3	6,67	1,25
Trisiklik antidepresanlar	2	4,44	0,83
Trisiklik benzeri ilaçlar (opipramol)	2	4,44	0,83
Benzodiyazepinler	1	2,22	0,42

Çizelge 4.31. Hastaların depresyon için kullandıkları ilaçlar - 2 (etken madde sıklığına göre).

İlaç	Hasta sayısı (n)	Depresyon olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Essitalopram	16	35,56	6,67
Sertralin	7	15,56	2,92
Duloksetin	4	8,89	1,67
Ketiyapin	4	8,89	1,67
Trazodon	4	8,89	1,67
Venlafaksin	3	6,67	1,25
Amitriptilin	2	4,44	0,83
Opipramol	2	4,44	0,83
Paroksetin	2	4,44	0,83
Fluoksetin	1	2,22	0,42
Klonazepam	1	2,22	0,42
Sitalopram	1	2,22	0,42

Çizelge 4.32. Hastaların anksiyete bozukluğu için kullandıkları ilaçlar.

İlaç	Hasta sayısı (n)	Anksiyete bozukluğu olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
SSRI (Essitalopram=5; Sertralin=1; Paroksetin=1)	7	70,00	2,92
SNRI	1	10,00	0,42

Çizelge 4.33. Hastaların osteoporoz için kullandıkları ilaçlar.

İlaç	Hasta sayısı (n)	Osteoporoz olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Vitamin-D3 + Kalsiyum karbonat (po)	16	40,00	6,67
Bifosfonatlar (İbandronat=4; Alendronat=3; Zoledronat=3; Risedronat=1)	11	27,50	4,58
Monoklonal antikör (Denosumab enj.)	1	2,50	0,42

Çizelge 4.34. Kanser hastalığı öyküsü olan hastaların kullandıkları ilaçlar.

İlaç	Hasta sayısı (n)	Kanser hastalığı öyküsü olan hastalar içindeki oranı (%)	Tüm hastalar içindeki oranı (%)
Goserelin (GNRH analogu)	2	9,52	0,83
Tamoxifen	1	4,76	0,42
Silodosin	1	4,76	0,42
İmatinib	1	4,76	0,42
IVIG (IV-İmmünglobulin)	1	4,76	0,42
Anastrozol	1	4,76	0,42

Çizelge 4.35. Hastaların kullandıkları ‘diğer ilaçlar’ (En sık ilk 10 ilaç).

	İlaç	Hasta sayısı (n)	Tüm hastalar içindeki oran (%)
1.	PPİ (<i>Esomeprazol=12; Lansoprazol=9; Pantoprazol=5; Rabeprazol=1</i>)	27	11,25
2.	Suni gözyaşı ve oküler lubrikant	10	4,17
3.	Vitamin B12 (po)	10	4,17
4.	Alfuzosin	8	3,33
5.	Asetilsalisilik asit	8	3,33
6.	Allopürinol	7	2,92
7.	Vitamin B12 (IM)	7	2,92
8.	Vitamin D3 (po)	7	2,92
9.	Betahistidin	6	2,50
10.	Timolol (göz topikal)	6	2,50

Bunların dışında, ‘diğer ilaçlar’ sorusuna hastalar daha nadir olarak ‘kolşisin, metotrexat, pirasetam, Levodopa, pramipeksol, metilprednizolon, ranitidin, famotidin, pankreatin, parasetamol, diklofenak vb.’ gibi ilaçları da kullandıklarını belirtmişlerdir.

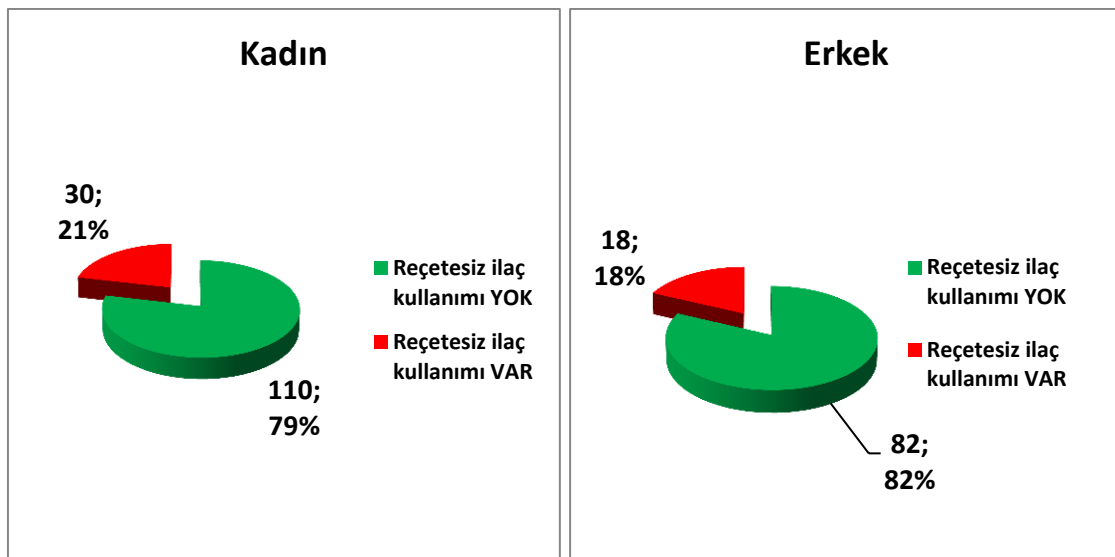
4.5. Hastaların ‘Reçetesiz İlaç’ Kullanım Durumları

Doktor önerisi olmadan, reçetesiz ilaç kullanım oranı tüm hastalar içinde %20 (n=48) saptanmıştır (Şekil 4.18). Kadınlarda bu oran %21 (n=30); erkeklerde ise %18’dir (n=18). Reçetesiz ilaç kullanımı açısından her iki cinsiyet arasında saptanan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Şekil 4.19’da hastaların cinsiyete göre reçetesiz ilaç kullanım durumları gösterilmiştir.



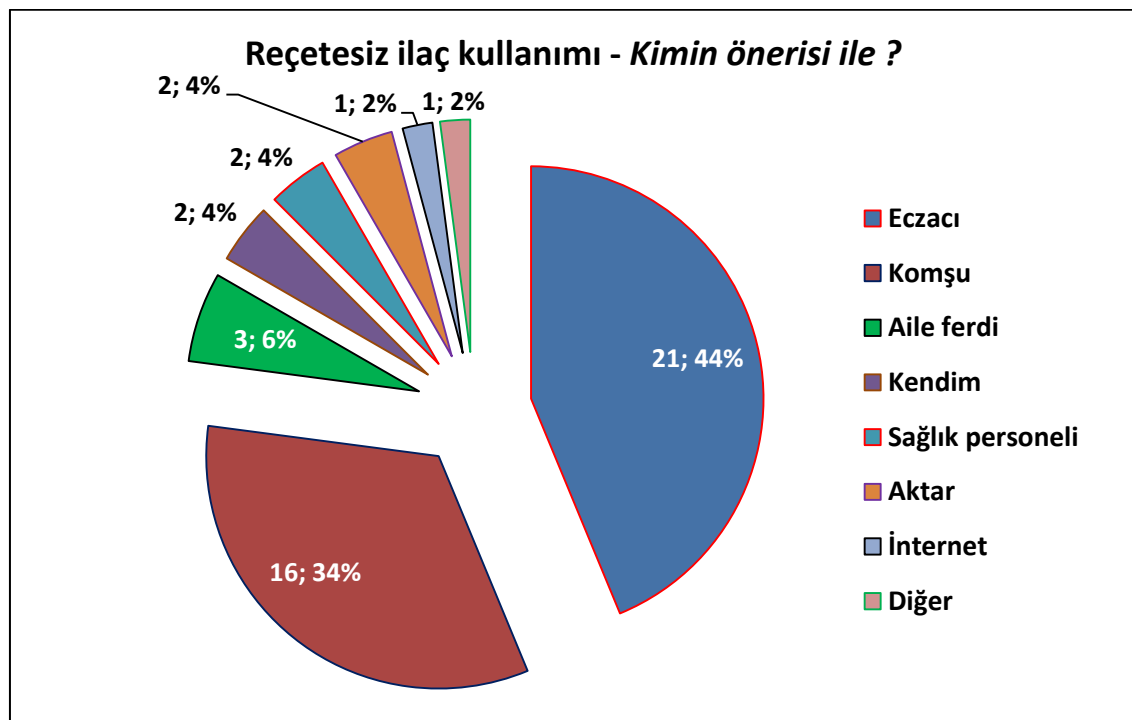
Şekil 4.18. Hastaların ‘doktor önerisi dışında’ ilaç kullanım durumları.



Şekil 4.19. Cinsiyete göre reçetesiz ilaç kullanım durumu.

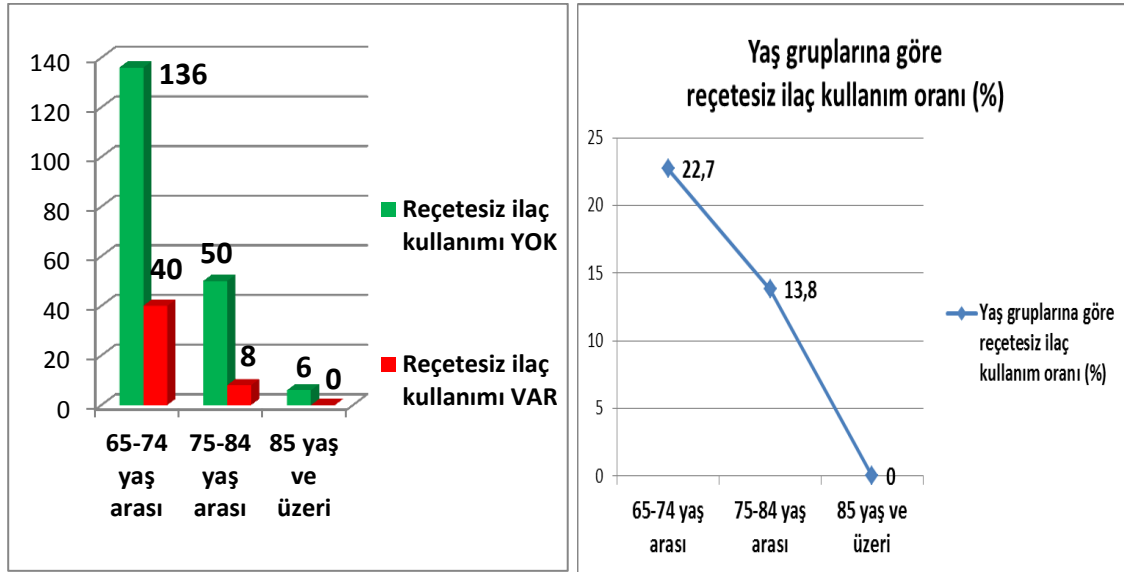
Reçetesiz ilaç kullanan hastalara, bu ilaçları kimin önerisi ile kullandıkları sorulduğunda en sık olarak ‘eczacı’ yanıtı verilmiştir. Reçetesiz ilaç kullanan hastaların %44’ü (n=21) eczacı önerisiyle; %34’ü (n=16) komşu önerisiyle; %6,3’ü (n=3) bir aile ferdinin önerisiyle bu ilaçları kullandıklarını bildirmişlerdir. Bunların dışında daha nadir olarak; doktor dışında bir sağlık personeli (%4; n=2), kendi kararı (%4; n=2), aktar önerisi (%4; n=2), internet (%2,1; n=1) gibi yanıtlar verilmiştir.

Şekil 4.20’de hastaların doktor dışında kimin önerisi ile ilaç kullandıkları ve dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 4.20. Hastaların ‘kimin önerisi ile’ reçetesiz ilaç kullandıkları.

Hastaların yaş gruplarına göre reçetesiz ilaç kullanım oranlarına bakıldığında; yaş arttıkça reçetesiz ilaç kullanma oranlarının azaldığı görülmüştür. 65-74 yaş arası hastalarda reçetesiz ilaç kullanım oranı %22,7 (n=40) iken; 75-84 yaş arasında bu oran %13,8’e (n=8) düşmektedir. 85 yaş ve üzeri hastalar (n=6) arasında ise reçetesiz ilaç kullanan katılımcı yoktu. Yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Şekil 4.21 hastaların yaş gruplarına göre reçetesiz ilaç kullanım durumunu göstermektedir.



Şekil 4.21. Hastaların yaş gruplarına göre reçetesiz ilaç kullanım durumu (n=240 hasta).

Eğitim düzeylerine göre reçetesiz ilaç kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çizelge 4.36 hastaların eğitim düzeyleri ne göre reçetesiz ilaç kullanım oranlarını göstermektedir.

Çizelge 4.36. Hastaların eğitim düzeylerine göre reçetesiz ilaç kullanım oranları.

Eğitim Düzeyi		Reçetesiz İlaç Kullanımı YOK	Reçetesiz İlaç Kullanımı VAR	Toplam
Okur-yazar değil	Sayı (n) Oran (%)	16 (88,9)	2 (11,1)	18 (100,0)
Okur-yazar (İlkokulu bitirmemiş)	Sayı (n) Oran (%)	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (100,0)
İlkokul (5 yıl)	Sayı (n) Oran (%)	89 (77,4)	26 (22,6)	115 (100,0)
Ortaokul (8 yıl)	Sayı (n) Oran (%)	17 (81,0)	4 (19,0)	21 (100,0)
Lise	Sayı (n) Oran (%)	30 (85,7)	5 (14,3)	35 (100,0)
Yüksekokul (2 yıllık)	Sayı (n) Oran (%)	12 (80)	3 (20)	15 (100,0)
Üniversite (4 yıl ve üzeri)	Sayı (n) Oran (%)	13 (81,3)	3 (18,8)	16 (100,0)
Toplam	Sayı (n) Oran (%)	192 (80,0)	48 (20,0)	240 (100,0)

İkamet edilen yerleşim birimlerine göre reçetesiz ilaç kullanım oranları değerlendirildiğinde, köyde yaşayanların, ilçe ve il merkezinde yaşayanlara göre oldukça yüksek bir oranda reçetesiz ilaç kullanım oranına sahip oldukları görülmüştür. Köyde yaşayanlarda reçetesiz ilaç kullanım oranı %44 (n=4) iken; il merkezinde yaşayanlarda bu oran %19,2 (n=42), ilçe merkezlerinde yaşayanlarda ise %16,7 (n=2) bulunmuştur. Gruplar arasında saptanan bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Çizelge 4.37 ikamet edilen yerleşim birimine göre reçetesiz ilaç kullanım oranlarını göstermektedir.

Çizelge 4.37. İkamet edilen yerleşim birimine göre reçetesiz ilaç kullanım oranları.

İkamet ettiği yerleşim birimi	Reçetesiz ilaç kullanımı VAR		İstatistiksel anlamlılık düzeyi (çok gözlü Ki-kare testi)
	Sayı (n)	Oran (%)	
Köy	4	44,0	$p>0,05$
İlçe merkezi	2	16,7	
İl merkezi	42	19,2	
Total	48	20,0	

Hastaların medeni durumlarına göre reçetesiz ilaç kullanımları değerlendirildiğinde, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Çok gözlü ki-kare testi ile yapılan ileri değerlendirmede bekar hastaların diğer gruplara göre daha fazla oranda reçetesiz ilaç kullandıkları saptanmıştır. Çizelge 4.38 hastaların medeni durumlarına göre reçetesiz ilaç kullanım oranlarını göstermektedir.

Çizelge 4.38. Hastaların medeni durumlarına göre reçetesiz ilaç kullanım oranları.

Medeni Durumu	Reçetesiz ilaç kullanımı VAR		İstatistiksel anlamlılık düzeyi (çok gözlü Ki-kare testi)
	Sayı (n)	Oran (%)	
Bekar	1	100,0	<u>$P<0,05$</u>
Evli	42	22,7	
Dul / Boşanmış	0	0,0	
Dul / Eşi vefat etmiş	5	11,1	
Toplam	48	20,0	

Hastaların gelir düzeyi arttıkça reçetesiz ilaç kullanım oranlarının da arttığı görülmüştür. Düşük (ayda 1000 TL'den az) gelir düzeyine sahip hastaların %21,4'ü (n=3); orta (ayda 1000-3000 TL arası) gelir düzeyine sahip hastaların %19,4 'ü (n=41); yüksek (ayda 3000 TL ve üzeri) gelir düzeyine sahip hastaların ise %30,8'i (n=4) doktor önerisi olmadan ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Ancak, gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Multimorbidite ile reçetesiz ilaç kullanım durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; multimorbid olan hastaların %20,1'inin (n=41), multimorbid olmayan hastaların da %19,4'ünün (n=7) reçetesiz ilaç kullandıkları görülmüştür. Oranlar birbirine oldukça yakındır ve istatistiksel olarak da her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çizelge 4.39 multimorbidite durumu ile reçetesiz ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Çizelge 4.39. Multimorbidite durumu ile reçetesiz ilaç kullanımı arasındaki ilişki.

		Reçetesiz ilaç kullanımı YOK	Reçetesiz ilaç kullanımı VAR	Toplam	<i>İstatistiksel anlamlılık düzeyi (Ki-kare testi)</i>
Multimorbidite YOK (Kronik hastalık sayısı ≤ 1)	Sayı (n) Oran (%)	29 (80,6)	7 (19,4)	36 (100)	p>0,05
Multimorbidite VAR (Kronik hastalık sayısı ≥ 2)	Sayı (n) Oran (%)	163 (79,9)	41 (20,1)	204 (100)	
Toplam	Sayı (n) Oran (%)	192 (80)	48 (20)	240 (100)	

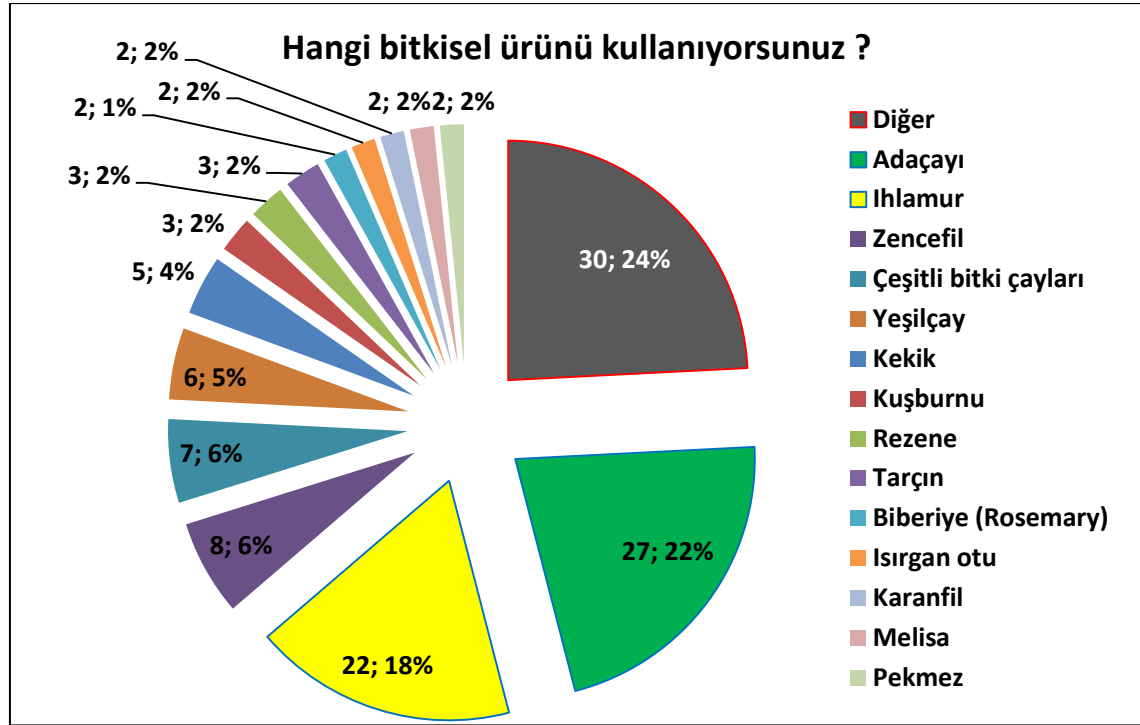
4.6. Hastaların Kullandıkları İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri, Doğal/Bitkisel Ürünler

Tüm hastaların %34,6'sı (n=83) doğal/bitkisel bir ürün kullandığını belirtmiştir. Kadınlarda bu oran %39,3 (n=55), erkeklerde ise %28 (n=28) olarak bulunmuştur. Her iki cinsiyet arasında doğal/bitkisel ürün kullanım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların kullandıkları doğal/bitkisel ürünlerin içeriğine bakıldığında, en sık olarak adaçayı kullanıldığı görülmüştür (%22; n=27). İkinci sıklıkta ıhlamur (%18; n=22); üçüncü sıklıkta ise zencefil (%6; n=8) gelmektedir. Kullanılan diğer ürünler ise

sırasıyla çeşitli bitki çayları (%6; n=7), yeşilçay (%5; n=6), kekik (%4; n=5), kuşburnu (%2; n=3), rezene (%2; n=3), tarçın (%2; n=3), biberiye (%2; n=2), ısırgan otu (%2; n=2), karanfil (%2; n=2) ve melisa çayı (%2; n=2) şeklinde sıralanmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları doğal / bitkisel ürünler Şekil 4.22’de gösterilmiştir.



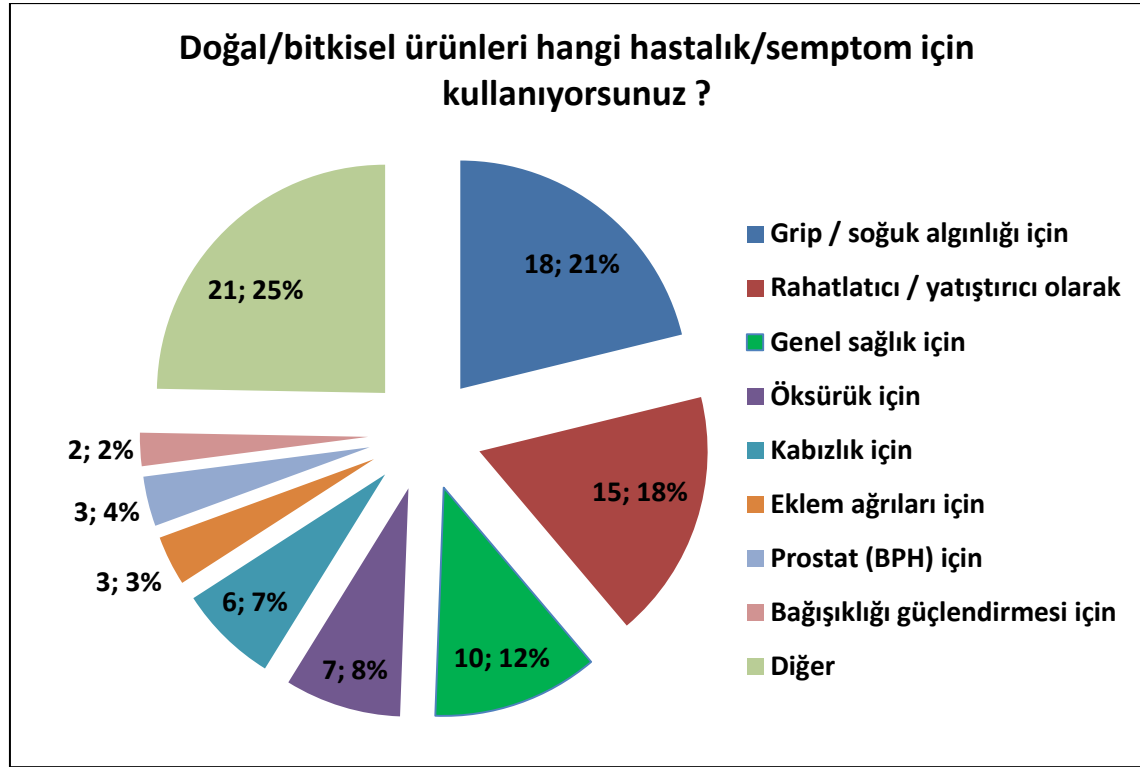
Şekil 4.22. Hastaların kullandıkları doğal / bitkisel ürünler.

Diğer bitkisel ürünler, aleo vera (1), altınotu (1), balık yağı (1), böğürtlen kökü (1), ciğer temizleyici karışım (1), çam ağacı özütü (sorkuç) (1), çınar yaprağı (1), çörek otu yağı (2), defne yaprağı (1), devedikeni (1), enginar suyu (2), gano exel (1), incir (1), kabak çekirdeği (1), kanteron otu (1), karabaş otu (1), kebabiye otu (1), keçiboynuzu (1), nane çayı (2), omega-3 (1), panaks (1), papatya çayı (1), saman otu (1), sarımsak suyu (1), tavşanotu (1), zeytin yaprağı (1) ve akupunkturu (1) içermektedir.

Bu doğal / bitkisel olduğu düşünülen ürünlerin hangi hastalık veya semptom için kullanıldığı sorulduğunda, en sık olarak ‘grip/soğuk algınlığı için’ yanıtı verilmiştir (%21; n=18). Verilen diğer yanıtlar sırasıyla rahatlatıcı/yatıştırıcı olarak (%18; n=15); genel sağlık için (%12; n=10); öksürük için (%8; n=7); kabızlık için (%7; n=6); eklem ağrıları için (%4; n=3); prostat (BPH) için (%4; n=3); bağışıklığı güçlendirmesi için

(%2; n=2) şeklindedir. ‘Diğer’ başlığı altında ise (toplamda %25; n=21) kansızlık, menopoz semptomları, uyku bozuklukları, kilo verememe vb. gibi semptomlar yer almaktadır.

Hastaların doğal/bitkisel ürünleri kullanma amaçları ve sıklıkları Şekil 4.23’de görülmektedir.



Şekil 4.23. Hastaların doğal / bitkisel ürünleri kullanma sebebi.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada yaşlı nüfus hızla artmakta, yaşlıların 'dev sağlık sorunları' arasında gösterilen multimorbidite/komorbidite ile uygunsuz ilaç kullanımı/polifarmasi gibi alanlarda sorunlar artarak devam etmektedir (1,2,6,7). DSÖ, önümüzdeki birkaç on yıl içinde sağlık, sosyal, kültürel, ekonomik vb. her alanda etkisi daha fazla hissedilecek olan bu demografik değişime toplumların hazırlıksız yakalanmaması gerektiğine ve ülkelerin sağlık politikalarında gereken uyarlamaları bir an önce yapmaları gerektiğine vurgu yapmaktadır (32). Bu değişimlerin ve uyarlamaların doğru şekilde yapılabilmesi, doğru sağlık politikalarının geliştirilebilmesi için her ülkenin 'kendi toplumuna ait bilimsel verilere' sahip olması gerekir. Bu çalışmamızın, ülkemizde bu alanda -son yıllarda artmasına rağmen- hala yetersiz olduğu düşünülen bilimsel verilere yeni bir katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmamız sonucunda, toplamda 65 yaş ve üzeri 240 hastaya ulaşılmıştır. Cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında, hastalarımızın %42'si (n=100) erkek; %58'i (n=140) ise kadındır. TÜİK 2015 yılı verilerine göre, Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun %43,8'ini erkekler; %56,2'sini ise kadınlar oluşturmuştur (3). Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyete göre dağılımları, ülke genelindeki dağılıma oldukça yakındır. Bu sonucun, elde ettiğimiz verilerin genelleştirilebilmesi açısından bu çalışmanın gücüne ek bir katkı yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

Yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; hastalarımızın %73,3'ü (n=176) 65-74 yaş arasında, %24,2'si (n=58) 75-84 yaş arasında ve %2,5'i de (n=6) 85 yaş ve üzeri grupta yer almakta idi. TÜİK 2015 yılı verilerine göre ülkemizde 65 yaş üstü nüfusun %61,32'si 65-74 yaş arasında; %30,70'i 75-84 yaş arasında ve %7,98'i de 85 yaş ve üzerinde saptanmıştır (89). TÜİK verileri ile karşılaştırıldığında, çalışmamıza katılan hastaların 'nispeten' daha genç oldukları görülmektedir. Bunun muhtemel sebebi, çalışmamızın yapıldığı aile hekimliği polikliniklerinin üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu içinde yer alması olabilir. Daha yaşlı hastalar, sağlık sorunları ve reçete tekrarı vb. gibi amaçlar için kendilerine daha yakın olan birinci basamak veya ikinci basamak sağlık kuruluşlarına (ASM'lere, devlet hastanelerine) başvuruyor olabilirler. Ayrıca 85 yaş üzerindeki yaşlıların engellilikleri nedeniyle polikliniklerimize erişimi kısıtlanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumlarına bakıldığında, genel olarak erkeklerde kadınlara göre eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Okuryazar-olmayanların oranı kadınlarda %11,4 (n=16) iken, erkeklerde bu oran sadece %2 (n=2) olarak saptanmıştır. Üniversite (4 yıl ve üzeri) mezunu olanların oranı kadınlarda %4,3 (n=6), erkeklerde %10 (n=10) olarak bulunmuştur. İlkokul mezunu olanların oranı ise her iki cinsiyette birbirine yakındır (kadınların %49,3'ü, n=69; erkeklerin %46'sı, n=46).

TÜİK 2014 yılı verilerine göre, ülkemizdeki yaşlı nüfusta ilkokul mezunlarının oranı %42,1; yüksekokul veya fakülte mezunlarının oranı ise %5,1 olarak saptanmıştır. Yine TÜİK verilerine göre, 'tüm eğitim düzeylerinde' yaşlı erkek nüfus oranlarının kadınlardan daha fazla olduğu gösterilmiştir (3). Bu rakamlar bizim verilerimize yakındır.

Şayir ve ark.'nın üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, 65 yaş üzeri bireylerden oluşan çalışma popülasyonunda okuryazar olmayanların oranı %21; ilkokul mezunlarının oranı %30; üniversite mezunlarının oranı ise %11 saptanmıştır (15). Bizim çalışmamızda okuryazar olmayanların oranı %7,5 (n=18); ilkokul mezunu olanların oranı %48 (n=115); üniversite (4 yıl ve üzeri) mezunu olanların oranı da %7 (n=16) bulunmuştur. Her ikisi de üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yapılmış olmasına ve hedef yaş grupları benzer olmasına rağmen; bizim çalışmamız ile Şayir ve ark.'nın yaptıkları çalışma arasında hastaların eğitim düzeyleri açısından oldukça fazla bir fark olduğu açıktır. Bu farklılığın muhtemel nedeni bu çalışmaların yapıldığı şehirlerin farklı olmasına bağlı olarak hastaların sosyo-kültürel düzeylerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların ortalama kronik hastalık sayıları **3,61** olarak bulunmuştur (min:0; maks:12; st. sapma:2,06). Tüm hastaların %94,2'sinde (n=226) en az bir, %85'inde (n=204) en az iki, %68,4'ünde (n=162) en az üç, %49,2'sinde ise (n=116) 4 ve üzeri sayıda kronik hastalık olduğu saptanmıştır.

Ellidokuz ve ark.'nın yaptığı 65 yaş ve üzeri kişileri kapsayan bir çalışmada, ülkemizdeki yaşlı hastaların %90'ında en az bir, %35'inde en az iki, %23'ünde en az üç, %14'ünde ise dört ve daha fazla sayıda kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (90).

ABD'de, her 4 erişkinden birinde en az iki veya daha fazla sayıda kronik hastalığın olduğu belirtilmektedir. Altmışbeş yaş üstü hastaların ise, yaklaşık üçte biri 4

veya daha fazla sayıda kronik hastalığa sahiptir (10). İngiltere’de her 6 hastadan birisinde 2 veya daha fazla sayıda kronik hastalık bulunmaktadır (66). Yine ABD’de 148 adet birinci basamak hekiminin katıldığı bir çalışmada, birinci basamaktaki hastaların %45’inde 2 veya daha fazla sayıda hastalık olduğu saptanmıştır (91).

Bu çalışmalardaki oranlar bizim çalışmamızdaki oranlardan daha düşüktür. Bunun nedeni bu çalışmaların farklı ortamlarda yapılmış olması olabilir. Bizim çalışmamız toplum içinde yapılmamıştır. Polikliniklerimiz üçüncü basamak sağlık kuruluşu içindedir ve başvuran yaşlı hastalar genellikle varolan kronik hastalıklarının izlemi için gelmektedir.

Çalışmamıza katılan hastalarda **multimorbidite oranı %85** (n=204) olarak saptanmıştır (toplam kronik hastalık sayısı ≥ 2 olan hastalar). Multimorbidite oranı kadınlarda %86 (n=121; erkeklerde ise %83 (n=83) olarak bulunmuştur.

Violan ve ark.’nın 2014 yılında yayınladıkları bir sistematik derlemede, 65 yaş üzerindeki hastalarda multimorbidite oranının ortalama %95,1 olduğu bildirilmiştir (8). Marengoni ve ark.’nın 2011 yılında yayınladıkları başka bir sistematik derlemede; genel popülasyonda %20-30 arasında olan multimorbidite oranı, 65 yaş ve üzerinde %55-98’e ulaşmaktadır (65).

Barnett ve ark. tarafından, İskoçya’da yaklaşık 1 milyon 750 bin civarında hastanın kayıtları elektronik ortamda incelenmiş ve genel popülasyonda multimorbidite oranının %23; 65 yaş üzerinde ise %65 olduğu bildirilmiştir (92).

Portekiz’de, birinci basamağa başvuran yaşlı hastalar arasında multimorbidite oranı %70 bulunmuştur (59).

Ülkemizde Dedeli ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada, yaşlı bireylerin %93,2’sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu bildirilmiştir (14). Akkuş ve ark. birinci basamağa başvuran 60 yaş üstü bireylerde yaptıkları bir çalışmada ise, hastaların %98.7’sinde en az bir kronik hastalık olduğunu bildirilmiştir (67).

Görüldüğü üzere, yaşlı bireylerde multimorbidite görülme sıklığı açısından değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda değişik oranlar bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda saptadığımız %85’lik multimorbidite oranı da dünya ve ülkemizde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu ile benzer düzeydedir.

Multimorbidite ile ilişkili faktörlere bakıldığında, yaş arttıkça multimorbidite oranlarının ve kronik hastalık sayılarının da arttığı bir çok çalışmada gösterilmiştir (8,13,63-65) . Bizim çalışmamızda da, literatürdeki yayınlarla benzer şekilde, hastaların

yaşları arttıkça, toplam kronik hastalık sayıları da istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmaktaydı (Pearson korelasyon katsayısı=0,216; p=0,001).

Genel olarak, kadınlarda multimorbidite sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğu bilinmektedir (8,60,93). Agur ve ark. yaptıkları geniş tabanlı bir çalışmada, kadınlarda multimorbidite sıklığının erkeklere göre daha fazla olmasının nedenini kadınlarda hem fiziksel, hem mental sağlık problemlerinin eş zamanlı daha fazla görülmesi şeklinde açıklamışlardır (93). Bizim çalışmamızda da; literatür verilerine benzer şekilde, kadınlarda multimorbidite oranının %86 (n=121), erkeklere göre %83 (n=83) daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Multimorbidite ile ilişkili bir diğer faktör hastaların 'sosyo-ekonomik' durumlarıdır. Yapılan çalışmalarda, 'düşük gelir düzeyine' sahip hastalarda multimorbidite sıklığının 'yüksek gelir düzeyine' sahip hastalara göre daha yüksek oranlarda olduğu gösterilmiştir (94-96). Bizim çalışmamızda da, literatür verilerini destekler şekilde, gelir düzeyi arttıkça multimorbidite oranlarının azaldığı saptanmıştır. Hastaların kendi beyanlarına göre; düşük gelir düzeyine sahip hastaların %85,7'sinin (n=12), orta gelir düzeyine sahip hastaların %85,3'ünün (n=180), yüksek gelir düzeyine sahip hastaların ise %76,9'unun (n=10) multimorbid olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyi ile multimorbidite ve kronik hastalık sayıları arasında ilişki bulunmuştur. Diğer faktörlerle (yaş, cinsiyet, ekonomik durum vb.) karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi multimorbidite üzerinde daha az belirleyicidir (94). Ancak mevcut kanıtlara göre, hastaların eğitim seviyeleri arttıkça multimorbidite oranları azalmaktadır (95,96). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyine göre multimorbidite oranlarına bakıldığında; okur-yazar olmayanlarda (%100; n=18) ve ortaokul mezunlarında (%100; n=21) en yüksek; okuryazar olanlarda ise (%70; n=14) en düşük oranda saptanmıştır. Görüldüğü üzere, eğitim düzeyleri ile multimorbidite arasında tam olarak doğrusal bir ilişki olduğu söylenemez; ancak genel olarak, yüksek eğitim düzeyine sahip hastalarda multimorbidite sıklığının daha az olduğu yorumu yapılabilir. Ayrıca çalışma katılımcıları arasında okuryazar olmayanların düşüklüğü de sonuçları etkilemiş olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerde görülen hastalıklara bakıldığında; her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında en sık görülen hastalığın hipertansiyon (HT) olduğu saptanmıştır (%71,7; n=172). İkinci sıklıkta diyabetes mellitus (DM) (%40; n= 96);

üçüncü sıklıkta ‘hiperlipidemi (HPLD) (%31,3; n=75); dördüncü sıklıkta ‘aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) (%25,4; n=61), beşinci sıklıkta ise ‘depresyon’ gelmektedir (%18,8; n=45).

Willadsen ve ark.’nın yaptığı 2016 yılında yayınlanmış sistematik derlemede, çoğunluğu birinci basamakta yapılmış olan, toplamda 115 adet çalışma değerlendirmeye alınmış; sonuçta en sık karşılaşılan hastalıkların DM, inme, kanser, iskemik kalp hastalıkları ve KOAH olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada HT bir hastalık olarak değil, risk faktörü olarak ele alınmıştır ve hastalarda en sık görülen risk faktörü olduğu saptanmıştır (13).

Ülkemizde Bahat ve ark.’nın 65 yaş üstü kadın hastalarda yaptığı bir çalışmada en çok görülen komorbid durum ‘hipertansiyon’ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların %27,8’inde tip 2 diyabet , %18,6’sında hiperlipidemi, %17,3’ünde osteoporoz, %10,7’sinde hipotiroidi, %7,4’ünde astım-KOAH, %9,5’inde serebrovasküler olay, %6.2’sinde kardiyovasküler olay, %6’sında Parkinson hastalığı olduğu görülmüştür (16).

DSÖ verilerine göre, hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde en önde gelen ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, inme, kronik akciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklar yer almaktadır. Yaşlı hastalarda yeti yitimine ve işlev kaybına sebep olan hastalıkların başında ise duyuşal yetersizlikler, bel ve boyun ağrısı, KOAH, depresif semptomlar, düşmeler, DM, demans ve osteoartrit gelmektedir (1,2).

Bizim çalışmamızda yaşlı bireylerde saptadığımız hastalıklar ve görülme sıklıkları; gerek dünyada gerekse ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla oldukça benzerlik göstermektedir (1,2,13,16). Yaşlılarımızda görülen en sık hastalıklar, günümüzde mortaliteye ve yeti yitimine en çok sebep olan hastalıklardır.

Hastalıklara göre komorbid durumlar incelendiğinde; çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarına eşlik eden en sık üç komorbid hastalık, sırasıyla; DM (%44), HPLD (%37,8) ve ASKVH (%32) olarak saptanmıştır (Verilen oranlar, bu hastalıkların HT ile birlikte görüldüğü oranlardır). Yapılan çalışmalarda hipertansiyona en sık eşlik eden hastalıkların kardiyovasküler hastalıklar, inme, kalp yetmezliği, DM, KBY gibi kronik hastalıklar olduğu bilinmektedir (97).

Long ve ark.’nın yaptıkları güncel bir çalışmada, hipertansiyona en sık eşlik eden hastalıkların; sırası ile koroner arter hastalığı (%21,7), DM (%16) ve HPLD (%13)

olduğu gösterilmiştir (98). *Kendi içindeki sıralaması değişse de*, bizim çalışmamızda da hipertansiyona en sık eşlik eden ilk üç komorbid hastalığın aynı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda, DM'ye an sık eşlik eden ilk üç komorbid hastalığın; sırası ile HT (%80,2), HPLD (42,7) ve ASKVH (%28,1) olduğu saptanmıştır. Lin ve ark. 2011 yılında yaptığı bir çalışmada DM'ye eşlik eden hastalıklar sırasıyla HT, HPLD ve obezite olarak bulunmuştur (99). Görüldüğü üzere, ilk iki sırada bizim çalışmamızla aynı hastalıklar yer almaktadır. Başka bir çalışmada da, DM hastalarının %75'inde komorbid olarak HT bulunduğu bildirilmektedir (100).

Çalışmamıza katılan hastaların ilaç kullanım durumlarına bakıldığında, hastaların günde ortalama **4,26** (min.:0; maks:15; st.sapma:2,82) ilaç kullandıkları saptanmıştır. Bu sayı *kadınlarda 3,98; erkeklerde 4,65* olarak bulunmuştur.

Ülkemizde Dişçigil ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, 65 yaş üstü hastaların günlük ortalama 4,5 ilaç kullandıkları bulunmuştur (101).

İngiltere'de 100 yaş üstü bireylerde yapılmış bir çalışmada ise, günlük kullanılan ortalama ilaç sayısı 7 olarak bulunmuştur (70). Lam ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise; 65 yaş üstü bireylerin günde ortalama 8 adet ilaç kullandıkları bildirilmiştir (102).

Çalışmamızda katılımcıların %91,6'sı (n=220) günde en az bir adet; %82,5'i (n=198) en az iki adet; %73,3'ü (n=176) en az üç adet; %55,8'i (n=134) en az dört adet, %41,6'sı (n=100) ise en az 5 adet ilaç kullanmakta idi. Hastalarımız arasında hiç ilaç kullanmayanların oranı %8,3 (n=20) iken; günlük 10 adet ve üzeri sayıda ilaç kullanan hastaların oranı ise %5 (n=12) olarak bulunmuştur.

Gelişmekte olan ülkelerde, yaşlı hastaların %85-90'ının günde en az bir adet ilaç kullanmakta olduğu bilinmektedir (71). Bizim çalışmamızda bu oran benzer (%91,6) bulunmuştur.

Şayir ve ark.'nın ülkemizde yaptıkları bir çalışmada, aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların %69'unun günde 4 ve üzeri sayıda ilaç kullandıkları bildirilmiştir (15). Bizim çalışmamızda bu oran daha az (%55,8) saptanmıştır.

ABD'de, yaşlı bireylerde günlük 10 ve üzeri sayıda ilaç kullanım sıklığı %2-6 arasında bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda elde edilen oran (%5) da benzer düzeydedir.

Çalışmamızda polifarmasi için kesim noktası (cut-off değeri) 5 olarak alınmıştır (Hastanın günlük kullandığı ilaç sayısı ≥ 5 ise 'polifarmasi var'). Buna göre, tüm

hastalar birlikte değerlendirildiğinde çalışmamızda polifarmasi oranı **%42** (n=100) olarak saptanmıştır. Bu oran kadınlarda %38 (n=53); erkeklerde ise %47 (n=47) olarak bulunmuştur. Her iki cinsiyet arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

ABD’de yapılmış toplum tabanlı bir çalışmada 75-85 yaş arası kadınların %36’sında, erkeklerin ise %37,1’sinde polifarmasi olduğu bildirilmiştir (19). Ülkemizde polifarmasi sıklığı 60 yaş üzerindeki kadınlarda %63,2; erkeklerde ise %55,3 olarak bulunmuştur (21).

Çalışmamızın sonuçları ABD verileri ile karşılaştırıldığında, erkeklerdeki polifarmasi sıklığı (%47) ülkemizde daha fazla iken; kadınlardaki polifarmasi sıklığı (%38) her iki ülkede de birbirine yakındır. Çalışmamızda polifarmasi oranlarının ABD verilerine göre yüksek çıkması, ülkemizde sağlık kayıtlarının *henüz* yeterince gelişmiş bir seviyede tutulamamasından kaynaklanıyor olabilir. Hekimlerin, kendi çalıştığı kurum dışında hastaya reçete edilen ilaçları görüp kontrol edebileceği elektronik sistemlerin yaygınlaşmamış olması nedeniyle, muhtemelen, aynı ilaçlar hastaya birden fazla hekim tarafından tekrar reçete ediliyor olabilir. Ülkemizde polifarmasiyi yükselten başka bir sebep de ‘reçetesiz ilaç kullanımı’ olabilir. Türkiye’de birçok ilaç, yakın zamanda yapılan kısıtlamalara rağmen, eczaneden doğrudan reçetesiz olarak satın alınabilmektedir. ABD’de ise bu alanda kısıtlamalar oldukça fazladır.

Almanya’da 70 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, birinci basamakta polifarmasi sıklığı (%26,7) bizim çalışmamıza göre oldukça düşük seviyede bildirilmiştir (22). Avrupa ülkelerinde *sağlık okuryazarlığının* ülkemize göre daha yüksek olması ve bu ülkelerin daha bilinçli bir hasta popülasyonuna sahip olması, reçetesiz ilaç satışının olmaması bu ülkelerde polifarmasi sıklığının daha az görülmesinin muhtemel sebebi olabilir.

Özellikle farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda bildirilen polifarmasi sıklığındaki nispeten büyük farklılıklar çalışmaların yapıldığı ülkelerin sosyo-ekonomik düzeylerinde, bireylerin biyopsikososyal özelliklerinde, çalışmaların yapıldığı yaş gruplarında ve çalışmada kullanılan polifarmasi tanımlarındaki farklılıklar ile ilişkilendirilebilir; zira bütün bu parametreler polifarmasi sıklığını etkilemektedir.

Çalışmamızda ‘reçetesiz ilaç’ kullanım oranı tüm hastalar içinde **%20** (n=48) olarak saptanmıştır. Bu oran kadınlarda %21 (n=30); erkeklerde ise %18 (n=18) olarak

bulunmuştur. Her iki cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

ABD’de yapılmış olan bir çalışmada 57-85 yaş arası kişilerin %58,6’sının reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır (19). Ülkemizde Dedeli ve ark.’nın yaptığı çalışmada, 65 yaş üstü bireylerde reçetesiz ilaç kullanım oranı %51,4 olarak bildirilmiştir (14). Şayir ve ark. yaptıkları bir başka çalışmada, aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri kişilerde reçetesiz ilaç kullanımını %33 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada hekim önerisi olmadan kullanılan en sık ilaçların da ağrı kesiciler (%60,6), nezle/grip ilaçları (%15,2), laksatifler (%12,1) ve vitamin/mineral tabletleri olduğu görülmüştür (15).

Bizim çalışmamızda elde edilen reçetesiz ilaç kullanım oranı, hem ülkemizdeki diğer çalışmalardan, hem de ABD’den daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda reçetesiz ilaç kullanımının ABD verilerine göre daha düşük bulunmasının muhtemel bir sebebi, polifarmaside açıklandığı üzere, eczaneden reçetesiz olarak doğrudan ilaç satın alınabilmesinin daha kolay olması, ABD’de geleneksel tıp yanında tamamlayıcı ve alternatif tıp kurumlarını daha fazla kurumsallaşmış olması ve reçetelerinin sigorta tarafından ödeniyor olması olabilir. Çalışmamızdaki reçetesiz ilaç kullanım oranının ülkemizdeki diğer çalışmalara göre daha düşük seviyede saptanmasının muhtemel sebebi ise; çalışmamızın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda ve il merkezinde yapılmış olması, dolayısıyla da hasta popülasyonumuzun eğitim ve sosyo-kültürel düzeylerinin diğer çalışmalardan farklı oranlarda olması şeklinde açıklanabilir. Ayrıca reçetesiz ilaç kapsamına giren ilaçlarda son yıllarda kısıtlamalar yapılmıştır. Kısıtlanan ilaçların sigorta tarafından geri ödemesinin yapılmayışı reçetesiz ilaç kullanımını azaltmıştır.

Çalışmamızda reçetesiz ilaç kullanan hastaların %44’ü ($n=21$) eczacı önerisiyle; %34’ü ($n=16$) komşu önerisiyle; %6,3’ü ($n=3$) bir aile ferdinin önerisiyle bu ilaçları kullandığını ifade etmiştir. Katılımcılar daha nadir olarak; doktor dışında bir sağlık personeli (%4; $n=2$), kendi kararı (%4; $n=2$), aktar önerisi (%4; $n=2$), internet (%2,1; $n=1$) aracılığı ile de reçetesiz ilaç kullanmaktadır.

Ülkemizde Yapıcı ve ark.’nın (yaş aralığı 15-75 olan) genel popülasyonda yaptıkları bir çalışmada; doktor önerisi olmadan ilaç kullananların %51,3’ünün kendi bilgileri doğrultusunda, %26,9’unun çevrelerinin önerisi ile, %14,1’inin ailesinin önerisi

ile, %7.7'sinin ise eczacının önerileri doğrultusunda ilaç kullandıkları saptanmıştır (103).

Bizim çalışmamızda hastalar en sık (%44) 'eczacı' önerisi ile ilaç kullanmaktadır. Bunun muhtemel sebebi, çalışma grubumuzun yaşlı hastalardan oluşması olabilir. Bu hastaların multimorbidite oranları genç hastalara göre oldukça yüksektir ve yaşlı hastalar sürekli kullandıkları reçeteli ilaçlarının temini için eczaneye 'genç hastalardan daha sık' gitmek zorunda kalmakta; eczacıyı daha sık görmektedirler. Çalışmamızın yapıldığı bölgede oldukça fazla sayıda eczane olması da bu sonucu yaratmış olabilir. Yaşlı hastalar, eczacıyı 'ulaşılması kolay ve güvenilir bir sağlık personeli' olarak görüp, kendi çevrelerine (aile, akraba, arkadaş vb.) göre eczacıların tavsiyelerini daha çok dinliyor olabilirler.

Reçetesiz ilaç kullanımı konusunda bilgi kaynağı olarak 'internet'in çok az bir oranda (%4) çıkmasının olası nedeni yaşlı hastaların *teknolojiyi* gençlere göre daha az kullanmalar olabilir.

Çalışmamıza katılan tüm hastaların **%34,6'sı** (n=83) doğal/bitkisel bir ürün kullandığını beyan etmiştir. Kadınlarda bu oran %39,3 (n=55), erkeklerde ise %28 (n=28) bulunmuştur.

Harris ve ark.'nın 2012 yılında yaptıkları ve 15 ülkeden 49 adet çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede, genel popülasyonda bir yıl içinde herhangi bir tamamlayıcı/alternatif tıp (TAT) yöntemi kullanma prevalansı ortalama %32 (%9,8-76) olarak saptanmıştır (86).

Almanya'da Schnabel ve ark.'nın 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada ise '70 yaş ve üzeri' popülasyonda herhangi bir TAT yöntemi kullanım oranı %61,3 bulunmuştur. Aynı çalışmada bitkisel ürünlerin kullanım oranı %33 saptanmıştır (87).

Ülkemizde Tulunay ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada, kronik hastalıklara sahip erişkinlerin %30 'unun bitkisel ürünleri kullandıkları bildirilmiştir (26). Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızda bulunan sonuçlara (%34,6) oldukça yakındır.

Akdeniz ve ark.'nın birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların %86,3'ü ev ilaçlarını ya da alternatif tedavileri denediklerini belirtmişlerdir (88).

Genel olarak, TAT yöntemleri içinde en sık kullanılan yöntemin bitkisel (herbal) ürün kullanımı olduğu bilinmektedir (25-27).

Çalışmamızda, hastaların kullandıkları doğal/bitkisel ürünlerin içeriğine bakıldığında, en sık olarak adaçayı kullanıldığı görülmüştür (%22; n=27). İkinci sıklıkta ıhlamur (%18; n=22); üçüncü sıklıkta ise zencefil (%6; n=8) gelmektedir.

Şayir ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, 65 yaş üstü hastaların en sık kullandıkları bitkisel ürünlerin sırasıyla ıhlamur (%67,7), yeşil çay (%37,2) ve nane-limon (%25,4) olduğu bildirilmiştir (15). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, HT tedavisi için limon ve sarımsak; DM tedavisi için tarçın; HPLD tedavisi için de ceviz kullanımının sık olduğu görülmüştür (26).

Çalışmamızda, bu doğal/bitkisel olduğu düşünülen ürünlerin 'hangi hastalık veya semptom için' kullanıldığı sorulduğunda, en sık olarak 'grip/soğuk algınlığı için' (%21; n=18); 'rahatlatıcı / yatıştırıcı olarak' (%18; n=15) ve 'genel sağlık için' (%12; n=10) şeklinde yanıt alınmıştır.

Tulunay ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları çalışmada, hastaların bitkisel ürün kullanmalarının en sık sebepleri 'hastalıklardan korunmak' (%47,4) ve 'kabızlık' (%15,2) şeklinde bulunmuştur (26). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, yaşlı hastaların bitkisel ürün kullanma amaçlarının 'sağlıklı kalmak, direnci arttırmak ve hastalıklardan korunmak' şeklinde olduğu görülmüştür (14).

Doğal/bitkisel ürünlerin içeriğinin ve kullanım amacının yapılan çalışmalarda birbirinden farklı olmasının sebebi; muhtemelen aynı ülke içinde bile hastaların sosyokültürel özelliklerinin birbirinden farklı olması olabilir (26).

6. SONUÇLAR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir sebeple başvuran yaşlı bireylerdeki ‘komorbid durumların ve multimorbidite oranlarının’ ve bu hastaların kullandıkları ‘reçeteli ve reçetesiz ilaçların’ araştırıldığı; bunlara ek olarak bu bireylerin ‘doğal/bitkisel ürün kullanımının’ da incelendiği bu çalışma sonucunda;

- ✓ Toplamda **240 adet 65 yaş ve üzeri hastaya** ulaşılmıştır. Cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında, hastalarımızın %42’si (n=100) erkek; %58’i (n=140) ise kadındır.
- ✓ Hastaların **yaş ortalaması 71,02** (min.:65; maks.:87; SD:5,39) olarak saptanmıştır. Kadın ve erkeklerin yaş ortalaması birbirine yakındır (Kadın:70,31; Erkek:72,02).
- ✓ Çalışmamıza katılan hastaların **ortalama kronik hastalık sayıları 3,61** olarak bulunmuştur (min:0; maks:12; ss:2,06). Tüm hastaların %94,2’sinde (n=226) en az bir adet, %85’inde (n=204) en az iki adet, %68,4’ünde (n=162) en az üç adet, %49,2’sinde ise (n=116) 4 adet ve üzeri sayıda kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir.
- ✓ Çalışmamıza katılan hastalarda **multimorbidite oranı %85** (n=204) olarak saptanmıştır (toplam kronik hastalık sayısı ≥ 2 olan hastalar). Multimorbidite oranı kadınlarda %86 (n=121; erkeklerde ise %83 (n=83) olarak bulunmuştur.
- ✓ Çalışmamıza katılan bireylerin hastalıklarına bakıldığında; her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında ‘**en sık görülen hastalık hipertansiyon**’dur (%71,7; n=172). İkinci sıklıkta ‘diyabetes mellitus (DM) (%40; n= 96); üçüncü sıklıkta ‘hiperlipidemi (HPLD)’ (%31,3; n=75); dördüncü sıklıkta ‘aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH)’ (%25,4; n=61), beşinci sıklıkta ise ‘depresyon’ gelmektedir (%18,8; n=45).
- ✓ Hastalıklara göre komorbid durumlar incelendiğinde; çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarına eşlik eden **en sık üç komorbid hastalık**, sırasıyla; DM (%44), HPLD (%37,8) ve ASKVH (%32) olarak saptanmıştır (Verilen oranlar, bu hastalıkların HT ile birlikte görüldüğü oranlardır). Çalışmamızda, DM’ye en sık eşlik eden ilk üç komorbid hastalığın ise; sırası ile HT (%80,2), HPLD (42,7) ve ASKVH (%28,1) olduğu saptanmıştır.

- ✓ Çalışmamıza katılan hastaların **günde ortalama 4,26 adet ilaç kullandıkları** (min.:0; maks:15; SD:2,82) saptanmıştır. Bu oran *kadınlarda 3,98; erkeklerde 4,65* olarak bulunmuştur.
- ✓ Çalışmamızda katılımcıların %91,6'sı (n=220) günde en az bir adet; %82,5'i (n=198) en az iki adet; %73,3'ü (n=176) en az üç adet; %55,8'i (n=134) en az dört adet, %41,6'sı (n=100) ise en az 5 adet ilaç kullanmakta idi. Hastalarımız arasında hiç ilaç kullanmayanların oranı %8,3 (n=20) iken; günlük 10 adet ve üzeri sayıda ilaç kullanan hastaların oranı ise %5 (n=12) olarak saptandı.
- ✓ Tüm hastalar birlikte ele alındığında, **çalışmamızda polifarmasi oranı %42** saptanmıştır. Bu oran kadınlarda %38 (n=53); erkeklerde ise %47 (n=47) olarak bulunmuştur. [Polifarmasi için kesim noktası (cut-off değeri) 5 olarak alınmıştır, yani hastanın günlük kullandığı ilaç sayısı ≥ 5 ise 'polifarmasi var' şeklinde değerlendirilmiştir].
- ✓ Çalışmamızda **reçetesiz ilaç kullanım oranı %20** (n=48) saptanmıştır. Bu oran kadınlarda %21 (n=30); erkeklerde ise %18 (n=18) bulunmuştur.
- ✓ Reçetesiz ilaç kullanan hastaların %44'ü (n=21) eczacı önerisiyle; %34'ü (n=16) komşu önerisiyle; %6,3'ü (n=3) bir aile ferдинin önerisiyle bu ilaçları kullandığını ifade etmiştir. Hastalar daha nadir olarak; doktor dışında bir sağlık personeli (%4; n=2), kendi kararı ile (%4; n=2), aktar önerisi ile (%4; n=2), internet vasıtası ile (%2,1; n=1) de reçetesiz ilaç kullanmakta idiler.
- ✓ Çalışmamıza katılan hastalarda **doğal/bitkisel ürün kullanım oranı %34,6** olarak (n=83) saptanmıştır. Kadınlarda bu oran %39,3 (n=55), erkeklerde ise %28 (n=28) bulunmuştur.
- ✓ Hastaların kullandıkları doğal/bitkisel ürünlerin içeriğine bakıldığında, **en sık olarak adaçayı** kullanıldığı görülmüştür (%22; n=27). İkinci sıklıkta ıhlamur (%18; n=22); üçüncü sıklıkta ise zencefil (%6; n=8) gelmektedir.
- ✓ Çalışmamızda, bu doğal / bitkisel olduğu düşünülen ürünlerin 'hangi hastalık veya semptom için' kullanıldığı sorulduğunda, **en sık olarak 'grip/soğuk algınlığı için'** (%21; n=18); 'rahatlatıcı / yatıştırıcı olarak' (%18; n=15) ve 'genel sağlık için' (%12; n=10) şeklinde yanıt alınmıştır.

Yaşlı hastalar, kendine özgü sağlık sorunları olması sebebi ile özel bir gruptur ve bu hastalara sağlık hizmeti verilirken ‘multidisipliner bir yaklaşım’ gereklidir. Geriatrist, hemşire, diğer yardımcı sağlık personelleri, psikolog, sosyal hizmet uzmanı vb. gibi çalışanlardan oluşması gereken ekibin merkezinde ise ‘**aile hekimi**’ yer almalıdır.

Aile hekimliği disiplini, yapısı gereği, kendine özgü bazı özelliklere sahiptir. Her hastayı ayrı olarak ele alması ve ayrı yaklaşım sergilemesi (**tedavinin bireyselleştirilmesi**); ‘sağlık’ kavramını hastanın bedensel fonksiyonlarına ek olarak ruhsal ve sosyal yönleri ile de ele alması (**bütüncül = biyopsikososyal yaklaşım**); hastasının sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilecek ailesel ve toplumsal sorunları da gözetmesi (**aile ve toplum yönelimli olma**); hastasına yaşamının her döneminde kesintisiz bir sağlık hizmeti vermesi (**bakımın sürekliliği**); yaygın görülen sağlık sorunlarını çözebilecek bilgi, deneyim ve donanıma sahip olması (**kapsayıcılık**) ve - acil haller dışında - hastaların sağlık hizmetlerine ilk başvuru noktası olması (**kapı tutuculuk**) gibi özellikleri sayesinde, aile hekimleri ‘yaşlı sağlığında’ önemli ve stratejik bir noktada bulunmaktadır.

Aile hekimleri bütün bu özelliklerini gittikçe yaşlanan nüfusuna göre uyarlamalı, bu alandaki bilgi ve deneyimlerini geliştirmeli ve önümüzdeki yıllarda sağlık alanında etkisi daha fazla hissedilecek olan bu ‘demografik değişime’ hazırlıklı olmalıdır.

7. ÖZET

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş Üstü Hastalarda Komorbid Durumlar ve Reçeteli - Reçetesiz İlaç Kullanımı

Bu çalışmamızın amacı; aile hekimliği polikliniklerimize başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerdeki komorbid durumları araştırmak, multimorbidite oranlarını saptamak ve bu hastaların reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanım durumlarını incelemektir.

Tanımlayıcı – kesitsel tarzda tasarlanan bu çalışma kapsamında; Ocak 2016 – Haziran 2016 tarihleri arasında, AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı olarak hizmet veren iki adet polikliniğe (*Üniversite Polikliniği ve Doğu Garajı Polikliniği*) başvuran 65 yaş ve üzeri hastalara yüz-yüze anket uygulanmıştır.

Toplamda 65 yaş ve üzeri 240 hastaya ulaşılmıştır. Hastalarımızın %58'i kadın; %42'si ise erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 71,02 (min.:65; maks.:87; ss:5,39) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların ortalama kronik hastalık sayıları 3,61 (min:0; maks:12; ss:2,06); multimorbidite oranı (kronik hastalık sayısı ≥ 2) ise %85 olarak saptanmıştır (kadınlarda %86, erkeklerde %83). Her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında 'en sık görülen hastalık hipertansiyon (HT)' idi (%71,7). İkinci sıklıkta 'diyabetes mellitus (DM) (%40; n= 96); üçüncü sıklıkta 'hiperlipidemi (HPLD)' (%31,3) gelmekte idi. Hipertansiyon hastalarına eşlik eden en sık üç komorbid hastalık, sırasıyla; DM (%44), HPLD (%37,8) ve ASKVH (%32) olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan hastaların günde ortalama 4,26 (min.:0; maks:15; st.sapma:2,82) adet ilaç kullandıkları görülmüştür. Çalışmamızda polifarmasi (günlük kullandığı ilaç sayısı ≥ 5) oranı %42 (kadınlarda %38, erkeklerde %47); reçetesiz ilaç kullanım oranı ise %20 saptanmıştır (kadınlarda %21, erkeklerde %18). Hastalar, reçetesiz ilaçları en sık 'eczacı' önerisi ile (%34; n=16) kullanmaktaydı. Çalışmamıza katılan hastalarda doğal/bitkisel ürün kullanım oranı %34,6 (n=83) olarak bulunmuştur (kadınlarda %39, erkeklerde %28). Bu doğal/bitkisel ürünlerin içeriğine bakıldığında, en sık kullanılan ürünler sırasıyla adaçayı (%22), ıhlamur (%18) ve zencefildi (%6). Hastalar, bu ürünleri en sık 'grip/ soğuk algınlığı' için (%21) kullandıklarını belirttiler.

Aile hekimliği polikliniklerindeki hasta yükünün önemli bir kısmını oluşturan yaşlı bireylerde multimorbidite, komorbidite, polifarmasi, reçetesiz ilaç kullanımı ve bitkisel ürün kullanımı oldukça fazladır. Aile hekimleri, yaşlı hastalarına sağlık hizmeti verirken bu durumu özellikle dikkate almalıdırlar.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, komorbidite, multimorbidite, polifarmasi, reçetesiz ilaç kullanımı, bitkisel ürün kullanımı.



8. ABSTRACT

Comorbid Conditions and Drug Use With Or Without Prescription Among Patients Aged Over 65 That Admitted to Family Medicine Clinic

The aim of this study is to determine the multimorbidity rates and to investigate comorbid conditions among individuals that admitted to our family medicine clinics; and to examine these patients' prescription drug use and OTC drug use.

Within this study which was designed in a cross-sectional method; people 65 years and older that admitted to two clinics belong to AUFM Family Medicine Department (*University Clinic and Dogu Garaji Clinic*) were conducted face-to-face questionnaire between January 2016 - June 2016.

We have reached at a total of 240 patients aged 65 and over. 58% of the patients (n=140) were female; 42% (n=100) were male. The average age of the patients was 71.02 (min.:65; maks.:87; SD: 5.39). The average number of the patients' chronic diseases was 3.61 (min: 0, max: 12; SD: 2.06); the multimorbidity rate (*chronic disease count* ≥ 2) was 85% (n=204) (86% in women, 83% in men). The most common disease among both sexes and all age groups was hypertension (HT) with a rate of 71.7% (n=172). The second frequent seen disease was diabetes mellitus (DM) (40%; n=96); and the third frequent seen disease was hyperlipidemia (HPLD) (31.3%; n=75). The most common three comorbid diseases among patients with hypertension were DM (44%), HPLD (37.8%) and ASKVH (32%), respectively. The average number of the drugs that participants were using daily was 4.26 (min.:0; max: 15; SD: 2.82). In our study, the rate of polypharmacy (*the number of medications used daily* ≥ 5) was found 42% (n=100) (38% in women, 47% in men). The rate of OTC drug use was 20% (n=48) (21% in women, 18% in men). Patients were using the OTC drugs most frequently with the proposal of a 'pharmacist' (34%; n=16). The rate of natural / herbal products use among participants was 34.6% (n=83) (39% in women, 28% in men). The most commonly used products were sage (22%; n=27), lime (18%; n=22) and ginger (6%; n=8), respectively. Patients stated that they use these products most often for 'flu / common cold' (21%; n=18).

Multimorbidity, comorbidity, polypharmacy, OTC drug use and the use of herbal products is very high among the elderly patients which constitute an important part of the patient burden in the family medicine clinics. In this case, family physicians should take into consideration of these conditions which will directly affect the clinical decision making process for the elderly patients' health care.

Key words: Family medicine, comorbidity, multimorbidity, polypharmacy, over-the-counter (OTC) drug use, the use of herbal products.



9. KAYNAKLAR

1. World Health Organisation (WHO), 2015. World Report on Aging and Health, 2015. World Health Organisation Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 069479 8 (ePub) Erişim: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>. Erişim tarihi: 17.08.2016.
2. World Health Organization (WHO), 2015. 10 facts on ageing and health (Updated September 2015). Erişim: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/> Erişim tarihi: 17.08.2016
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2015. İstatistiklerle Yaşlılar, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni; Sayı: 21520, 17 Mart 2016. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>. Erişim tarihi: 17.08.2016
4. Hacettepe University Institute of Population Studies (2014), “2013 Turkey Demographic and Health Survey”. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Ministry of Development and TÜBİTAK, Ankara, Turkey, 2014, 7-9.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti. Ankara 2015.
6. Bawah A, Houle B, Alam N, Razzaque A. The Evolving Demographic and Health Transition in Four Low -and Middle- Income Countries: Evidence from Four Sites in the INDEPTH Network of Longitudinal Health and Demographic Surveillance Systems. PLoS ONE 2016;11(6):e0157281.
7. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam kavramı: Önümüzdeki demografik değişime yönelik bir çözüm önerisi. GeroFam 2010; 1(1): 1-14.
8. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. PLoS ONE 2014;9(7):e102149.
9. Aykın Nadir S. Derleme: Aile Hekimliğinde Komorbidite ve Multimorbiditeyi Anlamak. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2013; 7(3): 35-9.
10. Whitson HE, Johnson KS, Sloane R, Cigolle CT. Identifying Patterns of Multimorbidity in Older Americans: Application of Latent Class Analysis. Journal of the American Geriatrics Society 2016; 64(8): 1668-73.
11. Buffel du Vaure C, Ravaud P, Baron G, Barnes C, Gilberg S, Boutron I. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. BMJ Open 2016; 6: e010119.

12. Man M-S, Chaplin K, Mann C, Bower P. Improving the management of multimorbidity in general practice: protocol of a cluster randomised controlled trial (The 3D Study). *BMJ Open* 2016; 6: e011261.
13. Willadsen TG, Bebe A, Koster-Rasmussen R, Jarbol DE. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2016; 34(2): 112-21.
14. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi. *Spatula DD* 2011; 1(1): 23-32.
15. Şayir TÇ, Aslan Karaoğlu S, Evcik Toprak D. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18(1): 35-41.
16. Bahat G, Bahat Z, Tufan A, Aydın Y, Akpınar TS, Nadir S, Erten N, Karan MA. Comorbidities, polypharmacy, functionality and nutritional status in Turkish community-dwelling female elderly. *Aging Clin Exp Res* 2014; 26(3): 255-9.
17. Monegat M, Sermet C, Perronnin M, Rococo E. Polypharmacy: Definitions, Measurement and Stakes Involved Review of the Literature and Measurement Tests. *Questions d economie de la santen* 204 - December 2014; 1-8.
18. Gnjdjic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V. Polypharmacy cut off and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012; 65(9): 989-95.
19. Maher RLJ, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13(1): 10.
20. Benli AR. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Ankara Med J* 2015; 15(4): 258-9.
21. İlhan B, Bahat Öztürk G. Derleme: Yaşlı ve Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Geriatr – Special Topics* 2015; 1(1): 1-7.
22. Asma S, Gereklioğlu Ç, Pan Korur A, Erdoğan AF. Multimorbiditesi Olan Yaşlı Hastalarda Çoklu İlaç Kullanımı: Aile Hekimliğinde Önemli Bir Problem. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014; 8(1): 8-12.
23. Kerry Z. Yaşlılarda doğru ilaç kullanımı. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2015; 54(Ek Sayı): 62-73.
24. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. *Klinik Gelişim* 2012; 25: 18-23.
25. Turkmenoglu FP, Kutsal YG, Dolgun AB, Diker Y, Baydar T. Evaluation of herbal product use and possible herb-drug interactions in Turkish elderly. *Complement Ther Clin Pract* 2016; 23: 46-51.
26. Tulunay M, Aypak C, Yikilkan H. Herbal medicine use among patients with chronic diseases. *J Intercult Ethnopharmacol* 2015; 4(3): 217-20.

27. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. FÜ Sağ Bil Tıp Derg 2013; 27(1): 19-26.
28. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. Annals of Family Medicine 2012; 10(2): 134-41.
29. Olmos LG, Salvador CH, Alberquilla A, Lora D, Carmona M, Sagredo PL, Pascual M, Munoz A et al. Comorbidity patterns in patients with chronic diseases in general practice. PlosOne 2012; 7(2): e32141.
30. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. British Journal of General Practice 2011; 61(582): e12-e21.
31. United Nations (UN), 2015. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Erişim: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication> Erişim tarihi: 31.08.2016
32. World Health Organisation (WHO), 2016. Monitoring Health for the SDGs (Sustainable Development Goals). World Health Organisation Library Cataloguing-in-Publication Data. E-ISBN 978 92 4 069569 6. Erişim: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ Erişim tarihi: 31.08.2016
33. Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük: Yaşlı http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.57c62e75e67315.61855584 Erişim tarihi: 31.08.2016
34. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012; 25: 1-3.
35. Akçay Ş, Aslan D, Aydos T. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, 1. Baskı. Algi Tanıtım, Ankara 2012; 7-74.
36. Kaçan Softa H. Evde ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Yönden İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2015; 2: 63-76.
37. World Health Organization (WHO), 2016. Definition of an older or elderly person: Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (Erişim tarihi: 31.08.2016)
38. Özkayar N, Arıoğlu S. Yaşlanma ile Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler. İç Hastalıkları Dergisi 2007; 14(1): 18-26.
39. Park DC, Yeo SG. Aging. Korean J Audiol 2013; 17: 39-44.
40. Alvis BD, Hughes CG. Physiology Considerations in Geriatric Patients. Anesthesiol Clin 2015; 33(3): 447-56.

41. Nigam Y, Knight J, Bhattacharya S, Bayer A. Editorial: Physiological Changes Associated with Aging and Immobility. *J Aging Res* 2012; 468-9. doi: 10.1155/2012/468469
42. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan dünya ve yaşlanan insan. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri Sempozyum Kitabı 2012; 7-15.
43. Maguire SL, Slater BMJ. Physiology of ageing. *Anaesth Intensive Care Med* 2013; 14: 310-2.
44. Welker KL, Mycyk MB. Pharmacology in the Geriatric Patient. *Emerg Med Clin N Am* 2016; 34: 469-81.
45. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Derleme: Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012; 2(2): 19-23.
46. Bongaarts J. Human population growth and the demographic transition. *Phil Trans R Soc B* 2009; 364: 2985-90.
47. United Nations (UN), 2015. World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241. Erişim: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf (Erişim tarihi: 04.09.2016)
48. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar, 2013. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni; Sayı: 16057, 19 Mart 2014. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>. (Erişim tarihi: 17.08.2016)
49. Tırpan K. Birinci Basamak ve Geriatri İlişkisi (Konuşma metinleri). 3. Akademik Geriatri Kongresi, 26 - 30 Mayıs 2010, Gazimağusa, KKTC. <http://akademikgeriatri.org/index.php?func=content&id=34> (Erişim tarihi: 31.08.2016)
50. Kahveci R, Ayhan D, Özsarı H, Özkara A. Derleme: Sağlıklı Yaşlanma Sürecinde Birinci Basamağın Rolü ve Önemi. *Turk Med J* 2015; 7(3): 208-12.
51. Salman İ. Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmedeki Güçlükler ve Çözüm Önerileri (Konuşma metinleri). 3. Akademik Geriatri Kongresi, 26 - 30 Mayıs 2010, Gazimağusa, KKTC. <http://akademikgeriatri.org/index.php?func=content&id=34> Erişim tarihi: 31.08.2016
52. Sloane PD, Warshaw GA, Potter JF, Flaherty E, Ham RJ. Principles of Geriatrics and Primary Care. In: Ham RJ, Sloane PD, Warshaw GA, Potter JF, Flaherty E, editors. *Ham's primary care geriatrics: a case-based approach*. 6th ed . Philadelphia: Elsevier Inc.; 2014.p.3-17. ISBN: 978-0-323-08936-4.
53. Giray H, Meseri R, Gül Saathı G, Yüçetin N, Aydın P, Uçku R. Türkiye'ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7(1): 81-6.

54. Çayır Y. Derleme: Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri: Neler yapabiliriz? Dicle Tıp Dergisi 2013; 40(2): 340-4.
55. Peterson LE, MD, Cochrane A, Bazemore AW, Stephen Petterson. Reported Practice Patterns Among Family Physicians with a Geriatrics Certificate of Added Qualifications. J Am Board Fam Med 2015; 28: 314-5.
56. Brummel-Smith K. Family Physician Geriatricians Do Mostly Geriatric Care: Is This a Problem for Our Specialty? JABFM 2015; 28(3): 311-3.
57. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. Annals of Family Medicine 2009; 7(4): 357-63. doi:10.1370/afm.983.
58. Dobranici L, Tudose C. The assessment of medical comorbidity in the elderly patients with dementia. Romanian Journal of Psychiatry 2010; 2: 1-10.
59. Prazeres F, Santiago LM, Simoes JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. BioMed Research International 2015; 1: 1-4.
60. Lefevre T, d'Ivernois JF, De Andrade V, Crozet C, et al. What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. Rev Epidemiol Sante Publique 2014; 62(5): 305-14.
61. World Health Organization (WHO), 2008. The World Health Report 2008. Primary Health Care - Now more than ever. p.8. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. (Erişim tarihi: 05.09.2016)
62. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long termcare, following a systematic review of relevant literature. Journal of the American Medical Directors Association 2013; 14(5): 319-25.
63. Whitson HE, Boyd CM. Managing Multiple Comorbidities. In: UpToDate, Schumacher KE, Sokol HN (Editors). <http://www.uptodate.com/contents/managing-multiple-comorbidities>. (Erişim tarihi: 05.09.2016)
64. Picco L, Achilla E, Abidin E, Chong SA. Economic burden of multimorbidity among older adults: impact on healthcare and societal costs. BMC Health Services Research 2016; 16: 173-84.
65. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 2011; 10: 430-9.
66. Bower P, Macdonald W, Harkness E, Gask L. Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. Fam Pract 2011; 28(5): 579-87.

67. Akkuş Y, Karatay G. Kars'ta 60 yaş üstü bireylerin ilaç kullanım bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. TÜBAV Bilim 2011; 4(3): 214-20.
68. Dhalwani NN, Zaccardi F, O'Donovan G, Carter P. Association Between Lifestyle Factors and the Incidence of Multimorbidity in an Older English Population. J Gerontol A Biol Sci Med Sci (e-pub ahead of print) 2016; 0: 1-7.
69. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. BMJ Open 2016; 6: 1-5.
70. Hazra NC, Dregan A, Jackson S, Gulliford MC. Drug Utilization and Inappropriate Prescribing in Centenarians. Am Geriatr Soc 2016; 64(5): 1079-84.
71. Gupta M, Agarwal M. Understanding medication errors in the elderly. N Z Med J 2013; 126(1385): 62-70.
72. Ülker Göksel S. Yaşlıda Akılcı İlaç Kullanımı: Birinci Basamağa Öneriler (Konuşma metinleri). 3. Akademik Geriatri Kongresi, 26 - 30 Mayıs 2010, Gazimağusa, KKTC. <http://akademikgeriatri.org/index.php?func=content&id=34> (Erişim tarihi: 31.08.2016)
73. Gillette C, Prunty L, Wolcott J, Broedel-Zaugg K. A new lexicon for polypharmacy: Implications for research, practice, and education. Res Social Adm Pharm 2015 May-Jun; 11(3): 468-71.
74. Skinner M. A literature review: polypharmacy protocol for primary care. Geriatr Nurs 2015; 36(5): 367-71.
75. Elmstahl S, Linder H. Polypharmacy and Inappropriate Drug Use Among Older People-A Systematic Review. Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly 2013; 5: 1-8.
76. Opondo D, Eslami S, Visscher S, E. de Rooij S, et al. Inappropriateness of Medication Prescriptions to Elderly Patients in the Primary Care Setting: A Systematic Review. PLoS ONE 2012; 7(8): e43617.
77. Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. J Clin Pharm Ther 2013; 38: 360-72.
78. Sönmez Y, Aşçı H, Olgun İzmirli G, Gündoğar D. Evaluation of potentially inappropriate drug use and medical non-adherence in a community-dwelling elderly population: a cross-sectional study. Turkish Journal of Geriatrics 2014; 17(2): 125-33.
79. American Geriatrics Society, 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2015; 63(11): 2227-46.
80. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. BMJ Open 2015; 5: e009235.

81. Halila GC, dos Santos Czepula AI, Otuki MF, Correr CJ. Review of the efficacy and safety of over-the-counter medicine. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* 2015; 51(2): 403-14.
82. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 11(Art. No: CD001831): 1-2.
83. Orizio G, Merla A, Schulz PJ, Gelatti U. Quality of Online Pharmacies and Websites Selling Prescription Drugs: A Systematic Review. *J Med Internet Res* 2011; 13(3): e74.
84. Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clin Med (Lond)* 2013; 13(2): 126-31.
85. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), 2016. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? Erişim: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> (updated June 2016). Erişim tarihi: 09.09.2016
86. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract* 2012; 66: 915-6.
87. Schnabel K, Binting S, Witt CM, Teut M. Use of complementary and alternative medicine by older adults – a cross-sectional survey. *BMC Geriatrics* 2014; 14(38): 1-9.
88. Akdeniz M, Baltacı D, Işıldar H, Kara İH, Yaman H. Geleneksel Halk Tedavilerinin Birincil Sağlık Bakımı Üzerine Etkisi: Ön Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012; 4(3): 1-11.
89. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2015. Temel istatistikler / Nüfus ve demografi. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do> (Erişim tarihi: 10.09.2016)
90. Ellidokuz H, Ellidokuz E, Uçku R, Aydın Ü. Kurumda ve evde yaşayan yaşlılarda sağlık durumu değerlendirmesi. *Sağlık ve Toplum* 2005; 15(2): 40-4.
91. Loeb DF, Bayliss EA, Candrian C, deGruy FV, Binswanger IA. Primary care providers' experiences caring for complex patients in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2016; 17(34): 1-9.
92. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380(9836): 37-43.
93. Agur K, McLean G, Hunt K, Guthrie B, Mercer SW. How Does Sex Influence Multimorbidity? Secondary Analysis of a Large Nationally Representative Dataset. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(4): 391: 1-12.

94. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2012; 12(201): 1-8.
95. Schafer I, Hansen H, Schon G, Hofels S. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. first results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12(89): 1-15.
96. Kuo RN, Lai MS. The influence of socio-economic status and multimorbidity patterns on healthcare costs: a six-year follow-up under a universal healthcare system. *International Journal for Equity in Health* 2013; 12(69): 1-11.
97. Ventura HO, Lavie, CJ. Impact of comorbidities in hypertension. *Current Opinion in Cardiology* 2016; 31(4): 374-5.
98. Long NA, Dagogo-Jack S. The Comorbidities of Diabetes and Hypertension: Mechanisms and Approach to Target Organ Protection. *J Clin Hypertens* 2011; 13(4): 244-51.
99. Lin PJ, Kent DM, Winn A, Cohen JT, Neuman PJ. Multiple Chronic Conditions in Type 2 Diabetes Mellitus: Prevalence and Consequences. *Am J Manag Care* 2015; 21(1): e23-e34.
100. Liu J, Ma J, Wang J. Comorbidity Analysis According to Sex and Age in Hypertension Patients in China. *Int J Med Sci* 2016; 13(2): 99-107.
101. Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO. Toplum içinde yaşayan ve bakımevlerinde kalan yaşlılarda polifarmasi. *Türk Geriatri Dergisi* 2006; 9(3): 117-21.
102. Lam MP, Cheung BM, Wong IC Prevalence of Potentially Inappropriate Prescribing Among Hong Kong Older Adults: A Comparison of the Beers 2003, Beers 2012, and Screening Tool of Older Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment Criteria. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63(7): 1471-2.
103. Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38 (4): 458-65.

10. EKLER

EK – 1

Anket No:.....

“65 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERDE KOMORBİD DURUMLAR VE KULLANDIKLARI REÇETELİ-REÇETESİZ İLAÇLAR ” ANKETİ

- Bu anket, Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda yapılan bir uzmanlık tezi çalışmasında kullanılmak üzere düzenlenmiştir.
- Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen aşağıdaki soruları, size en yakın gelen şıkla işaretleyerek doldurunuz.

Anketin yapıldığı Poliklinik: _____

Tarih: / / 2016

1. YAŞINIZ : () 65-74 ☐ 75-84 ☐ 85 ve üzeri ☐

2. CİNSİYETİNİZ : Erkek ☐ Kadın ☐

3. MEDENİ DURUMUNUZ : Bekar ☐ Evli ☐ Dul/Boşanmış ☐ Dul/eşi vefat etmiş ☐

4. ÇOCUĞUNUZ VAR MI? : Var ☐ (Lütfen kaç çocuğunuz olduğunu yazınız): _____ Yok ☐

5. İKAMETİNİZ : İl Merkezi ☐ İlçe ☐ Köy ☐

6. EĞİTİM DÜZEYİNİZ : Okur Yazar değil ☐ Okur yazar (İlkokulu bitirmemiş) ☐ İlkokul ☐
Ortaokul ☐ Lise ☐ Yüksekokul (2 yıllık) ☐ Üniversite(4 yıl ve üzeri) ☐

7. MESLEĞİNİZ : Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli ☐

a) Çalışıyorsanız lütfen ne iş yaptığınızı yazınız? _____

8. GELİR DÜZEYİNİZ:

Düşük (ayda 1000 TL'den az) ☐ Orta (Ayda 1000-3000 TL) ☐ Yüksek (ayda 3000 TL ve üzeri) ☐

9. SOSYAL GÜVENCENİZ VAR MI?

SGK (ES, Bağkur, SSK) ☐ Yeşilkart ☐ Özel Sigorta ☐ Sosyal güvencem yok ☐

10. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ (Lütfen yazınız): _____ (Paket-Adet / Yıl) Hayır ☐

Bırakmış ☐ _____ (Paket-Adet / Yıl)

11. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

12. UYUŞTURUCU BİR MADDE KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

13. DİYABET (ŞEKER) HASTALIĞINIZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (Lütfen yazınız)

14. HİPERTANSİYON (YÜKSEK TANSİYON) HASTALIĞINIZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (Lütfen yazınız)

~Sayfa 1 ~

15. HİPERLİPİDEMİ (YÜKSEK KOLESTEROL) HASTALIĞINIZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

16. İSKEMİK KALP HASTALIĞINIZ (ANJİNA PEKTORİS, USAP, GEÇİRİLMİŞ Mİ) VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

17. DAHA ÖNCEDEN GEÇİRİLMİŞ TİA, SEREBROVASKÜLER OLAY (İNME) ÖYKÜNÜZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

18. KALP YETMEZLİĞİNİZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

19. ASTIM YA DA KOAH HASTALIĞINIZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) Astım ☐ KOAH ☐

b) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

c) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

20. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNİZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

21. TİROİD HASTALIĞINIZ VAR MI? (HİPOTİROİDİ? HİPERTİROİDİ?) Evet ☐ Hayır ☐

a) HANGİSİ VAR? Hipotiroidi ☐ Hipertiroidi ☐

b) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

c) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

22. DEPRESYONUNUZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

23. ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUZ (PANİK ATAK) VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI (İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfen yazınız)

24. OSTEOPOROZ (KEMİK ERİMESİ) HASTALIĞINIZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

a) İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI(İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfe yazınız)

25. KANSER HASTALIĞINIZ VAR MI? Evet ☐ (lütfe yazınız) _____ Hayır ☐

a) VARSA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

b) CEVABINIZ EVETSE BU HASTALIK İÇİN HANGİ İLACI(İLAÇLARI) KULLANIYORSUNUZ? (lütfe yazınız)

26. SORULAN HASTALIKLAR DIŞINDA BAŞKA HASTALIĞINIZ VAR MI? Evet ☐ Hayır ☐

VARSA HANGİ HASTALIKLARDIR? (lütfe yazınız) _____

27. YUKARIDAKİ SORULARIN CEVAPLARINDA BELİRTTİĞİNİZ HARİCİNDE BAŞKA İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ?
Evet ☐ Hayır ☐

28. VARSA İSİMLERİ NELERDİR?(lütfe yazınız) _____

29. DAHA ÖNCE DOKTOR ÖNERİSİ DIŞINDA BAŞKA BİR YERDEN İLAÇ TEDAVİSİ ALDINIZ MI? Evet ☐ Hayır ☐

30. CEVABINIZ EVETSE KİMDEN ALDINIZ ?

KOMŞU ☐ KENDİM ☐ İNTERNET ☐ AİLE FERDİ ☐ ECZACI ☐

SAĞLIK PERSONELİ ☐ AKTAR ☐ DİĞER ☐ (lütfe yazınız) _____

31. DOĞAL/BİTKİSEL OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ BİR TEDAVİ ALIYOR MUSUNUZ? Evet ☐ Hayır ☐

32. CEVABINIZ EVET ise:

HANGİ DOĞAL/BİTKİSEL TEDAVİYİ KULLANIYORSUNUZ? (lütfe yazınız) _____

HANGİ HASTALIK / YAKINMA İÇİN KULLANIYORSUNUZ ? (lütfe yazınız) _____

ANKET BİTTİ ...@

ANKETİ YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.....

DR. MÜNEVVER KURT

~Sayfa 3 ~

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:.....

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- **Araştırmanın Adı:** *‘Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş Üstü Hastalarda Komorbid Durumlar ve Reçeteli, Reçetesiz İlaç Kullanımı’*
- **Araştırmanın İçeriği:** Bu araştırma yüz yüze uygulanacak bir anket ile 65 yaş üstü erişkinlerin komorbid durumları ve kullandıkları reçeteli reçetesiz ilaçlar.
- **Araştırmanın Amacı:** Bu araştırma ile elde edilecek veriler ışığında polikliniğimize başvuran 65 yaş üstü hastalardaki komorbid durumları ve kullandıkları reçeteli reçetesiz ilaçları belirlemek, Aile Hekimliği pratiğinde yaşlı hastaların eğitiminde yeni stratejiler geliştirme konusunda öneriler sunmak.
- **Araştırmanın Nedeni:**
 - () Bilimsel araştırma
 - (x) Tez çalışması
- **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** altı aydır.
- **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:** 240
- **Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:** Yok

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

‘Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim .’

Herhangi bir riski bulunmamaktadır.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çalışmamızın ön ve ileri değerlendirmelerinde SGK destekli tanısal işlemleri kullanılmayacaktır. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

‘Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.’

Adı- Soyadı: Dr. Münevver KURT

Telefon: (0242) 249 60 00 (Dahili: 6859)

4. Zararların Karşılanması:

‘Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Münevver KURT tarafından karşılanacağı bana bildirildi.’

5. Araştırma Giderleri:

‘Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. ’

6. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. *‘Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.’*
- b. *‘Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.’*
- c. *‘Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.’*

‘Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.’

7. Gizlilik:

‘Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.’

8. Çalışmaya Katılma Onayı:

‘Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.’

‘Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.’

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:.....

Yaş ve Cinsiyeti:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):.....

Tarih: ... / ... / 2015

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih : ... / ... / 2015

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih: ... / ... / 2015

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/

2015

Konu:

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Melahat AKDENİZ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş Üstü Hastalarda Komorbid Durumlar ve Reçeteli, Reçetesiz İlaç Kullanımı
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 253	Tarih: 27.05.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
	Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ
Üye (İzinli)

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSLI
Üye

Prof.Dr. Can CEMKOL
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Doç.Dr. Ebru Nur BARÇIN
Üye

Doç.Dr. Yeliz SENGİL
Üye

Doç.Dr. Hakan MUTLU
Üye

Doç.Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Gülşah Özge BAĞYAL
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye