



T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PELİTKÖY VE AZİZİYE EĞİTİM ASM'LERİNE BAŞVURAN
YETİŞKİN HASTALARDA ÇOKLU İLAÇ KULLANIM
DURUMLARI VE TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

DR. AYSUN YILMAZ YAVUZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2023



T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PELİTKÖY VE AZİZİYE EĞİTİM ASM'LERİNE BAŞVURAN
YETİŞKİN HASTALARDA ÇOKLU İLAÇ KULLANIM
DURUMLARI VE TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

DR. AYSUN YILMAZ YAVUZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren sevgisini, emeğini ve tecrübesini eksik etmeyen anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici ve Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin hocalarıma

Tez yazım sürecindeki katkılarından dolayı danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Ünal'a

Keyifli bir çalışma ortamında birlikte bulunma fırsatımın olduğu değerli asistan arkadaşlarıma

Hayatımın her döneminde yanımda ve destekçim olan, haklarını ödeyemeyeceğim, sahip olduğum tüm değerlerin mimarı aileme, anneciğim Nilgün Yılmaz ve babacığım Gazibey Yılmaz'a

Torunları ve benim için de aile olan, eşimin anne ve babası Meryem – Ayhan Yavuz'a

Sonsuz sevgisini her an hissettiren, yoluma daima ışık tutmuş, kıymetli eşim Mustafa Burak Yavuz'a

Tez yazarken her adımda bana eşlik eden can oğlum Kerem'e

Sonsuz teşekkür ederim

Haziran 2023

Aysun YILMAZ YAVUZ

BEYAN

“Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy ve Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne Başvuran Yetişkin Hastalarda Çoklu İlaç Kullanım Durumları ve Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMÜTF) Pelitköy ve Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarını ve tedaviye uyumlarını gözlemlemek, polifarmasi durumlarını, hastalık ve kullanılan ilaç gruplarının dağılımlarını araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma kapsamında 01.10.2022-31.12.2022 tarihleri arasında OMÜTF Pelitköy ve Aziziye EASM'lerine başvuran 18 yaş üstü hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu öncesinde araştırmanın amacına ilişkin bilgi verilerek sözlü onam alındıktan sonra uygulanmıştır. Veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı 9 soru; hastalık durumları, ilaç kullanım şekilleri ve tedavi uyumları hakkında bilgi edinmeyi amaçlayan 26 soru olmak üzere toplam 35 soru yönlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 200'ü (%53,3) kadın, 175'i (%46,7) erkek olmak üzere 375 gönüllü katılmış, yaş ortalaması $44,64 \pm 15,31$ yıl olarak tespit edilmiştir. Multimorbidite olarak tanımlanan toplamda 2 ve üzeri kronik hastalığı olan 108 (%28,8) hasta olduğu bulunmuştur. Hastaların kronik hastalıkları değerlendirildiğinde en çok; %40,1 oranında hipertansiyon varlığı tespit edilmiştir. Hastaların %18,7'sinde polifarmasi olduğu, %43,8'sinin kullandığı ilaçların isimlerini bilmediği, %65,3'ünün ilaçlarını almayı unuttuğu, %68,8'inin ilaçlarını zamanında almadığı, %50,9'unun ilaçlarını doktoruna danışmadan bıraktığı belirlenmiştir. Katılımcıların %55,5'inin gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırdığı veya satın alıp evde bulundurduğu belirlenmiştir. Hastaların ilaçları reçetesiz alma sebepleri incelendiğinde %62,1 oranında hekime gitmede zaman sıkıntısı nedeniyle cevabı alınmıştır. Katılımcıların “Akılcı ilaç kullanımı” diye bir tanım duyduunuz mu?” sorusuna %68,8'inin hayır yanıtı verdiği belirlenmiştir. Polifarmasi yaşça büyük olanlarda, düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda, çalışanlara göre çalışmayanlarda, sigarayı bırakmış olanlarda, alkol kullanmayanlarda ve gelir düzeyi düşük olanlarda daha sık bulunmuştur.

Sonuç: Polifarmasinin toplumun büyük bölümünü etkilediği ve değiştirilebilir bir parametre olduğu görülmektedir. Toplum ve birey sağlığının geliştirilmesinde akılcı ilaç kullanımının pratiğe geçirilmesi ve hasta hekim iletişiminin bu yönde geliştirilmesi şarttır. Hastaların akılcı ilaç kullanım ilkelerine uyumlarını sağlamak adına hasta ve hekim ile birlikte diğer tm sağlık hizmeti sağlayıcıları iş birliği içinde olmalıdır.

Anahtar Szckler, polifarmasi, uyum, akılcı ila, aile hekimliği



ABSTRACT

Aim: This study was carried out to observe the drug use habits and treatment compliance of the patients who applied to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine (OMÜTF) Pelitköy and Aziziye Education Family Health Centers, to investigate their polypharmacy status, the distribution of the disease and drug groups used.

Methods: This research is a cross-sectional type study. Within the scope of the study, the questionnaire form prepared by the researcher was applied to the patients over the age of 18 who applied to OMÜTF Pelitköy and Aziziye EASMs between 01.10.2022 and 31.12.2022, after giving verbal consent by giving information about the purpose of the research. The data collection form was created by the researcher by scanning the literature. 9 questions about sociodemographic characteristics of the participants; A total of 35 questions, 26 of which aim to obtain information about disease states, drug use patterns and treatment compliance, were directed.

Results: 375 volunteers, 200 (53.3%) female and 175 (46.7%) male, participated in the study, and the mean age was determined as 44.64 ± 15.31 years. It was found that there were 108 (28.8%) patients with 2 or more chronic diseases, defined as multimorbidity. When the chronic diseases of the patients are evaluated, the most; 40.1% of the patients were found to have hypertension. 18.7% of the patients had polypharmacy, 43.8% did not know the names of the drugs they used, 65.3% forgot to take their medications, 68.8% did not take their medications on time. It was determined that 50.9% of the participants stopped taking their medications without consulting their doctor. It was determined that 55.5% of the participants prescribed or bought drugs without a patient, thinking that they might be necessary, and kept them at home. response has been received. “Have you heard of a definition of “rational drug use”? It was determined that 68.8% of the respondents gave no answer to the question. Polypharmacy was found more frequently in older people, those with a low education level, those who did not work, those who quit smoking, those who did not use alcohol, and those with a lower income level.

Conclusions: It is seen that polipharmacy affects a large part of the society and is a changeable parameter. It is essential that rational drug use be put into practice in the

development of community and individual health and that patient-physician communication should be developed in this direction. In order to ensure that patients comply with the principles of rational drug use, all other health care providers should cooperate with the patient and physician.

Keywords, poly-pharmacy, compliance, rational drug, family medicine



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Polifarmasi	3
2.1.1. İlaç ve Önemi	3
2.1.2. Polifarmasi Tanımı.....	3
2.1.3. Polifarmasinin Etiyolojisi	4
2.1.4. Polifarmasi Sonuçları.....	6
2.2. Akılcı İlaç Kullanımı	8
2.2.1. Doğru Tanı Koyma	8
2.2.2. Tedavinin Belirlenmesi	8
2.2.3. Reçete Düzenlenmesi ve Hasta Bilgilendirilmesi	9
2.2.4. Tedavinin Takibi.....	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Tipi.....	14
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Veri Toplama Araçları.....	14
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Çıkarılma Kriterleri.....	14
3.6. İstatiksel Analiz	15
3.7. Etik İzin.....	15
4. BULGULAR.....	16
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	16
4.2. Hastaların Sağlık Değerlendirmeleri ve Kronik Hastalıkları	17
4.3. Hastaların İlaç Kullanım Alışkanlıkları	19
4.4. Hastalardaki Polifarmasi Varlığını Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi	24
5. TARTIŞMA.....	32
5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırması	32
5.2. Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması	32
5.3. Kronik Hastalıkların Karşılaştırılması	34

5.4.	İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Sağlık Sorunlarına Yaklaşımın Karşılaştırılması	35
5.5.	Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	41
6.	SONUÇ – ÖNERİLER	42
7.	KAYNAKLAR	44
8.	EKLER.....	50
8.1.	Ek-1: OpenEpi Ekran Görüntüsü	50
8.2.	Ek-2: Tez Anketi.....	51
8.3.	Ek-3: Etik Kurul Onayı	53
8.4.	Ek-4: (Orijinallik Raporu).....	54



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği pratiğinde kronik hastalık yönetimi en önemli basamaklardan biridir. Kronik hastalıklar çoğu zaman birden fazla ilaçla kontrol altına alınabilir. Aynı zamanda popülasyonun hastalık süreci ve de ilaç kullanımı hakkında ilk başvurduğu ve bu konuda tedavinin düzenlenmesinin yanında bilgilendirmenin de yapıldığı yerler çoğunlukla birinci basamak sağlık tesisleridir(1). Ortalama yaşam süresinin artması, tanı ve tarama yöntemlerinin gün geçtikçe gelişmesi, bunlarla birlikte nüfusun artışı; tanı konan ve tedavi düzenlenen hasta sayısını arttırmaktadır. Bu durum akılcı ilaç kullanımının aile hekimliği pratiğinde ve birinci basamaktaki önemini gündeme getirmektedir. Toplum sağlığını yakından ilgilendiren akılcı ilaç kullanımı aynı zamanda sağlık hizmetinin devletlere oluşturduğu mali yük açısından da önemi yadsınamaz bir uygulamadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 Nairobi'de gerçekleştirdiği toplantıda "akılcı ilaç kullanımı" : "uygun ilacın reçete edilmesi, ilacın kişilerin kolayca sağlayabileceği ve ödeyebileceği bir ücrette olması, uygun doz, sıklık ve sürede doğru olarak kullanılması" olarak ifade edilmiştir. Uygun ilacın etkinliği yüksek ve kabul edilebilir kalite ve güvenliğe sahip olması gerekmektedir(2).

İlaç kullanımını direkt ya da dolaylı yoldan ilgilendiren her çeşit hatalı kullanım akılcı olmayan ilaç kullanımı(AOİK) olarak tanımlanabilir(3). Akılcı olmayan ilaç kullanımı kapsamında; endikasyon yokken ilaç kullanımı, yanlış ilaç ve tedavi seçimi, etkisi şüpheli ilaçların kullanımı, ulaşılabilir, güvenli ve etkili ilaç sağlanmasında yetersizlik, doğru ilacı yanlış doz, süre ve formda kullanma konuları düşünülebilir(4) Akılcı ilaç uygulamasının başarısı tedaviyi düzenleyen hekim, ilacı hastaya sunan eczacı ve tedaviyi uygulayan hasta arasındaki uyuma bağlıdır. Hastanın tedavi rejimlerine uyumu, optimal hastalık yönetimini sağlamak için önemlidir(5). DSÖ'nün tahminleri dünya çapında tüm ilaçların yarısından fazlasının uygunsuz şekilde reçete edildiğini, dağıtılmakta ya da satılmakta olduğunu belirtmektedir. Hastaların yarısına yakını ise ilaçları doğru kullanmamakta ve dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri önemli ilaçlara erişimde sorun yaşamaktadır(6).

Akılcı ilaç kullanma eğitimi kapsamında davranış değişikliği sağlayabilmek adına öncelikle, hedef grubun ilaç kullanma alışkanlığı belirlenip gereksinimleri tespit edilmelidir(7). Çalışmamızın amacı da bu doğrultuda eğitim aile sağlığı

merkezlerimize başvuran hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarını, bu alışkanlıklarını etkileyen faktörleri derlemek, akılcı ilaç kullanımının desteklenmesi ve yaygınlaşması için hedeflerimizi belirlemeye yönelik sonuçlar elde etmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Polifarmasi

2.1.1. İlaç ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün ilaç tanımı "fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları, alan kişinin yararına yönelik değişiklik yapması ya da incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen madde ya da ürün" şeklindedir(8)

İnsanlar herhangi bir sağlık problemliliyle karşılaştıklarında genellikle bir takım medikal veya girişimsel yöntemlere başvurarak çözümlemeye çalışırlar. İlaç kullanımının yeri tıbbi tedavide oldukça büyük paya sahiptir. İlaçların kullanımı sırasında doğru süreye, doğru zamana ve doğru miktarda kullanmaya dikkat edilmesi hayati öneme sahiptir. Bireylerin ilaç kullanım alışkanlıkları hem kişiler hem ülkeler için ekonomik boyuta sahip olmasının yanısıra, tedavinin eksik kalmasına yada başta daha küçük yaş grubundaki çocuklar olmak üzere toksik etkilerle karşılaşılmasına yol açabilecektir (9).

Geçmişten günümüze kadar sağlık hizmetine ulaşma ve tedavi olma hakkı, temel insan hakları sözleşmeleriyle, çeşitli yasalarla ve "Hasta Hakları Yönetmeliği" ile sağlık ve hasta haklarının bir parçası olarak tüm vatandaşlara tanınmıştır. Bu yönetmeliğin 11. Maddesinde açık olarak; "Hasta modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını isteme hakkına sahiptir" ibaresi yer alır. Bu hakkın yerine gelmesi için ilacın reçeteye yazılmış olması yeterli değildir. Bu hak yalnızca ilacın reçeteye yazılmasıyla sağlanmış olmaz hakkın yerine gelmesi ilaca ulaşp, tedavi etkisi ortaya çıkınca sağlanmış olur(10).

2.1.2. Polifarmasi Tanımı

Yunanca kökenli "Poly" sözlük tanımı olarak "birçok, birkaç, çok, belirsiz bir sayı içeren" olarak tanımlanır. Polifarmasi basitçe bir hasta tarafından birden fazla ilacın kullanılması olarak tanımlanır. "Polifarmasi"yi tanımlamak için kullanılan kesin minimum ilaç sayısı değişkendir, ancak genellikle 5 ila 10 arasında değişir(11). "Polifarmasi" terimi bazı kaynaklarda olumsuz, uygunsuz ilaç kullanımı olarak tanımlanırken, farklı yayınlarda ise bu terim, birden fazla ilacın birlikte kullanımı

olarak tanımlanır(12). Polifarmasi en yaygın olarak reçeteli ilaçlara atıfta bulunsa da, kullanılan reçetesiz ve bitkisel/takviyelerin sayısını da dikkate almak önemlidir(13).

Aynı zamanda Polifarmasi (çoklu ilaç kullanımı), karmaşık veya birlikte var olan hastalıklarla mücadele için etkili bir strateji olarak da öne çıkabileceğinden her zaman hasta zararıyla sonuçlanmayan karmaşık ve iyi yönetilmesi gereken bir süreçtir(14).

Polifarmasinin tanımlanması ilk olarak 20. yüzyılın ortalarında “çok sayıda ve yoğun ilaç kullanımı olarak” karşımıza çıkmaktadır(15). Birçok çalışma olmasına rağmen ortak bir tanımlama yapılamamış durumda olan polifarmasi ile ilgili literatürde yer alan diğer bazı tanımlamalar

- tedavide en az bir gereksiz ilaç bulunması
- 2 ya da daha fazla ilacın eş zamanlı kullanımı(16)
- 2 ya da daha fazla ilacın minimum 240 gün boyunca birlikte kullanımı(17)
- 4 ya da daha fazla ilaç kullanımı(18)
- 5 ya da daha fazla farklı ilaç kullanımı(19)
- çok sayıda uygunsuz ilaç kullanımı ya da klinik olarak gerekli olandan fazla ilaç kullanımı
- “aynı hastalığın tedavisinde 2 yada daha çok ilaç kullanımı”(20)
- “aynı kimyasal sınıfa ait 2 yada daha çok ilacın kullanılması” (20)
- çok sayıda ilacın eş zamanlı birden fazla endikasyon durumunda kullanımı
- iatrojenik sekellere sebep olan birbiri ile etkileşime giren ilaçların birlikte kullanımı(21)
- birden fazla ilacın her gün düzenli kullanımının yanında yüksek riskli ilaçların şüpheli dozlarda kullanımı(18)

şeklinde sıralanabilir.

2.1.3. Polifarmasinin Etiyolojisi

Polifarmasi konusu, genç bireylerle karşılaştırıldığında, tedavilerin reçete edildiği daha fazla hastalık durumuna sahip olma eğiliminde olan yaşlı insanlar için özellikle

endişe vericidir. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği tarafından yapılan bir çalışmada kanserli ayaktan yaşlı yetişkinlerin yüzde 84'ünün beş veya daha fazla ve yüzde 43'ünün 10 veya daha fazla ilaç aldığı belirlendi(22).

Gelişen teknoloji, sağlık hizmetlerine daha kolay ve yaygın ulaşım imkanları geçmişten günümüze ortalama insan ömrünün artmasını sağlamıştır. Böylece hem yaşamın çeşitli dönemlerinde tanımlanabilen hastalık sayısında artış görülmüş hem de mevcut kronik hastalıkların insan ömründe kapladığı zaman dilimi artmıştır. Tanımlanabilen organ patofizyolojileri ve kronik hastalıklar birden fazla ilaç kullanım ihtiyacını arttırmıştır. Bir diğer polifarmasi sebebi ise selfmedikasyondur(23). Japonya'da yapılmış bir çalışmada minimum 5 farklı ilaç kullanmakta olan 65 yaş üstü kişilerin %50'sinin doktor takibinde olmadığı saptanmıştır. Türkiye'de yaşlı bireylerin ilaç kullanım alışkanlıkları üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %52.6'sı hekim tarafından yazılmış bir ilaç kullanmaktayken ; %21,1'i kendi isteği doğrultusunda , %13,2'si arkadaş tavsiyesi üzerine ,%7.9'u eczacı önerisiyle,%5.2'si ise komşu tavsiyesi ile ilaç kullanmaktaydı.(4)

Günümüzde alternatif tıp, tamamlayıcı tıp adı altında yeni tedavilerin popülerleşmesi, eski tedavilerin güncellenmesiyle reçetesiz kullanılan ilaç sayısı da artış göstermektedir aynı zamanda hastalar bu yöntemler kapsamında uygulanan tedavileri ilaç olarak değerlendirmemekte, bitkisel kaynaklı kullanımları hakkında tıbbi profosyonellere bilgi verme gereği duymayabilmektedir. İlaçların ambalajlarının dışında kullanılması ve saklanması, hekim tarafından verilen tedavi hakkında bilgi eksikliği, ilaçların isim ve görüntüsündeki benzerlik polifarmasi ile ilgili karışıklıklara sebep olan diğer bazı sebeplerdir(23).

Birden fazla hastalığı olan kişilerin farklı doktor başvurularında, birbirinden habersiz reçete oluşturulması ya da hastanın bu başvurular arasındaki ilaç başlama bırakma önerilerine uyum sağlayamaması polifarmasi etiyolojisinde önemli bir yer kaplamaktadır. Bu nedenle bireyler benzer hatta aynı içerikli birden çok ilaç kullanabilmektedir. Bazen ise reçeteyi oluşturan doktorun ilaç ilaç etkileşimi ve ilaç yan etkisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ya da hastaların ilaçları yanlış kullanması uygunsuz ilaç kullanımına yol açmaktadır(24).Reçete kaskadı olarak tanımlanan, bir ilaca ait yan etkiyi tedavi etmek, önlemek amaçlı farklı ilaç yada

ilaçların reçete edilmesi özellikle yaşlı bireylerde sık görülen polifarmasi sebepleri arasındadır. Yaşlı bireylerde ortaya çıkan semptomlar genellikle bir hastalık süreci ve patolojik bir durum olarak yorumlanmaya müsaittir. Bu durum da var olan tedavinin olası etkilerini telafi etmek amacıyla yeni bir ilaç reçete edilmesine sebep olmaktadır. Bu kaskadın ortaya çıkmasını engellemek için özellikle yaşlı hastada ortaya çıkan yeni bir semptoma yaklaşım öncelikle mevcut kullanılan ilaçların gözden geçirilmesi olmalı ve aksi ispat edilinceye dek kullanılan ilaçların yan etkisi olduğunu kabul etmek olmalıdır.

Reçete kaskadını önlemek için ilk adım tedavi yan etkilerinin erken dönem farkına varmak olmalı ve olabildiğince yan etkiden kaçarak reçetelemeye gidilmelidir. Örneğin bulantı şikayeti için metoklopramid kullananan hastada ekstrapramidal yan etki görülmesi durumunda meteklopramid bu yan etki riskinin daha az görüldüğü domperidon ile değiştirilebilir yada farklı bir antiemetik tercih edilebilir. Dikkat edilmesi gereken diğer bir durum da ilaca bağlı yan etkilerin çoğunun doza bağımlı olduğudur. Bu nedenle tedaviye düşük dozlarda başlamak ve dozu yavaş yavaş arttırmak doğru olacaktır(24).

Hekimlerin gerek hastaya ayrılan zaman kısıtlılığı gerek hastaların beklentisini karşılama kaygısı nedeniyle çok sayıda ve uygunsuz reçete oluşturması polifarmasiyle sonuçlanmaktadır. Uygunsuz ilaç mazuriyeti bakımevinde yaşamakta olan kişilerde %12-40 arasında, toplumdaki yaşlı popülasyonda %14-23,5 olarak görülmektedir(25).Polifarmasinin diğer bazı sebepleri son 6 ay içinde hastanede yatarak tedavi görmüş olmak, ileri yaş, kadın cinsiyet, yatış sırasında hasta için yapılan konsültasyonlar, birden çok sağlık biriminden hizmet alıyor olmak, huzurevi sakini olmak, bakıcı ile ilgili yaşanan problemler, bilişsel ve fonksiyonel bozukluklar ,multiple komobirdite, görme bozukluğuna sahip olmak, eğitim seviyesinin düşük olması ,hastaların çok sayıda ilaç beklentisi ,hasta memnuniyetinin gözetilmesi şeklinde sıralanabilir(15, 25, 26).

2.1.4. Polifarmasi Sonuçları

Polifarmasinin sonuçlarından en sık görülenler ilaç advers etkileri, ilaç ilaç etkileşimi, ilaç ve hasta uyumsuzlukları, kalça kırıkları, düşmeler, kilo kayıpları, sedasyon,

bilişsel bozukluklar, tedavi maliyetinde artışlar, hospitalizasyonun artışı ve hospitalizasyon süresinde uzama ve ölüm sayılabilir(25, 26).

Advers etkinin en sık sebeplerinden biri polifarmasidir. “İlaç advers etkisi” Taber’s Cyclopedic Medical Dictionary’de bir ilaca ait etkiyi potansiyelize eden yada antagonist etki gösteren diğer ilaçların aynı zamanda kullanılmasından kaynaklı istenmeyen durum veya toksik etki olarak tanımlanmıştır. İlaç yan etkisinin derecesi basit bir durumdan ölümle sonuçlanan durumlara kadar ulaşabilir. ABD’de yapılan bir araştırmada her yıl ülkede 106.000 kişide sebebi doğru reçete edilen ve uygun kullanılan ilaç olan ölüm rapor edilmiştir(23). Reçete edilen ilaç sayısı arttıkça ilaca bağlı görülen advers etkilerle karşılaşma ihtimali de artmaktadır(27).

Polifarmasi gereklilik dışında çok sayıda ilaç reçete edilmesini de beraberinde getirir ve bu durum istenmeyen ilaç yan etkileri ile karşılaşılması ile birlikte kullanılan ilaçların sebep olduğu ilaç-ilac ve ilaç-hastalık etkileşimlerine sebep olur. Polifarmasinin yaygın sonuçları arasında hasta-ilac uyumsuzluğu, artan hospitalizasyon, tedavi maliyetlerinde artış, medikasyon ile ilişkili hatalar vardır. İlaç yan etkisinin görülme olasılığı kullanılmakta olan ilaç sayısı ile orantılı şekilde artmaktadır(27).İlaç advers etkileri ve kullanılan ilaç sayısı ile ilgili yapılan bir araştırmada yan etki görülme oranı 2 çeşit ilaç kullanan hastalarda %13.0,5 ilaç kullanımı ile %58.0,7 ve daha fazla ilaç kullanımında %82.0 bulunmuştur(23).

Polifarmasinin en önemli sonuçların birisi de hastaneye başvuruların ve yatışların artmasıdır. Yatan hastalarda birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilen delirium tablosunda polifarmasinin önemli rolü vardır ve böylece hastanede yatış süresinin artması, mortalitede artış, hastanın işlevselliğinde azalma gibi sonuçlara sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda polifarmasi delirium etiyolojisinde özellikle üçten çok ilaç kullananlarda bağımsız bir risk faktörüdür(28).

İlaç etkileşiminin ortaya çıkma mekanizması farmakokinetik ve farmakodinamik etkileşimler şeklinde görülür. Bir ilacın başka bir ilacın emilimi, dağılımı, metabolizması yada atılımı üzerinden değişiklik oluşturması farmakokinetik etkileşimlerdir. Bir ilacın etkisini diğer ilaçların maksimize ederek yada inhibe ederek etkileşime girmesi ise farmakodinamik etkileşimlerdir. Dar terapatik aralığa sahip ilaçlar için ilaç etkileşimleri ölümle sonuçlanabilecek kadar tehlikeli

olabilir(23).Yaşlı hastalar için sıklıkla reçete edilen ilaçları grupları olan antihipertansif ilaçlar, antilipidemikler, antiagreganlar, antidiyabetikler, NSAİ grubu ilaçlar, antidepresanlar ilaç etkileşimine sebep olabilmektedirler. Aynı zamanda günlük yaşamda tüketimi sık olan alkol kafein meyve suyu gibi medikasyon dışında ajandaların da ilaç etkileşiminde bulunabilir. Tüm bu sebeplerle ilaç etkileşimleri başta yaşlı hastalar için olmak üzere reçetelemede önemli bir problemdir ve hekimler için ilaç yazarken dikkate alınması gereken bir durumdur(28).

2.2. Akılcı İlaç Kullanımı

Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi ilaç harcamaları, sağlık harcamalarının tümüne bakıldığında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık harcamalarının önemli bir bölümü sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmakta, ancak bu durum artan harcamaların zarara sebep olması sonucunu doğurmaktadır. Bu durum devletleri başta ilaç harcamaları olmak üzere sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik politikalar geliştirmeye yönlendirmiştir. Ülkemizde de son yıllarda ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik bir takım tedbirler alınmış ve alınmaya devam etmektedir. İlaç; ilaç sanayi, doktorlar, eczacılar, sağlık otoritesi olarak çeşitli kesimleri etkilemesinin yanında, kullanıcı olarak tüm toplumu etkilemektedir. Bu nedenle ilaç harcamalarının oluşturduğu yükü azaltmaya yönelik alınacak önlemlerin toplumun ilgili kesimlerinin farkındalığı ve uzlaşmasıyla oluşturulması özellikle gereklidir(29).

Akılcı ilaç kullanım basamakları

2.2.1. Doğru Tanı Koyma

Hekim tarafından doğru tanının konması akılcı ilaç kullanımının ilk basamağıdır. Doğru tanı koyma süreci hastadan alınacak anamnezi, ayrıntılı bir fizik muayeneyi, semptomların ortaya çıkması ile ilgili sebeplerin araştırılmasını, hastalığın etyolojisine dair incelemeleri içerir.

Benzer ve aynı semptomların farklı hastalıklarda görülmesi, doğru tanı koyma sürecini hastanın sağlığı ve tedavi sürecinin gidişatı adına oldukça önemli kılmaktadır(29).

2.2.2. Tedavinin Belirlenmesi

Tanı koyma sürecini tedavi amacının belirlenip hasta için en uygun ilaç yada ilaç kombinasyonunu seçerek tedaviyi oluşturma süreci takip eder. Tedavi hedefi yalnızca

semptomları gidermek olmamalı, mümkün olduğunca hastalığın kökenine dair çözümleri içermelidir.

İlaç seçiminde başlıca dikkate alınması gereken durumlardan ilki “önce zarar verme” ilkesine de uygun olarak hastanın daha önce yan etkisini gördüğü bir ilaç veya alerjik öyküsü olup olmadığıdır. Bununla beraber hedef tedavinin varsa hastanın mevcut diğer hastalıklarına ve ilaçlarına olumsuz etkisi olmamasına, kullanım şeklinin hastanın optimal uyum sağlayacağı şekilde seçilmesine de özen gösterilmelidir. Tedavi içeriğindeki ilaçların dozajlaması yine hastaya uygun yapılmalıdır. İlacın hasta için uygunluk kriterlerinden bir diğeri ise maliyet etkin olmasıdır. Hekim için maliyet etkin bir tedavinin amacı en ucuz ilacı seçmek değil, uygun ve başarılı olması hedeflenen tedavinin maliyetinin düşük tutulmasıdır(29-31).

2.2.3. Reçete Düzenlenmesi ve Hasta Bilgilendirilmesi

Hekim oluşturduğu reçetede tedaviyi oluşturan ilaçların dozunu, kullanım şeklini, kullanım periyodu ve süresini belirtmelidir. Açık ve anlaşılır bir reçete ile birlikte; ilaçların kullanım süresine, kullanım şekline, olası yan etkilerine ve hastalığın yönetimine dair hasta tarafından anlaşılacak yollarla bilgilendirme yapılmasına özen gösterilmelidir(29).

2.2.4. Tedavinin Takibi

Tedavi takibi hekim ve hastanın ortak sorumluluk alanlarındandır. Hekimin hastayı takiplerine düzenli gelmesi konusunda bilgilendirmesi, hastanın ise bu uyarılara uyması sürecin sağlıklı yönetimi adına önemlidir. Takipler sırasında hastanın tedaviye uyumuna, semptomlarda gerileme ya da ilerleme olup olmamasına, hastalığın evresine, mevcut ilaç yan etkilerine ve ilaçlar arası etkileşim olup olmamasına dikkat edilmelidir(29).

Akılcı ilaç kullanımında bir diğer basamak da eczacılık hizmetleridir. Reçetelenmiş ilaçları hazırlayıp kullanım bilgileriyle birlikte hastaya sunan kişi eczacıdır. Hastaların reçetesiz ilaçları da kolay yollarla eczaneden satın alarak temin edebilmesi akılcı olmayan ilaç kullanımına ait önemli sorumlardan biridir. Hastalar çevresindeki hekim dışı kişilerden, çeşitli medya organlarından edindikleri eksik ya da yanlış bilgilerle eczaneye başvurarak, hiçbir engelle karşılaşmaksızın ilaç temin edebilmektedir. Bu durumu engellemek adına eczacılara büyük bir sorumluluk düşmektedir. Ekonomik

kaygılar, müşteri kaybetme endişesi akılcı olmayan ilaç kullanımı ile ilgili uygulamaları kolaylaştırmamalıdır. Reçetesiz ilaçlara kolay ulaşım hem hasta sağlığı hem de ülke ekonomisi açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Alınan ilaç hastalığı tedavi etmemekle birlikte, beklenmeyen yan etkilere de sebep olabilmekte veya hasta toksik doza maruz kalabilmektedir bu da basit bir tedavi ile giderilebilecek bir durumun daha ciddi ve pahalı tedavilerle giderilebilecek noktaya ulaşmasına sebep olabilmektedir. Bu gibi durumların engellenmesi için eczacılık hizmetleri de AİK ilkelerine uygun düzenlemelerle şekillenmelidir(32).

Toplum ve hastanın sağlığı için doğru sağlık hizmeti sunumunda hekim ve eczacı dışında hastanın kendisinin de sorumlulukları bulunmaktadır. Her birey haklarının ve sorumluluklarının farkında olmalı ve yerine getirmekte gerekli özeni göstermelidir. Bu özen toplum sağlığı, düzgün işleyen bir sağlık hizmeti ve ülke ekonomisi adına gereksiz harcamalardan kaçınmak için önemlidir. Hasta, hekimin reçete ettiği ilaçları hekim tavsiyesine uygun şekilde, dozda ve sürede kullanmalı, aynı zamanda takip sürecine azami uyumu göstermeye çabalamalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda oldukça sık karşılaşılan bir diğer sorun olan hastanın hekimin reçeteleme sürecine müdahale ederek, istediği tedavi yada ilaçta ısrarcı olması da hem hasta sağlığı adına istenmeyen sonuçlar doğurabilen hem de zaman ve ilaç maliyeti yönünden israfa yol açan bir durumdur. Diğer bir sorun ise reçete edilen antibiyotiklerin yetersiz ya da düzensiz kullanılması ve buna bağlı antibiyotik direnci gelişimidir. Hekim önerisi olmaksızın ilaç almak ve kullanmak, çevredeki kişilerin deneyim ya da duyumlarına, internet, televizyon, gazete gibi yayın organlarındaki bilgilere dayanarak kendi kendine tedavi başlamak toplumumuzda sık görülen akılcı olmayan ilaç kullanımına örnek davranışlardır. Bu tür uygulamaların önüne geçmek ve tedavi uyumunu arttırmak için toplumu bilinçlendirmeye yönelik eğitimler verilmeli, sağlık politikaları geliştirilmelidir(33, 34).

Aynı zamanda reklamlar, tanıtımlar, promosyonlar, basın yayın organlarının verdiği yanlış bilgiler ya da haberler toplum ve hekimi etkileyerek bir grup ilaç yada tedaviye yönlendirebilir. Bu durumun önüne geçmek için, toplum sağlığı ve düzenli işleyen sağlık hizmeti adına basın yayın organları devlet tarafından denetlenmeli ve gerekli hallerde yaptırım uygulanması sağlanmalıdır(34, 35).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) ise akılcı ilaç kullanım ilkelerinden bir ya da birden fazlasına uyulmaması sonucu ortaya çıkar. AOİK sonuçlarından bazıları: tedavi uyumunda bozulma, antibiyotik direnç gelişimi, ilaç yan etkisi veya toksik etkisinin ortaya çıkması, tedavi masraflarında artıştır. DSÖ verilerine göre tüm dünyada kullanılmakta olan ilaçların yaklaşık %50'si uygunsuz reçete edilmekte, sağlanmakta ya da satılmaktadır. Hastaların ise %50'si ilaçlarını doğru kullanmamaktadır. Bunların yanında dünya nüfusunun üçte biri malesef temel ilaçlara erişimden yoksundur. İlaçlara erişim sıkıntısı çocukluk çağı enfeksiyonlarından hipertansiyon, diyabet, epilepsi, ruhsal bozukluklar gibi kronik hastalıklara kadar mortalite ve morbiditede artışa sebep olmaktadır(36).

Ankara Ticaret Odası'nın 2006 yılında yayınladığı "İlaçta İsraf" adlı raporunda; Türkiye'de eczanelerdeki ilaçların ortalama %7'sinin kullanım süresinin sona ermesi sonucu çöpe atıldığı, evde bulundurulan ilaçların ise %60'ının kutusu dahi açılmadan kullanım sürelerinin sonuna geldiği ve bu israfın maliyetinin yaklaşık 500 milyon dolara ulaştığı belirtilmiştir(37).

Türkiye'de 2007 yılında yaklaşık 14 milyar dolar değerinde ilaç satılmış, kişi başı yıllık ilaç harcaması ise 200 dolar olarak belirlenmiştir(37). 2013 verilerine göre ise Türkiye'de yıllık kişi başı ilaç harcaması yaklaşık 105 dolarken, ABD'de 995 dolar, Kanada'da 751.5 dolar, Almanya'da 632 dolar, Yunanistan'da 673,4 dolar olarak belirlenmiştir. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü'nün (Organisation for Economic Co-operation and Development–OECD) kişi başına düşen ilaç harcamaları bakımından ortalaması 497 dolardır. Bu verilere göre Türkiye OECD ortalamasının altındadır. Bireysel sağlık harcamalarına bakıldığında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre kişi başı yıllık bireysel harcama tutarı ortalama 87 dolardır. Bu verilerden çıkan sonuca göre Türkiye'deki sağlık ve ilaç harcamaları ortalaması OECD ortalamasının altındayken, kişi başına düşen doktora başvuru sayısı 8,2 ile 6,6 olan OECD ortalamasının üzerinde seyretmektedir. Kişi başına düşen doktor başvurusu Yunanistan'da 4, İngiltere'de 5, Avustralya'da 6,7, İtalya'da 7'dir(38).

Dünya Sağlık Örgütü'nün daha rasyonel ilaç kullanımını teşvik için yayınladığı 12 maddelik önerisi şu şekildedir(36).

1. İlaç kullanım politikalarını koordine etmek amacıyla multidisipliner kurumun kurulması
2. Klinik kuralları içeren kılavuzların oluşturulması
3. Temel ilaç listelerinin hazırlanması
4. Bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi komitelerinin kurulması,
5. Tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim süresi içinde AİK ile ilgili dersleri alması
6. İdare, denetim ve geribildirim sistemlerinin kurulması
7. Bireylerin ilaç konusunda bilgilendirilmesi ve kişilere eğitim verilmesi
8. Uygun olmayan finansal teşviklerin engellenmesi
9. Tedavi araçlarının ve personelin sürekliliği için gerekli harcamaların devlet tarafından yapılması

Sağlık Bakanlığı tüm ülkede akılcı ilaç kullanım ilkelerini yaygınlaştırmak adına yaklaşık 20 yıldır çeşitli çalışmalar düzenlemektedir. Bu kapsamda 12 Ekim 2010 tarihinde İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. 2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) kurulmuştur ,sonrasında TİTCK’ye bağlı olarak da “Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi” kurulmuştur. Bu daireye bağlı “Akılcı İlaç Kullanım Birimi” AİK ile ilgili faaliyetlerin yürütüldüğü birimdir. Birimin faaliyetleri içerisinde kılavuz ve rehberler oluşturmak, internet sitesi üzerinden aylık e-bülten yayınlamak, eğitim sunumları, videolar ve anketler hazırlamak bulunmaktadır. Bu yayınlar arasında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Akılcı İlaç Kullanımı Kitapları, Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı, Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Hekimlerin Akılcı Reçeteleme Yaklaşımı, Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi kitapları, hastane hekim, eczacı, hemşire ve yatan hasta anketleri yer almaktadır. AİK adına yapılanmanın diğer bir bileşeni de hastanelerde kurulan “Akılcı İlaç Kullanım Ekipleri”dir. Bu ekiplerin hastane hizmet kalite standartları gereğince, hastanelerde planlama ve gerekli faaliyetleri düzenlemesi amaçlanmıştır. Tüm bu teşkilatlanma bütün illerde yürütülmekte ve AİK’de paydaş olan tüm kişi ve kurumların bilgi ve farkındalığını arttırmak hedeflenmektedir(39).

Ülkemizde 2010 yılında “İlaç Takip Sistemi” ne ve kare kod uygulamasına geçilmiş, sahte ilaçlar ve ambalajlardan korunma, satış süreciyle ilgili yapılabilecek sahteciliğin engellenmesi amaçlanmıştır. Önemli bir amacı da hasta güvenliğini sağlamaktır. Kare kod uygulaması ve sistem, süreçteki insan faktörlü hataları en aza indirerek tekrarlanmasını önlemektedir. Aynı zamanda ilaç takip sistemi sayesinde ilaç piyasası ile ilgili veriler elde etme, analiz yapma, bu doğrultuda sonraki ilaç politikalarını oluşturma fırsatı elde edilmiştir (40).

World Health Organization (WHO) tarafından 1994 yılında “Guide to Good Prescribing” ismiyle yayınlanan ve akılcı farmakoterapi ilkelerini kapsayan “Akılcı ilaç kullanım programı”, T.C. Sağlık Bakanlığı’nca Ocak 2000’de “İyi Reçete Yazma Kılavuzu” olarak Türkçeye çevrilmiş ve kullanıma girmiştir (41). Bu kılavuzda yer alan AİK’ye uygun farmakoterapi şöyle sıralanmıştır:

1. Hastanın sorununun tanımlanması
2. Tedavi amacının belirlenmesi
3. Tedavinin hasta için uygun olup olmadığının sorgulanması
4. Tedaviye başlanması
5. Hastaya tedavisi, ilaçları ve görülebilecek olumsuzluklar ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi
6. Tedavi sürecinde yakın izlemin yapılması(31, 42).

Aile hekimliği uygulamasına ülkemizde 2005 yılında pilot uygulama olarak başlanmış,2010 yılında tüm illerimizde geçiş sağlanmıştır. Aile hekimliği yaş, cinsiyet, kişisel farklılıklara bakılmaksızın geniş kitlelerin rahatlıkla ulaşabildiği, çoğunlukla da ilk başvurduğu sağlık merkezidir. Aile hekimliği multidisipliner ve biyopsikososyal bir yaklaşımı benimseyerek bireyin sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal yönleri ile bir bütün olarak değerlendirmeyi hedefler. Diğer özellikleri arasında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma vardır(39). Bu özellikleriyle Aile hekimliği uygulaması dahilinde ilaç tedavisinin ilk basamaklarından itibaren AİK ilkelerine uyulmasını sağlamak mümkün olmaktadır. AİK’nin uygulanması ile aile hekimliğinin diğer bir özelliği olan “sağlık kaynaklarının etkili kullanımı” da sağlanmış olmaktadır(43, 44).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy ve Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde 01.10.2022- 31.12.2022 tarihleri arasında yapılmıştır

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy ve Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne 01.10.2022- 31.12.2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü OpenEpi programı kullanılarak %50 olabilirlik oranı, %5 Tip 1 hata, %95 güven aralığı ile 367 kişi olarak hesaplanmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 375 hasta dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu öncesinde araştırmanın amacına ilişkin bilgi verilerek sözlü onam alındıktan sonra sorular araştırmacı tarafından yönlendirilerek yada form yazılı haliyle katılımcıya verilerek uygulanmıştır. Veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur. Katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek, yaşam durumu gibi sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 9 soru ; hastalık durumları, ilaç kullanım şekilleri ve tedavi uyumları hakkında bilgi edinmeyi amaçlayan 26 soru olmak üzere toplam 35 soruluk anket uygulandı.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Çıkarılma Kriterleri

Çalışmaya Eğitim ASM'lere başvuran 18 yaş ve üzeri gönüllü hastalar kabul edilmiştir. Çalışmaya formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel, nörolojik (işitme/konuşma bozukluğu, zihinsel engellilik vb.), psikolojik bozukluğa sahip olanlar dahil edilmemiştir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler, IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler $\text{Ort} \pm \text{SS}$ olarak, kategorik değişkenler ise sayı (N) ve yüzde (%) halinde sunulmuştur.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem örneklem sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2001). Bundan dolayı ölçek toplam ve alt boyut puanları ile katılımcıların sosyodemografik ve çeşitli verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için, parametrik testlerden Independent Samples t testi ve 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için, One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-hoc testlerinden sidak testi tercih kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla pearson korelasyon parametrik testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Chi square test kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Etik İzin

Araştırma için etik kurul onayı T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.10.2022 tarihli ve OMÜ KAEK 2022/415 karar numarası ile verilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya 200'ü (%53,3) kadın, 175'i (%46,7) erkek olmak üzere toplam 375 gönüllü katılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların yaşları 19 ile 90 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $44,64 \pm 15,31$ yıl olarak tespit edilmiş ve yaşlarına göre 3 ayrı grup olacak şekilde incelenmiştir. İlk grubu 18-45 yaş arası genç erişkinler, ikinci grubu 46-65 yaş arası orta erişkinler, üçüncü grubu 65 yaş üstü ileri erişkinler oluşturmaktadır. Tablo 1'de hastaların demografik verilerine ilişkin frekans analizi verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların %56,5'i 18-45 yaş arasında %30,7'si 46-65 yaş arasında, %12,8'si 65 yaş üstündedir. Katılımcıların %53,3'ü kadın %46,7'si erkektir. %68,5'inin evli olduğu, %46,1'inin üniversite mezunu olduğu, %67,7'sinin çalıştığı, %56,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %87,5'inin ailesi ile yaşadığı, %56,8'inin sigara kullanmadığı ve %81,3'ünün alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Hastalara Ait Sosyodemografik Veriler (n=375)

Demografik değişkenler	n veya X_{ort} (Min-Max)	% veya Ort. $\pm$ SS
Yaş	42,0 (19,0-90,0)	44,64 $\pm$ 15,31
18-45 yaş	212	56,5
46-65 yaş	115	30,7
65 yaş üstü	48	12,8
Cinsiyet		
Kadın	200	53,3
Erkek	175	46,7
Medeni durum		
Evli değil	118	31,5
Evli	257	68,5
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	54	14,4
Ortaokul	31	8,3
Lise	84	22,4
Üniversite	173	46,1
Lisansüstü	33	8,8
Meslek		
Ev hanımı	72	19,2
Emekli	49	13,1
Çalışıyor	254	67,7
Gelir durumu		
Gelir giderden az	74	19,7
Gelir gidere eşit	212	56,5
Gelir giderden fazla	89	23,7
Evde kiminle yaşıyor		
Aile	328	87,5
Ev arkadaşı	4	1,1

Yalnız	43	11,5
Sigara kullanıyor musunuz?		
Evet	121	32,3
Hayır	213	56,8
Bıraktım	41	10,9
Alkol kullanıyor musunuz?		
Evet	70	18,7
Hayır	305	81,3

n=Sayı, %=Frekans, X_{ort} =Medyan, Min=Minimum, Max=Maximum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

4.2. Hastaların Sağlık Değerlendirmeleri ve Kronik Hastalıkları

Tablo 2’de hastaların kendi sağlığını değerlendirebilme ve kronik hastalıklarına ilişkin verilerin frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre hastaların %41,3’ünün kendi yaşlarında birisi ile karşılaştırıldığında kendi sağlığını iyi olarak değerlendirdiği, %40,3’ünün ne iyi ne kötü olarak değerlendirdiği, %11,2’sinin çok iyi, %7,2’sinin ise çok kötü yada kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Araştırmaya dâhil edilen kişilerde kronik hastalık sayısı en düşük 0, en yüksek 7, medyan hastalık sayısı 1 olarak tespit edilmiştir. Herhangi bir kronik hastalığı olmayan kişi sayısı 171’tir (%45,6). Mevcut kronik hastalığı olanlara bakıldığında 96 (%25,6) kişide 1, 51 (%13,6) kişide 2, 28 (%7,5) kişide 3, 17(%4,5) kişide 4, 11 (%2,9) kişide 5, 1 (%0,3) kişide 7 olduğu tespit edilmiştir. Multimorbidite olarak tanımlanan toplamda 2 ve üzeri kronik hastalığı olan 108 (%28,8) hasta tespit edilmiştir (Tablo 2).

Hastaların kronik hastalıkları değerlendirildiğinde sırasıyla en çok; %40,1 oranında hipertansiyon, %32,0 oranında ortopedik problemler, %24,4 oranında kalp hastalıkları, %21,8 oranında tiroid hastalıkları ve %19,8 oranında diyabet şeklinde sıralandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların minimum kullandığı ilaç sayısı 0, maksimum ilaç sayısı 11, medyan ilaç sayısı 1 idi. Hastalardan 165’inin (%44) ilaç kullanmadığı görülürken 205 hasta en az bir adet ilaç kullanmakta idi.. Toplamda 1-3 arası ilaç kullanan 140 (%37,3), polifarmasi olarak tanımladığımız 4 ve üzeri sayıda ilaç kullanan 70 (%18,7) hasta tespit edildi.

Tablo 2. Hastalara ait Sağlığı değerlendirme ve Kronik hastalıklarına İlişkin Veriler (n=375)

Değişkenler	n veya X_{ort} (Min-Max)	% veya Ort. $\pm SS$
Kendi yaşımda birisi ile karşılaştırıldığımızda sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?		
Çok kötü/Kötü	27	7,2
Ne iyi ne kötü	151	40,3
İyi	155	41,3
Çok iyi	42	11,2
Hangi kronik hastalıklara sahipsiniz?*		
Hipertansiyon	79	40,1
Diyabet	39	19,8
Kalp Hastalığı	48	24,4
Kolesterol	28	14,2
Kanser	15	7,6
Tiroid Hastalıkları	43	21,8
Ortopedik problemler	63	32,0
Depresyon	26	13,2
Anemi	20	10,2
Alerjik hastalıklar	5	2,5
Astım	11	5,6
Migren	8	4,1
BPH	4	2,0
Hepatit B	3	1,5
Epilepsi	3	1,5
Toplam	395	200,5
Kronik hastalık sayısı	1,0 (0,0-7,0)	1,09$\pm$1,36
0	171	45,6
1	96	25,6
2	51	13,6
3	28	7,5
4	17	4,5
5	11	2,9
7	1	0,3

n=Sayı, %=Frekans, X_{ort} =Medyan, Min=Minimum, Max=Maximum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, *Yanıtlar çoklu cevap olduğundan n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

4.3. Hastaların İlaç Kullanım Alışkanlıkları

Tablo 3. Hastaların Düzenli İlaç Kullanımlarına İlişkin Veriler (n=375)

Değişkenler	n veya X _{ort} (Min-Max)	% veya Ort. ±SS
Günde kaç farklı ilaç kullanıyorsunuz?	1,0 (0,0-11,0)	1,73±2,25
0	165	44
1	58	15,5
2	52	13,9
3	30	8,0
4	27	7,2
5	11	2,9
6	14	3,7
7	6	1,6
8	5	1,3
9	4	1,1
10	1	0,3
11	2	0,5
Polifarmasi		
İlaç kullanmayan	165	44,0
1-3 ilaç kullanan	140	37,3
4 ve üstü ilaç kullanan	70	18,7
Kullandığınız ilaçların isimlerini biliyor musunuz? (n=210)		
Bilmiyor	92	43,8
Biliyor	118	56,2
İlaç kullandığınız dönemlerde ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?		
Hayır	130	34,7
Evet	245	65,3
Sorunun cevabı evet ise; İlaçlarınızı almayı ne sıklıkla unutuyorsunuz? (n=245)		
Her gün	25	10,2
Haftada bir	82	33,5
Ayda bir	8	3,3
Nadiren	130	53,1
İlaçlarınızı zamanında almadığınız olur mu?		
Evet	258	68,8
Hayır	117	31,2
İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği dozda (miktar) alıyor musunuz?		
Hayır	26	6,9
Evet	349	93,1
Doktorunuza danışmadan ilaçlarınızı bıraktığınız olur mu?		
Evet	191	50,9
Hayır	184	49,1

n=Sayı, %=Frekans, X_{ort}=Medyan, Min=Minimum, Max=Maximum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 3'te hastaların düzenli ilaç kullanımlarına ilişkin verilerin frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların %18,7'sinde polifarmasi olduğu, %56,2'sinin kullandığı ilaçların isimlerini bildiği, %65,3'ünün ilaçlarını almayı unuttuğu, ilaçlarını almayı unutan hastaların %53,1'inin nadiren unuttuğu, %68,8'inin

ilaçlarını zamanında almadığı, %93,1'inin ilaçlarını doktorun önerdiği dozda kullandığı ve %50,9'unun ilaçlarını doktoruna danışmadan bıraktığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Hastaların İlaç Kullanımlarına İlişkin Veriler (n=375)

Değişkenler	n	%
Kullandığınız ilaçların kullanım şekilleri hakkında bilgi verildi mi?		
Hayır	18	4,8
Evet	357	95,2
Kullandığınız ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verildi mi?		
Hayır	203	54,1
Evet	172	45,9
İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?		
Hayır	246	65,6
Evet	129	34,4
Gerekli olabileceği düşüncesiyle ,hasta olmadan ilaç yazdırır mısınız veya satın alıp evde bulundurur musunuz?		
Evet	208	55,5
Hayır	167	44,5
Sorunun cevabı evet ise; Hangi ilaçları reçetesiz alırsınız?*		
Ağrı kesici ilaçlar	204	84,0
Soğuk algınlığı ilaçları	121	49,8
Mide ilaçları	83	34,2
Vitaminler	82	33,7
Alerji ilaçları	27	11,1
Göz damlaları	19	7,8
Burun spreyleri	46	18,9
Merhemler	71	29,2
Diğer	2	0,8
Toplam	655	269,5
İlacı reçetesiz alma sebebiniz nedir? *		
Muayene parası ödemek istemediğim zamanlarda	51	19,5
Hekime gitmede zaman sıkıntısı	162	62,1
İlacı sürekli kullanma	83	31,8
Eczacıya sorma	27	10,3
Hekimin istenen ilacı yazmaması	38	14,6
Toplam	361	138,3

n=Sayı, %=Frekans, *Yanıtlar çoklu cevap olduğundan n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Tablo 4'te hastaların ilaç kullanımlarına ilişkin verilerin frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların %95,2'sinin kullandığı ilaçların kullanım şekilleri hakkında bilgi verildiği, %54,1'inin kullandığı ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verildiği, %65,6'sının kullandığı ilaçlara bağlı herhangi bir yan etki yaşamadığı belirlenmiştir.

Hastaların %55,5'inin gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırdığı veya satın alıp evde bulundurduğu belirlenmiştir. Gerekli olabileceği düşüncesiyle

hasta olmadan ilaç yazdıran veya satın alıp evde bulunduran hastaların hangi ilaçları reçetesiz aldıkları incelendiğinde sırasıyla en çok; %84,0 oranında ağrı kesiciler, %49,8 oranında soğuk algınlığı ilaçları, %34,2 oranında mide ilaçları, %33,7 oranında vitaminler ve %29,2 oranında merhem olduğu saptanmıştır.

Hastaların ilaçları reçetesiz alma sebepleri incelendiğinde sırasıyla en çok; %62,1 oranında hekime gitmede zaman sıkıntısı, %31,8 oranında ilacı sürekli kullanma, %19,5 oranında muayene parası ödemek istemediği zamanlarda, %14,6 oranında hekimin istenilen ilacı yazmaması ve %10,3 oranında eczacıya sorma şeklinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Hastaların İlaç Kullanımlarına İlişkin Veriler Devamı (n=375)

Değişkenler	n	%
Hekim başvurunuzda daha önce kullanmış olduğunuz ilaçlar ve varsa kronik hastalıklarınıza ait raporlarınız hakkında hekimi bilgilendirir misiniz?		
Hayır	46	12,3
Evet	329	87,7
Grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikâyetleriniz üzerine muayene olmadan, kendi başınıza antibiyotik kullanır mısınız?		
Evet	86	22,9
Hayır	289	77,1
Kullandığınız ilaçların prospektüsünü okur musunuz?		
Hayır	113	30,1
Evet	262	59,9
Sorunun cevabı hayır ise; nedeni nedir? (n=113)		
Gerek duymuyorum	49	43,4
Anlamıyorum	47	41,6
Görmüyorum	17	15,0
Yeni bir tıbbi durumla karşılaştığınızda hangi yol/yolları tercih edersiniz?*		
Doktora başvururum	325	86,7
Evdeki mevcut ilaçlardan kullanırım	91	24,3
Doktor olmayan yakınlarımların tavsiyelerine uyarım	23	6,1
İnternet-gazete-tv de önerilen ilaçları kullanırım	21	5,6
Eczacının önerdiği ilacı kullanırım	54	14,4
Bitkisel tedavilere başvururum	81	21,6
Toplam	595	158,7
Reçeteli ilaçları kullanma ve bırakma durumunuzu hangisi daha iyi tanımlar?		
Doktorun önerdiği şekilde kullanırım	221	58,9
Şikâyetim geçene kadar kullanırım	93	24,8
İlaç bitene kadar kullanırım	49	13,1
Düzenli kullanmam	12	3,2
İlaç kullanırken en sık yaptığınız hata ya da hatalar hangileri?*		
Günlük doz atlama	107	28,5
Aç ya da tok alma hatası	43	11,5
Yanlış ilacı kullanma	13	3,5
İlacı eksik ya da fazla kullanma	39	10,4
İlaç alırken zamanlama hatası	129	34,4
Hata yapmam	111	29,6

Toplam	442	117,9
İlaç alırken doz atlıyorsanız bunun en sık sebebi nedir? (n=296)		
Unutkanlık	160	54,1
Yan etkisinden dolayı	17	5,7
Kendimi iyi hissettiğim için	47	15,9
Yanımda bulundurmamışım için	50	16,9
Rapor ya da reçeteleme ile ilgili problemler	22	7,4
Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?		
Mevcut ilaçlarıma yardımcı olarak kullanırım	128	34,1
İlk onları tercih ederim	48	18,8
Tercih etmem	114	30,4
Bilgin yok	85	22,7
Alternatif tıp yöntemlerinden hangilerini kullanırsınız?*		
Akupunktur	23	11,7
Apiterapi	7	3,6
Fitoterapi (bitkisel tedaviler)	142	72,4
Hipnoz	1	0,5
Sülük uygulamaları	27	13,8
Homeopati	2	1,0
Karyopraktik	13	6,6
Kupa	50	25,5
Osteopat	2	1,0
Mezoterapi	11	5,6
Ozon uygulaması	26	13,3
Refleksoloji	3	1,5
Diğer	1	0,5
Toplam	308	157,1
Düzenli vitamin, mineral desteği kullanır mısınız?		
Hayır kullanmam	170	45,3
Her gün	26	6,9
Haftada 2-3 kez	39	10,4
Ayda 3-4 kez	30	8,0
Sadece kendimi kötü hissettiğimde kullanırım	110	29,3
“Akılcı ilaç kullanımı” diye bir tanım duydunuz mu?		
Hayır	258	68,8
Evet	117	31,2

n=Sayı, %=Frekans, *Yanıtlar çoklu cevap olduğundan n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Tablo 5’te hastaların ilaç kullanımlarına ilişkin çeşitli değişkenlerinin frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre 87,7’sinin daha önce kullanmış olduğu ilaçlar ve mevcut kronik hastalıklarının raporları ile ilgili hekimi bilgilendirdiği, %12,3’ünün bilgilendirmediği, %77,1’inin grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikâyetleri üzerine muayene olmadan, kendi başına antibiyotik kullanmadığı, %22,3’ünün kendi kendine antibiyotik kullanma alışkanlığı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların %59,9’unun ilaçların prospektüsünü okuduğu, ilaçların prospektüsünü okumayanların ise neden okumadığı incelendiğinde sırasıyla en çok; %43,4’ünün gerek duymadığı, %41,6’sının anlamadığı ve %15,0’ının prospektüsü göremediği için okumadığı belirlenmiştir.

Hastaların “Yeni bir tıbbi durumla karşılaştığınızda hangi yol/yolları tercih edersiniz?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde sırasıyla en çok; %86,7 oranında doktora başvururum, %24,3 oranında evdeki mevcut ilaçlardan kullanırım dediği ve %21,6 oranında bitkisel tedavilere başvururum dediği belirlenmiştir.

Hastaların “Reçeteli ilaçları kullanma ve bırakma durumunuzu hangisi daha iyi tanımlar?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %58,9’unun doktorun önerdiği şekilde kullanırım yanıtı verdiği belirlenmiştir.

Hastaların “İlaç kullanırken en sık yaptığınız hata ya da hatalar hangileri?” Sorusuna verilen yanıtları incelendiğinde sırasıyla en çok; %34,4’ünün ilaç alırken zamanlama hastası yaptığı, %29,6’sının hata yapmam dediği, %28,5’inin günlük doz atlama hastası yaptığı ve %11,5’inin aç veya tok karna alma hatası yaptığı belirlenmiştir.

Hastaların “İlaç alırken doz atlıyorsanız bunun en sık sebebi nedir?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde sırasıyla en çok; %54,1’inin unutkanlıktan doz atladığı, %16,9’unun yanında ilacı bulundurmadağı için doz atladığı ve %15,9’unun kendisini iyi hissettiği için doz atladığı belirlenmiştir.

Hastaların “Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %34,1’inin mevcut ilaçlarına yardımcı olarak kullanırım dediği belirlenmiştir.

Hastaların “Alternatif tıp yöntemlerinden hangilerini kullanırsınız?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde sırasıyla en çok; %72,4’ünün Fitoterapi (bitkisel tedaviler) kullandığı, %25,5’inin kupa kullandığı ve %13,8’inin Sülük uygulamalarını kullandığı belirlenmiştir.

Hastaların “Düzenli vitamin, mineral desteği kullanır mısınız?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde %45,3’ünün kullanmadığı, kullananların da %29,3’unun sadece kendimi kötü hissettiğimde kullanırım dediği belirlenmiştir.

Hastaların ““Akılcı ilaç kullanımı” diye bir tanım duydunuz mu?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %68,8’inin hayır yanıtı verdiği belirlenmiştir.

4.4. Hastalardaki Polifarmasi Varlığını Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 6: Çeşitli Değişkenlerin Polifarmasi Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Polifarmasi		p
	Yok(n=305)	Var(n=70)	
Yaş (yıl), Ort±SS	40,55±12,64	62,45±13,07	<0.001^a
Yaş grup, n(%)			
18-45 yaş	206 (97,2)	6 (2,8)	<0.001^b
46-65 yaş	82 (71,3)	33 (28,7)	
65 yaş üstü	17 (35,4)	31 (64,6)	
Cinsiyet, n(%)			
Kadın	167 (83,5)	33 (16,5)	0.250 ^b
Erkek	138 (78,9)	37 (21,1)	
Medeni durum, n(%)			
Evli değil	100 (84,7)	18 (15,3)	0.250 ^b
Evli	205 (79,8)	52 (20,2)	
Eğitim durumu, n(%)			
İlkokul ve altı	28 (51,9)	26 (48,1)	<0.001^b
Ortaokul	15 (48,4)	16 (51,6)	
Lise	67 (79,8)	17 (20,2)	
Üniversite	163 (94,2)	10 (5,8)	
Lisansüstü	32 (97,0)	1 (3,0)	
Meslek, n(%)			
Ev hanımı	49 (68,1)	23 (31,9)	<0.001^b
Emekli	26 (53,1)	23 (46,9)	
Çalışıyor	230 (90,6)	24 (9,4)	
Gelir durumu, n(%)			
Gelir giderden az	59 (79,7)	15 (20,3)	0.026^b
Gelir gidere denk	165 (77,8)	47 (22,2)	
Gelir giderden fazla	81 (91,0)	8 (9,0)	
Evde kiminle yaşıyor, n(%)			
Aile	265 (80,8)	63 (19,2)	0.928 ^c
Ev arkadaşı	4 (100,0)	0 (0,0)	
Yalnız	36 (83,7)	7 (16,3)	
Sigara kullanımı, n(%)			
Evet	98 (81)	23 (19)	0.019^b
Hayır	180 (84,5)	33 (15,5)	
Bıraktım	27 (65,9)	14 (34,1)	
Alkol kullanımı, n(%)			
Evet	65 (92,9)	5 (7,1)	0.006^b
Hayır	240 (78,7)	65 (21,3)	
Kendi yaşıınızda birisi ile karşılaştırıldığında sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?, n(%)			
Çok kötü/Kötü	11 (40,7)	16 (59,3)	<0.001^b
Ne iyi ne kötü	108 (71,5)	43 (28,5)	
İyi	146 (94,2)	9 (5,8)	
Çok iyi	40 (95,2)	2 (4,8)	
Kullandığınız ilaçların isimlerini biliyor musunuz?, n(%)			
Bilmiyor	38 (41,3)	54 (58,7)	<0.001^b
Biliyor	102 (86,4)	16 (13,6)	
İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?, n(%)			
Hayır	208 (84,6)	38 (15,4)	0.027^b
Evet	97 (75,2)	32 (24,8)	

^a: Independent Samples t Test, ^b:Pearson Chi Square test, ^c:Fisher's Exact Test p<0.05

Tablo 6’da hastaların polifarmasi durumu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Polifarmasi olanlarda yaş ortalaması 62,45, olmayanlarda 40,55 saptanmıştır. Yaş grup ve polifarmasi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise polifarmasi sıklığı 18-45 yaş arası %2.8, 45-65 yaş arası %28.7, 65 yaş üzerinde % 64.6 bulunmuştur. Bu analiz sonucuna göre polifarmasi ile yaş (yıl) ve yaş grup ($p<0.001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Polifarmasi olan hastaların olmayanlara kıyasla yaş ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Polifarmasi ile eğitim durumu ($p<0.001$), meslek ($p<0.001$), gelir durumu ($p=0.026$), sigara kullanımı ($p=0.019$), alkol kullanımı ($p=0.006$), “Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırıldığında sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” Sorusu ($p<0.001$), “Kullandığınız ilaçların isimlerini biliyor musunuz?,” Sorusu ($p<0.001$) ve “İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?” Sorusu ($p=0.027$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Polifarmasi kadınların %16,5 ’inde, erkeklerin %21,1 ’inde görülmekte olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Polifarmasi evli olanların %20,2 ’sinde, evli olmayanların %15,3 ’ünde görülmekte olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$)

Polifarmasi varlığı eğitim durumuna göre incelendiğinde; polifarmasi ilköğretim ve altı eğitim seviyesindekilerin %48,1 ’inde, ortaokul mezunu olanların %51,6’ sında, lise mezunu olanların %20,2 ’sinde, üniversite mezunlarının %5,8’inde, lisansüstü eğitim seviyesindekilerin %3’ünde görülmekte olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça polifarmasi sıklığı azalmaktadır.

Bireylerin sahip oldukları meslekler ile polifarmasi arasındaki ilişkiye bakıldığında polifarmasi ev hanımlarında 31,9, emeklilerde %46,9, çalışanlarda %9,4 oranında görülmekte olup meslek grubu ve polifarmasi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. ($p<0,001$).

Gelir düzeyine göre polifarmasi varlığı incelendiğinde polifarmasi; geliri giderinden az olanların %20,3’ünde, geliri giderine denk olanların %22,2 ’sinde, geliri giderinden fazla olanların %9 ’unda görülmekte olup, gelir düzeyi ile polifarmasi arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0.026$). Geliri giderinden fazla olanlarda polifarmasi varlığı diğerlerinden daha az sıklıkla görülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylere evde kimle yaşadıkları sorulmuş ve cevaplar aile, ev arkadaşı, yalnız yaşıyorum olarak kategorilendirilmiştir. Evde kimle yaşıyorsunuz sorusuna verilen cevaplar ile polifarmasi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$)

Polifarmasi sigara kullananların %19'unda, kullanmayanların 15,5'inde, sigarayı bırakmış olanların 34,1'inde görülmekte olup sigara kullanımı ile polifarmasi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p=0.019$) Sigarayı bırakmış olanlarda polifarmasi varlığı diğerlerine göre daha sık görülmektedir.

Alkol kullanımı ile polifarmasi arasındaki ilişkiye bakıldığında kullananların 7,1'inde kullanmayanların 21,3'ünde saptanmıştır. Alkol kullanımı ile polifarmasi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p=0.006$) Alkol kullanmayanlarda polifarmasi kullananlara göre daha sık görülmektedir.

“Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırıldığında sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verilen cevaplar ile polifarmasi durumu karşılaştırıldığında “çok kötü/kötü” cevabını verenlerde %59,3, “ne iyi, ne kötü” cevabı verenlerde %28,5, “iyi” cevabı verenlerde %5,8, “çok iyi” cevabı verenlerde %4,8 polifarmasi görülmüş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p<0,001$)

Kullandığınız ilaçların isimlerini biliyor musunuz? Sorusuna verilen cevap ile polifarmasi varlığı arasındaki ilişkiye bakıldığında kullandığı ilaç/ilaçların isimlerini bilenlerde %13,6; bilmeyenlerde %58,7 görülmekte olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p<0,001$)

İlaç kullanımına bağlı bir yan etki ile karşılaşmış olmak ile polifarmasi arasındaki ilişki incelendiğinde yan etki ile karşılaşmış olanlarda % 24,8 olmayanlarda %15,4 polifarmasi görülmekte olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p=0,027$)

4.5. Sağlık Sorunlarına Yaklaşım ile İlgili Bazı Verilerin İncelenmesi

Tablo 7: Çeşitli Değişkenlerin “Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?				p
	1)Mevcut ilaçlarıma yardımcı olarak kullanırım (n=128)	2)İlk onları tercih ederim (n=48)	3)Tercih etmem (n=114)	4)Bilgim yok (n=85)	
Yaş (yıl), Ort±SS	42,05±12,90	40,77±10,93	46,26±16,43	48,56±17,99	0.003^a
Yaş grup, n(%)					
18-45 yaş	78 (36,8)	31 (14,6)	60 (28,3)	43 (20,3)	<0.001^b
46-65 yaş	44 (38,3)	17 (14,8)	33 (28,7)	21 (18,3)	
65 yaş üstü	6 (12,5)	0 (0,0)	21 (43,8)	21 (43,8)	
Eğitim durumu, n(%)					
İlkokul ve altı	11 (20,4)	8 (14,8)	15 (27,8)	20 (37)	0.002^b
Ortaokul	6 (19,4)	4 (12,9)	13 (41,9)	8 (25,8)	
Lise	20 (23,8)	11 (13,1)	26 (31)	27 (32,1)	
Üniversite	76 (43,9)	22 (12,7)	49 (28,3)	26 (15)	
Lisansüstü	15 (45,5)	3 (9,1)	11 (33,3)	4 (12,1)	

^a: One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, ^b:Pearson Chi Square test, p<0.05

Tablo 7’de hastaların çeşitli değişkenleri ile “Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?” Sorusunun karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?” Sorusu ile Yaş (yıl) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.003). Hastalıklarıyla ilgili alternatif tıp tedavileri hakkında bilgi yok diyen hastaların diğer gruplara kıyasla yaş ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonuçlarına göre hastalıklarıyla ilgili alternatif tıp tedavileri hakkında mevcut ilaçlarıma yardımcı olarak kullanırım diyen hastalar ile bilgi yok diyenler arasında(p=0.013) , ayrıca hastalıklarıyla ilgili alternatif tıp tedavileri hakkında mevcut ilaçlarıma yardımcı olarak kullanırım diyen hastalar ile ilk onları tercih ederim diyenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (p=0.027).

“Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?” Sorusu ile yaş grup (p<0.001) ve eğitim durumu (p=0.002) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.Üniversite ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip katılımcıların

çoğu “mevcut ilaçlarıma yardımcı olarak kullanırım” cevabı verirken, ortaokul seviyesinde eğitime sahip katılımcılar “tercih etmem”, lise ve ilkokul ve altı eğitim seviyesindeki katılımcılar “bilgim yok” cevabını vermiştir.

Tablo 8. Hastaların Çeşitli Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

		1	2	3	4
1-Yaş (yıl)	r	1			
	p				
2-Kendi yaşıınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	r	-,296**	1		
	p	<0.001			
3-Kronik hastalık sayısı	r	,638*	-0,415	1	
	p	<0.001	<0.001		
4-Günde kaç farklı ilaç kullanıyor	r	,617**	-,398**	,800	1
	p	<0.001	<0.001	<0.001	

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Tablo 8’de hastaların çeşitli değişkenleri arasındaki ilişkilere ait analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre yaş (yıl) ile “Kendi yaşıınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” Sorusu arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,296$ $p<0.001$).

Yaş (yıl) ile kronik hastalık sayısı arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,638$ $p<0.001$).

Yaş (yıl) ile günlük kullandığı ilaç sayısı arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,617$ $p<0.001$).

“Kendi yaşıınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” Sorusu ile kronik hastalık sayısı arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,415$ $p<0.001$).

“Kendi yaşıınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” Sorusu ile günlük kullandığı ilaç sayısı arasında negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,398$ $p<0.001$).

Kronik hastalık sayısı ile günlük kullandığı ilaç sayısı arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($r=0,800$ $p<0.001$).

Tablo 9: Çeşitli Değişkenlerin “İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?” Sorusuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?		p
	Hayır(n=246)	Evet(n=129)	
Toplam kullandığı ilaç sayısı, Ort±SS	1,43±2,00	2,30±2,58	<0.001^a
Yaş grup, n(%)			
18-45 yaş	149 (70,3)	63 (29,7)	0.002^b
46-65 yaş	76 (66,1)	39 (33,9)	
65 yaş üstü	21 (43,8)	27 (56,3)	
Kronik hastalık sayısı, Ort±SS	0,90±1,24	1,47±1,49	<0.001^a
Kronik hastalık, n(%)			
Yok	128 (74,9)	43 (25,1)	0.001^b
Var	118 (57,8)	86 (42,2)	

^a: Independent Samples t Test, ^b:Pearson Chi Square test, p<0.05

Tablo 9’da hastaların “İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?” Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?” Sorusu ile hastaların kullandığı toplam ilaç sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.001). Yan etki ile karşılaşanların karşılaşmayanlara kıyasla toplam kullandığı ilaç sayısı daha yüksek bulunmuştur.

“İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?” Sorusu ile hastaların kronik hastalık sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.001). Yan etki ile karşılaşanların karşılaşmayanlara kıyasla kronik hastalık sayısı daha yüksek bulunmuştur.

“İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?” Sorusu ile yaş grup (p=0.002) ve kronik hastalık sayısı (p=0.001) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 10: Çeşitli Değişkenlerin “Kullandığınız ilaçların prospektüsünü okur musunuz ?” Sorusuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Kullandığınız ilaçların prospektüsünü okur musunuz ?		p
	Hayır(n=26)	Evet(n=349)	
Yaş grup, n(%)			
18-45 yaş	15 (7,1)	197 (92,9)	0.869 ^b
46-65 yaş	7 (6,1)	108 (93,9)	
65 yaş üstü	4 (8,3)	44 (91,7)	
Cinsiyet, n(%)			
Kadın	10 (5)	190 (95)	0.115 ^b
Erkek	16 (9,1)	159 (90,9)	
Kronik hastalık, n(%)			
Yok	7 (4,1)	164 (95,9)	0.047 ^b
Var	19 (9,3)	185 (90,7)	
Eğitim durumu, n(%)			
İlkokul ve altı	5 (9,3)	49 (90,7)	0.842 ^c
Ortaokul	3 (9,7)	28 (90,3)	
Lise	5 (6)	79 (94)	
Üniversite	11 (6,4)	162 (93,6)	
Lisansüstü	2 (6,1)	31 (93,9)	

^b:Pearson Chi Square test, p<0.05

Tablo 10’da hastaların “Kullandığınız ilaçların prospektüsünü okur musunuz ?” Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Kullandığınız ilaçların prospektüsünü okur musunuz ?” Sorusu ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.047). Kronik hastalığı bulunmayan hasta grubunda kullanılan ilaçların prospektus okuma oranı daha yüksek bulunmuştur. Yaş grup (p=0.869), cinsiyet (p=0.115) ve eğitim durumu (p=0.842) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 11: Çeşitli Değişkenlerin “İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği dozda (miktar) alıyor musunuz?” Sorusuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği dozda (miktar) alıyor musunuz?		p
	Hayır(n=113)	Evet(n=262)	
Yaş grup, n(%)			
18-45 yaş	33 (15,6)	179 (84,4)	<0.001 ^b
46-65 yaş	37 (32,2)	78 (67,8)	
65 yaş üstü	43 (89,6)	5 (10,4)	
Cinsiyet, n(%)			
Kadın	47 (23,5)	153 (76,5)	0.003 ^b
Erkek	66 (37,7)	109 (62,3)	
Gelir durumu, n(%)			
Gelir giderden az	22 (29,7)	52 (70,3)	0.093 ^b
Gelir gidere eşit	72 (34)	140 (66)	
Gelir giderden fazla	19 (21,3)	70 (78,7)	
Eğitim durumu, n(%)			
İlkokul ve altı	33 (61,1)	21 (38,9)	<0.001 ^b
Ortaokul	19 (61,3)	12 (38,7)	
Lise	29 (34,5)	55 (65,5)	
Üniversite	31 (17,9)	142 (82,1)	
Lisansüstü	1 (3)	32 (97)	

^b:Pearson Chi Square test, ^c:Fisher's Exact Test, p<0.05

Tablo 11’de hastaların “İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği dozda (miktar)da) alıyor musunuz?” Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği dozda (miktar)da) alıyor musunuz?” Sorusu ile yaş grup ($p<0.001$), cinsiyet ($p=0.003$) ve eğitim durumu ($p<0.001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 12: Çeşitli Değişkenlerin Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		Kronik hastalık sayısı	p	Post- Hoc
Yaş grup	n	Ort±SS		
1)18-45 yaş	212	0,41±0,67	<0.001 ^b	1<2
2)46-65 yaş	115	1,70±1,53		1<3
3)65 yaş üstü	48	2,68±1,20		2<3
Cinsiyet	n	Ort±SS		
Kadın	200	1,10±1,29	0.924 ^a	-
Erkek	175	1,09±1,44		

^a: Independent Samples t test , ^b:One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

Tablo 12’de hastaların kronik hastalık sayısı ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. 18-45 yaş arası hastalarda ortalama kronik hastalık sayısı 0,41±0,67; 46-65 yaş arası hastalarda 1,70±1,53 ; 65 yaş üstü hastalarda 2,68±1,20 bulunmuştur. Bu analiz sonucuna göre hastaların toplam kronik hastalık sayısı ile yaş grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). 65 yaş üstü hastaların diğer yaş gruplarına kıyasla toplam kronik hastalık sayısı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak Post-Hoc analizi sonuçlarına göre 18-45 yaş ile 46-65 yaş arasında toplam kronik hastalık sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Ayrıca 18-45 yaş arasında olan hastalar ile 65 yaş üstü olan hastalar arasında toplam kronik hastalık sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Son olarak 46-65 yaş arasında olan hastalar ile 65 yaş üstü olan hastalar arasında toplam kronik hastalık sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$).

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırması

TÜİK 2022 geniş yaş grubuna göre nüfus ve oranı verilerine bakıldığında 0-14 yaş nüfus toplam nüfusun %22'sini, 15-65 yaş nüfus %68,1'ini, 65 yaş üstü nüfus 9,9'unu oluşturmaktadır(45). Bizim çalışmamız 18 yaş üstü erişkin bireylerde yapılmış olup 65 yaş altı ve üstü nüfusun dağılımı toplumsal verilerle benzerdir. TÜİK 2022 verilerine göre toplam nüfusun %50,1'i erkeklerden, %49,9'u ise kadınlardan oluşturmaktadır(46). Çalışmamızda bu oranlar %53.3 kadın , %46.7 erkek katılımcı şeklindeydi.

5.2. Polifarmasi Durumlarının Karşılaştırılması

4 ve üzeri ilaç kullanımını polifarmasi olarak belirlediğimiz ve hastaların tedavilerine olan uyumunu değerlendirdiğimiz mevcut çalışmaya benzer çalışmalarda da kesin bir polifarmasi tanımı olmayıp. Avrupa'da polifarmasi üzerine yapılmış çalışmalarda kullanılan ilaç sayısı göz önünde tutulurken ABD'de polifarmasi tanımı,kullanılan ilaç yada ilaçların gerekliliği üzerinden değerlendirilmiştir(15, 18, 20). Literatürde çeşitli çalışmalarda iki ila on ve üzerine kadar sayıda ilaç kullanımının polifarmasi olarak değerlendirildiği görülebilmektedir

Çalışmaya katılan hastaların minimum kullandığı ilaç sayısı 0, maksimum ilaç sayısı 11, ortalama ilaç sayısı $1,73 \pm 2,25$ 'ydi.Kullanmakta oldukları ilaç sayısına bakıldığında hastalar; hiç ilaç kullanmayanlar, 4'ten az ilaç kullananlar ile 4 ve üstü sayıda ilaç kullananlar olmak üzere üçe ayrıldı. Hastalardan 165'inin (%44) ilaç kullanmadığı görüldü. Toplamda 1-3 arası ilaç kullanan 140 (%37,3), polifarmasi olarak tanımladığımız 4 ve üzeri sayıda ilaç kullanan 70 (%18,7) hasta tespit edildi. Çoklu ilaç kullanımı olan erişkin bireylerde tedaviye uyum durumunun değerlendirildiği diğer bir çalışmada 2 ila 3 ilaç kullananların oranı %46,6, 4 ila 5 ilaç kullananların oranı %32,2 bulunmuş, 6-8 çeşit ilaç kullananların ise %21,2 lik kısmı oluşturduğu görülmüştür(47). 65 yaş ve üzerindeki bireylerle yapılmış farklı bir araştırmada ise hastaların kullanmakta oldukları ilaç sayısı ortalama $4,24 \pm 2,38$ ve %58,3'ünün 4 ve daha fazla ilaç kullanmakta olduğu bulunmuştur(48).Bizim çalışmamızda 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin % 64,6'sının 4 ve üzeri sayıda ilaç kullandığı bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada yaş (yıl) ile günlük kullanılan ilaç sayısı

arasında, yaş (yıl) ile kronik hastalık sayısı arasında ve kronik hastalık sayısı ile günlük kullanılan ilaç sayısı arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kutsal ve ark.'nın çalışmasında ilerleyen yaş ile kullanılan ilaç sayısının anlamlı olarak artmakta olduğu bulunmuştur(49).Çin'de 65 yaş ve üzeri bireylerde yapılan çalışmada 5 ve üzerinde ilaç kullanan hastaların oranı %54,6 idi (50).Öztürk ve Gülen Uğraş'ın çalışmalarında 65 yaş ve üzeri hastalarda 4 ve üstünde ilaç kullananlar %46,7 oranındaydı(51).Birinci basamağa başvuran yaşlılarda ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili bir çalışmada yaşı 65 ve üzerindeki hastalar ortalama $4,24 \pm 2,38$ ilaç kullanmaktaydı ve hastaların %58,3'ü 4'ten çok ilaç kullanıyordu(52). Yaşlılarda ilaç uyumunun araştırıldığı farklı bir çalışmada 65 yaşın üzerindeki kişilerde 4 ve daha çok sayıda ilaç kullanma oranı %45,2'yd(53). Bu veriler ışığında göre bu çalışmada da diğer çalışmalarda olduğu gibi en az 1 ilaç kullanan bireylerin sayısı ile hiç ilaç kullanmayan birey sayısının birbirine yakın olduğu bulunmuş ve toplumda ilaç kullanan hastaların tüm bireyler içinde yadsınamaz bir kesimi oluşturduğu görülmüş ve ilerleyen yaş ile kullanılmakta olan medyan ilaç sayısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Polifarmasi sıklığının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğunu belirten çok sayıda araştırma mevcuttur(49, 54, 55). Bahat ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların %63,2'si, erkeklerin %55,3'ü çoklu ilaç kullanımına sahipti(56). Gümüştakım ve Başer tarafından yapılan çalışmada kadınların erkeklere göre daha çok sayıda ilaç kullanmakta olduğu görülmüş, cinsiyet ile polifarmasi arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur(52).Yine aynı çalışmada dört ve üzerinde ilaç kullanımına kadınlarda sık rastlanmıştır(52).Ankara'da yapılan araştırmada çoklu ilaç kullanımı olan bireylerin çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur(57).Turhan ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada da kadınların kullanmakta olduğu ortalama ilaç sayısı ile erkeklerinki arasında kadınlar lehine fark vardı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı aynı zamanda 4 ve üzerinde ilaç kullanan kişilerin %60,3'ünü kadınlar oluşturmaktaydı (53). Diğer çalışmaların aksine Şayir ve ark.'nın çalışmasında 4 ve daha fazla ilaç kullanmakta olan katılımcıların %68'i erkek iken %32'si kadındı(58).Mevcut çalışmada polifarmasi sıklığı erkeklerde %21,1 kadınlarda % 16,5 olmak üzere erkeklerde kadınlara göre daha fazla bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Çalışmamızda polifarmasi sigara kulllananların %19'unda, kullanmayanların 15,5'inde, sigarayı bırakmış olanların 34,1'inde görülmekte olup sigara kullanımı ile polifarmasi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta ve sigarayı bırakmış olanlarda polifarmasi sıklığı daha fazla görülmektedir. Bursa ilinde ilaç kullanım alışkanlıkları ve polifarmasi üzerine yapılan bir araştırmada sigara kullandığını veya sigara kullanmayı bıraktığını belirten kişilerde polifarmasi görülme sıklığı hiç kullanmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(59).ABD'de gerçekleştirilen çalışmada ise sigara kullanmayı bırakanlarda, alkol kullanımı olmayanlarda, BMI'si yüksek kişilerde, gelir düzeyi daha yüksek kişilerde polifarmasi sıklığı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur(60).Bu çalışmada da benzer şekilde alkol kullanımı ile polifarmasi arasında anlamlı istatistiksel fark olup,alkol kullanmayanlarda polifarmasi sıklığı daha fazla bulunmuştur.

5.3. Kronik Hastalıkların Karşılaştırılması

Çalışmamıza göre aile sağlığı merkezlerimize başvuran kişilerde en sık görülen kronik hastalık %40,1 oranı ile hipertansiyondur. İzmir'de aile hekimleriyle gerçekleştirilen kronik hastalıkların yönetimi ile ilgili bir çalışmada hekimlere en sık başvuru sebebi olan kronik hastalık çalışmamıza benzer şekilde %79,9 oranında tespit edilen hipertansiyondur(61).Sağlık bakanlığının paylaştığı istatistiklere göre yaşlı popülasyonda görülen kronik hastalıklar sıklığına göre hipertansiyon (%30.7), osteoartrit (%20.4), kalp yemeziği (%13.7), diyabet (%10.2) ve koroner arter hastalığı (%9.8)'dir (62). Pitkala ve ark.'nın uygunsuz ilaç kullanımı üzerine 3219 yaşlıda yaptığı çalışmada en sık rastlanan kronik hastalıklar hipertansiyon(%46.0), koroner arter hastalığı(%27.8),demansiyel hastalıklar(%18.5),serebrovasküler hadiseler (%13.9) ve diyabetes mellitus (%11.4) şeklindedir(63).Bizim çalışmamızda en az bir kronik hastalığı bulunan bireylerin oranı %54,4'tür ve kronik hastalıklar değerlendirildiğinde literatürle uyumlu şekilde %40,1 oranı ile ilk sırada hipertansiyon yer almaktadır. Hipertansiyonu %32,0 oranında ortopedik problemler, %24,4 oranında kalp hastalıkları, %21,8 oranında tiroid hastalıkları ve %19,8 oranında diyabet takip etmektedir. Elde ettiğimiz verilerin hem Türkiye hem de diğer ülkelerde yapılmış çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmamızda en az bir kronik hastalığa sahip bireylerin oranı %53,8 iken 18-45 yaş

arası hastalarda ortalama kronik hastalık sayısı $0,41 \pm 0,67$; 45-65 yaş arası hastalarda $1,70 \pm 1,53$; 65 yaş üstü hastalarda $2,68 \pm 1,20$ bulunmuş ve ilerleyen yaş ile kronik hastalık sayısında da artış olduğunu görülmüştür. Türkiye’de yapılmış bir çalışmada 65 yaş ve üstündeki bireylerin %76’sı en az 2 adet kronik hastalığa sahipti (64). Turhan ve ark.’nın yaşlılarda ilaç uyumunu araştırdıkları çalışmada ise 65 yaş ve üzerindeki hastalar içinde en az 2 adet kronik hastalığa sahip olma oranı %76,2’dir ve kronik hastalığı olanların %19.7’sinde 1, %27.9’unda 2, %26.6’sında 3 ve %25.8’inde 4 ve üzeri sayıda kronik hastalık mevcuttu(53). Bu çalışmada mevcut kronik hastalığı olanlara bakıldığında multimorbidite olarak tanımlanan toplamda 2 ve üzeri kronik hastalığı olan 108 (%28.8) hasta tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu olup ilerleyen yaşla birden çok kronik hastalığa sahip kişilerin sayısında artış olduğu ve 65 yaş üstünde çok sayıda kronik hastalığa sahip olanların oranının arttığı bulunmuştur.

Kronik hastalık sayısı ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında kadınların daha çok kronik hastalığa sahip olduğunu belirten birçok çalışma bulunmaktadır. Brezilya’da yapılmış bir araştırmada 3 ve üzeri kronik hastalığı bulunan kadınların oranı %70,4, erkeklerin oranı %56,9 bulunmuştur(54). 2019 yılında Diyarbakır’da kronik hastalığı bulunan hastaların tedaviye uyumunu araştıran bir çalışmada kadınlarda %69,3, erkeklerde %51,7 oranında en az 2 kronik hastalık bulunmaktaydı ve kadınların kronik hastalık sayısı erkeklerden fazla bulundu(65). Diğer bir araştırmada, hastaların %93.9’unda en az bir kronik hastalık mevcuttu ve kadınlarda sahip olunan kronik hastalık sayısı anlamlı olarak daha fazlaydı (64). Benzer bir çalışmada ise cinsiyet ve kronik hastalık sayısı arasındaki ilişkiye bakılmış ve anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (28). Çalışmamızda da kronik hastalık sayısı ve cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürün genelinden farklı bir sonuç elde etmemizin sebebinin bu konuda yapılmış çalışmaların geneli yaşlı popülasyonda uygulanmışken çalışmamızın daha geniş yaş grubunda, erişkin hastalara uygulanmış olması düşünüldü.

5.4. İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Sağlık Sorunlarına Yaklaşımın Karşılaştırılması

Araştırmamızda başvuran hastalara ilaç kullanımlarına ilişkin bilgi, beceri, gereksinim

durumlarına yönelik sorular yönlendirilmiştir. Hastaların %95,2'sinin kullandığı ilaçların kullanım şekilleri hakkında bilgi verildiği %4,8'inin kullanım şekli hakkında bilgilendirilmediği, %45,9'unun yan etkiler konusunda bilgisinin olmadığı, %34,4'ünün kullandığı ilaçlara bağlı bir yan etki yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmamızda kullandıkları ilaçların yan etkisi hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların bu kadar fazla sayıda olmasının sebebinin hekimlerin hastalara bilgilendirmede bulunmaması ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Haney ve Kudubeş'in ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili 18 yaş ve üzeri bireylerde yaptığı çalışmada katılımcıların %9,8'i ilaçlarını ne için kullandığını bilmiyorken %37,7'si ilaç yan etkisi hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir(66). Akkuş ve Karatay'ın 60 yaş üzeri bireylerde yaptığı çalışmada hastaların olası yan etkileri bilmeme oranı %73,0'dı(67). Başka bir çalışmada hastaların hepsi kullanmakta oldukları ilaç etkileri konusunda bilgi sahibiyken, %39.0'ı ilaçların olası yan etkilerini hiç bilmiyordu(58).Diğer bir çalışmada kullanmakta olduğu ilaçların yan etkisi hakkında bilgi sahibi olmayanların oranı %64,7 idi(57). Çalışmamızda olduğu gibi benzer diğer çalışmalarda da görülen ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında hastaların azımsanmayacak bir kesiminin yetersiz bilgi sahibi olması dikkate alınması gereken bir sonuç olarak karşımıza çıkmakla birlikte, bu durumun hekim ile hasta arasındaki iletişim ve aktarım yetersizliğinden kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

Portekiz'de yapılan 4312 kişinin katıldığı bir araştırmada hafif-orta şiddette sağlık problemi ile karşılaşma durumunda hastaların %45.6'sı doktora başvurduğunu söylerken, %27.6'sı eczacıya danışarak öneri almış, %26.2'si self medikasyona başvurmuştur(69). Özçelikay'ın çalışmasında katılımcılar %56.6 oranında herhangi bir hastalıkla karşılaştığında doktora başvurduğunu, % 27.0 oranında elindeki ilaçlarla kendi kendini tedavi etmeye çalıştığını, 13,8 oranında hastalığın tedavisi ile ilgili herhangi bir şey yapmayıp beklediğini, % 2,5 oranında ise eczacıya danıştığını belirtmiş(70).2004 yılında Amman'da yapılan 819 kişinin katıldığı çalışmada kendi kendine ilaç kullanma oranı %42,5 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların kendi tedavilerini düzenlerken %14,2 oranında eczacıdan, %17,6 komşu veya arkadaşlarından, %21,9 diş hekimi, hemşire gibi diğer sağlık çalışanlarından tavsiye aldıkları, %27 oranında da daha önceki deneyimlerine göre ilaçları kullandıkları öğrenilmiştir(71). Bizim çalışmamızda da yapılan benzer araştırmalar ile uyumlu olarak katılımcıların çoğu (%86,7) yeni bir

tıbbi durumla karşılaştığında doktora başvuruyordu. Katılımcıların %24,3'ü hastalandığı zaman evdeki ilaçlardan kullandığını belirtirken, “doktor olamayan yakınlarımın önerilerine uyarım” diyenlerin oranı %6,1, “İnternet-gazete-tv de önerilen ilaçları kullanırım” diyenlerin oranı %5,6,eczacıya başvuranların oranı %14,4,bitkisel tedavilere yönelenlerin oranı ise %21,6 olmuştur. Antalya’da yapılan bir çalışmada da kronik hastalığı bulunan bireyler herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığında %84,5 gibi yüksek bir oranda öncelikle doktora başvurduğunu belirtti(72).Çalışmamızda doktora başvurunun yüksek olmasının sebebi olarak ASM şartlarında yapılmış olan çalışmamıza katılan bireylerin doktora ulaşımının rahat ve kolay olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda hastaların %58,9'u reçeteli ilaçlarını doktorun önerdiği şekilde kullanıyordu.%24,8'i şikayeti geçene kadar kullandığını, %13,1'i ilaç bitene kadar kullandığını ,%3,2'si ise düzenli kullanmadığını belirtmiştir. Ayrıca çalışmamızda yaş, cinsiyet ve eğitim durumu ile ilaçların düzenli kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiştir. 65 yaş ve üzerindeki kişilerin diğer yaş grubundaki bireylere göre, erkeklerin kadınlara göre, ortaokul ve altındaki eğitim seviyesinde olanların daha üst eğitim seviyesindekilere göre ilaçlarını düzensiz kullandığını görülmektedir. Turhan ve ark.'nın üniversite tabanlı yaptıkları araştırmada katılımcıların %71,3'ü sürekli kullandıkları ilaçları düzenli kullandığını belirtmiş ve erkeklerin kadınlara göre, öğrenim durumu ortaokul üstü olanların ortaokul altı olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde ilaçlarını daha düzenli kullandığı saptanmıştır(53).Özçelikay'ın çalışmasında hastalar %76.1 oranında “mevcut ilaçlarını düzenli kullanma” konusunda hekimin tavsiyelerine tamamen uymuş, %23,9'u ise ilaçlarını şikayeti geçince bırakmıştır(70).Mert ve Kuruoğlu tarafından hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumun değerlendirildiği çalışmada ilaç uyumu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(73). Diğer bir çalışmada ilaçların düzenli kullanımı ve cinsiyet arasında ilişki olup olmadığına bakılmış ve çalışmamıza benzer şekilde kadın hastaların ilaç kullanımının erkeklere kıyasla daha düzenli olduğu bulunmuştur(74). Cingil ve ark.'nın çalışmasında ise kadınlarda ilaç kullanımı erkeklere nazaran daha düzensiz bulunmuştur(75).

Hastalara ilaç alırken yaptıkları hata yada hataları sorduğumuz çalışmamızda hastaların %28,5'i günlük doz atlama hatası yaptığını %34,4'ü ise ilaç alırken

zamanlama hatası yaptığını belirtmiştir. Doz atlama sebebinin sorduğumuz katılımcılar da en sık unutkanlık sebebiyle doz atladığını belirtmiş, ikinci sırada ise kendimi iyi hissettiğim için cevabını vermiştir. Ekenler ve Koçoğlu tarafından yapılmış çalışmada tedaviyi doktor tarafından önerilmiş süreden önce bıraktığını belirtienlerin oranı %77,3 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur(76). Uludağ Üniversitesi'nde yapılan yaşlı hastalarda çoklu ilaç kullanım özelliklerinin araştırıldığı çalışmada %42,1 oranında hastanın ilaçlarını doktor tarafından önerilenden farklı dozda kullanmakta olduğu görüldü. Bu hastalardan %91'i ise farklılığın sebebinin "ilaç dozunu atlama" olduğunu belirtmiştir. Doz atlama nedeni sorgulandığında en sık yapılan hata ilacın alınmasının unutulması olarak bulunmuş, bunu "ilacın yan etkisi" izlemiştir(64).İlaç kullanımına dair hata olarak en sık unutkanlığın bildirildiği çalışmamıza bir geri dönüş olarak unutkanlığın önlenmesi için hastanın bir takım yaşam tarzı değişiklikleri oluşturması, hatırlatma yöntemleri geliştirilmesi ve ilaç kullanmaya başlarken yeterli bilincin oluşturulması açısından doğru bir iletişim ve bilgilendirmenin faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastaların %65,3'ü ilaç kullanmayı unutturken %34,7'si unutmuyordu. Bir diğer araştırmada %52,4 oranında hasta bazı zamanlar ilaçlarını kullanmayı unuttuğunu bildirmiştir(67). Çoklu ilaç kullanımı olan kişilerle yürütülen diğer bir çalışmada hastalardan %36,3'ü ilaç almayı unutmakta bunlardan çoğu da (%63,3) unutmamak için ilaçlarını "görebileceği bir yere koymayı" tercih etmekteydi(57). Şayir ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %24,0'ı ilaçlarını almayı unuttuklarını belirtmiştir(58). Çalışmamızda ilaç kullanmayı unutma oranlarının diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasının sebebinin araştırmayı sürekli kullanılan bir ilaç yada en az bir kronik hastalığı bulunma şartı olmaksızın yürütmemiz olabileceği, bireylerin sürekli kullanmadıkları ilaçları unutmaya daha meyilli olabilecekleri düşünüldü.

Bu çalışmada hastalara kullanmakta oldukları ilaç yada ilaçların prospektüslerini okuyup, okumadıkları sorulduğunda hastaların %59,9'u okuduğunu,%30,1'i okumadığını belirtmiştir. En az bir kronik hastalığı bulunanların kronik hastalığa sahip olmayan bireylere göre prospektüs okuma oranı daha düşük bulunmuştur. Yaş, cinsiyet ve eğitim durumu ile prospektüs okuma arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Antalya'da akılcı ilaç kullanımı ve polifarmasi üzerine yapılmış çalışmada katılımcıların %66,2'si

prospektüs okuduğunu, %28.1 kadarı okumadığını,%5.8'iyse bazen okuduğunu belirtmiştir (72).Diğer bir çalışmada ise katılımcılardan %55,7'si kullanmakta olduğu ilacın prospektüsünü okumuyordu(66).Adana'da yapılan bir çalışmada prospektüs okuduğunu belirtenlerin oranı %71.9 du. Çalışmamızda ilaç prospektüs okuma oranının eğitim düzeyi ile ilişkisiz kronik hastalığı olmayanlarda yüksek çıkmasının sebebinin insanların sürekli kullandıkları ilaçlar hakkında prospektüs bilgisine gerek duymayıp, yeni bir tıbbi durumda kullandıkları ilaçlar hakkında daha çok prospektüs okumaları olabileceği düşünüldü.

Toplumumuzda gerekli olabileceği düşüncesi ile evde ilaç bulundurmak çok sık görülen bir davranıştır. Çalışmamızda da bu oran %55,5 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanlar evde %84.0 oranı ile en çok ağrı kesicileri bulundurmaktadırlar. Pınar'ın Adana'da yaptığı çalışmada “evde bulunması için ilaç yazdırır mısınız?” %24 oranında “evet” cevabı verilmiştir. Evde bulundurulan ilaç çeşitleri sorgulandığında ilk sırada %94,4 gibi yüksek bir oranda ağrı kesiciler ve ateş düşürücüler bulunmuştur ve bunları sırasıyla antigribal ilaçlar, antibiyotikler, antitusifler, ülser ilaçları, kas gevşeticiler, GİS ilaçları, vitaminler, antihipertansifler, antidiyabetikler, antihistaminikler, antiepileptikler, romatizma ilaçları, astım ilaçları takip etmiştir(78).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kullanım sıklığı toplumsal farklılıklardan etkilenmektedir. Birinci basamağa başvuran hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada 60 yaş ve üstü 300 hasta tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı açısından incelenmiş ve TAT kullanımının %98,3 oranı ile oldukça yaygın olduğu bulunmuştur(79). Bursa'da yine birinci basamakta akılcı ilaç kullanımı üzerine yapılan çalışmada alternatif tıp yöntemlerine başvuran hasta sayısı %10,0 bulunmuş ve yaş ile başvuru alan alternatif tıp yöntem sayısı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır(59). Alternatif tıp yöntemlerine bakış açısını sorduğumuz çalışmamızda katılanların %34.1'i mevcut ilaçlarına yardımcı olarak alternatif tıp yöntemlerine başvurduğunu, %18,8'i ilk olarak bu yöntemlere başvurduğunu,%22,7'si bilgisi olmadığını, %30.4'ü ise tercih etmediğini belirtmiştir. “Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?” Sorusu ile yaş ve eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur.65 yaş ve üzerindeki hastaların diğer yaş gruplarına göre daha fazla alternatif tıp yöntemlerine yöneldiği ayrıca eğitim durumuna bakıldığında en sık ilkokul ve altı eğitim durumuna sahip katılımcıların alternatif tıp uygulamalarını

tercih ettiği saptanmıştır. Bunun nedeninin bu yöntemlerin ülkemizde halen geleneksel olarak sürdürülmesi sebebiyle daha düşük eğitim düzeyindeki ve daha ileri yaştaki bireyler arasında yaygın uygulanması olabileceği düşünüldü. Bunların yanısıra katılımcılara hangi alternatif tıp yöntemlerine başvurdukları sorulmuştur ve %72,4 gibi yüksek bir oranda katılımcıların bitkisel tedavilere başvurduğu görülmüştür. Bitkisel tedaviler hem geçmişte hem günümüzde bireylerin oldukça sık başvurduğu bir tedavi yöntemidir. Sivas'ta 3876 kişi ile yapılan çalışmada bitkisel ilaçları kullananların oranı %39,2 bulunmuştur. Kadınların %64 oranı ile ve eğitim düzeyi yüksek olanların %30,2 oranı ile bu tedavileri daha çok kullandığı görülmüştür(80). Karataş ve arkadaşlarının çalışmasında bitkisel tedavilerin kullanım oranı %59,8'dir ve bunların %55'i grip ve soğuk algınlığı için bu ürünleri kullandıklarını söylemişlerdir(77).Pınar'ın Adana'da gerçekleştirdiği çalışmada bitkisel tedavi kullanım oranı %49,4, cinsiyete göre bakıldığında kadınların %50,4, erkeklerin %47,7 oranı ile bitkisel tedavilere başvurduğu bulunmuştur(78). Benzer diğer bir sonuç olarak Ankara EAH'nde yapılmış çalışmada, bitkisel tedavileri kullanım %46,9 bulunmuştur. Bu çalışmada ilaç dışı tedavi yöntemlerinin kadınlar(%54,6), bekarlar(%55,8) ve 65-74 yaş aralığındaki bireyler (%53,7) tarafından daha çok tercih edildiği görülmüştür(57). Almanya'da altı odak grupta yapılan46 kişinin katıldığı çalışmada tüm yaş gruplarında bitkisel tedavilerin hafif-orta dereceli hastalık durumunda kullanıldığı bulunmuş, sadece yaşlı grupta hastalığın önlenmesi ve sağlığın teşviki, bitkisel tedavinin öncelikli kullanım nedeni olarak saptanmıştır(81). Jamaika'da yapılan 372 kişinin katıldığı anket çalışmasında katılımcıların %72,6'sının şıfalı bitkileri kullandığını belirtmiş, diğerlerinin ise bilgi eksikliği ya da güvenlik kaygısı sebebiyle bu tür tedavileri tercih etmedikleri öğrenilmiştir. Yine bu çalışmada tek başına bitkisel ilaç kullanım yaygınlığının 65 yaş ve üzeri kişilerde en düşük olduğu, erkeklerde %62,4 oranla kadınlara göre daha çok bu tedavilerin tercih edildiği görülmüştür. Aynı çalışmada tek başına bitkilerin kullanım sıklığı, yükseköğrenime sahip bireylerde en düşük ve orta ğretimi tamamlamış olanlarda en yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bize akılcı ilaç kullanımında eğitim düzeyinin önemli bir etken olabileceğini düşündürmektedir(59).

5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Çalışmamıza sadece Samsun Eğitim ASM'lere başvuran hastalar katılmış olup Türkiye genelini yansıtmamaktadır.
2. Polifarmasinin değerlendirildiği çalışmamızda literatürde polifarmasiye ait kesin bir tanı olmaması nedeniyle araştırmacı tarafından belirlenen, yaygın örneklerinin de mevcut olduğu 4 ve üzeri sayıda ilaç kullanımı polifarmasi olarak kabul edilmiştir. Kriterin değişmesi sonuçları da etkileyebilir.
3. İlaç kullanım alışkanlıkları değerlendirilirken hastaların hatırladıkları kadarıyla cevaplayabileceği bazı sorular bulunmaktadır. İlaç isimleri, ilaç kutu miktarları evde birikmiş ilaçların net değerlendirilmesi için hastadan ilaçları göstermesi istenebilir. Yurtdışında evde ziyaret ile yapılmış çalışma örnekleri de mevcuttur.

6. SONUÇ – ÖNERİLER

Yetişkin hastalarda ilaç kullanım alışkanlıkları ve tedaviye uyumu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada ilerleyen yaşla birlikte katılımcıların kullanmakta olduğu ilaç sayısının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı görüldü. Araştırma sonundaki bulgulara bakıldığında 65 yaş ve üzeri yaş grubunda hastaların sahip olduğu kronik hastalık sayıları ve buna bağlı olarak da kullandıkları ilaçların miktarları artmaktadır. Yaşlı hastaların çoklu ilaç kullanımından ötürü, ilaçların yan etkilerine ve ilaç ilaç etkileşimlerine fazla maruz kalıyor olması hekimleri reçetelerini olabildiğince az kalemde ilaç ile oluşturmaya ve mümkün olduğunca iki veya üç ilaçtan oluşan kombinasyon tedavileri tercih etmeye yönlendirmelidir.

Çalışmamızda görülme sıklığı en yüksek kronik hastalık hipertansiyon olarak bulunmuştur. Bu nedenle birinci basamakta çalışmakta olan hekimlerinin tansiyon ölçümünü her hastaya rutin bir yaklaşım haline getirmesi, bu kadar sık rastlanan ve komplikasyonlara yol açan hipertansiyonun erken teşhisinde faydalı olacak, öncelikli tedavi yaklaşımı olan yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanarak hastalığın önlenmesini sağlayabilecek ve ilaç tedavisinin gerektiği durumlarda tedaviye erken başlanmasını sağlayabilecektir.

Araştırmamızda katılımcıların eğitim düzeyleriyle ilaçları hekimin önerdiği şekilde, düzenli kullanma davranışı arasında kesin bir neden sonuç ilişkisi bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça ilaçlarını düzenli kullananların oranı istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde artmaktaydı. Hastaların eğitim durumları ile prospektüs okuma alışkanlığı arasında kesin bir ilişki olmasa da ilaçların düzenli kullanımı arasında fark bulunmasından ötürü hekimler için, başvuran hastalara sağlık durumları ve tedavileriyle ilgili bilgi verirken eğitim durumlarını dikkate alarak yaklaşımda bulunmaları önerilerilebilir.

Hastaların tedavilerini uygun dozda ve doğru süre boyunca kullanmamaları, reçetesiz kullanılan ilaçlar, hekim tavsiyesi ve bilgisi dışında bitkisel tedavi kullanımı oldukça sık karşılaştığımız akılcı olmayan ilaç kullanımı örnekleridir. Polifarmasi ve tedaviye uyumsuzluk hastanın tedaviye ulaşamamasına, tedavi süresinin uzamasına, ilaç ilaç etkileşiminde artışa bundan ötürü de ilaç yan etkilerinin fazla görülmesine ayrıca yüksek tedavi maliyetlerine ve hasta mortalitesi dahil olmak üzere birçok olumsuz

sonuca yol açabilmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili toplum çapında farkındalık yaratmak, hastanın doğru bilgiye ulaşabilmesini sağlamak ve reçetesiz ilaç satışı ile ilgili gerekli bazı düzenlemeleri yapmak için eğitim planlamalarına ve politik çabalara ihtiyaç duyulmaktadır. Eczanelerden reçetesiz ilaç alımı için hassas denetimler olmalı, yeterli miktarda ilaç sağlanmalı ve evde ilaç biriktirme alışkanlığının önüne geçilmelidir. Bakımda sürekliliği sağlayan, hastalarını yakinen tanıyan ve hastaların sağlık sistemi içindeki koruyucusu rolündeki aile hekimleri, akılcı ilaç kullanımı konusunda başrolü üstlenmelidir. Tüm sağlık profesyonelleri iş birliği içinde ve hasta özelinde iletişim halinde olmak konusunda gayret göstererek hekime yardımcı olmalı bu yol ile hekimler gerek ilaç tedavilerini gerekse ilaç dışı tedavileri düzenleyerek takip etmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Zelko E, Klemenketis Z, Tusekbunc K. Medication Adherence in Elderly with Polypharmacy Living at Home: a Systematic Review of Existing Studies. *Materia Socio Medica*. 2016;28(2):129.
2. World Health Organization. The rational use of drugs. Report of the conference of experts. Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva 1987. [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62311/WHO_CONRAD_WP_RI.pdf?sequence=1].
3. Özyurt E, Aydın İ, Aydın H, Erduran S, Uğurlu D, Akar Y, et al. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesinde'ki hastaların akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Health Care Academician Journal*. 2018;5(2).
4. Bir Grup Kadının İlaç Kullanımı İle İlgili Bazı Davranışları: Akılcı mı?’, *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2011; 33: 266-277.
5. Veazie PJ, Cai S. A connection between medication adherence, patient sense of uniqueness, and the personalization of information. *Med Hypotheses*. 2007;68(2):335-42.
6. WHO (2002) Promoting rational use of medicines: Core components: WHO policy perspectives of medicines. No. 5. World Health Organization, Geneva. [Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh3011e/2.html>].
7. Öztürk Haney M, Akdeniz Kudubeş A. Determination of Medication Use Habits of Adults Living in Rural Area. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017:213-20.
8. Aktay G, Hancı H, Balseven A. İlaç etkileşimleri ve hekim sorumluluğu. *Sürekli tıp eğitimi dergisi*. 2003;12(7):261-4.
9. Göçgeldi E, Uçar M, Açıkel CH, Türker T, Hasde M, Ataç A. Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(2).
10. Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2005(15):53-67.
11. Ferner R, Aronson J. Communicating information about drug safety. *Bmj*. 2006;333(7559):143-5.
12. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, Ariail JC, Simpson KN. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clin Interv Aging*. 2008;3(2):383-9.
13. Duerden M AT, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation: Making it safe and sound The King's Fund 20132013 [Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/polypharmacy-and-medicines-optimisation>].
14. Lin S, Zhang G, Wei D-Q, Xiong Y. DeepPSE: Prediction of polypharmacy side effects by fusing deep representation of drug pairs and attention mechanism. *Computers in Biology and Medicine*. 2022;149:105984.

15. Yıldırım AB, Kılınç AY. Yaşlı hastalarda polifarmasi ve ilaç etkileşimi. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2017;45(5):17-21.
16. Bjerrum L, Sogaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen A prescription database study. *European journal of clinical pharmacology*. 1998;54(3):197-202.
17. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM-d. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Family Practice*. 2000;17(3):261-7.
18. Fulton MM, Riley Allen E. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005;17(4):123-32.
19. Jørgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander M-A, Svärdsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Annals of Pharmacotherapy*. 2001;35(9):1004-9.
20. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British journal of clinical pharmacology*. 2007;63(2):187-95.
21. Wyles H, Rehman H. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*. 2005;16(5):311-3.
22. Nightingale G, Hajjar E, Andrel-Sendecki J, Swartz K, Chapman A. Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence and associations with potentially inappropriate medication (PIM) use among ambulatory senior adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*. 2014;5:S21-S2.
23. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract*. 2005;17(4):123-32.
24. İlhan B, Bahat G. Elderly and Rational Drug Use - Yaşlı ve Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Geriatri*. 2015;1:1-7.
25. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. *Klinik Gelişim*. 2012;25(3):18-23.
26. Çakmur H. Türkiye'nin İki Farklı İlinde (Kars-Izmir) Yaşlılarda Polifarmasiyi Etkileyen Faktörler/Factors Affecting Polypharmacy in Elderly in Two Different (Kars-Izmir) Cities of Turkey. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2014;34(1):71.
27. Wyles H, Rehman HU. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *Eur J Intern Med*. 2005;16(5):311-3.
28. Bozkurt E, Parlar A, Arslan SO. Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının incelenmesi ve polifarmasi varlığı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;5(1):1254-66.
29. Mehmet M. Akılcı İlaç Kullanımı *Anestezi Dergisi*. 2010;18(3):131-4.
30. Eşkazan E. Akılcı ilaç kullanımı. *İstanbul: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları*. 1999:9-20.

31. de Vries T, Henning R, Hogerzil H, Fresle D. World Health Organisation, Guide to Good Prescribing. A practical manual Action programme on Essential drugs Geneva. 1994:1-100.
32. Sürmelioglu N, Kiroglu O, Erdoğdu T, Karataş Y. Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2015;24(4):452-62.
33. Kayaalp SO. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji: Hacettepe Taş Kitapçılık Limited Şti.; 2005.
34. DEMİRKIRAN M, ŞAHİN B. Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2010;13(1):1-28.
35. Horder J, Bosanquet N, Stocking B. Ways of influencing the behaviour of general practitioners. The Journal of the Royal College of General Practitioners. 1986;36(292):517-21.
36. Organization WH. Promoting rational use of medicines: core components. World Health Organization; 2002.
37. Pınar N. Ülkemizde ilaç harcamaları. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2012;19(1):59-65.
38. Financing OOfEC-oaDHEa. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Health Expenditure and Financing; OECD.Stat; [Available from: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT].
39. 2015 TAIKBCSE. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni Cilt 2; Sayı 9; Eylül 2015: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu.; [Available from: <https://titck.gov.tr/storage/news/6da4e9a668067.pdf>].
40. T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü ITS. T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, İlaç Takip Sistemi [Available from: <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/ilac-takip-sistemi-its>].
41. Yılmaztürk A. Türkiye'de ve dünyada akılcı ilaç kullanımı. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2013;2(2):42-9.
42. İskit A. Akılcı ilaç kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006;15(7):4-5.
43. The European Definition Of General Practice / Family Medicine, WONCA Europe Office Publication 2011 Edition. [Available from: <https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>].
44. Türkiye'de Aile Hekimliği T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2017 [Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>].
45. TUIK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2022 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-SonucLari-2022-49685>].

46. TUIK İK, 2022. İstatistiklerle Kadın, 2022 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2022-49668#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,1'ini%20ise%20erkekler%20olu%C5%9Fturdu>].
47. KARA DD, Ertan M, UYSAL Y, BAŞHAN İ. Evaluation of medication adherence in adults who use multiple medications in the context of illness perception, acknowledgement and attitude characteristics. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2017;11(4):227-34.
48. Gümüştakım RŞ, Başer DA. Birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Bir kırsal alan örneği. Turk J Fam Pract. 2019;23(1):2-8.
49. Kutsal YG, Barak A, Atalay A, Baydar T, Kucukoglu S, Tuncer T, et al. Polypharmacy in the elderly: a multicenter study. Journal of the American Medical Directors Association. 2009;10(7):486-90.
50. Papapetrou I, Jelastopulu E, Symeonidou E, Kleridou M, Floridou D, Charalambous G. Investigation of polypharmacy and rational prescribing in elderly patients in a health centre of Nicosia, Cyprus. China-USA Business Review. 2012;11(12).
51. Öztürk Z, Uğraş KG. Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi. 2017.
52. Aydın Z. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;13(4):43-6.
53. Turhan Ö, Kibar E, Ekren E, Engin O, Ercan D, ERDAL A, et al. Yaşlılarda ilaç uyumu: üniversite hastanesi tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. Nobel Medicus. 2014;10(2).
54. Rozenfeld S, Fonseca MJ, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2008;23(1):34-43.
55. Özdemir O. ADÜ Aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri hastaların fonksiyonel yeterlilikleri ile çoklu ilaç kullanımının ilişkisi.
56. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Aydın Y, Tufan A, Akpınar TS, et al. Assessments of functional status, comorbidities, polypharmacy, nutritional status and sarcopenia in Turkish community-dwelling male elderly. The Aging Male. 2013;16(2):67-72.
57. Türker P. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanım Durumları. TC Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi Ankara. 2017.
58. Taşkın Şayir Ç, Aslan Karaoğlu S, Evcik Toprak D. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(1).
59. Ülger E. Birinci basamakta yetişkin hastalarda polifarmasi, akılcı ilaç kullanımı ve tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. 2021.

60. Charlesworth CJ, Smit E, Lee DS, Alramadhan F, Odden MC. Polypharmacy among adults aged 65 years and older in the United States: 1988–2010. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2015;70(8):989-95.
61. Tüzüner S. İzmir’deki Aile Hekimlerinin ve Aile Hekimliği Asistanlarının Kronik Hastalık Yönetimi Algısı. Uzmanlık Tezi) İzmir: Katip Çelebi Üniversitesi. 2018.
62. Ünsal A, Demir G, Özkan-Çoban A, Arslan-Gürol G. Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. 2011.
63. Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Inappropriate drug prescribing in home-dwelling, elderly patients: a population-based survey. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162(15):1707-12.
64. Pesen E. Genel dahiliye polikliniğine başvuran geriatrik hastalarda polifarmasi ve ilaç kullanımı ile ilgili uygunsuzlukların irdelenmesi: Bursa Uludag University (Turkey); 2013.
65. D. T. Kronik Hastalarda Çoklu İlaç Kullanımlarında Hasta-İlaç Uyumsuzluğunun Değerlendirilmesi. 2019.
66. HANEY MÖ, KUDUBEŞ AA. Determination of medication use habits of adults living in rural area. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017;11(4):213-20.
67. AKKUŞ Y. Kars’ ta 60 yaş üstü bireylerin ilaç kullanım davranışlarının değerlendirilmesi. *TÜBAV Bilim Dergisi*. 2011;4(3):214-20.
68. Yapıcı G. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Medical Journal / Dicle tıp Dergisi*. 2011;38(4):458-65.
69. Paula Martins A, da Costa Miranda A, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2002;11(5):409-14.
70. ÖZÇELİKAY G. Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2001;30(2):9-18.
71. DEMİRBAĞ BC, TİMUR M. Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2012;11(1):1-8.
72. Beggi B. Aile hekimliğinde akılcı ilaç kullanımı ve polifarmasiye yaklaşım. Tıpta Uzmanlık Tezi, Antalya: TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. 2018.
73. Mert H, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi*. 2011;15(1).
74. Kul OE. Kronik hastalıklarda ilaç tedavisi uyumu ve etkili faktörler: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
75. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. 2009.

76. Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016;3(3):44-55.
77. Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Seydaoğlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. Cukurova Medical Journal. 2012;37(1):1-8.
78. Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, Ünal İ. Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(6).
79. Mitchell A, Kaufman D, Rosenberg L. Patterns of Medication Use in the United States: A Report from the Slone Survey. Boston University. 2006.
80. Nur N. Knowledge and behaviours related to herbal remedies: a cross-sectional epidemiological study in adults in Middle Anatolia, Turkey. Health & social care in the community. 2010;18(4):389-95.
81. Welz AN, Emberger-Klein A, Menrad K. Why people use herbal medicine: insights from a focus-group study in Germany. BMC complementary and alternative medicine. 2018;18:1-9.

8. EKLER

8.1. Ek-1: OpenEpi Ekran Görüntüsü

Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc)(N): 7842
Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (p): 50% $\pm$ 5
Confidence limits as % of 100(absolute $\pm$ %)(d): 5%
Design effect (for cluster surveys- $DEFF$): 1

Sample Size(n) for Various Confidence Levels

ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	367
80%	161
90%	262
97%	445
99%	612
99.9%	952
99.99%	1270

Equation

Sample size $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$

Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator--SSPropor
Print from the browser with ctrl-P
or select text to copy and paste to other programs.

8.2. Ek-2: Tez Anketi

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PELİTKÖY VE AZİZİYE EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN YETİŞKİN HASTALARDA ÇOKLU İLAÇ KULLANIM DURUMLARI VE TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Bu anket OMÜ Tıp Fakültesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim A.S.M.'ye başvuran hastaların çoklu ilaç kullanım durumlarını ve tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla oluşturulmuştur. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde başka kişi/kurum/kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Lütfen her soruda size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Dr. Aysun Yılmaz Yavuz-OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Üstisim: dr.yilmazyavuz@gmail.com

- 1.Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- 2.Yaşınız: ~~~~~
- 3.Medeni durumunuz: Evli () Evli değil ()
- 4.Eğitim durumunuz: Okuma yazması yok () Okuma yazma biliyor () İlköğretim () Orta öğretim () Lise () Üniversite () ~~Y. lisans/doktora ()~~
5. Mesleğiniz: Ev Hanımı () İşçi () Memur () Esnaf () Serbest meslek () Emekli () Diğer ~~~~~
- 6.Evde kiminle yaşıyorsunuz? Yalnız () Eşim ve/veya çocuklarımla () Diğer ~~~~~
- 7.Gelir durumu: Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla ()
- 8.Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Bıraktım ()
- 9.Alkol kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()
- 10.Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? Çok iyi () İyi () Ne iyi ne kötü () Kötü () Çok kötü ()
- 11.Hangi kronik hastalıklara ~~sahipsiniz?~~ (Yok ise soruyu atlayınız) Hipertansiyon () Diyabet () Kalp Hastalığı () ~~Kolesterol ()~~ Kanser () ~~Tiroid Hastalıkları ()~~ Ortopedik problemler () Depresyon () Anemi () Diğer () ~~~~~
- 12.Günde kaç farklı ilaç kullanıyorsunuz? (Rakamla belirtiniz) ~~~~~
- 13.Kullandığınız ilaçların isimlerini biliyor musunuz? ~~~~~

İlaç adı	Doktor önerisi/reçetesi var mı?		Kullanım şekli / Doz
	Var	Yok	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

- 14.İlaç kullandığınız dönemlerde ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu? Evet () Hayır ()
- 15.Evet ise ilacınızı almayı ne sıklıkla unutuyorsunuz? Her gün () Haftada bir () Ayda bir () Nadiren ()
- 16.İlaçlarınızı zamanında almadığınız olur mu? Evet () Hayır ()
- 17.İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği dozda (miktar) alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

18. Doktorunuza danışmadan ilaçlarınızı bıraktığınız olur mu? Evet () Hayır ()
19. Kullandığınız ilaçların kullanım şekilleri hakkında bilgi verildi mi? Evet () Hayır ()
20. Kullandığınız ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verildi mi? Evet () Hayır ()
21. İlaç kullanımına bağlı herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı? Evet () Hayır ()
22. Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırır mısınız veya satın alıp evde bulundurur musunuz?
Evet () Hayır ()
23. Evet ise hangi ilaçları reçetesiz alırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
Ağrı kesiciler () Soğuk algınlığı ilaçları () Mide ilaçları () Vitaminler ()
Alerji ilaçları () Göz damlaları () Burun spreyleri () Merhemler () Diğer ~~~~~
24. İlaç reçetesiz alma sebebiniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
Muayene parası ödemek istemediğim zamanlarda () Hekime gitmede zaman sıkıntısı ()
İlaç sürekli kullanma () Eczacıya sorma () Hekimin istenen ilacı yazmaması ()
25. Hekim başvurunuzda daha önce kullanmış olduğunuz ilaçlar ve varsa kronik hastalıklarınıza ait raporlarınız hakkında hekimi bilgilendirir misiniz? Evet () Hayır ()
26. Grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetleriniz üzerine muayene olmadan, kendi başınıza antibiyotik kullanır mısınız?
Evet () Hayır ()
27. Kullandığınız ilaçların prospektüsünü okur musunuz?
Evet () Hayır () NEDEN: Gerek Duymuyorum () Anlamıyorum () Görmüyorum () Diğer ~~~~~
28. Yeni bir tıbbi durumla karşılaştığınızda hangi yol/yolları tercih edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
Doktora başvururum () Evdeki mevcut ilaçlardan kullanırım ()
Doktor olmayan yakınlarımla tavsiyelerine uyarım () İnternet-gazete-tv de önerilen ilaçları kullanırım ()
Eczacının önerdiği ilacı kullanırım () Bitkisel tedavilere başvururum ()
29. Reçeteli ilaçları kullanma ve bırakma durumunuzu hangisi daha iyi tanımlar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
Doktorun önerdiği şekilde kullanırım () Şikayetim geçene kadar kullanırım ()
İlaç bitene kadar kullanırım () Düzenli kullanmam ()
30. İlaç kullanırken en sık yaptığınız hata ya da hatalar hangileri?
Günlük doz atlama () Aç ya da tok alma hatası () Yanlış ilacı kullanma ()
İlaç eksik ya da fazla kullanma () İlaç alırken zamanlama hatası () Hata yapmam ()
31. İlaç alırken doz atlıyorsanız bunun en sık sebebi nedir?
Unutkanlık () Yan etkisinden dolayı () Kendimi iyi hissettiğim için ()
Yanımda bulundurmadığım için () Rapor ya da reçeteleme ile ilgili problemler ()
32. Hastalıklarınızla ilgili alternatif tıp tedavilerine yaklaşımınız nedir?
Mevcut ilaçlarıma yardımcı olarak kullanırım () İlk onları tercih ederim () Tercih etmem () Bilgim yok ()
33. Alternatif tıp yöntemlerinden hangilerini kullanırsınız?
Akupunktur () Apiterapi () Fitoterapi (bitkisel tedaviler) () Hipnoz ()
Sülük uygulamaları () Homeopati () Karyopraktik () Kupa () Osteopati ()
Mezoterapi () Ozon uygulaması () Refleksoloji () Diğer ~~~~~
34. Düzenli vitamin, mineral desteği kullanır mısınız?
Her gün () Haftada 2-3 kez () Ayda 3-4 kez ()
Sadece kendimi kötü hissettiğimde kullanırım () Hayır kullanmam ()
35. "Akılcı ilaç kullanımı" diye bir tanım duydunuz mu? Evet () Hayır ()

8.3. Ek-3: Etik Kurul Onayı



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-26521195-604.02.02
Konu : Dr. Aysun Yılmaz YAVUZ'un
Uzmanlık Tezi Onayı

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ondokuz Mayıs Üniversitesinin 30/09/2022 tarihli ve 61646299-E-49933177-605.01-325203 sayılı yazısı.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi olan Dr. Aysun YILMAZ YAVUZ'un, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÜNAL danışmanlığında yürüteceği "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy ve Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran Yetişkin Hastalarda Çoklu İlaç Kullanım Durumları ve Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörlerin Arttırılması" konulu uzmanlık tezini, OMÜ Pelitköy ve Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapması, Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu" tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Dağıtım:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü
Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (Atakum İlçe Sağlık Müdürlüğü)
Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (İlkadım İlçe Sağlık Müdürlüğü)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: E-26521195-604.02.02-1368-00177011574 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys-Ar-Ge-Projeler-ve-Saglik-Inovasyonu-Birim>
Adalet Mah.100.yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN Dahili: 3102 Bilgi için: SEDA HAKYEMEZ
Telefon: Faks No: 03624405890 HEMŞİRE
e-Posta: veda.hakyemez@saglik.gov.tr İnternet Adresi: argesamsunsaglik55@gmail.com Telefon No: (0 362) 311 25 00



8.4. Ek-4: (Orijinallik Raporu)

ORJİNALLİK RAPORU

%18

BENZERLİK ENDEKSİ

%16

İNTERNET KAYNAKLARI

%4

YAYINLAR

%8

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%4

2

Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi

Öğrenci Ödevi

%2

3

Submitted to Ondokuz Mayıs Universitesi

Öğrenci Ödevi

%1

4

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%1

5

acikerisim.uludag.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

6

Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

%1

7

dspace.ankara.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

8

i-rep.emu.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

%1

9

openaccess.bezmialem.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1