SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALIĞA SAHİP GENÇ VE YAŞLI HASTALARIN İLAÇ UYUMU VE AKILCI İLAÇ KULLANIM BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Mehtap GÜNEL

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Ayla DEMİRTAŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EKİM/2020

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığında Mehtap GÜNEL tarafından hazırlanan "Kronik Hastalığa Sahip Genç ve Yaşlı Hastaların İlaç Uyumu ve Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi'' başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan /Üye: Doç. Dr. Zehra GÖK METİN
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum. ..……

Üye: Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum. ...……

Danışman/Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum. ....……

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 28/10/2020
Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Tezin Teslim Edildiği Tarih: 26/11/ 2020
Prof. Dr. Yalçın ÖZKAN
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitü Müdür V

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Mehtap GÜNEL

12.10.2020

ÖZET

Kronik Hastalığa Sahip Genç ve Yaşlı Hastaların İlaç Uyumu ve Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı bireylerin ilaç uyum durumlarını ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı olarak, 9 Eylül -31 Aralık 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma örneklemini; Pursaklar Devlet Hastanesi, dahiliye polikliniğine/kliniğine başvuran, 18 yaş üzeri olan, en az bir kronik hastalığı olan, en az 1 tane sürekli ilaç kullanan, herhangi bir iletişim engeli olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Araştırma 65 yaş altı 105, 65 yaş ve üzeri 105 olmak üzere toplamda 210 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın uygulaması, dahiliye polikliniklerinin bulunduğu kattaki hasta bekleme salonunda ve dahiliye kliniğindeki hasta odasında yapılmıştır. Görüşmeler yüz yüze yapılmış olup, yaklaşık 15-25 dakika sürmüştür. Araştırmanın verileri "Hasta Demografik Bilgi Formu", "Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği" ve "Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ile Ki-kare testleri, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğine göre hastaların ilaç uyumu incelendiğinde 65 yaş altı ve 65 yaş ve üstü grupta, bilgi düzeyi ve motivasyon bakımından gruplar arasında anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Akıcı İlaç Kullanım Ölçeği puanının 65 yaş altı hastalarda 37,32, 65 yaş ve üzeri hastalarda 34,72 olduğu belirlenmiş olup, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin 65 yaş altı hastalarda 65 yaş üstü hastalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği ile Akıcı İlaç Kullanım Ölçeği puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan genç ve yaşlı hastaların, ilaç kullanımı ile ilgili bilgi eksikliklerinin belirlenmesi ve özellikle yaşlı hastalara akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim programlarının düzenlemesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, genç, hemşirelik, ilaç uyumu, kronik hastalıklar, yaşlı

ABSTRACT

Investigation of Drug Compliance and Rational Drug Use Knowledge Levels of Younger and Older Patients with Chronic Diseases

Purpose: This study was conducted to investigate the status of the drug compliance and rational drug use knowledge levels of younger and older patients with chronic diseases.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between September 9, 2019 and December 31, 2019. The study sample consisted of patients who applied to the internal medicine outpatient/inpatient clinics of Pursaklar State Hospital, were over 18 years old, had at least one chronic disease, was continuously taking at least 1 medication, did not have any communication impairments, and accepted to participate in the study. The study was conducted with a total of 210 patients, with 105 patients under the age of 65 and 105 patients at the age of 65 or over. The study was carried out in the patient waiting room on the floor of the internal medicine outpatient clinic and in the patient room of the internal medicine inpatient clinic. The interviews were held face to face and lasted approximately 15-25 minutes. Data were collected by using "Patient Demographic Information Form," "Turkish Modified Morisky Scale" and the "Rational Drug Use Scale." For evaluating the data, descriptive statistical methods, Chi-square tests, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman correlation analysis were used. Statistical significance level was taken as $p<0.05$.

Findings: When the drug compliance of the patients in age groups under the age of 65 and at the age of 65 or over was examined according to the Turkish Modified Morisky Scale, no significant difference was found between the groups in terms of knowledge level and motivation($p>0.05$). In the Rational Drug Use Scale, the median of the total score was calculated as 37.32 in patients under the age of 65 and as 34.72 in patients at the age of 65 or over, and it was found that rational drug use knowledge level was significantly higher in the group of patients under the age of 65 than in the group of patients at the age of 65 or over. It was found that there is a significant

positive correlation between the scores of the Turkish Modified Morisky Scale and the Rational Drug Use Scale.

Result: It is recommended that the information gaps on drug use in younger and older patients with chronic diseases who are on continuous medication are identified and that education programs are organized on rational drug use especially for older patients.

Keywords: Chronic diseases, drug compliance, nursing, old, rational drug use, young

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince değerli bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren; desteği, ilgisi, hoşgörü ve sabrı ile her zaman yanımda olan değerli hocam ve danışmanım sayın Dr. Öğretim Üyesi Ayla DEMİRTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile yanımda olan Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam sayın Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR'a,

Tez çalışmasının yürütülmesine izin veren Pursaklar Devlet Hastanesi Başhekimliğine,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Derya KARAKAYA, Nurşide KOÇ, Seçil Tuğba GÜRSES'e,

Her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen canım annem Hülya ARSLAN ve babam Tahsin ARSLAN'a,

Ve son olarak beni her zaman destekleyen, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, sevgileriyle her zaman yanımda olduklarını hissettiğim sevgili eşim Cihangir GÜNEL ve oğullarım Gökalp ve Göktürk GÜNEL'e,

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mehtap GÜNEL

ANKARA 2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **Vİ**
İÇİNDEKİLER ..... **İX**
TABLO LİSTESİ ..... **Xİİ**
KISALTMALAR ..... **Xİİİ**
1. GİRİŞ **1**
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2 Araştırmanın Amacı 4
1.3 Araştırma Soruları 4
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1 KRONİK HASTALIK 5
2.1.1 Tanımı 5
2.1.2 DİYABETES MELLİTÜS 5
2.1.2.1 Tanımı 5
2.1.2.2 Epidemiyolojisi 6
2.1.2.3 Fizyopatolojisi 6
2.1.2.4 Tanı Kriterleri ve Sınıflama 7
2.1.2.4.1 Tanı Kriterleri 7
2.1.2.4.2 Sınıflama 8
2.1.2.5 Diyabetin Komplikasyonları 8
2.1.2.5.1 Akut Komplikasyonları 8
2.1.2.5.2 Kronik Komplikasyonları 9
2.1.2.6 Diyabetin Tedavisi 9
2.1.3 HİPERTANSİYON 11
2.1.3.1 Tanımı 11
2.1.3.2 Epidemiyolojisi 11
2.1.3.3 Tanı Kriterleri ve Sınıflama 11
2.1.3.3.1 Hipertansiyonun Sınıflandırılması 11
2.1.3.4 Hipertansiyon Tanısı 13
2.1.3.5 Fizyopatolojisi 13

2.1.3.6 Komplikasyonları 14
2.1.3.7 Hipertansiyon Tedavisi 14
2.1.4 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI 15
2.1.4.1 Tanımı 15
2.1.4.2 Epidemiyolojisi 15
2.1.4.3 Tanı Kriterleri ve Sınıflama 16
2.1.4.4 Patogenez ve Fizyopatolojisi 16
2.1.4.5 Tedavi 17
2.2 Kronik Hastalıklarda Tedavi Uyumu 17
2.2.1 Tedaviye Uyumun Tanımı 17
2.2.2 Kronik Hastalığı Olan Bireylerde İlaç Uyumu 18
2.3 Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı 20
2.3.1 Tanımı 20
2.3.2 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı 20
2.4 İlaç Uyumu ve Akılcı ilaç Kullanımında Hemşirenin Rolü 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM 25
3.1 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ 25
3.2 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ 25
3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 25
3.4 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 26
3.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 27
3.5.1 Hasta Tanıtım Bilgi Formu (EK 1) 27
3.5.2 Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) (EK 2) 27
3.5.3 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği (AİKÖ) (EK 3) 28
3.6 VERİLERİN TOPLANMASI 28
3.7 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 29
3.8 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ 29
4. BULGULAR 31
4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 31
4.2 Yaş grupları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 33

4.3 Yaş Grupları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 37
4.4 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Toplan Puanlarının Karşılaştırılması 39
4.5 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek için Yapılan Korelasyon Analizine ilişkin Bulgular 40
5. TARTIŞMA 41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 47
6.1 Sonuçlar 47
6.2 Öneriler 47
7. KAYNAKLAR 49
EKLER 63
EK-1 Hasta Tanıtım Formu 63
EK-2 Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği 66
EK-3 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği 67
EK-4 Etik Kurul Onayı 69
EK-5 TUEK Onayı 70
EK-6 Hastane İzni 71
EK-7 Aydınlatılmış Onam Formu 72
EK-8 Ölçek İzinleri 73
ÖZGEÇMİŞ ve İLETİŞİM BİLGİLERİ 74

TABLO LİSTESİ

Tablo.4.1.1. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Demografik Bilgilerin Dağılımı 31

Tablo.4.1.2. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Hastalık Özelliklerinin Dağılımı 32

Tablo.4.2.1. Yaş grupları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 34

Tablo.4.3.1. Yaş Grupları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması..... 37

Tablo.4.4.1. Yaş gruplarına Göre Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanları /Motivasyon Puanı ve Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması..... 39

Tablo.4.5.1. Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek için Yapılan Korelasyon Analiz Sonuçları 40

KISALTMALAR

ADA: : American Diabetes Association
AOİK : Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
ARB : Angiotensin II Reseptör Blokerleri
DKA : Diyabetik Ketoasidoz
DM : Diabetes Mellitus
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ESC : Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology)
ESH : Avrupa Hipertansiyon Derneği (European Society of Hypertension)
FEV1 : Zorlu Ekspiratuar Hacim
FVC :Zorlu Vital Kapasite
GOLD : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HbA1C : Glikozillenmiş Hemoglobin A1c
HHD : Hiperozmolar Hiperglisemik Durum
HT : Hipertansiyon
IDF : Uluslararası Diyabet Federasyonu
KB : Kan Basıncı
KAH : Koroner Arter Hastalığı
KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği
KD : Kardiyak Debi
KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PVD : Periferik Vasküler Direnç
SFT : Solunum Fonksiyon Testi
TEMD : Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Derneği
TMMÖ : Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği
TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP : Türk Diyabet ve Epidemiyoloji Çalıma Grubu
WHO : World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalık; uzun süreli, genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal nedenlerin bir araya gelmesine bağlı olarak ortaya çıkan, tedavisi mümkün olmayan, düzenli tedavi, bakım ve yaşam tarzı değişikliği gerektiren durumlar olarak tanımlanmaktadır (1, 2). En sık görülen kronik hastalıkların; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserler olduğu bildirilmektedir (1). Tüm dünyadaki ölüm nedenlerinin yaklaşık olarak %70'i kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir (3). Türkiye'de ise kronik hastalıklar tüm ölümlerin %89'undan sorumludur (4).

Kronik hastalıklar, özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler başta olmak üzere tüm ülkeleri insani, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz etkilemektedir. Bu durum yirmi birinci yüzyılın en önemli sağlık ve kalkınma sorunlarından biridir (5). Yirminci yüzyıldan itibaren ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, eğitim düzeyinde ve aylık gelir miktarında artma, yaşam kalitesinde artma, salgın hastalıkların kontrolünün sağlanması gibi nedenlere bağlı olarak doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır (6). Yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı nüfus artmış ve buna paralel olarak kronik hastalıklarda artış gözlenmiştir (6, 7). Kronik hastalıklarda engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı olarak ifade edilen DALY, ölüme neden olan ya da olmayan hastalık veya bozukluklar nedeniyle kaybedilen yılları sayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür ve toplum sağlığı için özet bir göstergedir. Uzayan yaşam süreleri bireylerin kronik hastalıklarla beraber yaşamasını zorunlu hale getirmiş olmasına karşın, sağlıklı yaşamdan yitirilen yıllar ise artmıştır. Bu durum ise kronik hastalıkların, kişiye ve topluma ekonomik ve sosyal yükünü artırmıştır. Kronik hastalıklara uyum ve akılcı ilaç konusunda bilimsel bilgi ve deneyimlerin artırılması kronik hastalıkların toplum ve birey üzerindeki yükünü de önemli ölçüde azaltabilir (8).

Kronik hastalıklar morbidite ve mortalitenin azaltılması bakımından uzun dönem ilaç kullanımını gerektiren durumlardır (9). Kronik bir hastalığa sahip olmak ve beraberinde sürekli ilaç kullanmak bireyin günlük yaşam aktivitelerini

sürdürmesini zorlaştıran faktörlerdendir (10). Kronik hastalığı olan hastaların %50'si ilaçlarını uygun şekilde kullanmamaktadır (11, 12). Dünya Sağlık Örgütü 'ne göre kronik hastalığa sahip hastaların ilaç uyumu; sosyoekonomik, hasta ile ilgili, tedavi ile ilgili ve sağlık sistemi ile ilgili birçok faktörden etkilenmektedir (13).

DSÖ tedaviye uyumu; genel ya da medikal sağlık önerilerini içselleştirme, ilaç alma, diyete uyum sağlama ve yaşam stilindeki değişiklikleri devam ettirme gibi davranışların kesişimi olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere uyum çok boyutlu bir kavramdır. İlaç tedavisine uyum ise; hastanın ilaçlarının reçete edilmesi, ilaçlara başlama (ilk dozun alınacağı zamanlama), devam etme ve ilacı sonlandırma (ilaç almayı bırakma) süreçlerine ve bu süreçte aldığı önerileri uygulama kararlarının tümüne verilen isimdir (14-16). Kullanılan ilaçlara uyum, kronik hastalık sürecini olumlu yönde etkiler ve mortaliteyi azaltır (17). İlaç uyumsuzluğu, doz azaltımı veya reçete edilen ilaçları tamamen almayı reddetme şeklinde olabilir. Uyumsuzluğun nedenleri arasında karmaşık tedavi planları, sağlık personeli ile yetersiz iletişim, yetersiz sosyal destek gibi faktörler rol oynayabilir (18). İlaç uyumsuzluğunda hastane yatışları artabilir, sağlığı olumsuz etkileyebilir, morbidite ve mortaliteyi artırabilir. Sonuç olarak tedavi maliyetlerinin artmasına sebep olabilir (17). Dünyada ilaç kullanımına bakıldığında en sık kullanılan ilaç gruplarının kardiyovasküler sistem ilaçları ve ağrı kesiciler olduğu belirtilmektedir (19). Kronik hastalıkların artması nedeni ile kişilerin farklı branşlarda doktora başvurma sayısının artması, bireyin doktora sormadan kendi kendine veya başkalarının tavsiyesi ile ilaç ve bitkisel ürünler kullanmaya başlaması çoklu ilaç kullanımına neden olmaktadır (20). Bu durum tedavi maliyetlerinin artmasına, hastaneye yatışlarda artışa ve akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilmektedir (21).

Akılcı ilaç kullanımı kavramı, dünyanın birçok ülkesinde ilaç kullanımındaki artış nedeniyle DSÖ için önemli konulardan biri haline gelmiştir (22). DSÖ, akılcı ilaç kullanımının tanımını ''Bireyin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca sağlayabilme'' şeklinde yapmıştır (23). DSÖ'ne göre; dünyadaki bütün ilaçların %50'si uygunsuz şekilde reçete edilmekte, dağıtılmakta ve uygulanmaktadır (11, 12). Yaşlılarda görülen bilişsel fonksiyonlarda ve görme duyusunda azalma, unutkanlık gibi

değişimler ilaçların fazla veya eksik alınmasına sebep olarak ilaç uyumunu ve kronik hastalık yönetimini olumsuz etkilemektedir (20, 24). Dolayısıyla hastalarda ilaç uyumunda azalma ve akılcı olmayan ilaç kullanımı ortaya çıkmaktadır (21, 25). Ayrıca, ilaçların doğru şekilde kullanılmadığı durumlarda da kullanılan ilacın dozu artmakta ve tedaviye yeni ilaçlar eklenerek çoklu ilaç kullanımı ortaya çıkabilmektedir (26). DSÖ'ne göre standart bir tanımı olmamakla birlikte; polifarmasi, birden fazla ilacın aynı anda kullanılması veya 5 ya da daha fazla ilacın düzenli kullanımı olarak tanımlanmaktadır (27). Özellikle polifarmasi, yan etkilerin görülmesi, ilaç-ilaç etkileşimleri, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimin zayıf olması yaşlılarda akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilmektedir (20, 24).

Gençlerde ise yaşlılara göre daha az ilaç kullanılmasına rağmen, akılcı olmayan ilaç uygulamaları görülmektedir. Bu uygulamalar arasında; doktora gitmeden evdeki ilaçları kullanma, tedavinin önerilen süreden erken sonlandırılması, eczaneden reçetesiz ilaç alınması, başkalarının tavsiyesiyle ilaç kullanılması, ilaçların önerilen doz ve sürede kullanılmaması sayılabilir (28). Akılcı olmayan ilaç uygulamalarında polifarmasi en çok yaşlılarda, reçetesiz ilaç kullanımı ise en çok genç bireylerde görülmektedir (19, 29). Ayrıca, yaşlılarda ilaçların yan etkilerinde artış, yaşam kalitesinde azalma ve sağlık harcamalarında artış görülmektedir (19). Gençlerde ise ilaç bağımlılığı, sağlığın bozulması ve ölüme sebebiyet verecek problemler yaşanmaktadır (11, 28). Bütün bu durumlar; araştırmanın yapılma amacını yansıtmaktadır. Bu araştırma kronik hastalığı olan genç ve yaşlı bireylerde ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım durumlarının belirlenmesini sağlamak ve bu alanda hemşirelerin geliştirebileceği eğitim, planlama, faaliyetler ve araştırmalara yol göstermek amacıyla yürütülmüştür.

Literatüre bakıldığında yaşlı bireylerin ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımları ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (25, 30-33). Ancak genç bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve ilaç uyumu ile ilgili yapılan çalışmalar ve yaşlı bireylerle arasındaki farklılıkları belirleyen çalışmalar sınırlıdır. Yaşlı ve genç bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve ilaç uyumu arasındaki farklılıkları bilmek, hemşirelerin hasta bakımını ve eğitimini olumlu yönde etkileyecektir. Hemşireler, ilaç kullanım sürecinde risklerin azaltılması için hataları fark etme ve önlemede özel bir pozisyona sahiptir

(34). Hemşire; uygulayıcı ve eğitimci rolünü yerine getirerek hastasının ilaçlarını doğru kullanmasına katkı sağlayabilir.

Hemşirelerin hastalarının ilaç kullanımı ve tedaviye uyum sürecinde hangi konularda problem yaşadığını bilmeleri ve o konulara müdahale etmeleri sayesinde hastalarını daha iyi yönetmeleri sağlanabilir. Bu nedenle araştırmada kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı bireylerin ilaç uyum durumları ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca çıkan sonuçlar doğrultusunda hastaların bilgi eksiklerinin de tamamlanması sağlanabilecektir. Bu çalışma sonuçlarının, genç ve yaşlı kronik hastalığa sahip ve devamlı ilaç kullanmak zorunda olan hastaların gereksinimlerine uygun eğitim, planlama ve girişimlerinin yapılmasında hemşirelik literatürüne olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı bireylerin ilaç uyumları ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini belirlemektir.

1.3 Araştırma Soruları

1. Kronik hastalığa sahip genç bireylerin ilaç uyumları nasıldır?
2. Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin ilaç uyumları nasıldır?
3. Kronik hastalığa sahip genç bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi düzeyleri nasıldır?
4. Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi düzeyleri nasıldır?
5. Kronik hastalığa sahip yaşlı bireyler ve yaşlı bireylerin ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KRONİK HASTALIK

2.1.1 Tanımı

Kronik hastalık, en az bir yıl süren ve tedavisi mümkün olmayan, hayat boyu tedavi, bakım ve hastalık belirtilerini azaltmak için düzenli aralıklarla izlem ve yaşam tarzı değişikliği gerektiren hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (35-37). Kardiyovasküler hastalıklar, inme, diyabet, solunum sistemi hastalıkları ve kanserler başlıca kronik hastalıklar olarak sayılabilir (8, 38). Kronik hastalıklar Amerika'da yaşayan yetişkinlerin yaklaşık olarak yarısını etkilemektedir (33). Aynı zamanda ülkedeki sağlık harcamalarının %86'sından sorumludur (37). Gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklara ayrılan bütçe bulaşıcı hastalıklar, anne ve çocuk sağlığı gibi nedenlerden dolayı daha yetersizdir (39). Sağlık Bakanlığı verilerine göre; Türkiye'deki her üç kişiden biri bir ya da birden fazla kronik hastalığa sahiptir (40). Ülkemizde 2018 yılı ölüm nedenlerinde ilk üç sırayı dolaşım sistemi hastalıkları (%38,4), iyi ve kötü huylu tümörler (%19,7) ve solunum sistemi hastalıkları (%12,5) almıştır (2). Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle meydana gelen ölümler ise %39,7 iskemik kalp hastalığı, %22,4 ile serebrovasküler hastalık, %8,3 ile hipertansiyon sebebiyle meydana gelmiştir (41). Tütün ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenme DSÖ tarafından kronik hastalıklar için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (3). Bu risk faktörleri ile mücadelede, ulusal politikaların, uzun süreli stratejilerin ve ülke genelinde farkındalık yaratmak amacıyla düzenlenen eğitim ve kampanyaların önemi büyüktür (42).

2.1.2 DİYABETES MELLİTÜS

2.1.2.1 Tanımı

Diyabetes Mellitüs (DM), pankreasın insülin üretememesi veya üretilen insülini kullanamaması sonucu, karbonhidrat, protein ve yağ kullanımında aksaklıklara neden olan kronik, metabolik bir hastalıktır (43).

2.1.2.2 Epidemiyolojisi

Diyabetes Mellitüs; tüm dünyada mortalite ve morbiditesi yüksek olan en önemli sağlık sorunlarından biridir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2019 verilerine göre; dünyada yaklaşık olarak 463 milyon yetişkin 20-79 yaş diyabetli yaşamakta ve bu sayının 2045 yılına kadar 700 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (44). Diyabet az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görülmektedir (45). IDF 2019 verilerine göre; tanı konulamamış diyabetli hasta sayısının yaklaşık 232 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Yine aynı verilere göre diyabet dünyada 4.2 milyon ölümden sorumludur (44). 2010 yılında Türk Diyabet ve Epidemiyoloji Çalışma Grubu (TURDEP) tarafından yapılan TURDEP 2 çalışmasında, 1998 yılında yapılan TURDEP 1 çalışmasına göre diyabet prevelansı %90 artmıştır. Yine TURDEP 2 çalışmasına göre Türkiye'de yetişkinlerde diyabet prevelansının %13,7, kontrolsüz diyabet prevelansının ise %45,5 olduğu görülmüştür (46).

2.1.2.3 Fizyopatolojisi

Diyabetin Tip 1, Tip 2, gestasyonel diyabet ve spesifik diyabet tipleri olmak üzere 4 tipi vardır (43). Tip 1 diyabet otoimmün nedenlere bağlı olarak vücutta mutlak insülin yetersizliği sonucu ortaya çıkar ve çoğunlukla gençlerde ve çocuklarda görülür (47). Genetik olarak yatkınlığı olan kişilerde çevresel sebeplerden dolayı otoimmünite tetiklenir ve beta hücre hasarı ortaya çıkar. Beta hücreleri % 80-90 oranında azaldığında hastalık belirtileri ortaya çıkar (43). Tip 2 diyabetin oluşumunda insülin direnci ve pankreastan salgılanan insülin miktarının azalması en önemli rolü oynamaktadır. Tip 2 diyabette, çoğunlukla obezite ve yetersiz fiziksel aktivite gibi çevresel ve genetik nedenlerden dolayı, karaciğer ve kas dokusunda insülin direnci meydana gelir. Pankreas zamanla insülin direncini engelleyecek miktarda insülin salgılayamadığında hiperglisemi tablosu ortaya çıkar (48). Hiperglisemi tablosu yıllarca devam eder ve beta hücreleri yetersiz kaldığında kişide aşikar diyabet ortaya çıkar (47). Aşikar diyabet oluştuğunda beta hücreleri işlevini % 80 oranında kaybetmiştir. Bu hücrelerin işlevi azaldıkça hastada glisemik kontrol bozulmakta ve antidiyabetik ilaç kullanım ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (49).

2.1.2.4 Tanı Kriterleri ve Sınıflama

Diyabetin tanı kriterleri ve sınıflaması ilk olarak American Diabetes Association (ADA) tarafından 1997 yılında yapılmış ve arkasından 2 yıl sonra bu kriterler küçük değişikliklerle DSÖ tarafından kabul edilmiştir (43). ADA tarafından belirlenen 2013 yılı tanı kriterleri en güncel olan ve kullanılan diyabet tanı kriterleridir (50).

2.1.2.4.1 Tanı Kriterleri

Tablo 1. Diyabet ve Prediyabet Tanı Kriterleri

	Aşikar DM	**İzole BAG**	**İzole BGT**	**BAG + BGT**	**DM Riski Yüksek**
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2.st PG (75g glukoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet Semptomları	-	-	-	-
A1C(**)	≥%6,5 (≥48 mmol/mol)	-	-	-	%5,7-6,4 (39-47 mmol/mol)

(*)Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile ’mg/dl’ olarak ölçülür. “Aşikar DM” tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken “İzole BAG”, “İzole BGT” ve “BAG + BGT” için her iki kriterin bulunması şarttır.
(**)Standardize metotlarla ölçülmelidir (36).

Diabetes mellitus’un tanısı tablodaki tercih edilen yöntemlerden biri ile konulabilir (40). Ülkeler arasında standart olmamakla beraber glikozillenmiş hemoglobin A1c (HbA1C) diyabet tanısının konulmasında kullanılmaya başlanmıştır. HbA1C ölçümden önceki ortalama 2-2,5 aylık glikoz değerlerini gösterir (51). Poliüri, polifaji, polidipsi ya da iştah kaybı, halsizlik, noktüri diyabetin en sık görülen belirti ve bulgularıdır (43).

2.1.2.4.2 Sınıflama

DM'nin 4 ana tipi vardır. Bunlar;

- Tip 1 diyabet
  (Beta hücre yıkımına bağlı mutlak insülin yokluğu)
- Tip 2 diyabet
  (İnsülin direnci nedeniyle insülin miktarında azalma)
- Diğer spesifik tipler
  - Beta Hücre Fonksiyonunun Genetik Defektleri
  - İnsülin Etkisinde Genetik Defektler
  - Ekzokrin Pankreas Hastalıkları
  - Endokrinopatiler
  - İlaç ve Kimyasal Maddelerle Oluşan Diyabet
  - İnfeksiyonlar
  - İmmün İlişkili Diyabetin Sık Olmayan Formları
  - Diyabetle Birlikte Görülebilen Diğer Genetik Sendromlar
- Gestasyonel diyabet (52).

İlk kez gebelik sırasında ortaya çıkan karbonhidrat intoleransıdır (53). Çoğunlukla gebeliğin 24. haftasından sonra gebelik hormonlarının sebep olduğu insülin direnci nedeniyle ortaya çıkan diyabet türüdür (54).

2.1.2.5 Diyabetin Komplikasyonları

2.1.2.5.1 Akut Komplikasyonları

Diyabetik ketoasidoz (DKA), hipoglisemi, hiperozmolar hiperglisemik durum (HHD) ve laktik asidoz diyabetin akut komplikasyonları arasında sayılabilir. DKA, tip 1 diyabetin başlangıcı, insülin kullanımının olmaması veya yetersiz olması gibi vücutta mutlak insülin yetersizliğinde, enfeksiyon, travma vb. nedenlerle insülin ihtiyacı arttığında ya da bazı ilaçlar ve endokrin hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan hiperglisemi tablosudur (54). Hiperozmolar hiperglisemik koma; enfeksiyon, travma, serebrovasküler olay, miyokard enfarktüsü gibi nedenlerle ortaya çıkar (33). HHD daha çok 70 yaş üstü kişilerde ve bakım hastalarında görülür ve diyabetik ketoasidoza göre mortalitesi yüksektir (43). DKA ve HHD'nin patofizyolojisi aynı

olmakla birlikte DKA' da kanda ve idrarda keton yüksekliği, HHD'de ise dehidratasyon ön plandandır (54). Hipoglisemi diyabetin en çok ortaya çıkan akut komplikasyonudur. Hipoglisemi belirti bulguları hafif, orta ve ciddi derecede ortaya çıkabilir (33). Diyabetli bireyler için hipoglisemide plazma glikoz sınırı 70 mg/dl'nin altı olarak kabul edilmektedir (43). Hafif hipoglisemide soğuk terleme, soğuk nemli cilt, titreme, bulantı görülürken hasta kendi kendini tedavi edebilir (43, 54). Kan glikoz düzeyi 54 mg/dl altına düştüğünde hastanın aktivitelerinde belirgin değişiklikler görülür (43). Ciddi hipoglisemide belirgin bir kan şekeri değeri ölçülemez ve hastada koma ve konvülsiyon görülür (51).

2.1.2.5.2 Kronik Komplikasyonları

Diyabetin kronik komplikasyonları, mikrovasküler (nöropati, nefropati, retinopati) ve makrovasküler komplikasyonlar olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır.

Mikrovasküler komplikasyonlar, plazma glikoz düzeyindeki değişiklikler ve hastalığın süresine bağlı olarak, kapiller damar yapısındaki bozulma, kanın visikositesinde artma ve trombositlerin işlevindeki bozulmalar nedeniyle meydana gelmektedir (55).

Retinopati, uzun süreli hiperglisemiye bağlı olarak retinadaki damarların zarar görmesi nedeniyle meydana gelir ve diyabet hastalarındaki en önemli körlük nedenidir (54). Nefropati, diyabetin en önemli komplikasyonlarından biridir. Tip 1 diyabetlilerde 5 yılda bir, tip 2 diyabetli hastalarda tanıdan itibaren her yıl eGFR ve idrarda albümin/kreatinin değerlerinin takibi önemlidir (43).

Diyabetli hastalarda nöropati nedeniyle ayaklarda uyuşma, karıncalanma, güç kaybı ve ağrı sık görülmektedir (43). Diyabetik ayak oluşumunun en önemli nedeni de diyabetik nöropatidir (54). Diyabetli hastaların büyük çoğunluğu (%60-75'i) makrovasküler komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmektedir (43). Koroner arter hastalığı ve inme en sık görülen kardiyovasküler komplikasyonlardır (54).

2.1.2.6 Diyabetin Tedavisi

Yaşam kalitesinin devam ettirilmesi, risk faktörlerinin kontrol altında tutulması, hastalığa bağlı görülen belirtilerin yönetimi ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi veya en aza indirilmesi diyabet yönetiminin en önemli amaçlarıdır (56).

Diyabette tedavi hedefleri; KB'nın 130/80 mmHg'nın altında olması, istenilen lipid düzeylerine ulaşılması (LDL- kolestrol<100 mg/dl, trigliserid<150 mg/dl, HDL>40 mg/dl), anti-trombosit tedavi ve sigaranın bıraktırılmasıdır (43). Ayrıca diyabet yönetiminde hasta eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Bu eğitimin amacı, bireyin diyabet ve komplikasyonları ile ilgili bilgi sahibi olmasını sağlamak, hastalığa uyumu arttırmak, metabolik kontrolü sağlamak, kan basıncı değerinin uygun aralıklarda olmasını sağlamak, hastanın kilo kontrolünü sağlamak ve egzersizlerini planlamaktır (57).

Tip 1 diyabeti olan kişilerde HbA1C değerinin %7'nin altında olması, açlık kan glikoz değerinin 80-130 mg/dl ve yemek sonrası kan glikoz değerinin 160 mg/dl'nin altında olması gerekmektedir. Bu hastaların tedavisinde insülin kullanılmaktadır (43). İnsülinin doğru kullanılması glisemik kontrolün sağlanması, hipoglisemi ve diğer komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir (58). Tip 1 diyabeti olan hastaların ve yakınlarının eğitimi çok önemlidir. Hasta ve yakınlarına hipoglisemi belirtileri ve glukagon enjeksiyonu ile ilgili eğitim verilmelidir. Aynı zamanda bu kişiler her zaman diyabet kimlik kartlarını yanlarında taşımalıdırlar (43).

Günümüzde tip 2 diyabetin tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar olarak metformin, tiazolidindion glitazon, sulfonilüreler, glindinler ve Dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri kullanılmaktadırlar. Ayrıca, bağırsaklardan salınan inkretinlerin görevini yerine getiren inkretin mimetik ilaçlar da son zamanlarda kullanılmaya başlanmıştır (54).

Tip 2 diyabetli hastalarda insülin kullanımı gerektiren durumlar;

- Oral antidiyabetik ilaçlarla kan şekeri kontrolü sağlanamaması
- DKA, HHD gibi hipeglisemik acil durumlar
- Akut miyokard enfarktüsü
- Gebelik ve laktasyon
- Ciddi insülin direnci olduğunda
- Poliüri, polidipsi gibi hiperglisemik durumlar
- Ciddi karaciğer ve böbrek yetmezliği
- Uzun süre kortikosteroid içeren ilaçların kullanımı

Diyet ile kontrol altına alınamayan gestasyonel diyabet (43).

2.1.3 HİPERTANSİYON

2.1.3.1 Tanımı

Hipertansiyon (HT), tekrarlayan ölçümlerde, sistolik kan basıncının 140 mmHg veya daha yüksek, diyastolik kan basıncının ise 90 mmHg veya daha yüksek olması olarak tanımlanmaktadır (59). Hipertansiyon tedavi edilmediğinde inme, kalp yetersizliği, kronik böbrek hastalığı gibi birçok komplikasyon ortaya çıkmaktadır. Buna paralel olarak da mortalitede artış gözlenmektedir (60).

2.1.3.2 Epidemiyolojisi

Hipertansiyon görülme sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir. Aynı zamanda yaşlılar, serebrovasküler olay, kronik böbrek hastalığı, miyokard enfarktüsü, kalp yetersizliği gibi hipertansiyonun komplikasyonlarından daha fazla olumsuz etkilenmektedirler (61). ESC/ESH 2013 yılı hipertansiyon kılavuzuna göre hipertansiyon prevelansı %30-45 arasında değişim göstermektedir (62). DSÖ'ne göre hipertansiyonun en çok görüldüğü bölge Afrika kıtası (%27), en az görüldüğü bölge ise Amerika (%18) kıtasıdır (59). 2015 yılı verilerine göre dünyada 1.13 milyar HT hastası vardır. Bu sayının büyük çoğunluğunu düşük ve orta gelirli ülkeler oluşturmaktadır (63). 2025 yılına kadar bu rakamın 1,56 milyar olması beklenmektedir (64). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2004 çalışmasına göre HT prevelansı %33,7'dir (60). Yine TEKHARF 2017 çalışmasında 2009 verilerine göre HT prevelansının 40 yaş ve üzeri erkeklerde %53,4, kadınlarda %63,5 oranında olduğu belirlenmiştir (65).

2.1.3.3 Tanı Kriterleri ve Sınıflama

2.1.3.3.1 Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon kan basıncı değerlerine ya da etiyolojik faktörlere göre sınıflandırılabilir. Nedenlerine göre; hipertansiyon primer ve sekonder olarak 2'ye ayrılır. Primer hipertansiyon kesin bir sebebi olmayan çoğunlukla aşırı tuz tüketimi, obezite ya da yaşam tarzı değişikliği nedeniyle ortaya çıktığı düşünülen HT türüdür ve hastaların %90-95'inde görülür (61). Sekonder hipertansiyon ise tüm hipertansiyon vakalarının %5-10'unu oluşturur ve daha çok genç bireylerde görülür

(66). Endokrin, renal, nörolojik, uyku apne sendromu, aort koarktasyonu gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir (60).

Tablo 2. Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırılması

Primer Hipertansiyon	**Sekonder Hipertansiyon**
Nedenleri:	**A. Endokrin nedenler**
• Genetik yatkınlık	1. Oral kontraseptifler
• Aşırı tuz tüketimi	2. Adrenokortikal Hiperfonksiyon
• Obezite-İnsülin direnci	a. Cushing sendromu
• Sempatik sinir sistemi fazla çalışması	b. Primer hiperaldosteronizm
• Renin-anjiotensin sisteminin rolü	c. Konjenital adrenal hiperplazi (17α hidroksilaz ve 11β hidroksilaz eksikliği)
• Tuz atılımında renal bozukluk	3. Feokromositoma
• İntraselüler sodyum ve kalsiyum artışı	4. Akromegali
• Düşük doğum ağırlığı	5. Hipotiroidi, hipertiroidi
• Stresli kişilik yapısı	6. Hiperparatiroidi
Artıran faktörler:	**B. Renal nedenler**
• Aşırı alkol alımı • Sigara içimi • Sedanter hayat • Polisitemi	• Kronik böbrek hastalığı
• Nonsteroidal antiinflamatuvarlar • Düşük potasyum alımı	• Kronik piyelonefrit
	• Akut ve kronik glomerülonefrit
	• Polikistik böbrek hastalığı
	• Renal arter darlığı
	• Arteriolar nefroskleroz
	• Diyabetik nefropati
	• Renin salgılayan tümörler
	C. Uyku- apne sendromu
	D. Nörolojik nedenler
	E. Aort koarktasyonu

Tablo 3. 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzuna Göre Kan Basıncı Sınıflaması

Ofis kan basıncı değerlerinin tanımları ve sınıflaması (mmHg)[a]			
Kategori	**Sistolik**	**ve**	**Diyastolik**
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 hipertansiyon	≥180	ve/veya	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140	ve	<90
[a]Kan basıncı kategorisi, sistolik veya diyastolik olsun, en üst düzeydeki kan basıncı düzeyine göre tanımlanır. Izole sistolik hipertansiyon belirtilen aralıklar içinde sistolik kan basıncı değerlerine göre 1, 2 veya 3 olarak derecelendirilmelidir.			

2.1.3.4 Hipertansiyon Tanısı

Hipertansiyon tanısı konulurken hastada herhangi bir organ hasarı, kardiyovasküler risk, sekonder eşlik eden durumlar olup olmadığı dikkate alınmalıdır. Hipertansiyonun tanısal değerlendirmesi; hastanın anamnezini, fizik muayenesini, laboratuvar incelemelerini ve bazı ileri tetkikleri kapsar (62). Hastada anamneze ek olarak HT'ye sebep olabilecek DM, sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalık, obezite gibi risk faktörleri; beyin, göz, böbrek, kalp ve periferik arterlerde hedef organ hasarı belirtileri değerlendirilmelidir (60).

2.1.3.5 Fizyopatolojisi

Kan basıncını etkileyen birden çok mekanizma olması sebebiyle HT'nin tek bir nedeni yoktur. Hipertansiyona sebep olan fizyopatolojik sebepler arasında sempatik sinir sistemi aktivitesinin artması, vazodilatasyona neden olan maddelerin az, vazokonsrüksiyona neden olan maddelerin çok üretilmesi, renin üretimindeki dengesizlikler, diyetle birlikte sodyumun fazla ve potasyumun az alınması, insülin direnci ve obezite sayılabilir (67). Normal kan basıncına sahip kişilerde kan basıncı, kardiyak debi (KD) ve periferik vasküler direncin (PVD)'in birleşiminden oluşur ve

KB= KDxPVD şeklinde formülize edilir (68, 69). Bu değişkenlerden herhangi birinde meydana gelen değişiklik kan basıncının değişmesine ve otoregülasyonun devreye girmesine sebep olur. İntravasküler volüm ve sempatik sinir sistemi aktivitesinin artması nedeniyle kalp debisi ve kan basıncında artış meydana gelir (70). Barorefleks mekanizmaların devreye girmesiyle artan periferik vasküler direnç azaltılmaya çalışılır (69). Endotelin, nitrik oksit, beyin sapı, hipotalamus gibi nöro-endokrinolojik sistemlerinde katkılarıyla kan basıncı düzeyinin normal sınırlar içerisinde kalması sağlanır (70). Kan basıncının düzenlenmesindeki en önemli mekanizmalarda biri de renin anjiotensin aldesteron sistemidir (67). Özellikle esansiyel HT'si olan şişman kişilerde sempatik sinir sistemi aktivasyonu artmıştır. Buna bağlı olarak da renin salgısında ve bunun sonucunda anjiotensin II miktarında artış görülür. Bunun sonucunda ise aldosteron salgısı artar, kan basıncı daha da yükselir (70).

2.1.3.6 Komplikasyonları

Hipertansiyon komplikasyonlara bağlı semptomların uzun süre sonra ortaya çıkması nedeni ile sessiz katil olarak adlandırılmaktadır (71). Hipertansiyon sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerindeki bozulmalar nedeni ile sol venrtrikül yetmezliğine ve bununla birlikte uzun dönemde konjestif kalp yetmezliğine neden olabilir (72). Aynı zamanda inme, miyokard enfarktüsü, hipertansif nefopati ve hipertansif retinopati de HT'ye bağlı görülebilecek komplikasyonlar arasındadır (71).

2.1.3.7 Hipertansiyon Tedavisi

Hastanın kan basıncı değerleri sistolik 120-139 mmHg ve diyastolik 80-90 mmHg arasında ise yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Bu değerleri geçtiğinde ise ilaç tedavisi ile birlikte yaşam tarzı değişiklikleri uygulanmalıdır (73). Hastalar HT'nin nonfarmakolojik tedavisinde aşağıdaki önerilere dikkat etmelidir;

- Hasta uygun kiloda olmalıdır,
- Uygun miktarda (günlük 5-6 gr) tuz tüketilmelidir,
- Sigara ve alkol kullanılmamalıdır,
- Sağlıksız (yağlı, rafine şeker ve tuz içeren) besinlerden uzak durulmalıdır,
- Düzenli fizik aktivite yapılmalıdır,
- Strese neden olan faktörlerden uzak durulmalıdır (73-75).

Antihipertansif ilaç tedavisine başlamak için hastanın kan basıncı değerleri, risk faktörleri ve diyabet, koroner arter hastalığı, kronik böbrek hastalığı gibi eşlik eden hastalıkları göz önünde bulundurulmalıdır (73). 80 yaş üzerindeki kişilerde sistolik kan basıncı değeri 150 mmHg'nın üzerine çıktığında ilaç tedavisine başlanması önerilmektedir (60). Evre 1 HT'de yaşam tarzı değişikliğine rağmen kan basıncı değerleri yüksekse ve DM, KBY, KAH gibi hastalıklar var ise ilaç tedavisine hemen başlanır (73). Evre 2 ve 3 hastalarda yaşam tarzı değişikliği ile birlikte ilaç tedavisine hemen başlanmalıdır (60). Hipertansiyon tedavisinde diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, Angiotensin-converting enzim inhibitörleri, sempatlitik ilaçlar ve angiotensin II reseptör blokerleri (ARB) kullanılmaktadır (76). Tiyazid diüretikler, kalsiyum antagonistleri, ACE inhibitörleri ve ARB'ler tedavinin başlangıcında tek veya kombinasyon şeklinde kullanılan ilaçlardır. HT tedavisinde uyumsuzluğun en önemli nedeni herkeste farklı şekilde ortaya çıkabilen ilaç kullanım ilişkili yan etkilerdir (60).

2.1.4 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI

2.1.4.1 Tanımı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), " Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease" (GOLD) 2018 raporunda; özellikle zehirli gaz ve parçacıklara maruz kalınması nedeniyle sıklıkla hava yolu ve/veya alveoler anormalliklerinden dolayı hava yolunun kısıtlanması ve kalıcı solunumsal semptomlar ile kendini gösteren yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (77). KOAH için en önemli risk faktörleri tütün kullanımı, iç ve dış hava kirliliği, Alfa 1 Antitripsin eksikliği, biomass maruziyeti ve mesleki toz ve kimyasallara maruziyettir (78).

2.1.4.2 Epidemiyolojisi

KOAH tüm dünyadaki morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. DSÖ Global Hastalık Yükü çalışmasına göre; 2016 yılı tahminlerine göre dünya genelinde 251 milyon insan KOAH'a sahiptir ve 2015 yılında 3,17 milyon kişi KOAH sebebiyle ölmüştür (78). Gelişmiş ülkelerde yaşlanma, gelişmekte olan ülkelerde ise tütün kullanımının artması nedeniyle 2030 yılında KOAH'a bağlı

ölümlerin yaklaşık 4,5 milyon olacağı tahmin edilmektedir (77). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre orta ve ileri yaş grubunda KOAH sebebiyle ölüm oranının %6,9-19,1 arasında olduğu belirtilmektedir (79). Sağlık bakanlığı 2013 ulusal hastalık yükü çalışmasına göre; KOAH 3. sırada yer almaktadır (80).

2.1.4.3 Tanı Kriterleri ve Sınıflama

KOAH tanısı hava akımı kısıtlamasını ölçen solunum fonksiyon testi (SFT) (spirometri) ile konulmaktadır (81). Nefes darlığı, kronik öksürük ve balgam semptomları ve mesleki maruziyet, ailede KOAH varlığı gibi risk faktörleri olan hastalara spirometri uygulanmalıdır (77). Bronkodilatasyon sonrası 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacmin (FEV1)/ zorlu vital kapasiye (FVC) < 0,70 olması hava akımı kısıtlılığını gösterir ve KOAH tanısı için yeterlidir (77, 81).

Tablo 4. Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi

KOAH daki Havayolu Kısıtlılığı Şiddetinin Derecelendirmesi (Bronkodilatatör sonrası FEV1 temelinde)		
FEV1 / FVC' nin <0,70 olduğu hastalarda		
GOLD 1	Hafif	FEV1 beklenenin %80 ve üzerinde
GOLD 2	Orta	FEV1 beklenenin ≥ %50'si ile < %80' i arasında
GOLD 3	Ağır	FEV1 beklenenin ≥ %30'u ile < %50' si arasında
GOLD 4	Çok Ağır	FEV1 beklenenin <%30' u

Bu ölçümlerin yorumlanması hastanın yaş, boy, kilo, ırk ve cinsiyetine göre yapılmaktadır (81). Ayrıca tanı da KOAH tanısını koymak için akciğer grafisi, oksimetri, arteryel kan gazı, egzersiz testleri ve fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi gibi yöntemler de kullanılmaktadır (82).

2.1.4.4 Patogenez ve Fizyopatolojisi

KOAH patogenezinde esas rolü zehirli gaz ve parçacıklara karşı hava yolunda ve akciğer parankim dokusunda meydana gelen anormal inflamatuar yanıt rol oynamaktadır (83). KOAH'ta inflamasyona sebep olan hücreler, makrofajlar, nötrofiller, epitel endotel hücreleri, CD8+ T- lenfositleri, eozinofiller, CD4+ T-

lenfositleri ve mast hücreleri; mediatörlerden bazıları ise tümör nekrozis faktör- alfa, interlökin 6 ve 8, fibrinojendir (84).

KOAH'lı hastalarda hava akımındaki azalma ve hava hapsi, pulmoner hipertansiyon, mukus sekresyonundaki artış, gaz değişiminde bozulma gibi fizyopatolojik değişiklikler; dispne, öksürük, balgam, hipoksemi, hiperkapni gibi belirti bulgulara sebep olmaktadır (79, 83). Bu hastalarda ventilasyon/perfüzyon dengesindeki bozulma hipoksiye neden olmaktadır (85). Aynı zamanda, sigara dumanı ve zararlı partiküller submukozal bezlerde genişlemeye ve goblet hücre sayısının çoğalmasına neden olarak mukus sekresyonunu artırmaktadırlar (83). KOAH'ta küçük pulmoner arterlerin hipoksik vazokonstrüksiyonu sonucu pulmoner hipertansiyon görülebilir (85). Aynı zamanda, genetik bir eksiklik olan alfa-1 antitripsin eksikliği akciğer dokusunda yıkıma neden olarak KOAH' a neden olmaktadır (84).

2.1.4.5 Tedavi

KOAH tedavisinde amaç hastalığa bağlı semptomları azaltmak, hastalığın ilerlemesini durdurmak, egzersiz tolerasyonunu arttırmak, mortaliteyi azaltmak, komplikasyonları ve alevlenmeleri önlemek ve tedavi etmektir. KOAH'ın farmakolojik tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar; bronkodilatör (antikolinerjikler, beta-2 agonistler, metilksantinler ve bunların kombine şekli), kortikosteroidler, fosfodiesteraz-4 inhibitörleridir (86). Son yapılan çalışmalar bazı antibiyotiklerin alevlenme oranlarını azalttığını göstermiştir. Aynı zamanda mukolitik ve antioksidan ajanlar da alevlenmeleri azaltmak için tedavi de kullanılabilir. Genetik olarak alfa-1 antitripsin eksikliği olan hastalarda alfa-1 antitripsin tedavi uygulanabilir (77).

2.2 Kronik Hastalıklarda Tedavi Uyumu

2.2.1 Tedaviye Uyumun Tanımı

Uyum, uygulanan tedavinin başarısı için en önemli etken olup, ortaya çıkan durum değişikliklerinde bireyin davranışlarında değişiklik yapması olarak tanımlanmaktadır (87). DSÖ tedaviye uyumu; genel ya da medikal sağlık önerilerini içselleştirme, ilaç alma, diyete uyum sağlama ve yaşam stilindeki değişiklikleri devam ettirme gibi davranışların kesişimi olarak tanımlamaktadır (14-16). Uyum

birçok araştırmacıya göre ilaç uyumu olarak ifade edilse de aslında sağlıkla ilgili birçok davranışı da içermektedir. 2001 yılında yapılan DSÖ uyum toplantısında uyumun, "hastanın tıbbi talimatları ne ölçüde takip ettiği" olarak tanımlanmıştır (88). Yine kişilerin tedaviye uyumu, bireyin sağlık çalışanının tüm önerilerini kabul etmesi ve bu önerileri uygulaması olarak da ifade edilebilir (87). Hastaların tedaviye uyumunu etkileyen en önemli faktörler, inançlar, kültürel etmenler, hasta sağlık personeli arasındaki iletişim, sağlık personeline duyulan güven, sosyoekonomik ve psikolojik faktörlerdir (89). Bireylerin tedaviye uyum sağlayamaması tekrarlı hastane yatışlarına, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (90).

2.2.2 Kronik Hastalığı Olan Bireylerde İlaç Uyumu

İlaç uyumu hastaların ilaçlarını reçetelerine uygun şekilde ve sürede kullanmaları anlamına gelmektedir (91). Kronik hastalıklar yaşam biçimi değişikliği gerektirdiği ve çoğunlukla başka kişilere bağımlı olmaya neden olduğu için, kişide uyum probleminin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (87). Özellikle HT, astım, DM, Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) gibi kronik hastalıklarda uyum oldukça zordur (88). Kronik hastalığa sahip hastaların hastalık sürecini yönetmek, komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitelerini sürdürebilmek için birden fazla ilaç kullanmaları gerekebilir. İlaç bilgisinin yetersiz olması, poliklinik ve acil servis başvuruları, laboratuvar testleri, hastane yatışları gibi tıbbi kaynakların kullanımında artışa neden olacağından uyumu olumsuz yönde etkileyebilir (92). Aynı zamanda ilaç uyumsuzluğu tıbbi ve psikososyal komplikasyonların ortaya çıkmasına, hastaların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Tüm bu nedenler tedavi maliyetlerini artırarak dünya genelinde sağlık hedeflerine ulaşımı zorlaştırmaktadır (88).

Reçete edilen ilaçlara uyumsuzluk tüm yaş gruplarını olumsuz yönde etkilemektedir (88). Tüm dünyada ve ülkemizde ortalama yaşam süresinin uzaması, doğum oranlarının azalması, yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu, 2018 yılı verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus 7 milyon 186 bin 204 kişidir (93). Yaşlı nüfusun artmasıyla kardiyovasküler hastalıklar, kanser, inme, kronik solunum yolu hastalıkları, DM, kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans ve depresyon gibi kronik hastalıkların

görülme sıklığı artmıştır (94). Yaşın ilerlemesi ile birlikte algılama ve düşünme hızında gerileme, dikkatsizlik, unutkanlık gibi nedenler kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırarak ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (95). Yine yaşlılığa bağlı olarak görülen ilaçların absorpsiyon, dağılım, metabolizma ve atılımı gibi farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler de ilaç uyumunu zorlaştırmaktadır (94). Özellikle 65 yaş üstü bireylerde kullanılan ilaç sayısının artması ilaç etkileşimlerine, yan etkilerin görülme sıklığının artmasına, ilaç dozunu almayı unutmaya ya da bilinçli olarak ilaç almamaya neden olmaktadır (96).

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi diyabetin tedavisi de süreklilik gerektirdiği için tedaviye uyum önemlidir (97). Diyabette bireyin tedaviye uyum sağlayabilmek için yaşam tarzı değişikliği yapmak zorunda olması tedaviye uyumu güçleştirebilmektedir (98). Diyabete uyumu hastalık yılı, hastalık yaşı, bireyin ve ailesinin hastalık algısı, hastanın yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu, kişisel inançları gibi bireysel ve tedavi ile ilgili birçok faktör etkilemektedir (98, 99). Tip 2 diyabeti olan hastaların çoğunluğunun yaş ortalamalarının yüksek olması, ortaya çıkan komplikasyonlara bağlı olarak kullandıkları ilaç sayısının fazla olması ve tedavi planlarının karmaşık olması nedeniyle ilaç uyumsuzluğu ortaya çıkabilmektedir (100). Ayrıca, bu hastalarda kullanılan ilaç sayısının fazla olması ilaç etkileşimlerine neden olabilmektedir (101). Tip 2 diyabetin tedavisinde antidiyabetik ilaçların doğru kullanımı; glisemik kontrolün sağlanması, meydana gelebilecek akut ve kronik komplikasyonların azaltılması bakımından önemlidir (102).

KOAH' da tedavinin etkinliği uzun süreli farmakoterapilere bağlıdır (103). Bu hastalarda ilaç uyumunu; hastanın yaşı, komorbidite, kullanılan ilaçlar, ilaçların kullanım sıklığı, tedavi rejiminin karmaşıklığı, ilacın maliyeti, hastanın tedaviye ilişkin bilgi ve inançları gibi faktörler etkilemektedir (103, 104). KOAH ve astım gibi solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan inhaler ilaçların kullanımında ortaya çıkan uyumsuzluk; astım ve KOAH ataklarının görülmesine ve hastalığın kontrol altına alınamamasına neden olabilmektedir (105).

Uzun süreli tedavi gerektiren HT'de hastaların en önemli problemi tedaviye uyum sağlayamamalarıdır (106). Tedaviye uyum sağlanamaması kan basıncının kontrol altına alınamamasına, hedef organ hasarı riskinin artmasına, morbidite ve mortalitede artışa neden olur (33, 107). Aynı zamanda ilaç uyumunun olmaması

bireyin yaşam kalitesini de olumsuz etkileyen bir faktördür (33). HT hastalarında ilaç uyumunun arttırılması; kardiyovasküler komplikasyonların en aza indirilmesi, hastalık sürecinin başarısı ve sağlık harcamalarının azalması açısından önemlidir (107).

2.3 Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı

2.3.1 Tanımı

DSÖ 1985 yılında Nairobi'de bir toplantı düzenlemiş ve akılcı ilaç kullanımının tanımını " hastaların ilaçlarını klinik ihtiyaçlarına göre, bireysel gereksinimlerine uygun dozlarda, yeterli süre boyunca, kendileri ve toplum için en düşük maliyette almaları için uyulacak kurallar bütünü" olarak yapmıştır (108). Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların etkili, güvenli ve uygun maliyetle uygulanmasını sağlayan, planlama, yürütme ve izleme basamaklarından oluşan bir süreçtir (109).

2.3.2 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK), akılcı ilaç kullanımını sağlayan koşulların dışına çıkan ilaç kullanım şekli olarak tanımlanabilir (110). AOİK gelişmekte olan başta olmak tüm dünyada görülen önemli sağlık sorunlarından biridir (108). DSÖ'ne göre ilaçların %50'sinden fazlası uygunsuz olarak reçete edilmekte, temin edilmekte ve satışı yapılmaktadır (11, 12). AOİK hem önemli sağlık problemlerine hem de ekonomik sorunlara neden olmaktadır (111). Aynı zamanda AOİK nedeniyle ilaç etkileşimleri, tedavi etkinliğinde azalma, polifarmasi, hastaya ilacın zarar vermesi, ilaçlara ulaşımda zorluk, ilaç bağımlılığı ve yüksek tedavi maliyetleri görülebilir (112, 113). Ayrıca akılcı olmayan ilaç uygulamalarından biri olan antibiyotiklerin uygunsuz kullanımına da antibiyotik direncinin gelişmesine neden olur. Tüm bu sonuçlar nedeniyle hastaların güveni azalmakta ve tedaviye uyum zorlaşmaktadır (113). Doktora danışmadan ilaç almak, çevredeki kişilere ilaç tavsiyesinde bulunmak veya başkalarından ilaç tavsiyesi almak, evdeki ilaçları doktora danışmadan kullanmak, doktor tarafından reçete edilen ilaçları uygun zamanda, uygun dozda ve uygun süre boyunca kullanmamak Türkiye'de sık rastlanan akılcı olmayan ilaç uygulamaları arasında sayılabilir (114).

Yaşlılıkta kronik hastalıkların artmasına bağlı olarak ortaya çıkan en önemli sorun çoklu ilaç kullanımıdır. Polifarmasinin kesin bir tanımı olmamasına rağmen çok sayıda ilaç kullanımı olarak tanımlanabilir (31). Literatürde polifarmasi ile ilgili yapılan diğer tanımlar şu şekildedir;

- Beş veya daha fazla ilacın düzenli kullanımı (27).
- 2 ya da daha fazla ilacın yılda 240 günden daha uzun süre birlikte kullanımı (115).
- 2 ya da daha fazla ilacın birlikte kullanımı (116).

Polifarmasi yaşlılarda ilaç-ilaç etkileşimlerine, yan etki görülme sıklığının artmasına, tedavide uyumsuzluğa, tedavi maliyetlerinde artışa, hastane yatışlarında artışa ve ölüme neden olabilmektedir (32, 116). Bu nedenle hekimlerin yaşlı bireylerin tedavisini planlarken dikkat etmesi gereken maddeler şunlardır;

- İlaç tedavisinin gerekliliği,
- Başka ilaç, sigara alkol kullanım durumları,
- Tedavi başlangıç dozu,
- İlaçları farmakolojik özelliklerinin uygun olup olmadığı,
- Gereksiz ilaçların tedavi planından çıkartılması (19).

Akılcı olmayan ilaç kullanımında genç bireyler de risk altındadır çünkü uygunsuz ve yanlış ilaç kullanımı bağımlılığa ve sağlığın bozulmasına neden olabilmektedir. Akılcı ilaç kullanımında hasta, sağlık çalışanları, ilaç endüstrisi ve devlet uyum içinde olmalı ve uygun politikalar yürütmelidir (17).

Sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutan ilaçların akılcı kullanımı, hem ülke ekonomisi hem de birey ve toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımı ile ilgili tüm sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve donanıma sahip olması gerekmektedir (117).

2.4 İlaç Uyumu ve Akılcı ilaç Kullanımında Hemşirenin Rolü

Hemşirelik; bireyin, aile ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeyi amaçlamaktadır (118). Hemşireler bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız rollerini kullanarak yasalara uygun biçimde sorumluluklarını yerine getirirler (119). Bireyin

sağlıklı yaşam biçimi geliştirebilmesinde hemşirelerin danışmanlık, eğitim ve rehberlik rolleri önemli bir yer tutmaktadır (118). 1992 yılı temasını "sağlıklı yaşlanma" olarak belirleyen Uluslararası Hemşireler Birliği'ne göre hemşirelik, bireyin bağımsızlığını sürdürmesinde yardımcı olma, kendi kendine bakımını destekleme ve yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır (120). Hasta ile en fazla iletişim kuran ve hastaya en yakın olan sağlık çalışanı hemşiredir. Bu nedenle hemşirelerin hastaların kullandıkları ilaçların özelliklerini, kullanım şekillerini, yan etkilerini bilmesi ve hastalarını bu konuda bilgilendirmesi bireyin ilaç kullanımına uyum göstermesi açısından önemlidir (121). Özellikle yaşlı kişilerin ilaç uyumunun sağlanmasında; evdeki hastalar için halk sağlığı hemşiresi, kurumdaki hastalar için kurum hemşiresi ve yataklı tedavi kurumlarındaki hastalar için hastanede çalışan hemşireler görev almaktadırlar (120).

Hemşireler, hastaların tedaviye uyumdaki sorunlarını çözmedeki en önemli sağlık ekibi üyelerinden biridir. Hastaların ilaç uyumu sosyo-kültürel, hasta ve tedavi ile ilişkili birçok faktörden etkilenmektedir. Hemşirenin bu faktörleri bilmesi ilaç uyumuna yönelik uygun girişimleri planlamasını sağlayacaktır (122). Bireylerin kullandıkları ilaç sayısının artması, unutkanlık ya da ilaçları bilerek almamaları ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir (19). Özellikle yaşlı bireylerin ilaç uyumunu etkileyebilecek risk faktörlerini belirleyerek, ilaç tedavisinin izlemini yapmak tedavinin etkinliğini arttırabilir (123).

İlaç tedavisinin başarıya ulaşması tedavi uyumu olumlu yönde etkilemektedir. İlaç kullanımı çoğunlukla hastaların yetersiz bilgiye sahip oldukları bir konu olduğu için toplumun kullandıkları ilaçlar ile ilgili bilgilendirilmeleri önemlidir (124). Bu nedenle ilaçların akılcı bir şekilde kullanımının sağlanması ve uygulanması hemşirelerin önemli görevlerinden biridir. Hastaya hekim tarafından istemi yapılan ya da reçete edilen ilaçların doğru şekilde yorumlanması, hazırlanması, uygulanması, kayıt edilmesi ve hastanın takip edilmesi hemşirenin sorumluluğundadır (28, 125). Bu sebeple hemşirelerin hastaların kullanacağı ilaçların etkilerini, yan etkilerini, ilaç-hastalık, ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimlerini bilmesi gerekir (28). Aynı zamanda, hemşireler ilaçları uygularken; 8 doğru ilkeye (doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt, doğru yanıt) , ilaçların toksik

etkilerine, antibiyotiklerin saatlerine, ilaçların son kullanım tarihlerine dikkat etmeleri önemlidir (126).

Hemşirelerin hasta ve ailesinin ilaç kullanımı ile ilgili en önemli sorumluluğu eğitimdir. Özellikle yaşlı hastalarda gelişen unutkanlık gibi sorunlardan dolayı ilaçların kullanım şekli, dozu, zamanı ve yan etkileri gibi konularda eğitim verilmeli ve eğitim esnasında yazılı ve görsel materyallerden yararlanılmalıdır (19).

Gençlerde ekonomik nedenler, stres ve psikolojik rahatsızlıklar gibi nedenlerle akılcı olmayan ilaç kullanımı görülmektedir. Bu nedenle genç bireylere akılcı ilaç kullanımının amaçları, reçetesiz ilaç kullanımı gibi akılcı olmayan ilaç uygulamalarına yönelik sempozyum konferans gibi eğitici faaliyetler düzenlenmelidir (127).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma; tanımlayıcı tasarıma sahiptir.

3.2 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı Pursaklar Devlet Hastanesi dahiliye bölümünde ayaktan ve yatarak tedavi gören, kronik hastalığa sahip hastalarla 9 Eylül/31 Aralık 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın Pursaklar Devlet Hastanesinde yürütülmesinin amacı, Ankara ilindeki tam teşekküllü hizmet hastaneleri arasında en yüksek popülasyona sahip olmasıdır. Araştırmanın yapıldığı Pursaklar Devlet hastanesinde 4 dahiliye uzmanı bulunmaktadır. Polikliniğe başvuran erişkin hasta sayısı günlük ortalama 250 kişidir. Bu sayının büyük çoğunluğunu DM, HT, KOAH tanılı bireyler oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırma kapsamına bu hastalıklara sahip bireyler alınmıştır. Dahiliye kliniği 20 yatak kapasitelidir. Klinikte çoğunlukla KOAH, DM ve HT tanılı hastalar takip edilmektedir. Klinikte hastalar tanı, takip ve tedavi amacıyla yatmaktadırlar. Klinikte 1 sorumlu olmak üzere 5 hemşire görev yapmaktadır. Aynı zamanda hastanede 1 diyabet eğitim hemşiresi bulunmaktadır. Diyabet eğitim hemşiresi hastalara ayda 1 kez diyabet okulunda insülin tipleri, diyabetin komplikasyonları, diyabetik ayak bakımı gibi konularda eğitim programları düzenlemektedir. Diyabet eğitim hemşiresi klinikte yatan hastaları ziyaret ederek diyetisyen ve fizyoterapist ile iş birliği içerisinde eğitimler vermektedir. Hemşirelerin çalışma saatleri 24 saatte 2 şift şeklindedir.

3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Pursaklar Devlet Hastanesi, dahiliye polikliniğine başvuran ve dahiliye kliniğinde yatan, örneklem kriterlerini karşılayan, kronik hastalığı olan tüm hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 9 Eylül/31 Aralık 2019 tarihleri arasında Pursaklar Devlet Hastanesi, dahiliye polikliniğe/kliniğine başvuran, kronik hastalığa sahip hastalar oluşturmuştur.

Araştırmada amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma verileri, etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra toplanmıştır. Literatürde konuyla ilgili benzer bir çalışma olmadığı için orta düzeyde etki büyüklüğü (0.5) seçilmiştir. Buna göre yapılan güç analizinde genç ve yaşlı hastalar arasında akılcı ilaç kullanımı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak fark elde edilmesi için 0.05 tip-1 hata ve %80 güce ait örneklem sayısı her bir grup için 64 olarak belirlenmiştir. Gözlemlerde kayıp olması ihtimaline karşı örneklem sayısı %10 artırılmıştır. Bu durumda grup başına 70 hasta olmak üzere toplamda en az 140 hastanın iki grup arasında fark belirlemek için yeterli olduğu öngörülmüştür. Araştırma, gücü artırmak için grup başına 105 hasta olacak şekilde toplamda 210 hasta ile tamamlanmıştır. Yapılan post-power analizinde çalışmanın etki büyüklüğü EB=0,7001 hesaplanmış olup, iki grup arasındaki farkın klinik olarak önemli kabul edilecek büyük bir fark olduğunu belirlenmiştir.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Pursaklar devlet hastanesinin dahiliye polikliniğine başvurmuş veya dahiliye kliniğinde yatan hasta olmak
- DM, HT ve KOAH hastalıklarından en az birine sahip olmak
- Reçeteli, düzenli, en az 1 adet ve en az bir yıldır kullandığı ilaç tedavisi bulunmak
- 18 yaş üstü olmak

Araştırma Dışı Kalma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Herhangi bir iletişim engeli bulunmak
- Diğer kronik hastalıklardan herhangi birine sahip olmak

3.4 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan izin alınmıştır. (karar no:19/273) (Bkz. EK 4). Etik kurul onayı alındıktan sonra Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulundan (TUEK) onay alınmıştır. (karar no:35640919-799) (Bkz. EK 5). Verilerin toplanması için Sağlık Bakanlığı Pursaklar Devlet Hastanesi Başhekimliğinden yazılı ve sözel izin alınmıştır (Bkz. EK 6). Dâhil olma kriterlerine uyan gönüllü katılımcılara, araştırmanın amacı ve kullanılacak ölçekler, hangi verilerin toplanacağı ve bu verilerin ne amaçla kullanılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmanın yararları ve olası zararları hakkında katılımcı bilgilendirilmiş ve araştırma başladıktan sonra herhangi bir aşamasında diledikleri zaman araştırmayı terk edebilecekleri söylenmiş ve onamları alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Ölçek geliştiren ve Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan yazarlardan e-posta aracılığıyla ölçek kullanım izinleri alınmıştır (Bkz. EK 8).

3.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1 Hasta Tanıtım Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan "Hasta Demografik Bilgi Formu" 20 sorudan oluşmaktadır (128-131). Form bazı demografik verilerle (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) bazı tıbbi bilgileri (hangi kronik hastalığa sahip olduğu, hastalığın süresi, kullandığı ilaç türü vb.) içermektedir.

3.5.2 Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) (EK 2)

Ölçek 1980'lerin ortalarında Morisky ve arkadaşları tarafından antihipertansif ilaç tedavisine uyum değerlendirmede 4 soruluk bir anket olarak geliştirilmiş olup bu anketle ilgili pek çok geçerlilik çalışmaları yapılmış, iyi psikometrik özellikleri olduğu gösterilmiştir. Bağımsız araştırmacılar tarafından diğer kronik hastalıklar içinde uygulanan bu ankette daha sonrasında bazı eksiklikler saptanmış ve 2 yeni soru ilavesiyle Modifiye Morisky Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Vural ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede kullanılan 6 sorudan oluşan kısa, kolay uygulanabilir, motivasyon ve bilgi düzeyini ayrı ayrı değerlendirebilen bir testtir. Ölçek soruları Evet/Hayır olarak yanıtlanmakta olup 2 ve 5. Sorulara verilen yanıtlarda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda ise evet 0 puan, hayır 1 puan olarak hesaplanmaktadır. 1,2 ve 6. sorulardan alınan toplam puan 0 veya 1 ise

düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. Ölçeğe verilen cevaplar değerlendirildiğinde; puan arttıkça ayrı ayrı bilgi ve motivasyon düzeyi de artmaktadır. 6 ifadeden oluşan Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0,67 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği (AİKÖ) (EK 3)

AİKÖ erişkin bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek Demirtaş ve ark. tarafından 2018 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin, madde ayırıcılık gücü indeksi 0,20 ile 0,64, güçlük indeksi ise %50- %90 arasında değişmektedir. Ölçek 3'lü likert tipte hazırlanmış olup, 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğe verilen cevaplar Evet: 2 puan, Bilmiyorum: 0 puan ve Hayır: 1 puan şeklinde puanlanmaktadır. 2,5,6,9,10,13,15,16,17,19,20. maddeler ters önerme olup ters puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı en düşük 0, en yüksek 42'dir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçek için kestirim değeri 34 puan olarak belirlenmiş olup, 35 puan ve üzeri akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olarak değerlendirilir. 21 ifadeden oluşan Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0,76 olarak hesaplanmıştır.

3.6 VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma uygulaması Pursaklar Devlet Hastanesinin Dahiliye Polikliniği ve Kliniğinde yapılmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, araştırmanın yürütüleceği dahiliye poliklinik ve kliniğinde çalışan sağlık personeli ile, araştırmanın amacı ve kapsamı açıklanarak ekip içi iletişimi sağlamak için bilgilendirme görüşmesi yapılmıştır. Araştırma kriterlerini karşılayan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, hastaların aydınlatılmış onamları alınmıştır. (Bkz. EK 7)

Polikliniktekı görüşmeler dahiliye polikliniklerinin bulunduğu kattaki hasta bekleme salonunda yapılmıştır. Veriler, veri toplama araçları ile araştırmacı

tarafından, her bir hasta ile 15-25 dakika arasında yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Dahiliye servisinde ise; yatan hastaların dosyaları veri toplamak amacıyla klinik sorumlu hemşiresinin bilgisi dahilinde incelenmiştir. Araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan hastalar belirlenerek veri toplama formları aynı şekilde, hasta odasında uygulanmıştır.

3.7 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler Windows için IBM SPSS 24 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılımla uyumluluğu Kolmogorov - Smirnov Testi kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen parametreler çeyrekler arası aralık (Mean)- (25. ve 75. persentiller) ile kategorik değişkenler sayı(n) ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve Kruskal -Wallis testi ve iki ölçek arasında ilişkinin olup olmadığı ve bu ilişkinin şiddetini ortaya koymak amacıyla Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlı verilerin sonuca etkisinin incelenirken tüm analizler için 0,05'ten küçük bir p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırma, tek merkezli olarak yapılmıştır. Pursaklar devlet hastanesine en fazla başvuran hasta grubu DM, KOAH ve HT hastalıklarına sahip bireyler oldukları için araştırma kapsamına sadece bu hastalar alınmıştır. İleri araştırmalarda diğer kronik hastalıklardan astım, KBH, KKY gibi tanıları olan bireylerde ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımının incelenmesi önemlidir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde 210 hastadan elde edilen verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve verilere uygulanan analiz yöntemleri sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamındaki 65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1 Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Demografik Bilgilerin Dağılımı (n=210)

Demografikler	18-64 yaş (n=105)	65 yaş ve üzeri (n=105)
	n (%)	n (%)
Yaş (yıl)	52 yıl (min-maks: 24-64)	70 yıl (min-maks:65-90)
Cinsiyet		
Kadın	60 (57,1)	71 (67,6)
Erkek	45 (42,9)	34 (32,4)
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	8 (7,6)	35 (33,3)
İlköğretim	39 (37,1)	53 (50,5)
Lise	24 (22,9)	11 (10,5)
Lisans ve üzeri	34 (32,4)	6 (5,7)
Medeni Durum		
Evli	88 (83,8)	88 (83,8)
Bekar	17 (16,2)	17 (16,2)
Çocuk Durumu		
Var	91 (86,7)	104 (99,0)
Yok	14 (13,3)	1 (1,0)
Yaşanılan Yer		
Şehir Merkezi	75 (71,4)	69 (65,7)
İlçe	25 (23,8)	26 (24,7)
Kasaba/Köy	5 (4,8)	10 (9,6)
Birlikte Yaşadığı Kişi/kişiler		
Yalnız	3 (2,9)	11 (10,5)
Sadece eşiyle	26 (24,8)	66 (62,9)
Sadece çocuklarıyla	5 (4,8)	12 (11,4)
Eşi ve çocuklarıyla	61 (58,1)	16 (15,2)
Akrabası ile birlikte	10 (9,4)	0 (0,0)
Aylık Gelir Durumu		
Gelir<Gider	37 (35,2)	27 (25,7)
Gelir=Gider	55 (52,4)	61 (58,1)
Gelir>Gider	13 (12,4)	17 (16,2)
Sağlık Güvencesi		
Var	104 (99,0)	89 (84,8)
Yok	1 (1,0)	16 (15,2)

Tablo 4.1.1'de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan 65 yaş altı hastaların yaş ortancası 52 yıl (min-maks: 24-64); 65 yaş ve üstü hastaların yaş ortancası 70 yıl (min-maks:65-90) olarak hesaplanmıştır. Buna göre 65 yaş altı hastaların %57,1'i, 65 yaş ve üstü hastaların %67,6'sı kadındır. Her iki hasta grubunun %83,8'inin evli olduğu; 65 yaş altı hastaların %86,7'sinin, 65 yaş ve üstü hastaların %99.0'unun çocuğu olduğu belirlenmiştir. 65 yaş altı hastaların %37,1'i ilköğretim, %22,9'u lise ve %32,4'ü en az lisans düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir.

Tablo.4.1.2. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=210)

Tanımlayıcı Özellikler	**18-64 yaş (n=105)**	**65 yaş ve üzeri (n=105)**
	n(%)	**n (%)**
Kronik Hastalıklar*		
Diabetes Mellitüs	50 (47,6)	47 (44,8)
Hipertansiyon	68 (64,8)	86 (81,9)
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	16 (15,2)	11 (10,5)
Hastalık Süresi		
1-5 yıl	33 (31,4)	19 (18,1)
>5-10 yıl	34 (32,4)	31 (29,5)
>10 yıl	38 (36,2)	55 (52,4)
İlaç Veriliş Yolları		
Oral	79 (75,3)	77 (73,3)
Enjeksiyon	5 (4,8)	1 (1,0)
Oral+Enjeksiyon	11 (10,5)	16 (15,2)
İnhaler	3 (2,9)	2 (1,9)
Oral+İnhaler	7 (6,7)	9 (8,6)
Sürekli Kullandığı İlaç ile İlgili Bilgi Alma Durumu		
Evet	48 (45,7)	52 (49,5)
Hayır	57 (54,3)	53 (50,5)
*n katlanmıştır.		

Tablo 4.1.2'de hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımına yer verilmiştir. 65 yaş altı hastaların %47,6'sı ile 65 yaş ve üzeri hastaların %44,8'inde diyabet olduğu ve iki grupta bu hastalığın dağılımının benzer olduğu belirlenmiştir. 65 yaş altı hastaların, %36,2'sinde hastalık süresi 10 yıldan fazladır. 65 yaş ve üstü hastaların ise %52,4'ünde hastalık süresi 10 yıldan fazla olduğu belirlenmiştir. 65 yaş altı hastaların %75,3 'ü, 65 yaş ve üzeri hastaların %73,3'ü ilaçlarını oral olarak

aldığını ifade etmiştir. Sürekli kullandığı ilaçlarla ilgili sağlık personelinden bilgi aldığını belirten hastaların oranı 65 yaş altı hastalarda %45,7, 65 yaş ve üstü hastalarda %49,5 olarak hesaplanmıştır.

4.2 Yaş grupları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde 65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri hastalar ve tanımlayıcı özelliklere göre TMMÖ'nün bilgi düzeyi ve motivasyon puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1 Yaş grupları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=210)

Tanımlayıcı Özellikler	Bilgi Düzeyi				Motivasyon			
	18-64 yaş	65 yaş ve üzeri			18-64 yaş	65 yaş ve üzeri		
Cinsiyet	Mean (Q1 -Q3)	Mean (Q1 -Q3)	**Z**	**p**	Mean (Q1 -Q3)	Mean (Q1 -Q3)	**Z**	**p**
Kadın	1,90 (1-3)	1,83 (1-3)	2002,00	0,535	1,93 (1,5-3)	1,94 (1-3)	2061,50	0,739
Erkek	2,26 (2-3)	2,00 (2-3)	653,00	0,233	2,11(1-3)	1,79 (1-3)	630,00	0,159
Z	1107,00	1077,00			1205,00	1091,00		
p	0,094	0,349			0,322	0,406		
Eğitim Durumu								
Okur-yazar	2,00 (1-3)	1,65 (1-3)	115,00	0,452	2,12 (2-3)	1,82 (1-3)	121,50	0,571
İlköğretim	1,71 (1-3)	1,86 (1-3)	966,50	0,577	2,17 (2-3)	1,81 (1-3)	867,50	0,166
Lise	1,87 (1-3)	2,27 (2-3)	100,00	0,268	1,75 (1-3)	2,18 (1-3)	102,50	0,299
Lisans ve üzeri	2,58 (2-3)	2,66 (2-3)	101,00	0,985	1,97 (1-3)	2,50 (2-3)	75,00	0,324
KW	17,12	8,00			2,30	3,18		
p	**0,001***	**0,046***			0,512	0,365		
Birlikte Yaşadığı kişi/kişiler								
Yalnız	2,00 (2-2)	1,45 (0-3)	12,00	0,555	1,33 (0-2)	1,81 (1-3)	12,00	0,555
Sadece eşiyle	1,92 (1-3)	1,92 (1-3)	839,50	0,866	2,11 (2-3)	1,90 (1-3)	775,50	0,452
Sadece çocuklarıyla	1,40 (1-2)	1,58 (1-3)	27,50	0,799	2,00 (1-3)	1,33 (0-3)	20,50	0,328
Eşi ve çocuklarıyla	2,09 (2-3)	2,25 (2-3)	465,00	0,758	1,93 (1-3)	2,31 (2-3)	377,00	0,141
Akrabası ile birlikte	2,50 (2-3)	(-)	(-)	(-)	2,50 (2-3)	(-)	(-)	(-)
Diğer	2,50 (2-3)	(-)	(-)	(-)	2,33 (2-3)	(-)	(-)	(-)
KW	5,07	5,86			5,07	5,86		
p	0,407	0,119			**0,041***	0,119		
Hastalık Süresi								
1-5 yıl	2,09 (2-3)	1,78 (1-3)	254,00	0,231	1,87 (1-3)	1,94 (1-3)	299,00	0,772
>5-10 yıl	1,70 (1-3)	1,93 (2-3)	474,00	0,459	1,85 (1-3)	1,96 (1-3)	479,50	0,513
>10 yıl	2,34 (2-3)	1,89 (1-3)	779,00	0,027*	2,26 (2-3)	1,83 (1-3)	809,50	0,052
KW	6,86	0,41			6,86	0,41		
p	0,320	0,816			**0,032***	0,816		
İlaç Sayısı								
1-3	2,02 (2-3)	1,91 (1-3)	3637,00	0,388	2,04 (2-3)	1,93 (1-3)	3729,00	0,566
4-7	2,26 (2-3)	1,82 (1-3)	92,00	0,189	1,80 (1-3)	1,82 (2-3)	123,00	0,882
>7	(-)	0 (0-0)	(-)	(-)	(-)	0 (0-0)	(-)	(-)
KW	1,24	2,74			1,24	2,74		
p	0,266	0,254			0,266	0,254		
Sürekli Kullandığı İlaç İle İlgili Bilgi Alma Durumu								
Evet	2,18 (2-3)	2,09 (1,5-3)	1171,50	0,572	2,22 (2-3)	2,05 (1,5-3)	1093,50	0,255
Hayır	1,94 (2-3)	1,67 (1-3)	1252,00	0,102	1,82 (1-3)	1,73 (1-3)	1478,00	0,840
Z	1171,50	1035,50			1024,50	1192,50		
p	**0,018***	**0,021***			**0,020***	0,214		

KW: Kruskal Wallis testi, **Z:** Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05* , Değerler mean (Q1-Q3) şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.2.1'de iki yaş grubu ve tanımlayıcı özelliklerine göre TMMÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmaya katılan 65 yaş altı kişilerde eğitim düzeyinin farklı olmasının TMMÖ bilgi düzeyi puanları arasında yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Bu fark lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların puanının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (KW=17,12, p=0,001). 65 yaş ve üzeri katılımcılarda eğitim düzeyinin farklı olmasının TMMÖ bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir. Bu fark lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastaların puanın yüksek olmasından kaynaklanmaktadır(KW=8,00, p=0,046). 65 yaş ve üzeri olan kişilerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyi puan ortalamaları da artmaktadır. Özetle eğitim durumunun yaş grubu gözetmeksizin bilgi düzeyi puanına etkili olduğu, 65 yaş altı yaş grubunda ise daha anlamlı düzeyde etkisi olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan 65 yaş altı kişilerde birlikte yaşadığı kişilerin farklı olmasının TMMÖ motivasyon puanları arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir. Bu fark akrabası ile yaşayan hastaların puanının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (KW=5,07, p=0,041).

Hastalık süresinin 1-5 yıl arasında olması, 5-10 yıl arasında sürmesi veya 10 yıldan fazla sürmesi açısından 65 yaş altı kişilerde motivasyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu fark hastalık süresi 10 yıldan fazla olan hastaların puanının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (KW=6,86,p=0,032).

Hastalık süresi 10 yıldan fazla olan kişilerin yaşının 65'den büyük veya küçük olması arasında bilgi düzeyi puanı açısından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=779,00, p=0,027). 10 yıldan fazla süredir hasta olan kişiler arasında 65 yaş altı olan kişilerin bilgi düzeyi puanı ortalaması 2,34 iken 65 yaş altı olan hastaların ortalaması 1,89'dan büyük olduğu belirlenmiştir.

Sürekli kullandığı ilaç ile ilgili bilgi alıp almama durumu açısından 65 yaş altı kişilerin motivasyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu fark sürekli kullandığı ilaç ile ilgili bilgi alan kişilerin motivasyon puanlarının ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Z=1024,50, p=0,020).

Sürekli kullandığı ilaç ile ilgili bilgi alan ve almayan 65 yaş altı kişilerin bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (Z=1171,50, p=0,018). Aynı şekilde sürekli kullandığı ilaç ile ilgili bilgi alan ve almayan 65 yaş üzeri yaş grubundaki kişilerin de bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=1035,50, p=0,021).

4.3 Yaş Grupları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde 65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri hastalar ve tanımlayıcı özelliklerine göre AİKÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.3.1 Yaş Grupları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=210)

Tanımlayıcı Özellikler	**Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği**			
	18-64 yaş [n=105]	**65 yaş ve üzeri [n=105]**		
Cinsiyet	Mean (Q1 -Q3)	Mean (Q1 -Q3)	**Z**	**p**
Kadın	37,20 (35,5-40,5)	34,74(29-40)	1615	**0,017***
Erkek	37,48 (35-40)	34,67 (32-40)	538,5	**0,024***
Z	1305,5	1178		
p	0,772	0,842		
Eğitim Durumu				
Okur-yazar	37,50 (34-41)	33,00 (28-37)	71,5	0,310
İlköğretim	35,846 (33-40)	34,54 (29-40)	920,5	0,370
Lise	37,20(35-40)	39,54 (37-41)	79	0,610
Lisans ve üzeri	39,05 (38-42)	37,50 (37-40)	63,5	0,148
KW	9,392	12,294		
p	**0,025***	**0,006***		
Birlikte Yaşadığı Kişi/kişiler				
Yalnız	35,66 (31-42)	33,54 (26-39)	14	0,769
Sadece eşiyle	36,88 (35-41)	34,56 (30-40)	637	0,054
Sadece çocuklarıyla	39,40 (39-40)	31,08 (28-35,5)	0	**0,001***
Eşi ve çocuklarıyla	37,22 (35-40)	38,93 (36-41,5)	342	0,065
Akrabası ile birlikte	36,75 (33-40,5)	(-)	(-)	(-)
Diğer	39,66 (38-42)	(-)	(-)	(-)
KW	3,33	15,557		
p	0,650	**0,001***		
Hastalık Süresi				
1-5 yıl	37,60 (35-40)	34,26 (28-41)	225,5	0,092
>5-10 yıl	36,52 (35-39)	35,61 (32-41)	436	0,230
>10 yıl	37,78 (35-41)	34,38 (29-40)	701	**0,007***
KW	1,662	0,54		
p	0,436	0,763		
İlaç Sayısı				
1-3	37,12 (35-40)	34,63 (30-40)	2930	**0,004***
4-7	38,53 (37-41)	35,70 (30-40)	95,5	0,224
>7	(-)	26,00 (26-26)	(-)	(-)
KW	1,243	2,743		
p	0,265	0,254		
Sürekli Kullandığı İlaç İle İlgili Bilgi Alma Durumu				
Var	36,00 (33,5-40)	34,59 (30-40)	1075	0,231
Yok	38,43 (37-41)	34,84 (29-40)	962	**0,001***
Z	1043	1354		
p	**0,035***	0,877		

KW: Kruskal Wallis testi, **Z:** Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05* , değerler mean (Q1-Q3) şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.3.1'de iki yaş grubu ve tanımlayıcı özelliklerine göre AİKÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılardan kadın olanların iki yaş grubu arasında AİKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=1615, p=0,017). 65 yaş altı kadın katılımcıların AİKÖ puan ortalamalarının, 65 yaş üzeri kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların erkek olanlarının yaş grubu açısından AİKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (Z=538,5, p=0,024<0,05). Özetle kadınlarda da erkeklerde de yaş grubu açısından kişilerin AİKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Katılımcılardan 65 yaş altı olan kişilerde eğitim durumu açısından AİKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu fark 65 yaş altı hastalarda lisans ve üzeri eğitim düzeyi puanının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (KW=9,392, p=0,025). Benzer şekilde 65 yaş üzeri olan kişilerde eğitim durumu açısından AİKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu fark 65 yaş ve üzeri hastalarda lise eğitim düzeyi puanının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (KW=12,294, p=0,006).

Sadece çocuklarıyla yaşayan katılımcılardan 65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri yaş grubu arasında AİKÖ puanları açısından yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=0, p=0,001). Sadece çocuklarıyla yaşayan kişilerden 65 yaş altı yaş grubunda olan kişilerin AİKÖ puan ortalamaları 39,40 olup sadece çocuklarıyla yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin ortalamasına (Ortalama:31,08) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Eşi ve çocuklarıyla yaşadığını belirten 65 yaş ve üzeri kişilerin akılcı ilaç kullanım ölçeği puan ortalamalarının diğer tüm durumlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu fark eşi ve çocuklarıyla yaşayan katılımcıların aldıkları puanın daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (KW=15,557, p=0,001).

10 yıldan fazla süredir hasta olan kişilerden 65 yaş altı veya üzeri yaş grubunda olmaları arasında akılcı ilaç kullanım ölçeği puanları açısından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=701, p=0,007). Hastalık süresi 10 yıldan fazla olan 65 yaş altı kişilerin akılcı ilaç kullanım ölçeği puan ortalamalarının, hastalık süresi

10 yıldan fazla olan 65 yaş üzeri kişilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (37,78>34,38).

Kullandıkları ilaç sayısı 1-3 olan kişilerde yaş grupları AİKÖ puanları açısından anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (Z=2930, p=0,004). 1-3 adet ilaç kullanan kişilerden 65 yaş altında olanların AİKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sürekli kullandığı ilaç ile ilgili bilgi alıp almama durumu açısından 65 yaş altı kişilerin AİKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu fark bilgi almayanların puanının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Z=1043,P=0,035).

Sürekli kullandığı ilaçla ilgili bilgi alma durumlarının yaş grubu farklılıkları arasında akılcı ilaç kullanım ölçeği puanları açısından yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (Z=962, p=0,001). Sürekli kullandığı ilaçla ilgili bilgi almayanlardan 65 yaş altı olanların AİKÖ puan ortalamalarının 38,43 olduğu ve 65 yaş üzeri kişilere göre (Ortalama:34,84) daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.4 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Toplan Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmanın bu kısmında TMMÖ ve AİKÖ toplam puanlarının analizine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.4.1 Yaş gruplarına Göre Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanları /Motivasyon Puanı ve Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=210)

	Yaş Grubu			
Ölçek	**<65**	**+65**	**Z**	**p**
TMMÖ/Motivasyon Puanı	2,01 (1,00- 3,00)	1,90 (1,00- 3,00	5240,5	0,517
TMMÖ/Bilgi Puanı	2,06 (2,00- 3,00)	1,89 (1,00- 3,00)	4903,5	0,144
AİKÖ Puanı	37,32 (35,00- 40,00)	34,72 (30,00- 40,00)	4100,5	**0,001***

Z: Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05*, değerler mean (Q1-Q3) şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.4.1'de ölçek puanlarının yaş grubu açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Motivasyon ve bilgi puanları açısından yaş grupları

arasında anlamlı bir farklılık olmadığı fakat Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği puanları açısından yaş grupları arasında yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Z=4100,5, p=0,001).

4.5 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek için Yapılan Korelasyon Analizine ilişkin Bulgular

Bu bölümde AİKÖ ile TMMÖ ölçeğinin alt grupları olan bilgi düzeyi ve motivasyon puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.5.1 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek için Yapılan Korelasyon Analiz Sonuçları

Değişkenler	**Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği**	
N=210	**Rho**	**p**
TMMÖ/Motivasyon	,177*	,010
TMMÖ/ Bilgi Düzeyi	,335**	,000

*Spearman Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Spearman Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

AİKÖ ile TMMÖ puanları arasında yapılan korelasyon sonucunda TMMÖ–Motivasyon puanları ile AİKÖ arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur (Rho:0,177). Benzer şekilde TMMÖ -bilgi düzeyi puanları ile AİKÖ arasında 0,01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur (Rho:0,335).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kronik hastalığa sahip 65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri hastalar arasındaki ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastalık süresi 10 yıldan fazla olan genç hastaların ilaç uyumu bilgi düzeyi puanının yaşlı hastaların ilaç uyumu bilgi düzeyi puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu çalışma ile paralellik gösteren çalışmalar vardır. Borataş'ın (2017) yaptığı çalışmada hastalık süresi 11 yıl ve üzeri olan hastaların ilaç uyumunun daha yüksek olduğu görülmüştür (132). Yine Akgöl'ün (2008) yaptığı çalışmada da hastalık süresinin uzamasının tedaviye uyumu arttırdığı belirlenmiştir (133). Kronik hastalıklarda hastalık süresinin uzamasının, hastaların ilaç uyumunu arttırdığı düşünülmektedir. Çünkü kronik hastalık ile yeni tanışan bireyin hastalığı kabullenememiş olması ve yetersiz bilgiye sahip olması uyumu azaltıcı faktörlerden olabilir (134). Bu çalışmaların aksine, Çörtük ve Kiraz'ın (2014) yaş ortalaması 56,7 ±14,4 olan KOAH'lı hastalarda yaptıkları bir çalışmada, hastalık süresi ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (135).

Bu çalışmada her iki cinsiyet açısından bakıldığında 65 yaş altı hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin 65 yaş üstü hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Uğrak ve ark.'nın (2015) çoğunluğunu 65 yaş altı hastaların oluşturduğu çalışmada, kadın katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir (136). Yüksel ve Özaydın'ın (2016) yaptıkları çalışmada ise, 65 yaş ve üzeri hem kadın hem de erkek hastaların ilaç kullanımına yönelik hatalar yaptıkları belirlenmiştir (137). İki hasta grubu arasındaki bu farkın yaşlanmayla birlikte görülen değişiklikler ve sosyo-demografik farklılıklar nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Literatürde akılcı ilaç kullanımının eğitim seviyesinden etkilendiği belirlenmiştir (138). Kasar ve Kızılcı'nın (2017) oral antidiyabetik ilaç kullanan, 65 yaş üstü bireylerde yaptıkları çalışmada, büyük çoğunluğu okuryazar olmayan hastaların %64,7'sinin ilaçlarını zamanında almama, kendi kararı ile ilaç kullanmayı bırakma, yanlış ilacı içme, ilacı yanlış dozda içme gibi ilaç kullanım hataları yaptıkları ortaya

çıkmıştır (100). Bian ve ark'nın (2015) büyük çoğunluğunu %21,7'sini 61 yaş üstü hastaların oluşturduğu bir araştırmada yüksek eğitim seviyesinin bilgi ve motivasyonu olumlu yönde etkileyerek, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (139). Hem literatürdeki çalışmalarda hem de bizim çalışmamızda genç ve yaşlı hastalarda eğitim düzeyi yüksek olan hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesinin artması ile kişilerin sağlığa verdiği değer ve hastalık yönetiminin öneminin arttığı görülmektedir. Çalışmanın bu kısmı literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda sadece çocuklarıyla yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi puanlarının 65 yaş altı hastalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hatipoğlu ve Özyurt'un (2016) 65 yaş altı hastalarda yaptıkları araştırmada, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda akılcı ilaç kullanımının daha yaygın olduğu belirlenmiştir (140). Çalışmanın bu kısmı literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastalık süresi 10 yıldan fazla olan genç hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin yaşlı hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak literatürde bu konu ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamış olup, daha sonraki çalışmalarda konunun araştırılması akılcı ilaç kullanımının belirlenmesi açısından önemlidir.

Çalışmada ilaç kullanımları ile ilgili bilgiler AİKÖ den başka tanımlayıcı sorularla da toplanmıştır. Bu sorulardan bir tanesi de hastaların kullandıkları ilaç sayısıdır. Verilere bakıldığında hastalardaki çoklu ilaç kullanımının fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamızda 1-3 adet ilaç kullanan kişilerden 65 yaş altı kişilerin AİKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde çeşitli tanımları olmakla birlikte çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi), aynı anda iki, dört, beş ya da daha fazla sayıda ilaç kullanımı olarak tanımlanabilir (32). Yaşın ilerlemesiyle kronik hastalıklarda artış görülmekte buna bağlı olarak da kullanılan ilaç sayısı artmaktadır. Literatürde çoklu ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalara bakıldığında Pereıra ve ark'nın (2017) 60 yaş ve üzeri hastalarda yaptıkları çalışmada, kullandıkları ilaç sayısını ortalama 3.8 adet olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada çoklu ilaç kullanım prevelansının %38 olduğu, kadınlarda daha fazla

görüldüğü ve yaşın ilerlemesi ile birlikte ilaç kullanımının arttığı belirlenmiştir (141). Öztürk ve ark'nın (2017) 65 yaş üstü bireylerin çoklu ilaç kullanımlarını değerlendirmek için yaptıkları çalışmada günde 4 adet ilaç kullanan %8,7; 5 ve üzeri ilaç kullanan %38 olduğu belirlenmiştir (32). Rawle ve ark'nın (2018) İngiltere'de yaptıkları çalışmada 60-69 yaş aralığındaki bireylerin %22,8'inin 5 ve üzerinde ilaç kullandıkları saptanmıştır (142). Çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermekte olup, çoklu ilaç kullanımının özellikle yaşlılarda önemli olduğu düşünülmektedir. Çünkü yaşlılıkta meydana gelen değişiklikler nedeniyle bu kişilerde ilaç etkileşimleri ve yan etkiler daha fazla görülmektedir (143). Ayrıca polifarmasi; tekrarlı hastane yatışlarına, tedavi süresinin uzamasına ve ölüme de neden olabilmektedir (144).

Çalışmamızın sonuçlarına göre sürekli kullandıkları ilaçla ilgili sağlık personelinden bilgi almayan 65 yaş altı hastaların AİKÖ puanlarının 65 yaş ve üzeri hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bize kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi almalarının önemini göstermesi açısından değerlidir. Irmak ve ark'nın (2007) yaş ortalaması 51,0 ± 9,9 yıl olan hipertansiyonu olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların 6 aylık verilen eğitim sonunda ilaç tedavisine uyumlarında artış görüldüğü belirlenmiştir (145). İlaçların doğru kullanımı konusunda halkın bilgi düzeyini arttıracak yazılı ve görsel medyadan yararlanılması, uygun eğitim materyallerinin kullanılması da toplum bilincinin gelişmesi açısından önemlidir (146). Akılcı ilaç kullanımının sağlanması için hasta, sağlık çalışanları ve bu konu ile ilgili tüm disiplinler arasında işbirliği ve uygun politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin yaşlıların kullandığı ilaçların yan etkileri, farmakolojik özellikleri, ilaçları hazırlarken ve uygularken alması gereken güvenlik önlemleri ile ilgili bilgi sahibi olmaları oldukça önemlidir (11). Aynı zamanda ilaçların doğru kullanımı konusunda yaşlı birey ve bakım vericilerinin eğitiminin de hemşirelik bakımının önemli bir parçası olduğu bilinmektedir.

Kronik hastalığa sahip bireylerin ilaç uyumlarının yüksek olması, hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesi, tekrarlı doktor ziyaretlerinin ve hastane yatışlarının olmaması açısından önemlidir (147). Aynı zamanda ilaç uyumunun tedavi maliyetlerini azaltan önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (17). Ancak tedavi

uyumunun kötü olması hastaları fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz etkilemektedir (68). Tedaviye uyumsuzlukta hastayla ilişkili faktörler; yaş, sahip olunan hastalığın şiddeti, tedaviye ilişkin bilgi eksikliği ve bireyin sağlık güvencesinin olmaması olarak sıralanabilir (90).

Yaşlı ve genç hastalarda ilaç uyumunun karşılaştırıldığı bu çalışmada 65 yaş altı ve 65 yaş üzeri hastalar arasında ilaç uyumu motivasyon ve bilgi düzeyi puanları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Literatürde, genç ve yaşlı bireylerde ilaç uyumunu inceleyen araştırmalarda tutarsız sonuçlar bulunmaktadır. Bu çalışmada 65 yaş altı hastaların ilaç uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. HT tanılı, 65 yaş altı bireylerde ilaç uyumunun yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (33, 107, 148). Çalışmamızın aksine gençlerde ilaç uyumunun düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur. Cingil'in (2009) HT hastalarında yaptığı çalışmasında 49 yaş ve altındaki bireylerin ilaçlarını daha düzensiz kullandığı belirlenmiştir (149). Eindhoven ve ark'nın (2018) bir çalışmada miyokard enfarktüsü sonrası ilaç uyumunun kadınlarda, genç ve yaşlı hastalarda düşük seviyede olduğu görülmüştür (134). Borataş'ın (2017) yaptığı yüksek lisans çalışmasında ise hastalarının ilaç tedavisine uyumlarının ve farklılık yaratan faktörlerin başında yaşın olduğu, 61 yaş ve üzeri hastaların ilaç uyumlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (132). Bu durumun genç hastaların sahip oldukları kronik hastalığı kabullenmede zorlanmaları ve düzenli ilaç kullanımının öneminin farkına varamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri hastaların ilaç uyumu motivasyon ve bilgi düzeyi puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerde ilaç uyumuna yönelik önceki araştırmalarda da tutarsız sonuçlar dikkat çekicidir. Literatürde kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ilaç uyumunun yüksek olduğunu veya ilaçların düzenli kullanılmadığını bildiren çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Özdemir ve ark'nın (2016) hipertansif hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, ilaca uyum öz-etkililik puanlarının (45,05±6,06) yüksek olduğu belirlenmiştir (123). Turhan ve ark'nın (2014) en az bir kronik hastalığa sahip 65 yaş ve üzeri hastalarda yaptığı çalışmada, ilaç uyumunun % 71,4 ile yüksek olduğu belirlenmiştir (96). Yaşlı bireylerin sahip oldukları kronik hastalığı benimsemelerinin ilaçlarını düzenli kullanmalarına ve ilaç uyumunun yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızdan farklı olarak literatürde yaşlı hastalarda ilaç uyumunun düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur (95, 150). Demirbağ ve ark'nın (2012) yaşlı ve kronik hastalığı olan kişilerle yaptıkları çalışmada, hastaların %85.5'inin ilaçlarını düzenli kullanmadığı ve %61,1'inin ilaçları konusunda hiç bilgi almadığı belirlenmiştir (95). Demirbaş ve Kutlu'nun (2020) yaşlı bireylerde yaptıkları çalışmada, katılımcıların %46,2'sinin ilaçlarını düzenli kullanmadığı saptanmıştır (150). Turhan ve ark'nın (2014) yaptıkları bir çalışmada ise tedaviye uyumun azalmasına neden olan en önemli faktörün "ilaç almayı unutma" ve " kendilerini iyi hissetme sonucu ilacı bırakma" olduğu ifade edilmektedir (96). Bu durumun, örneklem büyüklüğündeki ve çalışmalara dahil edilme kriterlerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşlılarda ilaç uyumsuzluğunun; ilaç takip ve bilgilendirmenin yetersiz olması, kendisini iyi ya da kötü hissettiğinde ilaç almayı bırakması ve bilinçli olarak ilaç almaması nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmektedir (123). Bu nedenle ilaç tedavisine başlarken özellikle yaşlı bireylerin; hekim, hemşire ve eczacı tarafından ilaçların kullanım şekli, sıklığı, süresi ve özellikleri ile ilgili bilgilendirilmelerin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada genç hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin yaşlı bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gençlerde akılcı ilaç kullanımının iyi olmaması; ilaç bağımlılığı, sağlığın bozulması ve ölüme sebebiyet verecek problemler yaşanması gibi sorunlara neden olacağı bilinmektedir (11, 28). Literatürde 65 yaş altındaki hastaların akılcı ilaç kullanım durumlarına bakıldığında, Uğrak ve ark'nın (2015) yaş ortalaması 29,3±16,4 yıl olan hastalarda yaptıkları araştırmada, hastaların %72.7'sinin doktor muayenesi sonucunda ilaç kullandığı belirlenmiş olup, akılcı ilaç kullanım bilgilerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Söz konusu çalışmada hastaların %68,6'sının yakınlarından veya komşularından ilaç tavsiyesi almadığı, %47,1'inin reçete edilen ilacı önerilen süre boyunca kullandığı saptanmıştır (136). Beggi ve Aşık'ın (2019) çoğunluğunu 64 yaş ve altı hastaların oluşturduğu çalışmada ise; katılımcıların %79,5'inin hastalandığında doktora başvurduğunu, %60,25'inin reçeteli ilaç kullandığını, %25,25'inin ilaçlarının hastalık belirtileri geçince bıraktığını ve %32,25'inin kullanılan ilaçların yan etkilerine dikkat ettiğini belirtmişlerdir (151). Çalışmanın bu kısmı literatür ile benzerlik göstermektedir. Literatürde 65 yaş üstü hastaların akılcı ilaç kullanımlarında daha

fazla hata yaptıkları belirtilmektedir (95, 152, 153). Taşkın, Şayir ve ark. (2014) kronik hastalığı olan 65 yaş ve üstü kişilerde yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %88'inin ilacını kendisinin içtiği, ancak %33'ünün doktor önerisi olmadan ilaç kullandığı belirlenmiştir (152). Ayrıca Akkoca ve ark'nın (2014) geriatrik hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların %70'inin bazen doktor önerisi olmadan ilaç kullandığı, %86,7'sinin ilacın prospektüsünü bazen okuduğu, %82,2'sinin evde bulunsun diye ilaç yazdırdığı, %100'nün ilaçtan yarar görmediğini düşündüğünde kullanmayı bıraktığı belirlenmiştir (153). Bu durumun iki yaş grubu arasındaki sosyo-demografik farklılıklar ve yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan bilişsel değişiklikler nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

İlaç uyumu ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde; ilaç uyumu ile akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. TMMÖ bilgi ve motivasyon puanları arttığında, AİKÖ puanlarının da arttığı görülmüştür. İlaç uyumu ile akılcı ilaç kullanımı arasında aslında sıkı bir işbirliği vardır. Bu durum bu çalışmada da görülmektedir. Literatüre bakıldığında ilaç uyumu ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarının hemşirelik bilimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, polifarmasi ve ilaç uyumu ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Demirbaş ve Kutlu'nun (2020) kronik hastalığa sahip hastalarda yaptıkları çalışmada, kullanılan ilaç sayısı arttıkça ilaç uyumunun azaldığı belirlenmiştir (150). Turhan ve ark'nın (2014) yaptığı bir diğer çalışmada 4 veya daha fazla ilaç grubu kullanan hastaların diğer hastalara göre ilaç uyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir (96).

Hemşirelerin, sürekli ilaç kullanmak zorunda olan kişilere kullandıkları ilaçların alınma zamanı ve sıklığı, nasıl kullanılacağı vb. konularda eğitim faaliyetleri düzenlemesi, bireylerin ilaç uyumunu artırmakla birlikte; reçetesiz ve başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullanma, yan etkilere dikkat etmeme gibi akılcı olmayan ilaç uygulamalarını da azaltacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda, hastaların ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin yüksek olması ile birlikte ülke kaynaklarının boşa harcanmasını engelleneceği, morbidite ve mortalitenin azalacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Araştırma kronik hastalığı olan genç ve yaşlı bireylerin ilaç uyumlarını ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Genç ve yaşlı bireylerin ilaç uyumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.
2. Gençlerde akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi daha yüksek olarak belirlenmiştir.
3. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği ile Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusundaki önerilerimiz şunlardır;

- Hemşireler tarafından sürekli ilaç kullanan hastalara, ilaçları ile ilgili olarak ilacı kullanmaya başlamadan önce ve sonra belirli zaman aralıklarıyla düzenli olarak akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim programları düzenlenmeli ve farkındalık oluşturulmalıdır.
- Hemşireler özellikle yaşlı bireylerin tedavi planını, çoklu ilaç kullanımı sonucu ortaya çıkabilecek olumsuz etkileri önleyecek şekilde düzenlemeli ve akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi vermelidir.
- Hasta ve yakınlarına özellikle doktor dışındaki kişilerin tavsiyesi ile ilaç kullanılmaması, ilaçların son kullanım tarihlerinin kontrol edilmesi, ilaca bağlı yan etki görüldüğünde hangi yolun izleneceği konularında bilgi verilmesi önerilmektedir.
- Yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımını artıracak yeni hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.
- DM, HT, KOAH dışındaki kronik hastalıklarda yaşlı- genç bireyler arasında ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımını kıyaslayan yeni araştırmalar planlanmalıdır.

- Kronik hastalığı olan genç ve yaşlı hastaların perspektifinden ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanımını etkileyen yaşam deneyimlerine yönelik nitel araştırmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO. (2018). Noncommunicable diseases. (Internette). Erişim 13.09.2020, https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_2
2. Özdemir, Ü., Taşcı S. (2013). Kronik Hastaliklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakim. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):57-72.
3. WHO. (2019). Noncommunicable Diseases And Their Risk Factors. (Internette). Erişim 13.09.2019, https://www.who.int/ncds/introduction/en/.
4. WHO. (2018). Noncommunicable diseases country profiles. (Internette). Erişim 26.05.2020, https://www.who.int/nmh/countries/2018/tur_en.pdf?ua=1.
5. WHO. (2014). Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. (Internette). Erişim 29.10.2020, https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/
6. Uğrak, U., Uzuntarla, Y., Cihangiroğlu. N., Akyüz, S. (2016). Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Abant Medical Journal,* 5(3):158-165.
7. Sağlık Bakanlığı, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025. Ankara: 2017. (internette). Erişim 22.03.2020, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547.
8. Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: (internette). Erişim 15.04.2020 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf
9. Köseoğlu, N., Enç, N. (2016). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing,* 7(14):162-168.
10. Özdelikara, A., Taştan, A., Atasayar B.Ş. (2020). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1):42-49.
11. Özen, B., Kaya Erten, Z., Bülbül, T. (2018). Kuşaklar Arası Akılcı İlaç Kullanımı. *Journal of Health Sciences,* 27(3):199-204.
12. Dakhale, G., Pimpalkhute, S., Bajait, C., Raghute, L. (2016). Evaluation of knowledge, attitude and practice of rational use of medicine among interns and

resident doctors in a tertiary care teaching hospital. *Journal of Young Pharmacists*, 8(2):114.

13. Wu, J., Moser, D.K., Chung, M.L., Lennie, T.A. (2008). Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model im patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failire*, 14(7):603-614.
14. Cook, P. F., Emiliozzi, S., El-Hajj, D., & McCabe, M. M. (2010). Telephone nurse counseling for medication adherence in ulcerative colitis: a preliminary study. *Patient education and counseling*, *81*(2), 182-186.
15. Ruppar, T. M., Dobbels, F., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Siebens, K., & De Geest, S. M. (2015). Systematic review of clinical practice guidelines for the improvement of medication adherence. *International journal of behavioral medicine*, *22*(6), 699-708.
16. Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health*, *11*(1), 44-47.
17. Neiman, A.B., et al. (2017). CDC Grand Rounds: Improving Medication Adherence For Chronic Disease Management—Innovations And Opportunities. MMWR Morbidity And Mortality Weekly Report, 66(45):1248.
18. Bağcıvan, G., Akbayrak N. (2015). Development and psychometric testing of the turkish-version oral chemotherapy adherence scale. *The Journal of Nursing Research*, 23(4), 243-251.
19. Özer, E., Özdemir L. (2009). Yaşlı Bireyde Akılcı Ilaç Kullanımı Ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(2):42-51.
20. Gülhan, R. (2013). Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(2):100-101.
21. Pesen E. (2013). Genel Dahiliye Polikliniğine başvuran geriatrik hastalarda polifarmasi ve ilaç kullanımı ile ilgili uygunsuzlukların irdelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]: T.C Uludağ Üniversitesi.
22. Esher, A., Coutinho T. (2017). Rational use of medicines, pharmaceuticalization and uses of methylphenidate. *Ciencia & saude coletiva*, 22:2571-2580.

23. WHO. (1987). Conference of Experts on the Rational Use of Drugs (1985 : Nairobi). The rational use of drugs : report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985. (internette) Erişim 15.02.2020, https://apps.who.int/iris/handle/10665/37174.
24. Türker, P. (2017). 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.
25. Yıldırım, A.B., Kılınç, A.Y. (2017). Yaşlı Hastalarda Polifarmasi Ve Ilaç Etkileşimi. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 45(5):17-21.
26. Zelko, E., Klemenc-Ketis Z., Tusek-Bunc, K. (2016). Medication adherence in elderly with polypharmacy living at, home: a systematic review of existing studies. Materia socio-medica, 28(2):129.
27. WHO. Medication Safety in Polypharmacy. Technical Report. Sf:11
28. Pirinççi, E., Bozan, T. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumları. Fırat Tıp Dergisi, 21(3).
29. Karaman, A., Ayoğlu, T., Aydoğan, M.N., Kuğu, E. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanma Durumları. FNJN.143.
30. Dedeli, Ö., Karadakovan, A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. Spatula DD, 1(1):23-32.
31. Zia, A., Kamaruzzaman, S.B., Tan, M.P. (2015). Polypharmacy and falls in older people: balancing evidence-based medicine against falls risk. Postgraduate medicine, 127(3):330-337.
32. Öztürk, Z., Uğraş, K.G. (2017). Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27(2):103-108.
33. Oğuz, S., Yanmış, S., Yılmaz, B., Atman, R. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç ve diyet tedavisine uyum düzeyleri. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(21):1-7.
34. O'Shea, E. (1999). Factors contributing to medication errors: a literature review. *Journal of clinical nursing*,8(5):496-504.

35. Koşar, C., Besen, D.B. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1):45-51.
36. Özdemir, Ü., Taşcı, S. (2013). Kronik Hastaliklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. ERÜ *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):57-72.
37. Kvedar, J.C., Fogel, A.L., Elenko, E., Zohar, D. (2016). Digital Medicine's March On Chronic Disease. *Nature Biotechnology*, 34(3):239.
38. WHO. (2019). Noncommunicable Diseases. June 2018. (Internette). Erişim 13.09.2019, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ noncommunicable-diseases..
39. WHO. (2017). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri. (Internette). Erişim 26.05.2020, https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf.
40. Dilmaç, E. (2013). Sağlıklı Yaşlanma Ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi Sağlıklı Yaşlanma Ve Kronik Hastalıklar Raporu. (Internette) Erişim 26.05.2020. https://www.researchgate.net/profile/Elife_Dilmac/publication/309033895_Saglikli_Yaslanma_Ve_Kronik_Hastaliklar_Projesi/Links/57fe87d508ae7275640163ce/Saglikli-Yaslanma-Ve-Kronik-Hastaliklar-Projesi.pdf.
41. TUİK. (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2018 (internette). Erişim 11.09.2019, Http://Www.Tuik.Gov.Tr/ Prehaberbultenleri.Do?İd=30626..
42. Akpınar, N.B., Ceran M.A. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1); 79-91.
43. TEMD (2019). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2019. 12. Baskı. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.(internette). Erişim 21.01.2020, http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190819095854 2019tbl_kilavuzb48da47363.pdf.

44. IDF. (2020). Diabetes facts & figures. (internette). Erişim 26.04.2020, https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html.
45. WHO. (2018). Diabetes. (internette). Erişim 10.09.2019, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.
46. Türk Diyabet Cemiyeti. (2013). Turdep-2 Sonuçlarının Özeti. (internette). Erişim 10.09.2019, http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti.
47. IDF. (2020). Type 1 diabetes. (internette). Erişim 24.04.2020, https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-1-diabetes.html.
48. Aktunç, E., Ünalacak, M., Demircan, N. (2002), Tip II Diyabet'te Patofizyoloji ve Akılcı Tedavi Yaklaşımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11:334-336.
49. Şenyiğit, A. (2017). Tip 2 Diyabette Fizyopatolojik Tedavi Yaklaşımı Ve Pioglitazonun Yeri. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Cilt 22, Sayı 3 sf: 221.
50. ADA (American Diabetes Association). (2013). Standards Of medical Care İn Diabetes-2013. Dıabetes Care, Volume 36, Supplement 1.
51. TÜRKDİAB. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2018. (internette). Erişim 12.10.2019, https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf.
52. ADA (American Diabetes Association). (2018). Classification And Diagnosis Of Diabetes: Standards Of Medical Care In Diabetes—2018. Diabetes Care, 41(Supplement 1):S13-S27.
53. Öztürk, F.Y., Altuntaş, Y. (2015). Gestasyonel Diabetes Mellitus/Gestational Diabetes Mellitus. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 49(1):1.
54. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. (internette). Erişim 15.01.2020.
55. Önmez, A. (2017). Diabetes Mellitus' ta Mikrovasküler Komplikasyonların Yönetimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2):117-119.
56. Çapoğlu, İ., Yıldırım, A., Aşılar R., Çayköylü A. (2019). Diyabete Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar ve Diyabet Yönetimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(1):67-74.

57. Bayrak, G., , Çolak, R. (2012). Diyabet tedavisinde hasta eğitimi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(1s):7-11.
58. Aslan, Ü., Korkmaz, M. (2015). Diyabetli Bireylerin İnsülin Uygulama Bilgi-Beceri Düzeyleri: Doğru ve Yanlışlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1).
59. WHO. (2019). Hypertension. (internette). Erişim 24.10.2019 hwwin-rf-sdh.
60. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2019). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019. 3. Baskı. Ankara: Erişim 15.04.2020, http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506163904-2019tbl_kilavuz5ccdcb9e5d.pdf.
61. Kolcu, M., Ergün, A. (2017). Yaşlılarda hipertansiyon. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1):17-23.
62. Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) arteriyel hipertansiyon görev grubu. (2014). ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş 2014, Suppl. 4: https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf.
63. WHO. (2019). Hypertension. (internette). Erişim 24.10.2019, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.
64. Devos, P., Menard, J. (2019). Bibliometric analysis of research relating to hypertension reported over the period 1997–2016. *Journal of hypertension*, 37(11):2116.
65. Onat A., ve ark. (2017). TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Onat A, İstanbul,104.
66. Arıcı, M., et al. Türk hipertansiyon prevelans çalışması. Erişim 20.03.2020, http://www.turkhipertansiyon.com/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf.
67. Zungur, M., Yıldız, A. (2004). Hipertansif hastaya yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 3(8):297-303.
68. Erci, B., Elibol, M., Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2):79-92.

69. Kurultak, İ., Calayoğlu, R. (2016). Yoğun Bakım Hastalarında Hipertansiyon. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(2):126-136.
70. Guyton, A.C., Hall, J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji. 11.Basım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
71. Sawicka, K., Szczyrek, M., Jastrzebska, I., Prasal, M., Zwolak, A., Daniluk, J. (2011). Hypertension–the silent killer. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 5(2).
72. Meral, E. (2018). Hipertansiyon Tedavisinde Beslenmenin ve Yaşam Tarzi Değişikliklerinin Önemi.*Bozok Tıp Dergisi*, ;8(2):80-85.
73. Aydoğdu, S., ve ark. (2019). Turkish Hypertension Consensus Report. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 47(6):535.
74. Yusuf, Ü., Uğurlu, M. (2018). Hipertansiyona Pratik Yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 18(3):447-453.
75. Sağlık Bakanlığı. (2020). Hipertansiyon Klinik Protokolü. ISBN: 978-975-590-774-1, Ankara
76. Grassi, G. (2016). Sympathomodulatory effects of antihypertensive drug treatment. *American Journal Of Hypertension*, 29(6):665-675.
77. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2018). Global Strategy for The Dıagnosıs, Management, and Preventıon Of Chronıc Obstructıve Pulmonary Dısease (2018 Report). (internette). Erişim 20.11.2019, https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/gold-2018-v6.0-final-revised-20-nov_wms.pdf
78. WHO. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). (internette). Erişim 20.11.2019, https://www.who.int/respiratory/copd/en/.
79. Yılmaz, C.K., Kapucu, S. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Kullanımı: Sistematik Derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2):65-74.
80. Demir, A.U. (2017). Ulusal hastalık yükü çalışması ve çözüm önerileri. Hastalık Yükü Araştırması'na Göğüs Hastalıkları Bakışı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.
81. Uysal, A. (2013). KOAH'ın Tanı, Sınıflama ve İzleminde Solunum Fonksiyon Testlerinin Yeri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1 (1): 20-23.

82. TTD. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı. KOAH'lı Olgunun Tanısı ve Değerlendirilmesi. (internette). Erişim 20.03.2020.

Available from: https://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=3.

83. Başyiğit, İ. (2010). KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2):114-118.

84. Tanık, A., Demirci, F., Doğan, M., Doğru, A. (2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Ve Periodontal Hastalık Ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2):274-278.

85. Türk Toraks Derneği. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaliği (Koah) Koruma TVTRiE, https://www.chiesi.com.tr/img/download/documenti/363_ttd-koah-tani-ve-tedav-C4-B0-raporu-2014.pdf.

86. WHO. Chronic respiratory diseases. COPD management. (internette). Erişim 14.12.2019, https://www.who.int/respiratory/copd/management/en/.

87. Dikeç, G., Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 6(1).

88. WHO. (2003). Adherence To Long-Term Therapıes, Evidence for action. (internette).Erişim15.01.2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;%20jsessionid.

89. Köse, S.Ş. (2017). Astım Tedavisinde Uyumu Etkileyen Faktörler ve Çözüm Önerileri. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 9(1):11-15.

90. Demirkol, M.E., Tamam, L. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu: Treatment Adherence in Psychiatric Disorders. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 8(1):85.

91. Ho, P.M., Bryson, C.L., Rumsfeld, J.S. (2009). Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation, 119(23):3028-3035.

92. Chan, F-k., Wong, FY-y., So, W.Y., Kung, K., Wong, CK-m. (2013).How much do elders with chronic conditions know about their medications? *BMC geriatrics*, 13(1):59.

93. TUIK. (2018). İstatistiklerle Yaşlılar. Türkiye İstatistik Kurumu (internette) Erişim 18.03.2019,https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf.
94. Kerry, Z. (2015). Yaşlılarda Doğru Ilaç Kullanımı. *Ege Tıp Dergisi*, 54.
95. Demirbağ, B.C., Timur, M. (2012). Bir Grup Yaşlının Ilaç Kullanımı ile Ilgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1):1-8.
96. Turhan, Ö., Kibar, E., Ekren, E., Engin, O., Ercan, D., Erdal, A.I, et al. (2014). Yaşlilarda İlaç Uyumu: Üniversite Hastanesi Tabanli Tanimlayici Bir Çalişma. Evaluation, 33:38.
97. Akdemir, N., Birol L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset, 2005.
98. Demirtaş, A. (2014). Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesine Yönelik Yeni Bir Ölçek Oluşturulması. (Doktora Tezi).
99. Türten, K., T., Akdemir, N. (2016). Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. Journal of Psychiatric Nursing, 7(2):61-67.
100. Kasar, K.S., Kızılcı, S. (2017). Oral antidiyabetik ilaç kullanım hataları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3):128-137.
101. Rasoolimoghadam, M., Safdari, R., Ghazisaeidi, M., Maharanitehrani, M., Tahmasebiyan, S. (2015). Designing decision support system to detect drug interactions type 2 diabetes. *Acta Informatica Medica*, 23(6):336.
102. Salmanoğlu, M. (2019). Tip 2 Diyabetin Oral Antidiyabetik İlaçlarla Tedavisi. *Klinik Tıp Bilimleri*.7(3):20-23.
103. Toy ,E.L., Beaulieu, N.U., McHale, J.M., Welland, T.R., Plauschinat, C.A., Swensen, A., et al. (2011). Treatment of COPD: relationships between daily dosing frequency, adherence, resource use, and costs. *Respiratory medicine*;105(3):435-441.
104. Cramer, J.A., Bradley-Kennedy, C., Scalera, A. (2007). Treatment persistence and compliance with medications for chronic obstructive pulmonary disease. *Canadian respiratory journal*, 14.

105. Hacıevliyagil, S.S., Arıkan, Ö.Ö., Günen, H. (2005). Hastaların inhaler ilaçları kullanma becerileri. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, (2):51-60.
106. Nur, T., Arslan, S. (2018). Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2):120-128.
107. Mekonnen, H.S., Gebrie, M.H., Eyasu, K.H., Gelagay, A.A. (2017). Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Pharmacology and Toxicology*,18(1):27.
108. İlhan, M., Aydemir, Ö., Çakır, M., Aycan, S. (2014). Akılcı Olmayan Ilaç Kullanım Davranışları: Ankara'da Üç Ilçe Örneği. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*,12(3):188-200.
109. Şantaş, F., Demirgil, B. (2017). Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bir Araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi*, 5(1):35-48.
110. Ozdinc, S., Sensoy, N., Kurt, R., Altas, S., Altun, R. (2015). Are we using drugs rationally? A survey study from Turkey. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 31(5):1156.
111. Kandilli, E., Nacak, M. (2019). Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Tanımı. Turkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics, 7(2):1-4.
112. Ulusoy, H. (2015). Probleme Dayalı Öğrenim Ile Akılcı Ilaç Kullanımı Eğitimleri. Tıp Eğitimi Dünyası,14(42):43-48.
113. Kartal, S.E., Gündoğar, H.S. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Akılcı Ilaç Kullanımı Hakkındaki Görüşleri. *Bartın Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 1(1):25-34.
114. Sürmelioğlu, N., Kıroğlu, O., Erdoğdu, T., Karataş, Y. (2015). Akılcı Olmayan Ilaç Kullanımını Önlemeye Yönelik Tedbirler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4):452-462.
115. Veehof, L., Stewart, R., Haaijer-Ruskamp, F., Jong, BM-d. (2000). The development of polypharmacy. A longitudinal study. Family practice, 17(3):261-7.

116. Yeşil Y., Cankurtaran M., Kuyumcu M.E. (2012). Polifarmasi Klinik Gelişim. 25: 18-23.
117. Saygılı, M., Özer, Ö., Uğurluoğlu, Ö. (2015). Bir Kamu Hastanesinde Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(3):162-170.
118. Taş, F., Büyükbeşe, M.A. (2013). Hipertansiyonda Farkındalık ve Hemşirenin Rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,12(6):729-734.
119. Aygin, D., Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(3):110-114.
120. Arslan, G.G. (2005). Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu Ve Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2):147-157.
121. Alparslan, G., Kapucu, S. (2008). Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 77-84.
122. Tuncer, M., Khorshtd, L. (2018). Böbrek Nakli Hastalarında İmmünosüpresan Tedaviye Uyum ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Nefroloji Hemşireliği* Dergisi.13(1):26-31.
123. Özdemir, Ö., Akyüz, A., Doruk, H. (2016). Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12(4):195-201.
124. Özyurt, E., Aydın, İ., Aydın, H., Erduran, S., Uğurlu, D., Yeşim, A., et al. (2018). Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesinde'ki hastaların akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi, tutum ve davranışları. 5(3): 208.
125. Aşiret, G.D., Kahraman, B.B., Yeğenoğlu S., Akdemir N., Baydar T. (2013). Geriatrik Hastalara Hizmet Veren Hemşirelerin Akılcı Ilaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 16(4).
126. Çiftçi, B., Aksoy, M. (2017). Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirelerin Sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3):191-194.

127. Karakurt, P., Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Sağlam, R. (2010). Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. *TAF preventive medicine bulletin*, 9(5):505-512.
128. Beggi B. (2018). Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı Ve Polifarmasiye Yaklaşım (Tıpta Uzmanlık tezi): Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği.
129. Aydın Bayrak, A. (2018). Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların Akılcı İlaç Kullanım Davranışları (Yüksek Lisans Tezi).
130. eybek, F. (2018). Klinikte Yatarak Tedavi Gören 65 Yaş Ve Üstü Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Uygulamaları Ve Yaşam Kalitesi(Yüksek Lisans Tez).
131. Bayrak, N.Y. (2018). Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi(Yüksek LisansTez): Atatürk Üniversitesi.
132. Borataş, S. (2017). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Eastern Mediterranean University EMU.
133. Akgül, C. (2008). Hipertansiyon hastalarında antihipertansif uyumun değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye.
134. Eindhoven, D.C., Hilt, A.D., Zwaan, T.C., Schalij, M.J., Borleffs, C.J.W. (2018). Age and gender differences in medical adherence after myocardial infarction: Women do not receive optimal treatment–The Netherlands claims database. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(2):181-189.
135. Çörtük, M., Kiraz, K. (2014). Kronik Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bronkodilatatör İlaçlara Uyumu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2):92-97.
136. Uğrak, U., Teke, A., Cihangiroğlu, N., Uzuntarla, Y.(2015). Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(2):137-144.
137. Yüksel, G.H., Özaydın, A.N. (2016). Pendik 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 65 Yaş Üzerindeki Kişilerde İlaç Kullanımı. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(6):225-230.

138. Ekenler, Ş., Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3):44-55.
139. Bian, C., Xu, S., Wang, H., Li, N., Wu, J., Zhao, Y., et al. (2015). A study on the application of the information-motivation-behavioral skills (IMB) model on rational drug use behavior among second-level hospital outpatients in Anhui, China. PloS one. 10(8).
140. Hatipoğlu, S., Özyurt, B.C. (2016). Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4):1-8.
141. Pereira, K.G., Peres, M.A., Iop, D., Boing, A.C,, Boing, A.F., Aziz, M., et al. (2017). Polypharmacy among the elderly: a population-based study. Revista Brasileira de Epidemiologia,20:335-344
142. Rawle, M.J., Richards, M., Davis, D., Kuh, D. (2018). The prevalence and determinants of polypharmacy at age 69: a British birth cohort study. *BMC geriatrics*,18(1):118.
143. Bahat, G., Akpınar, T., Tufan, F., Akın, S., Tufan, A., Erten, N., et al. (2012). Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. J Gerontol Geriatrik Arş, 1(1):2-8.
144. Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., Caughey, G.E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*,17(1):230.
145. Irmak, Z., Düzöz, G.T., Bozyer, İ. (2007). Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 14(2):39-47.
146. Altındiş, S. (2017). Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. *Journal of biotechnology and strategic health research*,1(2):34-38.
147. Partridge, A.H., Avorn, J., Wang, P.S., Winer, E.P. (2002). Adherence To Therapy With Oral Antineoplastic Agents. Journal of the National Cancer Institute, 94(9):652-661.
148. Vatansever, Ö., Ünsar, S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 66-74.

149. Cingil, D., Delen, S., Aksuoğlu, A. (2009). Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. Archives of the Turkish Society of Cardiology,37(8):551-556.
150. Demirbas, N., Kutlu, R. (2020). Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumu Ve Öz-Etkililik Düzeyleri. *Ankara Med J,* (2):269-280.
151. Beggi, B., Aşık, Z. (2019). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 19(2):251-260.
152. Taşkın Şayir, Ç., Aslan Karaoğlu, S., Evcik Toprak, D. (2014). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. Tu*rkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi,*18(1).
153. Akkoca, A.N., Özler, G.S., Yengil, E., Özler, S., Demirkıran, G. (2014). Geriatrik Hastaların İlaç kullanım Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*.

EKLER

EK-1 Hasta Tanıtım Formu

KRONİK HASTALIĞA SAHİP GENÇ VE YAŞLI HASTALARIN İLAÇ UYUMU VE AKILCI İLAÇ KULLANIM BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma kronik hastalığı olan ve ilaç kullanan genç ve yaşlı bireylerin ilaç uyumları ve akılcı ilaç kullanım durumlarını belirlemek ve çıkan sonuçlar doğrultusunda bireylerin bilgi eksikliklerini tamamlamak amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, sorumlu araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ ve İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Mehtap GÜNEL tarafından yapılmaktadır.

İletişim bilgileri: gunelmehtap@gmail.com

HASTA DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Doğum tarihiniz:
2. Cinsiyetiniz:
   ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni durumunuz:
   ( ) Evli ( ) Bekar
4. Çocuk sayısı : ……
5. Yaşadığınız yer:
   Şehir merkezi ( )
   İlçe ( )
   Kasaba ( )
   Köy ( )
6. Kiminle yaşıyorsunuz?
   Yalnız ( )

Yalnızca Eş ile ( )

Yalnızca çocuklar ile ( )

Eş ve çocuklar ile ( )

Akraba ile ( )

Diğer……..

7. Eğitim durumunuz:
    a. Okuryazar değil ( )
    b. Okuryazar ( )
    c. İlköğretim ( )
    d. Lise ( )
    e. Lisans ve üzeri ( )
8. Aylık geliriniz:
    a. Gelir giderden az
    b. Gelir giderden çok
    c. Gelir gidere denk
9. Sağlık güvenceniz

Var ( )

Yok ( )

10. Sigara kullanıyor musunuz? Günlük …… adet

Evet ( ) Hayır ( )

11. Alkol kullanıyor musunuz? Günlük …… adet

Evet ( ) Hayır ( )

12. Aşağıdaki kronik hastalıklardan hangilerine sahipsiniz?
    a. Diyabetes Mellitus
    b. Hipertansiyon
    c. KOAH
13. Kaç yıldır hastasınız? .....
14. Sürekli kullandığınız ilaç sayısı …….
15. Ne tür ilaç kullanıyorsunuz?
    a. Tablet
    b. Enjeksiyon
    c. Hem tablet hem enjeksiyon

d. Merhem
e. İnhaler
f. Hem tablet hem inhaler

16. Sürekli kullandığınız ilaçlarla ile ilgili herhangi bir sağlık personelinden (doktor, hemşire, eczacı) bilgi aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

17. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili herhangi bir sağlık personelinden (doktor, hemşire, eczacı) bilgi aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

18. Kullandığınız ilacın son kullanım tarihini kontrol eder misiniz?

Evet ( ) Hayır ( )

19. İlaçlarınızı kendiniz mi alıyorsunuz?

20. Evet ( ) Hayır ( )

Cevabınız hayır ise size destek olan kişi yazınız ……..

EK-2 Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği

TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

□ Evet □ Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

□ Evet □ Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

□ Evet □ Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı
kestiğiniz oldu mu?

□ Evet □ Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

□ Evet □ Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

□ Evet □ Hayır

EK-3 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği

ÖNERMELER	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1) Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2) Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3) Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımızın olup olmadığını doktor belirler.			
4) İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5) Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6) İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7) İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatından öğrenilebilir.			
8) İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9) Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10) Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11) İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			

12) Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13) Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14) İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15) Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16) Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17) İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18) Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19) Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20) Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21) Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			

EK-4 Etik Kurul Onayı

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 25 HAZİRAN 2019 SALI
TOPLANTI NO : 2019/12
PROJE/ KARAR NO : 19/273 (Değerlendirilme Tarihi: 25.06.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ'ın sorumlu araştırmacı, Mehtap GÜNEL'in yardımcı araştırmacı oldukları, 19/273 kayıt numaralı, ***"Kronik Hastalığa Sahip Genç ve Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumları ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"*** başlıklı yüksek lisans tezi önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKAN	**ÜYE**	**ÜYE**
Ahmet COŞAR Prof. Dr.	Alper GÖZÜBÜYÜK Prof. Dr.	TOPLANTIYA KATILMADI Ayhan KILIÇ Prof. Dr.
ÜYE	**ÜYE**	**ÜYE**
TOPLANTIYA KATILMADI Levent KENAR Prof. Dr.	TOPLANTIYA KATILMADI Ömer Cumhur AYDIN Prof. Dr.	Cemal Nuri ERÇİN Prof. Dr.
ÜYE	**ÜYE**	**ÜYE**
Kazım Emre KARAŞAHİN Prof. Dr.	Yusuf İZCİ Prof. Dr.	Murat GELİK Doç. Dr.
ÜYE	**ÜYE**	**ÜYE**	**ÜYE**
Ali Kağan COŞKUN Doç. Dr.	TOPLANTIYA KATILMADI Ceyhan ALTUN Doç. Dr.	Dilek YILDIZ Doç. Dr.	TOPLANTIYA KATILMADI Gülten GÜVENÇ Doç. Dr.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara
Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-5 TUEK Onayı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 35610939-799
Konu : Mehtap GÜNEL
(Tez Çalışması)

PURSAKLAR DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'nın 23/08/2019 tarihli ve 99935931 barkodlu yazısı.

İlgide kayıtlı yazı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görevli Dr. Öğr.Üyesi Ayla DEMİRTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Mehtap GÜNEL'in, "Kronik Hastalığa Sahip Genç ve Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumları ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasının Pursaklar Devlet Hastanesi Dahiliye Klinik/Polikliniklerinde yapılmasına yönelik gerekli izin talebi yazısı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Söz konusu talebin Hastane Yöneticiliğinizce değerlendirilmesi ve sonucundan tarafımıza bilgi verilmesi hususunda:

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr.Mustafa ALİMOĞULLARI
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EK: Yazı (13 sayfa)

Bahçelievler Mahallesi Gülhane Kampüsü 06087 Keçiören ANKARA
Telefon: Faks No:
e-Posta: elif.uyar@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Bilgi için: Elif AL
DİYETİSYEN
Telefon No: (0 312) 386 36 22
Evrakın elektronik ortamda üretildiği, kontrol için belge.saglik.gov.tr adresinden 6170615e-e883-4f39-97be-a1957d9da118 kodu ile erişilebileceği.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6 Hastane İzni

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Purşaklar Devlet Hastanesi

Sayı : 69668506-799
Konu : Mehtap GÜNEL
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(ASM Sağlık Hizmetleri Başkanlığı/Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 27/08/2019 tarihli ve 35640939-799-1374 sayılı yazı.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görevli Dr. Öğr.Üyesi Ayla DEMİRTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Mehtap GÜNEL'in, "Kronik Hastalığa Sahip Genç ve Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumları ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının Hastanemizin Dahiliye Klinik/Polikliniklerinde yapılmasına yönelik gerekli izin talebi yazısı incelenmiş, ilgili talep çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından hastanemiz yönetimine gönderilmesi kaydı ile Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır,
Uzm. Dr. Doğan AKDOĞAN
Başhekim

Purşaklar Devlet Hastanesi-Personel İşleri Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: Selma.Yavlacı@saglık.gov.tr İnternet Adresi: Yıldırım Sinan Mh., Çağatay Sk. No:39 Purşaklar/Ankara
Bilgi için: Selma YAVLACI
İDARİ SEKRETER
Telefon No: (0 3 2) 505 71 76
Bu belgenin elektronik imzalı suretine https://evrak.saglik.gov.tr adresinden [illegible] ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7 Aydınlatılmış Onam Formu

T.C.
SAGLIK BILIMLERI UNIVERSITESI
GIRIŞIMSEL OLMAYAN KLINIK ARAŞTIRMALAR ETIK KURULU

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Öğretim Üyesi Ayla DEMİRTAŞ'ı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Etlik/ ANKARA adresinden ve [redacted]nolu telefondan arayabileceğimi biliyorum.
Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

EK-8 Ölçek İzinleri

Kimden: zeynep demirtaş <[redacted]>
Tarih: 22 Mayıs 2019 10:30:17 GMT+3
Kime: mehtap günel <[redacted]>
Konu: Ynt:□ akılcı ilaç kullanım ölçeği□

Merhaba,
Ölçeği ekte bulabilirsiniz.
Ölçeğe verilen cevaplar Evet : 2 puan, Bilmiyorum:1 puan, Hayır:0 puan şeklinde puanlanmaktadır.
2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20. maddeler ters önerme olup tam tersi puanlanmaktadır.
Ölçekten alınan puanlar arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçek için kestirim değeri 34 puan olarak belirlendi,
35 puan ve üzerini akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olarak değerlendirebilirsiniz veya ölçekten alınan puan arttıkça bilgi düzeyi artıyor olarak değerlendirebilirsiniz.
iyi çalışmalar dilerim

mehtap günel <[redacted]>, 21 May 2019 Sal, 13:16 tarihinde şunu yazdı:

> Değerli hocam,
> Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstiüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda tezli yüksek lisans öğrencisiyim. "AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ" nizi
> "kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı bireylerin ilaç uyumları ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi" konulu tezimde kullanmak için izninizi istiyorum.

saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.

drbvural <[redacted]> şunları yazdı (22 May 2019 00:53):

> Merhabalar Mehtap Hanım,
> Öncelikle çalışmanızda başarılar dilerim. Ölçeği tezinizde kullanmanızın yanısıra yardımcı olabileceğim ölçekle ilgili sorularınız olursa elimden geldiğince cevaplamaya çalışırım. İyi çalışmalar dilerim.
>
> Uzm. Dr. Bekir Vural
> Aile Hekimliği Uzmanı
> Derbent Aile Sağlığı Merkezi

ÖZGEÇMİŞ ve İLETİŞİM BİLGİLERİ

İ- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Mehtap Günel

Doğum yeri ve tarihi: Ankara-15.05.1986

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: 05467293587

Yabancı dili: İngilizce 2017 YÖKDİL notu: 68.75

İİ- Eğitimi

1992-2000: İbni Sina İ.Ö.O

2000-2004: Kanuni Lisesi

2004-2008: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu/TOKAT

2018-2020:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans

III- Ünvanları: Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi:

2010-2012: Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Cerrahi Yoğun Bakım)

2012-2018: Ulus Devlet Hastanesi (Genel Yoğun Bakım)

2018- : Pursaklar Devlet Hastanesi (Genel Yoğun Bakım)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: -

VI-Bilimsel İlgi Alanları: Kanıt değeri yüksek bilimsel makaleleri okumak ve analiz etmek,

Yayınları:

1.Uluslararası 2. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi " Oral Kemoterapi İlacı Kullanan

Hastalarda İlaç Uyumunun Önemi" poster bildiri üçüncülüğü (06.12.2019)

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Katıldığı paneller (panelist olarak):

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

Palyatif Bakım Eğitimi Katılım Sertifikası (1-3 Ağustos 2012)

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasyon Programı (05.2015)

Onkolojide Hedefe Yönelik Tedaviler ve İmmunoterapi Kurs Programı
Katılım Belgesi (12-16 Aralık 2018)

1. Ankara Onkoloji Hemşireliği Kongresi Katılım Belgesi (12-16 Aralık 2018)
3. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi Katılım Belgesi (18-22 Aralık 2013).

1.Uluslararası 2. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi Katılım Belgesi (4-6 Aralık 2019)

1.Uluslararası 2. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi Uygulamalı EKG Kursu Kurs Katılım Belgesi (1 Mayıs 2019)

1.Uluslararası 2. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi Katılım Belgesi (2-3.05.2019)