T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18-64 YAŞ ARASI POLİFARMASİSİ OLAN BİREYLERİN BİLGİ VE TUTUMU

Dr. Ömer Güneş KOCABAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

18-64 YAŞ ARASI POLİFARMASİSİ OLAN BİREYLERİN BİLGİ VE TUTUMU

Dr. Ömer Güneş KOCABAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince maddi, manevi her konuda desteğini arkamda hissettiğim, bilgi ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan, çok değerli, çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç.Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK'e,

Asistanlık sürecinde eğitimime katkı sağlamış olan tüm diğer Aile Hekimliği Kliniği Hocalarına,

Rotasyonlarım sırasında birlikte çalışmaktan ve birşeyler öğrenmekten gurur duyduğum sayın klinik şeflerimiz, hocalarımız, uzmanlarımız ve asistan arkadaşlarıma,

Bir aile gibi hissettiren Şişli Hamidiye Etfal Aile Hekimliği Kliniği uzmanları, asistanları, hemşire arkadaşları ve yardımcı sağlık personellerine,

Bugünlere gelmem de çok emeği olan aileme, Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ömer Güneş Kocabaş

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR....iii
İÇİNDEKİLER....iv
SİMGELER VE KISALTMALAR....vi
TABLO LİSTESİ....vii
ŞEKİL VE GRAFİKLER....viii
ÖZET....x
ABSTRACT....xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ....1
2.GENEL BİLGİLER....2
2.1. POLİFARMASİ TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ....2
2.2. POLİFARMASİNİN NEDENLERİ POLİFARMASİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ....2
2.2.1. İleri Yaş....2
2.2.2. Semptom ve kronik hastalık sayısında artış....2
2.2.3. Hastanın farklı hekimlere giderek çok sayıda reçete alması....2
2.2.4. İlaç yan etkileri için hastaya yeni ilaçlar verilmesi....3
2.3. POLİFARMASİNİN YAYGINLIĞI....4
2.4. POLİFARMASİNİN SIK GÖRÜLDÜĞÜ HASTALIK GRUPLARI....4
2.5. POLİFARMASİDE SIK KULLANILAN İLAÇ GRUPLARI....4
2.6. BİTKİSEL ÜRÜNLERİN KULLANIMI....4
2.7. TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI....5
2.6. İLAÇLARIN DÜZENLİ KULLANILMASI....5
2.7. POLİFARMASİDE ALINABİLECEK ÖNLEMLER....5
2.8. POLİFARMASİ SONUÇLARI....5
3.GEREÇ YÖNTEM....6
3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ŞEKLİ....6
3.2. ANKET FORMU....6
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ....6
3.4.ETİK KURUL ONAYI....7
4.BULGULAR....8
4.1.HASTALARDAN TOPLANAN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ....9
4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi....9
4.1.2. Hastaların Kronik Hastalıklarının İncelenmesi....13
4.1.3. Kullanılan İlaçların Reçetelenme ve Kullanımının Değerlendirilmesi....14

4.1.4. Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Özelliklerin Değerlendirilmesi 16
4.1.5. Hastaların Kullandığı İlaçların İncelenmesi 16
4.2. HASTALARDAN TOPLANAN VERİLER İLE HASTALARIN BİLGİ VE TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 21
4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kronik Hastalık Sayıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 21
4.2.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlaçların Reçetelenme ve Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 22
4.2.3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Yaptırılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 26
4.2.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan İlaçlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 27
5.TARTIŞMA 37
5.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KRONİK HASTALIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI 37
5.2. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLAÇLARIN REÇETELENME VE KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI 37
5.3. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE ÖZELLİKLERİ İLE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGUMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI 39
5.4. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KULLANILAN İLAÇLAR VE MİKTARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI 40
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 45
KAYNAKLAR 46
ÖZGEÇMİŞ 50

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

GETAT: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: İlaç Kullanmadan Önce Profesyonel Yardım İçin Başvurularının Değerlendirilmesi 14
Tablo 2:İlaç Dozunu Arttırmadan veya Azaltmadan Önce Profesyonel Yardım İçin Başvurularının Değerlendirilmesi 15
Tablo 3: İlaçlarını Düzgün Kullanıp Kullanamadıklarının Değerlendirilmesi 15
Tablo 4: İlaçlarını Neden, Nasıl Kullandıkları Hakkında Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi 15
Tablo 5: Sosyodemografik Özellikleri ile Kronik Hastalıkları Arasındaki İlişki 21
Tablo 6: Sosyodemografik Özellikleri ile Doktora Başvurmadan İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki 22
Tablo 7: Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ile Doktora Başvurmadan İlaç Dozunu Değiştirme ya da Kesme Arasındaki İlişki 23
Tablo 8: Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlaçlarını Neden Nasıl Kullandığı Hakında Bilgi DüzeyiArasındaki İlişki 24
Tablo 9: Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlaçların Zamanında Kullanması, Unutulmaması Arasındaki İlişki 25
Tablo 10: Sosyodemografik Özellikleri ile Yaptırılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki 26
Tablo 11: Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan İlaç Grubu Arasındaki İlişki 27
Tablo 12:Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan Bitkisel Ürünler Arasındaki İlişki..... 29
Tablo 13: Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan Vitamin-Mineral Takviyesi Arasındaki İlişki 30
Tablo 14:Sürekli Kullanılan Raporsuz İlaç Sayısı ile Arasındaki İlişki 31
Tablo 15: Sürekli Kullanılan Raporlu İlaç Sayısı ile Arasındaki İlişki 32
Tablo 16: Kısa Süreli Kullanılan İlaç sayısı Arasındaki İlişki..... 33
Tablo 17: Doktor Önerisi Olmadan Kullanılan İlaç Sayısı Arasındaki İlişki 35
Tablo 18: Günde Kaç Defa Kullandığı 36

ŞEKİL VE GRAFİKLER

Grafik 1 :Reçete Kaskadı 3
Grafik 2: Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı 9
Grafik 3: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı 9
Grafik 4: Hastaların Yaşa Göre Dağılımı..... 10
Grafik 5: Hastaların Eğitim Durumu Düzeylerine Göre Dağılımı..... 11
Grafik 6: Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı 11
Grafik 7: Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı..... 12
Grafik 8 :Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı 12
Grafik 9: Hastaların Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı 13

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Tabiblik mesleğinde artan uzmanlaşma, hastayı bütüncül olarak değerlendirmeyi zorlaştırmakta ve artan reçete oranı ile polifarmaside de artış olmaktadır. Yaşlı hastalarda çok sayıda polifarmasi araştırması yapılmasına karşılık genç ve orta yaş hasta grubunda yeterli araştırma görünmemektedir. Biz de bu çalışmada polifarmasi ile ilişkili olabilecek faktörleri, hastaların bilgi ve tutumlarını incelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız 1/08/2020-31/12/2020 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal EAH Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 6 aydan uzun 4 ve üzeri ilaç kullanan 166 hasta ile 30 maddelik soruları içeren anketler yüzyüze görüşmelerle doldurduldu. Çalışmada polifarmasi tanımlanan hastaların kronik hastalıklarını, tamamlayıcı tıp uygulamarına başvurularını, bitkisel ürün kullanımını, ilaç kullanımını ve ilaç kullanmadan önce profasyonel yardım almalarını, ilaçların düzenli kullanımını ve ilaçlar hakkında bilgi durumunu etkileyecek; hastanın cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, mesleği, gelir durumu, medeni durumu, sigara kullanımı gibi bilgiler kayıt altına alınarak aralarında anlamlı bir ilişki olup olmadığı araştırıldı. Elde edilen veriler SPSS.26 programı ile analize tabi tutuldu.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre dağılımları; % 42,8 (n=71) erkek, %57.2'i (n=95) kadın, yaş aralıkları; %30,1'i (n=50) 18-50 yaş aralığında , %69,9'u (n=116) 51-64 yaş aralığında , eğitim durumu; %15.1'i (n=25) lise ve üstü, %68,7'si (n=114) lise altı, %16,3'ü okur yazar değil, çalışma durumları %18,7'si (n=31) çalışıyor, %36,1 (n=60) emekli, %45,2'si (n=75) çalışmamakta, aylık gelir durumu; %38,6'sı (n=64) 2200 TL üzerinde, %61,4'ü (n=102) 2200 TL altında,medenı durumları;% 75,3'ü(n=125) evli, %24,7'si(n=41) bekar veya dul , sigara içme durumları; % 43,4'ü (n=72) içmiyor , %25,3'ü (n=42) içiyor , %31,3'ü (n=52) bırakmıştır. Kadın hastlalarda erkek hastalara göre kullanılan ilaç grubu(p=0,035), bitkisel ürünler(p=0,001), vitamin mineral takviyesi (p=0,002), sürekli kullanılan raporsuz ilaç(p=0,004), kısa süreli ilaç (p=0,00) kullanımı, doktora başvurmadan doz değişikliği(p=0,019) daha fazla saptanmıştır. Erkek hastalarda sürekli kullanılan raporlu ilaç daha fazla saptanmıştır(p=0,044). Daha genç hasta

grubunda doktora başvurmadan ilaç dozu değişikliği(p=0,002), geleneksel ve tamamlayıcı tıba başvuru(p=0,048), ilaçları hakkında bilgi düzeyi(p=0,033) daha yüksek saptanmıştır. Yaş ile beraber kronik hastalık sayısı(p=0,004), ilaç grubu (p=0,001) ve raporlu ilaç sayısında(p=0.007) artış saptanmıştır. Eğitim düzeyi artıkça ilaçları hakkında ki bilgi düzeyinde artış saptanmıştır(p=0,00). Lise altı eğitimli hastalarda daha fazla ilaç grubu saptanmıştır (p=0,038). Çalışan hasta grubu daha az ilaç grubuna(p=0,019), sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısına(p=0,033), kısa süreli kullanılan ilaç sayısına(p=0,003) ve daha fazla doktor önerisi olmadan ilaç kullanımına(p=0,017), emekli hastalar ise daha fazla raporlu ilaca sahip(p=0,011) saptanmıştır. Düşük gelir hasta grubu daha fazla bitkisel (p=0,042) ve kısa süreli ilaca(p=0,021) sahip olduğu saptanmıştır. Bekar ve dul hasta grubu daha fazla vitamin mineral sayısına sahip olduğu saptanmıştır(p=0,019). Evli hastalar daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısına sahip olduğu saptanmıştır(p=0,046). Sigara içmeyen hastalar daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca (p=0,016) kısa süreli ilaca(p=0,036) sahipken, sigarayı bırakanlar daha fazla raporlu ilaca (p=0,035) sahip olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Sonuç olarak çalışmamızda hastaların sosyodemografik özelliklerinin bilgi ve tutumları üzerindeki etkileri gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Polifarmasi, Tamamlayıcı Tıp, Bitkisel Ürünler, Aile Hekimliği

ABSTRACT

AIM: Increasing specialization in the medical profession makes it difficult to evaluate patients as a whole, and polypharmacy increases as the prescribing rate increases. Despite the large number of polypharmacy studies conducted on elderly patients, there is not enough research in the young and middle age groups. In this study, we aimed to analyze the factors that may be associated with polypharmacy, and the awareness and attitudes of the patients concerning drugs and medical treatements.

METHOD: Our study was based on face-to-face 30 questions interviews conducted with 166 patients regularly taking 4 or more medicines for a period of more than 6 months. The patients were seen between 01/08/2020-31/12/2020 at the Family Medicine Outpatient Clinic, Şişli Hamidiye Etfal Teaching and Research Hospital. Gender, age, educational background, occupation, income, marital status and smoking habits were taken into account and it was investigated whether those factors could have a relevant relation with chronic diseases, use of complementary medical practices, herbal products, over the counter medicines, repeated use of prescription drugs, adherence to suggested dosage, awareness and attitudes. The data obtained were analyzed with the SPSS.26 program.

RESULTS: The patients participating in the study were classified by gender; 42.8% (n = 71) male, 57.2% (n = 95) female, age ranges; 30.1% (n = 50) in the 18-50 age range, 69.9% (n = 116) in the 51-64 age range, educational background; 15.1% (n = 25) of high school and above, 68.7% (n = 114) below high school, 16.3% illiterate, 18.7% (n = 31) working, 36.1% (n = 60) retired, 45.2% (n = 75) not working, monthly income; 38.6% (n = 64) above 2200 TL, 61.4% (n = 102) below 2200 TL, marital status; 75.3% (n = 125) were married, 24.7% (n = 41) single or widowed, smoking status; 43.4% (n = 72) non-smokers, 25.3% (n = 42) smokers, and 31.3% (n = 52) ex-smokers. Range of drug classes (p = 0.035), herbal products (p = 0.001), vitamin and mineral supplements (p = 0.002), use of repeated prescription drugs subject to medical consultation (p = 0.004), occasional use of prescription drugs (p = 0.00) and change of dosage without any medical consultation (p = 0.019) were all more considerable in females compared to males. Use of repeated prescription drugs without further medical

consultation in male patients was more common (p = 0.044). In the younger patients group, change in drug dosage without consulting a doctor (p = 0.002), use of complementary medical practices (p = 0.048), and awareness towards the drugs used (p = 0.033) were higher. There was an increase with age in the number of chronic diseases (p = 0.004), range of medication classes (p = 0.001) and the number of repeated prescription drugs without further medical consultation (p = 0.007). As the level of education increased, the level of awareness to drugs also increased (p = 0.00). A wider range of drug classes was detected in patients with a lower than high school educational background (p = 0.038). The working patients group presented fewer drug classes (p = 0.019), use of repeated prescription drugs subject to medical consultation (p = 0.033) and occasional use of prescription drugs (p = 0.003), while the use of over the counter drugs without any medical consultation (p = 0.017) was higher. The retired patients group showed a higher use of repeated prescription drugs without further medical consultation (p = 0.011). The low-income patients group showed a higher use of herbal (p = 0.042) and occasional drugs (p = 0.021). It was found that the single and widowed patients group had higher vitamin and mineral intake (p = 0.019). Married patients presented a higher use of repeated prescription drugs subject to medical consultation (p = 0.046). It was found that non-smoking patients showed a higher use of repeated prescription drugs subject to medical consultation (p = 0.016) and occasional use of prescription drugs (p = 0.036), while ex-smokers showed a higher use of repeated prescription drugs without further medical consultation (p = 0.035).

CONCLUSION: In conclusion, our study shows that sociodemographic characteristics effect the awareness and attitudes of patients to drugs and medical treatements.

Keywords: Polypharmacy, Complementary Medicine, Herbal Products, Family Medicine

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde artan ilaç üretimi, kişilerin doktora ve/veya ilaçlara ulaşımında ki kolaylıklar toplumda kullanılan ilaç miktarında ki artış ile sonuçlanmıştır. Hastaların reçeteli alabildiği ilaçların yanında artan reçetesiz ilaç kullanımı sonucu hastalar klinik gereklilik halinden fazla ilaç kullanımı ya da polifarmasi ile karşılaşmaktadır. Polifarmasi 'çoklu ilaç kullanımı' anlamına gelmekte olup polifarmasi tanımıyla ilgili bir görüş birliği olmamasıyla beraber dört ya da daha fazla ilaç kullanımı olarak tanımlanabilmektedir. (1) Bu tanımlamada polifarmasi sadece klinik gereklilik dışında ilaç kullanımı sonucunda orataya çıkmamakta aynı zamanda hastalarda ilerleyen yaş ile beraber artan hastalıklar nedeniyle tıbbi gereklilik olarak da ortaya çıkmaktadır.

Yapılanan araştırmalarda kişilerin sağlık sorunları için doktora başvurmadan yakınlarına danışıp onların söyledikleri doğrultusunda ya da daha önce kullandıkları bir ilacın iyi geleceğini düşünerek ilaç kullandıkları görülmüştür. Günümüzde sosyal medya ve internet kullanımının artması ile kişilerin bu mecralarda edindikleri bilgiler doğrultusunda da ilaç kullanabildikleri görülmüştür.

Araştırmamızda ki birinci amaç hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilaç kullanımını ile bilgi düzeyi ve tutumları arasında ki ilişki araştırılmıştır.

Araştırmamızda ki ikinci amaç hastaların polifarmasi durumunda kullandığı ilaç gruplarının ve hastalıklarının dağılımı amaçlanmıştır.

Hastalarıda ayrıca kullandıkları bitkisel ürünler ve tamamlayıcı tıp tedavilerine başvuruları sorgulanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

İnsalık tarihinde ki çok eski zamanlara dayanan sağlık sorunlarıyla baş etme denemeleri günümüze kadar değişikliklere uğramış olup, hastalıklara kötü ruhların neden olduğu düşünülerek büyü ve dua ile müdahale edilmeye çalışılmıştır. Doğayı gözlemleyen insanoğlu bitki ve minerallerden tedavi edici özellikleri olduğuna karar verdiklerini kullanmaya başlamış ve nesiller boyu bunu aktarmışlardır. Sonrasında modern bilimin şekillenmesi ile azalan şifalı bitki ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, bazı toplumlarda tekrardan popularite kazandığı da görülmektedir.

2.1. POLİFARMASİ TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ

Polifarmasi 'çoklu ilaç kullanımı' anlamına gelir. Polifarmasi tanımıyla ilgili bir görüş birliği olmamasıyla beraber dört ya da daha fazla ilaç kullanımı olarak tanımlanabilmektedir. (2) Literatürde polifarmasi tanımını araştırdığımızda farklı tanımlamalarla karşılaşılmaktadır. Polifarmasinin farklı tanımları : 2 ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımı (3), 2 ya da daha fazla ilacın en az 240 gün süre ile bir arada kullanım (4), 4 ya da daha fazla ilaç kullanımı (1), 5 ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımı (5), 5'ten fazla ilaç kullanımı (6), hastanın ihtiyacı olduğundan fazla miktarda ilaç kullanması (7), klinik endikasyonundan daha fazla sayıda ilacın alınması, gereksiz ilaç kullanımı (7) olarak sıralanabilir.

2.2. POLİFARMASİNİN NEDENLERİ POLİFARMASİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

2.2.1. İleri Yaş

İlerleyen yaşla birlikte hipertansiyon, diabetes mellitus, artrit, kronik kalp hastalığı, böbrek hastalıkları vb. çok sayıda kronik hastalıkta ki artışın sonucu olarak ileri yaşta ki kişilerde polifarmasi ile sonuçlanan günlük çoklu ilaç kullanımına neden olmaktadır (8).

2.2.2. Semptom ve kronik hastalık sayısında artış

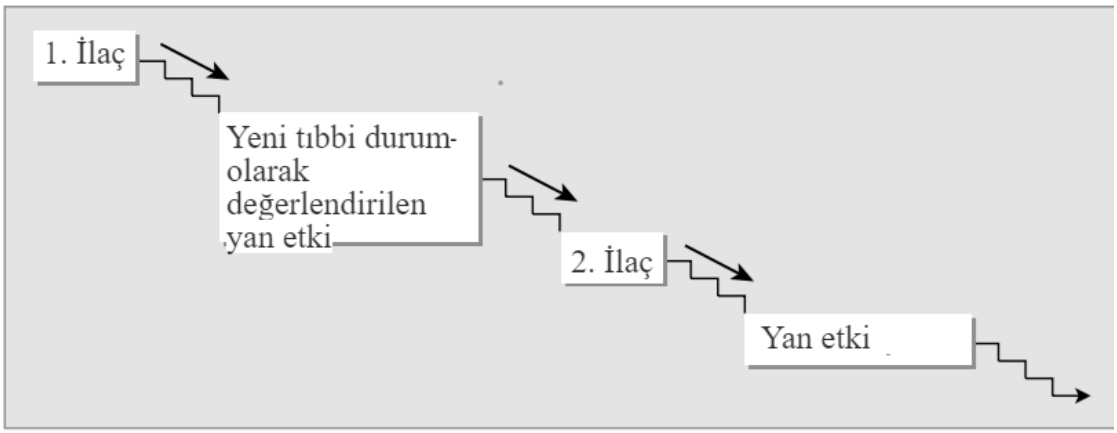
Kronik hastalıklarda ki artış ile aynı anda uygulanan çoklu tedavi rejimleri polifarmasi ile sonuçlanmakadır.(9)

2.2.3. Hastanın farklı hekimlere giderek çok sayıda reçete alması

Birden fazla uzman hekime başvuran ve birinci basamak hekimine sahip olmayan ileri yaştaki hastalar, polifarmasiye karşı özellikle savunmasızdır. (10)

2.2.4. İlaç yan etkileri için hastaya yeni ilaçlar verilmesi

Kullanılan bir ilaç sırasında görülen ilaç yan ekisine yönelik ikinci bir ilaç reçete edilmesi reçete kaskadıdır. (11)



Grafik 1 :Reçete Kaskadı

Kalsiyum kanal blokerleri, ACEi, Anjiotensin reseptör blokerleri (ARB) ve hipnotik sedatiflerin kullanımına bağlı ortaya çıkan inkontinans tedavisi için başlanan oksibutinin tedavisinde ki artış (12) örnek verilebilir.

Bu risk faktörleri yanında reçetelere çok sayıda ilaç yazılması, hekimlerin fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların fazla ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıdan ziyade semptoma yönelik olarak ilaç kullanılması, reçetesiz ilaç alınması, demans, hafıza bozuklukluğu ve psikiyatrik hastalığın olması da polifarmasi için risk faktörüdür. (13)

İran'da yapılan bir araştırmada yanlış tanı, uygunsuz reçete yazma, yetersiz hasta eğitimi, zayıf iletişim, profesyonel olmayan davranışlar ileri yaştaki hastalarda uygunsuz polifarmasinin gelişmesinde doktorların rolünü vurgulamıştır.(14)

Başka bir çalımada da yaşlılarda hastane yatışı sonrası taburcu olurken, ilaç sayısında artış olduğu saptanmıştır. Hastaneye yatışlarından önce ki ortalama kullanılan ilaç sayısı 3-4 iken, taburculuk sırasında bu sayının 6'ya yükseldiği görülmüş olup bu polifarmasideki artışın yatıştan önce hastada bulunan kronik hastalıklar ve kümülatif komorbite nedeni ile olduğu saptanmıştır. (15)

Bununla beraber çeşitli çalışmalarda kalp yetmezliği, miyokard iskemisi ve osteoporoz gibi hastalıklarında yeterince tedavi edilmediği görülmüştür. (16–19)

İlaca bağlı sorunlar önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ve sağlık sistemi üzerinde önemli bir yüktür. Yapılan bazı sistematik incelemeler, başvuruların % 4,9-7,7'sinin advers ilaç olaylarıyla ilişkili olduğunu (20,21) ve başvuruların ortalama % 4,3'ünün ilaca bağlı ve önlenebilir olduğu belirtilmiştir. (20)

2.3. POLİFARMASİNİN YAYGINLIĞI

Polifarmasi tanımındaki çeşitlilikler nedeniyle polifarmasi insidansı hakkında net bir bilgi verilememektedir. Bununla beraber ileri yaş hastalarda kullanılan ilaç sayıları hakkında literatürde ki bazı çalışmalara bakarak çoklu ilaç kullanım sıklığı hakkında fikir edinebiliriz. 1944 bireyin katıldığı bir çalışmada; erkeklerin yaş ortalaması 74.3, kadınların ise 77,1 bulunmuş, katılımcıların %11,7 si dört ilaç, %17,3 ü ise beş veya daha fazla sayıda ilaç kullanmakta olduğu saptanmıştır. (22)

2.4. POLİFARMASİNİN SIK GÖRÜLDÜĞÜ HASTALIK GRUPLARI

DM, AIDS, Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Osteoporoz ve Depresyon polifarmasinin sık görüldüğü hastalık gruplarıdır. Yapılan 1944 bireyin katıldığı bir çalışmada; en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon (%30.7) olduğu, bunu sırası ile osteoartrit, kalp yetmezliği, diabetes mellitus ve koroner arter hastalığının izlediği belirlenmiştir.(22)

2.5. POLİFARMASİDE SIK KULLANILAN İLAÇ GRUPLARI

1944 hastanın katıldığı bir çalışmada; en sık kullanılan ilaç gruplarının; kardiyovasküler sistem ilaçları (%26.7),analjezik ve antiinflamatuar ilaçlar (%20.8) ve hematopoetik sistem ilaçları(%14.8) olduğu görülmüştür.(22)

2.6. BİTKİSEL ÜRÜNLERİN KULLANIMI

Bitkisel ürünlerin kullanımı ve yaygınlığı sosyodemografik özelliklere göre değişmektedir. Türk toplumunda 65 yaş üstü hastalar arasında yapılan bir araştırmada katılımcıların %30'u (n = 426) bitkisel ürün kullandığını, %64'ü (n = 274) birden fazla reçeteli ilaç kullandığını ve %47,5'i (n = 202) çoklu bitkisel ürün kullandığını bildirildi. Bazı katılımcıların, kardiyak glikozitler, diüretikler, antikoagülanlar, antidiyabetikler, antikonvülsanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri gibi kronik hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ilaçlarla etkileşime girdiği bilinen bitkisel ürünler kullandığı saptandı. Bu çalışmada bir kronik hastalık tanısı almış hastaların bitkisel ilaç kullanımı daha yüksek bulunmuştur (23)

Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada katılanların üçte birinden fazlası bitkisel takviyeler kullandığını bildirdi. İleri yaş ve yüksek eğitim seviyisi, bitkisel takviyelerin daha yüksek kullanımıyla ilişkilendirildi. Kronik hastalıkları olan kişilerin bitkisel ilaçları diğerlerine göre kullanma olasılığı daha yüksekti. Reçetesiz ilaç kullanıcılarının ve inme geçiren hastaların diğerlerine göre bitkisel ilaç kullanma oranı daha yüksekti (24).

2.7. TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

Tamalayıcı tıp uygulamalarının sıklığı ve çeşitleri toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir. Türk toplumunda 2013 yılında birinci basamakta yapılan bir çalışmada, ASM'lere başvuran 60 yaş ve üzeri 300 hasta incelenmiş; sonuçta bu hastalar arasında TAT kullanımının %98,3 gibi çarpıcı bir oranda yaygın olduğu görülmüştür. (25) TAT kullanan hastaların %52'sinin bunu aile hekimine bildirmedikleri ve geleneksel tedavi kullananların %50'sinin aynı zamanda TAT da kullandığı görülmüştür. (26)

2.6. İLAÇLARIN DÜZENLİ KULLANILMASI

Yaş ve kullanılan ilaç sayısında ki artış hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarında sorunlara neden olmaktadır. Hastaların ilaçlarını düzenli olarak kullanması için izlenenilecek stratejiler , hastaların bilgisini iyileştirme, hasta eğitimini sağlama, ilaç rejimini basitleştirme, ilaçla ilgili doğru ve eksiksiz talimatlar sağlama, hafıza yardımları sağlama, motive edici görüşme, davranışsal düzenleme, etkili hasta ve hekim iletişimi, sosyal ve aile desteği, hastanın tıbbi bakıma erişimini iyileştirme (27) olarak sayılabilir.

2.7. POLİFARMASİDE ALINABİLECEK ÖNLEMLER

Farmakolojik olarak tekrarlamayı ortadan kaldırmak için; yan etkileri artıran kombinasyonlardan kaçınma, yineleyen tedabi kombinasyonlardan kaçınma, mümkün olduğunda birden fazla hastalığı yönetmek için monoterapi kullanma, hastanın diğer tıbbi durumlarını kötüleştirebilecek ilaçlardan kaçınma olarak sıralanabilir. Doz sıklığını azaltmak için; hastaya daha az sıklıkta verilecek en iyi ilacı seçme, uzun salınımlı dozaj formlarını düşünme (maliyete dikkat edin) olarak sıralanabilir. İlaç rejiminin düzenli olarak gözden geçirilmesi; Hasta ilacı reçete edildiği şekilde alıyor mu? Tüm ajanlara hala ihtiyaç var mı? Rejim basitleştirilebilir mi? (28)

2.8. POLİFARMASİ SONUÇLARI

Hastanın kullandığı ilaç sayısında artış ile oluşan ilaçlara bağlı yan etki artışı ve tedaviye uyumun bozulması sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır.(28)

3.GEREÇ YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ŞEKLİ

Bu çalışma 1 Ağustos 2020-31 Aralık 2020 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal EAH Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılmıştır. Polikliniğe herhangi bir nedenle başvuran polifarmasisi olan 18-64 yaş arası çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir. Prospektif bir çalışmadır.

Dahil edilme kriterleri:

1. 18-64 yaş aralığında olan hastalar
2. En az 6 ay süreyle 4 ve üzeri ilaç kullanımı olan hastalar
3. İletişim engeli olmayan hastalar
4. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar

Dışlanma kriterleri:

1. 18-64 yaş aralığı dışında olan hastalar
2. 6 aydan uzun 4 ve üzeri ilaç kullanımı olmayan hastalar
3. İletişim engeli olan hastalar
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar

3.2. ANKET FORMU

Hastalara sosyodemografik özellikleri ve ilaç kullanımları hakkında bilgi ve tutumlarını sorgulayan 30 soruluk anket uygulanmıştır. Uygulanan anket Ek-1'de sunulmuştur.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analiz için SPSS 26.0 for Windows programı kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarındaki tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için yüzde ve sayı, sayısal değişkenler için ortalama, minimum, maksimum, standart sapma olarak verilmiştir. Bağımsız gruplar arasında değişkenlerin karşılaştırmaları; parametrik test varsayımları sağlanmadığında, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H ve spearman korelasyon testi ile analiz edildi. Sürekli

olmayan değişkenler için ki kare testleri uygulandı. İstatistiksel test sonuçlarında anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilip yorumlandı.

3.4.ETİK KURUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafında 01.12.2020 tarih ve 3030 protokol onay numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

4.BULGULAR

Veriler iki ana başlık altında incelenmiştir:

4.1. Hastalardan Toplanan Verilerin Değerlendirilmesi

4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

4.1.2. Hastaların Kronik Hastalıklarının İncelenmesi

4.1.3. Kullanılan İlaçların Reçetelenme ve Kullanımının Değerlendirilmesi

4.1.4. Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygumaları Kullanımı

4.1.5. Hastaların Kullandığı İlaçlar ve Miktarının İncelenmesi

4.2. Hastalardan Toplanan Veriler ile Hastaların Bilgi ve Tutumları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kronik Hastalıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

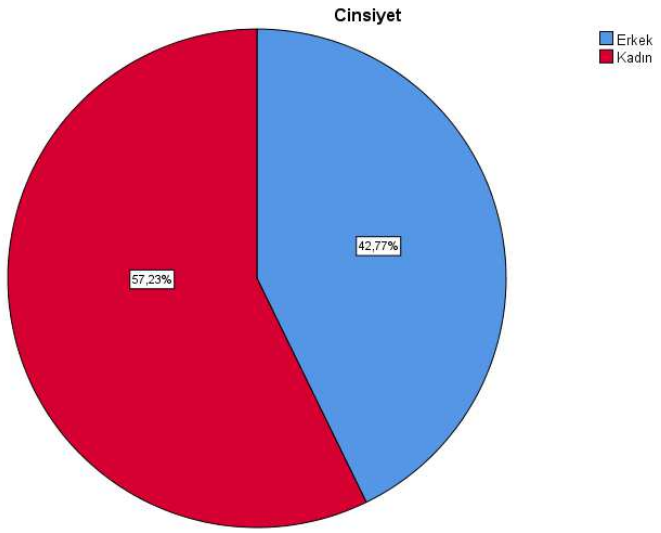
4.2.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlaçların Reçetelenme ve Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

4.2.3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygumaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

4.2.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan İlaçlar ve Miktarı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

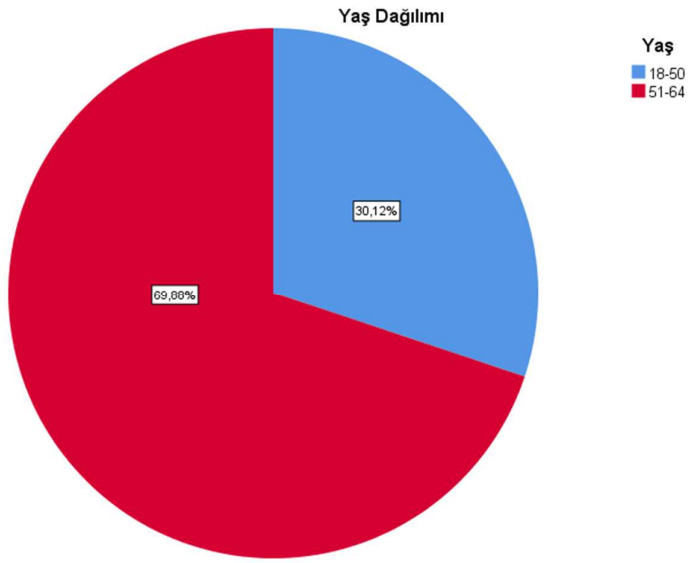
4.1.HASTALARDAN TOPLANAN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

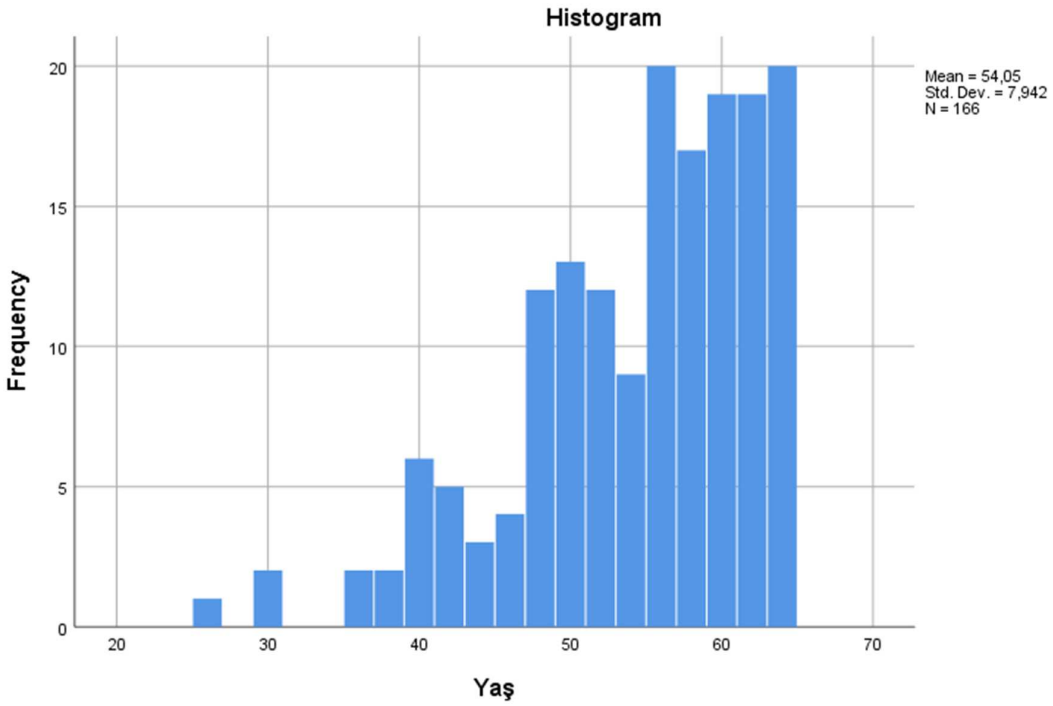


Grafik 2: Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan 166 hastanın cinsiyete göre dağılımı; %42,8 (n=71) erkek, %57,2'i (n=95) kadındır.

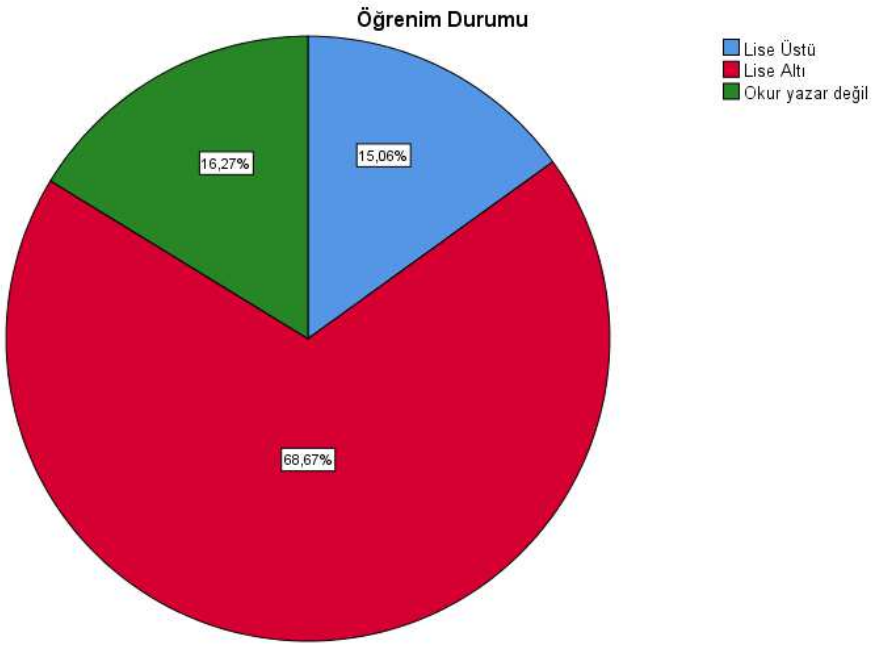


Grafik 3: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



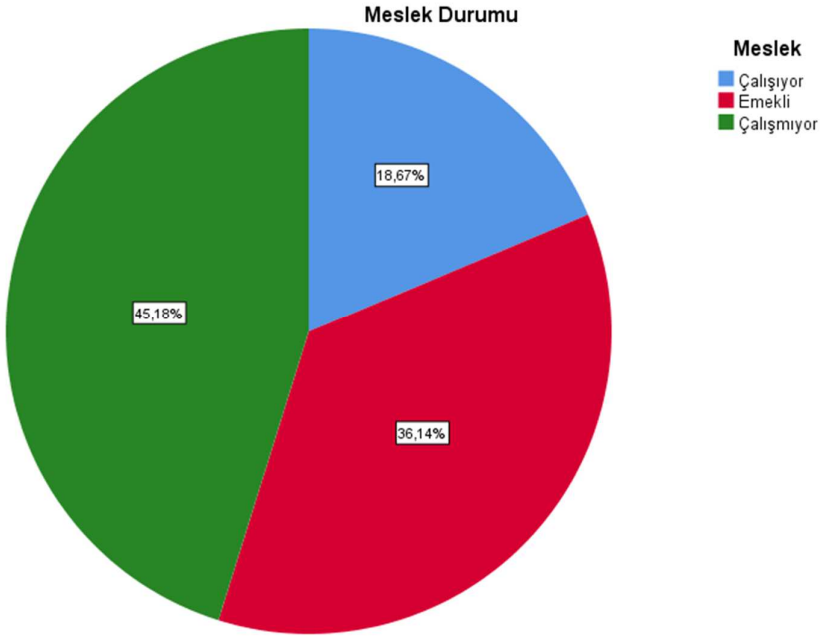
Grafik 4: Hastaların Yaşa Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan 166 hastanın yaş ortalaması 54,05±7,9 olarak bulundu. Erkek hastaların yaş ortalaması 53,28±7,5 kadın hastaların yaş ortalaması 54,62±8,24 yıl idi, yaş aralığına göre dağılımı 26-64 yaş arasında olup; %30,12'si (n=50) 18-50 yaş aralığında, %69,88'i (n=116) 51-64 yaş aralığında dağılım göstermiştir.



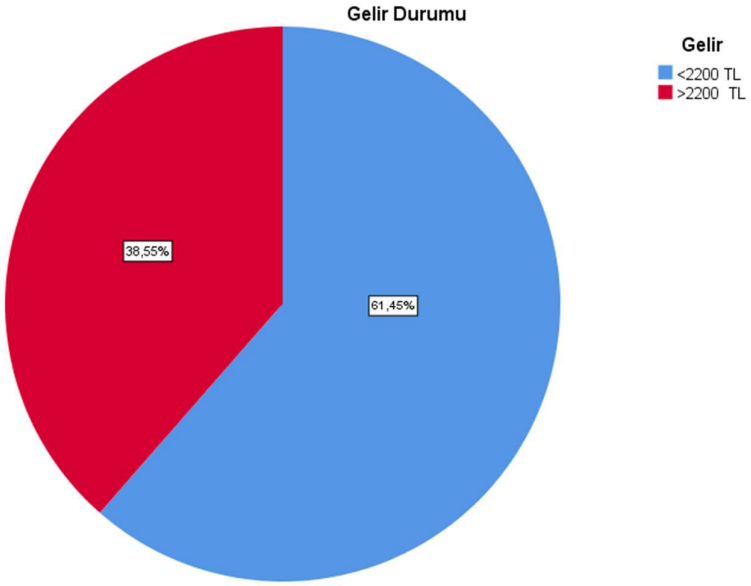
Grafik 5: Hastaların Eğitim Durumu Düzeylerine Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan 166 hastanın eğitim durumu; %15,1'i (n=25) lise ve üstü, %68,7'si (n=114) lise altı, %16,3'ü okur yazar değildir.



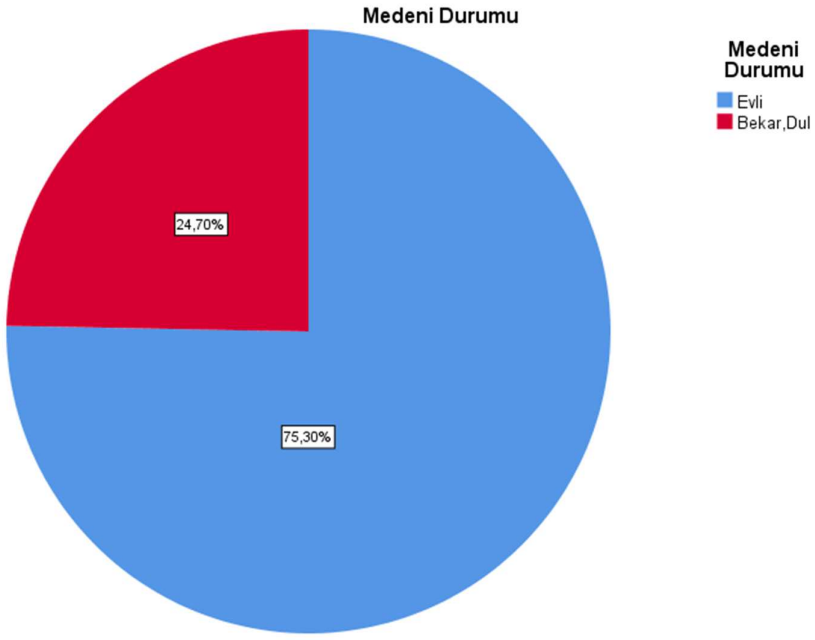
Grafik 6: Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan 166 hastanın; %18,67'si (n=31) çalışıyor, %36,14'ü (n=60) emekli, %45,18'i(n=75) çalışmıyor olarak saptandı.



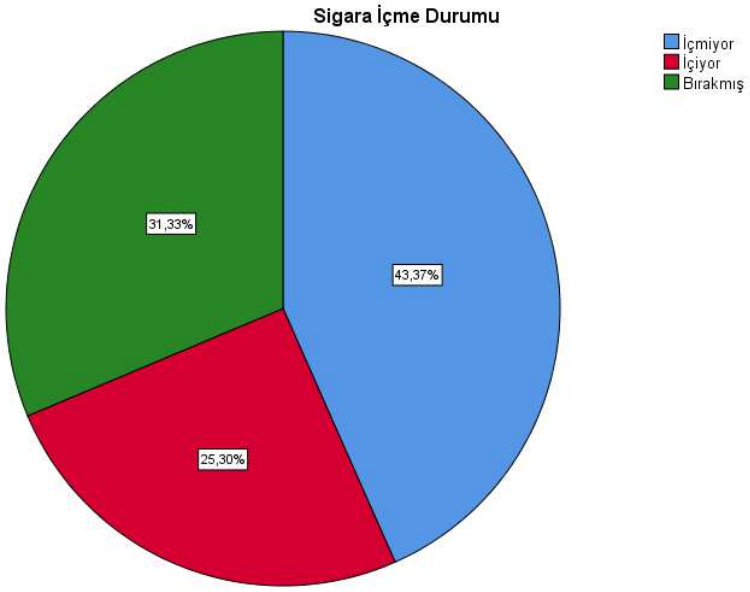
Grafik 7: Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan 166 hastanın aylık geliri %61,45'i(n=102) 2200 TL altında, %38,55'i (n=64) 2200 TL üzerinde saptandı.



Grafik 8 :Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan 166 hastanın medeni durumları, %75,3'ü (n=125) evli, %24,7'si(n=41) bekar ya da dul olarak saptandı.

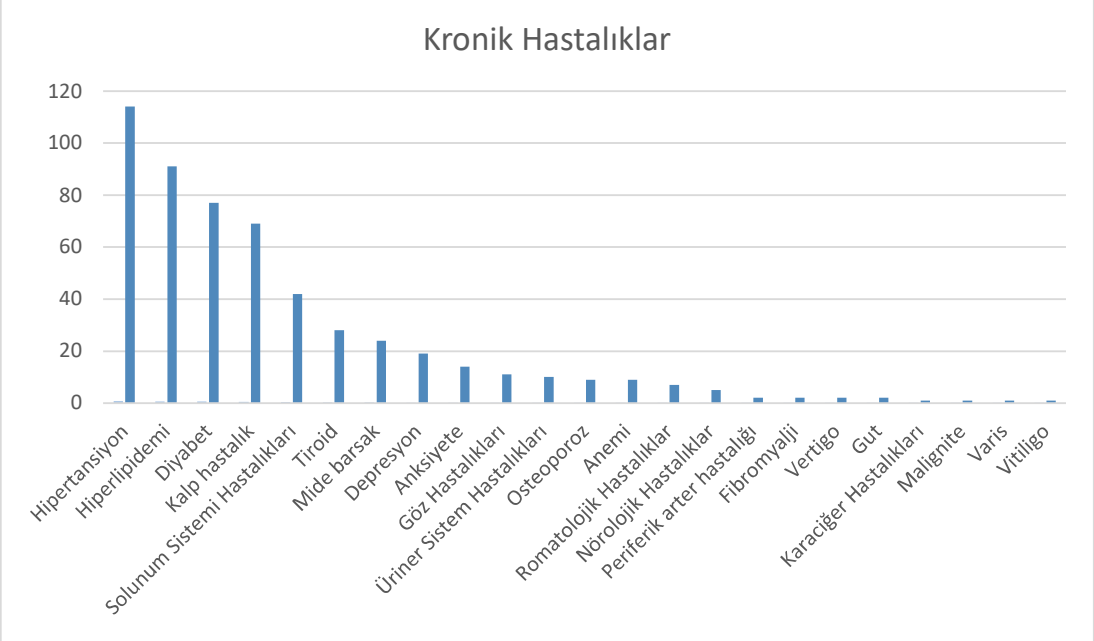


Grafik 9: Hastaların Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan 166 hastanın sigara içme durumları, % 43,4'ü (n=72) içmiyor, %25,3'ü (n=42) içiyor , %31,3'ü (n=52) bırakmıştır.

4.1.2. Hastaların Kronik Hastalıklarının İncelenmesi

Grafik 10: Hastaların Kronik Hastalıkları ile İlgili Özelliklerin Değerlendirilmesi



Hastaların ortalama kronik hastalık sayısı 3,26±0,107 olarak belirlendi. En sık görülen kronik hastalık hipertansiyon(%68.7) olduğu bunu izleyen kronik hastalıklar hiperlipidemi(%54.8), diyabet(%46.4), kalp hastalıkları(%41.6), solunum sistemi hastalıları(%25.3), tiroid hastalığı(%16.9), mide bağırsak hastalıkları(%14.5), depresyon(%11.4), anksiyete(%8.4), göz hastalıkları(%6.6), üriner sistem hastalıkları(%6.0), osteoporoz(%5.4), anemi(%5.4), romatolojik hastalıklar(%4.2), nörolojik hastalıklar(%3.0), gut(%1.2), vertigo(%1.2), fibromiyalji(%1.2), periferik arter hastalığı(%1.2), vitiligo, varis , karaciğer hastalıkları , malignite olarak saptandı.

4.1.3. Kullanılan İlaçların Reçetelenme ve Kullanımının Değerlendirilmesi

Tablo 1: İlaç Kullanmadan Önce Profesyonel Yardım İçin Başvurularının Değerlendirilmesi

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Daha Önce İyi Gelmiş Bir İlacın Kullanımı	48	28,9%	118	71,1%
Doktor Olmayan Yakınlarının Tavsiyelerine Uyması	10	6,0%	156	94,0%
İnternet Gazate Televizyonda Önerilen İlaçları Kullanma	5	3,0%	161	97,0%
Eczacının Önerdiği İlaçların Kullanımı	14	8,4%	152	91,6%

N: olgu sayısı, %: yüzde

Daha önce iyi gelmiş bir ilacın kullanımı evet %28,9 (n=48), hayır %71,1 (n=118) olarak saptandı.

Doktor olmayan yakınlarının tavsiyelerine uyma evet %6 (n=10), hayır %94 (n=156) olarak saptandı.

İnternet gazate televizyonda önerilen ilaçları kullanma evet %3 (n=5), hayır %97 (n=5) olarak saptandı.

Eczacının önerdiği ilaçların kullanımı evet %8,4(n=14), hayır %91,6 (n=152) olarak saptandı.

Tablo 2: İlaç Dozunu Arttırmadan, Azaltmadan ya da Kesmeden Önce Profesyonel Yardım İçin Başvurularının Değerlendirilmesi

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Doktora Başvurmadan İlacının Dozunu Arttırma	30	18,1%	136	81,9%
Doktora Başvurumadan İlacının Dozunu Azaltma	62	37,3%	104	62,7%
Doktora Başvurmadan İlacını Kesme	55	33,1%	111	66,9%

N: olgu sayısı, %: yüzde

Doktora başvurmadan ilacının dozunu arttırma evet %18,1(n=30), hayır %81,9 (n=136) olarak saptandı.

Doktora başvurmadan ilacının dozunu azaltma evet %37,3(n=62), hayır %62,7 (n=104) olarak saptandı.

Doktora başvurmadan ilacını kesme evet %33,1(n=55) hayır %66,9(n=11) olarak saptandı.

Tablo 3: İlaçlarını Düzgün Kullanıp Kullanamadıklarının Değerlendirilmesi

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
İlaçları Zamanında Kullanıyor-Unutmuyor	63	38%	103	62%

N: olgu sayısı, %: yüzde

İlaçları zamanında kullanıyor- unutmuyor evet %38,0 (n=63), hayır %62(n=103) olarak saptandı.

Tablo 4: İlaçlarını Neden, Nasıl Kullandıkları Hakkında Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

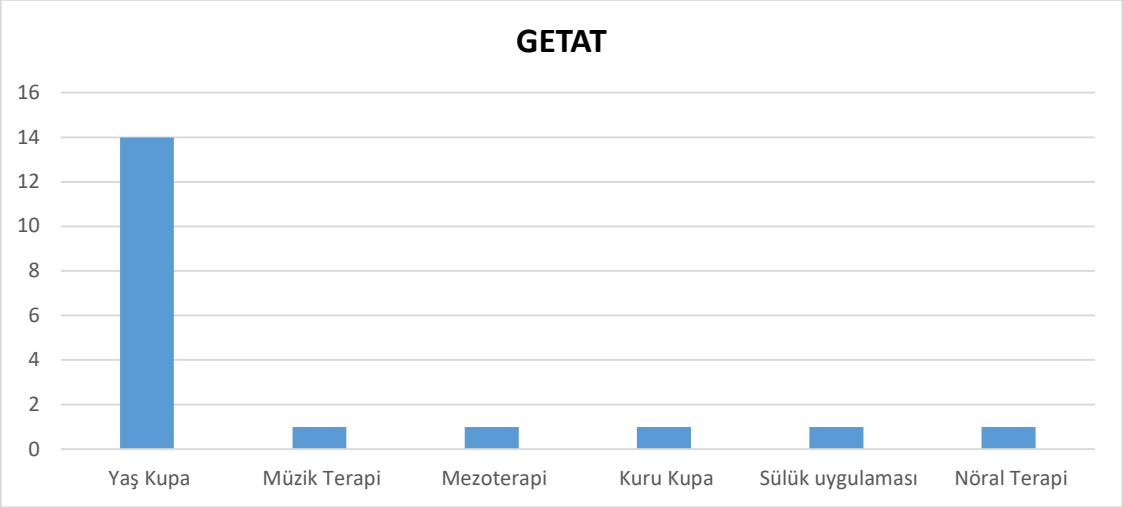
	Biliyor		Bilmiyor	
	N	%	N	%
İlaçlarını Neden Nasıl Kullandığı Hakında Bilgi Düzeyi	124	88,5%	41	11,5%

N: olgu sayısı, %: yüzde

İlaçlarını neden nasıl kullandığı hakında bilgi düzeyi bilmiyor %11,5 (n=41), biliyor 88,5% (n=124) olarak saptandı.

4.1.4. Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Özelliklerin Değerlendirilmesi

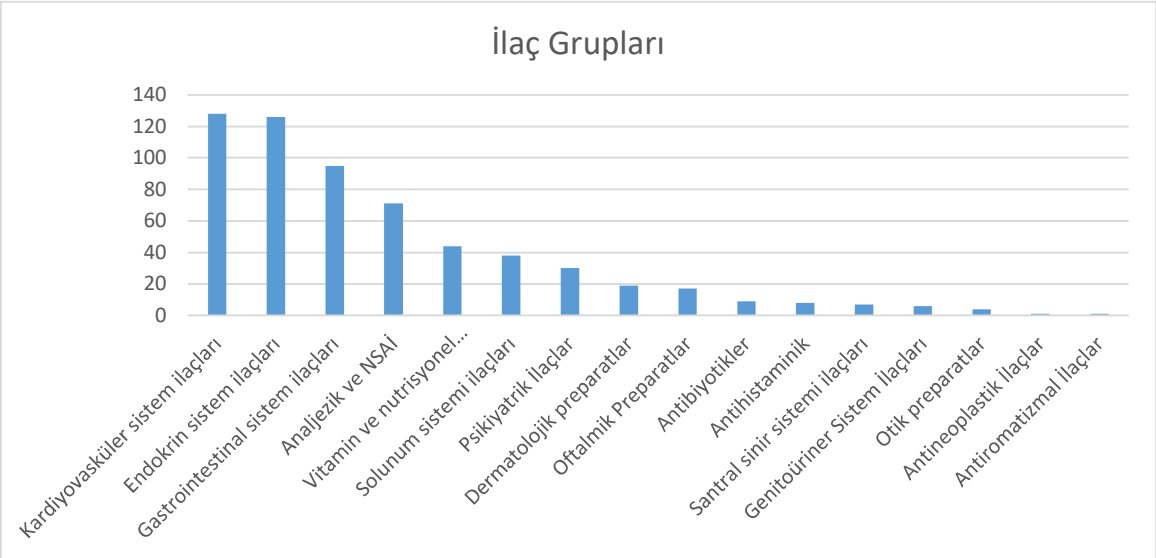
Grafik 11: Hastaların Başvurdukları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Özelliklerin Değerlendirilmesi



Hastaların ortalama geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanım başvuru sayısı 0,11±0,33 olarak saptandı. Yaptığımız çalışmada hastaların %10'u GETAT'a başvurduğunu belirtmiş olup; en sık başvurulan GETAT yaş kupa %8,4 (n=14) olarak saptandı. Diğer uygulananlar ise sülük uygulaması, kuru kupa, mezoterapi, müzik terapi ve nöral terapi olarak saptandı.

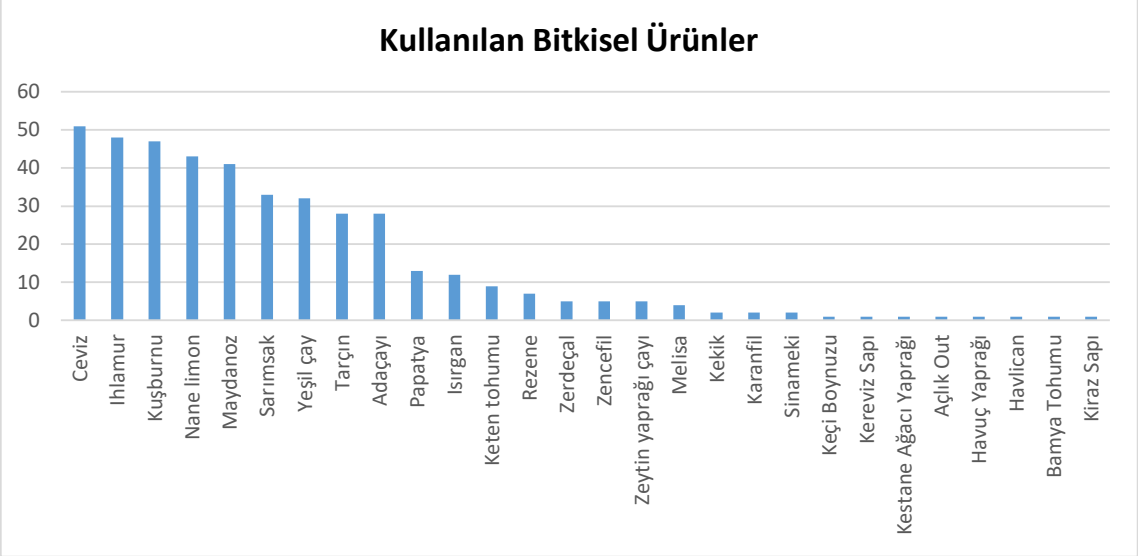
4.1.5. Hastaların Kullandığı İlaçların İncelenmesi

Grafik 12: Hastaların Kullanılandığı İlaçlar ile İlgili Özelliklerin Değerlendirilmesi



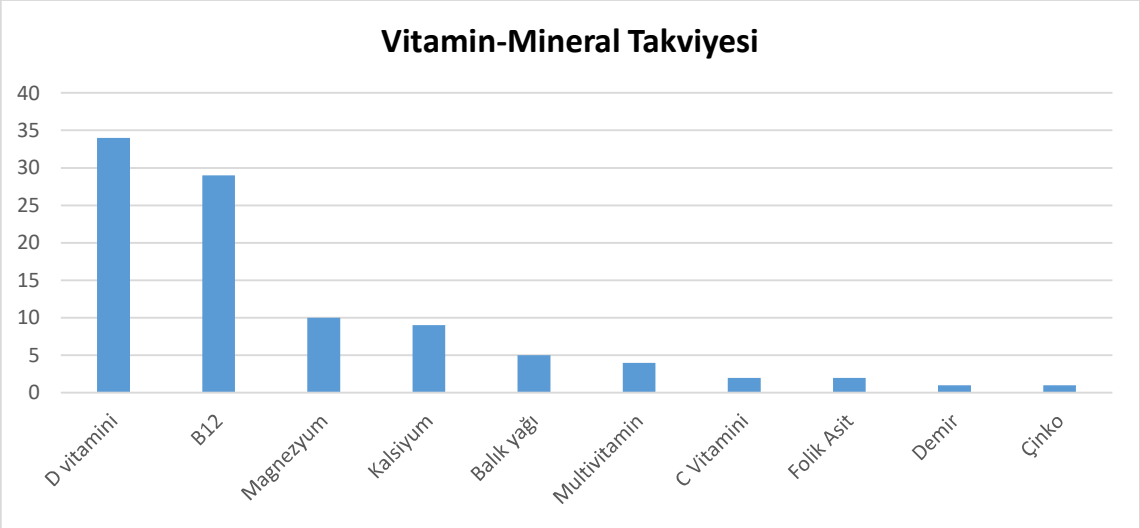
Hastaların kulllandığı ortalama ilaç gurubu sayısı 4,40±1,50 olarak belirlendi. Yaptığımız çalışmada en sık kullanılan ilaç grubu kardiyovasküler sistem ilaçları (%77.1) olarak saptandı bunu izleyenler endokrin sistem ilaçları (%75.9) , gastrointestinal sistem ilaçları (%57.2) , analjezik ve nsai (%42.8) , vitamin ve nutrisyonel preparatlar (%26,5) , solunum sistemi ilaçları (%22.9) ve psikiyatrik ilaçlar (%18.1) , dermatolojik preparatlar (%11.4) , antibiyotikler (%5.4) , antihistaminikler (%4.8) , santral sinir sistemi ilaçları (%4.2) , genitoüriner sistem ilaçları (%3.6) , otik preparatlar (%2.4) , oftalmik preparatlar (%10.2) , antineoplastik ilaçlar , antiromatizmal ilaçlar olarak kullanıldığı saptandı.

Grafik 13: Hastaların Kullanılandığı Bitkisel Ürünler ile İlgili Özelliklerin Değerlendirilmesi



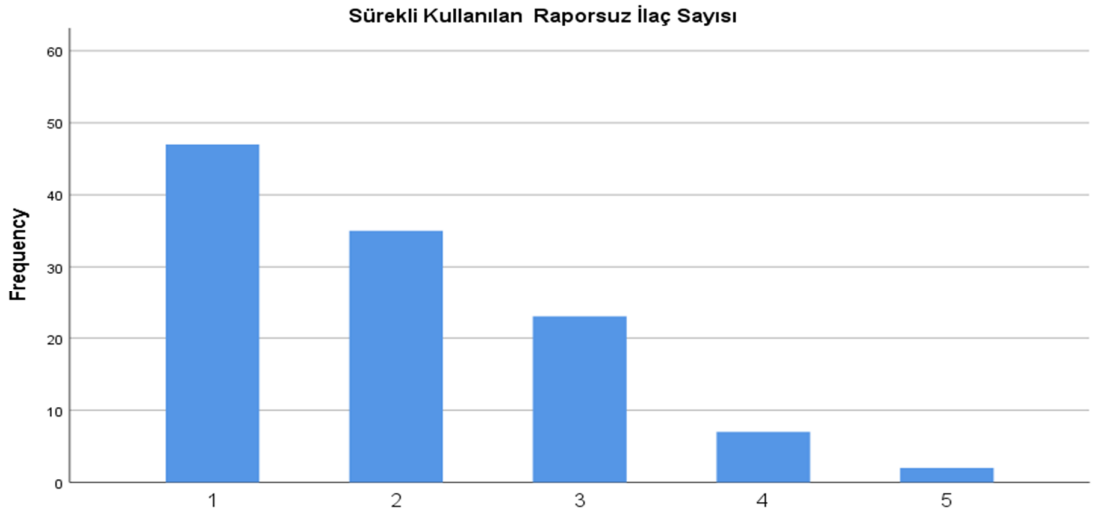
Hastaların kullandığı ortalama bitkisel ürün sayısı 2,56±3,06 olarak saptandı. Hastaların %39,2'si bir bitkisel ürün kullandığını belirtti. Yaptığımız çalışmada en sık kullanılan bitkisel ürün ceviz (%30.7) olarak saptandı bunu sırası ile izleyen ıhlamur (%28.9) , kuşburnu (%28.3) , nane limon (%25.9) , maydanoz (%24.7) , sarımsak (%19.9) , yeşil çay (%19.3) , adaçayı (%16.9) , tarçın (%16.9) , papatya (%7.8) , ısırgan (%7,2) keten tohumu (%5,4) rezene (%4.2) , zeytin yaprağı çayı (%3.0) zerdeçal (%3.0) zencefil (%3.0) melisa (%2.4) , sinameki (%1.2) , karanfil (%1.2) , kekik (%1.2) , kiraz sapı, bamya tohumu, havlican, havuç yaprağı, açlık otu, kestane ağacı yaprağı, kereviz sapı, keçi boynuzu olarak saptandı.

Grafik 14: Hastaların Kullanılandığı Vitamin-Mineral Takviyesi ile İlgili Özelliklerin Değerlendirilmesi



Hastaların %36,1'i en az bir, %18,7'si 2 veya daha fazla vitamin-mineral takviyesi almakta ve ortalama vitamin-mineral takviyesi sayısı 0,58±0,88 olarak saptandı. Yaptığımız çalışmada en sık kullanılan vitamin-mineral takviyesi D vitamini (%20.5) olarak saptandı bunu sırası ile izleyen B12 vitamini (%17.5), magnezyum (%6.0), kalsiyum (%5.4) , balık yağı (%3.0) , multivitamin (%2.4) , folik asit (%1.2) , C vitamini (%1.2) , çinko , demir olarak saptandı.

Grafik 15: Sürekli Kullanılan Raporsuz İlaç Sayısı



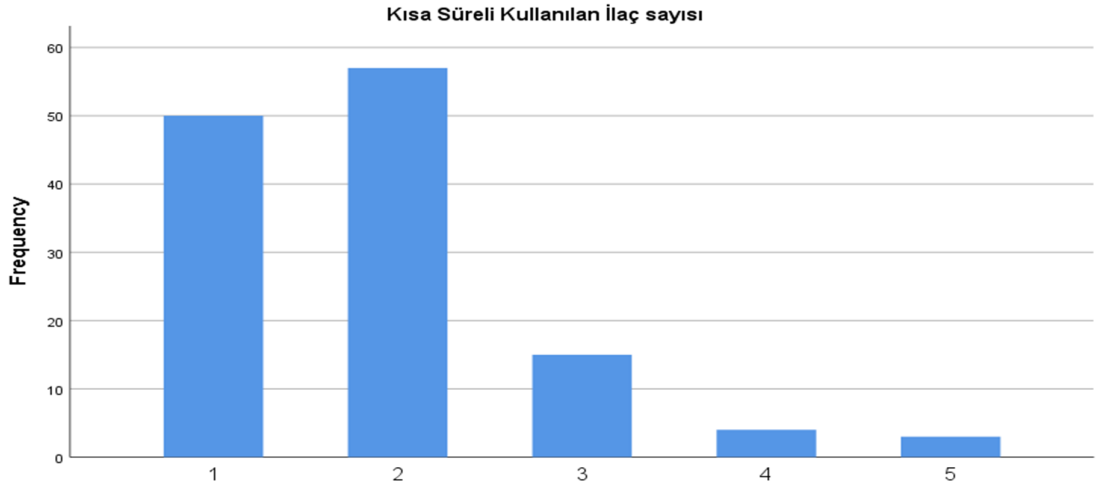
Hastaların sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısı ortalama 1,35±1,24 olarak saptandı.

Grafik 16: Sürekli Kullanılan Raporlu İlaç Sayısı



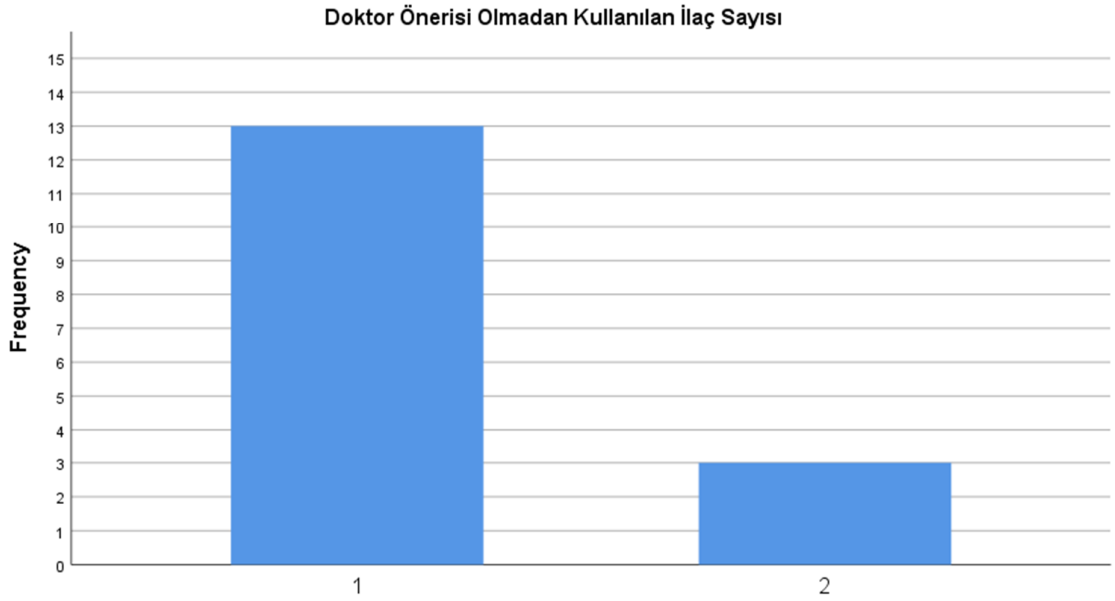
Hastaların %9,6'sı (n=16) herhangi bir sürekli kullandığı raporlu ilaç yokken %6,6(n=11)'sı 1, %11,4(n=19)'ü 2, %13,3(n=22)'ü 3, %19,3(n=32)'ü 4 ve %39,8(n=66)'si 5 ve üzeri sürekli kullanılan raporlu ilaca sahip oldukları saptandı.

Grafik 17: Kısa Süreli Kullanılan İlaç Sayıları



Hastaların kısa süreli kullandığı ilaç sayısı ortalama 1,00±1,11 olarak saptandı.

Grafik 18:Doktor Önerisi Olmadan Kullanılan İlaç Sayısı



Hastaların doktor önerisi olmadan kullandığı ilaç sayısı ortalama 0,11±0,37 olarak saptandı.

Grafik 19: Günlük İlaç Alım Sefer Sayısı



Hastaların günlük ilaç alım seferi ortalama 2,26±0,64 olarak saptandı.

4.2. HASTALARDAN TOPLANAN VERİLER İLE HASTALARIN BİLGİ VE TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kronik Hastalık Sayıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 5: Sosyodemografik Özellikleri ile Kronik Hastalıkları Arasındaki İlişki

		Kronik Hastalık Sayısı					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	3,27	1,28	3	1	6	0,807
	Kadın	3,27	1,43	3	1	7	
Yaş	18-50	2,84	1,40	3	1	6	**0.004**
	51-64	3,46	1,30	3	1	7	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	3,52	1,40	3	2	6	0,178
	Lise Altı	3,32	1,35	3	1	7	
	Lise Üstü	2,80	1,29	3	1	5	
Meslek	Çalışıyor	2,81	1,33	3	1	6	0,072
	Emekli	3,48	1,33	4	1	6	
	Çalışmıyor	3,29	1,36	3	1	7	
Gelir	<2200 TL	3,37	1,37	3	1	7	0,264
	>2200 TL	3,11	1,33	3	1	6	
Medeni Durumu	Evli	3,21	1,34	3	1	7	0,285
	Bekar, Dul	3,46	1,42	3	1	6	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	3,08	1,38	3	1	7	0,113
	İçiyor	3,24	1,36	3	1	6	
	Bırakmış	3,56	1,30	4	1	6	

Ort =Ortalama, S= Standart Sapma p=anlamlılık değeri,

Yapılan Mann-Whitney U testinde kronik hastalık sayısı ve cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0, 807)

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve kronik hastalık sayısında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0.205 p=0.004).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde öğrenim durumu ve kronik hastalık sayısı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0.178).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kronik hastalık sayısı ve meslek grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,072).

Yapılan Mann-Whitney U testinde gelir ve kronik hastalık sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.264).

Yapılan Mann-Whitney U testinde kronik hastalık sayısı ve medeni durum arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.285).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kronik hastalık sayısı ve sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.113).

4.2.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlaçların Reçetelenme ve Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 6: Sosyodemografik Özellikleri ile Doktora Başvurmadan İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki

		Doktora Başvurmadan İlaç Kullanımı			
		EVET N	HAYIR N	Toplam N	p
Cinsiyet	Erkek	19	52	71	0.217
	Kadın	34	61	95	
Yaş	18-50	18	32	50	0.46
	51-64	35	81	116	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	7	20	27	0.638
	Lise Altı	39	75	114	
	Lise Üstü	7	18	25	
Meslek	Çalışıyor	11	20	31	0.199
	Emekli	14	46	60	
	Çalışmıyor	28	47	75	
Gelir	<2200 TL	35	67	102	0.405
	>2200 TL	18	46	64	
Medeni Durumu	Evli	38	87	125	0.461
	Bekar, Dul	15	26	41	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	29	43	72	0.129
	İçiyor	11	31	42	
	Bırakmış	13	39	52	
Toplam		53	113	166	

Yapılan ki kare testlerine göre;

Doktora başvurmadan ilaç kullanımı ve cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,217).

Doktora başvurmadan ilaç kullanımı ve yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,46).

Doktora başvurmadan ilaç kullanımı ve öğrenim durumu arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,638).

Doktora başvurmadan ilaç kullanımı ve meslek arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,199).

Doktora başvurmadan ilaç kullanımı ve gelir arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,405).

Doktora başvurmadan ilaç kullanımı ve medeni durum arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,461).

Doktora başvurmadan ilaç kullanımı ve sigara içme durumu arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,129).

Tablo 7: Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ile Doktora Başvurmadan İlaç Dozunu Değiştirme ya da Kesme Arasındaki İlişki

		Doktora Başvurmadan İlaç Dozunu Değiştirme ya da Kesme			
		EVET N	HAYIR N	Toplam N	p
Cinsiyet	Erkek	28	43	71	**0.019**
	Kadın	55	40	95	
Yaş	18-50	34	16	50	**0.002**
	51-64	49	67	116	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	12	15	27	0.604
	Lise Altı	60	54	114	
	Lise Üstü	11	14	25	
Meslek	Çalışıyor	16	15	31	0.132
	Emekli	24	36	60	
	Çalışmıyor	43	32	75	
Gelir	<2200 TL	55	47	102	0.202
	>2200 TL	28	36	64	
Medeni Durumu	Evli	63	62	125	0.857
	Bekar, Dul	20	21	41	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	35	37	72	0.936
	İçiyor	21	21	42	
	Bırakmış	27	25	52	
Toplam		83	83	166	

Yapılan ki kare testlerine göre;

Doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme ve cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,019). Kadınlarda erkeklere göre doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme istatistikçe anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme ve yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,002). 18-50 yaş arası hastalarda 51-64 yaş arasına

göre doktora başvurnadan ilaç dozunu arttırma, azaltma ya da kesme istatistikçe anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme ve öğrenim durumu arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,604).

Doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme ve meslek arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,132).

Doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme ve gelir arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,202).

Doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme ve medeni durum arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,857).

Doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme ve sigara içme durumu arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,936).

Tablo 8: Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlaçlarını Neden Nasıl Kullandığı Hakında Bilgi DüzeyiArasındaki İlişki

		İlaçlarını Neden Nasıl Kullandığı Hakında Bilgi Düzeyi			
		Biliyor N	Bilmiyor N	Toplam N	p
Cinsiyet	Erkek	54	16	70	0.611
	Kadın	70	25	95	
Yaş	18-50	43	7	50	**0.033**
	51-64	81	34	115	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	11	16	27	**0.00**
	Lise Altı	92	22	114	
	Lise Üstü	21	3	24	
Meslek	Çalışıyor	27	3	30	0.108
	Emekli	44	16	60	
	Çalışmıyor	53	22	75	
Gelir	<2200 TL	74	28	102	0.325
	>2200 TL	50	13	63	
Medeni Durumu	Evli	95	29	124	0.450
	Bekar, Dul	29	12	41	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	53	19	72	0.394
	İçiyor	34	7	41	
	Bırakmış	37	15	52	
Toplam		65	54	16	

Yapılan ki kare testlerine göre;

İlaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi ve cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,611).

İlaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi ve yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,033). 18-50 yaş arası hastalarda 51-64 yaş arasına göre ilaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi istatistikçe anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

İlaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi ve öğrenim durumu arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,00). Eğitim düzeyi arttıkça ilaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında ki bilgi düzeyi istatistikçe anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

İlaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi ve meslek arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,108).

İlaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi ve gelir arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,325).

İlaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi ve medeni durum arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,450). Evli hastalar bekar ve dul hastalara göre ilaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi istatistikçe anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

İlaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi ve sigara içme durumu arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,394).

Tablo 9: Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlaçların Zamanında Kullanması, Unutulmaması Arasındaki İlişki

		İlaçları Zamanında Kullanıyor-Unutmuyor			
		EVET N	HAYIR N	Toplam N	p
Cinsiyet	Erkek	44	27	71	0.986
	Kadın	59	36	95	
Yaş	18-50	30	20	50	0.855
	51-64	73	43	116	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	15	12	27	0.747
	Lise Altı	72	42	114	
	Lise Üstü	16	9	25	
Meslek	Çalışıyor	16	15	31	0.411
	Emekli	39	21	60	
	Çalışmıyor	48	27	75	

Gelir	<2200 TL	68	34	102	0.166
	>2200 TL	35	29	64	
Medeni Durumu	Evli	82	43	125	0.144
	Bekar, Dul	21	20	41	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	47	25	72	0.686
	İçiyor	24	18	42	
	Bırakmış	32	20	52	
Toplam		103	63	166	

Yapılan ki kare testlerine göre;

İlaçlarını zamanında kullanması, unutmaması ve cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,986).

İlaçlarını zamanında kullanması, unutmaması ve yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,855).

İlaçlarını zamanında kullanması, unutmaması ve öğrenim durumu arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,747).

İlaçlarını zamanında kullanması, unutmaması ve meslek arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,411).

İlaçlarını zamanında kullanması, unutmaması ve gelir arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,166).

İlaçlarını zamanında kullanması, unutmaması ve medeni durum arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,144).

İlaçlarını zamanında kullanması, unutmaması ve sigara içme durumu arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,686).

4.2.3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Yaptırılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 10: Sosyodemografik Özellikleri ile Yaptırılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki

		GETAT					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	0,08	0,28	0	0	1	0,383
	Kadın	0,14	0,38	0	0	2	
Yaş	18-50	0,14	0,35	0	0	1	**0,048**
	51-64	0,10	0,33	0	0	2	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	0,04	0,19	0	0	1	
	Lise Altı	0,13	0,36	0	0	2	0,427

	Lise Üstü	0,12	0,33	0	0	1	
Meslek	Çalışıyor	0,13	0,34	0	0	1	
	Emekli	0,07	0,25	0	0	1	0,422
	Çalışmıyor	0,15	0,39	0	0	2	
Gelir	<2200 TL	0,10	0,33	0	0	2	0,305
	>2200 TL	0,14	0,35	0	0	1	
Medeni Durumu	Evli	0,13	0,36	0	0	2	0,398
	Bekar, Dul	0,07	0,26	0	0	1	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	0,11	0,36	0	0	2	
	İçiyor	0,12	0,33	0	0	1	0,932
	Bırakmış	0,12	0,32	0	0	1	

Yapılan Mann-Whitney U testinde cinsiyet ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp başvuru sayısında arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0.383)

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp başvuru sayısında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0.130 p=0.048).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre öğrenim durumu ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp başvuru sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.427).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan meslek grupları ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp başvuru sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.422).

Yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre gelir ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp başvuru sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.305).

Yapılan Mann-Whitney U testinde medeni durum ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp başvuru arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.398).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde sigara içme durumu ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp başvuru sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.932).

4.2.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan İlaçlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 11: Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan İlaç Grubu Arasındaki İlişki

		Kullanılan İlaç Grubu					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	4,08	1,35	4	1	7	**0,035**
	Kadın	4,64	1,58	5	1	8	
Yaş	18-50	3,78	1,66	4	1	8	**0,001**

	51-64	4,67	1,36	5	2	8	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	4,19	1,33	4	2	7	
	Lise Altı	4,60	1,56	5	1	8	**0,038**
	Lise Üstü	3,76	1,30	4	1	6	
Meslek	Çalışıyor	3,65	1,45	4	1	6	
	Emekli	4,53	1,46	4	1	8	**0,019**
	Çalışmıyor	4,61	1,50	5	2	8	
Gelir	<2200 TL	4,56	1,54	5	1	8	0,092
	>2200 TL	4,16	1,44	4	1	8	
Medeni Durumu	Evli	4,37	1,50	4	1	8	0,816
	Bekar, Dul	4,51	1,55	4	2	8	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	4,46	1,58	4	1	8	
	İçiyor	4,43	1,29	5	2	7	0,802
	Bırakmış	4,31	1,59	4	1	8	

Yapılan Mann-Whitney U testinde kullanılan ilaç grubu sayısı ve cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmıştır. (p=0,035) Kadın hastalar daha fazla ilaç grubu sayısına sahip saptanmıştır.

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve kullanılan ilaç grubu sayısında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0.238 p=0.001).

Yapılan Kruskal-Wallis testine göre öğrenim durumu ve kullanılan ilaç grubu sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0.038). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde lise altı öğrenim durumu olanlar, lise üstü öğrenim durumu olanlara göre daha fazla ilaç grubuna sahip saptandı(p=0,020).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan ilaç grubu sayısı ve meslek grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,019). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde çalışan hasta grubu emekli(p=0,020) ve çalışmayan (p=0,008) hasta grubuna göre daha az ilaç grubuna sahip saptanmıştır.

Yapılan Mann-Whitney U testinde gelir ve kullanılan ilaç grubu sayısı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0, 092).

Yapılan Mann-Whitney U testinde ilaç grubu sayısı ve medeni durum arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0. 816).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan ilaç grubu sayısı ve sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,802).

Tablo 12: Sosyodemografik Özellikler ile Kullanılan Bitkisel Ürünler Arasındaki İlişki

		Kullanılan Bitkisel Ürünler					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	1,79	2,62	0	0	12	**0,001**
	Kadın	3,14	3,25	2	0	12	
Yaş	18-50	2,84	2,79	3	0	9	0,183
	51-64	2,44	3,18	1	0	12	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	2,78	3,17	1	0	10	0,102
	Lise Altı	2,69	3,03	2	0	12	
	Lise Üstü	1,72	3,12	0	0	12	
Meslek	Çalışıyor	2,52	2,57	2	0	9	0,135
	Emekli	2,18	3,24	1	0	12	
	Çalışmıyor	2,88	3,11	2	0	12	
Gelir	<2200 TL	2,86	3,17	2	0	12	**0,042**
	>2200 TL	2,08	2,85	0	0	12	
Medeni Durumu	Evli	2,74	3,22	1	0	12	0,329
	Bekar, Dul	2,00	2,48	1	0	10	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	2,83	2,80	2	0	10	0,110
	İçiyor	2,21	3,17	1	0	12	
	Bırakmış	2,46	3,34	1	0	12	

Yapılan Mann-Whitney U testinde cinsiyet ve kullanılan bitkisel ürün sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır. (p=0.001) Kadınların erkeklere göre daha fazla bitkisel ürün kullandığı saptanmıştır.

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve kullanılan bitkisel ürün sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=-0.71 p=0.183).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre öğrenim durumu ve kullanılan bitkisel ürün sayısı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.102).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan bitkisel ürün sayısı ve meslek grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,135)

Yapılan Mann-Whitney U testinde geliri <2200 TL altında olanlarda >2200 TL üstü geliri olanlara göre istatistikçe anlamlı şekilde daha fazla bitkisel ilaç kullanımı saptanmıştır (p= 0,042).

Yapılan Mann-Whitney U testinde medeni durum ve kullanılan bitkisel ürün sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,329).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde sigara içme durum ve kullanılan bitkisel ürün sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.110).

Tablo 13: Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan Vitamin-Mineral Takviyesi Arasındaki İlişki

		Kullanılan Vitamin-Mineral Takviyesi					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	0,31	0,58	0	0	2	**0,002**
	Kadın	0,79	1,01	0	0	4	
Yaş	18-50	0,54	0,79	0	0	2	0.114
	51-64	0,60	0,92	0	0	4	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	0,37	0,69	0	0	2	0,396
	Lise Altı	0,62	0,93	0	0	4	
	Lise Üstü	0,64	0,86	0	0	3	
Meslek	Çalışıyor	0,42	0,72	0	0	2	0,276
	Emekli	0,52	0,87	0	0	4	
	Çalışmıyor	0,71	0,94	0	0	3	
Gelir	<2200 TL	0,59	0,87	0	0	3	0,900
	>2200 TL	0,58	0,91	0	0	4	
Medeni Durumu	Evli	0,48	0,79	0	0	3	**0,019**
	Bekar, Dul	0,90	1,07	0	0	4	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	0,72	0,92	0	0	3	0,143
	İçiyor	0,50	0,83	0	0	3	
	Bırakmış	0,46	0,85	0	0	4	

Yapılan Mann-Whitney U testinde cinsiyet ve kullanılan vitamin mineral sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır. (p=0.02) Kadınların erkeklere göre daha fazla vitamin-mineral kullandığı saptanmıştır.

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve kullanılan vitamin mineral sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0.094 p=0.114).

Yapılan Kruskal-Wallis testine göre öğrenim durumu ve kullanılan vitamin mineral sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,396).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan meslek grupları ve kullanılan vitamin mineral sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,276).

Yapılan Mann-Whitney U testinde göre gelir ve kullanılan vitamin mineral sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,900).

Yapılan Mann-Whitney U testinde medeni durum ve kullanılan vitamin mineral sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,019). Bekar ve dul hastalar evli hastalara göre daha fazla vitamin mineral takviyesi aldığı saptanmıştır.

Yapılan Kruskal-Wallis testine göre sigara içme durumu ve kullanılan vitamin mineral sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,143).

Tablo 14:Sürekli Kullanılan Raporsuz İlaç Sayısı ile Arasındaki İlişki

		Sürekli Kullanılan Raporsuz İlaç Sayısı					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	1,01	1,05	1	0	4	**0,004**
	Kadın	1,60	1,32	1	0	5	
Yaş	18-50	1,36	1,27	1	0	4	0,322
	51-64	1,34	1,23	1	0	5	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	1,19	1,24	1	0	5	
	Lise Altı	1,46	1,30	1	0	5	0,329
	Lise Üstü	1,04	0,89	1	0	3	
Meslek	Çalışıyor	0,90	0,98	1	0	3	
	Emekli	1,27	1,21	1	0	5	**0,033**
	Çalışmıyor	1,60	1,32	1	0	5	
Gelir	<2200 TL	1,49	1,34	1	0	5	0,128
	>2200 TL	1,12	1,03	1	0	4	
Medeni Durumu	Evli	1,44	1,21	1	0	5	**0,046**
	Bekar, Dul	1,07	1,31	1	0	5	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	1,68	1,34	2	0	5	
	İçiyor	1,05	1,10	1	0	4	**0,016**
	Bırakmış	1,13	1,10	1	0	4	

Yapılan Mann-Whitney U testinde cinsiyet ve sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısında arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır. (p=0.04) Kadınlar erkeklere göre daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip olduğu bulunmuştur.

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0.036 p=0,322).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre öğrenim durumu ve sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,329).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan meslek grupları ve sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,033). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde çalışmayan hasta grubu

çalışan hasta grubuna göre daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip olduğu saptanmıştır(p=0,010).

Yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre gelir ve sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,128).

Yapılan Mann-Whitney U testinde medeni durum ve sürekli kullanılan raporsuz ilaç arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p= 0,046). Evli hastalar bekar ve dul hastalara göre daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip olduğu saptanmıştır.

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan sigara içme durumu ve sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,016). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde sigara içmeyen hasta grubu sigara içen (p=0,021) ve bırakmış (p=0,038) hasta grubuna göre daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 15: Sürekli Kullanılan Raporlu İlaç Sayısı ile Arasındaki İlişki

		Sürekli Kullanılan Raporlu İlaç Sayısı						
		0	1	2	3	4	5 ve Üzeri	p
		N	N	N	N	N	N	
Cinsiyet	Erkek	5	2	5	13	13	33	**0.044**
	Kadın	11	9	14	9	19	33	
Yaş	18-50	9	4	5	9	11	12	**0.007**
	51-64	7	7	14	13	21	54	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	2	3	1	4	5	12	
	Lise Altı	12	7	11	13	22	49	0.151
	Lise Üstü	2	1	7	5	5	5	
Meslek	Çalışıyor	5	0	3	8	7	8	
	Emekli	2	4	6	5	10	33	**0,011**
	Çalışmıyor	9	7	10	9	15	25	
Gelir	<2200 TL	12	9	9	14	19	39	
	>2200	4	2	10	8	13	27	0,357
Medeni Durumu	Evli	15	7	15	19	24	45	
	Bekar,Dul	1	4	4	3	8	21	0,066
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	10	7	9	9	13	24	
	İçiyor	4	3	5	4	11	15	**0,035**
	Bırakmış	2	1	5	9	8	27	

Yapılan Mann-Whitney U testinde cinsiyet ve sürekli kullanılan raporlu ilaç sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır. (p=0.044) Erkekler kadınlara göre daha fazla sürekli kullanılan raporlu ilaca sahip olarak saptanmıştır.

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve sürekli kullanılan raporlu ilaç sayısında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0.192 p=0.007).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre öğrenim durumu ve sürekli kullanılan raporlu ilaç sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.151)

Yapılan Kruskal-Wallis testinde çalışma durumu ve sürekli kullanılan raporlu ilaç sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0. 011). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde emekli olan hastalar çalışmayan hasta grubuna göre daha fazla raporlu ilaç kullanımı açısından istatistikçe anlamlı fark bulunmuştur(p=0,023)

Yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre gelir ve sürekli kullanılan raporlu ilaç sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.357).

Yapılan Mann-Whitney U testinde medeni durum ve sürekli kullanılan raporlu ilaç sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.066).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan sigara içme durumları ve sürekli kullanılan raporlu ilaç sayısında sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,035). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde sigara kullanmayı bırakmış olan hastalar sigara içmeyen hasta grubuna göre daha fazla raporlu ilaç kullanımı açısından istatistikçe anlamlı fark bulunmuştur(p=0,012).

Tablo 16: Kısa Süreli Kullanılan İlaç sayısı Arasındaki İlişki

		Kısa Süreli Kullanılan İlaç sayısı					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	1,00	1,06	1	0	5	**0,00**
	Kadın	1,78	1,04	2	0	5	
Yaş	18-50	1,48	1,25	2	0	5	0, 142
	51-64	1,43	1,06	1	0	5	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	1,63	1,18	2	0	5	0,273
	Lise Altı	1,46	1,07	2	0	5	
	Lise Üstü	1,20	1,22	1	0	5	
Meslek	Çalışıyor	1,00	1,21	1	0	5	**0,003**
	Emekli	1,40	1,06	1	0	4	
	Çalışmıyor	1,67	1,07	2	0	5	
Gelir	<2200 TL	1,59	1,10	2	0	5	**0,021**

	>2200 TL	1,22	1,11	1	0	5	
Medeni Durumu	Evli	1,39	1,16	1	0	5	0,141
	Bekar, Dul	1,61	0,95	2	0	4	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	1,68	1,15	2	0	5	**0,036**
	İçiyor	1,36	1,08	1	0	4	
	Bırakmış	1,19	1,05	1	0	5	

Yapılan Mann-Whitney U testında kullanılan cinsiyet ve kısa süreli ilaç kullanımı Sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır. (p=0.000) Kadınlar erkeklere göre daha fazla kısa süreli ilaca sahip olarak saptanmıştır.

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve kısa süreli ilaç kullanımı sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0.084 p=0.142).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre öğrenim durumu ve kısa süreli ilaç kullanımı sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.273)

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan meslek grupları ve kısa süreli ilaç kullanımı sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,003). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde çalışmayan hasta grubu çalışan hasta grubuna göre istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla kısa süreli ilaç kullanımına sahip olarak saptanmıştır. (p=0,027)

Yapılan Mann-Whitney U testinde sonucuna göre 2200 TL altında gelire sahip hastalar 2200 TL ve üstü gelire sahip hastalara göre istatistikçe anlamlı şekilde daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır. (p=0,021)

Yapılan Mann-Whitney U testinde medeni durum ve kısa süreli ilaç kullanımı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0. 141).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde sigara içme durumu ve kısa süreli ilaç kullanımı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır. (p=0,036) Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde sigara içmeyen hasta grubu bırakmış hasta grubuna göre istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla kısa süreli ilaç kullanımına sahip olarak saptanmıştır. (p=0,027)

Tablo 17: Doktor Önerisi Olmadan Kullanılan İlaç Sayısı Arasındaki İlişki

		Doktor Önerisi Olmadan Kullanılan İlaç Sayısı					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	0,11	0,40	0	0	2	0,688
	Kadın	0,12	0,35	0	0	2	
Yaş	18-50	0,14	0,45	0	0	2	0.475
	51-64	0,10	0,33	0	0	2	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	0,07	0,27	0	0	1	0,142
	Lise Altı	0,09	0,31	0	0	2	
	Lise Üstü	0,28	0,61	0	0	2	
Meslek	Çalışıyor	0,32	0,65	0	0	2	**0,017**
	Emekli	0,05	0,22	0	0	1	
	Çalışmıyor	0,08	0,27	0	0	1	
Gelir	<2200 TL	0,10	0,33	0	0	2	0,629
	>2200 TL	0,14	0,43	0	0	2	
Medeni Durumu	Evli	0,11	0,39	0	0	2	0,561
	Bekar, Dul	0,12	0,33	0	0	1	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	0,14	0,42	0	0	2	0,769
	İçiyor	0,07	0,26	0	0	1	
	Bırakmış	0,12	0,38	0	0	2	

Yapılan Mann-Whitney U testında cinsiyet ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0.688)

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=-0.005 p=0.475).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre öğrenim durumu ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.142)

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan meslek grupları ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç sayısında istatistikçe anlamlı fark saptanmıştır (p=0,017). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Games-Howell testinde gruplar arasında raporlu ilaç kullanımı açısından istatistikçe anlamlı fark saptanmadı.

Yapılan Mann-Whitney U testinde sonucuna göre gelir ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0. 629)

Yapılan Mann-Whitney U testinde medeni durum ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0. 561).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre sigara içme durumu ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç sayısında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0. 769)

Tablo 18: Günde Kaç Defa Kullandığı Arasındaki İlişki

		Günde Kaç Defa Kullandığı					
		Ort.	S	Median	Min	Max	p
Cinsiyet	Erkek	2,23	0,61	2	1	3	0,485
	Kadın	2,28	0,66	2	1	3	
Yaş	18-50	2,24	0,59	2	1	3	0,294
	51-64	2,27	0,66	2	1	3	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	2,33	0,73	2	1	3	0,488
	Lise Altı	2,26	0,64	2	1	3	
	Lise Üstü	2,16	0,55	2	1	3	
Meslek	Çalışıyor	2,13	0,50	2	1	3	0,313
	Emekli	2,30	0,67	2	1	3	
	Çalışmıyor	2,28	0,67	2	1	3	
Gelir	<2200 TL	2,29	0,67	2	1	3	0,292
	>2200 TL	2,20	0,60	2	1	3	
Medeni Durumu	Evli	2,26	0,67	2	1	3	0,919
	Bekar, Dul	2,27	0,55	2	1	3	
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	2,17	0,67	2	1	3	0,153
	İçiyor	2,24	0,66	2	1	3	
	Bırakmış	2,40	0,57	2	1	3	

Yapılan Mann-Whitney U testında cinsiyet ve doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç sayısı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0. 485)

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ve günde kaç defa kullağı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,042 p=0. 294).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre öğrenim durumu ve günde kaç defa kullağı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0. 488)

Yapılan Kruskal-Wallis testinde kullanılan meslek grupları ve günde kaç defa kullağı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0, 313).

Yapılan Mann-Whitney U testinde sonucuna göre gelir ve günde kaç defa kullağı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0. 292)

Yapılan Mann-Whitney U testinde medeni durum ve günde kaç defa kullağı arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır (p=0. 919).

Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre sigara içme durumu ve günde kaç defa kullağı arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0. 153)

5.TARTIŞMA

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kronik Hastalıkları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile İlaçların Reçetelenme ve Kullanımı Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Özellikleri ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygumaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Kullanılan İlaçlar ve Miktarı Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KRONİK HASTALIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

DM, AIDS, Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Osteoporoz ve Depresyon polifarmasinin sık görüldüğü hastalık gruplarıdır. Yapılan 1944 bireyin katıldığı bir çalışmada; en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon (%30.7) olduğu, bunu sırası ile osteoartrit, kalp yetmezliği, diabetes mellitus ve koroner arter hastalığının izlediği belirlenmiştir.(22)

Bizim çalışmamızda en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon (%68,7) olup bunu sırası ile hiperlipidemi, diyabet, kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıları, tiroid hastalığı, mide bağırsak hastalıkları, depresyon, anksiyet, göz hastalıkları, üriner sistem hastalıklar, osteoporoz, anemi, romatolojik hastalıklar ve nörolojik hastalıklar izlemiştir.

Çalışmamızda beklendiği üzere kronik hastalık sayısında yaş ile beraber artış görülmüştür. Diğer gruplar arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeni polifarmasisi olan bireylerin seçilmesi nedeniyle belli sayıda kronik hastalığa sahip olma gerekliliği olarak yorumlanabilir.

5.2. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLAÇLARIN REÇETELENME VE KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Etiyopya'da yapılan bir veritabanı araştırmasında toplam 450 makale arasından yinelemeler ile dahil etme ve dışlama kriterleri için düzeltme yapıldıktan sonra uygun olan 21

makale incelenmiş olup reçetesiz ilaç kullanımı prevalansı % 12,8 ile % 77,1 arasında değiştiği gösterilmiş , ortalama % 36,8 olarak saptanmış.(29)

Bizim çalışmamızda ise doktora başvurmadan ilaç kullanımı %31,9 olarak saptanmıştır. Bunun ile beraber doktora başvurmadan ilaç kullanım yüzdesi yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistikçe anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeni hasta sayımızın sınırlı olması ve polifarmasisi olan hastaların arasında ki benzerlikten kaynaklanıyor olabilir. Doktora başvurmadan ilaç kullanımının sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesi için geniş ve farklı hasta gruplarına ihtiyaç olabilir.

Danimarka'da 348 hasta üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada hastaların %24'ü, her zaman reçetelere uymadıklarını belirtti. Reçetelerden sapmaların çoğu daha düşük dozlara ve daha az sıklıkta ilaç alımına yönelikti. İlaç, doz ve rejimleri dikkate alınarak farklılaştırılmış bir uyum değerlendirmesi, deneklerin ilaç tedavisi alışkanlıklarına ilişkin ayrı ayrı ölçülebilir veriler üretti. Reçete Uyumsuzluğu, ölçüm yöntemine bağlı olarak %20 ile %70 arasında değişiyordu. (30).

Bizim çalışmamızda hastaların %50'si doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirdiği ya da kestiğini belirtti. Doktora başvurmadan ilaç dozunu değiştirme ya da kesme kadınlarda erkeklere göre ve 18-50 yaş arası hastalarda 51-64 yaş arasına göre daha fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da reçeteden sapmaların çoğu ilaç dozunu azaltmaya yönelik saptandı. Kadınlarda ilaç dozu değişikliğinin erkeklere oranla daha fazla olmasının nedeni kadınların daha fazla kendi sağlık durumlarını takip edip ona göre kendilerinin karar vermesi olabilir. 18-50 yaş arası hasta gurubunun 51-64 yaş arası hasta grubuna göre daha fazla doz değişikliği yapmasının nedeni olarak daha fazla internet ile etkileşim ve daha fazla kendilerinin karar verici olmalarında ki eğilim olabilir.

Türkiye'de yapılan 765 katılımcının katıldığı bir çalışmada %58,0'ı ilaç rejimlerine bağlı kaldığını ve %64,5'i ilaçlarıyla ilgili optimal bilgiye sahip olduğunu bildirdi.(31)

Türkiye'de acil serviste 100 hasta ile yapılan başka bir çalışmada hastaların %37'sinin reçeteli ilaçlar hakkında hiçbir bilgisi olmadığı; ancak geri kalan 63 hastadan %61,9'u ilaçları ne zaman alacağını, %57,1'i belirli ilaçların amacını biliyor ve %52,3'ü uygun dozun farkındaydı. Ayrıca %31,7'si ilaçların adını biliyordu ve %25,3'ü reçeteli ilaçları hakkında bir şeyler biliyordu. (32)

Bizim çalışmamızda ilaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında %24,8'i çok az bilgisi olduğunu veya yeterli bilgisi olmadığını belirtirken %39,3'i yeterli bilgiye sahip olduğunu geri kalan %35,8'i ise iyi veya çok iyi derecede bildiğini belirtti. 18-50 yaş arası hastalarda 51-64 yaş arasına göre ilaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur.18-50 yaş arasındaki hastların 51-64 yaş arasına göre ilaçları hakkındaki bilgi düzeyinin yüksekliği algılama yeteneği veya bilgiye ulaşımdaki kolaylıklar olabilir. Eğitim düzeyi arttıkça ilaçlarını neden nasıl kullandığı hakkında ki bilgi düzeyinde artış bulunmuştur. Bunun nedeni eğitim durumunun bilgiye ulaşımda ve kognitif fonksiyonlarda ki etkisi ile sağlık okur yazarlığındaki pozitif etkisi olabilir.

Genç yetişkinler ve yaşlı yetişkinlerin günlük algılama ve yoğunluk durumlarının ilaçlarını almayı hatırlamaları üzerinde ki etkisini incelyen bir araştırmada; genç yetişkinler ilaçlarını en çok günlük algılama düzeylerinin yüksek olduğu ve daha yoğun oldukları günlerde almayı hatırlarken, yaşlı yetişkinler ilaçlarını en çok günlük algılamalarının yüksek olduğu ancak daha az meşgul oldukları günlerde ilaçlarını almayı daha fazla hatırladılar. (33)

Bizim çalışmamızda ise ilaçlarını zamanında kullanması ve unutmaması açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeni olarak bizim göreceli olarak kognitif fonksiyonları korunmuş genç hasta grubunu almamızdan kaynaklanıyor olabilir. Bunun için demans ve kognitif özelliklerinin azaldığı ileri yaş hasta grubunda yapılacak daha fazla çalışmalaya ihtiyaç olabilir.

5.3. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE ÖZELLİKLERİ İLE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGUMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

TAT sıklığı ve çeşitleri toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir. Türk toplumunda 2013 yılında birinci basamakta yapılan bir çalışmada, ASM'lere başvuran 60 yaş ve üzeri 300 hasta incelenmiş; sonuçta bu hastalar arasında TAT kullanımının %98,3 gibi çarpıcı bir oranda yaygın olduğu görülmüştür. (25) Yapılan bir başka çalışmada TAT kullanan hastaların %52'sinin bunu aile hekimine bildirmedikleri ve geleneksel tedavi kullananların %50'sinin aynı zamanda TAT'da kullandığı görülmüştür(26).

Bizim çalışmamızda ise çarpıcı oranda TAT yaptırdığını belirtten hasta sayısı %10 gibi bir düşük düzeyde saptanmıştır. Yaş arttıkça başvurulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp sayısı

arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni günümüzde artan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının ilk olarak bilgiye ve yeniliklere daha açık olan genç hasta grubunda etkili olması olabilir.

5.4. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KULLANILAN İLAÇLAR VE MİKTARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

1944 hastanın katıldığı bir çalışmada; en sık kullanılan ilaç gruplarının; kardiyovasküler sistem ilaçları (%26.7),analjezik ve antiinflamatuar ilaçlar (%20.8) ve hematopoetik sistem ilaçları(%14.8) olduğu görülmüştür(22).

Bizim çalışmamızda en sık kullanılan ilaç grubu kardiyovasküler sistem ilaçları (%77.1) olarak saptanıp bunu endokrin sistem ilaçları (%75.9) , gastrointestinal sistem ilaçları (%57.2) , analjezik ve nsai (%42.8) , vitamin ve nutrisyonel preparatlar (%26,5) , solunum sistemi ilaçları (%22.9) , psikiyatrik ilaçlar , dermatolojik preparatlar, antibiyotikler, antihistaminikler, santral sinir sistemi ilaçları, genitoüriner sistem ilaçları, otik preparatlar, oftalmik preparatlar, antineoplastik ilaçlar ve antiromatizmal ilaçlar izledi.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada katılanların üçte birinden fazlası bitkisel takviyeler kullandığını bildirdi. İleri yaş ve yüksek eğitim seviyisi, bitkisel takviyelerin daha yüksek kullanımıyla ilişkilendirildi.(24).

Bizim çalışmamızda hastaların %39.2'si bir bitkisel ürün kullandığını belirtti.En sık kullanılan bitkisel ürün ceviz (%30.7) olarak saptandı bunu sırası ile ıhlamur (%28.9) , kuşburnu (%28.3) , nane limon (%25.9) , maydanoz (%24.7) , sarımsak (%19.9) , yeşil çay (%19.3) , adaçayı (%16.9) , tarçın (%16.9) , papatya , ısırgan , keten tohumu rezene , zeytin yaprağı çayı zerdeçal zencefil ,melisa, sinameki , karanfil , kekik, kiraz sapı, bamya tohumu, havlican, havuç yaprağı, açlık otu, kestane ağacı yaprağı, kereviz sapı , keçi boynuzu izledi. Kadın cinsiyette ve düşük gelir grubunda bitkisel ilaç kullanımı anlamlı şekilde yüksek bulundu, bunun nedeni kadınların sağlık durumlarını daha fazla takip etmesi ve sağlık durumlarını iyileştirecek eylemlere daha fazla başvurmaları neden olarak gösterilebilir. Düşük gelir grubunda görülen daha fazla bitkisel ilaç kullanımı ise ekonomik nedenler nedeniyle kendileri için daha uygun oldularını düşündükleri tedavi yöntemlerine başvurmaları neden olarak gösterilebilir.

Brazilya'da yapılan bir çalışmada 79 yaşına kadar kadınların erkeklerden daha fazla ilaç ve ilaç etkin maddesi kullandığı saptanmıştır. Benzer şekilde, bu çalışmada, kadınların sağlıkları ile daha çok ilğilendiği ve sağlık hizmetlerine erkeklerden daha sık ve daha erken başvurdukları ve kadınlar ilaç kullanımına daha yatkın olduğu saptanmıştır. (34) Ek olarak, kadınlar için kolon ve meme kanserini önleme programları gibi daha fazla tarama proğramı geliştirilmektedir. (35) Ayrıca, kadınlar hastalık rolünü daha kolay benimsemekte; erkeklerden daha fazla sağlık problemlerini, cinsiyetle ilişkili psiko-sosyal ve kültürel etkilerin altında yatan daha fazla sağlık problemini fark etme ve deneyimleme eğilimindedirler ve daha fazla semptom algılama eğilimindedirler. (36,37)

Bizim çalışmamızda da bu bulgulara paralel olarak kadın hastalar daha fazla ilaç grubuna sahip saptanmıştır. Ayrıca beklendiği üzere yaş ve kullanılan ilaç grubu sayısında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim durumun kullanılan ilaç grubu üzerinde ki etkisi üzerinde lise altı öğrenim durumu olanlar, lise üstü öğrenim durumu olanlara göre daha fazla ilaç grubuna sahip saptandı. Lise altında daha fazla ilaç grubu kullanımı eğitimin sağlık sistemine başvuru miktarı veya ilaç kullanmaya yatkınlıkla ilgili olabiliceği gibi nedeninin netleştirilebilmesi için daha ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışan hasta grubu emekli ve çalışmayan hasta grubuna göre daha az ilaç grubuna sahip saptanmış olup iş nedeniyle sağlık hizmetlerine başvurada ki kısıtlılık veya sedanter olmayan hayat biçimi daha az ilaç grubu ile hastalıklarının kontrolünü mümkün kılması olabilir.

ABD'de yapılan bir çalışmada bitkisel ürün kullanımı kadınlarda,daha yüksek gelir grubunda ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip olan hastalar arasında daha yüksek saptanmıştır (38).

Bizim çalışmamızda da buna uygun olarak kadınlar arasında bitkisel ürün kullanımı daha fazla saptanmışken, bu çalışmaya ters olarak düşük gelir grubunda daha fazla bitkisel ürün kullanımı saptandı. Bunun nedeni kadın hasta grubunun daha fazla sağlık durumlarını takip etmesi ve tedavi edici eylemlere olan yatkınlığı, düşük gelir grubunun ise hastalıklarını doktora gitmeden bitkisel ürünler ile tedavi etmeye çalışması gösterilebilir. Bunun ile beraber bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ve diğer gruplar ile kullanılan bitkisel ürün sayısı arasında ise istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bunun nedeni hasta sayımızın düşüklüğü olabileceğinden daha geniş gruplar üzerinde çalışmalara ihtiyaç olabilir.

ABD-Meksika sınırında 130 katılımcının olduğu yaşlı yetişkinler arasındaki bir çalışmada, katılımcıların %16,2'si iki veya daha fazla bitkisel ürün kullandığı saptandı. Erkek

ve kadınlar arasında kullanılan bitkisel ürünler arasında fark saptanmadı. 34 katılımcı (%26,2) iki veya daha fazla vitamin / mineral takviyesi aldığını ve 9'u (%6,9) iki veya daha fazla nutrasötik kullandığını bildirdi. Sınırın ABD tarafında yaşayan katılımcılar, sınırın Meksika tarafında yaşayanlara göre daha yüksek oranda majör polifarmasi, poliherbasi ve besin takviyesi kullanma oranlarına sahipti. Genel olarak, erkekler ve kadınlar arasında ilaç, bitkisel ürün ve nütrisyon takviyesi açısından önemli bir fark yoktu. (39)

Bizim çalışmamızda hastaların %36,1'i en az bir, %18,7'si 2 veya daha fazla vitamin-mineral takviyesi almakta olduğu saptandı. Yukarıda ki çalışmadan farklı olarak bizim çalışmamızda kadınlar erkeklere göre daha fazla vitamin mineral takviyesi kullandığı saptandı bunun nedeni daha önceki açıklamalarda ki gibi kadınların sağlık durumları ile daha fazla ilgilenmesi ve karar verici rol alması olabilir. Çalışmamızda bekar ve dul hastalar ise evli hastalara göre daha fazla vitamin mineral takviyesi aldığı saptandı. Bunun nedeni olarak bekar ve dul olan hastaların beslenme kalitesinde ki düşüklük nedeniyle daha fazla vitamin mineral takviyesine ihtiyaç duyulması olabilir.

Birinci basamakta reçeteli ilaç kullanımı zamanla Finlandiya (40,41), İsveç (42), Hollanda (4)ve ABD(43) gibi farklı toplumlarda artış göstermiştir. İlaç kullanımı ilgili yapılan çoğu toplum toplum çalışması , kadınların erkeklerden daha fazla reçeteli ilaç kullandığını gösteriyor.(44) Ayrıca yapılan bir çalışmada 65 yaş üzeri hastalara, genç hastalara göre iki kat daha fazla ilaç reçetelenmiştir.(45)

Literatür taramalarında hastaların polifarmisileri incelendiğinde ilaç sayısı ve kullanılan ilaçların reçeteli olup olmadığı incelenmiş olduğu bunun yanında raporlu, raporsuz veya kısa süreli ilaç kullanımı gibi ayrımların yapıldığı araştırmalara rastlanılmamıştır. Biz çalışmamızda bu ayrımları yaparak incelemiş olup daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda kadınlar erkeklere göre diğer ilaç kullanımlarında olduğu gibi daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip bulunmuştur. Bunun nedeni sağlık durumlarını izleyip daha fazla doktara tedavi için başvurması ve kendi ilaçları hakkında karar veriyor olması olabilir.

Çalışmayan hasta grubu çalışan hasta grubuna göre daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip saptanmıştır. Bunun nedeni olarak uzun dönem doktor kontrolleri olmadan ilaç kullanıma devam edilmesi nedeniyle daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip olabilir. Nedeninin açıklanabilmesi için daha ayrıntılı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Evli hastaların daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni evli olan hastaların aile ortamının getirdiği daha fazla sorumlulukları olması, zaman bulunamaması veya diğer aile fertleriyle ilgilenilmesi nedeniyle rapor çıkartılması gereken ilcaların raporsuz olarak devamlı kullanılması olabilir.

Sigara içmeyen hasta grubu daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip olduğu saptanmıştır, bunun nedeni sigara içmeyen hasta grubunun sağlık durumlarını da fazla takip etmesi ve doktora başvurusu olduğu öne sürülebilir olup daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kadın hastalar belirtildiği gibi daha fazla ilaç grubu, sürekli kullanılan raporsuz ilaç, kısa süreli ilaç ve takviyelere sahipken sadece sürekli kullanılan raporlu ilaçlar erkeklerde yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni olarak erkeklerin kadınlara göre daha az kendi ilaçları hakkında karar verip insiyatif almaları, daha az sürekli kullanılan raporsuz ilaca sahip olmalarına bağlı göreceli olarak raporlu ilaç sayısında yükseklik saptanmış olabilir.

Beklendiği şekilde yaş ile beraber kronik hastalık sayısı arttığı gibi yaş ile beraber sürekli kullanılan raporlu ilaç sayısında da artış gözlenmiştir.

Emekli hasta grubu daha fazla sürekli kullanılan raporlu ilaca sahip olarak saptanmış olup bunun nedeni emekli hasta grubunun aynı zamanda yaş ortlamasının yüksek olması neden olarak gösterilebilir.

Sigara kullanmayı bırakmış olan hastalar sigara içmeyen hasta grubuna göre daha fazla raporlu ilaca sahip saptandı. Bunun nedeni sigara kullanmayı bırakmış olan hasta grubunun kendileri için gereken tedaviye ulaşma yatkınlıklarının yüksek olabileceği gibi sigara içiminin getirdiği kümülatif etkinin sonucu da olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kadınlar erkeklere göre daha fazla kısa süreli ilaca sahip olarak saptanmıştır. Bunun nedeni olarak kadınların sağlıkları ile daha çok ilğilenmesi ve sağlık hizmetlerine erkeklerden daha sık ve daha erken başvurmaları neden olarak gösterilebilir.

Çalışmayan hasta grubu çalışan hasta grubuna göre istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla kısa süreli ilaç kullanımına sahip olarak saptanmıştır. Bunun çalışmayan hasta grubunun diğer hasta gruplarına göre sağlık hizmetlerine daha sık başvurması sonucunda daha fazla kısa süreli ilaç kullanımı olduğu hipotezi öne sürelebileceği gibi nedenin belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2200 TL altında gelire sahip hastalar 2200 TL ve üstü gelire sahip hastalara göre istatistikçe anlamlı şekilde daha fazla kısa süreli ilaç kullandığı saptanmıştır bunun nedeni üzerinde hipotez yaparken çalışmayan hasta grubu ve 2200 TL altında gelire sahip olan hasta popülasyonu arasındaki ilişkide göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmayan hasta grubu aynı zamanda 2200 TL altı grubla ortak hastalara sahip olabilir.

Sigara içmeyen hasta grubu bırakmış hasta grubuna göre istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla kısa süreli ilaç kullanımına sahip olarak saptanmıştır. Buna neden olabilecek hipotezlerden biri sigarayı bırakmış hastalarda daha fazla raporlu ilaç kullanımı olduğu için kısa süreli ilaca daha az başvuru yapılması olabilir.

Türkiye'de 60 yaş üstü 388 hastada yapılan bir çalışmada doktor önerisi olmadan kullanılan ilaç prevalansı medeni durum dışında, yaş, eğitim, gelir düzeyi, çocuk sayısı, ikamet bölgesi ve sosyal sigorta varlığı arasında anlamlı bir fark saptanmadı. (46)

Yapılan bir başka çalışmada reçetesiz ilaç kullanımı yaşlı popülasyonda genel yetişkin popülasyona göre 7 kat daha yüksek bulunmuştur.(47)

Bizim çalışmamızda ise meslek grupları arasında doktor önerisi olmadan ilaç kullanım sayısı arasında fark saptanmış olup çalışan hasta grubu ortalama daha fazla ilaca sahip saptanmıştır. Bunun nedeni açıklamak için yapılacak hipotezlerden biri iş nedeniyle doktora başvuruda zorluk olabileceği gibi diğer nedenlerin daha ayrıntılı çalışmalarla araştırılması gerekmektedir.

Hastların günlük ilaç alım seferi ile gruplar arasında herhangi istatistikçe anlamlı fark saptanmadı. Bunun nedeni ilaç alım seferlerinin önceden tanımlandığı için hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilaç alım seferlerinde farklılık olmaması normal kabul edilebilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak polifarmasisi olan hastaların bilgi ve tutumları incelenmiş olup kadın hastlaların erkek hastalara göre kullanılan ilaç grubu, bitkisel ürünler, vitamin mineral takviyesi, sürekli kullanılan raporsuz ilaç, kısa süreli kullanılan ilaç kullanımı, doktora başvurmadan doz değişikliği daha fazla saptanmıştır. Erkek hastalarda ise sürekli kullanılan raporlu ilaç daha fazla saptanmıştır.

Daha genç hasta grubunda doktora başvurmadan ilaç dozu değişikliği, geleneksel ve tamamlayıcı tıba başvuru daha fazla saptanmıştır. Aynı zamanda ilaçlarını neden nasıl kullandıkları hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Yaş ile beraber ise kronik hastalık sayısı, ilaç grubu ve raporlu ilaç sayısında artış saptanmıştır

Hastalar ilaçlarını neden nasıl kullandıkları hakkında bilgilerinin sorulması sonucunda eğitim düzeyi artıkça ilaçları hakkında ki bilgi düzeyinde artış saptanmıştır. Lise altı eğitim düzeyindeki hastaların daha fazla ilaç grubu kullanmakta olduğu saptanmıştır.

Çalışan hasta grubu diğer gruplara göre daha az ilaç grubuna, sürekli kullanılan raporsuz ilaç sayısına, kısa süreli kullanılan ilaç sayısına ve daha fazla doktor önerisi olmadan ilaç kullanımına sahip iken; emekli hastalar ise daha fazla sürekli raporlu ilaç sayısına sahip olduğu saptanmıştır.

Düşük gelir durumuna sahip olan hasta grubu daha fazla bitkisel ilaç ve kısa süreli ilaç kullanımına sahip olduğu saptanmıştır.

Bekar ve dul hasta grubunun evli hasta grubuna göre daha fazla vitamin mineral sayısına sahip olduğu saptanmıştır.

Sigara içmeyen hastalar daha fazla sürekli kullanılan raporsuz ilaç ve kısa süreli ilaç kullanımına sahipken, sigarayı bırakmış hasta grubunun daha fazla raporlu ilaç grubuna sahip olduğu saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Department of Health. Medicines and Older People. 2001;1–37. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH_4008020
2. DOĞRUL RT, KIZILARSLANOĞLU MC, YAVUZ BB, CANKURTARAN M. Polifarmasi ve Yaşlıda Akılcı İlaç Kullanımı Kavramı. Turkiye Klin Geriatr - Spec Top [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 23];2(2):1–6. Available from: https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-polifarmasi-ve-yaslida-akilci-ilac-kullanimi-kavrami-76438.html
3. Yeşİl Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME, Fakültesi HT, Hastalıları İ, Dalı A, et al. Giriş ve Tanım. Klin Gelişim. 2007;
4. The development of polypharmacy. A longitudinal study LJG Veehof, RE Stewart, FM Haaijer-Ruskamp and B Meyboom-de Jong. 2000.
5. Fillit HM, Futterman R, Orland BI, Chim T, Susnow L, Picariello GP, et al. Polypharmacy management in Medicare managed care: changes in prescribing by primary care physicians resulting from a program promoting medication reviews. Am J Manag Care. 1999 May;5(5):587–94.
6. Golchin N, Frank SH, Vince A, Isham L, Meropol SB. Polypharmacy in the elderly. J Res Pharm Pract [Internet]. 2015;4(2):85—88. Available from: https://europepmc.org/articles/PMC4418141
7. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions.
8. Dagli RJ, Sharma A. Polypharmacy: a global risk factor for elderly people. J Int oral Heal JIOH [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 9];6(6):i–ii. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25628499
9. Fitzgerald SP, Bean NG. An analysis of the interactions between individual comorbidities and their treatments-implications for guidelines and polypharmacy. J Am Med Dir Assoc. 2010 Sep 1;11(7):475–84.
10. Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019 Apr 1;67(4):674–94.
11. Evans JG. Education and debate Geriatric medicine: a brief history.
12. Kalisch Ellett LM, Pratt NL, Barratt JD, Rowett D, Roughead EE. Risk of Medication-Associated Initiation of Oxybutynin in Elderly Men and Women. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2014 Apr 1 [cited 2021 Feb 9];62(4):690–5. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.12741
13. Türk Geriatri Derneği, Ankara Tabip Odası, Pratisyen Hekimlik Derneği. Birinci basamak için temel geriatri. 2012. 1–79 p.
14. Mortazavi SS, Shati M, Malakouti SK, Khankeh HR, Mehravaran S, Ahmadi F. Physicians' role in the development of inappropriate polypharmacy among older adults in Iran: A qualitative study. BMJ Open [Internet]. 2019 May 1 [cited 2021 Feb 9];9(5). Available from: /pmc/articles/PMC6538096/
15. Corsonello A, Pedone C, Corica F, Antonelli Incalzi R. Polypharmacy in elderly patients at discharge from the acute care hospital. Vol. 3, Therapeutics and Clinical Risk Management. 2007.
16. Sloane PD, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Roth M, Watson L, Boustani M, et al. Medication undertreatment in assisted living settings. Arch Intern Med. 2004 Oct;164(18):2031–7.
17. Skrepnek GH, Abarca J, Malone DC, Armstrong EP, Shirazi FM, Woosley RL. Incremental effects of concurrent pharmacotherapeutic regimens for heart failure on hospitalizations and costs. Ann Pharmacother. 2005 Nov;39(11):1785–91.
18. Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. N Engl J Med. 1998 May;338(21):1516–20.

19. Klarin I, Fastbom J, Wimo A. A population-based study of drug use in the very old living in a rural district of Sweden, with focus on cardiovascular drug consumption: comparison with an urban cohort. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2003 Dec;12(8):669–78.

20. Winterstein AG, Sauer BC, Hepler CD, Poole C. Preventable drug-related hospital admissions. Ann Pharmacother. 2002;36(7–8):1238–48.

21. Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci. 2002 Apr;24(2):46–54.

22. Gökçe Kutsal Y. Yaşlilarda çoklu ilaç kullanimi. Turk Geriatr Derg. 2006;9(SUPPL.):37–44.

23. Turkmenoglu FP, Kutsal YG, Dolgun AB, Diker Y, Baydar T. Evaluation of herbal product use and possible herb-drug interactions in Turkish elderly. Complement Ther Clin Pract. 2016 May 1;23:46–51.

24. Rashrash M, Schommer JC, Brown LM. Prevalence and Predictors of Herbal Medicine Use Among Adults in the United States. J Patient Exp [Internet]. 2017 Sep 5 [cited 2021 Feb 16];4(3):108–13. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373517706612

25. Tulunay M, Aypak C, Yikilkan H, Gorpelioglu S. Herbal medicine use among Turkish patients with chronic diseases. J Intercult Ethnopharmacol [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 9];4(3):217. Available from: /pmc/articles/PMC4579486/

26. Akdeniz M, Baltaci D, Işildar H, Kara İH, Yaman H, Üniversitesi A, et al. ARAŞTIRMA Geleneksel Halk Tedavilerinin Birincil Sağlık Bakımı Üzerine Etkisi: Ön Çalışma [Internet]. Vol. 4, Konuralp Tıp Dergisi. 2012 [cited 2021 Feb 9]. Available from: www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

27. Sathvik BS, Parthasarathi G. Medication Adherence in Hemodialysis Patients-a Review Factors Predicting Medication. 2008;1(126):1–86.

28. Colley CA, Lucas LM. Polypharmacy: the cure becomes the disease. J Gen Intern Med. 1993 May;8(5):278–83.

29. Ayalew MB. Patient Preference and Adherence Dovepress Self-medication practice in ethiopia: a systematic review. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2017;11–401. Available from: http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S131496

30. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2001 Jun 1 [cited 2021 Mar 13];51(6):615–22. Available from: http://doi.wiley.com/10.1046/j.0306-5251.2001.01401.x

31. Okuyan B, Sancar M, Izzettin FV. Assessment of medication knowledge and adherence among patients under oral chronic medication treatment in community pharmacy settings. Pharmacoepidemiol Drug Saf [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2021 Mar 13];22(2):209–14. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/pds.3275

32. Bulut H, Tanrikulu G, Dal Ü, Kapucu S. How Much Do ED Patients Know About Medication Prescribed for Them on Discharge? A Pilot Study in Turkey. J Emerg Nurs. 2013 May 1;39(3):e27–32.

33. Neupert SD, Patterson TR, Davis AA, Allaire JC. Age differences in daily predictors of forgetting to take medication: The importance of context and cognition. Exp Aging Res [Internet]. 2011 Jul [cited 2021 Mar 14];37(4):435–48. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0361073X.2011.590757

34. Venturini CD, Engroff P, Ely LS, de Araújo Zago LF, Schroeter G, Gomes I, et al. Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. Clinics. 2011;66(11):1867–72.

35. Do Amaral Zaitune MP, De Azevedo Barros MB, Galvão César CL, Carandina L, Goldbaum M. Arterial hypertension in the elderly: Prevalence, associated factors, and control practices in Campinas, São Paulo, Brazil. Cad Saude Publica. 2006;22(2):285–94.

36. Suominen-Taipale AL, Martelin T, Koskinen S, Holmen J, Johnsen R. Gender differences in health care use among the elderly population in areas of Norway and Finland. A cross-sectional analysis based on the HUNT study and the FINRISK Senior Survey. BMC Health Serv Res [Internet]. 2006 Sep 4 [cited 2021 Mar 14];6(1):110. Available from: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-110

37. van Wijk CMTG, Kolk AM, van Den Bosch WJHM, Van Den Hoogen HJM. Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. Soc Sci Med [Internet]. 1992 [cited 2021 Mar 14];35(5):665–78. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1439917/

38. Bruno JJ, Ellis JJ. Herbal use among US elderly: 2002 National Health Interview Survey [Internet]. Vol. 39, Annals of Pharmacotherapy. Ann Pharmacother; 2005 [cited 2021 Mar 13]. p. 643–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15741417/

39. Loya AM, González-Stuart A, Rivera JO. Prevalence of polypharmacy, polyherbacy, nutritional supplement use and potential product interactions among older adults living on the United States-Mexico border: A descriptive, questionnaire-based study. Drugs and Aging [Internet]. 2009 Aug 31 [cited 2021 Mar 13];26(5):423–36. Available from: https://link.springer.com/article/10.2165/00002512-200926050-00006

40. Jylhä M. Ten-year change in the use of medical drugs among the elderly-a longitudinal study and cohort comparison. J Clin Epidemiol. 1994 Jan 1;47(1):69–79.

41. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. J Clin Epidemiol. 2002 Aug 1;55(8):809–17.

42. Silwer L, Lundborg CS. Patterns of drug use during a 15 year period: data from a Swedish county, 1988-2002. Pharmacoepidemiol Drug Saf [Internet]. 2005 Nov 1 [cited 2021 Mar 19];14(11):813–20. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/pds.1124

43. Stewart RB, Cluff LE. A review of medication errors and compliance in ambulant patients. Clin Pharmacol Ther [Internet]. 1972 Jul 1;13(4):463–8. Available from: https://doi.org/10.1002/cpt1972134463

44. Gorard DA. Escalating polypharmacy. Qjm. 2006;99(11):797–800.

45. Colt HG, Shapiro AP. Drug-Induced Illness as a Cause for Admission to a Community Hospital. J Am Geriatr Soc [Internet]. 1989 Apr 1 [cited 2021 Mar 18];37(4):323–6. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1989.tb05498.x

46. Varlı M, Bahşi R, Doğan Ş, Uysal H, Subaşı Ş, Toper M, et al. Nonprescription Product Use Among Geriatric Outpatients. Ankara Med J [Internet]. 2017 Dec 26 [cited 2021 Mar 13];17(4):2017. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/amj/364163

47. Cadieux RJ. Drug interactions in the elderly. How multiple drug use increases risk exponentially. Postgrad Med. 1989;86(8):179–86.

EK-1: ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET

18-64 YAŞ ARASI POLİFARMASİSİ OLAN BİREYLERİN BİLGİ VE TUTUMU

KİŞİSEL BİLGİLER					
1	**Cinsiyet**	Erkek ( )	Kadın ( )		
2	**Yaş**	( )			
3	**Öğrenim Durumu**	Lise Altı ( )	Lise Üstü ( )	Okur yazar değil ( )	
4	**Meslek**	Beyaz Yakalı ( )	Mavi Yakalı ( )	Çalışmıyor ( )	Emekli ( )
5	**Gelir**	<2200 TL ( )	2200-4000 TL ( )	>4000 TL ( )	
6	**Medeni Durum**	Evli ( )	Bekar ( )	Boşanmış ( )	Eşi ölmüş ( )
7	**Sigara İçme Durumu**	İçiyor ( )	İçmiyor ( )	Bırakmış ( )	

1-İlaçlarınızı neden,nasıl kullandığınız hakkında ki bilgi düzeyiniz

Çok İyi Biliyorum ( )

İyi Derecede Biliyorum ( )

Yeterli Bilgim Var ( )

Çok Az Bilgiliyim ( )

Yeterli Bilgim Yok ( )

Hiç Bilgim Yok ( )

2-Kronik hastalıklar

Hipertansiyon ( )

Hiperlipidemi ( )

Diyabet ( )

Mide-barsak ( )

Osteoporoz ( )

Kalp hastalık ( )

Tiroid ( )

Depresyon ( )

Demans ( )

Anemi ( )

3-Kullanılan İlaçlar

Kardiyovasküler sistem ilaçları ( )

Solunum sistemi ilaçları ( )

Endokrin sistem ilaçları ( )

Gastrointestinal sistem ilaçları ( )

Analjezik ve NSAİ ( )

Psikiyatrik İlaçlar ( )

Santral sistemi ilaçları ( )

Hematopoetik sistem ilaçları ( )

Vitamin ve nutrisyonel preparatlar ( )

Antibiyotikler ( )

Oftalmik preparatlar ( )

Genitoüriner sistem ilaçları ( )

Dermatolojik preparatlar ( )

Otik preparatlar ( )

4-Kullanılan Bitkisel Ürünler

Ihlamur ( )

Adaçayı ( )

Nane-limon ( )

Yeşil çay ( )

Rezene ( )

Maydanoz ( )

Kuşburnu ( )

Zeytin yaprağı çayı ( )

Papatya ( )

Sarımsak ( )

Ceviz ( )

Tarçın ( )

Keten tohumu ( )

Isırgan ( )

Sinameki ( )

Melisa ( )

5-Vitamin-Mineral Takviyesi

Kalsiyum ( )

D vitamini ( )

Multivitamin ( )

B12 ( )

Balık yağı ( )

Magnezyum ( )

6-Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

Akupunktur ( )

Apiterapi ( )

Fitoterapi ( )

Hipnoz ( )

Sülük uygulaması ( )

Homeopati ( )

Kayropraktik ( )

Kuru Kupa ( )

Yaş Kupa ( )

Larva uygulaması ( )

Mezoterapi ( )

Proloterapi ( )

Osteopati ( )

Ozon uygulaması ( )

Refleksoloji ( )

Müzik Terapi ( )

7-Sürekli Kullandığınız Raporsuz İlaç Sayısı 0 1 2 3 4 5 ve üzeri

8-Sürekli Kullandığınız Raporlu İlaç Sayısı 0 1 2 3 4 5 ve üzeri

9-Kısa Süreli Kullandığınız İlaç sayısı 0 1 2 3 4 5 ve üzeri

10-Doktor Önerisi Olmadan Kullandığınız İlaç Sayısı 0 1 2 3 4 5 ve üzeri

11-Günde Kaç Defa Kullanıyorsunuz? Günde 1 Günde 2 Günde 3

SORU NO	İlaç Almadan Önce Profesyonel Yardım İçin Başvuru	Her Zaman	Çogunlukla	Yarı Yarıya	Bazen	Hiç bir zaman
1	İlaç kullanmadan önce doktora başvururum	( )	( )	( )	( )	( )
2	Daha önce iyi gelmiş bir ilacı kullanırım	( )	( )	( )	( )	( )
3	Doktor olmayan yakınlarımın tavsiyelerine uyarım	( )	( )	( )	( )	( )
4	İnternet-gazate-tv de önerilen ilaçları kullanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Eczacının önerdiği İlacı kullanırım	( )	( )	( )	( )	( )
İlaç Dozunu Arttırmadan veya Azaltmadan Önce Profesyonel Yardım İçin Başvuru						
6	İlaç dozumu arttırmadan önce doktora başvururum	( )	( )	( )	( )	( )
7	İlaç dozumu azaltmadan önce doktora başvururum	( )	( )	( )	( )	( )
8	İlaçımı kesmeden önce doktora başvururum	( )	( )	( )	( )	( )
İlaç Bıraktırılması,Ara Verilmesi						
9	Kendimi iyi hissettiğim zaman ilacımı doktora başvurmadan ara veririm	( )	( )	( )	( )	( )
10	Kendimi iyi hissettiğim zaman ilacımı doktorum devam etmelisin demesine rağmen ara veririm	( )	( )	( )	( )	( )
11	İlacımı doktorum kullanmana gerek yok demesine rağmen devam ederim	( )	( )	( )	( )	( )
12	İlaçlarımı zamanında kullanıyorum-Unutmuyorum	( )	( )	( )	( )	( )