



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ
BİLGİ VE DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIKOKURYAZARLIĞI
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

Özlem ÖZTAŞ

**Haziran 2018
DENİZLİ**

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE
DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIKOKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANSTEZİ**

Özlem ÖZTAŞ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN

Denizli, 2018

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Özlem ÖZTAŞ tarafından Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN yönetiminde hazırlanan “Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Asiye KARTAL



Pamukkale Üniversitesi


Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN
Pamukkale Üniversitesi



Üye:

Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ
Dokuz Eylül Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 27.06.2018 tarih ve 2018/1165 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Özlem ÖZTAŞ

imza



ÖZET

YAŞLI BİREYLERİN İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Özlem ÖZTAŞ

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN

Haziran 2018, 115 Sayfa

Bu araştırma, yaşlı bireylerin ilaç kullanımını konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Denizli il merkezinde bulunan Şifabul Aile Sağlığı Merkezi ve Albayrak Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran, örneklem kriterlerini taşıyan yaşlılar arasından olasılıksız yöntemle seçilen 280 kişi oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan sosyo-demografik ve sağlık durumuna ilişkin soruları içeren anket formu, ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını belirleme formu ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) kullanılarak toplanmıştır. Bireylerin bilişsel durumu Standardize Mini Mental Test (SMMT) ile değerlendirilmiştir. Araştırma için etik onayı, kurum izinleri ve katılımcıların onamı alınmıştır.

Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmış, SPSS paket programıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, Ki- kare analizi, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Mann- Whitney U Testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; yaşlı bireylerin %5'inin doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullandığı, %16,1'inin reçete edilen ilaçlarını kullanmadığı, %24,6'sının kullandığı ilaçlarla ilgili yan etki yaşadığı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %46,4'ü ilaçlarını almayı unuttuğunu, %43,2'si ilaçlarını zamanında almadığını, %3,6'sı doktorun önerdiği dozda almadığını, %20'si kendisini iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacını bıraktığını, %23,2'si ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacını bıraktığını ifade etmiştir. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığının orta düzeyde ($11,75 \pm 3,97$) olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin; ilaçların kullanım amacını, yan etkilerini bilme, prospektüs okuma sıklığını, ilaçlarını almayı unutma durumunu ve iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakma durumunu da etkilediği görülmüştür ($p < 0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda, yaşlı bireylerin özellikle ilaçlarını zamanında alma ve doktor önerisi dışında ilacını bırakma konusunda dikkatle değerlendirilmesi, ilaç kullanımını konusunda bilgi ve davranışları değiştirmek için yapılacak eğitimlerde sağlık okuryazarlık düzeyinin dikkate alınması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: yaşlı birey, ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı.

ABSTRACT**DETERMINATION OF KNOWLEDGE AND BEHAVIORS OF OLDER ADULTS REGARDING MEDICATION USE AND LEVEL OF HEALTH LITERACY**

Ozlem OZTAS

Master Thesis, Department of Public Health Nursing
Thesis Supervisor: Assist. Prof. Gülbahar KORKMAZ ASLAN

June 2018, 115 Pages

This cross sectional, descriptive study aimed to determination of knowledge and behaviors of older adults regarding medication use and level of health literacy. The sample of the study was composed of 280 individuals who admitted to Sifabul Family Health Center and Albayrak Family Health Center in Denizli city center for any reason and who were selected among the older adults who were eligible for sample criteria by chance. Data were collected by a questionnaire form including questions regarding sociodemographics and health status, an identification form for knowledge and behaviors regarding medication use and Adult Health Literacy Scale (AHLS). Cognitive state of the individuals was evaluated by Standardized Mini Mental Test (SMMT). Ethics approval, institutional permits and consents of the participants were taken for the implementation of the study.

Data were collected by the researcher through face to face interviewing technique and analyzed by SPSS package program. Numbers, percentages, means, Chi-Square analysis, Student's t-test, One-way analysis of variance (ANOVA) and Mann-Whitney U test were used to assess data.

At the end of the study, it was determined that 5% of the older adults used medications by someone else's suggestions out of doctor's prescription, 16.1% did not use their prescribed medications and 24.6% experienced side effects regarding the medications they used. It was stated by 46.4% of the elderly that they forgot taking their medications, by 43.2% that they did not take their medications on time, by 3.6% that they did not take the dose recommended by the doctor, by 20% that they gave up medications without asking doctor when they felt well and by 23.2% that they gave up medications without asking doctor when they felt bad due to the medication. It was determined that health literacy was at a moderate level ($11,75\pm 3,97$) among older adults. It was also found that health literacy level affected the purpose of using medications, knowing their side effects, frequency of reading prospectus, state of forgetting taking medications and the state of giving up medication without asking doctor when feeling well ($p<0,05$).

Based on these results, it was suggested to evaluate older adults especially about taking their medications on time and giving up their medications out of doctor's suggestion; and to consider health literacy level at future trainings in order to change their knowledge and behaviors regarding medication use.

Key Words: older adults, medication use, health literacy.

TEŞEKKÜR

Tezin planlanmasında, düzenlenmesinde, sonuçlarının yorumlanmasında ve eğitimim boyunca desteklerini, özverilerini ve bilgilerini esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN'a.

Tez çalışmam sürecinde desteklerini esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Asiye KARTAL'a

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmelerinde yardımcı olan Biyoistatistik Anabilim Dalından Arş. Gör. Hande SENOL'a,

Araştırmanın uygulamasına olanak sağlayan Denizli İl Sağlık Müdürlüğü yöneticilerine, çalışmanın uygulaması aşamasında her türlü desteklerini esirgemeyen Şifa bul Aile Sağlığı Merkezi ve Albayrak Aile Sağlığı Merkezi Aile hekimlerine ve sağlık personeline, çalışmama katılan tüm yaşlı bireylere,

Araştırmanın yürütülmesi sırasında destek ve yardımlarını gördüğüm Pamukkale Üniversitesi Nöroloji servisinde çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Ve beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan canım aileme ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Özlem ÖZTAŞ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç.....	4
2. KURUMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	5
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Türleri.....	5
2.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	6
2.2.1. Dünyada yaşlılık epidemiyolojisi.....	6
2.2.2. Türkiye’de yaşlılık epidemiyolojisi.....	7
2.3. Yaşlılık Dönemi Fizyolojik Değişiklikler.....	8
2.3.1. Duyusal fonksiyonlar.....	8
2.3.2. Kardiyovasküler sistem fizyolojik değişiklikleri.....	9
2.3.3. Solunum sistemi fizyolojik değişiklikleri.....	9
2.3.4. Kas ve iskelet sistemi fizyolojik değişiklikleri.....	9
2.3.5. Sinir sistemi fizyolojik değişiklikler.....	10
2.3.6. Gastrointestinal sistem fizyolojik değişiklikleri.....	10
2.3.7. Genito-üriner sistem fizyolojik değişiklikleri.....	10
2.3.8. Metabolik ve endokrin sistemi fizyolojik değişiklikleri.....	11
2.3.9. Bağışıklık sistemi fizyolojik değişiklikleri.....	11
2.4. Yaşlılık Dönemi Psiko-Sosyal Değişiklikler.....	12
2.5. Yaşlılıkta Görülen Kronik Hastalıklar.....	13

2.6. Yaşlılarda İlaç Kullanımı.....	17
2.7. Yaşlılarda İlaç Etkisini Değiştiren Faktörler.....	18
2.7.1. Farmakokinetik faktörler (Vücudun ilaçlara Etkileri).....	18
2.7.2. Farmakodinamik faktörler (İlaçların Vücuda Etkileri).....	19
2.7.3. Farmasötik etkileşmeler.....	20
2.8. Yaşlılarda İlaç Kullanımında Karşılaşılan Sorunlar.....	20
2.8.1. Çoklu ilaç kullanımı (Polifarmasi).....	20
2.8.1.1. Çoklu ilaç kullanımının sonuçları.....	22
2.8.1.2. Yaşlılıkta akılcı ilaç kullanımı ve çoklu ilaç kullanımını azaltma ile ilgili temel ilkeler.....	25
2.8.2. Yanlış ilaç kullanımı.....	26
2.8.3. Reçetesiz ilaç kullanımı.....	26
2.9. Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı.....	27
2.9.1. Sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli.....	30
2.9.2. Sağlık okuryazarlığının önemi.....	31
2.9.3. Sağlık okuryazarlığının düzeyleri.....	32
2.9.3.1. İşlevsel (Fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı.....	33
2.9.3.2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı.....	33
2.9.3.3. Kritik (Eleştirel) sağlık okuryazarlığı.....	33
2.9.4. Sağlık Okuryazarlığının Ölçüm Araçları.....	34
2.9.4.1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM).....	34
2.9.4.2. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLLA).....	35
2.9.4.3. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi	35
2.9.4.4. En yeni yaşamsal işaret (NVS).....	36
2.9.4.5. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q/ SOYA-AB).....	36
2.9.4.6. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ).....	36
2.9.5. Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler.....	37
2.9.6. Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilaç kullanımı.....	39
2.9.7. Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde hemşirenin rolü....	43
2.10. Hipotezler.....	45
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	46
3.1. Araştırmanın Şekli.....	46
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	46
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	47
3.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	48

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	49
3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	49
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	49
3.8. Verilerin Toplanması.....	50
3.8.1. Veri Toplama Araçları.....	50
3.8.1.1. Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık durumu bilgi formu.....	50
3.8.1.2. Yaşlıların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını belirleme formu..	50
3.8.1.3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ).....	51
3.8.1.4. Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	51
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	52
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	52
4. BULGULAR.....	53
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. İlaç Kullanım Konusundaki Bilgi ve Davranış Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	78
5.2. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlaç Kullanım Konusundaki Bilgi ve Davranış Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	84
5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	89
5.4. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Ve Sağlık Durumu Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	90
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	94
6.1. Sonuçlar.....	94
6.2. Öneriler.....	96
7. KAYNAKLAR.....	97
8. ÖZGEÇMİŞ.....	115
9. EKLER	
Ek-1. Denizli Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	
Ek-2. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul Onayı	
Ek-3. Tez İsim Değişikliği İle İlgili Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul Onayı	

Ek-4. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) Kullanma İzni

Ek-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

Ek-6. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlık Durumunu Tanılama Formu

Ek-7. Yaşlıların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Ve Davranışlarını Belirleme Formu

Ek-8. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği (YSOÖ)

Ek-9. Standardize Mini Mental Test

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1 Türkiyede 2000-2013 yılları arasında toplam hastalık yükünü oluşturan hastalık gruplarının değişim oranları.....	16
Şekil 2.2 Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli.....	30

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1 Ölüm nedenlerinin dağılımı, 2015,2016.....	15
Tablo 3.1 Örnekleme alınan yaşlı bireylerin aile hekimleri bölgelerine göre dağılımı.....	48
Tablo 4.1 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	54
Tablo 4.2 Yaşlı bireylerin sağlık durumu özelliklerinin dağılımı.....	55
Tablo 4.3 Yaşlı bireylerin kullandığı ilaç sayısı ve türlerinin dağılımı.....	56
Tablo 4.4 Yaşlı bireylerin reçeteli/reçetesiz ilaç kullanma durumlarının ve reçete edilen ilaçlarla ilgili yaşadıkları yan etkilerin dağılımı.....	57
Tablo 4.5 Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumlarının dağılımı.....	57
Tablo 4.6 Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranış durumlarının dağılımı.....	58
Tablo 4.7 Yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin destek kaynaklarının dağılımı.....	59
Tablo 4.8 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durumu özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanımının karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.9 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre reçete edilen ilaçları kullanma durumunun karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.10 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre yan etki gelişme durumunun karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.11 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçların kullanım amacını bilme durumunun karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.12 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme durumunun karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.13 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaç prospektüs okuma durumunun karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.14 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçları almayı unutma durumunun karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.15 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davranma durumunun karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.16 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçları doktorun önerdiği dozda alma durumunun karşılaştırılması.....	68

Tablo 4.17 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma durumun karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.18 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma durumun karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.19 Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin bulgular.....	71
Tablo 4.20 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.21 Yaşlı bireylerin reçeteli/reçetesiz ilaç kullanma durumu ve yan etki gelişme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.22 Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.23 Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranış durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	76

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMA.....	American Medical Association: Amerikan Tıp Derneği
AH.....	Aile Hekimliği
AO.....	Aritmetik Ortalama
ASM.....	Aile Sağlığı Merkezi
BMH.....	Bazal Metabolizma Hızı
DALY.....	The <i>Disability-Adjusted Life-Year</i> : Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
DPT.....	Devlet Planlama Teşkilatı
GFH.....	Glomeruler Filtrasyon Hızı
Max.....	Maksimum
Min.....	Minimum
PTH.....	Paratiroid Hormon
SMMT.....	Standardize Mini Mental Test
SOY.....	Sağlık Okuryazarlığı
SPSS.....	Statistical Package for Social Science
SS.....	Standart Sapma
STOPP.....	Screening Tool of Older Person Prescription
TÜİK.....	Türkiye İstatistik Kurumu
UN.....	United Nations
UNICEF.....	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO.....	World Health Organization
YE.....	Yan Etki
YSOÖ.....	Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

1.GİRİŞ

Değişen demografik yapı, çocuk ölümlerinin azalması, tıp alanında gerçekleşen teknolojik ve bilimsel gelişmeler gibi faktörlerin etkisiyle yaşam kalitesinin artmasına, ölüm oranlarının düşmesine ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranın artmasına neden olmuştur (UN 2013). Birleşmiş Milletlerin (2017) verilerine göre, 60 yaş grubu ve üzerindeki nüfusun tüm dünya nüfusu içindeki oranı 1950 yılında %8 iken bu oran 2017 yılında %13'e yükselmiştir. Yine Birleşmiş Milletler tarafından yapılan tahminlere göre 2050 yılında dünyadaki yaşlı nüfusun dünya nüfusuna oranının %21 olacağı tahmin edilmektedir (UN 2015). Yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ve gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye'de, nüfusun %8,3'nü 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (WEB_4).

Yaşlılık, tüm insanlar için geçerli olan ve yaşamın diğer evreleri gibi doğal ve kaçınılmaz bir durumdur. Bu dönem bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu geçirilebilir (DPT 2007).

Bir hastalık olarak kabul edilmemesine rağmen yaşlılık, 65 yaş ve üstündeki bireylerin organizma verimliliğinde düşüş ve çevreye uyum sağlama yeteneğinde göreceli bir azalma sürecidir. İlerleyen yaşla birlikte hastalıkların görülme sıklığında artış meydana gelmektedir (Göksel 2010). Göksel (2010)'in yaptığı çalışmada 65 yaş üstündeki bireylerin %90'ında 1, %35'inde 2, %23'ünde 3, %15'inde ise 4 veya daha fazla kronik hastalığın bir arada olduğu bilinmektedir. Turhan vd (2014)'nin yaptığı araştırmada, yaşlıların %94,9'unda en az bir ve ortalama $2,6 \pm 1,4$ kronik hastalık bulunmaktadır. Buna bağlı olarak yaşlıların %94,2'si sürekli olarak ilaç kullanmaktadır. İlaç kullanan yaşlıların ise %13,4'u sadece bir, %16,4'si iki, %22,3'si üç ve %48'i dört ve üzerinde ilaç kullanmaktadır. Polifarmasi açısından çalışma değerlendirildiğinde yaşlıların %27'sinin beş ve üzerinde ilaç kullandığı saptanmıştır (Turhan vd 2014). Huzur evindeki yaşlılar üzerinde yapılan bir araştırmada ilaç kullanım oranının %94 olduğu ve en çok kullanılan ilaçların, kardiyovasküler sistem ilaçları ve analjezikler olduğu saptanmıştır (Bıyık vd 2002). 2006 yılında yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada kronik hastalık ile ilaç kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğu ve

huzurevinde kalan yaşlı bireylerin daha fazla ilaç kullandığı belirlenmiştir (Dişçigil vd 2006). Birden fazla kronik hastalığın eşlik etmesi uygun olmayan reçeteleme ile birlikte çoklu ilaç kullanımına neden olmaktadır. Çoklu ilaç kullanımının yaygınlığı ise advers ilaç reaksiyonların artmasına yol açmaktadır (Nobilivd 2011).

Farmakolojik yaklaşımlar yaşlılardaki kronik hastalıkların kontrol altına alınmasında oldukça önemlidir (Balkrishnan 1998). İlaç tedavisi, yaşlı bir yetişkinin genel sağlık durumunda önemli bir faktördür. Zayıf ilaç uyumu, morbidite, mortalite ve sağlık giderlerinin artışıyla ilişkilidir (Gazmararian vd 2006, Keller vd 2008).

Yapılan araştırmalar, ilaç bilgisi ve ilaç uyumu arasında bir ilişki bulunduğunu belirlemiştir (Osterberg 2005, Barat vd 2001, Modig vd 2009). Bu çalışmalar, hastaların sıklıkla ilaç talimatlarını anlamadıklarını ortaya koymuştur. İlaç tedavisini anlamayanların uyum sorunları olması daha muhtemeldir (Hanchak 1996). Yaşlı grupta ilaç kullanım ile ilgili bilgi ve davranışları belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sönmez ve arkadaşları tarafından bir ilin toplum sağlığı bölgesinde evde yaşayan yaşlılar üzerinde yapılan çalışmada yaşlıların %40,6'sında ilaç uyumsuzluğu saptamıştır (Sönmez vd 2014). Solmaz ve Akın (2009)'ın yaptığı çalışmada yaşlıların %19,2'sinin doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullandığı, %54,4'ünün ise reçete edilen ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir. Arslan ve Eşer'in çalışmasında ise yaşlıların %63,2'sinin ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmediği ve %80,8'inin prospektüs okumadığı belirlenmiştir (Arslan ve Eşer 2005).

Literatürde yaşlıların ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve davranışlarını etkileyen çeşitli faktörler bildirilmektedir. Bu faktörler arasında yaş, ırk, cinsiyet, sosyal konum ve yaşam koşulları gibi sosyal değişkenler; psikolojik stres, sahip olunan kronik hastalıklar ve komorbidite sayısı gibi tıbbi değişkenler; ilacın tıbbi özellikleri ve sayısı gibi tedavi ile ilgili özellikler bulunmaktadır. Ayrıca ilacın neden olduğu maddi yük ve hastanın ilacı karşılayabilme durumu gibi ekonomik nedenler; hastanın primer hekiminin ve hemşiresinin olmaması, doktorların ve hemşirelerin hastaları yeterince ziyaret etmemesi, hasta ile iletişimin özellikleri gibi hekim/hemşire-hasta etkileşimine ait değişkenler ile hastaların sağlık inançları da ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve davranışları etkilemektedir (Sayın Kasar ve Karadakovan 2017, Dawood vd 2017, Cooney ve Pascuzzi 2009). Bu faktörlerin yanında yaşlılıkta ilaç kullanımında bilgi ve davranışları etkileyen önemli faktörlerden biri de, ilaçların prospektüsünü okuma ve ilaçla ilgili verilen bilgiyi anlama durumudur (McDonald vd 2002). İlaçların prospektüsünü okuma ve ilaçla ilgili verilen bilgiyi anlamamanın sağlık okuryazarlıkla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yaşlıların tedaviye uyumunu etkileyen önemli faktörlerden biri "sağlık okuryazarlığı"dır (MacLaughlin vd 2005). Düşük sağlık okuryazarlığının, ilaç

uyumsuzluğunun potansiyel bir belirleyicisi olabileceği bildirilmiştir (Gazmararian vd 2006).

Ratzan ve Parker (2000) sağlık okuryazarlığını, “bireylerin sağlıkla ilgili, uygun kararlar alması için gerekli olan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma” derecesi olarak tanımlar. Sağlık okuryazarlığı günümüz koşullarında önemli bir konudur (Cutilli 2007) ve büyük bir uluslararası kamu sağlığı endişesidir (Eichler vd 2009). Toplam nüfus içindeki yaşlı nüfusun hızlı artışı toplumsal refah için sağlık okuryazarlığının önemini daha da artırmaktadır (Nutbeam 2000). Özellikle kronik hastalıkların artması, bilişsel ve fiziksel işlevlerin gerilemesi, sosyal-ekonomik desteğin azalması gibi sebeplerden dolayı yaşlılar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer yaş gruplarına göre daha düşük düzeyde olduğu ileri sürülmektedir (Nutbeam 2000, Heijmans vd 2015, WHO 2014a). Dolayısıyla yaşlılık, sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlerden biridir (Nutbeam 2000, WHO 2014b). Ayrıca düşük seviyede sağlık okuryazarlığına sahip en riskli grubun 65 yaş ve üzeri bireylerin olduğu yapılan başka bir çalışmada ortaya çıkmıştır (Kutner vd 2006, Słońska vd 2015).

Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre her yıl artan bir yaş için işlevsel sağlık okuryazarlığı seviyesinde bir puan azalma olduğu saptanmıştır (Baker vd 2000). Bu bağlamda, yaşlı bireylerin doğru sağlık bilgisine ulaşabilmeleri, bu bilgileri yorumlayabilmeleri, günlük yaşamlarında uygulayabilmeleri ve gerekli hizmetleri alabilmeleri yani sağlık okuryazarı olabilmeleri öncelikle sağlıkları ve yaşam kaliteleri açısından önemlidir (Nutbeam 2000). Yapılan bir çalışmada düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının, korku ve şaşkınlık yaratarak bireyleri tedavi aramaktan alıkoymaya sebep olduğu saptanmıştır (Baker vd 2004). Yapılan başka bir çalışmada ise, düşük düzeydeki işlevsel sağlık okuryazarlığının 65 yaş üzerindeki bireylerin kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranları üzerinde de etkili olduğu belirlenmiştir (Baker vd 2007). Sağlık okuryazarlığı, yaşlıların akut ve kronik hastalıklarının belirtilerinin farkında olmalarını; ilgili sağlık kuruluşu, hastane ve klinikleri belirleyebilmelerini ve bu kuruluşlara ulaşabilmelerini kolaylaştırmaktadır. Böylece yaşlıların, tedavi yöntemlerini anlayabilmeleri ve ilaçları etkin/doğru bir biçimde kullanabilmeleri sağlık okuryazar olmaları ile mümkün olmaktadır (Baker vd 2007). Yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile ilişkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

Yaşlıların akılcı ilaç kullanımında hekim, hemşire ve tüm sağlık profesyonellerinin sorumlulukları bulunmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı kapsamında

hemşirenin sorumlulukları, yaşlılıkta görülen farmakodinamik ve farmakokinetik değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak, yaşlı bireyin kullandığı ilaçlara uyumunu sağlamak için kullanılan ilaçlarla ilgili hasta ve ailesine sağlık eğitimi vermek, ilaç yan etkileri yönünden gerekli izlemleri yapmaktır (Özer ve Özdemir 2009). Hasta poliklinikte veya hastanede tedavi sonrasında ilacının kullanımı düzenlenerek evine gönderilir. Ev ortamında sağlık personelinin gözlem ve desteği olmaması ilacı uygunsuz kullanım riskini artırmaktadır ve bu riskin azaltılmasında halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir (Ekenler ve Koçoğlu 2016). Bu araştırmada yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenerek halk sağlığı hemşiresinin yaşlıya ilaç kullanımı ile ilgili daha etkili eğitim ve danışmanlık yapması sağlanabilir.

1.1. Amaç

Bu araştırmada; yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. KURUMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Türleri

Geriatric alanlarında “Yaşlanma”, “yaşlılık” ve “ihtiyarlık” genellikle birbirlerinin yerine kullanılan kavramlardır (Duyar 2008).

“Yaşlanma” kronolojik, biyolojik, fizyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan, intrauterin hayatla başlayıp ölüme kadar süren, kaçınılmaz olan bir büyüme ve gelişme sürecidir. Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesiyle ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümü olarak tanımlanır (Saygılı 2011). Yaşlanma ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır.

Normal Yaşlanma; zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik işlev değişiklikleridir.

Biyolojik (Fizyolojik) Yaşlanma; yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında oluşan değişikliklerdir.

Duygusal Yaşlanma; kişinin kendini yaşlı hissetmesi sonucu yaşam görüşü ve yaşam şeklini değiştirmesidir.

Fonksiyonel Yaşlanma; aynı yaştaki bireylerle karşılaştırıldığında toplumdaki görevlerinin devam ettirilememesidir.

Psikolojik Yaşlanma; yaşın ilerlemesi ile bireyin algılama, öğrenme, problem çözme gibi bellek gücü ile kişilik kazanma alanlarında uyum sağlama kapasitelerindeki değişimdir.

Sosyal Yaşlanma; bireyin toplum içinde, iş ve sosyal yaşamındaki faaliyetlerinde güç ve yeteneğinin azalmasıdır. Yaşlı birey, toplumda yetenek ve becerilerini kullanmakta zorlanmaktadır (Kaptan 2012).

Toplumsal Yaşlanma; bireyin sosyal statüsü, rolleri, beklenti ve normlarındaki değişimlerin yanı sıra, toplumun da yaşlanma ve yaşlılarla ilgili kalıp yargılarını, değerlerini ve tutumlarını esas almaktadır (Demirbilek ve Öktem Özgür 2017).

Yaşlanma; yasalara göre 60 yaşında başlamaktadır. Ancak bireylerin fiziksel ve beyin aktiviteleri yönünden başkalarına bağımlılığın 75 yaşında başladığı

belirtilmektedir (Akgün vd 2004). Yaşlanma ile birlikte mental ve fiziksel kapasitede azalmalar, hareket yeteneğinde yavaşlama görülsede, birey kendini yaşlı hissetmeyebilir. Yaşlılık durağan ve değişmez bir yaşam dönemi değildir (Arpacı 2005). Çeşitli fiziksel ve / veya psikolojik faktörler, yaşlı erişkinlerin bilgileri işleyebilme, öğrenmeyi gösterme veya hedef davranışları benimseme kabiliyetine müdahale edebilir. Bu faktörlerin bazıları depresyon, yorgunluk, stres, fiziksel yaşlanma ve kronik hastalıklardan kaynaklanan işlevsel kısıtlamaları ve öğrenme motivasyonlarının eksikliğini içerir (Best 2001, Cornett 2006, WEB_1, Zurakowski vd 2006).

“Yaşlılık” yaşamın her alanında kayıp duygusunun yaşandığı, bireylerin bedensel, psikolojik ve sosyal yönden bağımsızlıklarını yitirip tekrar bağımlı duruma geldikleri dönemdir (Kitiş 2017). **Sosyal olarak yaşlılık**; kişinin toplum içinde yaşlı olarak tanımlanmasıdır. **Ekonomik yaşlılık**; kişinin emekli olması ile yaşlılık başlamaktadır. **Kronolojik olarak yaşlılık ise**; yaşlılığın başlangıcı için bir yaş sınırı kullanılır buna göre yaşlılık göreceli bir kavramdır (Kaptan 2012). Yaşlılığın başlangıcını, kronolojik yönüyle yapılan tanımlamalarda, Dünya Sağlık Örgütü; 65 yaş, Birleşmiş Milletler ise, 60 yaş, sınır olarak kabul etmektedir (WHO 1984, UN 2013). Dünya Sağlık Örgütüne göre yapılan yaş gruplamasında yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “en yaşlı” olarak sınıflanmaktadır (WHO 2007).

Yaşın artması anlamına gelen ‘yaşlanma’ ile yaşamın bir bölümünü tanımlamak için kullanılan ‘yaşlılık’ kavramı arasında fark vardır; örneğin üç yaşını bitirip dört yaşına gelen bir çocuk bir miktar ‘yaşlanmış’ olmakla beraber henüz ‘yaşlılık’ evresine girmemiştir. İnsan dışındaki canlılarda ‘yaşlılık’ büyük ölçüde biyolojik ve fizyolojik değişimle ilişkilidir. Ancak insanın yaşlılığında bu sürece ek olarak toplumsal ve kültürel anlamlar da yüklenmiştir (Beğer ve Yavuzer 2012). “İhtiyarlık” kavramı her ne kadar ‘yaşlılık’ ile eşanlamlı olarak kullanılsa da bu ikisi arasında tam bir örtüşme olduğundan bahsedilemez. “İhtiyarlık” kavramıyla daha çok ileri yaşın getirdiği toplumsal ve kültürel ilişkiler ve anlamlar ifade edilmektedir. Zamanın getirmiş olduğu biyolojik ve fizyolojik değişimlerle daha ziyade ‘yaşlılık’ kavramı kastedilmektedir (Duyar 2008).

2.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi

2.2.1. Dünyada yaşlılık epidemiyolojisi

Dünya nüfusu, insanlık tarihinin başlangıcından günümüze kadar olan süreçte sürekli bir artış içerisinde. 1800’lü yıllarda yaklaşık 1 milyar olan dünya nüfusu,

özellikle geçen son 50 yılda daha hızlı bir artış göstermiş ve 2005 yılında 6,4 milyara ulaşmıştır (Eichler vd 2009). Birleşmiş Milletler (UN) Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi'nin 2017'de yayınladığı Dünya Nüfus Tahminleri Raporu'na göre, dünya nüfusu son 12 yılda 1 milyar artarak 7,6 milyara ulaştı. Rapora göre, dünya nüfusunun 2030 yılında 8,6 milyara, 2050 yılında 9,8 milyara ve 2100'de 11,2 milyara ulaşması beklenmektedir. Rapor, doğurganlık seviyesindeki bir azalmanın sadece daha yavaş bir nüfus artışı hızıyla değil, aynı zamanda daha yaşlı bir nüfusla sonuçlandığını da ortaya koymaktadır. 2017 yılına kıyasla, 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sayısı 2050 yılına kadar iki kattan fazla ve 2100 yılına kadar üç katına çıkacaktır. Bu rakam, 2017 yılında dünya genelinde 962 milyondan 2050'de 2,1 milyara ve 2100'de 3,1 milyara yükselecektir (UN 2017). Dünya nüfusunun 2017 yılında %8,9'unu yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %32,2 ile Monako, %27,9 ile Japonya ve %22,1 ile Almanya'dır. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır (WEB_5).

Gelişmekte olan ülkelerde 2020 yılına kadar, tüm ölümlerin dörtte üçünün yaşlanma ile ilişkili olacağı ve bu ölümlerin çoğunun kardiyovasküler hastalıklar kanser ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar sebebiyle meydana geleceği tahmin edilmektedir (WHO 2015).

2.2.2. Türkiye'de yaşlılık epidemiyolojisi

Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfuslara göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan "demografik dönüşüm" sürecinde olan Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre genç bir nüfus yapısına sahip görünse de, mutlak yaşlı sayısı oldukça fazladır. Bu dönüşümde nüfusun yaş grupları yapılanması şekil değiştirmekte, ölümlülük ve doğurganlıkta azalma ile birlikte doğumdan sonra beklenen yaşam süresinde artış olmakta ve çocuk ve gençlerin nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermektedir (WEB_3).

Türkiye'de 2000'li yılların başlarına kadar yaşlı nüfusunda belirgin bir artış görülmemektedir. 1935-2000 yılları arasında yapılmış nüfus sayım sonuçlarına bakıldığında, 0-14 yaş grubu nüfusta 1970'lerden itibaren bir azalma görülmektedir. Türkiye'de, 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı 20. yüzyılın son on yılına kadar %5'in altında kalarak ciddi bir değişiklik göstermemiştir. Bugün ise, ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir hızla artış göstermektedir (Uluocak vd 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi iken son beş yılda %17 artarak 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5'e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun %44'ünü erkek nüfus, %56'sını kadın nüfus oluşturmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (WEB_5).

2.3. Yaşlılık Dönemi Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma sürecinde genetik özelliklere uygun olarak bireysel özellikler ve dış etkenlere bağlı olarak bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişimler çoğu kez yaşlanma sürecinin doğal bir sonucudur. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkabilecek kayıpların hızı bireylerin yaşam tarzları ve çevresel özelliklerine bağlı olarak bireyden bireye büyük farklılıklar göstermektedir. Yaşlılık döneminde sık karşılaşılan hastalıkları anlayabilmek için, yaşa bağlı oluşan fizyolojik değişikliklerin iyi değerlendirilmesi gerekir (Karadakovan 2010, Tezel 2017).

2.3.1. Duyusal fonksiyonlar

Göz; lens sertliği yaşla birlikte artar buna bağlı görme netliği azalır ve daha fazla ışığa ihtiyaç duyulur. Pupillerin ışığa uyumunda bozulma olur. Gözyaşı salgısı azalır, konjunktivada incelme ve sarımsı renk olur (Streng vd 2005).

Kulak; yaşlı yetişkinlerin% 50'den fazlası işitme kaybı veya bozulma nedeniyle etkilenmektedir (UW Medicine 2007). Orta kulaktaki küçük kemiklerin artmış sertliği, kulak zarının esnekliğinin azalması ve iç kulak atrofisi, işitme kaybına yol açan yaşlanma ile ilgili normal fizyolojik değişikliklerdir (WEB_2).

Deri; yaşla birlikte deri daha ince, daha elastik, kuru ve kırışiktir. Uzun yıllar güneşle maruz kalınması cildi daha sert ve daha kırışık hale getirir. Cilt altı yağ dokusu azalır ve fibröz doku ile yer değiştirir. Cilt altı sinir sonlanmaları da azalarak, duyarlılığının azalmasına dolayısıyla yaralanmalara yol açar. Ter bezleri ve cilt altı kan akımı da azalır. Normalde vücut sıcaklığı kan akımı ile aşağıdan yukarıya doğru kaybedilir. Dolayısıyla kan akımı azaldığı için hem daha az ısı kaybolacak ve vücut kendini soğutamayacak hem de deri daha yavaş iyileşecektir (Gupta vd 2005).

Tat ve koku; genel olarak, insanlar 50'li yaşlarındaiken, tad ve koku alma özelliği kademeli olarak azalmaya başlar. İnsanlar yaşlandıkça, dil üzerindeki tat tomurcukları azalma gösterir. Tat alma duyusunda azalma ile yağlı ve ekşiden çok tatlı ve tuzlunun algılanmasında azalma hissedilir. Diş etlerindeki çekilmelere bağlı olarak da özellikle alt çenedeki dişlerin araları açılmaktadır (Nazlıel 1999).

Yaşlıda sıkça görülen koku alma sorunları nöron kaybı ile açıklanır ve mukozal sekresyon azlığı ile birlikte koku alma eşiği giderek düşer. Bu dönemde burun şekli de yavaş olsa da değişir ve burun ucu düşer, nazolabial açı artar ve bunlara bağlı solunum zorluğu gözlenebilir. Burun ve geniz akıntısı, tıkanıklık, hapşırma, öksürük eklenebilir (Kutsal vd 2010).

2.3.2. Kardiyovasküler sistem fizyolojik değişiklikleri

Yaşla beraber kalp kası atrofiye uğrar, kan pompalama yeteneği azalır. Kalp kapakları sertleşir ve endokard oluşur (Soyuer ve Soyuer 2008). Kalbin etrafındaki yağ tabakası artar. Damar duvar kalınlığı artar ve esnekliğini kaybeder. Kalpte büyüme ile birlikte kan akımında yavaşlama görülür. Beyin, karaciğer ve böbreklere giden kan akımı azalır. Arterlerin esnekliği azalarak kan basıncı artar (Piyal 2011).

2.3.3. Solunum sistemi fizyolojik değişiklikleri

Yaşlanmayla akciğer dokuları esnekliğini kaybeder, göğüs duvarı sertleşir ve solunum fonksiyonlarında azalmalara neden olur. Göğüs kafesinin esnekliğinin azalması nedeniyle, toraks hareketleri zorlaşır ve toraks solunumu yerini karın solunumu alır. Ayrıca rezidüel volüm artarken vital kapasite de azalmaktadır (Soyuer ve Soyuer 2008).

2.3.4. Kas ve iskelet sistemi fizyolojik değişiklikleri

Yaşlanan bireyde kas kütlesi azalır ve kuvvet kaybı yaşanır, hareket azalması ve atrofiler oluşur. Kas kütlesinin kaybı yaşamı tehdit etmemesine rağmen, günlük aktiviteleri yapmayı zorlaştırır ve fiziksel aktivite düzeyini düşürür. Arteriollerdeki daralmalar nedeni ile cilt pembeliğini kaybeder. Cilt altı yağ dokusunun azalmasıyla cildin kuruduğu ve kırışıklıkların arttığı gözlenir. Kalsiyum eksikliği nedeni ile kemiklerde kırıklar meydana gelebilir. Kemik yoğunluğunda azalma sonucunda gerek duruşta, gerekse yürüyüşte denge sorunu yaşarlar. Eklemde elastikiyet kaybı, kırıkdaalarda bozulmalar oluşur (Soyuer ve Soyuer 2008, Piyal 2011).

2.3.5. Sinir sistemi fizyolojik değişiklikler

Yaşlandıkça nöron kayıpları oluşur. Nöron kayıpları nedeniyle hareketlerde yavaşlama olur. Beyin hücrelerinde yaşlanma ile beraber yaklaşık olarak %25'lik bir hücre kaybına uğrar (Soyuer ve Soyuer 2008). Algılamada azalma olur, cevap zamanı uzar (Piyal 2011).

2.3.6. Gastrointestinal sistem fizyolojik değişiklikleri

Yaş arttıkça sindirim sistemde sekresyonda ve emilimde azalma, motilitide yavaşlama meydana gelir (Arpacı 2005). Kas tonusunun azalması ile yiyeceklerin üst gastrointestinal sistemden mideye geçişi ve midenin boşalması yavaşlar, buna bağlı olarak gastroözofajiyel reflüye neden olabilir (Arpacı 2005, Smith vd 2012). Karaciğer hücre miktarındaki azalmaya bağlı olarak küçülür, kan akımı ve bazı enzimlerin etkinliği azalır (Nalbant 2008). Bunun sonucunda ilaç klirensinde de azalma oluşur. Özellikle yaşlılar da ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken en önemli değişikliklerden birisidir. İleri yaş, polifarmasi, karaciğer hastalıklarının ortaya çıkışını artırır. Yaşlanan karaciğerde hormon metabolizması da azalır (Üçbilek vd 2015).

2.3.7. Genito-üriner sistem fizyolojik değişikleri

Böbrekler hücre sayısının azalması ile küçülür, kan akımı azalır buna bağlı olarak glomerüler filtrasyon hızı yavaşlar, nefronların % 64'ü fonksiyonlarını kaybeder. Böbreğin idrarı konsantre ve dilüe etme, yeteneğinde azalır ve susuzluk algılanmasında bozulma nedeniyle sıvı elektrolit dengesizlikleri gelişir (Nalbant 2008, Piyal 2011, Yıldırım vd 2012).

Mesane kapasitesi azalır; mesane kasları kendiliğinden kasılıp idrar yapma hissi uyandırır. Mesane kaslarındaki zayıflama nedeniyle mesanede kalan idrar miktarının artması sonucu idrar yolu enfeksiyon sıklığının da artmasına neden olur (Nalbant 2008, Yıldırım vd 2012).

Genital sistemde ise atrofi, mukozalarda kuruluk olur. Üreme sistemi fonksiyonları geriler ve seksüel aktivite azalır (Nalbant 2008).

2.3.8. Metabolik ve endokrin sistemi fizyolojik değişiklikleri

Yaşlı bireylerde büyüme hormonu salınımı azaldığı için kas kütlelerinde azalma meydana gelir. Tiroid bezi işlevlerinin azalmasına bağlı tiroit hormonlarının salınımı azalır. Buna bağlı olarak bazal metabolizma hızı (BMH) azalır (Karadakovan 2014). Yaşsız doku kitlesindeki azalma nedeniyle de 30-90 yaşları arasında BMH % 20 azalmaktadır. Fiziksel aktivitedeki azalma enerji harcamasını azalttığı gibi yaşla ilişkili hastalıkların risklerini de artırır (Arpacı 2005). Pankreas bezi işlevleri azalan yaşlılarda diabetes mellitus gelişir. Bu hastalıkta glikoz toleransı azalır. Glikoz toleransının azalması glikoza karşı insülin salgılanmasındaki azalmadır. Kadınlarda yaşlılığın başlıca belirtisi östrojen ve progesteron salgısının durmasıyla oluşan menopozdur. Menopozla kadının doğurganlık özelliği sonlanır. Buna bağlı genital atrofi ve yüzde kılınma gibi sekonder seks özellikleri görülür. Ayrıca postmenapozal dönemde kemik yoğunluğu, kalp-damar işlevleri, bellek ve algılamaya olumsuz etkileri olabilmektedir. Erkeklerde seks hormonları salınımındaki azalma kadınlara göre daha geç ve yavaştır. Testesteron salınımındaki azalma yaşsız doku kitlesindeki azalmaya paralellik gösterir. Yaşla paratiroid (PTH) hormon salgısında artış olur. Menopoz ve PTH salgısındaki artış kemiklerden kalsiyum çekilmesini hızlandırır ve osteoporoz riskini artırır (Karadakovan 2014, Arpacı 2005).

2.3.9. Bağışıklık Sistemi Fizyolojik Değişiklikleri

İlerleyen yaşla beraber immün sistem baskılanır ve enfeksiyona karşı hassasiyet artar ve buna bağlı morbidite ve mortalite oranında artış olur (Soyuer ve Soyuer 2008, Nalbant 2008). İmmün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmanın azaltılmasında yaşlılığın fiziksel aktivite ve beslenme durumu önem taşımaktadır. Yaşlılarda malnütrisyonun önlenmesi, diyetle bağışıklık sisteminde etkili olan A, C, E, B6 vitaminleri, karotenoidler ve çinkonun yeterli düzeylerde bulunması olumsuzluğu azaltır (Arpacı 2005). Yaşlılarda otoimmün hastalıklar daha sık görülür. İmmün hücrelerin kanser hücrelerini, bakteri ve diğer yabancı cisimleri temizleme hızları azaldığı için yaşlılarda kansere yakalanma olasılığı ve görülme sıklığı yüksektir (Nalbant 2008).

2.4. Yaşlılık Dönemi Psiko-Sosyal Değişiklikler

Başarılı yaşlanma; yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halidir. Yaşam uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın temel göstergeleridir. Yaşamın her alanındaki değişim ve gelişmeler sonucu ortalama ömür uzayarak yaşlı nüfusun artmasıyla beraber, yaşlı bireylere ait çözümlenmesi gereken sorunlar (psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik) ortaya çıkmıştır (Kurt vd 2010).

Yaşlılık döneminde bireyin davranışsal uyum yeteneği, zihinsel yetenek ve işlevlerindeki azalma ile birlikte farklılaşmaktadır. Yaşlanma sürecinde sevilen birinin kaybı, kronik fiziksel hastalıklar ve günlük yaşam aktivitelerinde dışa bağımlılığın artması, sosyal destek kaybı gibi yoksunluklar, kurum bakımına duyulan ihtiyaç kaygıyı artırmakta; psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getirmektedir (Görgün Baran ve Çoban 2012).

Psikolojik boyutuyla yaşlılık incelendiğinde algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade eder. Psikolojik yönü bir takım bilişsel beceriler ve (dikkat, öğrenme, bellek, akıl yürütme) ve psikolojik değişimler (yalnız hissetme, yaşamdan zevk almama) ilgilidir. Ancak yaşama biçimi ve çevresel koşullar bakımından her bireyde farklı hız ve zamanda görülür (Akgün Çıtak 2017).

Yaşlılıkta en çok karşılaşılan psikolojik problem depresyondur. Depresyon, yaşam kalitesi, üretkenlik ve fiziksel sağlığı olumsuz olarak etkilemektedir. Nöroendokrin kaynaklı birçok kronik hastalığın belirtilerini baskılar ve hastalıkların geç tanı almasına, hastanın tablosunun kötüleşmesine neden olur. Bu nedenlerle büyük ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar (Chapman ve Perry 2008)

Depresyon için risk grubu olarak tanımlanan yaşlılar, kronik hastalığı, yakın kaybı, uyku bozukluğu ve tanımlanamayan birden çok somatik şikâyetleri olan yaşlılardır (Güleç ve Tekbaş 1997). Psikolojik yönden çöküş içinde olan yaşlı birey, fizyolojik rahatsızlıkların etkisi ile beraber adeta yalnızlık ve değersizlik duygusu yaşamaktadır. Yaşlı bireyin iç dünyasında yaşanan bu duyguların günlük hayatta etkileşim sonucu diğer insanlarla olan paylaşımı, yaşlanmanın sosyolojik boyutunu içermektedir (Tezcan 1989).

Yaşlılarla ilgili en yaygın toplumsal sorunlar; genel yaşam standartlarının yükseltilmesi, yoksulluk ve düşük gelir, sosyal güvenlik politikalarındaki değişiklikler, tek başına yaşayan yaşlı sayısındaki artış, uygun olmayan konut koşulları, aile bakımındaki azalmalar, yaşlı nüfusun yaşlanma belirtileri, yaşlılığa yönelik olumsuz görüşler ve olumlu rolleri kabullenme güçlükleri şeklinde sıralanabilir (Kurt vd 2010).

Fiziksel sağlık ve ruhsal sağlığı etkileyen hastalıklar yaşlılar arasında sık görülmektedir. Fiziksel sağlıkla ilgili en fazla rastlanan hipertansiyon hastalığının görülme sıklığı %60-70'dir. Gelişmiş olan ülkelerde yaşlıların%21'i kanser hastalığı sonucu hayatını kaybetmektedir. demans, depresyon, alkol kullanımı ve intihar girişimi ise yaşlılarda görülen ruhsal sağlık sorunlarıdır (Beğler ve Yavuzer 2012). Yaşlılarda sendromik düzeyde olmasa bile depresif belirtiler sık görülür. Bu depresif bozukluklar; yaşam kalitesini, üretkenliği bozar, kognitif bozulmalara yol açar. Nöroendokrin kaynaklı birçok kronik hastalığın belirtilerini baskılar ve hastalıkların geç tanı almasına, hastanın tablosunun kötüleşmesine neden olur. Bu nedenlerle büyük ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar (Chapman ve Perry 2008).

2.5. Yaşlılıkta Görülen Kronik Hastalıklar

Yaşam süresinin artmasına bağlı demografik yapı değişmekte yaşlı nüfus artmakta ve bununla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olmaktadır (WHO 2014c, Yardım 2012).

Kronik hastalık, uzun süren, sürekli tıbbi destek gerektiren ve/veya günlük yaşamı kısıtlayan durum olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar tüm dünyada, ölüm nedenlerinin başında yer almakta ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmı (%60-80) bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır (Koşar ve Besen 2015).

2012 yılında tüm dünyada 56 milyon ölüm meydana gelmiştir ve 38 milyonu kronik hastalıkların neden olduğu ölümlerdir. Temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri araştırıldığında ölümlerin %46,2'si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıklarına, %21,7'si (8,2 milyon) kanserlere, %10,7'si (4 milyon) astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarını içeren kronik hava yolu hastalıklarına, %4'ü (1,5 milyon) diyabete bağlıdır. Bu kronik hastalıklar, ölümlerin %82'sinden sorumludur. Ölümlerin üçte biri (28 milyon) düşük ve orta gelirli ülkelerde olmuştur (WHO 2014c).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklar ekonomik güçlüklerle neden olmakta ve sağlık taleplerini karşılama yetisini tehdit etmektedir. Düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde ise daha ağır bir yük oluşturmakta, sağlık hizmeti bakım ve

tedavi masrafları kişileri hızla fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir (S.B.TSHGM 2010).

Küresel sorun oluşturan kronik hastalıkların altında yatan nedenler sık görülen ve önlenabilir risk faktörleridir. Kronik hastalık ölümlerinin çoğuna neden olan bu risk faktörleri; sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, tütün kullanımı olarak açıklanmaktadır. Her yıl en az 4,9 milyon kişi tütün kullanımına, 2,6 milyon kişi obesiteye, 4,4 milyon kişi yüksek total kolesterol seviyesine, 7,1 milyon kişi ise yüksek kan basıncına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir (SB TSHGM 2011).

WHO Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planını hazırlamış ve altı ana hedef belirlemiştir. Bu hedefler:

- I. Küresel ve ulusal düzeyde bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede önceliğin artırılması,
- II. Ulusal düzeyde politika ve planların oluşturulması ve güçlendirilmesi,
- III. Temel ortak risk faktörlerine (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımı) yönelik müdahalelerin geliştirilmesi,
- IV. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde araştırmaların teşviki,
- V. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde işbirliğinin teşviki,
- VI. Tüm düzeylerde (ulusal, bölgesel, küresel) izleme ve değerlendirme (S.B.TSHGM 2011).

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşanmakta olan nüfusu nedeniyle kronik hastalıklar artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre Türkiye'de ölüme sebep olan ilk altı hastalık grubu sırasıyla; dolaşım sistemi hastalıkları %40,1, iyi huylu ve kötü huylu tümörler %19,9, solunum sistemi hastalıkları %11,0, endokrin-beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar %5,0, dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler %4,8, diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb.) %14,4 olarak açıklanmıştır (WEB_6). TÜİK verilerine göre 2017 yılında ölüm nedenlerinden ilk üç sırada yer alan kronik hastalıklar tüm vakaların %39,7'sini oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer aldı. Bunu; %19,6 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12 ile solunum sistemi hastalıkları izlemiştir (WEB_8).

Tablo 2.1 Ölüm nedenlerinin dağılımı, 2015,2016

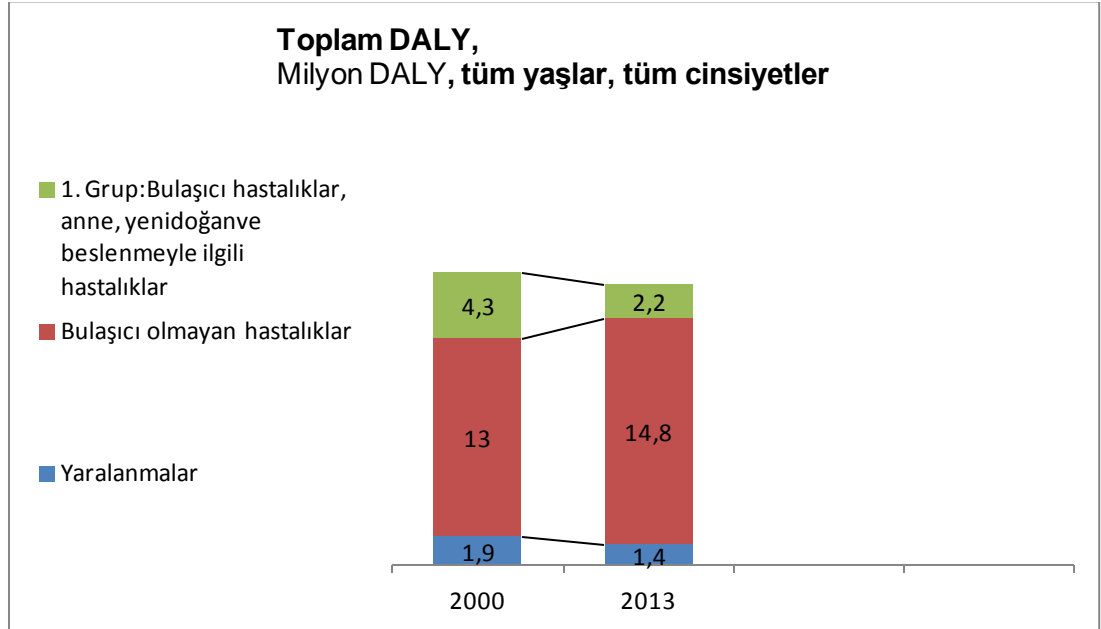
	2015 (r)		2016	
	Sayı	%	Sayı	%
Toplam	397037	100,0	408782	100,0
Dolaşım sistemi hastalıkları	159194	40,1	162876	39,8
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	79160	19,9	80577	19,7
Solunum sistemi hastalıkları	43821	11,0	48532	11,9
Endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar	19803	5,0	20330	5,0
Sinir sistemi ve duyu organı hastalıkları	19114	4,8	19923	4,9
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	18936	4,8	18136	4,4
Diğer(enfeksiyon ve parazit hast., mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ doku hastalıkları vb.)	57009	14,4	58408	14,3

(r) 2015 yılı verileri idari kayıtların güncellenmesi nedeniyle revize edilmiştir (WEB_6).

Kronik hastalıklar, zamanla hastalarda çeşitli fonksiyonların kaybedilmesine neden olurlar. Romatizmal hastalıklar, osteoporoz, katarakt gibi hastalıklar yol açtığı sakatlık nedeniyle ciddi işgücü kaybına neden olup yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Hastalıklar nedeniyle meydana gelen işgücü kayıplarını da dikkate alan bir değerlendirme yöntemi “hastalık yükü” (burden of disease) hesabıdır. Hastalık yükü çalışmalarında kullanılan önemli bir ölçüt sakatlığa uyarlanmış yaşam yılı (DALY: Disability Adjusted Life Years) kavramıdır. DALY hesabında, bir kişinin ölümü veya sakatlığı nedeniyle olan yaşam yılı kayıpları dikkate alınmaktadır. Bu hesaplamalar sonucunda dünyada en fazla yük oluşturan hastalıklar listesinde kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve Alzheimer hastalığı ile kanserlerin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (SB RSHMB 2005).

Türkiye’de ise 2000 ile 2013 yılları arasında 1. Grup hastalıklar (bulaşıcı, gebelik, yeni doğanlar ve beslenmeyle ilgili hastalıklar), ve 3. Grup (yaralanmalar) ile ilişkili DALY (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) azalırken 2. grup bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı DALY artmıştır (Şekil 2.1). Türkiye deki toplam hastalık yükü ise

2000-2013 yılları arasında önemli oranda 1 - 5 yaş altı grupta ölüm oranında azalma ve kronik hastalıklar nedeniyle morbiditede artış nedeniyle %4,4 oranında düşmüştür (HÜNEE 2016).



Şekil 2.1 Türkiye’de 2000-2013 yılları arasında toplam hastalık yükünü oluşturan hastalık gruplarının değişim oranları (HÜNEE 2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2004 yılında yayımladığı Ulusal Hastalık Yükü raporunda, tüm ölümlerin %71’ni kronik hastalıklar oluşturmaktadır. İskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve hipertansif kalp hastalığı olarak tanımlanan hastalık grupları altmış yaş üstü ölümlerin % 52’sini oluşturmaktadır (SB RSHSMB 2004).

TÜİK verilerine göre 2016 yılında ölen yaşlıların %45,6’sı dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmiştir. İkinci sırada %16,3 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %13,9 ile solunum sistemi hastalıkları takip etmiştir (WEB_5).

2014 yılında, Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı küresel raporun Türkiye verileri değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda öne çıkan bilgiler; ölümlerin, kalp ve damar hastalıkları (%47), kanser (%22), kronik akciğer hastalıkları (%8), diyabet (%2), diğer kronik hastalıklar (%7), yaralanmalar (%7), bulaşıcı hastalıklar, doğumla ilgili sorunlar, beslenme sorunları (%7) nedeniyle meydana geldiği belirtilmektedir (WHO 2014d).

Bu değerlendirmeler sonucunda öne çıkan bilgiler; kronik hastalıkların toplam ölümlerin %86’sını oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu dört kronik hastalık (kalp ve

damar hastalıkları, kanser, kronik akciğer hastalıkları, diyabet) nedeniyle 30-70 yaş arasında ölüm olasılığı %18'dir.

Yaşlılık, bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan gerilemeye neden olup, iç ve dış çevredeki değişikliklere uyumun azalması sonucu homeostazis yeteneklerinin azalması nedeniyle anatomik ve fizyolojik işlev değişiklikleriyle beraber birçok patoloji de birlikte bulunmaktadır (Bilir ve Paksoy 2012, Dolu ve Bilgili 2010). Yaşlanma ile birlikte organ fonksiyonlarında azalma ile meydana gelen bu önemli değişiklikler sonucu kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır (Öztürk ve Uğraş 2017).

2.6. Yaşlılarda İlaç Kullanımı

Kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasıyla yaşlı bireyler sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinim duymaktadır. Yaşlı bireyde kronik hastalıklara bağlı uzun süreli ve birden fazla ilaç kullanımını artırmakta ve bu durum önemli bir sorun haline gelmektedir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça yanlış ilaç kullanma oranı ve ters ilaç etkileşimi görülme sıklığı da artmaktadır (Ertürk 2005, Camargovd 2006, Özer ve Özdemir 2009, Öztürk ve Uğraş 2017). Lopez ve arkadaşlarının İspanya'da yapmış olduğu geniş bir çalışmada rastgele seçilmiş bir günde toplumun %29,4'unun günlük ilaç aldığı, bunların %73,9'unda ilaç etkileşimine neden olacak ilaçlar bulunduğu tespit edilmiştir. Etkileşime yol açabilecek ilaçları daha çok kronik hastalığı olan yaşlılar ve kadınların kullandığı bildirilmiştir (Lopez vd 2010). Dolayısıyla kullanılan ilaç sayısının artması sonucu, ilaçlara ilişkin bilgi düzeyini olumsuz etkileyip, hastalık ve ölüm oranlarının yükselmesine sebep olduğu için yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımı önem kazanmaktadır (Topbaş vd 2003, Özer ve Özdemir 2009).

Türkiye'de farklı illerde 1998-2005 yılları arasında yaşlılarda ilaç kullanımını inceleyen ve yayınlayan toplam 11 araştırmadan elde edilen verilere göre, yaşlılarda kişi başına düşen ilaç sayısı ortalamasının 3.25 olduğu görülmüştür (Akıcı 2006).

Çok sayıda ilaç kullanımı ilaç yan etkilerinin oluşmasına ve ilaçlar arası etkileşim nedeniyle medikal tedaviye olan uyumu etkilemekte ayrıca maliyet ve hastane başvurularını artırmaktadır (Ünsal vd. 2011, Hanlon vd. 2003). Sonuç olarak yaşlı bireylerde ilaç tedavisinin daha özenli planlanması ve değerlendirilmesinin temelinde, ilaç yan etkileri ve intoksikasyonları, çoklu ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri, unutma ve anlama gibi kognitif sorunlar, farmakokinetik ve farmakodinamik olaylarda meydana gelen değişiklikler yatmaktadır (Dolu ve Bilgili 2010, Özer ve Özdemir 2009).

2.7. Yaşlılarda İlaç Etkisini Değiştiren Faktörler

Yaşlıda meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucu ilaç etkileri de değişmektedir. İlaç etkisini değiştiren faktörler, farmakokinetik, farmakodinamik faktörler ve farmasötik etkileşmeler olarak gruplandırılmaktadır (Tuna Doğrul vd 2016).

2.7.1. Farmakokinetik faktörler (Vücudun ilaçlara etkileri)

İlacın emilim, dağılım, biyoyararlanım ve karaciğerde metabolizma ve atılım aşamalarını içermektedir (Gökten 2009).

Absorbsiyon (Emilim): Yaşla birlikte vücutta emilim düzeyinde önemli değişiklikler görülür. Tükrük salgısı azalır, bu durum ilaçların çözünmelerini etkileyebilir. Midenin asit salgısı ve gastrointestinal motilite azalır, mide boşalma süresi uzar. Kalp debisinin azalmasına bağlı olarak veya bundan bağımsız olarak özellikle splanknik kan akımının azalması yaşlılarda sık görülen bir durumdur. İnce barsaklardaki, villusların atrofiye olması ile ilaçların emilim yüzeyi azalır (Erenmemişoğlu 2006). Bu değişiklikler pasif difüzyonla emilen pek çok ilacın emilim hızını değiştirmekle beraber absorpsiyon derecesini pek değiştirmezler ancak emilim hızı azalmıştır. Diazepam ve okzazepam gibi bazı ilaçların emilim miktar ve hızı yaşlılıktan etkilenmektedir (Erenmemişoğlu 2006, Gökten 2009, Gülhan 2013) .

Bununla beraber B12 vitamini, demir ve kalsiyum, tiaminin aktif transportu azalır ve yüksek dozda verilmesi gerekebilir (Erenmemişoğlu 2006, Gülhan 2013) .

Gastrik mukozada dopadekarboksilaz enzim aktivitesinde azalma sonucu levodopa emilimi artabilir. Öte yandan yaşlı kişilerde beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kullanılan ilaçlar (antacidler, antikolinergikler, bazı bitkisel ürünler gibi) emilim hızını değiştirebilir (Gülhan 2013).

Dağılım: Dağılım düzeyinde klinik öneme sahip değişiklikler emilime oranla daha fazla olmaktadır (Göksele 2010). Dağılım düzeyinde ilaçların etkisini belirleyen en önemli gösterge plazma albumin düzeyidir. Total düzeyi sağlıklı yaşlılarda normal sınırlardadır ancak albumin kısmında azalma meydana gelmektedir. Sonuç olarak albumine yüksek oranda bağlanan ilaçlarla yapılacak bir tedavide tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılarda da plazma kan düzeyi ile plazma proteinleri yakından izlenmeli ve doz bireysel olarak ayarlanmalıdır (Erenmemişoğlu 2006).

Yaşlanma ile beraber su ve vücutta kas kitlesi azalır, yağ dokusu oransal olarak artar ve olası dolaşım bozuklukları ilaçların dağılımını etkileyerek suda çözünen ilaçların (gentamisin, digoksin, teofilin, lityum, etanol gibi) dağılım hacmi düşer ve plazma konsantrasyonları yükselir (Gülhan 2013, Erenmemişoğlu 2006, Tuna Doğrul vd 2016). Yağda eriyen ilaçların etki süreleri uzar. Bunun dışında olası dolaşım bozukluklarına bağlı olarak dokularda kan akım hızı yavaşladığı için ilaçların dağılım hızı düşer ve dağılımın dengeye erişmesi gecikir (Oktay ve Akıcı 2001).

Biyoyararlanım ve Karaciğerde Metabolizma: Mide ve bağırsaklardan emilen ilaçlar portal sistemden sistemik dolaşıma geçerken karaciğerde ilk geçiş metabolizmasını uğrarlar. Bu metabolizma ilaçların biyoyararlanımını belirleyen önemli bir basamaktır. Yaşlanmayla birlikte karaciğer kitlesinde, kan akımında ve fonksiyonlarında azalma ilk geçiş metabolizmasını azaltmakta ve buna bağlı olarak ilaçların (propranolol, labetolol, nifedipin, morfin gibi) biyoyararlanımı yaşlılarda artmaktadır. Ön ilaç olan ilaçların (enalapril, perindopril gibi) ise karaciğerde metabolizma sonucu aktif hale gelmesi azalmakta ve kandaki aktif konsantrasyonları azalmaktadır (Gülhan 2013, Tuna Doğrul vd 2016).

Atılım: Yaşa bağlı değişikliklerden en fazla etkilenen klinik olarak ilaç etkisini değiştiren en önemli faktör böbreklerden atımdır. İlerleyen yaşla beraber glomeruloskleroz sonucunda böbreklerde nefron sayısı ve böbrek kütlesi azalır. Bu kayıplara renal kan akımında azalma da eşlik eder ve bu değişimler sonucunda glomeruler filtrasyon hızı (GFH), tübüler sekresyon azalır. Renal elimine edilen ilaçların (aminoglikozidler, diüretikler, digoksin, lityum gibi) eliminasyonu yavaşlar, yarı ömürleri uzar ve toksisite riski artar (Gülhan 2013, Tuna Doğrul vd 2016, Göksel 2010).

2.7.2. Farmakodinamik faktörler (ilaçların vücuda etkileri)

Bu grup ilaç etkileşmelerinde bir ilaç diğer ilacın etkisini benzer bir yol üzerinden veya farklı bir mekanizma üzerinden güçlendirmek/zayıflatmak ya da ortadan kaldırmak şeklinde değiştirebilir. Ayrıca, bir ilaç diğer bir ilaçla kimyasal olarak bağlanarak da etkisini kaybedebilir. Örneğin kan pıhtılaşmasını önlemek için kullanılan heparinin etkisi kendisiyle kimyasal bağ oluşturan protamin sülfat ile engellenebilir (Aydos 2012).

2.7.3. Farmasötik etkileşmeler

İlaçların damar içine solüsyon (sıvı) şekilde birlikte verilmeleri sırasında yani henüz vücut dışındayken etkileşerek geçimsizlik göstermeleridir. Örneğin bir antibiyotik olan ampisilin damar yoluyla verilmesi sırasında kullanılan serumun glukoz içermesi veya yine damar yoluyla enfeksiyon tedavisi için kullanılan tetrasiklin grubu ilaçlarla kloramfenikolün birlikte verilmesi bu ilaçlar henüz vücut dışındayken olumsuz etkileşmelere ve dikkatsizlik sonucu damar içine verilmeleri durumunda ciddi yan tesirlere yol açabilmektedir. İlaçların vücut dışında etkileşmeleri sadece diğer bir ilaçla karıştırılmaları sonucu değil aynı zamanda insülinin damar yoluyla verilmesi sırasında kullanılan serum seti plastik borularına bir miktar yapışmasında olduğu gibi tıbbi malzemelerle de ortaya çıkabilmektedir. Buna bağlı olarak ilaç, vücuda yeterli düzeyde verilememektedir (Aydos 2012).

2.8. Yaşlılarda İlaç Kullanımında Karşılaşılan Sorunlar

Yaşlı hastaların tedavisinde etkili, güvenli ve uygun ilaç seçilerek, tedavi de ilaçlara bağlı yaşanabilecek sorunları en aza indirilerek önlem alınması akılcı ilaç kullanımı (AİK) açısından büyük önem taşımaktadır (Akıcı 2006, Gülhan 2013). Yaşlanma ile ortaya çıkan farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler dışında bu hasta grubunda sık rastlanılan sorunların başında çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi), ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimleri, ilaç yan etkileri, tedaviye uyum güçlüğü, ilaç doz aşımı, reçetesiz ilaç kullanımı ve yanlış ilaç kullanımı gelmektedir (SB TSHGM 2010, Göksel 2010, Gökçe Kutsal 2006).

2.8.1. Çoklu ilaç kullanımı (Polifarmasi)

Günümüzde yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı nüfusunun artması, kronik hastalıklarının çokluğu ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duymaları nedeniyle yaşlılar, hekime daha fazla başvurumaktadırlar. Bu durum, yaşlı nüfusta ilaç tüketimine ve beraberinde çoklu ilaç kullanımına neden olabilmektedir (SB TİTCK 2015, Asma vd 2014). Polifarmasi 'çoklu ilaç kullanımı' anlamına gelir. Polifarmasi tanımıyla ilgili bir görüş birliği olmamasıyla beraber günlük düzenli beş ve daha fazla ilaç kullanımı anlamına gelmektedir (Tuna Doğrul vd 2016, Asma vd 2014).

Çoklu komorbidite, hastanın farklı hekimlere giderek çok sayıda reçete alması, verilen bir ilacın yan etkisini tedavi etmek için başka bir ilaç verilmesi ile oluşan reçete

kaskatı, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri hakkında hekimin yetersiz bilgiye sahip olması (reçetelere çok sayıda ilaç yazılması, hekimlerin fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları), hastaların fazla ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıdan ziyade semptomaya yönelik olarak ilaç kullanılması, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimi, son altı ay içinde hastaneye yatarak tedavi olmuş olmak, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, kadın olmak, depresyonda olmak, görme, işitme problemleri, kognitif bozukluklar, bakıcı yetersizliği, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta memnuniyeti çoklu ilaç kullanımına yol açan nedenlerdir (Gökçe Kutsal 2006, Yeşil vd 2012).

Çoklu ilaç kullanımı görülme sıklığı ileri yaş ile birlikte artış göstererek ülkeler arasında da farklılık göstermektedir (SB TİTCK 2015). 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yapılan çalışmada, nüfusun %13'ünü 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmasına rağmen reçete edilen ilaçların %30'unun bu nüfusa ait olduğu ortaya çıkmıştır (Kaufman vd 2002). İspanya'da yapılan bir çalışmada ise 65 yaş ve üstü 1976 hasta incelenmiş ve 65 yaş üstü bu bireylerin %86'sının çoklu ilaç kullanımı olduğu gösterilmiştir (Pedros vd 2016). Kanada'da yapılmış bir çalışmada 65 yaş ve üstü, çoklu ilaç kullanan hastalarda ortalama ilaç sayısının 6,2'ye çıktığı bildirilmiştir (Yang vd 2001). Güney Brezilya'da çoklu ilaç kullanımının sıklığını incelemek amacıyla 215 hasta üzerinde yapılan bir çalışmaya göre Brezilya nüfusunun %23'ü ulusal ilaç tüketiminin %60'ını gerçekleştirmektedir ve bu %23'ün çoğunluğu 60 yaş üzerindedir (Güler 2011).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilaç kullanan nüfusun büyük kısmını yaşlılar oluşturmaktadır (Yeşil vd 2012). Bu konuda, toplumda yaşayan yaşlılarla ilgili kapsamlı veri olmamakla birlikte Türkiye'de polikliniğe başvuran bireylerde yapılan çalışmalarda 65 yaş ve üzerinde 5 ve üzeri ilaç kullanım oranı kadınlarda %63,2 erkeklerde ise %55,3 ile oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Bu çalışmaya göre bir kişi için kullanılan ortalama ilaç sayısı 4,5; 10 adet ve üzeri ilaç kullanımı %7,9 dur (SB TİTCK 2015). 2006 yılında 65 yaş ve üzeri 1433 yaşlı ile görüşerek yaptıkları çoklu ilaç kullanımının araştırıldığı çalışmada; araştırmaya katılan yaşlıların %84,7'sinin sürekli kullandığı en az bir ilacı varken, %15,3'ü olmadığını belirtmiş. Çalışmaya katılanların %23,2'si sadece bir ilaç kullandığını; %17'si iki ilaç; %19,2'si üç ilaç; %38,2'si ise dört veya daha fazla ilaç kullandığını ifade etmiştir (Gökçe Kutsal vd 2009). Ankara'da 65 yaş ve üzerindeki 1300 kişi ile yapılan yüz yüze görüşmelerde yaşlıların yarısından fazlasının sürekli ilaç kullandığı, çoklu ilaç kullanımının kadınlarda daha fazla olduğu dikkati çekmiş, ancak yapılan karşılaştırmalarda bir doktor önerisi veya reçetesi doğrultusunda ilaç kullanımının kadınlarda daha yaygın olduğu saptanmıştır. Ayrıca dört ve daha fazla ilacın bir arada kullanımının en fazla 71-80 yaş grubunda olduğu, yaş ilerledikçe çoklu

ilaç kullanımının azaldığı dikkati çekmiştir (Kutsal Gökçe 2006). Yatan hastalarda çoklu ilaç kullanımı oranının incelendiği bir çalışmada bir aylık dönem içerisinde 2162 hastanın 1611'inde (%74,52) çoklu ilaç kullanımı ortaya çıkmıştır (Cankara vd 2015). Taşkın Şayir vd (2014)'nin yaptığı çalışmada ise 65 yaş üstü hastaların %91'i en az bir aydır üç ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı saptanmıştır.

2.8.1.1. Çoklu ilaç kullanımının sonuçları

Yaşlı bireylerin hastalıklarının iyileşmesini ve kendini iyi hissetmesini sağlamak ilaç tedavisinin amacıdır. Çoklu ilaç kullanımı bazı problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu problemler ilaç yan etkileri, ilaç-ilaç etkileşimleri, tedaviye uyumsuzluk, artan tedavi harcamaları, hastaneye yatış riskinde artış, ilaç hataları ve morbidite/mortalitede artış olarak sıralanabilir (Yeşil vd 2012, Cankara vd 2015).

İlaç Yan Etkileri: Yaşlı nüfusu ilaç-ilaç etkileşimlerine ve ilaç yan etkilerine daha duyarlı kılan birden fazla hastalıkların varlığı ile birlikte yaşlanma sonucu fizyolojik değişikliklere bağlı olarak ilaçların etkisini değiştiren birçok faktör vardır (Yeşil vd 2012).

İnsanda hastalığın önlenmesi, tanı, tedavi amacıyla kullanılan ilacının normal kullanım dozunda ortaya çıkan beklenmedik ve zararlı etkiye *ilaç yan etkisi* denilmektedir. Yaşlılarda ilaç yan etkileri, kalp yetmezliği, meme kanseri, hipertansiyon ve pnömoniden sonra önlenebilir sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Monette vd 1995).

Yaşlılarda huzursuzluk, konfüzyon, sık sık düşme, depresyon, deliryum, ekstrapiramidal sendromlar (fiziksel hareketsizlik, tremor, rijidite), ağız kuruluğu, bulantı-kusma, kabızlık, hipotansiyon, ödem ve kalp yetmezliğinin kötüleşmesi gibi belirtiler ortaya çıktığında ilaç yan etkisi olarak mutlaka değerlendirilmelidir (Gökçe Kutsal 2006, Gülhan 2013, SB TSHGM 2010a).

Yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaç grubu merkezi sinir sistemi depresyonu yapan ilaçlardır. Bunları antibiyotikler, analjezikler, antikoagülanlar, antihipertansifler, bronkodilatörler, diüretikler ve oral hipoglisemik ajanlar izlemektedir (Gökçe Kutsal 2006, Gülhan 2013).

Hastanın kullandığı ilaç sayısı arttıkça yan etki riski de artmaktadır. İki ilaç kullanımında potansiyel yan etki riski %6 iken, beş ilaç kullanımında bu oran %50'ye, 8 ve daha fazla ilaç kullanımında ise neredeyse %100'e ulaşmaktadır (Yeşil vd 2012). Yapılan çalışmalarda geriatric yaş grubunun hastane başvurularının %28'inde kullanılan ilaçlara bağlı sorunların rol oynadığı ve bunların da %70'inin advers ilaç reaksiyonu olduğu bildirilmektedir. Sonuçta, ilaç yan etkisi için ikinci bir ilacın reçete

edilmesi söz konusu olmakta ve oluşan “reçete kaskatı” ise akılcı olmayan reçeteleme sürecini başlatmaktadır (SB TSHGM 2010a).

İlaç intoksikasyonları, farkında olmadan yüksek dozda ilaç kullanımı nedeniyle istenmeyen ilaç reaksiyonları olarak ortaya çıkabilmektedir. Yaşlılarda sıklıkla intoksikasyona sebep olan ilaçlar ise warfarin sodyum, digoksin, antidiyabetikler, benzodiazepamlar, teofilin, steroid olmayan antiinflamatuvarlardır (Özer ve Özdemir 2009).

İlaç-İlaç ve İlaç-besin Etkileşimleri: Yaşlı bireyde sıklıkla karşılaşılan ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimleri:

- Antihipertansifler analjezikler ile birlikte alındığında antihipertansif etki azalır.
- Parasetamol, amiodaron, eritromisin, salisilatlar, metronidazol ve tiroid hormonu warfarinin antikoagülan etkisini artırır; antitiroid ilaçlar barbitüratlar ve karbamazepin ise azaltır.
- Diüretik ilaçlar digoksinin toksik etkisini artırır.
- Kafein, levodopanin antiparkinsonian etkisini artırır.
- Greyfurt suyunun antihistaminik ve kalsiyum antagonistleriyle etkileşime girerek ilaçların serum düzeyini yükseltir.
- Warfarin ve aspirinle sarımsağın birlikte kullanımı kanamaya neden olma ihtimalini etkiler.
- Teofilin ve sigaranın birlikte kullanımı, karaciğer enzimlerini indükleyerek teofilinin etkisini hızla azaltır (Duthie ve Katz 1998, Tunca 2006,).

Yaşlılarda Uygunsuz İlaç Kullanımı: Akılcı ilaç kullanımı sürecinin önemli bir bileşeni de tedaviye uyumdur. Tedaviye uyum sorunlarını belirleme ve çözmeden sorumlu sağlık profesyonelleri ise tedaviyi başlayan hekim, eczacı ve hemşireden oluşmaktadır (Özer ve Özdemir 2009).

Yaşlı hastalarda yan etkilerin önlenmesi için ilaç uyumunun sağlanması önemlidir. İlaç uyumu, yaşlı bireyin ilaç kullanımı ile ilgili sağlık profesyonellerinden aldığı bilgi ve önerilerin ilaç kullanım davranışlarıyla ne kadar uyduğunu ifade etmektedir (Beers ve Berkow 2000).

İlaç yan etkilerine daha duyarlı olan yaşlılar için bazı ilaçların kullanımı uygun değildir (Hanlon vd 2001). Beers kriterleri uygunsuz ilaçlar için kullanılmakta olan bir rehberdir. Beers kriterleri ilk olarak 1991 yılında yayınlanmıştır. Daha sonra 1997, 2003 ve 2012 yıllarında yenilenmiştir. Liste her koşulda ve spesifik durumda sakınılması gereken ilaçları içermektedir. 2015 yılında Beer's kriterlerinin yeniden gözden

geçirilerek yayınlanmıştır. 2015 yılı Beer's kriterlerinde ön planda böbrek fonksiyon bozukluğu olan yaşlılarda ilaç seçimi ve doz ayarlamasından bahsedilmiştir. Ayrıca ilaç-ilaç etkileşimi de ön plana çıkarılmıştır (Taşkın Şayir vd 2014, Tuna Doğrul vd 2016).

Bir çalışmada acile ilaç etkileşimi ile başvuran yaşlı hastaların sadece %3,6 sının kullandığı ilaçların Beers kriterlerinde yer aldığı tespit edilmiş ve bu çalışma Beers kriterlerinin yeterli olmadığını göstererek STOPP (Screening Tool of Older Person Prescription) olarak adlandırılan yeni bir kılavuz geliştirilmiştir. Uygunsuz ilaç kullanımını azaltmak için kullanılan STOPP kılavuzunun yaşlı hastalarda ilaçların yan etkilerinden kaçınmada Beers kriterlerine göre üstün olduğu görülmüştür (Taşkın Şayir vd 2014).

Yaşlı bireyin tedaviye uyumunu, kullanılan ilaç sayısının fazla olması, unutkanlık ve ihmal gibi faktörler olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlı bireyin ilaç tedavisine uyumunu sağlamak için kognitif durumu değerlendirilmeli, etkili iletişim kurulmalı, tedavinin yararı anlatılmalı ve ilaçlar konusunda eğitim verilmeli, yaşlıların aranıp kontrole çağrılmalı, kontrol sonuçları hakkında geri bildirim verilmeli, tedavide en az sayıda ilaç kullanılmalı ve ulaşılabilir olmalıdır (Özer ve Özdemir 2009, Aydos 2012).

Uygunsuz ilaç kullanımı riskini artıran nedenlerden biride hasta ile birden fazla hekimin ilgilenmesidir. Dolayısıyla, yaşlıların tüm ilaçla tedavisini hâkim olan bir hekimin kontrolü altında olması önemlidir. Ayrıca hasta bakıcıları arasında da iletişim olmalıdır. Yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanımını azaltmak için en etkili yol önlemdir. İlaç listesinin sürekli olarak değerlendirilmesi uygunsuz ilaçların kullanımını kontrol altına alır. Yaşlılarda sıklıkla kullanılan ve uygunsuz olabilecek ilaçlar; benzodiazepinler, antipsikotik ilaçlar, antikolinergik etkili ilaçlar ve steroid olmayan anti-enflamatuar ilaçlardır. Yaşlılarda daha az uygunsuz olabilecek ilaçlar ise glukoz düzenleyici ilaçlar sülfonilüreye bağlı hipoglisemi riskini arttırır (Şen 2012).

Yaşlıların ilaç kullanımına uyumunda hemşirenin rolü; yaşlı birey ve ailesinin ilaçların etkisi, kullanım şekli, saati, dozu ve yan etkileri konusundaki bilgisini değerlendirmelidir. Yapılan değerlendirmenin sonucunda her ilacın kullanım amacı, doğru dozu, zamanı ve dikkat edilmesi gereken noktaları belirtmelidir. Yaşlı bireyde anlama ve hafızaya ilişkin sorunlara yönelik ilaç saatini hatırlaması için çalar saat, sesli mesaj veya notlar kullanılabilir. İlaçları karıştırmaması ve yanlış dozda almasını önlemek amacıyla doğru ilacın doğru zaman ve doğru dozda almasını sağlamak için bölmeli kutular hazırlanabilir. Yaşlı birey ve ailesinin ilaçların nasıl kullanıldığı, etkileri, kullanım amacı ve yan etkileri konusunda eğitiminde hemşirelerin önemi büyüktür (Özer ve Özdemir 2009).

2.8.1.2. Yaşlılıkta akılcı ilaç kullanımı ve çoklu ilaç kullanımını azaltma ile ilgili temel ilkeler

Akılcı ilaç kullanımı; hastaya doğru tanının konması, değişik seçenekler içerisinde, etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, hastaya açık bilgiler vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimidir (De Vries vd 1997).

Çoklu ilaç kullanımı ve neden olacağı olası komplikasyonları azaltmak için akılcı ilaç kullanım ilkeleri;

1. Yaşlı hastaya ilaç önerilirken tedavi bireye özgü olmalı, o hastaya en uygun ilaç seçilmelidir.

2. Hastaya verilen ilaçlar, vitaminler, nutrisyonel destek ürünleri, bitkisel ilaçlar konusunda hasta ve bakıcıları bilgilendirilmeli.

3. Rasyonel farmakoterapi ilkeleri doğrultusunda hekimi tedavi hedeflerine ulaştırabilecek ilaç alternatifleri etkinlik (yeterli doz, süre), güvenlilik (yan etki, ilaç etkileşimleri), uygunluk (kontrendikasyonlar, saklama-kullanım kolaylığı) ve tedavi maliyeti açısından birbirleriyle karşılaştırılmalı ve en iyi seçenek belirlenmelidir.

4. Hasta tarafından alınan ilaçlar hekim tarafından kontrol edilmeli.

5. Verilen ilaçların sık görülen yan etkileri konusunda hasta ve bakıcılar eğitilmeli ve hangi durumlarda hekime başvurmaları konusunda bilgilendirilmelidir.

6. En az sayıda ilaçla yetinilmelidir. Tedavide az sayıda ama özellikleri iyi bilinen ilaçlar kullanılmalıdır.

7. İlaça mümkün olan en düşük dozda başlanmalıdır ve eğer gerekiyorsa ilacın dozu kontrollü olarak artırılmalıdır.

8. Hastanın tedaviye uyuncunu artırmak için ilaç tedavisi basitleştirilmelidir. İlaçların sıvı formülasyonları veya olanak varsa günde tek uygulamalı olanlar tercih edilmelidir.

9. Hekim ile hasta ve/veya bakıcıları arasında iyi bir iletişim olmalıdır.

10. Düzenli olarak tedavi gözden geçirilmeli ve gereksiz ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır. Yeni ilaç ilavesi hastanın yaşam kalitesini artırıyorsa tercih edilmelidir, yeni ilaçların yeni sorunlar yaratacağı unutulmamalıdır.

11. Tıbbi sorunlar olanaklar elverdiğince ilaçsız olarak tedavi edilmeye çalışılmalıdır.

12. Sedasyon yapan, sakinleştirici özelliği olan ilaçlar kişinin günlük yaşamındaki faaliyetlerini etkileyebileceği için dikkatle önerilmeli ve kullanılmalıdır.

13. Yan etkisi olabilecek ilaçlar mümkün olduğunca kısa sürede kullanılıp, kesilmelidir (Gökçe Kutsal 2006, Yeşil vd 2012).

2.8.2. Yanlış ilaç kullanımı

Yanlış ilaç kullanım nedenleri;

1. İlacın yanlış dozda ve yanlış zamanda alınması,
2. İlaçların son kullanma tarihinin kontrol edilmemesi ve buna bağlı olarak tarihi geçmiş ilaçların kullanılması,
3. Doğru kişiye reçete edilen ilacın aynı sorunlara sahip kişilere tavsiye edilmesi ve kullanılması,
4. İlaçların saklanma koşullarının uygun olmadığı için etkinliği azalmış ilaçların bilinçsiz kullanılmasıdır. Çoklu ilaç kullanımının ve sonucunda advers ilaç etkileşimlerinin sık görüldüğü yaşlı hastalarda yanlış ilaç kullanımının önlenmesi, güvenli ilaç kullanımının sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması için yaşlı bireye ve ailesine ilaçlara yönelik gerçekleştirilen eğitimlerin verilmesi önemlidir (Nash vd 2000). Yaşlı bireyler ve yakınları ilaçlarıyla ilgili eğitilmedikçe ilaçların yanlış kullanımı riski artmaktadır. 65 yaş ve üzeri dört kişiden birinde yanlış ilaç kullanımı olduğu bildirilmektedir (Güler 2011).

2.8.3. Reçetesiz ilaç kullanımı

İlaçların reçetesiz kullanımı; yan etkisi az olan, topikal yolla uygulanan veya oral yolla uygulandığı halde sistemik etkileri az olan ilaçların kullanımında önerilmektedir. Böylece bireyler hekime başvurmadan bazı sorunlarını kendi kendilerine tedavi edebilmekte, hem bireyin hem de hekimin zamanından tasarruf sağlanmaktadır. Ancak yaşlılarda; çoklu ilaç kullanımı, birden fazla kronik hastalığın bir arada bulunması ile farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler nedeniyle, reçetesiz ilaçlar ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Gökalp ve Mollaoğlu 2003). Reçetesiz olarak kullanılan ilaçların %40-60'ının analjezikler, laksatifler ve vitaminler olduğu belirtilmektedir (Gökçe Kutsal 2006, Oktay 2006).

Yaşlıların, alıştıkları ilaçlar hekim tarafından kesildiğinde, eski ilaçlarını reçetesiz olarak kullanmaya devam ettikleri; tedavinin sonunda hekime kontrole gitmeden kullandıkları ilaçları reçetesiz edindikleri; ya da heyet raporu olan ilaçlarını, rapor süresi dolduğunda yeni rapor çıkarılıncaya kadar reçetesiz edinmeye devam ettikleri bildirilmektedir (Özbek vd 2006).

2.9. Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı

Yaşlıların akılcı ilaç kullanımını etkileyen önemli faktörlerden biri sağlık okuryazarlığıdır. Kronik hastalıkların görülme sıklığının artması ve bu hastalıkların bireyler, sağlık sistemleri ve toplum üzerindeki olumsuz etkisi sonucu sağlık okuryazarlığının önemi gittikçe artmaktadır. Reçete okuyabilme, anlama ve hastaya özel tedavi talimatlarını uygulama sağlık okuryazarlığı kapsamına girmektedir (MacLaughlin vd 2005, Doyle vd. 2012). Yaşının eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktördür. Alkatheri ve Albekairy (2013)'in çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların ilaca uyumun olumlu etkilendiği ve yanlış ilaç kullanma oranının azaldığı belirtilmektedir.

Bireylerin toplumsal yaşama etkin olarak katılımlarını ve yaşam kalitelerini arttırmayı sağlayabilecek becerilerin başında okuryazarlık becerisi gelmektedir. Okuryazar olanlar, topluma ekonomik ve sosyal açıdan daha fazla katılım sağlayarak, günlük yaşam koşullarını daha iyi anlayıp, bunlar üzerinde daha fazla kontrol sağlayabilmektedir (Nutbeam 2008).

Değişen koşullar ve ihtiyaçların çeşitliliğinden dolayı okuryazarlık kavramının günümüze kadar çeşitli tanımları yapılmıştır (Güneş 1994). Okuryazarlık; bireylerin diğer kişileri anlamak ve onlarla iletişim kurmak için yeterli düzeyde okuma ve yazma becerisine sahip olması anlamına gelmektedir (Kanj ve Mitic 2009). UNESCO tarafından 1951 yılında yapılan eğitim istatistiklerinin uluslararası standartlaştırılmasıyla ilgili toplantısında okuryazar; "günlük yaşamı ile ilgili basit ve kısa bir cümleyi, anlayarak okuyup yazabilen kişidir" olarak tanımlanmıştır. Ancak bu tanımın dar bir bakış açısını yansıttığı için 1960 yılından sonra sürekli eğitim anlayışına yönelik bir okuma yazma kavramı olan fonksiyonel okuryazarlık gündeme getirilmiştir (Güneş 1994, Sorensen vd 2012). UNICEF fonksiyonel okuryazarlığı; "bireysel ve toplumsal gelişim için okuma, yazma ve hesap yapma ile ilgili bilgileri kullanma becerisidir" şeklinde tanımlamıştır (Güneş 1994, Sorensen vd 2012). UNESCO'nun okur-yazarlık tanımı; farklı türdeki yazılı ve basılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve işleme yeteneğidir ve bu yetenek bireylerin topluma tamamen katılımını sağlamakta, bilgisini ve gücünü geliştirerek kişisel hedeflerine ulaşmasına olanak vermekte ve sürekli öğrenmeyi içermektedir (UNESCO 2004).

Okuryazarlık ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, okuryazarlığı yalnızca okuma becerisi olarak ele almayıp, edinilen bilgiyi hayata geçirebilme olarak

ele almıştır (Aslantekin ve Yumrutaş 2014). Bireylerin, sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için sağlık durumunun bozulması sonucu uygun şekilde sağlık bilgisine ulaşmaları, anlamaları ve bu bilgiye uygun davranabilmeleri önem kazanmış, bu alanda yapılan çalışmalarla da sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı ortaya çıkmıştır (Nutbeam 1998).

Ottawa'da 1986 yılında toplanan "Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı" (International Conference on Health Promotion) sonunda yayınlanan "Ottawa Şartı"nda (Ottawa Charter) "sağlığı geliştirme" (health promotion) çalışmalarının yalnızca sağlık sektörünün çabasının yeterli olmadığı, çeşitli diğer sektörlerin de bu konuda desteğinin gereğinin önemi belirtilmiştir. Bu kapsamda bilim dünyası tarafından geliştirilen bilgilerin topluma iletilmesi gerekmektedir. İletişimin iki boyutu olduğundan hareketle, bir yandan bilgilerin topluma "anlaşılır" dille ve ulaşılabilir araçlarla iletilmesi, diğer taraftan da toplumun bu bilgilere ulaşabilmesi, anlaması, yorumlaması ve bu bilgiler ışığında uygun davranış geliştirmesi üzerinde durulmuştur. Bu noktada "sağlık okur-yazarlığı" (health literacy) kavramı öne çıkmıştır (WHO 2013).

Sağlık okuryazarlığı hem yeni hem de eski olan bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı terimi en az 30 yıldır sağlık literatüründe yer almaktadır (Nutbeam 2000). Sağlık okur-yazarlığı bir terim olarak ilk kez Scott Simonds tarafından 1974 yılında "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" adlı bir makalede kullanılmıştır (Selden vd 2000). Literatürde yaygın şekilde kullanımı ise Amerika'da 2003 yılında 16 yaş ve üzerindeki Amerikalı yetişkinler arasında yapılan Yetişkin Okur-Yazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) isimli çalışmadan sonra başlamıştır (Balçık vd 2014).

Literatürde sağlık okuryazarlığına ilişkin çeşitli tanımlar vardır ve hepsinin içerikleri benzerlik göstermektedir (Özdemir vd 2010). 1998 yılında Nutbeam'in Dünya Sağlık Örgütü adına hazırladığı "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü"nde (Health Promotion Glossary) sağlık okuryazarlığını, "bir bireyin, sağlık bilgisine ulaşması, bilgiyi anlaması ve kullanması için istek ve yetenek konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlamıştır (Nutbeam 1998). Amerikan Tıp Birliği (AMA) sağlık okuryazarlığını; "sağlık hizmetleri ortamında işlev görmek için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi" şeklinde açıklamıştır. Bu beceriler, bireylerin reçete edilen ilaçları, randevu fişlerini ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetlerini de içermektedir (AMA 1999). Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) ise bu kavramı "bireylerin uygun sağlık kararları almak için gerekli olan temel sağlık bilgi ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesi" olarak tanımlamaktadır (Sorenson vd 2012).

Tıp Enstitüsü Uzman Paneli sağlık okuryazarlığını dört kategoriye ayırmıştır. Bu kategoriler (Özdemir vd 2010):

- Kültürel ve kavramsal bilgi

- Konuşma ve dinleme becerilerini içeren sözlü okuryazarlık
- Yazma ve okuma becerilerini içeren yazılı okuryazarlık
- İşlemsel becerilerdir.

Birleşik Devletler Ulusal Tıp Kütüphanesi (NLM), sağlık okuryazarlığını "kişilerin uygun sağlık kararları almak için ihtiyaç duyulan temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi" olarak ifade etmektedir (Selden vd 2000).

Türkçede ise bu tanım, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011) tarafından yayınlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" şeklinde tanımlanmıştır.

Çoğunluğu 2005 yılından sonra olmak üzere 2012 Ağustos ayına kadar Pub-Med listesinde yaklaşık 5489 makale yer almış ve bu makalelerde sağlık okuryazarlığının tanımı, sağlık okur-yazarlığını ölçme araçları, sağlık okuryazarlık prevalansı, sağlık eğitimcilerin rolü, avukatlar için halk sağlığı okuryazarlığı, sağlık iletişimi, düşük gelir grubundaki kadınlarda sağlık okur-yazarlığı gibi konular ele alınmıştır (Sorensen vd 2012).

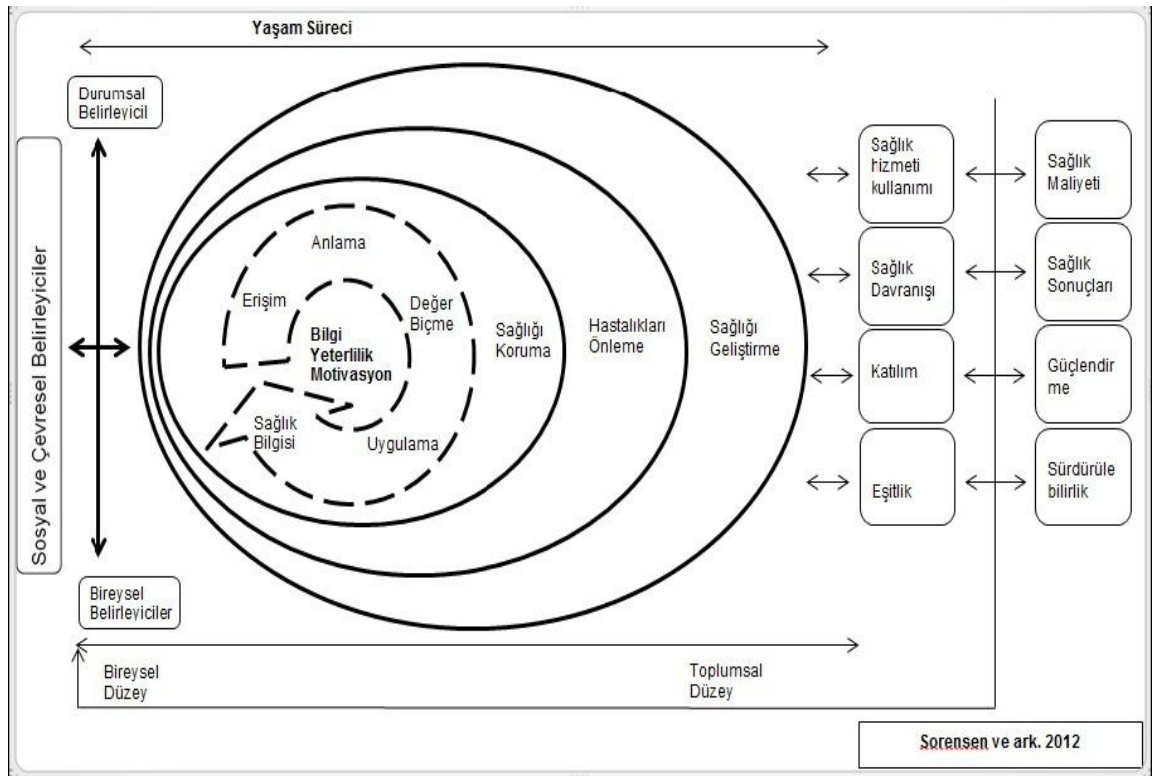
2012 yılında, halk sağlığı alanında çalışan Sorensen ve arkadaşları tarafından sağlık okuryazarlığına ait yapılan tanımları belirleme ve kavramsal çerçevelerini tanımlamak için sistematik bir literatür taraması yapılmıştır. İnceleme, sağlık okuryazarlığının 17 tanımı ve 12 kavramsal modeli ile sonuçlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili 17 tanımın içerik analizi yapılarak yeni bir tanım oluşturulmuştur. Sorensen vd (2012) sağlık okuryazarlığını "okur yazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla, gerekli sağlık bilgisine erişim, anlama ve değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik" şeklinde tanımlamışlardır.

2013 yılına gelindiğinde Dünya Sağlık Örgütü de genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yaparak sağlık okuryazarlığı tanımını şu şekilde yenilemiştir: "Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir" (WHO 2013).

2.9.1. Sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli

Sağlık okuryazarlığının ilk tanımlandığı günden, 2000'li yıllara kadar kavramsal modeliyle ilgili birçok öneri ortaya atılmıştır ve bunların çoğu, tanım ile örtüşmemektedir. Nutbeam 2000 yılında, 3 düzeyli bir model geliştirmiş ve sağlık okuryazarlığını; fonksiyonel okuryazarlık, interaktif okuryazarlık ve kritik okuryazarlık olarak derecelendirmiştir (Çopurlar ve Kartal 2016).

2000 yılından bu yana sağlık okuryazarlığı üzerine çok sayıda kavramsal yaklaşım geliştirilmiştir. Son olarak 2012 yılında, Sorensen ve arkadaşları tarafından, sağlık okuryazarlığına ilişkin kavramsal modellerin ana boyutlarını gözden geçirerek entegre bir SOY modeli önermişlerdir. İçerik analizine dayanarak sırasıyla salıkla ilgili bilgilere erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama ile ilgili yetkinlikleri göstermektedir (Sorensen vd 2012, Özkan ve Alkaya 2017).



Şekil 2.2 Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli (Sorensen vd 2012, Özkan ve Alkaya 2017).

Bu model sağlık okuryazarlığının temel öncüllerini ve sonuçlarını, sağlık okuryazarlığı etkileyen yakın ve uzak faktörleri göstermektedir (Sorensen vd 2012). Bu modelin merkezinde bilgi, yeterlilik ve motivasyon yer almaktadır. Modelin halkalarını erişim, anlama, değerlendirme, uygulama, sağlık bakımı, hastalıkları önleme ve

sağlığın geliştirilmesi oluşturmaktadır. Model bir bütün olarak değerlendirilirse, modelin özünü oluşturan yetkinliklerin sağlık bakımı, hastalıkları önleme, sağlığın geliştirilmesi alanlarına uygulandığı görülmektedir. Sağlık bilgilerinin kalitesine bağlı olan bu yetkinliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil etmekte ve Nutbeam tarafından önerilen fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı niteliklerini de kapsamaktadır. Sağlık okuryazarlığının kavramsal modelini sunan yayınların listelenmesi sonucu genel bakış açısından, iki durum ortaya çıkmıştır. Birincisi, sağlık okuryazarlığı çok boyutlu bir kavramdır ve farklı bileşenlerden oluşur. İkinci olarak, çoğu kavramsal model sadece sağlık okuryazarlığının temel bileşenlerini değil, aynı zamanda bir kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen bireysel ve sistem düzeyinde faktörleri ve sağlık okuryazarlığını sağlık sonuçlarına bağlayan yolları da tanımlamaktadır (Sorensen vd 2012).

2.9.2. Sağlık okuryazarlığının önemi

Genel olarak sağlığın temel belirleyicisi iyi eğitilmiş olmasıdır. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru alabilmesi, sağlık mesajlarını doğru anlaması ve uygulanması hem hastalıkların tedavisi hem de korunma bakımından önemlidir (Bilir 2014, Çopurlar ve Kartal 2016). Eğitim düzeyi düşük olan kişiler sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusundaki etkinliklere daha az katılırlar ve bu kişilerin hastalandıklarında tedaviye uyumları da daha düşüktür (Bilir 2014).

Avrupa Sağlık Okur-Yazarlığı Araştırması'nda bütün ülkelerde genel eğitim düzeyi arttıkça sağlık okur-yazarlığı puanının arttığı saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı puanı yüksek olan kişilerin sağlık düzeyleri de daha iyi olarak belirtilmiştir (Bilir 2014). Dişsiz ve Yılmaz (2016) tarafından yapılan çalışmada, kırsal alanda ve kasabada yaşayan ve eğitim düzeyi düşük bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan gruplar yaşlılar, göçmenler ve yoksul ailelerdir. Bu gruptaki bireylerin internet erişiminin artırılması, kaliteli sağlık bilgisinin online olarak sağlanması, internet kullanım becerilerinin geliştirilmesi, bu gruplara özel belirli projeler oluşturularak, toplum-sağlık profesyoneli ve politikacılar arasında iletişim stratejisi uygulanması ile sağlık okuryazarlığı oranı artırılabilir (Christmann 2005).

Sağlık okur-yazarlığı, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alan hastalar arasındaki iletişim esnasında birbirini daha iyi anlamaları açısından önemlidir. Hekim ile hastanın yüz yüze birlikte geçirdikleri süre kısıtlı olduğu için bu süre zarfında hastanın hekiminden aldığı bilgileri anlamalıdır. Günümüzde hastalar tedavi ve bakım kararına

katılmak istemektedirler bu ise hastaların sağlık okuryazarlığının yüksek olması ile gerçekleşmektedir (Balçık vd 2014).

Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen ve yetersiz sağlık okuryazarlığının etkisini destekleyen kanıtlar şu şekilde belirtilmektedir.

1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı; koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi bakıldığında, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin tarama testlerinin uygulanması açısından önemli bir engel olduğu görülmektedir. Örneğin meme kanseri tarama davranışlarından kendi kendine meme muayenesi ve mamografi yaptırmamanın düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Çopurlar ve Kartal 2016, Çetinkaya ve Yılmazel 2016).

2. Semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikme

3. Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik

4. Tıbbi öneri/talimatlara yerine getirmede yetersizlik

5. Öz-bakım yetersizliği

6. Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme; sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına yıllık %3,0-5,0 oranında ek maliyet getirmektedir.

7. Mortalite ve morbidite oranlarında artış

8. Kronik hastalık oranlarında artış; kronik hastalıkların oluşumunda sağlıkla ilgili olumsuz davranışlarının payı büyüktür. Küresel hastalık yükünün %47,0'sini oluşturan kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır (Çetinkaya ve Yılmazel 2016).

2.9.3. Sağlık okuryazarlığının düzeyleri

Sağlık okuryazarlığının düzeyleri genellikle geliştirilen ölçekler üzerinden tespit edilmek ile birlikte literatür de kavramsal yönden yaygın olarak kabul gören sınıflandırma Nutbeam (2000)'in sağlık okuryazarlığı düzeylerine yönelik sınıflandırmasıdır. Nutbeam, sağlık okuryazarlığının düzeyini tanımlarken bireysel davranışsal faktörlerden ziyade eğitim, sağlık ve toplum olmak üzere üç önemli faktör üzerinde durmuştur (Çiler Erdağ 2015, Eroğlu ve Oflaz 2017) .

Nutbeam'a göre sağlık okuryazarlığının üç düzeyi vardır. Bunlar;

1. İşlevsel (Fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı
2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı
3. Kritik sağlık okuryazarlığıdır.

2.9.3.1. İşlevsel (Fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının en düşük seviyesidir. Yeterli temel okuma ve yazma becerilerini günlük durumlarda etkin olarak kullanabilme durumunu ifade eder. Bireylerin sağlık risklerini bilme, sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuyabilme vb. sağlıkla ilgili okuma-yazma temel becerilerini kapsar. (Nutbeam 2000, Eroğlu ve Oflaz 2017).

2.9.3.2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı

Daha ileri bilişsel ve okuryazarlık becerisini ifade etmektedir. Günlük hayatta gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekler ile yer alabilme, bilgi sağlama ve farklı iletişim türlerinden anlam çıkarabilme şeklinde tanımlanabilir (Nutbeam 2000). Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen toplum koşullarında ve sağlık sisteminde yeni bilgileri kavrama ve bu bilgileri uygulama, gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir (Tözüm ve Sözmen 2014).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı, bilgi sağlama ve sosyal gruplarla etkileşim kurma konusunda bilgi ve motivasyonun yanı sıra bağımsız olarak hareket etme kapasitesi gibi kişisel beceriler ile karakterize edilir. İnteraktif sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik faaliyetler, kişisel ve sosyal beceri gelişiminin yanı sıra davranışsal sonuçlara odaklanarak bireysel fayda sağlayacaktır. İnteraktif sağlık okuryazarlığını geliştirmek için faaliyet örnekleri; okul sağlığı eğitimi programları, farklı grupların özel ihtiyaçları ile ilgili özel sağlık iletişimi (Nutbeam 2000).

2.9.3.3. Kritik (Eleştirel) sağlık okuryazarlığı

Bir üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içeren kritik sağlık okuryazarlığı, sosyal becerilerle birlikte, sağlık bilgisini eleştirel olarak analiz etmek ve bu bilgileri sağlık kararlarının verilmesinde kullanılan gelişmiş bilişsel becerileri tanımlar. Bu model dahilinde, sağlık eğitimi sadece kişisel sağlık riskleri hakkındaki bilginin iletimini değil, aynı zamanda sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerini de içermektedir. Kritik sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik örnek; toplum sağlığının gelişimini sağlamak için teknik destek verilmesidir (örneğin; çocuklar için güvenli oyun alanı, temiz gıda ve su temini), çözüm için politika geliştirme süreçlerine katılma, medyada çıkan sağlık haberlerini yorumlama becerilerini içerir (Nutbeam 2000, IOM 2004). Sağlık okuryazarlığı geliştirmesi için iki koşul vardır. Birincisi bireyleri güvenilir bilgi

kaynaklarına yönlendirerek ihtiyaçları doğrultusunda bilgi kaynağı hakkında eleştirel düşünmeyi sağlamaktır. İkincisi, hastaların seviyelerine göre bilgi hazırlamak ve onlara bilgiyi sunmaktır (Westra vd 2014).

Toplum ve sosyal faydalar açısından, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı nüfus sağlık programlarına katılımı artırır; interaktif sağlık okuryazarlığı, sosyal normları etkileme ve sosyal gruplarla etkileşim kurma kapasitesini artırır ve kritik sağlık okuryazarlığı, toplumun güçlendirilmesini geliştirir ve sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde hareket etme kapasitesini artırır (Nutbeam 2000).

2.9.4. Sağlık Okuryazarlığının Ölçüm Araçları

Sağlık okuryazarlığının tanımı ile ilgili devam eden tartışmalar göz önünde bulundurulduğunda, sağlık okuryazarlığının en iyi nasıl ölçülebileceği konusunda önemli tartışmaların olması şaşırtıcı değildir. Farklı nüfuslara uygulanabilecek “evrensel” bir sağlık okuryazarlığı ölçüsü geliştirilememiştir (Haun vd 2014). Sağlık okuryazarlığı soyut bir kavram olarak algılsa da sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için çok çeşitli araçlar ve yöntemler geliştirilmiştir (Bilir 2014). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklı yöntemlerle ölçülmesinin nedeni araştırmaların değişik ülkelerde ve kültürlerde, farklı yaş gruplarında ve farklı hasta gruplarında yapılmış olması sayılabilir (Tözün ve Sözmen 2014). Geliştirilen ölçekler genellikle sağlık kurumlarına başvuru ve kurumdaki izleyeceği yolu anlama, tıbbi formları, okuma, anlama ve doldurma, ilaçlarla ilgili talimatları ve sağlık çalışanlarını anlama ve kontrole gelme ile ilgili bilgileri anlama gibi konular sorgulanmaktadır (Chew vd 2004). Bu ölçeklerin farklı sınırlılıkları vardır ve sağlık okuryazarlık düzeyini belirleyecek kapsamlı ve uygulanabilir geçerli ölçümlere ihtiyaç duyulmaktadır (Mancuso 2009). Sağlık okuryazarlığı araştırmalarında sıklıkla kullanılan ölçeklerden bazılarına yer verilmiştir.

2.9.4.1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)

Ölçek 66 tıbbi kelime içeren bir kelime tanıma testidir. Tıbbi terimler karmaşıklığına, hece sayısına ve telaffuz zorluğuna göre sıralanır ve hastaların sesli bir şekilde kelimeleri doğru telaffuz etmesi beklenir (Weiss, 2003). Doğru okunan kelime sayısına göre test sonucu; 0-18 (3. ve altındaki dereceler) ve 19-44 (4 ile 6. derece) düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, 45-60 (7-8. Derece) sınırlı sağlık okuryazarlığı, 61-66 (9. Derece) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi şeklinde skorlanmaktadır. REALM sadece İngilizce olarak geliştirilmiştir. İspanyolca bir versiyon mümkün değildir, çünkü

telaffuzlara dayalı okuma testleri İspanyolca'da geçerli değildir minimal eğitim ile personel tarafından 3 dakikadan kısa sürede yönetilebilir ve puanlanabilir, böylece klinik ortamlarda kullanımı avantaj sağlamaktadır (IOM 2004).

2.9.4.2. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA-Test of Functional Health Literacy in Adults)

İki aşamadan oluşan ölçek 20-30 dk sürmektedir. Birinci bölümde, bireylere tıbbi bilgi verilir, bireyler bilgileri inceler ve bu bilgilere yönelik sorular sorulur, ikinci bölümde ise açık uçlu sorular verilir uygun kelimeleri seçeneklerden seçmesi istenmektedir. TOFHLA ölçeğinin güçlü yönü, bireyin sağlıkla ilişkili metinleri ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasının ölçülmesidir. Buna karşılık uygulama süresi uzun olması ve okuma yeteneğine dayanması gibi kısıtlılıkları mevcuttur (Çopurlar ve Kartal 2016). Okuduğunu anlama testlerine örnek olarak verilebilmektedir (Balçık vd 2014). Testin skorları; düşük (0-59), marginal (60-74) veya yeterli (75-100) sağlık okuryazarlığı düzeyleri şeklinde sınıflandırılmaktadır (Eroğlu ve Oflaz 2017). TOFHLA sağlık okuryazarlığı araştırmalarında yaygın olarak İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılmaktadır (Ownby vd 2013). REALM ve TOFHLA'nın içeriği tıbbi ortamlarda veya tıbbi ortamlarda bulunan materyallere odaklanmaktadır (IOM 2004). Genel sağlık okuryazarlığı değerlendirme araçları arasında, klinik tarama testleri TOFHLA ve REALM, ayakta tedavi kliniklerinde ve hastanelerde kullanılmaktadır ve fonksiyonel sağlık okuryazarlığına odaklanmaktadır. Çalışmaların çoğunluğu, ABD ve Avrupa ülkelerinde en yüksek bilimsel çıktısı olan kesitsel bir gözlemsel tasarım sunmuştur (Marques ve Lemos 2017).

2.9.4.3. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA-Short Test of Functional HealthLiteracy in Adults)

TOFHLA'nın uzun olması ve zaman alması nedeniyle kısaltılarak S-TOFHLA geliştirilmiştir. S-TOFHLA, okuma ve anlama düzeyini ölçen cümle tamamlama testidir. S-TOFHLA iki bölümden oluşmaktadır ve cümleler 36 tane boşluk doldurma içermektedir. Ölçeğin her bir boşluk doldurması için 0-1 puan verilmekte, ölçek toplam 36 puandan oluşmaktadır. Puanlamada ise; ölçekten 0-16 puan alanlar yetersiz, 17-22 düşük, 23-36 yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olarak kabul edilmektedir. S-TOFHLA'nın doldurma süresi 7-10 dakika arasında değişmektedir (Baker vd 1999, Oliveira vd 2014). İngilizce ve İspanyolcası mevcuttur (Tözün ve Sözman 2014).

2.9.4.4. En Yeni Yaşamsal İşaret (NVS-Newest Vital Sign)

Sağlık okuryazarlığını tahmin eden doğru, objektif, uygulanması kolay ve kabul edilen bir ölçektir. Uygulama için sadece 3 dakika gerekir. Problem çözme, okuma ve anlama becerilerini, soyut akıl yürütmeyi test etmektedir (Abdel Rahman 2014). 6 sorudan oluşan test, bireyin besin etiketini okuma ve anlamasını ölçmektedir (Özdemir vd 2010). Yetersiz sağlık okuryazarlığı olanları belirlemede yüksek duyarlılığa sahiptir. NVS'nin maksimum olası puanı 6, skor ≥ 4 yeterli okuryazarlığı göstermektedir (Abdel Rahman 2014). İngilizce ve İspanyolcası mevcuttur (Tözün ve Sözmen 2014). TOFHLA ile korelasyonu vardır. Özgünlüğü nedeniyle düşük sağlık okuryazarlığını olduğundan fazla gösterebilir. İyi ve sınırdaki sağlık okuryazarlığını çok iyi ayırt edemez (Çimen 2015).

2.9.4.5. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)

Avrupa sağlık okuryazarlığı anketi (HLS-EU) Avrupa'da sekiz Avrupa ülkesini kapsayan sağlık okuryazarlığı araştırmasında kullanılan ölçektir. "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012" nde kullanılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU), "HLS-EU" Konsorsiyumu tarafından hazırlanmıştır. Avrupa sağlık okuryazarlığı anketi (HLS-EU), sağlık süreçlerinde üç (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık hizmet sunumu) ve bilgiyi işleme süreçlerinde dört (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) alan üzerinden on iki boyutlu sağlık okuryazarlığı matrisi kullanılarak geliştirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre; (0-25) puan yetersiz, (>25-33) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde değerlendirilir (Eroğlu ve Oflaz 2017, Taş ve Akış 2016).

2.9.4.6. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Sezer (2014) sağlık okuryazarlığının belirlenmesinde yurt dışında kullanılan mevcut ölçeklerin kullanımlarının sınırlı olduğunu belirterek Türk toplumuna uygun daha kapsamlı sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. Bu amaç doğrultusunda sağlık okuryazarlığı ölçek maddeleri ile ilgili yurt içi ve yurt dışı literatür gözden geçirilerek kuramsal çerçeve belirlenmiş 58 maddelik havuz oluşturulmuştur. Güvenirlilik ve geçerlilik sonrası 23 maddelik yetişkin sağlık

okuryazarlığı ölçeği oluşturulmuştur. 22 soru sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru ve vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili şekil içeren ölçekte alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Sezer ve Kadioğlu 2014).

Bu ölçek araştırma kapsamında kullanılacak olup üçüncü bölümde kapsamlı biçimde ele alınmıştır.

2.9.5. Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları ile ilgili uygun kararları almak için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesidir (Adekoya Cole vd 2015). Sağlık okuryazarlığı yeterli olan hastalar sağlık hizmeti bilgilerini okuyabilir, anlayabilir ve hareket edebilirler. Çok sayıda çalışma, düşük sağlık okuryazarlığının daha kötü sağlık sonuçları ve daha yüksek yatış oranlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatürde sağlık okuryazarlığı ile ilişkili en yaygın sosyo-demografik özelliklerin eğitim düzeyi, yaş, etnik köken, coğrafi konum ve gelir olduğunu bildiren yetişkin sağlığı okuryazarlığı üzerine yapılan çok sayıda geniş ölçekli çalışmalar bulunmaktadır (Lam ve Yang 2014, Wong vd 2012, Wu vd 2017).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler, halkın sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesine yardımcı olacak şekilde tanımlanmalı ve değiştirilmelidir (Adekoya-Cole vd 2015). Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık, bireysel özellikler, hastalık ve sağlık sistemi ile ilgili önceki deneyimler gibi faktörlerin yanı sıra demografik, psikososyal ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir (Paasche Orlow ve Wolf 2007). Sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan kültürel faktörler, öncelikle bireylerin toplum üyeleri olarak edindikleri ortak fikirleri, anlamları ve değerleri ifade eder. Kültürel, sosyal ve aile etkileri, tutum ve inançların şekillenmesinde kritik öneme sahiptir. Bu şekilde, insanların sağlık sistemi ile nasıl etkileşimde bulunduğu ve farklı ortamlarda sağlık okuryazarlığı becerilerinin yeterliliğini belirlemeye yardımcı olur (IOM 2004). Kültürel faktörlerden etnik grup, göçmenlik ve dil farklılığı gibi etmenler bilgileri okumayı, yazmayı ve anlamayı engellemektedir (Chiarelli 2006).

Sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan demografik faktörler arasında; yaş ırk, cinsiyet, medeni durum, meslek, istihdam, gelir sayılmaktadır. İleri yaşlarda, siyah ırkta, kadınlarda, bekârlarda, eğitim ve gelir seviyesi düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşüktür (Balçık vd 2014). Bilgi sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları üzerindeki etkisini değiştirebilir. Bu davranışların sağlık bilgisi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Az eğitilmiş insanlar, sağlık bilgisi için ailelerine ve arkadaşlarına güvenme eğiliminde

olurlar. Yüksek öğrenimli kişiler, sağlık profesyonelleri, internet ve gazeteler gibi daha fazla kaynağa başvurma eğilimindedirler. Çaylan vd (2017)' nin yapılan çalışmasında sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler incelenerek, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasına neden olan etkenler olarak düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesi olduğu saptanmıştır (Çaylan vd 2017)

Bireysel özellikler açısından sağlık okuryazarlığı yaş, ırk, cinsiyet ve kültürel geçmişe dayanarak değerlendirilebilir. Azalan görme keskinliği, bilgiyi işleme yeteneğinin azalması, bellek ve akıl yürütmede zayıflama, işitme keskinliğinde azalma ve sözel yeteneğin azalması düşük sağlık okuryazarlığına neden olan bireysel faktörlerdir (Sorensen 2012).

Sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi olan psikosozal faktörler; öz yeterlilik davranışı (diyet, egzersiz, ilaç tedavisi ve sigarayı bırakma gibi belirli bir işi gerçekleştirme yeteneği), sosyal destek, hastalık bilgisi, randevu katılımı, sosyal utanç ile sağlık bilgisi ve anlayışı gibi konuları içermektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı olan hastaların sağlık problemlerini yönetirken psikosozal zorluklarla karşılaşması muhtemeldir. Bu bireyleri yardım almaya teşvik etmek için sağlık çalışanlarının düşük sağlık okuryazarlığı olan hastaların psikosozal özelliklerinin farkında olmaları gerekmektedir. Bu bireyler hem öz-yeterliliklerini hem de tıbbi durumlarını anlamalarını sağlamak için davranışsal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Ussher vd 2010). Düşük sağlık okuryazarlığı riski taşıyan topluluklara hizmet veren sağlık hizmeti çalışanları, sağlık okuryazarlığını geliştirmek için ek destek ve stratejiler hedefleyebilir ve uygulayabilir. Örneğin, bireylerin sağlık bilgilerine erişimini arttırmak, sağlık eğitimcileri ile hasta danışmanlığı sunmak ve sağlık bilgilerinin anlaşılmasını sağlamak için yalın bir dil kullanmak gerekmektedir (Wu vd 2017).

Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıkla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Temel okuryazarlık, çok çeşitli bilişsel, davranışsal ve toplumsal becerileri ve yetenekleri etkiler (Sorensen 2012). Okuryazarlık, bireylerin sağlık bilgilerini ve endişelerini anlamalarını ve iletmelerini sağlayan becerileri sağlar. Okuryazarlık bir dizi okuma, yazma, temel matematik, konuşma ve anlama becerileri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireyin okuryazarlık becerileri ve yetenekleri ile sağlık bağlamı arasındaki köprüdür (IOM 2004).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını etkiler ve böylece sağlık sonuçlarına ve toplumdaki sağlık maliyetlerine de etki eder. Bireysel düzeyde, düşük sağlık okuryazarlığı nedeniyle etkisiz iletişim; hatalara, düşük kaliteye ve sağlık hizmetlerinin hasta güvenliği için risklere yol açacaktır.

Pek çok ampirik çalışma, sağlık okuryazarlığının yetersizliği ve kötü sağlık sonuçları arasında önemli ilişkiler kurmuştur. Örneğin, düşük sağlık okuryazarlığı

düzeyi, tanıları, tedaviyi ve reçeteli ilaç etiket talimatlarını anlama olasılığının azalmasıyla ilişkilidir (Davis vd 2009, Williams vd 1995). Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin kanser tarama testleri de dahil olmak üzere koruyucu bakım hizmetlerinin kullanılmasının gereklilikleri ve yararları konusunda daha az anlayışa sahip olduklarını göstermektedir (Lindau vd 2002).

Sağlık okuryazarlığının ilerletilmesi giderek daha fazla özerkliğe ve kişisel güce olanak sağlayacaktır ve sağlık okuryazarlığı süreci, bireyin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik geliştirilmesinin bir parçası olarak görülebilir. Sonuç olarak, düşük sağlık okuryazarlığı, kişileri daha becerikli olmaya (yani kişisel sağlık okuryazarlığını arttırmaya) ve görev veya durumu daha az zorlayıcı hale getirmeye yani, “sistemin okunabilirliğini” geliştirmeye eğitilerek engellenebilir (Sorensen 2012).

2.9.6. Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilaç kullanımı

Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmeti sunumunun ve sonuçlarının iyileştirilmesi için önemli bir ulusal öncelik ve halk sağlığı sorunudur (Mosher vd 2012, Kay ve Al Assaf, 2006). Sağlık okuryazarlığı, “bireylerin, uygun sağlık kararlarını vermek için gerekli temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” olarak tanımlanmıştır (Geboers vd 2016).

Bir kişinin sağlık okuryazarlığı, temel okuryazarlık becerileri, sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve sağlık sisteminde karşılaşılan zorluklar gibi bir dizi faktörden etkilenir. Çoğu insan yaşamlarında bir noktada sağlık bilgilerini anlamakta güçlük çeker (USDHHS 2010). 65 yaşın üzerindeki yetişkinler, genç yaş gruplarına kıyasla en düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin 55 yaşından itibaren hızla düştüğü bulunmuştur (Speros 2009, Kutner 2006). Yaşlı yetişkinler sağlık okuryazarlığı konusunda özellikle savunmasız bir gruptur (Geboers vd 2016). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, yaşlı yetişkinler için önemli bir konudur (Speros 2009). Sağlık okuryazarlığı düşük olan yaşlı bireylerin sağlık durumunu anlamada yetersiz kaldıkları, sağlıkla ilgili bilgi azlığı, tedavi ve teşhise yönelik direktifleri anlamada zorluk çekme, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı, kötü kronik hastalık yönetimi, semptomatik dönemde sağlık hizmeti almakta geciktikleri ve öz bakım yönetim becerisinde başarısız oldukları ayrıca, acil servis ve diğer sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları dolayısıyla sağlık bakım maliyetinde yükselme ve mortalitede artışa neden olduğu belirtilmektedir (USDHHS 2010, Yılmaz ve Çetinkaya 2016, Mosher vd 2012, Kobayashi 2016 Geboers vd 2016).

Ayrıca, e-okuryazarlık (bilgisayar ve internet okuryazarlığı) becerileri, yaşlı bireyler arasında daha düşüktür. Özürlülük, hastalık veya bozukluklar, teknolojinin

kullanımını zorlaştırabilir. Bu dijital uçurum, sağlık iletişimi ve sağlık hizmetlerine erişim giderek daha fazla çevrimiçi hale getirildiği için yaşlı yetişkinlerin dezavantajlı olması muhtemeldir, bu nedenle teknoloji değişikçe sağlık okuryazarlığı becerileri için gereken şartlar da vardır. E-okuryazarlık dahil olmak üzere, okuryazarlık da dahil olmak üzere, zayıf okuryazarlık becerileri, evrim geçiren sağlık sisteminde etkili bir şekilde yönetme becerisini doğrudan etkileyebilir (PHE 2015).

Dünyada yetişkin bireylerin %16 sı düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindedir (Çimen ve Bayık Temel 2016). Sekiz Avrupa ülkesinde geniş çaplı bir sağlık okuryazarlığı araştırması, Avrupalı yetişkinlerin %47'sinin sağlık okuryazarlığının düşük olduğunu, yani sağlıkla ilgili görev ve durumlarda önemli problemleri olduğunu tahmin etmektedir (Geboers vd 2016). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaşlı yetişkinleri orantısız olarak etkilemektedir. Yaşlı bireyler Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) en hızlı büyüyen kesimdir. 2030 yılına kadar ABD nüfusunun % 20'sinin 65 ya da daha büyük olacağı tahmin edilmektedir. 2003 Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi, 65 yaş ve üstü yetişkinlerin sadece %3'ünün sağlık okuryazarlığı becerilerinde yeterli olduğunu ortaya koymuştur (Speros 2009). Ulusal okuryazarlık anketleri, Kuzey Amerika'da 65 yaşın üzerindeki yetişkinlerin %70'inden fazlasının sağlık sistemleriyle başarılı etkileşimler için gerekli temel sağlık okuryazarlığı becerilerinden yoksun olduğunu göstermektedir (Kobayashi 2016).

Ülkemizde Çaylan, Yayla, Öztora ve Dağdeviren (2017)'in Yetişkin Sağlığı Okuryazarlığı Ölçümü anketini kullanarak yaptıkları çalışmada yaş ortalamaları 39.42 olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalama puanı 13,26 olup sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli düzeyde bulunmuştur. Medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalıklara yakalanma faktörleri (sigara içme durumu, alkol tüketimi, diyet durumu) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tanrıöver vd (2014) Türkiyede erişkin nüfusun sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için gerçekleştirdikleri çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı oranının %24,5 olduğu bildirmiştir. Özdemir vd (2010)' nin çalışmalarında birinci basamakta sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadınlar, düşük gelirli, ilkokul mezunu ve yaşlılar arasında daha düşük olduğu bulunmuştur. Okyay, Abacıgil ve Harlak (2016), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması kapsamında geliştirdikleri Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)' ni 400 katılımcıya uygulayarak yürüttükleri çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi 65-83 yaştaki bireylerin %64,1'i yetersiz, %26,4'ü problemliler olarak saptanmıştır.

Yaşlı bireyler, kronik hastalıklar yönetimi ile ilişkili karmaşıklıklar, bilişsel, fiziksel, duyuşsal yeteneklerdeki değişiklikler nedeniyle düşük sağlık okuryazarlığından etkilenmektedir (Speros 2009).

Yaşlanma ile ilişkili fonksiyonel sağlık okuryazarlığının azalmasında bilişsel yaşlanmanın rol oynadığı düşünülmektedir (Sofi vd 2011, Thomas 2011). Anlama, problem çözme, karşılaştırma ve karşıtlık, akıl yürütme, hesaplama, uyarılma ve sentezleme, sağlık okuryazarlığı için gerekli olan bilişsel süreçlerdir ve yetişkinlik döneminin başlarında yaşlanma sırasında hafif düşüşe uğrayabilir. Bu nedenle, tıbbi ve sağlıkla ilgili bilgiler bağlamında kullanılmasını gerektiren sağlık okuryazarlığı testlerine ilişkin performans, yaşla birlikte düşebilir (Kobayashi 2016, Speros 2009). Sosyal katılım ve fiziksel aktivite gibi algıyı geliştirmeye veya sürdürmeye yardımcı olabilecek uygulamalar sağlık okuryazarlığı becerilerinin korunmasında yardımcı olabilir (Sofi vd 2011, Thomas 2011). Federman vd (2009)' nin çalışması yaşlı bireylerde bilişsel bozukluk ve sağlık okuryazarlığı arasındaki güçlü ilişkiyi desteklemektedir. Araştırmalar, bilişsel işlev bozukluğu olan yaşlı insanların sağlık okuryazarlığı müdahalelerine en fazla ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (PHE 2015).

Fiziksel ve / veya psikolojik faktörlerin çeşitliliği, yaşlı yetişkinin bilgiyi işleme, öğrenmeyi gösterme veya hedef davranışı benimseme yeteneğini etkilemektedir. Bu faktörlerin bazıları arasında depresyon, yorgunluk, stres, fiziksel yaşlanma, kronik hastalıklardan kaynaklanan fonksiyonel kısıtlamalar ve öğrenmeye yönelik motivasyon eksikliği yer almaktadır. Yaşlanma süreci, duysal ve kas-iskelet işlevinde değişikliklere neden olarak, yaşlı yetişkinin bağımsız olarak yaşayabilme ve kendi sağlık durumunu yönetme yeteneğini etkileyen birçok fiziksel zorluğa yol açmaktadır. Görme, işitme ve hareketlilikteki azalmalar, bireyin gerekli öz bakım uygulamalarını öğrenme ve benimseme yeteneğini doğrudan etkilemektedir (Speros 2009).

65 ve üstü yaş grubundaki nüfusun büyümesi, kronik hastalıkların prevalansının artmasına neden olmaktadır (Lee vd 2017). Sağlık Okuryazarlığı düzeyi yaşlılık döneminde, hipertansiyon, diyabet, kanser, kalp hastalığı, beyin damar hastalıkları, depresyon gibi kronik hastalıkların bakımını ve özyönetim becerisini etkiler (Nutbeam 2000, WHO 2007). Sınırlı sağlık okuryazarlığı becerisine sahip kişilerin kronik rahatsızlıklara sahip olma olasılıkları daha yüksektir ve bunları etkili bir şekilde yönetme kapasiteleri daha azdır (Williams vd 1998). Düşük sağlık okuryazarlığı, özellikle kronik rahatsızlığı olan kişilerde daha kötü sonuçlardan sorumlu olan tıbbi hatalar ve yan etkiler ile de ilişkilidir (IOM 2004). Kronik hastalıkları olan yaşlıları yönetmek ve kötüleşmeyi önlemek, komorbidite (eştanı) için birden fazla reçeteli ilaç almak da dâhil olmak üzere, öz-yönetimin ayrıntılı bir şekilde ele alınmasını gerektirir. Lee vd (2017) çalışmasında kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin, ilaç bilgisi ve ilaç uyumu ile anlamlı ilişkisi olduğunu göstermiştir. İlaç tedavisi yaşlı insanlar arasında günlük hayatın önemli bir parçasıdır ve kronik hastalıkları olan yaşlı kişilerde ilaç uyumunun zayıf olduğu bilinmektedir. Bu yaygın

uyuşmazlık, komplikasyonlar / advers olaylar, birey ve toplum için sağlık hizmetlerinin artması, bireysel ve aile üzerindeki etkiler, hastalar ve sağlık hizmeti veren sistemler için ciddi sonuçlar doğumaktadır. Bu nedenle, kronik hastalığı olan yaşlı kişilerde ilaç uyumu, terapötik başarıya katkıda bulunan önemli bir faktördür (Lee vd 2017, Martins vd 2017). Araştırma çalışmaları, düşük sağlık okuryazarlığı ve ilaç hatalarına yol açan reçeteli ilaçların yanlış anlaşılması arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Aslında, sağlık okuryazarlığı düşük olan yetişkinler, yeterli sağlık okuryazarlığı olan kişilere kıyasla daha ciddi ilaç hatalarına maruz kalmaktadır (Schillinger vd 2005). Düşük sağlık okuryazarlığı olan yaşlı hastalar, sağlık okuryazarlığına sahip hastalarla karşılaştırıldığında, hastalıkları için ilaçları nasıl kullanacakları konusunda daha az ilaç bilgisine sahiptir (Federman vd 2014). Bu nedenle, yaşlı bireyler ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi bilmek önemlidir, bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, yaşlanmanın özelliklerine uygun olarak ve onu etkileyen faktörleri dikkate alarak, ilaç uyumunu destekleyen girişimlerde bulunmalıdırlar (Martins vd 2017). Mosher vd (2012)'nin çalışmasında yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile ilaç bilgisini değerlendirmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile ilaç isimleri ve ilaç kullanım amaçları hakkındaki bilgileri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Düşük sağlık okuryazarlığı, reçeteli talimatların ve uyarı etiketlerinin yanlış anlaşılması yoluyla advers olayların insidansının artmasına yol açmaktadır (Davis vd 2006).

Düşük sağlık okuryazarlığının, ilaç tedavisine uyumu üzerindeki etkisi, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Hasta Bilgilendirme ve Eğitim Ulusal Konseyi tarafından ilaçlara uyumu geliştirmek için 10 öncelikten biri olarak tanımlanmıştır (Martins vd 2017). Daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi, ilaç uyumunu artırabilir, çünkü daha iyi algılanan sağlık durumu, görme sorunu olmayan ve ilaç tedavisinde yardım almayan yaşlı hastalar, daha iyi bir öz-kontrol ve kronik hastalığa karşı daha olumlu inançlara sahip olabilirler, dolayısıyla bu durum ilaç uyumunu güçlendirmektedir (Kang vd 2015, Wong vd 2014).

Wolf, sağlık okuryazarlığının eksikliğinin bir iletişim sorunu olarak kabul edildiğini ve bireylerin sağlıkla ilgili kararları doğru bir şekilde verebilmelerini sağlayacak şekilde bilgi sunmaya sürekli ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (Wolf vd 2012). Sonuç olarak, bireylerin kendilerine sunulan bilgileri nasıl işlediğini bilmek önemlidir. Epidemiyolojik araştırmalar, beş yetiştikten birinin, kişisel sağlıklarını yönetmek ve ilaçların kullanımını dahil günlük görevleri yerine getirmek için bilişsel ve psikososyal becerilerden yoksun olduğunu göstermiştir. En büyük riskler 60 yaşın üzerindeki kişilerde, eğitim seviyesi düşük, ırksal/etnik azınlıklarda ve çoklu morbiditeleri olanlarda görüldüğü belirtilmektedir (Kutner vd 2006).

2.9.7. Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde hemşirenin rolü

Yaşlı bireylerin sağlığının yönetiminde daha aktif bir rol oynaması istenmektedir, ancak düşük sağlık okuryazarlığı bu popülasyonda yaygındır ve sağlık faaliyetlerine katılımın önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı becerilerini kolaylaştırmanın yolları aranmalıdır (Matthews vd 2012).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimini teşvik ederek bireylerin kendi sağlıklarını, ailelerinin ve toplumun sağlığı hakkında bilinçli seçimler yapabilmeleri için bir ön şarttır. Bu nedenle, hemşirelik bakımı, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını iyileştirilmesi için temel araçlardan biridir. Yaşam boyu gelişim açısından bakıldığında, “sağlıklı yaşlanma” kişinin vücudunun iyi işleyişi, hastalıkların yokluğu, bilişsel yeteneklerin korunması ve aktif yaşam tarzı anlamına gelir. Sağlık eğitimi kesinlikle yaşlanma kalitesine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Hemşireler, yaşlı bireylere fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sigara ve diğer sağlıksız alışkanlıkların yokluğunu içeren sağlıklı bir yaşam tarzı hakkında tavsiyelerde bulunmalıdırlar (Kolar vd 2017).

Lee vd (2017)'nin çalışmaları sağlık okuryazarlığının rolünün önemli olduğunu ve sağlık okuryazarlığının, kronik hastalığı olan yaşlı insanlarda ilaç tedavi uyumu etkileyen önemli bir faktör olabileceğini doğrulamaktadır. Bulgular, hemşirelerin yaşlı hastaların kronik hastalık şiddeti, fonksiyonel durumu, görme yeteneği ve işitme kaybı dahil olmak üzere yaşlanmaya bağlı fiziksel işlev değişikliğini dikkatlice değerlendirmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca bu sonuçlar, toplumda sağlık okuryazarlığı becerilerinin güçlendirilmesi yoluyla ilaçların uyumluluğunu arttırmak için yaşlı nüfusla düzenli olarak iletişim kurulabilmesi ve/veya hemşireler tarafından yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Bununla birlikte, hemşireler yaşlı bireyler için sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ilaç uyumunu geliştiren eğitim programını planlamalıdırlar (Lee vd 2017).

Hemşireler yaşlıların önceki yaşam deneyimlerine dayanan benzer örnekler kullanarak sağlık okuryazarlığının artmasını destekleyebilir. Yaşlıların yaşam süresi boyunca edindiği bilgi, sorun çözmede kullanılarak bilişsel bir temel sağlar (Park ve Gutches 2000). Hastalara öğrenmesi gereken konu hakkında ne bildikleri ve yeni bilgi veya beceri ile ilgili yaşam deneyimlerinin neler olduğu sorulmalıdır. Örneğin, yeni diyabet tanısı konan yaşlı bir hastaya, ailesinde ya da arkadaşlarında diyabetle yaşamını iyi sürdüren kişiler olup olmadığı sorulmalıdır. Daha sonra bu bireylerin kendi hastalıklarını yönetme ve yaşamında neler yaptıklarına ilişkin gözlemlerini tanımlaması istenebilir. Hemşire bu gözlemleri eğitimle ilişkilendirebilir, herhangi bir yanlış bilgi varsa düzeltebilir ve yaşlı bireyin deneyimleri üzerine yeni beceriler öğretebilir (Speros 2009).

Yaşlı bireylerin sağlık bilgisini anlayabileceği ve kullanabileceği bir şekilde iletişim kurmak, hemşirenin profesyonel, etik ve yasal sorumluluğudur. Yine de birçok hemşire, yaşlı hastanın özel öğrenme ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılamak için rutin hasta eğitim yöntemleri uyarlanan gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek için hemşirenin yaşa uygun, amaca yönelik, her bireyin özel ihtiyaçlarını karşılamak için eğitim stratejileri planlanmalı ve hedeflemelidir. Eğitim uygulamaları, yaşlı bireylerin bağımsızlığını ve başarısını artırmak için bilişsel, duysal ve yaşlanmanın bedensel etkilerini telafi edecek şekilde tasarlanmalıdır. Yaşlı bireyler için eğitim stratejilerinde şunlar yer alır;

- Yaşlıya saygı, kabul ve desteği yansıtan bir yaklaşımda bulunulmalı ve güven verici bir karşılama ortamı oluşturulmalıdır (Cornett 2006).
- Eğitim saatleri, yaşlının enerji seviyelerinin yüksek olduğu sabah saatlerine planlanmalıdır. Uzun eğitim saatleri yaşlı bireyin yorulmasına neden olacağından farklı günlerde kısa eğitim programları uygulanmalıdır.
- Yaşlı ile iletişim sürecinde dikkat dağıtıcıları en aza indirerek, yaşlı bireyin yapması gerekenleri içerecek şekilde öz bilgi verilmeli ve aşırı bilgilendirmeden kaçınılmalıdır. Ayrıca verilen bilgiyi tekrar etmek hatırlamayı artırır.
- Yaşlı ile yavaş şekilde konuşarak ve göz teması sağlanarak iletişim kurulmalıdır.
- Yaşlı ile konuşurken anlayabileceği, açık ve net, kısa ve tıbbi olmayan bir dil kullanılmalıdır. Yaşlı kuşağın değer, inanış ve geleneklere duyarlı ve saygılı davranılmalıdır.
- Anlaşılrlığı artırmak ve sonraki hatırlamaları sağlamak için resim çizilir ya da gösterilmelidir.
- Anlamayı değerlendirmede etkili bir yol olan geri bildirim tekniği “geri eğitim” ya da “bana göster” yaklaşımı kullanılarak daha önce yapılan eğitimin yeterli olup olmadığını göstermesini ister (ilaçlarını nasıl aldığını tekrarlamasını istemek gibi).
- Yaşlı bireylerin yazılı bilgileri evlerinde sıklıkla kullandıkları alanlarda telefonun yanında, yatağın başucundaki sehpa ya da buzdolabı üzerine yerleştirmeleri söylenir (Speros 2009).

2.10. Hipotezler

Çalışmamızın hipotezleri şunlardır:

H1. Yaşlı bireylerin sosyo demografik özellikleri ilaç kullanımı konusundaki bilgi durumunu etkiler.

H2. Yaşlı bireylerin sosyo demografik özellikleri ilaç kullanımı konusundaki davranış durumunu etkiler.

H3. Yaşlı bireylerin sağlık durumu özellikleri ilaç kullanımı konusundaki bilgi durumunu etkiler.

H4. Yaşlı bireylerin sağlık durumu özellikleri ilaç kullanımı konusundaki davranış durumunu etkiler.

H6. Yaşlı bireylerin sosyo demografik özellikleri sağlık okuryazarlığı düzeyini etkiler.

H7. Yaşlı bireylerin sağlık durumu özellikleri sağlık okuryazarlığı düzeyini etkiler.

H8. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ilaç kullanımı konusundaki bilgi durumu etkiler.

H9. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ilaç kullanımı konusundaki davranış durumu etkiler.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel araştırma tipinde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Merkezefendi ilçesi, 354 rakımda kurulu olup, batısında Gazi Mustafa Kemal Bulvarı, doğusunda 552. sokak ve kuzeyinde Kayalık Caddesi olmak üzere Denizli ilinin merkezinde yer almaktadır. Doğusunda ve kuzeyinde Pamukkale, batısında Sarayköy ve Babadağı, güneyinde Tavas ilçeleri bulunmaktadır. Merkezefendi İlçesine merkezdeki 42 mahalle, 2 belde ve 6 köy mahalle olarak bağlanmış ve Merkezefendi İlçesi sınırları içerisinde 50 mahalle oluşmuştur. İlçe yüzölçümü yaklaşık 28.242 hektardır (Merkezefendi bel. 2015). Merkezefendi ilçesinin 2016 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine (ADNKS)'ne göre toplam nüfusu 287.852 olup, Bahçelievler Mahallesi'nin 2016 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine (ADNKS)'ne göre toplam nüfusu 6185 ve 65 yaş ve üzeri nüfus 1218'dir. Albayrak Mahallesi'nin nüfusu ise 17.813'tür ve 65 ve üzeri nüfus sayısı 436 kişiden oluşmaktadır (WEB_7).

Araştırma Denizli ili Merkezefendi ilçesi, Bahçelievler Mahallesi'nde bulunan Şifa bul Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve Adalet mahallesinde bulunan Albayrak ASM' de yapılmıştır. Altı aile hekimliği bölgesinden oluşan Şifabul ASM' nde 6 aile hekimi, 6 ebe, 1 sağlık memuru, 2 hemşire ve 1 temizlik personeli ile 2 aile hekimliği bölgesinden oluşan Albayrak ASM' nde ise 2 aile hekimi, 2 ebe, 2 hemşire ve 1 temizlik personeli hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Denizli İli, Merkezefendi İlçesi Bahçelievler Mahallesi'nde bulunan Şifabul Aile Sağlığı Merkezi ve Adalet Mahallesi'nde bulunan Albayrak Aile Sağlığı Merkezi'ne kesin kayıtlı olan 65 yaş ve üstü toplam 1654 kişi oluşturmaktadır.

Şifabul Aile Sağlığı Merkezi 6 aile hekimliği bölgesinden oluşmakta ve 1218 yaşlı bireye hizmet vermektedir. Albayrak Aile Sağlığı Merkezi ise 2 aile hekimliği bölgesinden oluşmakta ve 436 yaşlı bireye hizmet vermektedir. Aile hekimliği bölgelerinin yaşlı nüfusu Tablo 1'de verilmiştir.

Örneklem seçimi evrendeki birey sayısı bilindiği için evreni bilinen örneklem yöntemi ile belirlenmiştir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2005, 2009). Örnek büyüklüğünü belirlemede toplumumuzdaki yaşlı bireylerde ilaç kullanımına uyum sorunlarını yaşama oranı % 83 (Özbek vd 2006) kullanılarak $n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$ formülünden yararlanılmıştır (Sümbüloğlu 2005). Alfa (0.05) sonsuz serbestlik derecesindeki t değeri olan 1.96 alınmış ve sapma miktarı $d = 0.04$ seçilmiştir.

N: Hedef kitledeki kişi sayısı

n: Örneklem alınacak kişi sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası

Evren 1654 olarak tespit edilmiş olup örneklem bu sayı üzerinden hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamada; $n = \frac{1654 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,83 \cdot 0,17}{(0,04)^2 \cdot (1654-1) + (1,96)^2 \cdot 0,83 \cdot 0,17} = 281,3$ bulunmuş ve örnek büyüklüğü 282 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya alınacak örneklem sayısı belirlendikten sonra, örneklemin özelliklerinin evreni daha iyi temsil edebilmesi için aile hekimi bölgelerine göre tabakalı örneklem yöntemi tercih edilmiştir. Aile hekimlerine kayıtlı 65 yaş ve üstü yaşlı nüfusuna ağırlıklı olarak tabakalı rastgele örneklem yöntemi izlenerek her aile hekimliği bölgesinden kaç bireyin örneklem alınacağı belirlenmiştir. Araştırmanın örnekleme, herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezine başvuran, örneklem kriterlerini taşıyan yaşlılar arasından olasılıksız yöntemle seçilen 280 kişi oluşturmuştur.

Tablo 3.1 Örnekleme alınan yaşlı bireylerin aile hekimleri bölgelerine göre dağılımı

	Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	Aile Hekimi Bölgesi	Aile Hekimi 65 yaş ve üstü nüfusu	Örneklem
Merkezefendi Toplum Sağlığı Merkezi	Şifabul ASM	1 nolu AH	340	58
		2 nolu AH	181	31
		3 nolu AH	212	36
		4 nolu AH	217	37
		5 nolu AH	216	37
		6 nolu AH	52	9
	Albayrak ASM	1 nolu AH	258	44
		2 nolu AH	178	30
Toplam			1654	282

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Verilerin toplanması için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul'undan 02.08.2016 tarih ve 15 sayısı ile yazılı izin (Ek-2), araştırmanın yürütülebilmesi için Denizli Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı kurum izni (Ek-1) alınmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan bireylere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözel/yazılı onamları (Ek-5) alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; **ilaç kullanım konusundaki bilgi ve davranış özellikleri** (yaşlı bireylerin kullandığı ilaç sayısı, yaşlıların reçeteli-reçetesiz (başkalarının önerisiyle) ilaç kullanma durumları, ilaçların kullanım amacını bilme, yan etkilerini bilme, prospektüs okuma, düzenli kullanma, uygun sürede ve uygun dozda kullanma, doktora danışmadan kullandığı ilacı bırakma durumu), **sağlık okuryazarlık düzeyi**.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; **sosyodemografik özellikler** (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aylık gelir, algılanan gelir durumu, birlikte yaşadığı kişi, sağlık güvencesi), yaşlıların **sağlık durumu özellikleri** (algılanan sağlık durumu, kronik hastalık sayısı), **sağlık okuryazarlık düzeyi**

3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- En az 3 aydır ilaç kullanması,
- Okur- yazar olması,
- İletişim kurmada problemi olmaması (Alzheimer, demans, konuşma ve işitme problemi olmayan),
- İlacını kendisi alıyor olması (yalnız ya da eşi ve/veya çocuklarıyla yaşayan),
- Mini Mental Test puanının 23'ün altı olması,
- Herhangi bir kronik hastalığının olması.

3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Hazırlanan anket formlarının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla Gümüşler Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri 10 yaşlı birey ile ev ortamında yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda yaşlıların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını belirleme formunda bazı ifadeler yeniden düzenlenmiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Eylül 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan ve yaşlıların tanıtıcı özelliklerini belirleyen Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlık Durumu Tanılama Formu (Ek-6), Yaşlıların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarını Belirleme Formu (Ek-7) ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-8) kullanılmıştır. Ayrıca araştırmaya dahil edilecek bireylerin bilişsel durumunu değerlendirmek için Standardize Mini Mental Test (SMMT) (Ek-9) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından ASM' ye gelen yaşlı bireylerle yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Kullandığı ilaçları yanında getiren yaşlı bireylerin ilaçları incelenmiştir. İlaçları yanında olmayan yaşlıların yanlarında getirdikleri ilaç listeleri incelenmiştir. Ayrıca kullanılan ilaçlar aile hekimlerine sorularak doğrulanması sağlanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık bir hastada 25 dakika sürmüştür.

3.8.1. Veri Toplama Araçları

3.8.1.1 Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık durumu bilgi formu

Literatür doğrultusunda hazırlanan, 10 sorudan oluşan yaşlıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık durumu bilgi formunda, bireye özgü tanımlayıcı bilgiler (sosyo-demografik özellikler) ve sağlık durumu özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. Sosyo-demografik özellikler olarak; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı kişi olup olmadığına ilişkin bilgiler yer alırken, ekonomik durumu incelemek için düzenli aylık gelir, gelir düzeyi, gelir durumunu nasıl değerlendirdiği ve sağlık güvencesine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sağlık durumunu değerlendirmek için; kendi sağlığını nasıl algıladığı, son altı ay içinde hekime başvurup-başvurmadığı, kronik hastalık sayısı ve türüne ilişkin sorular yer almaktadır (Yüksel 2016,Çimen 2015,Solmaz 2008).

3.8.1.2. Yaşlıların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını belirleme formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bu formda, ilaç kullanım özellikleri, ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve davranış durumu ve ilaç kullanımında destek kaynakları ile ilgili 23 soru yer almaktadır (Yüksel 2016,Çimen 2015,Solmaz 2008).

3.8.1.3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Sezer ve Kadioğlu (2014) tarafından geliştirilmiştir. Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğini belirlemeye yönelik sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili toplam 22 madde ve 1 adet vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili şekli içermektedir. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin cronbach alpha katsayısı 0,77, test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0, 87 olarak bulunmuştur. Genel kapsam geçerliliği indeksi %90.71 olan ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. Faktör analizi sonucunda toplam varyansın % 60.68'ini açıklayan 8 faktörlü bir yapı ortaya çıkmasına karşın anlam bütünlüğü açısından ölçeğin tek boyutlu kullanımı önerilmektedir. Ölçekte yer alan soruların 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmelidir. Soruların puanlaması her soru tipi için ayrı ayrı yapılmıştır. Evet/hayır yanıt tipindeki sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıtta 1, yanlış yanıtta 0 puan verildi. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verildi. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verildi. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Sezer ve Kadioğlu 2014).

3.8.1.4. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Folstein vd (1975) tarafından geliştirilen ölçek, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren özelliktedir. Yönelim, kayıt, dikkat hesaplama, hatırlama, dil testleri ve yapılandırma bölümlerinden oluşmaktadır. Test yaşlı bireylerde, özellikle deliryum ya da demans durumlarının muayenesinde kısa süreli bilişsel değerlendirme amacına yönelik olarak geliştirilmiştir. Testte her soru "1" puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan "30" 'dur. Alınan puanlara göre; 0-12 "şiddetli", 13-22 "orta" ve 23-24 puan "hafif" düzeyde "bilişsel bozukluk var" olarak, 25-30 puan arası ise "bilişsel bozukluk yok" olarak değerlendirilmektedir (Güngen vd 2002) (Ek-8).

Türkçe (SMMT)'in geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve ark (2002) tarafından yapılmıştır. Folstein vd (1975) tarafından geliştirilen Mini Mental Test Molloy ve Standish (1997) tarafından oluşturulan standardize versiyon ve uygulama yönergesinin Türkçeye çeviri çalışması yapılarak bir Türkçe form elde edilmiştir. Çalışmada ölçeğin "geçerliliğine" yönelik olarak bilinen grup tekniği yanında duyarlılık

ve özgüllük incelemesi yapılmıştır. Değerlendirme sonucunda ölçeğin yüksek oranda duyarlılık (0.91) ve özgüllük (0.95) gösterdiği bulunmuştur (Güngen vd 2002). Pozitif (0.90) ve negatif (0.95) yordayıcılık değerleri ve kappa değeri ise (0.86) yüksek bulunmuştur. Ölçeğin “güvenilirliğinin” incelenmesinde görüşmeciler arası tutarlılık bakılmıştır. Bu amaçla ölçek iki ayrı görüşmeci tarafından 28 yaşlıya uygulanmıştır. Her iki uygulayıcıdan elde edilen toplam puanlar arasındaki korelasyon ($r:0.99$) ve kappa değeri (0.92) yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak SMMT'nin Türkçe standardize formunun bir tarama testi olarak hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir bir test olduğu saptanmıştır (Güngen vd 2002).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21.0) paket programı ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler sayı, yüzde olarak verilmiştir. Bağımsız kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlandığında gruplar arası farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi) ya da Tek yönlü Varyans Analizi (F), parametrik test varsayımları sağlanmadığında Mann-Whitney U testi (z) kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p<0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Aile hekimlerinin kayıtlarından yararlanılarak 65 yaş ve üstü yaşlı bireyler listelenerek belirlenen sayıda kişinin basit rastgele seçilmesi planlanmıştır. Fakat aile hekimlerinin kayıtları vermemesi nedeniyle herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireyler olasılıksız örneklem yöntemiyle araştırmaya alınmıştır. Sonuçlar yalnızca araştırmanın yapıldığı 2 Aile Sağlığı Merkezi bölgesi için geçerlidir, topluma genellenemez.

4. BULGULAR

65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları altı ana başlık altında sunulmuştur.

4.1. Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durumu özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. İlaç kullanım konusundaki bilgi ve davranış özelliklerine ilişkin bulgular

4.3. Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durumu özellikleri ile ilaç kullanım konusundaki bilgi ve davranış özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

4.4. Yaşlı Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyine ilişkin bulgular.

4.5. Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durumu özellikleri ile sağlık okuryazarlığının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

4.6. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilaç kullanım konusundaki bilgi ve davranış özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.

4.1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Yaş		
65-69	138	49,3
70-74	80	28,6
75-79	35	12,5
80 ve üzeri	27	9,6
Cinsiyet		
Kadın	126	45,0
Erkek	154	55,0
Eğitim Durumu		
Okuryazar	37	13,2
İlkokul	171	61,1
Ortaokul	20	7,1
Lise	26	9,3
Üniversite	26	9,3
Medeni Durum		
Evli	243	86,8
Dul	37	13,2
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	23	8,2
Eşi	111	39,6
Çocukları	32	11,4
Eşi ve Çocukları	118	42,1
Algılanan Gelir Düzeyi		
Gelirim giderimden az	62	22,1
Gelirim giderime eşit	200	71,4
Gelirim giderimden fazla	18	6,4
Sağlık Güvencesi		
Var	280	100
Yok	0	0
Toplam	280	100

Yaşlı bireylerin %49,3'ü 65-69 arası yaş grubunda, %55'i erkek, %61,1'i ilkokul mezunudur. Ayrıca yaşlı bireylerin %86,8'i evli, %42,1'i eşi ve çocukları ile %39,6'sı ise eşi ile birlikte yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin gelir durumlarına bakıldığında; %71,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %22,1'inin ise gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin tamamının (%100) sağlık güvencesinin olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 Yaşlı bireylerin sağlık durumu özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Algılanan Sağlık Durumu		
İyi	75	26,8
Orta	170	60,7
Kötü	35	12,5
Doktora Başvurma Durumu**		
Evet	229	81,8
Hayır	51	18,2
Kronik hastalık sayısı		
Bir	41	14,7
İki	74	26,4
Üç	83	29,6
Dört ve daha fazla	82	29,3
Var Olan Kronik Hastalıklar*		
Hipertansiyon	192	68,6
Diyabet	119	42,5
Koroner arter hastalığı	25	8,9
Beyin damar hastalığı	59	21,1
Romatizma	24	8,6
Guatr	25	8,9
Astım	34	12,1
KOAH	8	2,9
Depresyon	41	14,6
Kemik erimesi	18	6,4
Feka/lürinerinkontinans	43	15,4
Ülser/GÖR***	57	20,4
Toplam	280	100

*Yaşlıların bazılarının birden fazla hastalık/sorunu olduğundan n= 280 bireyin üzerindedir.

Son altı aydaki durum sorgulanmıştır. * GÖR(Gastro özafajial reflü)

Yaşlı bireylere genel olarak sağlığını nasıl algıladıkları sorulduğunda; %26,8'i iyi, %60,7'si orta, %12,5'i kötü yanıtını vermiştir. Yaşlı bireylerin %81,8'i son altı ay içinde doktora başvurmuş, %29,6'sının üç adet kronik hastalığı, %29,3'ünün dört ve daha fazla kronik hastalığı vardır. Yaşlı bireylerde en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon (%68,6) olduğu bunu diyabet (%42,5), beyin damar hastalıkları (%21,1) ve ülserin/GÖR (%20,4) izlediği görülmektedir (Tablo 4.2).

4.2. İlaç Kullanım Konusundaki Bilgi ve Davranış Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3 Yaşlı bireylerin kullandığı ilaç sayısı ve türlerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Kullanılan İlaç Sayısı		
Bir	17	6,0
İki	33	11,8
Üç	47	16,8
Dört ve daha fazla	183	65,4
Kullanılan İlaç Türü*		
Antihipertansifler	196	70
Antidiyabetikler	116	41,4
Analjezikler	73	26,1
Sindirim sistemi ilaçları	66	23,6
Solunum sistemi ilaçları	43	15,4
Anksiyolitik/antidepresan	39	13,9
Kolesterol ilaçları	36	12,9
Guatr ilaçları	28	10
Antiromatizmal ilaçlar	22	7,9
Antihistaminikler	7	2,5
Diüretikler	5	1,8
Antiparkinson ilaçlar	3	1,1

*Yaşlıların çoğunluğu birden fazla türde ilaç kullandığından n= 280' in üzerindedir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin en az bir aydır ya da daha uzun süredir kullandığı ilaç sayısı ve türlerinin dağılımına ilişkin veriler Tablo 4.3'te verilmiştir. Buna göre yaşlı bireylerin %65,4'ünün dört ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı belirlenmiştir. En sık kullanılan ilk dört ilaç türünün ise; antihipertansifler (%70), antidiyabetikler (%41,4), analjezikler (%26,1) ve sindirim sistemi ilaçları (%23,6) şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Tablo 4.4 Yaşlı bireylerin reçeteli/reçetesiz ilaç kullanma durumlarının ve reçete edilen ilaçlarla ilgili yaşadıkları yan etkilerin dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Başkalarının Onerisiyle İlaç Kullanma Durumu		
Evet	14	5,0
Hayır	266	95,0
Reçete Edilen İlaçları Kullanmama Durumu		
Evet	45	16,1
Hayır	235	83,9
Yan Etki Gelişme Durumu		
Evet	69	24,6
Hayır	211	75,4

Yaşlı bireylerin ilaç kullanma ve yan etki gelişme durumlarının dağılımları incelendiğinde; %5'inin doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullandığı, %16,1'inin ise reçete edilen ilaçlarını kullanmadığı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %24,6'sı kullandığı ilaçlarla ilgili yan etki yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5 Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumlarının dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
İlaçların Kullanım Amacını Bilme		
Evet	274	97,9
Hayır	6	2,1
İlaçların Yan Etkilerini Bilme		
Bazı yan etkilerini biliyor	65	23,2
Yan etkilerini bilmiyor	215	76,8
İlaçların Saklandığı Yer*		
Buzdolabı	29	10,4
Dolap	149	53,2
Dışarıda açık bir yer(masa,sehpa...)	135	48,2

*Yaşlı bireylerin bir kısmı birden fazla yerde ilaç sakladığı için n=280'nin üzerindedir

Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumlarına ilişkin veriler Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Yaşlı bireylerin %97,9'unun ilaçlarının kullanım amacını bildiği buna karşın %76,8'inin kullandığı ilaçların yan etkilerini bilmediği görülmektedir. Kullanılan ilaçların saklandığı yerlerle ilgili olarak; %10,4'ü buzdolabında, %53,2'si kapalı dolapta, %48,2'si ise dışarıda açık bir yerde (masa, sehpa... vb) sakladığını ifade etmiştir.

Tablo 4.6 Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranış durumlarının dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Prospektüs Okuma		
Evet	160	57,1
Hayır	120	42,9
Prospektüs Okumama Nedenleri*		
Yazıları küçük	76	63,4
Yazılan ifadeleri anlamama	19	15,8
Okumaya gerek duymama	25	20,8
İlaçları Almayı Unutma		
Evet	130	46,4
Hayır	150	53,6
İlaçları Zamanında Alma Konusunda Özensiz Davranma		
Evet	121	43,2
Hayır	159	56,8
İlaçları Doktorun Önerdiği Dozda Alma		
Evet	270	96,4
Hayır	10	3,6
İyi Hissettiğinde Doktora Sormadan İlacı Bırakma		
Evet	56	20
Hayır	224	80
Kötü Hissettiğinde Doktora Sormadan ilacı Bırakma		
Evet	65	23,2
Hayır	215	76,8

*n=120

Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranış durumlarının dağılımları incelendiğinde, %57,1'i ilaç prospektüslerini okuduğunu ifade etmiştir. Prospektüs okumama nedenleri sorulduğunda ise; %63,3'ü yazıların küçük olduğunu, %15,8'i yazılan ifadeleri anlamadığını, %20,8' i ise okumaya gerek duymadığını ifade etmiştir. Yaşlı bireylerin %53,6'sı ilaçlarını almayı unutmadığını, %56,8' ilaçlarını zamanında aldığını, %96,4'ü doktorun önerdiği dozda aldığını, %80'i kendisini iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakmadığını, %76,8' i ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora somadan ilacını almayı bırakmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7 Yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin destek kaynaklarının dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Kullanılan İlaçla İlgili Bilgi Alma		
Evet	108	38,6
Hayır	172	61,4
Bilgi Alınan Kişi*		
Doktor	80	74,1
Hemşire	3	2,8
Eczacı	25	23,1
Verilen Bilgiyi Anlama Durumu*		
Evet	108	100
Hayır	0	0
Verilen Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu*		
Evet	108	100
Hayır	0	0
Sağlık Kurumuna Ulaşmada Sorun Yaşama		
Evet	21	7,5
Hayır	259	92,5
İlaç Kullanımında Yardım Alacağı Kişinin Varlığı		
Evet	101	36,1
Hayır	179	63,9

*n= 108

Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin destek kaynaklarının dağılımı incelendiğinde; %61,4' ü kullandığı ilaçla ilgili bilgi almadığını ifade etmiştir. Bilgi aldım diyenlerin %74,1'i doktordan bilgi aldığını ifade etmiştir. Bilgi alan yaşlı bireylerin (n=108) tamamının verilen bilgiyi anladığı ve yeterli bulduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %92,5'i sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşamadığını, %63,9'u ise ilaç kullanımında yardım alacağı bir yakını olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.7).

4.3 Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özellikleri ile İlaç Kullanım Konusundaki Bilgi ve Davranış Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.8 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durumu özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanımının karşılaştırılması

Değişkenler	Reçetesiz İlaç Kullanma				p değeri	X ²
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	7	5,1	131	94,9	0,893	0,613
70-74	3	3,8	77	96,3		
75-79	2	5,7	33	94,3		
80 ve üzeri	2	7,4	25	92,6		
Cinsiyet						
Kadın	9	7,1	117	92,9	0,137	2,215
Erkek	5	3,2	149	96,8		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	4	10,8	33	89,2	0,310	4,787
İlkokul	8	4,7	163	95,3		
Ortaokul	1	5,0	19	95,0		
Lise	1	3,8	25	96,2		
Üniversite	0	0,0	26	100,0		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	4	5,3	71	94,7	0,959	0,085
Orta	8	4,7	162	95,3		
Kötü	2	5,7	33	94,3		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	10	4,4	219	95,6	0,303	1,061
Hayır	4	7,8	47	92,2		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	3	7,3	38	92,7	0,152	5,279
İki	3	4,1	71	95,9		
Üç	1	1,2	82	98,8		
Dört ve daha fazla	7	8,5	75	91,5		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4,8'de gösterilmiştir. Yaşlı bireylerin yaş (p=0,893), cinsiyet (p=0,137), eğitim durumu (p=0,310), algılanan sağlık durumu (p=0,959), doktora başvurma durumu (p=0,303) ve kronik hastalık sayısına (p=0,122) göre reçetesiz ilaç kullanma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.9 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre reçete edilen ilaçları kullanmama durumunun karşılaştırılması

Değişkenler	Reçete Edilen İlaçları Kullanmama Durumu				p değeri	X ²
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	22	15,9	116	84,1	0,875	0,691
70-74	14	17,5	66	82,5		
75-79	6	17,1	29	82,9		
80 ve üzeri	3	11,1	24	88,9		
Cinsiyet						
Kadın	19	15,1	107	84,9	0,683	0,167
Erkek	26	16,9	128	83,1		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	7	18,9	30	81,1	0,953	0,682
İlkokul	28	16,4	143	83,6		
Ortaokul	3	15,0	17	85,0		
Lise	3	11,5	23	88,5		
Üniversite	4	15,4	22	84,6		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	8	10,7	67	89,3	0,058	5,683
Orta	27	15,9	143	84,1		
Kötü	10	28,6	25	71,4		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	38	16,6	191	83,4	0,614	0,254
Hayır	7	13,7	44	86,3		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	4	9,8	37	90,2	0,475	2,504
İki	10	13,5	64	86,5		
Üç	16	19,3	67	80,7		
Dört ve da fazla	15	18,3	67	81,7		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre reçete edilen ilaçları düzenli kullanmama durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.9'da verilmiştir. Yaşlı bireylerin yaşı (p=0,875), cinsiyeti (p=0,683), eğitim durumu (p=0,953), algılanan sağlık durumu (p=0,066), doktora başvurma durumu (p=0,614) ve kronik hastalık sayısına (p=0,307) göre reçete edilen ilaçları düzenli kullanmama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.10 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre yan etki gelişme durumunun karşılaştırılması

Değişkenler	Yan Etki Gelişme Durumu				p değeri	X ²
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	34	24,6	104	75,4	0,990	0,112
70-74	20	25,0	60	75,0		
75-79	9	25,7	26	74,3		
80 ve üzeri	6	22,2	21	77,8		
Cinsiyet						
Kadın	35	27,8	91	72,2	0,271	1,212
Erkek	34	22,1	120	77,9		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	7	18,9	30	81,1	0,432	3,809
İlkokul	45	26,3	126	73,7		
Ortaokul	4	20,0	16	80,0		
Lise	9	34,6	17	65,4		
Üniversite	4	15,4	22	84,6		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	15	20,0	60	80,0	0,066	5,429
Orta	40	23,5	130	76,5		
Kötü	14	40,0	21	60,0		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	63	27,5	166	72,5	0,018	5,569
Hayır	6	11,8	45	88,2		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	5	12,2	36	87,8	0,020	9,823
İki	14	18,9	60	81,1		
Üç	21	25,3	62	74,7		
Dört ve daha fazla	29	35,4	53	64,6		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre yan etki gelişme durumunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir. Yan etki gelişme durumu ile bireylerin yaşına ($p=0,990$), cinsiyetine ($p=0,271$), eğitim durumuna ($p=0,432$), algılanan sağlık durumuna ($p=0,066$) göre oluşturulan gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bireylerde yan etki gelişme durumu ile son altı ay içinde doktora başvurma ($p=0,018$) ve kronik hastalık sayısına ($p=0,020$) göre oluşturulan gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre, son altı ay içinde doktora başvuranlarda başvurmayanlara, kronik hastalık sayısı dört ve daha fazla olanlarda, dörtten daha az olanlara göre daha fazla yan etki gelişmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.11 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçların kullanım amacını bilme durumunun karşılaştırılması

Değişkenler	İlaçların Kullanım Amacını Bilme				p değeri	X ²
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	138	100	0	0,0	0,004	13,563
70-74	77	96,3	3	3,8		
75-79	35	100	0	0		
80 ve üzeri	24	88,9	3	11,1		
Cinsiyet						
Kadın	123	97,6	3	2,4	0,803	0,062
Erkek	151	98,1	3	1,9		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	35	94,6	2	5,4	0,345	4,477
İlkokul	167	97,7	4	2,3		
Ortaokul	20	100,0	0	0,0		
Lise	26	100,0	0	0,0		
Üniversite	26	100,0	0	0,0		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	73	97,3	2	2,7	0,292	2,464
Orta	168	98,8	2	1,2		
Kötü	33	94,3	2	5,7		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	223	97,4	6	2,6	0,243	1,366
Hayır	51	100,0	0	0,0		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	40	97,6	1	2,4	0,686	1,485
İki	73	98,6	1	1,4		
Üç	82	98,8	1	1,2		
Dört ve daha fazla	79	96,3	3	3,7		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçların kullanım amacını bilme durumunun karşılaştırılması Tablo 4.11'de verilmiştir. İlaçların kullanım amacını bilme durumu ile yaşa göre oluşturulan gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre, 65-69 (%100) ve 75-79 (%100) yaş grubundaki bireyler diğer gruplardaki bireylere göre ilaçların kullanım amacını daha fazla bilmektedir. Diğer sosyo-demografik ve sağlık durumu özelliklerine göre ilaçların kullanım amacını bilme durumu karşılaştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.12 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme durumunun karşılaştırılması

Değişkenler	Kullanılan İlaçların Bazı Yan Etkilerini Bilme				p değeri	X ²
	Biliyor		Bilmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	35	25,4	103	74,6	0,459	2,591
70-74	19	23,8	61	76,3		
75-79	8	22,9	27	77,1		
80 ve üzeri	3	11,1	24	88,9		
Cinsiyet						
Kadın	28	22,2	98	77,8	0,722	0,126
Erkek	37	24,0	117	76,0		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	3	8,1	34	91,9	0,012	12,93
İlkokul	36	21,1	135	78,9		
Ortaokul	8	40,0	12	60,0		
Lise	10	38,5	16	61,5		
Üniversite	8	30,8	18	69,2		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	20	26,7	55	73,3	0,423	1,723
Orta	35	20,6	135	79,4		
Kötü	10	28,6	25	71,4		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	60	26,2	169	73,8	0,012	6,291
Hayır	5	9,8	46	90,2		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	9	22,0	32	78,0	0,185	4,820
İki	11	14,9	63	85,1		
Üç	21	25,3	62	74,7		
Dört ve daha fazla	24	29,3	58	70,7		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre kullanılan ilaçların bazı yan etkilerini bilme durumunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.12'de verilmiştir. Buna göre, sosyo-demografik özelliklerden eğitim durumu ve son altı ay içinde doktora başvurma durumuna göre oluşturulan gruplar arasında kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ortaokul mezunları diğer eğitim düzeylerine göre, son altı ay içinde doktora başvuranlar başvurmayanlara göre kullanılan ilaçların yan etkilerini daha fazla bilmektedir.

Tablo 4.13 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaç prospektüs okuma durumun karşılaştırılması

Değişkenler	Prospektüs Okuma Durumu				p değeri	X ²
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	87	63,0	51	37,0	0,005	12,71
70-74	46	57,5	34	42,5		
75-79	20	57,1	15	42,9		
80 ve üzeri	7	25,9	20	74,1		
Cinsiyet						
Kadın	55	43,7	71	56,3	0,000	17,02
Erkek	105	68,2	49	31,8		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	6	16,2	31	83,8	0,000	57,56
İlkokul	90	52,6	81	47,4		
Ortaokul	16	80,0	4	20,0		
Lise	25	96,2	1	3,8		
Üniversite	23	88,5	3	11,5		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	47	62,7	28	37,3	0,365	2,016
Orta	96	56,5	74	43,5		
Kötü	17	48,6	18	51,4		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	133	58,1	96	41,9	0,503	0,450
Hayır	27	2,9	24	47,1		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	24	58,5	17	41,5	0,459	2,589
İki	40	54,1	34	45,9		
Üç	53	63,9	30	36,1		
Dört ve daha fazla	43	52,4	39	47,6		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre prospektüs okuma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.13'de verilmiştir. Yaş ($p=0,005$), cinsiyet ($p= 0,0001$), eğitim durumuna ($p=0,0001$) göre oluşturulan gruplar arasında prospektüs okuma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre 65-69 yaş grubu (% 63,0) diğer yaş gruplarına göre, erkekler (% 68,2) kadınlara göre, lise mezunları (% 96,2) diğer eğitim düzeylerine göre, daha fazla prospektüs okumaktadır. Diğer sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre prospektüs okuma durumu karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 4.14 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçları almayı unutma durumunun karşılaştırılması

Değişkenler	İlaçları Almayı Unutma				p değeri	X ²
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	67	48,6	71	51,4	0,853	0,786
70-74	34	42,5	46	57,5		
75-79	16	45,7	19	54,3		
80 ve üzeri	13	48,1	14	51,9		
Cinsiyet						
Kadın	57	45,2	69	54,8	0,718	0,131
Erkek	73	47,4	81	52,6		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	18	48,6	19	51,4	0,827	1,495
İlkokul	81	47,4	90	52,6		
Ortaokul	7	35,0	13	65,0		
Lise	13	50,0	13	50,0		
Üniversite	11	42,3	15	57,7		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	29	38,7	46	61,3	0,260	2,696
Orta	85	50,0	85	50,0		
Kötü	16	45,7	19	54,3		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	106	46,3	123	53,7	0,921	0,01
Hayır	24	47,1	27	52,9		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	19	46,3	22	53,7	0,163	5,127
İki	35	47,3	39	52,7		
Üç	31	37,3	52	62,7		
Dört ve daha fazla	45	54,9	37	45,1		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaç almayı unutma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.14'de verilmiştir. Yaş (p=0,853), cinsiyet (p= 0,718), eğitim durumu (p=0,827), algılanan sağlık durumu (p= 0,260), doktora başvurma durumu (p= 0,921) ve kronik hastalık sayısına (p=0,163) göre oluşturulan gruplar arasında ilaçları almayı unutma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.15 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davranma durumun karşılaştırılması

Değişkenler	İlaçları Zamanında Alma Konusunda Özensiz Davranma				p değeri	X ²
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	65	47,1	73	52,9	0,564	2,042
70-74	31	38,8	49	61,3		
75-79	13	37,1	22	62,9		
80 ve üzeri	12	44,4	15	55,6		
Cinsiyet						
Kadın	54	42,9	72	57,1	0,913	0,012
Erkek	67	43,5	87	56,5		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	14	37,8	23	62,2	0,543	3,091
İlkokul	72	42,1	99	57,9		
Ortaokul	11	55,0	9	45,0		
Lise	10	38,5	16	61,5		
Üniversite	14	53,8	12	46,2		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	33	44,0	42	56,0	0,923	0,159
Orta	72	42,4	98	57,6		
Kötü	16	45,7	19	54,3		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	96	41,9	133	58,1	0,355	0,856
Hayır	25	49,0	26	51,0		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	16	39,0	25	61,0	0,564	2,040
İki	36	48,6	38	51,4		
Üç	32	38,6	51	61,4		
Dört ve daha fazla	37	45,1	45	54,9		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davranma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.15'te verilmiştir. İlaçları zamanında alma konusunda özensiz davranma durumu yaş (p=0,564), cinsiyet (p=0,913), eğitim durumu (p=0,543), algılanan sağlık durumu (p=0,923), doktora başvurma durumu (p=0,355) ve kronik hastalık sayısına (p=0,564) göre oluşturulan gruplarla karşılaştırıldığında gruplar arasında benzerlik olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 4.16 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçları doktorun önerdiği dozda alma durumunun karşılaştırılması

Değişkenler	İlaçları Doktorun Önerdiği Dozda Alma				p değeri	X ²
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	132	95,7	6	4,3	0,522	2,253
70-74	77	96,3	3	3,8		
75-79	34	97,1	1	2,9		
80 ve üzeri	27	100,0	0	0,0		
Cinsiyet						
Kadın	122	96,8	4	3,2	0,746	0,105
Erkek	148	96,1	6	3,9		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	36	97,3	1	2,7	0,338	4,536
İlkokul	164	95,9	7	4,1		
Ortaokul	20	100,0	0	0,0		
Lise	26	100,0	0	0,0		
Üniversite	24	92,3	2	7,7		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	72	96,0	3	4,0	0,955	0,093
Orta	164	96,5	6	3,5		
Kötü	34	97,1	1	2,9		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	220	96,1	9	3,9	0,493	0,47
Hayır	50	98,0	1	2,0		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	40	97,6	1	2,4	0,540	2,160
İki	72	97,3	2	2,7		
Üç	81	97,6	2	2,4		
Dört	77	93,9	5	6,1		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaçları doktorun önerdiği dozda alma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.16'da verilmiştir. Yaşlı bireylerin yaş ($p=0,522$), cinsiyet ($p=0,746$), eğitim durumu ($p=0,338$), algılanan sağlık durumu ($p=0,955$), doktora başvurma durumu ($p=0,493$) ve kronik hastalık sayısı ($p=0,540$) ile ilaçları doktorun önerdiği dozda alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 4.17 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma durumun karşılaştırılması

Değişkenler	İyi Hissettiğinde Doktora Sormadan İlacı Bırakma Evet		Hayır		p değeri	X ²
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	29	21,0	109	79,0	0,922	0,485
70-74	14	17,5	66	82,5		
75-79	7	20,0	28	80,0		
80 ve üzeri	6	22,2	21	77,8		
Cinsiyet						
Kadın	34	27,0	92	73,0	0,008	6,984
Erkek	22	14,3	132	85,7		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	9	24,3	28	75,7	0,176	6,333
İlkokul	36	21,1	135	78,9		
Ortaokul	1	5,0	19	95,0		
Lise	7	26,9	19	73,1		
Üniversite	3	11,5	23	88,5		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	11	14,7	64	85,3	0,334	2,195
Orta	36	21,2	134	78,8		
Kötü	9	25,7	26	74,3		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	46	20,1	183	79,9	0,938	0,006
Hayır	10	19,6	41	80,4		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	9	22,0	32	78,0	0,910	0,540
İki	14	18,9	60	81,1		
Üç	15	18,1	68	81,9		
Dört	18	22,0	64	78,0		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre kendisini iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.17’de verilmiştir. Buna göre cinsiyet ile kendisini iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Kendisini iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumu, yaş ($p = 0,922$), eğitim durumu ($p = 0,176$), algılanan sağlık durumu ($p = 0,334$), doktora başvurma durumu ($p = 0,938$) ve kronik hastalık sayısına ($p = 0,910$) göre oluşturulan gruplarla karşılaştırıldığında gruplar arasında benzerlik olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 4.18 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma durumunun karşılaştırılması

İlaca Bağlı Kötü Hissettiğinde Doktora Sormadan İlacı Bırakma						
Değişkenler	Evet		Hayır		p değeri	X²
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
65-69	36	26,1	102	77,9	0,586	1,933
70-74	18	22,5	62	77,5		
75-79	7	20,0	28	80,0		
80 ve üzeri	4	14,8	23	85,2		
Cinsiyet						
Kadın	37	29,4	89	70,6	0,027	4,862
Erkek	28	18,2	126	81,8		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	14	37,8	23	62,2	0,037	10,217
İlkokul	36	21,1	135	78,9		
Ortaokul	1	5,0	19	95,0		
Lise	8	30,8	18	69,2		
Üniversite	6	23,1	20	76,9		
Algılanan Sağlık Durumu						
İyi	11	14,7	64	85,3	0,031	6,961
Orta	41	24,1	129	75,9		
Kötü	13	37,1	22	62,9		
Doktora Başvurma Durumu						
Evet	52	22,7	177	77,3	0,670	0,181
Hayır	13	25,5	38	75,5		
Kronik Hastalık Sayısı						
Bir	5	12,2	36	87,8	0,308	3,599
İki	17	23,0	57	77,0		
Üç	21	25,3	62	74,7		
Dört	22	26,8	60	73,2		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre kendisini ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakma durumunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.18'de verilmiştir. Buna göre sosyo-demografik ve sağlık durumu özelliklerden cinsiyet, eğitim durumu, algılanan sağlık durumuna göre kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($p < 0,05$). İlaça bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakanların oranı, kadınlarda (%29,4), okuryazar olanlarda (%37,8), algılanan sağlık durumu kötü düzeyde olanlarda (%37,1) istatistiksel olarak daha yüksektir. Diğer sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre kendisini ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakma durumu karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

4.4. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulgular

Tablo 4.19 Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması

	AO±SS	Med (min-max)
Sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması	11,75±3,97	12(1-22)

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 11,75±3,97 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek maksimum puanın 23 olduğu göz önüne alındığında bu puanın orta düzey olduğu söylenebilir (Tablo 4.19).

4.5. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.

Tablo 4.20 Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalaması				
Değişkenler	Sayı	AO±SS	p değeri	Test değeri
Yaş				
65-69	138	12,33±3,65	0,000	F=7,589
70-74	80	12,25±3,63		
75-79	35	10,40±3,97		
80 ve üzeri	27	9,00±5,04		
Cinsiyet				
Kadın	126	10,53±4,04	0,000	t=-4,779
Erkek	154	12,73±3,63		
Eğitim Durumu				
Okuryazar	37	8,05±3,57	0,000	F=29,93
İlkokul	171	11,18±3,35		
Ortaokul	20	14,50±3,35		
Lise	26	14,53±3,30		
Üniversite	26	15,76±3,56		
Algılanan Sağlık Durumu				
İyi	75	12,12±3,75	0,150	F=1,91
Orta	170	11,82±3,94		
Kötü	35	10,57±4,42		
Doktora Başvurma Durumu				
Evet	229	11,93±3,99	0,101	t=1,646
Hayır	51	10,92±3,77		
Kronik Hastalık Sayısı				
Bir	41	11,48±3,59	0,130	F=1,719
İki	74	11,22±4,33		
Üç	83	12,73±3,95		
Dört	49	11,30±3,79		
Beş	19	12,00±3,20		
Altı ve daha Fazla	14	10,57±4,16		

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; t: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.20’de verilmiştir.

Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık puan ortalamaları yaş grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testi sonucuna göre, 65-69 yaş ile 75-79 yaş, 65-69 yaş ile 80 ve üzeri yaş, 70-74 yaş ile 80 ve üzeri yaş grupları arasında fark vardır. Buna göre “75-79” ve “80 ve üzeri” yaş

grubunun sağlık okuryazarlığı puan ortalaması, diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür ($p < 0,05$).

Yaşlı bireylerin cinsiyete göre sağlık okuryazarlık ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; kadınların sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının ($10,53 \pm 4,04$) erkeklerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamasından ($2,73 \pm 3,63$) daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($t = -4,779$; $p < 0,05$).

Yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre sağlık okuryazarlığı leği puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F = 16.97$, $p = .000$). Tukey testi sonucuna göre eğitim düzeyi “okuryazar” ve “ilkokul” olan katılımcıların, eğitim durumu “ortaokul”, “lise” ve “niversite” olan katılımcılara göre sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşüktür ($p < 0,05$).

Algılanan sağlık durumu, doktora başvurma durumu ve kronik hastalık sayısı ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.20).

4.6. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle İlaç Kullanım Konusundaki Bilgi Ve Davranış Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.

Tablo 4.21 Yaşlı bireylerin reçeteli/reçetesiz ilaç kullanma durumu ve yan etki gelişme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalaması				
Değişkenler	Sayı	AO±SS	p değeri	Test değeri
Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu				
Evet	14	10,42±4,88	0,203	t=-1,276
Hayır	266	11,81±3,91		
Reçete Edilen İlacı Kullanmama Durumu				
Evet	45	11,42±3,76	0,551	t=-0,597
Hayır	235	11,80±4,01		
Yan Etki Gelişme Durumu				
Evet	69	11,91±3,21	0,647	t=0,458
Hayır	211	11,69±4,19		

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; t: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Tablo 4.21' de yaşlı bireylerin reçeteli/reçetesiz ilaç kullanma ve yan etki gelişme durumuna göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir. Yaşlı bireylerin reçetesiz ilaç kullanma (başkalarının önerisi ile ilaç kullanma) durumu, doktorun reçete ettiği ilacı düzenli kullanmama durumu ve yan etki gelişme durumu sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.22 Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalaması				
Değişkenler	Sayı	AO±SS	p değeri	Test değeri
İlaçların Kullanım Amacını Bilme				
Evet	274	11,86±3,90	0,005	z=-2,832
Hayır	6	6,50±3,94		
İlaçların Yan Etkilerini Bilme				
Bazı yan etkilerini biliyor	65	13,06±3,92	0,002	t=3,095
Yan etkilerini bilmiyor	215	11,34±3,91		

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; t: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; z: Mann Whitney U testi

Tablo 4.22' de yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumlarına göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir.

İlaçların kullanım amacını bilen yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları (11,86±3,90), ilaçların kullanım amacını bilmeyen yaşlı bireylerin puan ortalamalarına (6,50±3,94) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (z=-2,832; p<0,05).

Yaşlı bireylerin ilaçların yan etkilerini bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre ilaçların bazı yan etkilerini bilen yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları (13,06±3,92), ilaçların yan etkilerini bilmeyen yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından (11,34±3,91) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (t=3,095; p<0,05).

Tablo 4.23 Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranış durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalaması				
Değişkenler	Sayı	AO±SS	p değeri	Test değeri
Prospektüs Okuma				
Evet	160	13,38±3,41	0,000	t=9,036
Hayır	120	9,56±3,60		
İlaçlarını Almayı Unutma				
Evet	130	10,95±3,80	0,002	t=-3,161
Hayır	150	12,43±4,00		
İlaçlarını Zamanında Alma Konusunda Özensiz Davranma				
Evet	121	11,53±3,87	0,443	t=-0,769
Hayır	159	11,90±4,04		
İlaçlarını Doktorun Önerdiği Dozda Alma				
Evet	270	11,74±4,02	0,965	t=-0,043
Hayır	10	11,80±2,30		
İyi Hissettiğinde Doktora Sormadan İlacı Bırakma				
Evet	56	10,69±3,92	0,027	t=-2,229
Hayır	224	12,00±3,94		
İlaca Bağlı Kötü Hissettiğinde Doktora Sormadan İlacı Bırakma				
Evet	65	11,16±4,00	0,181	t=-1,34
Hayır	215	11,92±3,95		

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; t: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Tablo 4.23' de yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranış durumuna göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırması yapılmıştır. Yaşlı bireylerin prospektüs okuma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; prospektüs okuyan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları (13,38±3,41) prospektüs okumayan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından (9,56±3,60) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (t=9,036; p<0,05).

Yaşlı bireylerin ilaçlarını almayı unutma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilaçlarını almayı unutan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının (10,95±3,80) ilaçlarını almayı unutmayan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından (12,43±4,00) anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (t=-3,161; p<0,05).

Yaşlı bireylerin hastalıkları ile ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları

karşılaştırıldığında; hastalıkları ile ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları ($10,69 \pm 3,92$), hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakmayan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından ($12,00 \pm 3,94$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($t=-2,229$; $p<0,05$).

Yaşlı bireylerin ilaçlarını zamanında alma konusunda özensiz davranma durumu, ilaçlarını doktorun önerdiği dozda alma durumu ve ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma yaşlı bireylerin ilaç kullanımını konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesini amaçlamıştır. Bu doğrultuda araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ile beş bölümde tartışılmıştır.

5.1. İlaç Kullanım Konusundaki Bilgi ve Davranış Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin en az bir aydır ya da daha uzun süredir kullandığı ilaç sayıları değerlendirildiğinde (Tablo 4.3) %65,4'ünün dört ve daha fazla ilaç kullandığı görülmektedir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; Lam vd (2015) tarafından Hong Kong'da yapılan çalışmada yaşlı bireylerin %78,8'inin günde beşten fazla, Akın (2009)'ın çalışmasında yaşlı bireylerin %46,5'inin üç ve daha fazla, Şen (2012)'nin çalışmasında ise %78,9'unun sıfır ile beş arası, Kuvvetlioğlu (2011)'nin çalışmasında yaşlı bireylerin %55,6'sının bir ile üç arası, Bulakçı (2013)'nin çalışmasında %40,7'sinin beş ve daha fazla, Çakır Dolu ve Bilgili (2010)'nin çalışmasında ise %84,3'ünün iki ve daha fazla ilaç kullandığı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada olduğu gibi literatürdeki bulgular da yaşlı bireylerde çoklu ilaç kullanımının yaygın olduğunu göstermektedir. Yaşlıların çoklu ilaç kullanımı ilaç hatalarının görülme sıklığını artmasına neden olup ilaç uyumunu azaltmakta ve buna bağlı ilaç yan etkilerinin görülme riskini artırmaktadır (Turhan vd 2014, Çakır Dolu ve Bilgili 2010). Ayrıca yaşlılarda kronik hastalık sayısının fazla olması çoklu ilaç kullanımına neden olan önemli bir etken olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kullandığı ilaç türlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3); en sık kullanılan ilk dört ilaç türünün sırasıyla antihipertansifler (%70), antidiyabetikler (%41,4), analjezikler (%26,1) ve sindirim sistemi ilaçları (%23,6) şeklinde sıralandığı görülmektedir. Bu çalışmanın bulgusu ile benzer şekilde Akkuş ve Karatay (2011)'in çalışmasında da antihipertansifler, antidiyabetikler ve analjezikler en sık kullanılan ilk üç ilaç arasında yer almıştır. Solmaz

(2008)'in çalışmasında da yaşlı bireylerin en sık antihipertansif kullandıkları fakat bu çalışmanın bulgusundan farklı olarak ikinci sırada antiromatizmal ilaçlar, üçüncü sırada ise ve diüretikler yer almıştır. Kuvvetlioğlu (2011) ve Pesen (2013)'in çalışmalarında ilaçların sınıflandırılması farklı olmakla birlikte bu çalışmayla benzer şekilde antidiyabetikler ilk üç sırada yer almıştır. Bu sonuçlar yaşlı bireylerin sıklıkla kullandıkları ilaçların en sık görülen kronik hastalıklara yönelik olduğunu göstermektedir. Türkiye'de 2017 yılında ölüm nedenlerinden ilk üç sırada yer alan kronik hastalıklardan ilk sırada %39,7 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır. Bunu; %19,6 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12 ile solunum sistemi hastalıkları, %4,8 ile endokrin beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar izlemiştir (WEB_8).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerde doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullanma sıklığı %5 olarak bulundu (Tablo 4.4). Yapılan diğer çalışmalarda bizim çalışmamızın bulgusuna yakın olan reçetesiz ilaç kullanma sıklığı %8,3 ile %6,4 arasında değişmektedir (Sarımehmet 2014, Pınar 2010, Kuvvetlioğlu 2011). Çalışmamızdan daha yüksek reçetesiz ilaç kullanma sıklığı olan çalışmalar ise %19,2 ile %36,3 arasındadır (Çakır Dolu vd 2010, Pesen 2013, Sönmez 2014, Solmaz 2009). Bizim çalışmamızda reçetesiz ilaç kullanma sıklığının düşük olmasının nedeni son yıllarda reçetesiz ilaç satışına getirilen sınırlamalar olabilir. Ayrıca sınırlanan ilaçların sigorta tarafından geri ödemesinin yapılmayışı reçetesiz ilaç kullanımını azaltmış olabilir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %16,1'inin reçete edilen ilaçları kullanmadığı belirlendi (Tablo 4.4). Daha önce yapılan çalışmalarda reçete edilen ilaçları kullanma sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Daha yüksek olmakla birlikte Çakır Dolu ve Bilgili (2010)'nin bulgusu (%17) bizim çalışmamızın bulgusuna yakındır. Aydoğdu (2016)'nin bulgusu (%29,1), Sarımehmet (2014)'in bulgusu (%25,9), Özcan (2010)'nin bulgusu (%32), Akkuş ve Karatay (2011)'in bulgusu (%23,7) bizim çalışmamızın bulgusundan daha yüksektir. Çiftçi (2014) yaptığı çalışmada reçete edilen ilaçları kullanmama sıklığı çok daha yüksek (%60,8) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda reçete edilen ilaçları kullanmama sıklığı daha düşük olsa da yaşlı bireylerin tedavilerinin başarısı için önemle ele alınmalıdır. Yaşla birlikte kronik hastalıkların artışı çoklu ilaç kullanımına neden olduğundan reçeteli ilaçların düzenli kullanımı ile ilgili sorunlar görülmektedir. Ayrıca yaşlılıkla meydana gelen fizyolojik değişiklikler, duyu fonksiyonlarındaki azalmalar sonucu da ilaç kullanımında sorunlar ve yanlışlıklar olabilmektedir (Kutsal 2006).

Yaşlı bireylerde ilaç kullanımına bağlı istenmeyen yan etkiler daha sık gelişmektedir (Ünsal vd 2011). Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %24,6'sı kullandıkları ilaca bağlı yan etki geliştiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Literatüre

bakıldığında ilaçlara bağlı yan etki görülme sıklığı %4,5 ile %78 arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızda belirlenen sıklıktan daha düşük (Güneş 2014, Ünsal vd 2011, Dolu ve Bilgili 2010, Aydoğdu 2016) ve daha yüksek (Çakır vd 2014, Gurwitz vd 2005) sıklık belirleyen çalışmalar bulunmaktadır. Camargo vd (2006) yaşlıların kullandıkları ilaç sayısı arttıkça, ilaçların yanlış kullanımı ve yan etki görülme sıklığının da arttığını bildirmiştir. Literatürde ilaçlara bağlı yan etki gelişme sıklığının çok geniş bir aralıkta bulunmasının nedeni yaşlı bireylerin kişisel özellikleri, tanıları, ilaç sayısı ve ilaç türleri olabilir. Ayrıca yaşlı bireyin birden fazla hekim tarafından takip edilmesi, kullanılan ilaç hakkında bilgi verilmemesi tedavi planlandıktan sonra hasta izleminin yapılmaması yan etki gelişimini hazırlayan etkenlerdir (McDonald vd 2002).

Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.5); %2,1'i ilaçlarının kullanım amacını ve %76,8'i ise ilaçlarının yan etkilerini bilmediğini belirtmiştir. Bulakçı (2013)'nin çalışmasında yaşlı bireylerde ilaçların kullanım amacını bilmeyenlerin sıklığı %4,1 ile bizim çalışmamızın bulgusuna yakındır. Bizim çalışmamıza göre diğer çalışmalarda ilaçların kullanım amacını bilmeyenlerin görülme sıklığı yüksek olup %9,8 ile %39 arasında değişmektedir (Haney ve Kudubeş 2017, Mosher vd 2012; Demirbağ ve Timur 2012, Taşkın Şayir vd 2014, Yüksel 2016). Çalışmamızda yaşlı bireylerin ilaçlarının kullanım amacını bilmeme sıklığının düşük olmasının nedeni çalışmanın aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireyler üzerinde yapılması olabilir. Sağlık personeli ile etkileşim ve reçetenin yeni yazılmış olması ilaçlarının kullanım amacını bilmeme sıklığını azaltmış olabilir. Buna karşın çalışmamızda ilaçlarının yan etkilerini bilmeme sıklığı (%76,8) daha önce yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında (Taşkın Şayir vd 2014, Demirbağ ve Timur 2012, Bulakçı 2013, Yüksel 2016) daha yüksek bulunmuştur. Diğer çalışmalarda ve bu çalışmaların bulguları yaşlıların kullandıkları ilaçların yan etkileri konusunda sağlık çalışanları tarafından yeterli bilgi verilmediğini düşündürmektedir. Yaşlı bireylerin kullandıkları ilaçlarının yan etkilerini bilmesi tedaviye uyum açısından önemlidir (Turhan vd 2014). Sağlık ekibinden başta doktorlar olmak üzere reçete ettikleri ilaçların kullanım amacı ve yan etkileri konusunda anlaşılır, sade ve yeterli bilginin verilmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin ilaçlarını saklama yerlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.5); %10,4' ü buzdolabında, %53,2' si kapalı bir dolapta ve %48,2' si ise dışarıda açık bir yerde (masa, sehpa üstü vb) sakladığını ifade etmiştir. Daha önce Demirbağ ve Timur (2012) tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin sadece %15,8'inin ilaçlarını kapalı dolapta sakladığı belirlenmiştir. Gök (2009) tarafından yapılan çalışmada da yaşlı bireylerin %27,5'inin ilaçlarının saklama koşullarını bilmediği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda yaşlı bireylerin %48,2'sinin

ilaçlarını dışarıda açık bir yerde bırakması önemli bir bulgudur. Bu bulgu yaşlı bireylerin ilaç kullanımını ve saklanması konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ve kullandıkları ilaçları doğru biçimde korumadıklarını ve saklamadıklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin beceri durumlarının dağılımını incelendiğinde (Tablo 4.6); Yaşlı bireylerin %42,9'u prospektüs okumadığını ifade etmiştir. Daha önce Bulakçı (2013) tarafından yapılan çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde yaşlı bireylerin %42'si prospektüs okumadığını belirtmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda bizim çalışmamızın bulgusundan yüksek olan prospektüs okumama sıklığı %80 ile %67,8 arasında değişmektedir (Demirbağ ve Timur 2012, Solmaz ve Akın 2009). Bizim çalışmamızda prospektüs okumama sıklığının daha düşük bulunmasının nedeni çalışma grubunun eğitim düzeyinin %74,3'ünün okuryazar ve ilkökul mezunu, %25,7'sinin eğitim durumunun ise ortaokul ve üzeri olması, genç yaşlı grubunun (%77,9) fazla olması olabilir.

Bizim çalışmamızda prospektüs okumama nedenlerine bakıldığında; en sık (%63,3) görülen neden yazıların küçük olmasıdır. Bulakçı (2013) tarafından yapılan çalışmada ise okuma yazma bilmeme ilk sıradayken (%41,4), ikinci sırada (%29,8) yazıların küçük olması yer almıştır. Demirbağ ve Timur (2012)'un yürüttüğü çalışmada görme sorunu ilk sırada (%42,8) yer alırken, yazılanları anlamama ikinci sırada (%25) yer almıştır. Solmaz ve Akın (2009)'ın yaptıkları çalışmada ise yaşlı bireylerin %77'si yazılanları anlamadığını ifade etmiştir. Bizim çalışmamızın bulguları literatüre paralel olarak prospektüs okumama sıklığının yüksek olmasının nedeninin prospektüsdeki yazıların küçük olmasıdır. Bu bulgu yaşlı bireylerin ilaçlarına ilişkin eğitime gereksinimi olduğuna işaret etmektedir.

Yaşlılarda en fazla görülen sorunlardan birisi bilişsel işlevlerdeki gerilemeye bağlı ortaya çıkabilen unutkanlıktır. Yaşlılarda farklı düzeylerde ortaya çıkabilen unutkanlığın ilaç kullanım sorunları açısından da ele alınması gerekir (Akkuş ve Karatay 2011). Çalışmamızda yaşlı bireylerin ilaçlarını kullanmayı unutma durumu incelendiğinde (Tablo 4.6); yaşlıların %46,4'ü ilaçlarını kullanmayı unuttuğunu belirtmiştir. Daha önce Sarımehtem (2014) tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde yaşlıların %44,6'sı ilaçlarını almayı unuttuğunu belirtmiştir. Solmaz (2008) ve Güneş (2014) tarafından yapılan çalışmalarda ise ilaçlarını almayı unutma sıklığı daha yüksek (%70,7-%82) bulunmuştur. Bu bulgular yaşlı bireyin kendi kendine ilaç kullanabilme açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %43,2'si ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davrandığını ifade etmiştir (Tablo 4.6). Daha önce Ekenler ve Koçoğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davranma sıklığı (%15,6) daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte Solmaz (2008)'in

çalışmasında özensiz davranma sıklığı (%63,5) daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularının birbirinden farklı olmasının nedeni yaşlıların bireysel özellikleri, kullandıkları ilaç sayısı ve ilaç türü olabilir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %20'si kendisini hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bıraktığını ifade etmiştir. Yine %23,2'si kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını almayı bıraktığını belirtmiştir (Tablo 4.6). Literatüre bakıldığında hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma sıklığı %3,7 ile %77,3 arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızda belirlenen sıklıktan daha düşük (Özdemir vd 2016) ve daha yüksek sıklık belirleyen çalışmalar (Ekenler ve Koçoğlu 2016, Dawood vd 2017, Pınar vd 2013, Şendir vd 2015, Solmaz 2008) bulunmaktadır. Solmaz (2008)'in çalışmasında ise yaşlı bireylerin %69'u kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını almayı bıraktığı saptamıştır. Bizim çalışmamızın bulgusu literatürle karşılaştırıldığında doktora sormadan ilacını almayı bırakma sıklığının bazı çalışmalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Genç nüfusa göre yaşlıların daha uzun süreli ve daha fazla ilaç kullanımı, yaşlı bireylerde tedaviye uyum sorununun sık görülmesine neden olur. Yaşlılarda uyum problemi ise, iyi takip edilmediklerinde ya da iyi anlatılıp öğretilmediği için tedaviyi doğru anlamadıklarında, kendilerini iyi veya kötü hissettiklerinde, bilinçli olarak ilaçlarını almadıkları görülmektedir (Özdemir vd 2016).

Yaşlı bireylerin %3,6'sı ilaçları doktorun önerdiği dozda almadığını ifade etmiştir (Tablo 4.6). Ekenler ve Koçoğlu (2016)'nın çalışmasında yaşlıların %26,2'sinin ilaçları doktorun önerdiği dozda almadığı belirlenmiştir. Solmaz (2008)'in yaptığı çalışmada ise %58,6'sı ilaçlarını doktorun önerdiği dozda almadığını ifade etmiştir. Görüldüğü gibi bizim çalışmamızın bulgusu literatürle karşılaştırıldığında ilaçları doktorun önerdiği dozda almama davranışının sıklığı çok daha düşüktür. Bunu nedeni çalışma aile sağlığı merkezine başvuran yaşlılar üzerinde yapılması olabilir. Yaşlılar daha sık kontrole geliyor olabilirler. Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin beceri durumundaki bu sorunlar etkin tedavinin yapılamaması sonucu hastalıkların tekrarlanmasına ve komplikasyonların gelişmesine neden olur (Ekenler ve Koçoğlu 2016). Akılcı ilaç kullanımında hastalara düşen görevlerin başında; ilacın önerilen süre boyunca, önerilen dozda ve önerilen zamanda kullanmalarıdır.

Yaşlıların kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi alma durumları incelendiğinde (Tablo 4.7); %38,6'sının kullandığı ilaçla ilgili bilgi aldığı görülmektedir. Daha önce Demirbağ ve Timur (2012) tarafından yapılan çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde yaşlı bireylerin %38,9'unun kullandığı ilaçla ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir. Çakır vd (2014) tarafından yapılan çalışmada kullanılan ilaçla ilgili bilgi alma sıklığı (%55,6) bizim çalışmamızın bulgusundan daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda en sık

kullanılan antihipertansifler ve antidiyabetikler olduğu göz önünde bulundurulduğunda yaşlı bireylerin kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi alma sıklıklarının çok düşük olduğu söylenebilir.

Yaşlı bireylere kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgiyi kimden aldıkları sorulduğunda; en fazla doktordan (%74,1) az ise hemşireden (%2,8) aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.7). Bizim çalışmamıza benzer yaşlı bireylerin kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgileri en fazla doktordan en az ise hemşireden aldıkları saptanmıştır (Güneş 2014, Çakır Dolu ve Bilgili 2010, Çakır vd 2014). Demirbağ ve Timur (2012)'un çalışmasına bakıldığında % 22,1'i doktor, % 7,1'si hemşire, % 9,7' si eczacıdan bilgi aldığını ifade etmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi hemşirelerden bilgi alma sıklığının çok düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgulara dayanarak hemşirelerin önemli rollerinden biri olan eğitici rollerini yerine getirmediklerini söyleyebiliriz. Bunu nedeni aile sağlığı merkezlerinde daha çok ebe çalışması ve yaşlı nüfusun sadece hekimle görüşmesi olabilir. Kendi ilacını yardımcı olmadan içebilen yaşlı bireylerin çokluğu göz önüne alınırsa (%63,9), ilaç uyumunu sağlamak için doktorların yanı sıra ASM'indeki hemşirelerinde yaşlı bireylere reçete edilen ilaçları ile ilgili çok iyi bir şekilde bilgi vermesi gerektiği söylenebilir.

Yaşlıların verilen bilgiyi anlama durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.7); tamamının verilen bilgiyi anladığı ve yeterli bulduğu görülmüştür. Bulakçı (2013) tarafından yapılan çalışmada da yaşlı bireylerin ilaçla ilgili verilen bilgiyi anladığını ifade etme sıklığı yüksek (% 87,9) bulunmuştur. Bu sonuçlar yaşlının verilen bilgiyi anladığı ve yeterli bulunduğunu gösterse de ilaç kullanma saatleri konusunda özensizlik olması ve doktora danışmadan ilacı bırakma gibi davranışların olması bu bilgiyi dikkatli değerlendirmemiz gerektiğini göstermektedir. Ayrıca yaşlının kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi gereksiniminin farkında olmadığı şeklinde de yorumlanabilir.

Yaşlıların sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşama durumları değerlendirildiğinde (Tablo 4.7); %92'5'i sağlık kurumuna ulaşmada sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun nedeni aile sağlığı merkezlerine ulaşımın kolay ve rahat olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yaşlıların ilaç kullanımında yardım alabileceği kişinin bulunması durumu değerlendirildiğinde (Tablo 4.7); çoğunluğu (%63,9) yardım alabileceği kişi bulunmadığını ifade etmiştir. Özellikle yardıma ihtiyacı olduğu halde yardım alabileceği birinin bulunmaması ilaç kullanımında hata yapma sıklığını artırdığını düşündürmektedir.

5.2. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlaç Kullanım Konusundaki Bilgi ve Davranış Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanma durumları karşılaştırıldığında (Tablo 4.8); reçetesiz ilaç kullanım sıklığının 80 yaş ve üzeri grupta, kadınlarda, okuryazarlarda, algılanan sağlık durumu kötü düzeyde olanlarda, son altı ay içinde kontrol için doktora başvurusu olmayanlarda ve kronik hastalık sayısı beş olanlarda diğerlerine göre yüksek bulundu fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Sönmez (2014)'in çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer şekilde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sahip olduğu kronik hastalık sayısına göre reçetesiz ilaç kullanımı sıklığında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Sarımehmet (2014)'in çalışmasında yaşlı bireylerin reçetesiz ilaç kullanımlarını yaşın etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmada reçetesiz ilaç kullanan yaşlıların %61,3'ü 75-84 yaş grubundadır. Buradan artan yaşla birlikte fiziksel ve bilişsel fonksiyonlardaki gerilemelerin, yaşlıların hekime başvuru alışkanlığını azalttığını düşünebiliriz. Ayrıca reçetesiz ilaçlara kolay ulaşımının olması da etkindir. Bizim çalışmamızda ise 75-80 ve üzeri yaş grubu %22,1 dir. Buna göre Sarımehmed (2014)'in çalışmasında örnekleminin yaş ortalaması bizim çalışmamıza göre daha büyüktür ve bu durumun sonucunu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre reçete edilen ilaçların kullanmama durumları incelendiğinde (Tablo 4.9); reçete edilen ilaçlarını kullanmayanların sıklığı, 70-74 yaş grubunda, erkeklerde, okuryazar olanlarda, algılanan sağlık durumu kötü düzeyde olanlarda, son altı ay içinde doktora başvurusu olanlarda ve kronik hastalık sayısı beş olanlarda daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Dolu ve Bilgi (2010)'nin çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim durumunun reçete edilen ilaçları kullanmama durumunu etkilediği görülmüştür ($p<0,05$). Nedeni farklı sosyal çevrede ve coğrafi bölgede yapılmış olması olabilir. Ayrıca yaş, eğitim düzeyi ve sağlık algısı değişkenlerinin reçete edilen ilaçları kullanmama durumunu etkilememesi çalışmamızda yaşlı bireylerde reçete edilen ilaçları kullanmama sıklığı genel nüfusa göre daha düşük olduğu ve bu durumun ise sahip oldukları kronik hastalıkların ciddiyetinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşlı bireylerin doktora başvurma durumu ile kullanılan ilaca bağlı yan etki gelişme durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 4.10); son altı ay içinde doktora başvuran bireylerde daha sık (% 27,5) ilaç yan etkisi geliştiği belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Literatürde araştırmamızın bu bulgusunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Fadiloğlu vd (2001) ve Leendertse vd (2008)'nin yapmış oldukları çalışmada da, ilaç yan etkisi gelişme durumu ile yaşlıların doktora başvurma durumu arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Uluslararası birkaç çalışma değerlendirildiğinde ilaçlarda yan etki gelişme durumuna bağlı olarak doktora başvurma ve hastaneye yatış oranının % 2.4 ile % 16.6 arasında değiştiği bildirilmiştir (Beijer ve Blaey 2002, Önder vd 2002). İlaç yan etkileri hastaneye yatışlarının önemli bir nedenidir ve neredeyse yarısı önlenelidir (Leendertse vd 2008).

Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayısı ile ilaç yan etki gelişme durumu karşılaştırıldığında (Tablo 4.10); kronik hastalık sayısı dört ve daha fazla olanlarda (% 35,4) ilaç yan etkisinin daha fazla geliştiği belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,05$). Ehrlich vd (2017)'nin yaptığı çalışmada da kronik hastalık sayısı ile ilaç yan etkisi gelişme durumu arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Birden fazla kronik hastalığın eşlik etmesi çoklu ilaç kullanımına neden olmaktadır. Çoklu ilaç kullanımının yaygınlığı ise ilaç-hastalık etkileşimine ve advers ilaç reaksiyonuna neden olan çok önemli bir faktördür. Örneğin, kalp rahatsızlığı veya yüksek tansiyon için alınan bazı beta blokerleri, astımı kötüleştirebilir. Soğuk algınlığı tedavisi için alınan bazı ilaçlar glokomu kötüleştirebilir. Diyabet, yüksek kan basıncı, düşük kan basıncı, ülser, glokom, büyümüş prostat, kötü mesane kontrolü ve uykusuzluk özellikle önemlidir, çünkü bu tür hastalığı olan insanlarda ilaç-hastalık etkileşimi görülme olasılığı daha yüksektir (Nobili vd 2011, Alomar 2014).

Araştırmamızda yaşlı bireylerin cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, algılanan sağlık durumu, doktora başvurma durumu, kronik hastalık sayısı ile ilaçların kullanım amacını bilme durumu karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bununla birlikte yaş ile ilaçların kullanım amacını bilme arasında anlamlı bir fark bulunduğu ($p < 0,05$), 65-69 ve 75-79 yaş grubundaki bireylerin tamamının (%100), 70-74 yaş grubundaki bireylerin %96,3'ünün ve 80 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin ise %88,9'unun ilaçların kullanım amacını bildikleri saptanmıştır (Tablo 4.11). Çalışmamızda genç yaşlı nüfusunun fazla olması ilaçların kullanım amacını bilme durumunu etkilediğini söyleyebiliriz. Bizim çalışmamızda cinsiyete göre ilaçların

kullanım amacını bilme arasında anlamlı bir fark bulunmazken Guenette ve Moisan (2011)'nin çalışmalarında cinsiyet ile ilaç kullanım amacını bilme arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca bizim çalışmamızda gelir düzeyi ile ilaç kullanım amacını bilme arasında anlamlı fark bulunmazken Güneş (2014)'in çalışmasında gelir düzeyi ile ilaç kullanım amacını bilme arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde yaşlı bireyin sosyo-demografik özellikleri ile ilaçların kullanım amacını bilme durumlarının karşılaştırıldığı çalışmalarda belirlenen sonuçlar birbirinden farklıdır. Çalışmanın yapıldığı ülke ve çalışma gurubunun özelliklerine göre farklı sosyo-demografik özellikler ilaçların kullanım amacını bilme durumu üzerinde etkili olmuştur.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özellikleri ile kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme durumu karşılaştırıldığında (Tablo 4.12); yaşa, cinsiyete, algılanan sağlık durumuna ve kronik hastalık sayısına göre kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme durumunda farklılık oluşmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Sarımehmet (2014)'in çalışmasında yaş ve cinsiyet ile ilaçların yan etkilerini bilme durumu arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Sarımehmet (2014) çalışmasındaki 75-84 yaşlı grup ve 85 ve üzeri en yaşlı grup bireylerin nüfusunun yüksek olması ve buna göre artan yaşla birlikte bilişsel fonksiyonlardaki gerileme sonucu kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme sıklığının azalabileceğini söyleyebiliriz. Sonuç olarak çalışmamızda yaş ile ilaçların yan etkilerini bilme arasında anlamlı bir fark görülmemesinin nedeni yaşlı (75-84) ve ileri yaşlı (85 ve üzeri) grup bireylerinin nüfusunun az olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Yaşlı bireylerin eğitim düzeyi ile ilaçların yan etkilerini bilme durumu karşılaştırıldığında (Tablo 4.12); ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip yaşlıların kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme sıklıklarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Sarımehmet (2014)'in çalışmasında eğitim durumunun yaşlı bireylerin kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilme durumlarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$). Al katheri ve Albekairy (2013)'in çalışmalarında eğitim durumu ile ilacın yan etkilerini bilme arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Burge vd (2005) ilaç yan etki bilgisinin eğitim ile pozitif korelasyonda olduğunu göstermişlerdir. Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bireyin ilaçları hakkında gerekli bilgiye sahip olması, yan etkileri önlemede önemlidir. Örneğin, bir hasta, bir ilacın belirli bir saatte ya da başka bir ilaçla alınmamasının gerektiğini bildiğinde, uygunsuz ilaç etkileşimlerinin görülmesini önleyebilir ve ilaçlarından tam fayda sağlayabilir (Alshammari 2016). Özellikle eğitim düzeyi düşük yaşlılara anlaşılır bilgi verilerek ilaç yan etkileri azaltılabilir.

Yaşlı bireylerin son altı ay içinde doktora başvurma durumu ile ilaçların yan etkilerini bilme durumu karşılaştırıldığında (Tablo 4.12); son altı ay içinde doktora

başvuranların kullandıkları ilaçların yan etkilerini daha fazla bildikleri belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin doktora başvurma durumu ile ilaç yan etkilerini bilme durumunun karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya ulaşamadık. Bizim çalışmamızın bulgusu sağlık personeli ile iletişim durumunda olan yaşlı bireylerin kullandıkları ilaçların yan etkilerini daha fazla bildiklerini göstermiştir. Doktor ve hasta arasındaki etkin iletişim ile kullandıkları ilaçların yan etkileri hakkındaki bilgi düzeyinin artırılması doktor önerisi olmadan ilaç bırakmayı önleyebilir (Turhan vd 2014).

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özelliklerine göre prospektüs okuma durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4.13); prospektüs okuma sıklığı 65-69 yaş grubunda daha yüksektir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Canbolat (2007) ve Sitah (2015)'in yaptıkları çalışmalarda da yaşın prospektüs okuma alışkanlığını etkilediği ($p<0,05$), ileri yaş gruplarında okuma sıklığının azaldığı saptanmıştır. Yaşlanma sonucu görülen bilişsel fonksiyon ve bellek azalması ile görme-ışitme kaybı gibi fiziksel problemler ilaç prospektüsünü okuma ve anlama yeteneğini etkilediği düşünülmektedir. Dolayısıyla ileri yaşın hastanın ilaç talimatlarını okuma ve anlama yeteneğini etkileyen faktörlerden biri olduğunu söyleyebiliriz.

Yaşlıların cinsiyeti ile prospektüs okuma durumları karşılaştırıldığında (Tablo 4.13); erkeklerin prospektüs okuma sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Öztürk vd (2015)'nin çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer şekilde erkek hastaların ilaç prospektüslerini daha fazla okudukları tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Yılmaz vd (2014), Karakurt vd (2010), Canbolat (2007)'in yaptıkları çalışmalarda kadınların prospektüs okuma sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyetin prospektüs okuma sıklığına etkisi ile ilgili literatürde farklı bulguların olması eğitim, yaş gibi karıştırıcı faktörlerin kontrol altına alınarak değerlendirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

Yaşlı bireylerin eğitim düzeyi ile prospektüs okuma durumu karşılaştırıldığında (Tablo 4.13); prospektüs okuma sıklığı, lise mezunlarında (%96,2) ve üniversite mezunlarında (%88,5) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Öztürk vd (2015), Cruzeta vd (2013), Pınar (2010), Fröhlich vd (2010), Özkan vd (2005), Canbolat (2007)'in çalışmaları, bizim çalışmamızla benzer şekilde eğitim düzeyi yükseldikçe kullanılan ilacın prospektüsünü okuma sıklığının arttığı saptanmıştır. Düşük eğitim düzeyine sahip yaşlılar, ilaç prospektüsünü daha az okumaktadır. Bu bulgular düşük eğitim düzeyine sahip yaşlıların ilaçlarını düzenli kullanmaları ve tedavilerinin başarısının artırılması için ilaç kullanımına ilişkin anlaşılır bilgileri içeren eğitimin gerekli olduğunu göstermektedir.

Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayısı ile prospektüs okuma sıklığı karşılaştırıldığında (Tablo 4.13); kronik hastalık sayısına göre ilacın prospektüsünü okuma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısının artmasıyla birlikte kullanılan ilaç sayısı da artmaktadır. Yaşla birlikte fizyolojik değişiklikler ve duyu işlevlerindeki azalmalar gibi durumlar da eklenince ilaç etkileşimi ve yan etki riski de artmaktadır (Sayın Kasar ve Karadakovan 2017). İlaç prospektüslerinin okunmasının kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların kontrol altına alınmasında önemli yeri olduğunu ve gereksiz ilaç kullanımı, ilaçları karıştırma, ilaçların yanlış dozda alınması gibi ilaç kullanım hatalarını önlediği düşünülmektedir. Kasar ve Karadakovan (2017)'in yaptığı bir çalışmada ilaç prospektüsü okumayanlarda ilaç kullanım hata oranını anlamlı derecede yüksek bulunduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özellikleri ile ilaç almayı unutma durumu karşılaştırıldığında (Tablo 4.14); yaşa, eğitime, cinsiyete, algılanan sağlık durumuna, doktora başvurma durumuna ve kronik hastalık sayısına göre ilaç almayı unutma durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Güneş (2014)'in yaptığı çalışmada ilacı almayı unutma sıklığı okuryazar olanlarda, memurlarda, gelir düzeyi 'yüksek' olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgular ilaç almayı unutma durumu ile ilgili genelleme yapmayı güçleştirmektedir. Her yaşta, her eğitim düzeyinde ilaç almayı unutma görülebilmektedir. Bununla birlikte yaşlılarda, birden fazla kronik hastalık olması, farklı tedavi yöntemlerinin aynı anda uygulanması ve bilişsel, fonksiyonel yeteneğinin azalması ilaç kullanımında uyumu azaltan etmenlerdendir (Esengen vd 2000). Dolayısıyla özellikle yalnız yaşayan yaşlı bireylere ilacını almayı unutmamasını sağlamak için uygun yöntem geliştirilmesi ve desteklenmesi sağlanmalıdır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durum özellikleri ile ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davranma durumları karşılaştırıldığında (Tablo 4.15); ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davranma durumları; yaşa, eğitime, cinsiyete, algılanan sağlık durumuna, son altı ay içinde doktora başvurma durumuna ve kronik hastalık sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Benzer şekilde Ekenler ve Koçoğlu (2016)'nın yaptığı çalışmada bireylerin doktorun önerdiği ilaç saatlerine uymama durumları; cinsiyet ($p=0,20$) ve eğitim durumlarına ($p=0,48$) göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin ilaçları doktorun önerdiği dozda alma durumları; yaşa, cinsiyete, eğitim durumuna, algılanan sağlık durumuna, doktora

başvurma durumuna ve kronik hastalık sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0,05$) bir farklılık göstermemektedir (Tablo 4.16). Ekenler ve Koçoğlu (2016)'nın yaptığı çalışmada da bireylerin doktora danışmadan ilaç kullanım dozlarını arttırma ya da azaltma durumları cinsiyet ve eğitim durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Güneş (2014)'in çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak doktorun önerdiği doz formunda değişiklik yapma oranı okur-yazar olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bununla birlikte bizim çalışmamızla benzer şekilde yaş, cinsiyet, meslek durumuna göre farklılık göstermemiştir. Özellikle yaş, eğitim ve kronik hastalık sayısı ilaçları doktorun önerdiği dozda alma durumlarını etkileyebilecek değişkenlerdir. Bu değişkenlerin etkisinin topluma dayalı geniş katımlı epidemiyolojik çalışmalarla değerlendirilmesi gereklidir.

Yaşlı bireylerin iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma durumu; yaş, eğitim durumu, algılanan sağlık durumu, doktora başvurma durumu ve kronik hastalık sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0,05$), cinsiyet ile iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumu arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadınlar erkeklere göre daha sık iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakmaktadır (Tablo 4.17). Bizim çalışmamıza benzer olarak Ekenler ve Koçoğlu (2016), Canpolat (2007), Özkan vd (2005)'nin çalışmasında yaş, cinsiyet, eğitim durumuna göre doktora somadan ilacı kullanmayı bırakma arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Doktora danışmadan ilacın önerilen süreden önce bırakılması tedavinin başarısı açısından önemli sorun olarak düşünülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda akılcı ilaç kullanma davranışlarını arttırmaya yönelik rehberlik ve danışmanlık programlarının oluşturulması önerilebilir.

Yaşlı bireylerin ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakma durumu; yaş, doktora başvurma durumu, kronik hastalık sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0,05$), cinsiyet, eğitim durumu, algılanan sağlık durumu ile ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakma durumu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). İlaça bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakma durumunun sıklığı, kadınlarda, okuryazar olanlarda, algılanan sağlık durumu kötü düzeyde olanlarda daha yüksektir (Tablo 4.18).

5.3. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması $11,75\pm3,97$ olup, alınabilecek en yüksek puanın 23 olduğu düşünüldüğünde

orta düzeyde değerlendirilebilir (Tablo 4.19). Aynı ölçek kullanarak Türkoğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 12,98 olarak, Sezer (2012) tarafından yapılan çalışmada ise 13,10 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda belirlenen ortalamanın biraz daha düşük olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda literatürdeki çalışmalara göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının düşük olmasının nedeni bireylerin yaşı, eğitim durumları olabilir. Çalışma sonucunda yaş seviyesi arttıkça YSOÖ puanının düşmesi ve eğitim seviyesi arttıkça YSOÖ puanlarının da artması konu ile ilgili yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Türkoğlu 2016, Sezer 2012, Özdemir vd 2012). Sağlık okuryazarlığını sosyal ve çevresel belirleyiciler (demografik durum, kültür, dil gibi), bireysel belirleyiciler (yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam gibi), durumsal belirleyiciler (sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi) etkilemektedir (Sorenson vd 2012).

5.4. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.20); yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farkın 65-69 yaş grubu ve 70-74 yaş grubundan kaynaklandığı, bu yaş gruplarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Berens vd (2016), Kobayashi vd (2015), Türkoğlu (2016), Çimen (2015), Çiftçi (2015), Altsitsiadis vd (2012), Özdemir vd (2010), Javadzade vd (2012), Toçi vd (2013)'nin yaptığı çalışmalarda yaşın sağlık okuryazarlık düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Yapılan çalışma sonuçları yaşla beraber doğrusal olarak sağlık okuryazarlık düzeyinde düşme olduğunu göstermiştir. İleri yaş sağlık okuryazarlık düzeyini olumsuz etkilemektedir. Bunun nedeni yaşlılık döneminde bilişsel işlevlerin azalması olabilir.

Araştırmadaki yaşlı bireylerin cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde (Tablo 4.20); erkeklerin sağlık okuryazarlık puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bozkurt (2017), Özdemir vd (2010), Javadzade vd (2012), Toçi vd (2013) yaptığı çalışmalarda kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Bu durum çalışmaya katılan kadınların düşük eğitim düzeyine sahip olması ile açıklanabilir. Bu çalışmaların aksine Türkoğlu (2016), Çimen (2015), Uğurlu (2011)'nin yaptığı çalışmada ise kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek

olduğu bulunmuştur. Dinçer ve Kurşun (2016), Çiftçi (2015), Chan vd (2010), Baker vd (2007)'nin çalışmasında cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada bireylerin eğitim durumları ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki görüldü. Okuryazar olan bireylerin oluşturduğu gruptan lise ve üzeri mezun olan bireylerin oluşturduğu gruba doğru puan ortalamalarına bakıldığında; eğitim seviyesi arttıkça puan ortalamasının da arttığı gözlemlendi.

Yaşlı bireylerin eğitim düzeylerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde (Tablo 4.20); en düşük puanı okuryazar olan bireylerin aldığı, en yüksek puanı ise üniversite mezunlarının aldığı belirlenmiştir. Okuryazar olan bireylerin oluşturduğu gruptan lise ve üzeri mezun olan bireylerin oluşturduğu gruba doğru eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür ($F=16.97$, $p=.000$). Bozkurt (2017), Türkoğlu (2016), Çiftçi (2015), Çimen (2015), Üçpınar (2014), Uğurlu (2011), Özdemir vd (2010), Javadzade vd (2012), Toçi vd (2013), Heide vd (2013), Wolf vd (2010), Ganzer vd (2012) ve Cordasco (2012) çalışmalarında da benzer şekilde sağlık okuryazarlığı ve eğitim arasındaki ilişkiyi rapor edilmiştir. Patel vd (2011) eğitimin düşük sağlık okuryazarlığının en güçlü belirleyicisi olduğunu ve bireyin sağlık okuryazarlığını şekillendirmede eğitimin önemini belirtmiştir. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında bütün ülkelerde genel eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının da arttığı saptanmıştır (Pelikan vd 2012). Düşük eğitime sahip kişilerin, yükseköğrenim gören kişilere kıyasla daha düşük sağlık okuryazarlığı becerileri gösterdikleri belirlenmiştir (Howard vd 2006 ; Lee vd 2010 ; Nutbeam 2008 ; Paasche-Orlow vd 2005 ; Rudd 2007). Araştırmamızın bulgusu bu çalışmalara benzerlik göstermektedir. Buna göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin eğitim seviyesiyle ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Ancak öğrenim durumunun yüksek olması her zaman okuryazarlık düzeyinin de yüksek olduğu anlamına gelmemektedir. Evinde veya işinde yeterli okuryazarlık becerileri gösteren birisi, sağlık alanında yetersiz düzeyde okuryazar olabilmektedir (Tanrıöver vd 2014).

Araştırmadaki yaşlı bireylerin reçeteli/reçetesiz ilaç kullanma durumu ve yan etki gelişme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde (Tablo 4.21); yaşlı bireylerin başkalarının önerisi ile ilaç kullanma durumu, doktorun reçete ettiği ilacı düzenli kullanmama durumu ve yan etki gelişme durumu sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Reçetesiz ilaçlarının kullanımı, aile desteği, bakım veren kurumlar ve diğer değişkenlerin yanı sıra sosyal, psikolojik ve ekonomik konular da dahil olmak üzere birçok faktörden etkilenmektedir.

Araştırmadaki yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde (Tablo 4.22); ilaçların kullanım amacını bilen yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları (11,86±3,90), ilaçların kullanım amacını bilmeyen yaşlı bireylerin puan ortalamalarına (6,50±3,94) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($z=-2,832$; $p<0,05$). Mosher vd (2012), Marks vd (2010), Kripalani vd (2006) yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde ilaçların kullanım amacını bilme durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar yaşlı bireylerde tedavinin etkinliği ve ilaç uyumu için sağlık okuryazarlığının önemine işaret etmektedir.

Yaşlı bireylerin ilaçların yan etkilerini bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.23); ilaçların bazı yan etkilerini bilen yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları (13,06±3,92), ilaçların yan etkilerini bilmeyen yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından (11,34±3,91) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($t=3,095$; $p<0,05$). Marks vd (2010)'nin yaptığı çalışmada da benzer şekilde ilaçların yan etkilerini bilme durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve araştırmamızın bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmaya rastlanmamıştır. Düşük sağlık okuryazarlığı reçete talimatları ve uyarı etiketlerinin yanlış anlaşılmasına neden olabilir. Bunun sonucunda da ilaç yan etkilerinin artmasına neden olabileceği düşünülebilir. Sınırlı okuryazarlığı olan ve çoklu ilaç kullanan yaşlılar daha büyük risk taşımaktadır. Bu nedenle ilaç talimatlarını doğru şekilde yorumlama becerisi, uygun ve güvenli kullanımın sağlanması için sağlık çalışanlarına büyük görev düşmektedir (Davis vd 2009).

Yaşlı bireylerin prospektüs okuma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırıldığında (Tablo 4.23); prospektüs okuyan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının (13,38±3,41), prospektüs okumayan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından (9,56±3,60) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=9,036$; $p<0,05$). Benzer şekilde Üçpınar (2010) çalışmasında da bireylerin ilaç kullananların/kullanmış olanların prospektüs okuma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Davis vd (2006) tarafından bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığı ile ilaç prospektüsünde yer alan bilgileri yanlış anlama arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan yaşlıların, ilaç prospektüslerinin tıbbi terimler/kelimeler içermesi ve küçük yazılmış olmasından dolayı anlamakta zorluk

çektikleri düşünölmüştür. Yaşlıların ilaçlarla ilgili yetersiz bilgisi, ilaçların uygunsuz kullanımına ve tedavinin başarısızlığına neden olabilir. Bu nedenle sağlık ekibinin sağlık okuryazarlığı düşük olan yaşlıları bu alanda desteklemesi önemlidir. Okunması ve anlaşılması kolay sözcükler kullanılmalıdır. Gerektiğinde renkler ve semboller uygulanarak hastaların ilaç tedavisine uyumunun artırılması sağlanmalıdır (Pinto vd 2016).

Araştırmadaki yaşlı bireylerin ilaçlarını almayı unutma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.23); ilaçlarını almayı unutan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının (10,95±3,80) ilaçlarını almayı unutmayan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından (12,43±4,00) anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (t=-3,161; p<0,05).

Araştırmadaki yaşlı bireylerin hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.23); hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları (10,69±3,92), hastalıkla ilgili iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakmayan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarından (12,00±3,94) anlamlı derecede düşük bulunmuştur (t=-2,229; p<0,05). Federman vd (2014)'nin yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hastaların ilaç tedavisine uyumunun düşük olduğunu bildirmiştir. Morisky'nin öz bildirim anketine göre ilaç almayı unutma ve iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumu ilaç tedavisine uyum sorunudur (Morisky vd 1986). Bu bulgulara dayanarak sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde ilaç almayı unutma ve iyi hissettiğinde ilacını bırakma sıklığının yüksek olabileceğini söyleyebiliriz.

Yaşlı bireylerin ilaçlarını zamanında alma konusunda özensiz davranma durumu, ilaçlarını doktorun önerdiği dozda alma durumu ve ilaca bağlı kötü hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.23).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Yaşlı bireylerin yarısından fazlasının dört ve daha fazla ilaç kullandığı ve ilk sırayı antihipertansif ilaçların oluşturduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Yaşlı bireylerin doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullanma sıklığının düşük olduğu fakat büyük bir çoğunluğunun reçete edilen ilaçları düzenli kullanmadığı belirlenmiştir. Kullandığı ilaca bağlı yan etki yaşama sıklığının ise %24,6 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Yaşlı bireylerin tamamına yakınının ilaçlarının kullanım amacını bildiği ancak büyük bir çoğunluğunun yan etkilerini bilmediği saptanmıştır. (Tablo 4.5). Yaşlı bireylerin %42,9'unun prospektüs okumadığı, %46,4'ünün ilaçlarını almayı unuttuğu, %43,2'sinin ilaçları zamanında alma konusunda özensiz davrandığı, %20'sinin kendisini iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacını bıraktığı, %23,2'sinin kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını almayı bıraktığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Yaşlı bireylerin yarısından çoğu kullandığı ilaçla ilgili bilgi almadığını, bilgi alanların ise çoğu doktordan aldığını bildirmiştir. Bunun yanında yarısından fazlasının ilaç kullanımında yardım alacağı bir yakının olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.7).

2. Yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve sağlık durumu özelliklerine göre ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları karşılaştırıldığında;

- İlaç yan etki gelişme durumu ile doktora başvurma durumu ve kronik hastalık sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.10).
- İlaçların kullanım amacını bilme durumu ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.11).
- Yan etkilerini bilme durumu ile eğitim ve doktora başvurma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.12).
- Prospektüs okuma durumu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.13).
- Yaşlı bireylerin iyi hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.17).
- Yaşlı bireylerin kendisini ilaca bağlı kötü hissettiği zamanlarda doktora sormadan ilacını bırakma durumu ile cinsiyet, eğitim, algılanan sağlık durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.18).

3. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması $11,75\pm 3,97$ olarak saptanmış ve orta düzey olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.19).

4. Yaşlı bireylerin yaş, cinsiyet ve eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 4.20).

5. Yaşlı bireylerin ilaçların kullanım amacını bilme ve yan etkilerini bilme durumu ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.22).

6. Yaşlı bireylerin prospektüs okuma, ilaçlarını almayı unutma ve iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacını bırakma ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.23).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Aile sağlığı merkezinde çalışan hemşirelerin yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmesi,

- Yaşlı bireylerin reçete edilen ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadıkları, doktora danışmadan ilacı bırakıp bırakmadıkları ve yan etki yaşayıp yaşamadıkları konusunda ev ziyareti yapılarak ya da aile sağlığı merkezine çağrılarak yakından izlenmeleri ve değerlendirilmeleri,
- Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin iş birliği yaparak yaşlı bireyler için sağlık okuryazarlığı düzeyine göre ilaç uyumunu geliştiren eğitim programları planlanması,
- Hemşirelerin ASM'ye kayıtlı yaşlı bireylere ve yakınlarına ev ziyareti yaparak ya da aile sağlığı merkezine çağırarak ilaçlarını nasıl kullanacaklarını, ilaçların etkileri, yan etkileri, ilaç etkileşimleri, yazılan ilaçları uygun şekilde, dozda ve sürede kullanmaları konusunda, doktora danışmadan ilacı bırakmaması, ilaçların uygun saklama koşulları konusunda ve ilaç prospektüslerini okuma alışkanlıklarını geliştirmeye ve prospektüs okunurken dikkat edilmesi gerekenlere yönelik eğitim verilmesi, eğitim ve danışmanlık yaparken yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin göz önünde bulundurulması,
- Yaşlı bireylerin ilaçlarını doğru zaman ve miktarda alabilmeleri için kolaylaştırıcı yazılı, görsel eğitim materyallerinin hazırlanması ve kullanmaları için cesaretlendirilmesi,
- İlaç kutularının ve prospektüslerinin yaşlıların görebileceği ve okuyabileceği puntolarla, anlayabilecekleri kelimelerle yazılması,
- Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini artırmada uygun yöntemin belirlenebilmesi için araştırmalar yapılması,
- Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi için sağlık eğitimi birimleri oluşturularak hemşirelerin sağlık eğitimi ve danışmanlık rolleri için sorumluluklarının artırılması,
- Ev ziyareti yapılarak daha büyük örneklem grubunda benzer araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abdel Rahman TT. Health Literacy: Prevalence among Elderly Care Givers and Its Impact on the Frequency of Elderly Hospitalization and Elderly Health Related Quality of Life. **Advances in Aging Research** 2014; 3: s.380-387.

Adekoya Cole TO , Akinmokin OI , Enweluzo GO , Badmus OO , Alabi EO Poor Health Literacy in Nigeria: Causes, Consequences and Measures to improve it. **Nig Q J Hosp Med.** 2015; 25(2): s.112-117.

Akgün Çıtak E. “Yaşlanmaya Bağlı Psikolojik Değişimler”, Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Eds. Bilgili N, Kitiş Y, **Vize Basın Yayın**, Ankara, 2017, s.87-97.

Akgün S,Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. **Türk Geriatri Dergisi** 2004; 7 (2): s.105-110.

Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları. **Türk Geriatri Dergisi** 2006; Özel Sayı: s. 19–27.

Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MU, Çalı S, Oktay S. Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. **Turkish Journal of Geriatrics** 2001;4: s.100-105.

Akkuş Y, Karatay G. Kars’ta 60 yaş ve üstü bireylerin ilaç kullanım bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. **TÜBAV Bilim Dergisi** 2011; 4(3): s. 214-220.

Alkatheri A.M, Albekairy A.M Does the patients’ educational level and previous counseling affect their medication knowledge? **Ann Thorac Med.** 2013; 8(2): s.105–108.

Alshammari T.M. Drug safety: The concept, inception and its importance in patients’ health **Saudi Pharm J.** 2016; 24(4): s. 405–412.

Altsitsiadis E, Undheim T,De Vries E, Hinrichs B, Stockfleth E, Trakatelli M.Health literacy, sunscreen and sunbed use: an uneasy association. **Br J Dermatol** 2012; 167(2): s.14-21.

Altun A. Gelişen Teknolojiler ve Yeni Okuryazarlıklar. **Anı Yayıncılık, Ankara**, 2005, s. 10-160.

Akgün Çıtak E . “Yaşlanmaya bağlı psikolojik değişimler”, Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Eds. Bilgili N, Kitiş Y, **Vize Basın Yayın**, Ankara, 2017, s. 3-17.

Alomar MJ. Factors affecting the development of adverse drug reactions. **Saudi Pharm J.** 2014; 22(2): s. 83–94.

American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. **Journal of the American Medical Association** 1999; 281(6): s. 552-557.

Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. **Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim Kültür Yayınları, Ankara**, 2005.

<http://www.tuedtarsus.org.tr/yayinlar/yaslilik.pdf>. (02.12.2015).

Arslan G.G, Eşer İ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. **Ege Üniv. HYO Dergisi**, 2005; 21(2): s.147-157.

Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 2014;13(4): s. 327-334.

Asma S, Gerekliloğlu Ç, Korur PA, Erdoğan AF. Multimorbiditesi olan yaşlı hastalarda çoklu ilaç kullanımı: Aile hekimliğinde önemli bir problem. **TJFMPC** 2014; 8(1): s. 8-12

Aydoğdu B. 65 yaş ve üzeri hastalarda, polifarmasi sıklığı ve uygunsuz ilaç kullanımının değerlendirilmesi. **Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Uzmanlık Tezi, Muğla, 2016, s. 59.

Aydos TR. "Yaşlılık Döneminde Akılcı İlaç Kullanım İlkeleri" , Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, **Ankara Tabip Odası, Türk Geriatri Derneği, Pratisyen Hekimlik Derneği**, Ankara, 2012, s.57-65.

Balçık YP, Taşkaya S. Şahin B. Sağlık Okuryazarlığı. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 2014; 13(4): s. 321-326.

Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly. **Clin Ther** 1998; 20 (4): 764-771.

Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. **Arch Intern Med** 2007;167: s. 1503-1509.

Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. **Br J Clin Pharmacol** 2001; 51: s. 615-622.

Barry D, Weiss MD. Health Literacy: A Manual for Clinicians, **American Medical Association Foundation**, Chicago, 2003, s. 48.

Bayık Temel A, Çimen Z. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 2017; 33(3): s. 105-125.

Beers MH, Berkow RM. The Merck Manual of Geriatrics. **Merck and Co, New Jersey** 2000, s. 165-211.

Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. **Klinik Gelişim** 2012; 25:s.1-3.

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

Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. **BMC Public Health** 2016; 16: s.1151.

Best JT. Effective teaching for the elderly: Back to basics. **Orthopaedic Nursing** 2001; 20(3): s. 46-52.

Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA. Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. **Turk J Geriatrics** 2002;5(2): s. 68-74.

Baker, D.W, Gazmararian J.A, Williams M.V, Scott T, Parker R. M, Green D, Ren J, Peel J. Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. **Journal of General Internal Medicine** 2004; 19(3): s. 215-220.

Baker, D.W, Wolf M.S, Feinglass J, Thompson J.A, Gazmararian J.A, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. **Archives of Internal Medicine** 2007; 167(14): s. 1503-1509.

Beğer T, Akman Ş, Ünal T. **TGV**, Ankara, 2008, s. 9-19.

Bilir N, Paksoy EN. "Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü" , Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 3, Eds. Güler Ç, Akın L, **Hacettepe Üniversitesi Yayınları**, Ankara, 2012, s. 1527-1557.

Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. **Turk J Public Health** 2014;12(1): s. 61-68.

Bozkurt Bulakçı B. Yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlar. **İstanbul Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013, s. 55.

Bozkurt H. Bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı bilişsel bozukluğu olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, **Sağlık Bilimleri Enstitüsü** Uzmanlık Tezi, Bursa, 2017, s. 87.

Burge S, White D, Bajorek E, Bazaldua O, Trevino J, Albright T, Wright F, Cigarroa L. Correlates of medication knowledge and adherence: findings from the residency research network of South Texas. **Fam Med**. 2005; 37(10): s. 712-718.

Camargo AL, Ferreira MBC, Heineck I. Adverse drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital. **Eur J Clin Pharmacol** 2006; 62(2): s.143-149.

Canbolat F. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda ilaç kullanım alışkanlıklarının ve reçete maliyetlerinin değerlendirilmesi. **Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek lisans tezi, Konya, 2007, s. 74.

Cankara FN, Aşçı H, Sönmez Y. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda hekimlerin ilaç tercihleri ve polifarmasi varlığı. **SDÜ Sağlık Bilimleri**, 2015; 6: s. 20-25

Cordasco KM, Homeier DC, Franco I, Wang PC, Sarkisian CA. Health literacy screening of geriatric monolingual Spanish-speaking patients using single-item literacy screening questions and education. **Health Education Journal** 2012; 71: s. 597-605.

Cruzeta APS, Dourado ACL, Monteiro MTM, Martins RO, Calegario TA, Galato D. Fatores associados a compreensão da prescrição médica no sistema único de saúde de um município do sul do Brasil. **Cien Saude Colet** 2013; 18(12): s. 3731-3737.

Chan JLY, Leung A, Chiang VCL, Li HCW, Wong EM, Liu ANC, Chan SSC. A pilot project to build e-health literacy among university students in Hong Kong. **University of Hongkong** 2010.

Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. **Prev Chronic Dis** 2008;5(1): s.1-9.

Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. **Fam. Med.** 2004; 36: s. 588– 594.

Chiarelli L. The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control. **Canadian Public Health Association Publication** 2006.

Christmann S. Health literacy and internet. **EuroHealthNet** 2005; s.3-7.

Cooney D, Pascuzzi K. Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension. **Clin Geriatr Med** 2009; 25 (2): s. 221-233.

Cornett S. The effects of aging on health literacy, 2006.
http://medicine.osu.edu/sitetool/sites/pdfs/ahecpublic/HL_Module_Elderly.pdf
(19.02.218).

Cutilli CC. Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. **Orthop Nurs.** 2007 Jan-Feb;26(1): s.43-48.

Çakır Dolu İ, Bilgili N. Ankara'da Yaşayan Bir Grup Yaşlı Bireyde İlaç Kullanım Uygulamaları ve İlaç Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, **TAF Prev Med Bull** 2010; 9(1): s. 37-44.

Çakır YT, Sonbahar M, Can H, Kurnaz MA, Önder R. Huzurevindeki yaşlı bireylerin ilaç kullanım alışkanlıkları ve çoklu ilaç kullanımı. **Turkish Journal of Geriatrics** 2014; 17(2): s. 172-179.

Çaylan A, Yayla K, Öztora S, Dağdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. **Biomedical Research** 2017; 28 (15): s. 6803-6807.

Çiftçi A. Evde Yaşayan 65 yaş üstü yaşlıların ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisinin değerlendirilmesi. **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2014, s. 51.

Çiftçi Kİ. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetinin belirlenmesi. **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2015, s. 70.

Çiler Erdağ G. "Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı", Sağlık Okuryazarlığı, Eds. Yıldırım F, Keser A. **Ankara Üniversitesi Basımevi**, Ankara, 2015, s. 1-23.

Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2015, s.169.

Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? **TJFM&PC** 2016; 10(1): s. 42-47.

Davis TC, Federman AD, Bass PF 3rd, Jackson RH, Middlebrooks M, Parker RM, Wolf MS Improving patient understanding of prescription drug label instructions. **J Gen Intern Med.** 2009; 24: s. 57–62.

Davis TC, Wolf MS, Bass PF 3rd, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, Parker RM Literacy and misunderstanding prescription drug labels. **Ann Intern Med.** 2006; 145(12): s. 88-94.

Davis TC, Federman AD, Bass PF, Jackson RH, Middlebrooks M, Parker RM, Wolf MS. Improving Patient Understanding of Prescription Drug Label Instructions. **J Gen Intern Med.** 2009; 24(1): s. 57–62.

Dawood OT, Hassali MA, Saleem F. Factors affecting knowledge and practice of medicine use among the general public in the State of Penang, Malaysia. **Journal of Pharmaceutical Health Services Research** 2017; 8: s. 51–57.

Demirbağ BC, Timur M. Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. **Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi** 2012; 1(11): s. 1-8.

Demirbilek T, Öktem Özgür A. Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Yaşlı İstihdamı. **YSAD-EIRJ** 2017; 10(1): s.14-28.

De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to good prescribing a practical manual. **WHO**, Geneva,1997

Dişçigil G, Tekinç, N, Anadol, Z, Bozkaya Oklay A. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. **Türk Geriatri Dergisi**, 2006; 9(3): s.117-121.

Dişsiz G, Yılmaz M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. **Complementary Therapies in Clinical Practice** 2016; 23: s.34-39.

Doyle G., Cafferkey K., Fullam J. The European Health Literacy Survey: Results From Ireland. **HLS-EU**, 2012, 1-94.

Duthie Edmund H, Katz Paul R. Practice of geriatrics. **W. B, United State: Saunders**, 1998, s. 38-47.

Duyar İ (2008). “Yaşlanma, yaşlılık ve antropoloji”, Geriatri, Eds. R, Işık AT, Karan MA, Beğer T, Akman Ş, Ünal T . **TGV**, Ankara, 2008, s. 9-19.

Ehrlich S, Newkirk T, Pallas S, Riedinger T, Jackson D. Why are patients with chronic disease nonadherent with their prescription medications? **Presented at the American Academy of Physician Assistants 2017 conference** 2017, Las Vegas, s. 5-19.

Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 2016; 3(3): s.44-55.

Ertürk A. Huzurevindeki yaşlıların ilaç kullanım hataları ve etkileyen faktörler Yüksek lisans tezi, **Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Sivas, 2005.

Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. **Int J Public Health.** 2009; 54(5): s. 313–324.

Er, D. Psikososyal Açıdan Yaşlılık. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi** 2009; 4 (11): s. 138-140.

- Erenmemişoğlu A. Yaşlılarda ilaç kullanımını etkileyen farmakokinetik değişiklikler. **Türk Geriatri Dergisi** 2006; Özel Sayı: s. 29-32.
- Eroğlu N, Kalaycı Oflaz N. Türkiye’de Yerleşik Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Genel Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi. **IJFBS** 2017; 6(2): s. 44-59.
- Esengen Ş, Seçkin Ü, Boman P, Bodur H, Kutsal YG, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. **Türk Geriatri Dergisi** 2000; 3: s. 6-10.
- Fadıloğlu Ç, Esen A, Karadakovan A, Durmaz AA, Yeşilbalkan Ö (2001) Yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar. **I. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı**, Ankara, 2001, s. 119-131.
- Federman AD, Sano M, Wolf MS, Siu AL, Halm EA. Health literacy and cognitive performance in older adults. **J Am Geriatr Soc.** 2009; 57: s. 1475–1480.
- Federman AD, Wolf MS, Sofianou A, Martynenko M, O'Connor R, Halm EA. Self-management behaviors in older adults with asthma: associations with health literacy. **J Am Geriatr Soc.** 2014; 62(5): S. 872–879.
- Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR. "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res** 1975; 12: s. 189-198.
- Fröhlich SE, Dal Pizzol TS, Mengue SS. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Rev Saude Publica** 2010; 44(6): s. 1046-1054.
- Ganzer C. A., Insel K. C., Ritter L. S. (2012). Associations between working memory, health literacy, and recall of the signs of stroke among older adults. **Journal of Neuroscience Nursing** 2012; 44: s. 236-243.
- Gazmararian JA, Kripalani S, Miller MJ, Echt KV, Ren J, Rask K. Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. **Journal of General Internal Medicine** 2006; 21 (12): 1215-1221.
- Geboers B, Winter AF, Spoorenberg SLW, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderator. **Qual Life Res.** 2016; 25(11): s. 2869–2877.
- Gök T. Bireyselleştirilmiş ilaç eğitiminin yaşlıların ilaç kullanma uyumlarına etkisi. **Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009, s. 107.
- Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. **Türk Geriatri Dergisi** 2006; Özel Sayı: s. 37-44.
- Gökçe Kutsal Y, Barak A, Baydar T, Karaağaoğlu E, Küçüköğlü S, Tuncer T, Tüzün Ç, Hizmetli S, Dursun N, Şen S, Eyigör S, Sarıdoğan M, Bodur H, Tutoğlu A, Cantürk F, Turhanoğlu A, Arslan Ş, Başaran A. Polypharmacy in Turkish Elderly; A Multicenter Study. **Turkish Journal of Geriatrics.** 2009; 10(7): s. 486-490.
- Gökalp O, Mollaoğlu H. Uygunsuz ilaç kullanımı. **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2003; 10(2): s. 17-20.

- Göksel SÜ. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı, birinci basamağa öneriler. Akademik Geriatri Derneği Kongre Kitapçığı, Gazimağusa, KKTC, 2010, s.121.
- Gökten Ö. Yaşlılık Farmakolojisi ve Diş Hekimliğinde Yaşlı Hastalar. Bitirme Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2009, s. 45.
- Görgün Baran A, Çoban S. Kuramsal açıdan kuşaklararası dayanışma: yaşlı-genç ilişkileri. Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempoyumu, Ankara,2012,189-214.
- Guenette L, Moisan J. Elderly people's knowledge of the purpose of their medicines. **The Merican Journal Of Geriatric Pharmacotherapy** 2011; 9(1): s. 49-57.
- Gupta MA, Gilchrest BA. Psychosocial aspects of aging skin. **Dermatol Clin** 2005; 23: S. 643-648.
- Gurvitz JH, Field TS, Judge J, Rochon P, Harrold LR, Cadoretb C, Lee M, Whitw K, Laprino J, Erramuspe MJ, Deflorio M, Gavendo L, Auger J, Bates DW. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. **Am J Med** 2005; 118: s. 251-258.
- Güleç M,Tekbaş ÖF. Sağlık Perspektifinden Yaşlılık, The Health Of Elderly, **T Klin J Med Sci** 1997; 17(6): s.369-378.
- Güler ÖÖ. 65 yaş üstü bireylerin ilaç kullanımı ile düşmeye olan ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi, **Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Antalya, 2011, s.62
- Gülhan R. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı, **Okmeydanı Tıp Dergisi** 2013; 29(2): s. 99-105.
- Güneş F. Okur-yazarlık kavramı ve düzeyleri. **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi** 1997; 27(2): s. 499-507.
- Güneş D. Yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. **Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum,2014, s. 69.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R. Engin F. Standardize mini mental test'in türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. **Türk Psikiyatri Dergisi** 2002; 13(4): s. 273-281.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2013, **HÜNEE, Ankara**, 2016, 1-27.
- Hanchak NA, Patel MB, Berlin JA, Strom BL. Patient misunderstanding of dosing instructions. **J Gen Intern Med.** 1996; 11(6): s. 325–328.
- Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM, et al. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. **J Am Geriatr Soc.** 2001; 49(2): s. 200–209.
- Hanlon JT, Linblad CI, Hajjar ER, McCarthy. Update on drug-related problems in the elderly. **Am J Geriatr Pharmacother** 2003; 1 (1) : s. 38-43.
- Haun J, Valerio M, McCormack L, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. **Journal of Health Communication** 2014; 19(2): s. 302-333.

Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*, 2013; 18(1): s. 172-184.

Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling* 2015; 98(1) , s. 41–48.

Howard D. H., Sentell T., Gazmararian J. A. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21: s. 857–861.

Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The Impact of Low Health Literacy on The Medical Costs Of Medicare Managed Care Enrollees. *Am J Med* 2005; 118(4): s. 371-377.

Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. *NAS*, Washington,2004, s. 31-55.

Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot*. 2012; 1: s. 31.

Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011; 26(3): s.155–159.

Kang CD, Tsang PP, Li WT, Wang HH, Liu KQ, Griffiths SM, Wong MC. Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong A cross sectional study. *International Journal of Cardiology* 2015; 182: s. 250–257.

Kanj M, Mitic W. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. *7.Global Conference on Health Promotion*, Nairobi, Kenya, 2009.

Kaptan G. Geriatrik Bakım İlkeleri. *Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul*, 2012, s.1-10.

Karadakovan A. “İlaç etkileşimleri ve hemşirenin sorumlulukları” *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1994;10(2), s. 65-71.

Karadakovan A. “Yaşlılık ve Bakım”, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Eds. Karadakovan A, Eti Aslan F, *Nobel Kitapevi*, Adana, 2010, s. 113-136.

Karadakovan A. “Yaşlıda Fizyolojik Değişiklikler ve Bakım”, Yaşlı Sağlığı ve Bakım, Eds. Karadakovan A, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2014, s. 279-295.

Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. *TAF Prev Med Bull* 2010; 9(5): s. 505-512.

Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. *JAMA* 2002; 287: s. 337-344.

Keller DL, Wright J, Pace HA. Impact of health literacy on health outcomes in ambulatory care patients: A systematic review. *The Annals of Pharmacotherapy* 2008; 42: 1272-1281.

Kitiş Y. "Yaşlılıkla İlgili Kavram Tanımlar", Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Eds. Bilgili N, Kitış Y, **Vize Basın Yayın**, Ankara, 2017, s. 3-17.

Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, et al. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journals of Gerontology: Psychological Sciences**, 2016; 71(3): s.455-457.

Kolar TR, Kaučič BM, Štemberger Kolnik T. The role of the nurse in improving health literacy among older adults. **Pielegniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century** 2017; 16(2) : s. 23-28.

Koşar C, Besen D. B, Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi** 2015;8 (1): s. 45-51.

Kripalani S, Henderson L, Chiu E, Robertson R, Kolm P, Jacopson T. Predictors of medication self-management skill in low-literacy population. **Journal of general internal medicine** 2006; 21; s. 852-885.

Kobayashi Lc, Simith Sg, O'conor R, Curtis Lm, Park D, Wagner C, Deary Ij, Wolf Ms. The role cognitive function in the relation ship between age and health literacy: Across sectional analysis of older adults in Chicago, **USA. BMJ Open** 2015; 5(4).

Kripalani S, Margaret E, Gatti ME, Jacobson TA. Association of age, health literacy, and medication management strategies with cardiovascular medication adherence. **Patient Education and Counseling** 2010; 81(2): s. 177-181.

Kurt G, Beyaztaş YF, Erkol Z. Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti **Adli Tıp Dergisi** 2010; 24(2): s. 32-39.

Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen J. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy. **NCES**, Washington, 2006, s.76. <http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>. (19.07.2016).

Kuvvetlioğlu K. Yaşlı hastaların ilaç kullanım davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, **Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2011, s. 72.

Lam LT, Yang L. Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12-16 years old population, Nanning, 2012. **Arch Public Health**. 2014; 72(1): s. 11.

Lam MP, Cheung BM, Wong IC. Prevalence of potentially inappropriate prescribing among hong kong older adults: a comparison of the beers 2003, beers 2012, and screening tool of older person's prescriptions and screening tool to alert doctors to right treatment criteria. **J Am Geriatr Soc** 2015; 63(7): s. 1471-1472.

Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. **BMC Public Health**. 2010;10: s.614.

Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, van den Bemt PM, Group HS. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. **Arch Intern Med**. 2008; 168(17): s. 1890-6.

Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. **Am J Obstet Gynecol.** 2002;186: s. 938–943.

Lopez-Picazo JJ, Ruiz JC, Sanchez JF, Ariza A, Aguilera B, Lazaro D, Sanz GR. Prevalence and typology of potential drug interactions occurring in primary care patients. **Eur J Gen Pract** 2010;16(2): s. 92-99.

Martins NFF, Gautério Abreu DP, Tarouco da Silva B, Cabral Semedo DSR, Pelzer MT, Ienczak FS. Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. **Rev. Bras. Enferm.** 2017; 70 (4).

MacLaughlin E.J, Raehl C.L, Treadway A.K, Sterling T.L, Zoller D.P, Bond C.A. Assessing medication adherence in the elderly. **Drug Aging** 2005; 22(3): s. 231-255.

Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. **Nurs Health Sci** 2009; 11: s. 77-89.

Marques SRL, Lemos SMA. Health literacy assessment instruments: literature review. **Audiol Commun Res.** 2017; 22: s.1757.

Matthews L A, Shine AL, Currie L, Chan CV, Kaufman DR. A nurse's eye-view on health literacy in older adults. **Proceedings from the 11th International Congress on Nursing Informatics**, Montreal, Canada, 2012.

McDonald H.P, Garg, A.X, Haynes B.R. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. **JAMA** 2002; 288 (22): s. 2867-2880.

Merkezefendi Belediyesi. Merkezefendi Belediyesi Stratejik Planı 2015-2019. <http://www.merkezefendi.bel.tr/mevzuat/StratejikPlan.pdf> (29.05.2018).

Modig S, Kristensson J, Ekwall AK, Hallberg IR, Midlov P. Frail elderly patients in primary care—their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines. **Eur J Clin Pharmacol**, 2009; 65(2): s. 151-155.

Molloy DW, Standish TIM. Mental status and neuropsychological assessment a guide to the Standardized Mini-Mental State Examination. **International Psychogeriatrics** 1997; 9(1): s. 87-94.

Monette J, Gurwitz JH, Avorn J. Epidemiology of adverse drug events in the nursing home setting. **Drugs Aging.** 1995; 7 (3): s. 203- 211.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care** 1986; 24: s. 67–74.

Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. **Journal of Health Communication** 2012; 17(3): s. 241-251.

Murray DE. Changing technologies, changing literacy communities? **Language Learning and Technology** 2000; 4(2): s. 43–58.

Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. **Nobel Med** 2008; 4(2): s. 04-11.

Nash D, Koenig B, Chatterton ML. Why The Elderly Need Individualized Pharmaceutical Care, **Thomas Jefferson University**, 2000, s. 1-18.

Nazliel H. Yaşlıda ağız ve diş sağlığı. *T J Geriatrics* 1999; 2: s.14-21.

Nobili A, Garattini S, Mannuccipm. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *Journal of Comorbidity* 2011;1(1): s. 28–44.

Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 1998; 13 (4): s. 349-364.

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15 (3): s. 259-267.

Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008; 67(12): s. 2072 –2078,

Oktay Ş.,Akıcı A. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi kararı verme süreci. *Geriatr* 2001; 4 (3): s. 127-133.

Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *T.C.SB,1025*, Ankara, 2016.

Oliveira MO, Nitrini R, Dozzi Brucki SM. The S-TOFHLA as a measure of functional literacy in patients with mild alzheimer's Disease or mild cognitive impairment. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2014; 29 (3): s. 269-277.

Onar E, Kapucu S. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Polifarmasi. *Akad Geriatri* 2011; 3: s. 22-28.

Onder G, Pedone C, Landi F, Cesari M, Della Vedova C, Bernabei R, Gambassi G. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50(12): s.1962-1968.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353 (5): s. 487–497.

Ownby L.R. Acevedo A. Waldrop-Valverde D. Jacobs R.J. Cabellero J. Davenport, R. Homs A.M. Czaia S.J. Loewenstein D. Development and Initial Validation of a Computer-Administered Health Literacy Assessment in Spanish and English:FLIGHT/VIDAS. *Patient Related Outcome Meas* 2013; 4; s. 21-35.

Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. (2006). Yaşlılarda tedaviye uyum. *Türk Geriatri Dergisi* 2006; 9(3): s.177-181.

Özcan L. Alhtmış Beş Yaş ve Üstü kişilerde ilaç kullanım bilgi düzeylerinin sorgulanması. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2010, s. 54.

Özer E, Özdemir L. Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009: s. 42–51.

Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda Tedaviye Uyum. *Türk Geriatri Dergisi*, 2006; 9(3) : s. 177-181.

Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010; 25(3): s. 464-477.

Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2016; 12 (4): s. 195-201.

Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*; 2005; 4(5): s. 223-237.

Özkan S, Ayaz Alkaya S. "Sağlık okuryazarlığı", Sağlıkın Geliştirilmesi, Eds. Ayaz Alkaya S, Hedef CS yayıncılık ve Mühendislik, Ankara, 2017, s. 63-73.

Öztürk Z, Atilla E.A, Koç E. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların demografik özellikleri ve sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *TSA* 2015; 2(19): s. 263-284.

Öztürk Z, Uğraş KG. Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi, Drug use and polypharmacy in elderly patients, *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi* 2017; 27(2): s. 103-108.

Paasche Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA., Nielsen Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine.* 2005; 20: s. 175–184.

Paasche Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;31(1): s.19-26.

Park D, Gutches A. "Cognitive aging: A primer. Philadelphia", Cognitive aging and everyday life Cognitive aging, Eds. Park DC, Schwarz. *Psychology Press.* New York, 2000, s. 217-232.

Park KA, Kim JG, Kim BW, Kam S, Kim KY, Ha SW, Hyun ST. Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients with Diabetes Mellitus. *Korean Diabetes J.* 2010; 34(1): s. 55–65.

Patel PJ, Joel S, Rovena G, Pedireddy S, Saad S, Rachmale R. Shukla M, Deol BB, Cardozo L. Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients. *Patient Education and Counseling* 2011; 85: s. 505-507.

Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K. Comparative report on health literacy in eight EU member states: The European health literacy project, 2009-2012, *European Health Literacy Project Consortium*, Maastricht, 2012, s. 89.

Pedros C, Formiga F, Corbella X, Arnau JM. Adverse drug reactions leading to urgent hospital admission in an elderly population: prevalence and main features. *Eur J Clin Pharmacol* 2016; 72(2): s. 219-226.

Pesen E. Genel dâhiliye polikliniğine başvuran geriatrik hastalarda polifarmasi ve ilaç kullanımı ile ilgili uygunsuzlukların irdelenmesi. *Uludağ Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı*, Uzmanlık Tezi, Bursa, 2013, s. 48.

Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(12): 1962–1968.

Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, Ünal İ. Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2013;12(6): s. 639-50.

Pınar N. Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. *Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Uzmanlık Tezi, Adana, 2010, s.131.

Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccato MGB. An evaluation of elderly people's understanding of pharmacotherapy among those treated in the Primary Healthcare System in Belo Horizonte, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(11):3469-3481.

Piyal B. "Sağlıklı Yaşam (Yetişkin ve Yaşlı Sağlığı)", Halk Sağlığı, ed. Piyal B. *Ankara Üniversitesi*, Ankara, 2011, 206-228.

Public Health England. Local action on health inequalities. Improving health literacy to reduce health inequalities, *PHE, 2015329*, London, 2015; 21-25.

Ratzan SC, Parker RM. *National library of medicine current bibliographies in medicine: health literacy*. Eds. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, *NLM Pub. Bethesda*, 2000, s. 34.

Rudd R. E. Health literacy skills of U.S. adults. *American Journal of Health Behavior.* 2007; 31.

Sezer A. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012, s. 69.

Sarımehtmet D. Rize ili ardeşen ilçesi 10 numaralı aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımı. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Rize, 2014, s. 80.

Schillinger DE, Mactinger L, Wang F, Chen LL, Win K, Palacios J, Bindman A. *Language, literacy, and communication regarding medication in an anticoagulation clinic: Are pictures better than words?* *UCSF Primary Care Research Center*, San Francisco, 2005.

Saygılı S. "Yaşlılık Psikolojisi", *Türdav Yayın Grubu, İstanbul*, 2011, s. 152.

Sayın Kasar K, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde antihipertansif ilaç kullanım hatalarının incelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017; 8(15): s. 20-27.

Selden C.R, Zorn M, Ratzan S, Parker R.M. health literacy; current bibliographies in medicine; national enstitu of health cbm. *U.S. Department of Health and Human Services*, 2000; s.1-33.

Sitah M.A. Ankara'da İki Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuranlarda Reçetesiz İlaç Kullanımı Sıklığı ve İlgili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015, s. 70.

Smith CM, Cotter V. "Age-related changes in health", Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice, Eds. Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, **Springer Publishing Company**, New York, 2012, s. 23-47.

Słońska ZA, Borowiec AA, Aranowska AE. Health literacy and health among the elderly in Poland. **The Journal of Polish Anthropological Society** 2015; 78 (3): s. 297–307.

Speros CI. More than words: Promoting health literacy in older adults. OJIN: **The Online Journal of Issues in Nursing** 2009;14(3).

Strenk SA, Strenk LM, Koretz JF. The mechanism of presbyopia. **Prog Retin Eye Res** 2005; 24: 379-393.

Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Macchi C. Physical activity and risk of cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. **Journal of Internal Medicine** 2011; 269: s. 107–117.

Solmaz T. Evde Yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. Selçuk Üniversitesi **Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008, s. 92.

Solmaz T, Akın B. Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. **Turkish Journal of Geriatrics**, 2009; 12: s.72-81.

Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLSEU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and publichealth: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC PublicHealth**. 2012; 25;12:80.

Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2008; 15 (3): s. 219-224.

Sönmez S. Yaşlılarda polifarmasi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014, s. 96

Sönmez Y, Aşçı H, Olgun İzmirli G, Gündoğar D, Cankara F.N, Yeşilot Ş. Toplumda yaşlılarda uygunsuz ilaç kullanma olasılığı ve ilaç uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. **Turkish Journal of Geriatrics**, 2014; 17 (2): s.125-133.

Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemi ve Örneklem Büyüklüğü, **Hatiboğlu Yayınevi, Ankara**, 2005, s.215.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu, V. Biyoistatistik, **Hatiboğlu Basım ve Yayımlar San.Tic.Ltd.Şti., Ankara**, 2009, s. 299.

Şen SE. Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Çoklu İlaç Kullanımının Hastaların Klinik Süreçlerine Etkisi. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012, s. 138.

Şendir M, Çelik Z, Güzel E, Büyükyılmaz F. Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. **TAF Preventive Medicine Bulletin**. 2015;14(1).

Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. **Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması** 2014.

Taş TA, Akış N. Sağlık Okuryazarlığı. **Sted** 2016; 25(3): s. 119-124.

Taşkın Şayir Ç, Aslan Karaoğlu S, Evcik Toprak D. Evaluation of polypharmacy and complementary therapy use in patients ≥ 65 years, attending to Family Medicine Outpatient Clinic of Şişli Etfal Training and Research Hospital. **Türk Aile Hek Derg.** 2014;18(1): s. 35-41.

Tezcan M. Toplumsal Değişme ve Yaşlılık. **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi** 1989;2(15): s. 1301-3718.

Tezel A. “Yaşlılıkta Görülen Değişimler”, Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Eds. Bilgili N, Kitiş Y, **Vize Basın Yayın**, Ankara, 2017, s. 76-86.

TC Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik Araştırması, Hastalık Yükü Final Raporu, **S.B. RSHMB, Ankara**, 2005.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye’de yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. **DPT 2741**, Ankara, 2007, s.113.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014, **S.B. TSHGM, Ankara**, 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi”, **SB TSHGM, 781**, Ankara, 2010a, s.125-143.

T.C.Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları, **S.B. TSHGM,809**, Ankara, 2011,17-41.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, “Yaşlılarda İlaç Kullanımında Güncel Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Çalıştayı”, Çalıştay Raporu, **SB TİTCK**, Yayın No: 002, Ankara, 2015; s. 59-64.

Thomas PA. Trajectories of social engagement and limitations in late life. **Journal of Health and Social Behavior** 2011; 52: s. 430–443.

Toci E, Burazeri G, Sorensen K, Jerliu N, Ramadani N, Roshi E, Brand H. Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional kosovo. **British Journal of Medicine & Medical Research** 2013; 3(4): s. 1646-1658.

Topbaş M, Yarış F, Çan G. Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi? Trabzon’da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. **Ege Tıp Dergisi** 2003; 42: s. 85-90.

Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. **Smyrna Tıp Dergisi** 2014; s. 48-54.

Tuna Doğrul R, Kızırlanoğlu MC, Yavuz BB, Cankurtaran M. Polifarmasi ve Yaşlıda Akılcı İlaç Kullanımı Kavramı, **Türkiye Klinikleri J. Geriatr-Special Topics** 2016; 2(2): s. 1-6.

Tunca M. Yaşlılarda ilaç etkileşimleri ve klinik önemi. **Türk Geriatri Dergisi** 2006; Özel Sayı: s. 45-48.

Turhan Ö, Kibar E, Ekren E, Engin O, Ercan D, Erdal AI, Ergün EZ, Ertop P, Esen B, Geylan DE, Üner S, Bilir N. Yaşlılarda ilaç uyumu: Üniversite hastanesi tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. **Nobel Med** 2014; 10(2): s. 31-38.

Türkoğlu Ç. Sağlık okuryazarlığı ile özbakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: isparta ili örneği. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2016, s. 113.

Uluocak Ş, Aslan C, Bakar C, Gökulu G, Bilir O. Çanakkale Yaşlı Atlası, **Çanakkale Belediyesi, Çanakkale**, 2013, s.182.

United Nations, Department of economic and social affairs, Population division. World population ageing 2013. **UN,348**, New York, 2013, s.95.

United Nations, Department of economic and social affairs, Population division. World population prospects: The 2015 revision, health literacy and mortality among elderly persons. **UN, 390**, New York, 2015, s. 149.

United Nations, Department of economic and social affairs, Population division. World population prospects: The 2017 revision, health literacy and mortality among elderly persons. **UN**, New York, 2017, s. 46.

University of Washington Medical Center. Communicating with your hard-of-hearing patient. **UW Medicine 2007**.

<http://depts.washington.edu/pfes/PDFs/HardOfHearingCultureClue.pdf> (14.04.2018).

U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Quick guide to health literacy and older adults*. **USDHHS** 2010.

<http://www.health.gov/communication/literacy/olderadults/literacy.htm> (11.04.2018).

Ussher M, Ibrahim S, Reid F, Shaw A and Rowlands G. Psychosocial Correlates of Health Literacy Among Older Patients with Coronary Heart Disease. **Journal of Health Communication: International Perspective** 2010; 15(7): s.788-804.

Üçbilek E, Oğuz D, Sezgin O. Yaşlıda gastrointestinal sorunlar. **Güncel Gastroenteroloji**, 2015; 19(1): s.11-19.

Üçpınar E. Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarılma çalışması. **T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014, s. 115.

Ünsal A, Demir G, Özkan AÇ, Arslan GG (2011). Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi** 2011; 12(3): s. 5-10.

WEB_1. U.S. Department of Health & Human Services. Quick guide to health literacy and older adults. <https://health.gov/communication/literacy/olderadults/> (son güncelleme tarihi: 30.10.2007, alındığı tarih: 14.04.2018).

WEB_2. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, National Institute of Health Hearing loss and older adults. <https://www.nidcd.nih.gov/health/hearing-loss-older-adults>. (songüncelleme tarihi:13.02.2017, alındığı tarih: 22.09.2017).

WEB_3. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar,2012
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>
 (son güncelleme tarihi: 20.03.2013, alındığı tarih: 04.04.2018).

WEB_4. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle yaşlılar, 2016. internet sitesi.
www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2464 (son güncelleme tarihi: 16.03.2017,
 alındığı tarih: 20.08.2017).

WEB_5. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar, 2017.
 İnternet sitesi. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644
 (son güncelleme tarihi: 15.03.2018, alındığı tarih: 04.04.2018).

WEB_6. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016.
 İnternet sitesi. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>
 (son güncelleme tarihi: 27.04.2017, alındığı tarih: 23.10.2017).

WEB_7. Türkiye İstatistik Kurumu, Merkezi Dağıtım Sistemi, Adrese Dayalı Nüfus
 Kayıt Sistemi Sonuçları. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>
 (29.05.2018).

WEB_8. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017.
 İnternet sitesi. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> (son güncelleme
 tarihi: 26.04.2018, alındığı tarih: 01.05.2017).

Westra BL, Weinfurter EF, Delaney CW. Integrative nursing and health literacy. Well
 Integrative Library: **Oxford University Press. New York**, 2014, s. 34.

Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, Nurss JR
 Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. **JAMA**.
 1995; 274(21): s.1677-82.

Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health
 literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with
 hypertension and diabetes. **Archives of Internal Medicine**. 1998; 158(2): s. 166-172.

Wolf MS, Curtis LM, Wilson EA, et al. Literacy, cognitive function, and health: results of
 the LitCog study. **J Gen Intern Med**. 2012; 27(10): s. 300–307.

Wolf M. S, Feinglass J, Thompson J, Baker DW. In search of “low health literacy”:
 Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. **Social Science
 & Medicine** 2010; 70: s. 1335-1341.

Wong DF, Xuesong H, Poon A, Lam AY. Depression literacy among Chinese in
 Shanghai, China: a comparison with Chinese-speaking Australians in Melbourne and
 Chinese in Hong Kong. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2012; 47(8): s. 1235-
 1242.

Wong MC, Liu J, Zhou S, Li S, Su X, Wang HH, Chung RY, Yip BH, Wong SY, Lau JT.
 The association between multimorbidity and poor adherence with cardiovascular
 medications. **International Journal of Cardiology**. 2014; 177: s. 477–482.

World Health Organisation. The uses of epidemiology in the study of the elderly. **WHO**,
706, Geneva, 1984, s.8-9.

World Health Organisation. The world health report 1997: Conquering suffering,
 enriching humanity. **WHO, Geneva**, 1997, s. 73-107.

World Health Organization. The Determinants of Active Ageing: Understanding the Evidence 2007. **WHO, Geneva**,2007.

World Health Organization, Health Literacy. The Solid Facts, Eds. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, **WHO Regional Office for Europe** , Copenhagen , Denmark, 2013, s. 73.

World Health Organization. Health literacy: The solid facts. **WHO, Geneva**, 2014a. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (19.07.2016).

World Health Organization. Active ageing: A policy framework. **WHO, Geneva**, 2014b. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. (19.07.2016).

World Health Organization, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, **WHO,ISBN: 978 92 4 156485 4, Geneva**, 2014 c, s. 9-20.

World Health Organization, Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014, WHO, ISBN 978 92 4 150750 9, Geneva, Switzerland, 2014 d, s. 191.

World Health Organization, World Report on Ageing and Health.**WHO,Geneva**,2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf (03.04.2018).

Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z. Prevalence and Risk Factors of Low Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai. **ChinaInt J Environ Res Public Health**. 2017; 14(6): s. 628.

Yang JC, Tomlinson G, Naglie G. Medication lists for elderly patients: clinic-derived versus inhome inspection and interview. **J Gen Intern Med**. 2001;16(2): s.112-115.

Yardımlı N. Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar; Türkiye Perspektifi, Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Eds. Aslan D,Ertem M, **Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Ankara**, 2012, s.60-65.

Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. **Klinik Gelişim Dergisi Geriatri Özel Sayısı** 2012; 25: s.18-23.

Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. **TAF Prev Med Bull** 2016; 15 (1): s. 69-74.

Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 2012; 2(2): s. 19-23.

Yılmaz M, İltuş Kırbıyıkoglu F, Ariç Z, Kurşun B. Bir diş hekimliği fakültesi hastanesine başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımlarının belirlenmesi. **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi** 2014; 2(1): s. 39-47.

Yüksel GH. Aile sağlığı merkezine başvuran yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları.**Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016, s. 111.

Zurkowski T. Taylor M, Bradway C. Effective teaching strategies for the older adult with urologic concerns. **Urologic Nursing** 2006; 26(5): s. 355-360.

8. ÖZGEÇMİŞ

2001 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2007' de Pamukkale Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2007-2012 yıllarında Beyin cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi hemşiresi, 2012-2014 yıllarında Kalp Damar Cerrahisi servis hemşiresi olarak çalıştı. 2011 yılında Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Pamukkale Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinde 2014 yılından beri Nöroloji servis hemşiresi olarak çalışmaktadır.

9. EKLER

Ek-1. Denizli Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
DENİZLİ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

DENİZLİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - DENİZLİ AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
12/08/2016 15:59 - 23030800 - 771 - E.977



00028283457

Sayı : 23030800-771
Konu : Araştırma İzni Komisyon Kararı.

DENİZLİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YAPILACAK
OLAN ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARARI
12/08/2016

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın 23.08.2013 tarih ve 5679/86761 sayılı yazısı çerçevesinde üniversite, diğer özel kamu kuruluşları veya şahıslar tarafından Araştırma Taleplerine kolaylık sağlanması için Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu İşleyiş Yönergesi 07/10/2013 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir.

Yönerge doğrultusunda 12/08/2016 tarihinde saat 10:00 da, Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı Dr.Hatice Tuba KARAHAN başkanlığında gerçekleşen komisyon toplantısında;

Talepler: Yrd. Doç. Dr. Gülbahar KORKMAZ ASLAN sorumluluğunda ve yardımcı araştırmacı Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Özlem ÖZTAŞ tarafından yapılması planlanan "Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle İlişkisinin Belirlenmesi" konulu çalışmalarına yönelik olarak yapmış oldukları başvuru yönerge doğrultusunda incelenmiş olup; başvurunun yönerge doğrultusunda uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Dr. H.Tuba KARAHAN

Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Dr.Kamile ADAR

Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürü

Dr. Ülkü Yasemin AVCI

Doktor

Uzm.Dr.Mine SOLAKOĞLU UÇAR

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser
Şube Müdürü

Dr.Nur ÖRKİ

Toplum Sağlığı Hizmetleri
Şube Müdürü

Saraylar Mah. Selçuk Cad. No:18 Merkezefendi/Denizli- Tel: 0258 2650777 -Dahili :5147
Faks No:0258 2426195

e-Posta:zeynep.gaddar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü - Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü

Bilgi için:Zeynep GADDAR

Unvan:SAĞLIK TEKNİKERİ

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 06542655-4385-4895-8924-21936429753 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek-2. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul
Onayı**



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/48001
Konu :Başvurunuz hk.

05/08/2016

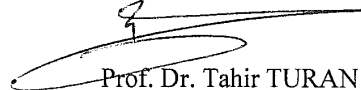
Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülbahar KORKMAZ ASLAN

İlgi :29.07.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Düzeyi ile İlişkinin Belirlenmesi**" konulu çalışmanız **02.08.2016 tarih ve 15** sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek-3. Tez isim değişikliği ile ilgili Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/06/2018-E.43807



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/43807
Konu :Başvurunuz hk.

26/06/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KORKMAZ ASLAN

İlgi :09.05.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Düzeyi ile İlişkisinin Belirlenmesi**" konulu çalışmanızda istenilen değişiklikleriniz **15.05.2018 tarih ve 10** sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, adı geçen çalışmanın adı "**Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi**" olarak değiştirilmesinde **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIğINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek-4. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSÖ) Kullanma İzni

The screenshot shows a Gmail inbox on a desktop browser. The email is from Ayşe Sezer, a Research Assistant at Marmara University Faculty of Health Sciences, Nursing Department. The email is dated 18.07.2016 and is titled "(konu yok)". The content of the email is as follows:

Merhaba, Gülbahar Hanım YSO'ü ve puanlamasını ekte gönderiyorum. Biz ölçeği 18...

Merhaba, Gülbahar Hanım,
Geliştirmiş olduğumuz Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini "Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin, İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Davranışları İle İlişkisi" başlıklı çalışmamızda kullanmamızdan memnuniyet duyurum.
İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Sezer Balcı
Research Assistant
Marmara University Faculty of Health Sciences
Nursing Department
[+90216 3302070/1175](tel:+9021633020701175)

Gönderen: Gülbahar Korkmaz Aslan <gkorkmazaslan@gmail.com>
Gönderildi: 6 Haziran 2018 Çarşamba 14:27
Kime: ayşe sezer
Konu: Re:

Ek-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Çalışma grubu için)

“Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin, ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile ilişkisinin” belirlenmesi isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu çalışma, yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma konusu ile ilgili farklı ülkelerde yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde de sağlık okuryazarlığı ile ilgili duruma baktığımızda konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı tarafından 2005 yılından itibaren gençlere sağlık projesi kapsamında bireylerin sağlık bilgisinin geliştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları sürdürülmektedir. Sağlık Bakanlığı ise 2009 yılında ülke çapında sağlık okuryazarlığının belirlenmesi için proje başlatmıştır.

Araştırmada yer almanız gereken süre; anketi doldurmak için gerekli olan 15-20 dakikadır.

Araştırmaya 280 kişi alınacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Araştırmada size; ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları etkileyecek kişisel bazı özelliklerinizi içeren bir form ve sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğinizi belirlemeye yönelik sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili durumunuzu değerlendirecek sağlık okuryazarlığı

ölçeği, yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma , hatırlama, dil testlerini değerlendirecek bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren mini mental test uygulanacaktır. Bu test ve ölçeği doldurmak için gerekli süre 15-20 dakikadır.

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar yaşlı bireylerin sağlık okuyazarlığı durumunun, ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışlarının üzerinde ne derece ilişkisi olduğunu belirlemek ve sorunlarının çözümlü amacıyla kullanılacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırıcınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırıcınız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Gülbahar KORKMAZ ASLAN

GÖREVİ : Sorumlu Araştırıcı

TELEFON : 05056272422

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

[Halk Sağlığı Hemşireliği](#) Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr.Gülbahar KORKMAZ ASLAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).*

- c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için gerekli düzenlemeler yapılarak veli veya vasisinin onamı alınacaktır. Psikiyatrik ve Pediatrik çalışmalarda bu formdaki "Görüşme tanığı" kısmının doldurulması zorunludur. Bu örnek form araştırmacılara fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgileri içermektedir, gerektiğinde eklemeler ve düzenlemeler yapılabilir (örn. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve kırmızı ile yazılmış kısımlar çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Araştırmacı dikkat çekmek istediği hususları açıkça vurgulamalıdır. Gönüllünün beyanı ve imzası aynı sayfada yer almalı; kesinlikle FARKLI sayfalarda OLMAMALIDIR.

Ek-6. YAŞLILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK DURUMUNU TANILAMA FORMU:

Anket Bilgilendirme Formu

Bu anket, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD'nda yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere yapılmaktadır.

Bu araştırma "Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile ilişkisinin belirlenmesi" amacıyla planlanmıştır. Anketlerin uygulama süresi ortalama 20 dakikadır. Vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir ve araştırma haricinde başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Soruları eksiksiz yanıtlamanız araştırmanın doğruluğu açısından çok önemlidir. Lütfen yanıtız soru bırakmayınız.

Araştırmaya katıldığınız için **TEŞEKKÜR EDERİZ**

Araştırmayı Yapan
Hem. Özlem ÖZTAŞ
PAÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

I. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1)Yaşınız

1. 65-69 ()
2. 70-74 ()
3. 75-79 ()
4. 80-84 ()
5. 85 ve üzeri ()

2) Cinsiyetiniz

1. Kadın ()
2. Erkek ()

3) Eğitim Durumunuz

1. Okuryazar
2. İlkokul mezunu
3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu
5. Üniversite

4) Medeni durumunuz

1. Evli 2. Bekâr 3. Dul

5) Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Yalnız
2. Eşiyle ya da çocukları ile
3. Diğer.....

6) Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelirim giderimden az
2. Gelirim giderime eşit
3. Gelirim giderimden fazla

7) Sosyal güvenceniz var mı?

- 1) Var 2) Yok

II. SAĞLIK DURUMU ÖZELLİKLERİ

8) Halen sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. İyi 2. Orta 3.Kötü

9) Son altı ay içinde hekime başvurduunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

10) Hekim tarafından tanı konulmuş aşağıdaki sağlık sorunlarından var olanları belirtiniz?

1. Hipertansiyon
2. Şeker hastalığı
3. Koroner arter hastalığı
4. Kalp yetmezliği
5. Beyin damar hastalığı
6. Romatizma
7. Astım / KOAH
8. Görme / işitme bozukluğu
9. Depresyon
10. Kemik erimesi
11. Üriner / fekalinkontinans
12. Ülser / GÖR
13. Diğer (belirtiniz)
1)
2)
3)

Ek-7. YAŞLILARIN İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARINI BELİRLEME FORMU

I. İLAÇ KULLANIM ÖZELLİKLERİ

1) Bir aydır ya da daha uzun süredir kullandığınız ilaç sayısı.

1. Bir 2. İki 3. Üç 4. Dört ve daha fazla

2) Günde toplam kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz?

İlaç adı	Doz
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

3) Doktor reçetesi dışında başkalarının tavsiyesi ile kullandığınız ilaç var mı?

1. Evet 2. Hayır

4) Doktorun reçete ettiği ilaçlardan kullanmadığınız ilaç var mı?

1. Evet 2. Hayır

5) Reçete edilen ilaçları kullanmama nedeniniz nedir?

1. Tadı kötü
2. Tabletler büyük
3. İçmeyi unutuyorum
4. Tedaviyi istemiyorum
5. Faydasını görmedim
6. İlaçlar pahalı, alamıyorum
7. Diğer

6) Kullandığınız ilaçların herhangi bir yan etkisi oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

7) Evet ise bu sorun nedir?

- 1.Çarpıntı
- 2.Bulantı
- 3.İshal
- 4.Mide şikâyetleri
- 5.Kabızlık
- 6.Tansiyon düşüklüğü
- 7.Ağrı
- 8.Diğer

II. İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİ DURUMU

8) Kullandığınız ilaçların ne için verildiğini biliyor musunuz?

- 1.Evet
2. Hayır

9) Kullandığınız ilaçların yan etkileri hakkında bilginiz var mı?

1. Yan etkilerini Biliyor
2. Bazı yan etkilerini biliyor
3. Yan etkilerini bilmiyor

10) İlaçlarınızı nerede saklıyorsunuz?

- 1.Buzdolabında
- 2.Dolapta
- 3.Dışarıda bir yerde (masa, sehpa,.....)
- 4.Diğer.....

III. İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN DAVRANIŞ DURUMU

11) İlaç kutularının içinden çıkan açıklama kağıdını (prospektüs) okur musunuz?

- 1.Evet
2. Hayır

12) Hayır ise neden okumuyorsunuz?

1. Yazıları küçük
2. Yazılanları anlamıyorum
3. Gerek duymuyorum
4. Diğer.....

13) İlacınızı almayı hiç unuttuğunuz olur mu?

- 1.Evet
2. Hayır

14) İlacınızı zamanında alma konusunda özensiz davrandığınız olur mu?

- 1.Evet
2. Hayır

15) İlacınızı hekimin önerdiği dozda (adet ya da kaşık vs. ölçüsü) alıyormusunuz?

1.Evet 2. Hayır

16) Kendinizi iyi hissettiğiniz zamanlarda doktora sormadan ilacınızı almadığınız olur mu?

1.Evet 2. Hayır

17) İlacınız yan etki gösterdiğinde doktorunuza sormadan ilacınızı almayı bırakırmısınız?

1.Evet 2. Hayır

IV. İLAÇ KULLANIMINDA DESTEK KAYNAKLARI

18) Kullandığınız ilaçlarla ilgili bilgi aldınız mı?

1.Evet 2. Hayır

19) Evet ise kimden bilgi aldınız?

1. Doktor 2.Hemşire 3.Eczacı 4. Diğer

20) Aldığınız bilgiyi anladınız mı?

1.Evet 2. Hayır

21) Aldığınız bilgiyi yeterli buldunuz mu?

1.Evet 2. Hayır

22) Sağlık kurumlarına ulaşmada sorun yaşıyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

23) İlaç kullanımı konusunda size yardımcı olacak yakınınız var mı?

1.Evet 2. Hayır

Ek-8. YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (YSOÖ)

Aşağıda sağlık ile ilgili bazı bilgileri gerektiren sorular verilmiş olup, bu konudaki bilgi durumunuzun belirlenmesi planlanmıştır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Çalışmaya yaptığımız katkı için teşekkür ederim.

Özlem ÖZTAŞ

1. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Baş dönmesi
- 2)Göz kararması
- 3)Terleme
- 4)Baş Ağrısı
- 5)Halsizlik
- 6) Bilmiyorum

2. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Baş dönmesi
- 2)Göz kararması
- 3)Terleme
- 4)Baş Ağrısı
- 5)Halsizlik
- 6) Bilmiyorum

3. Düzenli olarak tartılır mısınız?

1. Evet
2. Hayır

4. Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

5. Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısısı kaç derece olmalıdır?

- 1) 36C⁰ üstü
- 2) 36.5C⁰ üstü
- 3) 37C⁰ üstü
- 4) 37.5 C⁰ üstü
- 5) Bilmiyorum

6. Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1) Ilık duş almak/aldırma
- 2) Soğuk suya tutmak
- 3) Başına sirkeli bez koymak
- 4) Acile başvurma
- 5) Terletmek için üzerini örtmek
- 6) Kıyafetlerini çıkarmak
- 7) Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemlere soğuk kompres uygulamak
- 8) Bilmiyorum

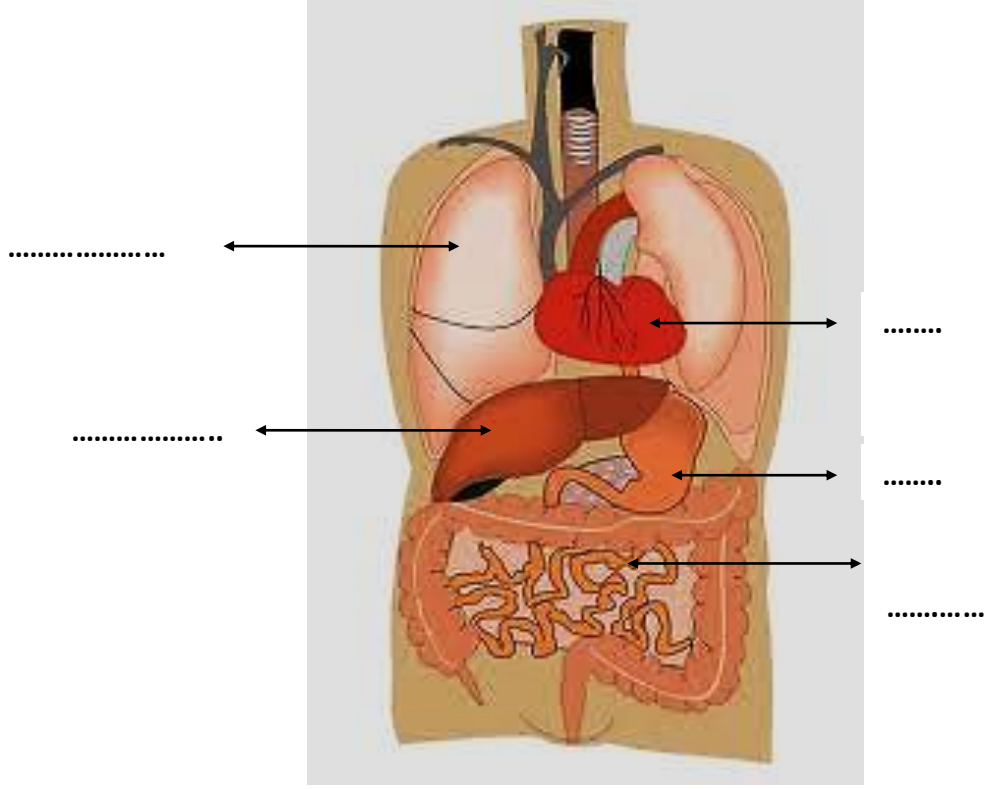
7. Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1) Eşin korunması(geri çekme)
- 2) Kondom(prezervatif)
- 3) Ria(spiral)
- 4) Doğum kontrol hapları
- 5) Bilmiyorum

8.Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?Akşam 20.00.....
9.Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?Perşembe.....
10.Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız? 1)Yemekten hemen önce 2)Yemekten 1 saat önce 3)Yemekle beraber 4)Bilmiyorum
11.Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum
12.Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum
13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. <i>Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.</i>
Kendi Kendine Meme Muayenesi(b) a.50 yaş üstü bireyler için her yıl Mamografi Tarama Testi(c) b.18 yaşından itibaren her ay Pap Smear Testi (d) c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir Bağırsak Kanseri Taraması(a) d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir

Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. <i>Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.</i>	
Kendi Kendine Testis Muayenesi(a)	a.18 yaş ve üzeri erkekler için her ay
Prostat Kanseri Testi (b)	b.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Bağırsak Kanseri Taraması(c)	c.50 yaş üstü erkekler için her yıl
14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.	
Dahiliye (e)	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji (c)	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri (b)	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji (d)	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji (a)	e. İç Hastalıkları
15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır	
16. Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız? 1)Evet 2)Hayır	
17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır	
18. Doktor/hemşireye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız? 1)Evet 2)Hayır	
19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz? 1)Evet 2)Hayır	
20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz? 1)Evet 2)Hayır	
21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi vs. okur musunuz? 1)Evet 2)Hayır	
22.Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız? 1)Evet 2)Hayır	

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.



Ek-9. STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
Aktif El:
T. Puan:

Tarih:

Yaş:
Meslek:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl
içindeyiz.....
..... ()
Hangi mevsimdeyiz
..... ()
Hangi aydayız
.....
..... ()
Bu gün ayın kaç
.....
..... ()
Hangi günde
yiz
.....
..... ()
Hangi ülkede yaşı
yoruz
..... ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız
..... ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir
..... ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir
..... ()
Şu an bu binada kaç
ıncı kattasınız
..... ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

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

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

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

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

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

LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)

.....
..... ()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1puan..... ()

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)
..... ()

