

## CERRAHİ KLİNİKLERİNDE YATAN YAŞLI HASTALARIN İLAÇLARINA YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARINI ETKİLEYEBİLECEK ÖZELLİKLERİ

### Characteristics That Way Affect Knowledge and Implementations of Older Patients' Medicine Usage in Surgical Units

**Öğr. Gör. Dr. Esra DEMİRARSLAN**  
Kastamonu Üniversitesi, eertemur@kastamonu.edu.tr

#### Öz:

Giriş: Araştırma; cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarını etkileyebilecek özelliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Örneklemi bir üniversite hastanesinin Beyin Cerrahi, Genel Cerrahi, Toraks/Kalp/Damar Cerrahi ve Üroloji kliniklerinde yatan 60 yaş ve üzeri 128 hasta oluşturmuştur. Gereç ve Yöntem: Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından ilgili literatüre dayalı olarak geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, iki aşamada, yüz yüze ve telefonla görüşme yöntemleri ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde hesaplamaları ve McNemar testi kullanılmıştır. Bulgular: Araştırmamıza katılan hastalarda en sık görülen kronik hastalıklar ve sağlık sorunlarının sinir sistemi (%29.1), dolaşım sistemi (%20.0) ve kas-iskelet sistemine (%14.9) ilişkin olduğu bulunmuştur. Hastalarda ortalama  $7.5 \pm 3.0$  kronik hastalık/sağlık sorunu bulunmaktadır. Hastalar ortalama  $5.8 \pm 2.5$  çeşit ilaç kullanmaktadır ve en sık kullandıkları ilaçlar analjezikler, aspirin, antihipertansiflerdir. Araştırmaya katılan hastaların bir yılda ortalama  $1.8 \pm 1.7$  kez hekime/sağlık kuruluşuna başvurduğu ve kendilerine ortalama  $16.4 \pm 1.8$  reçete yazıldığı; %22.7'sinin reçetesiz ilaç, %25'inin bitkisel ürün kullandığı, %16.4'ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir. İlaçlarını düzenli kullanmadığını belirten hastaların (%16.4) yaklaşık üçte biri (%38.7) ilaçlarını düzenli kullanmama sebebi olarak "ilaç kullanımı nedeniyle yaşanan sorunlar" ı göstermiştir. Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; hastaların yaklaşık dörtte birinde akılcı ilaç kullanımı (AİK) ilkelerine uymayan özellikler saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Geriatri hemşireliği; Perioperatif hemşirelik; İlaç toksisitesi; Yaşlı

#### Abstract:

Introduction: This is a descriptive research which was conducted to determine the characteristics that may affect knowledge and implementations of older patients' medicine usage in surgical units. The sample consisted of 128 patients over the age of 60 who were hospitalized at a university hospital within Neurosurgery, General

Surgery, Thoraco/Cardio/Vascular Surgery and Urology Clinics. Materials and Methods: For data collection, a questionnaire prepared by the researcher based on the literature was used. The data was collected by the researcher at two stages with face-to-face interviews and telephone interviews by applying the questionnaire. To evaluate the data, percentage calculations, McNemar and Cochran Q tests were used. Findings: The most frequent chronic diseases and health problems seen in participants were found to be related with the nervous system diseases (%29.1), cardiovascular diseases (%20.0) and musculo-skeletal system diseases (%14.9). It is found that participants had  $7.5 \pm 3.0$  chronic diseases/ health problems approximately. Patients take  $5.8 \pm 2.5$  kinds of medicines approximately and their most common medicine they take were analgesics, aspirin (acetyl salicylic acid) and antihypertensives. The frequency of visits to the physicians/medical facilities were about  $1.8 \pm 1.7$  times per year. Mean prescription rate per year from those visits was  $16.4 \pm 1.8$ . Rate of the usage of over the counter medicines was %22.7, the usage of herbal medicines was %25 and irregular usage of medicines was %16.4. Within the participants that had not been using medicines regularly (%16.4); the most common reason for not using medicines regularly was “problems experienced because of the usage of medicines” (%38.7). Conclusion: According to the findings of this study; the characteristics which are unsuitable to rational drug use were seen about one fourth of the participants.

**Key words:** Geriatric nursing; Perioperative nursing; Drug toxicity; Aged

## 1. Giriş

Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenen, döllenmeden başlayıp ölüme kadar devam eden evrensel bir süreçtir. Yaşlılık bireyden bireye farklılık gösteren, çok yönlü bir dönem olduğundan farklı yaşlanma teorileri ve yaşlılık için farklı yaş kriterleri bulunmaktadır (Atlı & Bozcuk, 2002); (Baştürk & Boyacıoğlu, 2004); (Demiroğlu, Bozdağ, Kart, & Gürkan, 2006). Birleşmiş Milletler (BM), 60 yaş üzerini yaşlı olarak kabul ederken (United Nations, 2002), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gelişmiş ülkelerdeki emeklilik yaşı olan 65 yaşı yaşlılık sınırı olarak benimsemiştir (WHO & Millbank Memorial Fund, 2000). Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 65 yaş üzeri bireylerin %77’sinde birden fazla kronik hastalık olduğu bildirilmektedir. Bunun yanı sıra kronik hastalıkların kontrolüne yönelik ilaç kullanımının ve birden fazla kronik hastalığı olan yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının arttığı; ABD’de 65 yaş ve üzeri bireylerin %95’inin haftada en az bir, %40’tan fazlasının haftada beş veya daha fazla ilaç kullandığı belirtilmektedir (Rothschild, Leape, & Smith, 2000). Özer ve Dinç’in bildirdiğine göre (Özer & Dinç, 2009) ülkemizde ilaç kullanımı ile ilgili

araştırma sonuçları, yurtdışında yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermekte; kadınların %94.3'ünün, erkeklerin %80.4'ünün en az bir tane ilaç kullandığı; bir günde tüketilen ilaç miktarının kadınlarda 3.59, erkeklerde 2.39 olduğu; ilaç kullanım oranının 1.8; en çok kullanılan ilaçların kardiyovasküler ajanlar ve analjezikler olduğu; yaşlılarda günlük ortalama kullanılan ilaç sayısının poliklinik hastalarında 3-6, yatan hastalarda 10-15 arasında değişmektedir.

İlaçların farmakokinetiği ve farmakodinamiğindeki değişikliklere, yaşlanmayla birlikte ilaçlara yanıtta belirginleşen bireysel farklılıklar ile ilaçların uygun olmayan kullanımı eklendiğinde advers (ters) olay (AO) ve ilaç advers (ters) etkisi (AE) ortaya çıkmaktadır. Ertemür ve Erdil'in (Ertemür & Erdil, 2012) aktardığına göre perioperatif dönemde eklenen yeni ilaçlar ve cerrahi sırasında uygulanan anestezipler daha önceden kullanılan ilaçlarla ve bitkisel ürünlerle etkileşebilmekte, ilaç etkileşimleri sonucu yaşlının yoğun bakımda yatış süresi uzayabilmekte; düşme, deliryum gibi komplikasyonlar gelişebilmekte ve yaşlının ameliyat öncesi fonksiyonel durumuna dönmesi gecikebilmektedir. Yaşlılarda AO ve AE'ye neden olabilen, ilaçlarla ilgili sorunlar; ilaçların temin sürecindeki sorunlara, ilaç/hastalık/bitkisel ürün etkileşimlerine ve yaşlanma ile kronik hastalıkların yarattığı sorunlara bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Ertemür & Erdil, 2012).; (Hutchison & Castleberry, 2011). İlaçların temin sürecindeki sorunlar; uygunsuz reçeteleme (Akıcı, Kalaça, Uğurlu, Ümit, & Oktay, 2001); (Akıcı, Uğurlu, Gönüllü, Oktay, & Kalaça, 2002); (Oktay & Kayaalp, 2002) çok sayıda reçetesiz ilaç kullanma (Warshaw, 2006) hekim önerisi dışında ilaç kullanma (Araz, Harlak, & Meşe, 2007) ve ilaçların üretimi ile dağıtım sürecindeki sorunlar nedeniyle yaşanmaktadır (Kanpolat, 2003). İlaç/hastalık/bitkisel ürün etkileşimlerine bağlı sorunlar; reçeteli ve/veya reçetesiz ilaçlar ile bitkisel ürünlerden eksik/fazla doz kullanımı sonucu tedavinin etkinliğinde azalma sonucunda tedaviye aşırı tepki şeklinde ortaya çıkmaktadır (Lazarou, Pomeranz, & Corey, 1998). Yaşlanma ile kronik hastalıkların yarattığı sorunlar; uzun süreli ve çoklu ilaç-bitkisel ürün kullanımına bağlı ilaç etkileşimlerinin artması, ilaçlara karşı tolerans gelişmesi, hastanın tıbbi durumundaki değişikliklerin ilaçların farmakoterapötik etkilerini değiştirmesi, uyumsuzluk ve ilaçların farmakodinamisi ile farmakokinetisinde

meydana gelen değişiklikler sonucu ilaçlara verilen yanıtın değişmesidir(Lazarou et al., 1998). Tüm bu faktörlerin birbirleri ile etkileşimi sonucunda, AE, ilaçların aniden kesilmesine bağlı yaşanan olumsuz etkiler (adverse drug withdrawal events-ADWEs), unutkanlık, ilaç bağımlılığı, düşme, nozokomiyal enfeksiyonlar, basınç yaraları, deliryum ve cerrahi komplikasyonlarla karşılaşmaktadır(Rai, 2005). Poliklinik hastalarında günde üç ila altı, yatan hastalarda ortalama olarak on ila on beş ilaç kullanımı söz konusu iken(Şahin & Baydar, 2004); bu sorunların, ilacın dozunun değiştirilmesine, ilacın değiştirilmesine, hastaneye yatmaya, hastanede yatışın uzamasına, ek tetkik ve tedavilerin uygulanmasına, ameliyat sonrası iyileşmenin yavaşlamasına, sakatlığa hatta ölüme yol açtığı belirtilmektedir(WHO & Millbank Memorial Fund, 2000). Bu nedenle hemşire bakım verdiği hastayı ve ailesini ilaçların etkileri, yan etkileri, ilaç etkileşimleri, ilaçların düzenli kullanımının önemi, ilaçla ilgili bir sorun yaşandığında ne yapılması gerektiği gibi konularda eğitmekle yükümlüdür. Cerrahi kliniklerine yatan yaşlı hastaların, anestezi ilaçları/daha önce kullanılan ilaçlar/hastalık/besin/bitkisel ürün etkileşimleri nedeniyle ortaya çıkabilecek ve ciddi ekonomik kayıplara neden olabilecek ters ilaç etkileşimlerinden korunmaları; hasta ile 24 saat birlikte olan hemşirenin, ilk karşılaştığı andan başlayarak taburculuk sonrasında birinci basamakta çalışan hemşireler ile iletişime geçildiği zamana kadar, hasta ile yakınlarını ters ilaç etkileşimleri konusunda bilgilendirmesi, değerlendirmesi, izlemesi ve elde ettiği bulguları ekibin diğer üyeleri ile paylaşarak uygun bakımı planlayıp uygulaması yoluyla sağlanabilir (Özdemir & Akdemir, 2006; Özdemir, Akdemir, & Akyar, 2005).

Yaşlı cerrahi hastalarında; akılcı ilaç kullanımını etkileyebilen, yaşlanmayla birlikte artan ilaçlarla ilgili sorunlar; hemşirelerin vermeyi planladıkları taburculuk eğitiminde ve hastanın perioperatif bakımında göz önünde bulundurmaları gereken faktörlerdir. Bu araştırmanın amacı; hemşirelerin vermeyi planladıkları taburculuk eğitiminde ve hastanın perioperatif bakımında göz önünde bulundurmaları gereken, cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarını etkileyebilecek özelliklerini belirlemektir.

## 2. Gereç ve Yöntem

Araştırmanın yeri, evreni ve örnekleme: Araştırma, bir üniversite hastanesinin Beyin Cerrahi, Genel Cerrahi, Toraks/Kalp/Damar Cerrahi ve Üroloji kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2006 yılında hastanenin cerrahi kliniklerinde yatan 60 yaş ve üzeri 2440 hasta oluşturmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gelişmiş ülkelerdeki emeklilik yaşını- 65- yaşlılık sınırı olarak benimserken, Birleşmiş Milletler (BM), 60 yaş üzerini yaşlı olarak kabul etmektedir. Ülkemizde örnekleme alınması planlanan bireyler için emeklilik yaşının 60 olması nedeniyle araştırma da 60 yaş yaşlılık sınırı olarak kabul edilmiştir. Örnekleme alınacak birey sayısı  $n = Nt^2pq / (d^2(N-1) + t^2pq)$  formülüne, yatılan kliniklere göre “tabakalı rasgele örnekleme” ve kliniklerdeki yatak sayısına göre “orantılı seçim” yöntemine göre 128 olarak belirlenmiştir. Verilerin toplanması: Araştırma verileri; araştırmacı tarafından ilgili literatüre ve gözleme dayalı olarak geliştirilen soru formu yoluyla toplanmıştır. Toplam 76 sorudan oluşan soru formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik bilgilere ve hastaların ilaç kullanımına ilişkin özelliklerine yöneliktir. İkinci bölüm hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamaları ile bunların AİK ilkelerine uygunluğunu saptamaya yönelik bir değerlendirme formundan oluşmaktadır. Bu makalede soru formunun birinci bölümünden elde edilen veriler sunulmuştur. Soru formlarının ön uygulaması 10 hasta üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda her iki soru formunda değişiklik yapılmadığı için ön uygulamaya katılan bireyler örnekleme kapsamına dahil edilmiştir. Araştırma 03/08/2007-29/12/2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü kliniklerde, yaş kriterlerini sağlayan hastalardan soruları yanıtlamaya uygun olan, iletişim kurulabilenler örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmacı tarafından hastalara yüz yüze görüşme yöntemi ile sorular ve yanıt seçenekleri okunduktan sonra soru formuna işaretleme yapılmıştır. Birinci soru formunun uygulaması ortalama 35dk sürmüştür. Verilerin değerlendirilmesi: Verilerin analizinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows paket programı kullanılarak; bir üniversitenin biyoistatistik anabilim dalında doktora eğitimi alan araştırma görevlisi uzmanın önerileri doğrultusunda; yüzde hesaplamaları ve McNemar testi uygulanmıştır. Araştırmanın etik boyutu: Araştırmaya; ilgili üniversitenin Tıbbi Cerrahi ve İlaç

Araştırmaları Etik Kurulu ile ilgili kliniklerin klinik şeflerinin yazılı izni alındıktan sonra başlanmıştır. Ayrıca, birinci soru formu uygulanmadan önce hastaların aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmıştır. Okuma yazması olmayan hastalara aydınlatılmış onam formu araştırmacı tarafından okunduktan sonra sorular sorulmuştur. Araştırmanın kısıtlılıkları: Soru formu hastaların bildirdiklerine dayanmaktadır. İlaç uygulamalarına yönelik gözleme dayalı verilerin toplanması daha doğru sonuçların edinilmesine yardımcı olabilir. Soru formundaki ilaç kullanımına yönelik sorular, akılcı ilaç kullanımı ilkelerini kapsamaktadır fakat akılcı ilaç kullanımının “ilaçların güvenli depolanması”, “ilaçların akılcı reçete edilmesi” gibi diğer meslek gruplarını da ilgilendiren boyutları değerlendirilemediğinden; bu makalede akılcı ilaç kullanımından söz edilememektedir.

### 3. Bulgular

Araştırmamıza katılan hastalarda en sık görülen kronik hastalıklar ve sağlık sorunlarının sistemlere göre dağılımı incelendiğinde; birinci sırada sinir sistemi (%29.1), ikinci sırada dolaşım sistemi (%20.0), üçüncü sırada kas-iskelet sistemi (%14.9) ile ilgili kronik hastalıklar ve sağlık sorunları yer almaktadır. Hastaların %70.3’ü ilaçlarını heyet raporu ile edinmektedir. Raporlu ilaç kullananların %77.8’sinin 1-3 ilaç için raporu bulunmaktadır. Hastalarımızın %16.4’ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığı saptanmıştır. Hastalarımızın ilaçlarını edinmeleri ve düzenli kullanımını etkileyen faktörler (Tablo1); ilaç kullanımı sırasında sorun yaşama (%38.7), ilaçlarla ilgili inanışlar (%17.0), kendini iyi hissettiğinde ilaç kullanma gereği duymama (%14.8) ve ilaçları edinme sürecinde yaşanan sıkıntılardır (%11.5). Hastalarımızın %49.2’si günde 1-3 çeşit ilaç, %66.4’ü günde 1-5 doz ilaç kullanmaktadır. Hastaların %22.7’si ilaçlarını reçetesiz edinmektedir. Araştırmamıza katılan hastaların sağlık kuruluşlarına yıllık başvuru sıklığı ortalama  $1.80 \pm 1.70$ ’dir. Hastalarımızın %92.2’si kendileri istemediği takdirde ilaçlara yönelik sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmediklerini, %60’ı ilaçlarla ilgili bilgiyi sağlık ocaklarından, %16.1’i ise eczanelerden istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 2). Araştırmamızda, ilgili literatür incelendikten sonra akılcı ilaç kullanımının sağlanabilmesi için verilmesi gerektiği saptanan 14 başlık altındaki bilginin

çoğunlukla hastane dışı kurumlarda verildiği saptanmıştır (Tablo 3). Hastanede ve hastane dışı kurumlarda en sık verilen bilgilerin “ilaçların neden verildiği”, “ilaçların hangi yoldan alınacağı”, “hangi ilaçtan kaç tane alınacağı”, “ilaçların kullanım zamanı” ve “ilaçların ne kadar süre kullanılacağı” olduğu belirlenmiştir. “İlaçların saati kayarsa ve ilaçların kullanılması unutulursa ne yapılacağı”, “ilaçları kullanma saatleri ayarlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği” gibi konularda ise hastaların bilgilendirilme oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Araştırmamıza katılan 26 hastanın %27.9’unun verilen bilgiyi unuttuğu için; %19.7’sinin verilen bilginin kendisine uygun olmadığını düşündüğü, %19.7’sinin verilen bilgiyi anlayamadığı ve %16.4’ünün ilaç kutusunun üstüne veya reçeteye yazılanları okuyamadığı için uygulamadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastalara ilaçlarını kullanmayı unutup unutmadıkları sorulduğunda %39.1’i hiçbir zaman unutmadığını bildirmiştir. Hastalarımızın unutkanlığa karşı aldıkları önlemler, “yakınlarına ilaç kullanımını hatırlatmalarını söyleme” (%50.6), “ilaçları hatırlamak için görülecek bir yere koyma” (%11.8), “aynı saatte kullanılacak ilaçları aynı poşete/kutuya koyma” (%8.6)dır. Bitkisel ürün kullanım oranı %25.0’dır. Kullanılan bitkisel ürünlerden adaçayının %13.0, ihlamurun %11.0, kantaron otunun ise %5.4 oranında kullanıldığı belirlenmiştir (Tablo 4). Araştırmamıza katılan hastaların, bir yılda  $16.4 \pm 1.8$  kere reçete yazdırdıkları; reçetelerin en çok sağlık ocaklarında, ikinci olarak genel dahiliye bölümlerinde yazılmakla beraber diğer tüm bölümlerden hemen hemen aynı sayıda reçete yazıldığı saptanmıştır (Tablo 5).

#### 4. Tartışma

Araştırmamıza katılan hastalarda en sık görülen kronik hastalıklar ve sağlık sorunlarının sistemlere göre dağılımı incelendiğinde birinci sırada sinir sistemi (%29.1), ikinci sırada dolasım sistemi (%20.0), üçüncü sırada kas-iskelet sistemi (%14.9) ile ilgili kronik hastalıklar ve sağlık sorunları yer almaktadır. Bilir ve arkadaşlarının(Bilir et al., 2002) Ankara Altındağ Bölgesi’nde 2002 yılında 65 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı çalışmaya göre birinci sırada dolasım sistemi hastalıklarının (hipertansiyon-%56.1, kalp hastalıkları-%36.6), ikinci sırada kas-iskelet sistemi hastalıklarının (romatizma-%44.4, osteoporoz-%21.5) görüldüğü saptanmıştır. Erkin ve arkadaşlarının(Erkin, Gülşen, Dülgeroğlu, Aybay, & Özel,

2004) 2004 yılında kas – iskelet sistemi hastalığı olan yaşlılarla yürüttükleri çalışmaya göre dolaşım sistemi hastalıklarının (hipertansiyon-%61.2, aterosklerotik kapak hastalığı-%17.5) birinci sırada görüldüğü saptanmıştır. Dünyada ise en sık görülen kronik hastalıkların KVS hastalıkları, hipertansiyon, CVO, DM, kanserler, KOAH, kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans ve depresyon ile görme ve işitme bozuklukları olduğu bildirilmektedir(WHO, 2002). Bu bulgular ışığında araştırmamıza katılan yaşlı hastalarda görülen kronik hastalıkların diğer çalışmalara katılan yaşlı hastalarda görülen kronik hastalıklara benzer olduğu görülmektedir. Hastalarımızda görülen kronik hastalıkların diğer çalışmalara katılan yaşlı hastalarda görülen kronik hastalıklara benzer olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunluğun ilaçları heyet raporu ile kullanması, preoperatif değerlendirme sırasında raporların incelenmesi yoluyla hastaların kullandıkları ilaçların saptanmasını sağlayabileceğinden bir avantaj olarak düşünülmektedir. İlaçlarını düzenli kullanmayan hastaların oranının yüksek olmamasına rağmen; düzensiz ilaç kullanımı da AE'ye neden olabildiğinden perioperatif dönemde yaşanabilecek sorunları etkileyebileceği göz önünde tutulması gereken bir durumdur. Düzensiz ilaç kullanımı doğrudan AE'ye neden olmamakla birlikte hastanın hangi ilaçtan en son ne zaman kullandığını belirlemeyi zorlaştıracığından, preoperatif değerlendirmede kullanılan ilaçlar eksiksiz belirlense bile bazı sorunların yaşanması engellenemeyebilir. Ayrıca düzensiz ilaç kullanımı ilaçlara uyumsuzluğu etkileyen bir faktör olarak ele alındığında hastalarımızın %16.4'ünün ilaç kullanımına uyumda sorun yaşadığı ve muhtemelen preoperatif, intraoperatif veya postoperatif dönemde başlanan ilaçları da düzensiz kullandıkları, bu sorunun da çeşitli komplikasyonlara neden olabileceği düşünülebilir. Hardon ve arkadaşlarının(Hardon, Hodgkin, & Fresle, 2004) belirttiğine göre, bireylerin ilaç kullanımlarını etkileyen faktörlerden bazıları; ilaçlarla ilgili inanışlar, ilaçların fiyatı, edinme yolları, danışılan sağlık çalışanları, hekime muayene sürecinin niteliği ve ilaç dağıtım sürecinin niteliğidir. Araştırmamızda ilaçları düzenli kullanmamada etkili faktörlerin Hardon ve arkadaşları'nın çalışmasında belirtilen faktörlere benzer olduğu görülmüştür. Hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarını sağlamaya yönelik çalışmalarda Hardon ve arkadaşlarının belirlediği faktörlerin ülkemizde de göz önünde tutulması gerektiği söylenebilir. Hastalarımızın yaklaşık yarısının günde 1-3 çeşit ilaç (%49.2), önemli



bir kısmının günde 1-5 doz kullandığı (%66.4) görülmüştür ve ameliyattan önceki 24 saat içinde hastalarımızın sağlık ekibinin bilgisi dahilinde ve/veya haricinde ilaç kullanmış olabileceklerini düşündürmektedir. Preoperatif dönemde kullanılan ilaçlar anestezi verildiği sırada henüz vücuttan uzaklaştırılmamış olabileceğinden, anestetiklerle etkileşerek AE gelişmesine neden olabilir. Diğer taraftan ilaçlar preoperatif dönemde aniden kesildiyse intraoperatif ve postoperatif dönemde ADWEs'e neden olarak iyileşme sürecinin uzamasına ya da ciddi AE'lere neden olabilirler. Hastalarımızın beşte birinin reçetesiz ilaç kullanıyor olması, hem AE açısından riskin yüksek olduğunu hem de preoperatif dönemde ilaç kullanımı uygun değerlendirme ile saptanmadıysa, intraoperatif ve postoperatif dönemde cerrahi ekip tarafından açıklanamayan sorunların yaşanabileceğini; iyileşme sürecinin ise uzayabileceğini düşündürmektedir. Nitekim; ilaçlarını düzensiz kullandığını belirten hastaların düzensiz kullanma nedeni olarak ilaç kullanırken yaşadıkları sorunları göstermeleri, AE yaşamış olabileceklerini düşündürmektedir. Hastaların %25.0'nın bitkisel ürün kullandığı; kullanılan bitkisel ürünlerin ise hastaların kullandıkları ilaçlarla tehlikeli etkileşimlere neden olabilecek bitkisel ürünler olduğu görülmüştür (Tablo 4). Ülkemizde de benzer sıra ve sıklıkta kullanıldığı belirtilen bitkisel ürünlerden adaçayının dehidratasyona; ıhlamurun dehidratasyon, alerjik reaksiyon ve fotosensitiviteye yol açtığı; kantaron otunun sedatifler, hipnotikler ve narkotiklerin etkisini arttığı bildirilmektedir(Kabalak, 2002). Reçetesiz ilaç kullanımı gibi bitkisel ürün kullanımının da preoperatif dönemde saptanmamışsa intraoperatif ve postoperatif dönemde cerrahi ekip tarafından açıklanamayıp iyileşmeyi geciktiren sorunlara yol açabileceği düşünülebilir. Orhaner(Orhaner, 2006), Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortasını irdelediği çalışmasında, OECD ülkelerinde tüm yaş gruplarındaki bireylerin yılda ortalama 6.1 kere; Türkiye'de 0.5–4 kere sağlık kuruluşuna başvurduğunu bildirmiştir. O'Neill ve Barry'nin(O'Neill & Barry, 2000) hekimlerin geriatrik bakım konusunda eğitilmeleri ile ilgili raporlarında belirttiğine göre, ABD'de yaşlı bireylerin yılda ortalama 11.4 kere sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir. Araştırmamıza katılan hastaların sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığının ülkemizdeki bireylerinkine benzer, OECD ülkelerinde yaşayan bireylerinkinden ve ABD'de yaşayan yaşlılarinkinden daha az oranda olduğu görülmektedir. Hastalarımızın; sağlık kuruluşlarına yıllık başvuru sıklığının diğer

ülkelerdekenden düşük olması nedeniyle, daha az reçete yazdırıp daha az ilaç alıyormuş gibi görünmelerine rağmen, reçetesiz ilaç kullananların oranı (%22.7) dikkate alındığında; AE riskinin diğer ülkelerde yaşayan yaşlılardaki AE riskine benzer olduğu düşünülebilir. Green ve arkadaşları(Green, Hawley, & Rask, 2007) ile Mallet ve arkadaşlarının(Mallet, Spinewine, & Huang, 2007) belirttiğine göre yaşlı hastaların başvurduğu, dolayısıyla reçete yazdırdığı hekim sayısı AE görülme olasılığını etkileyen bağımsız bir faktördür. Başvurulan sağlık kuruluşu sayısı arttıkça, bu kuruluşlarda çalışan hekimler birbirlerinden habersiz şekilde reçete yazdıklarından, hastanın kullandığı ilaç sayısı ve AE riski artmaktadır. Araştırmamıza katılan hastaların, bir yılda  $16.4 \pm 1.8$  kere reçete yazdırdıkları (Tablo 5); reçetelerin en çok sağlık ocaklarında, ikinci olarak genel dahiliye bölümlerinde yazılmakla beraber diğer tüm bölümlerden hemen hemen aynı sayıda reçete yazıldığı alındığında (Tablo 5), AE riskinin yüksek olduğu söylenebilir. Araştırmamızda ilaçlarla ilgili bilgilendirilmeyen hastaların ilaçla ilgili bilgiyi sağlık kuruluşlarında çalışan kişilerden istemelerinin, akılcı ilaç kullanımına yönelik olumlu bir davranış olduğu düşünülmektedir. İlaçlarla ilgili verilmeyen “ilaçların yan etkileri”, “ilaçların saklanma koşulları”, “ilaçların birlikte içilebileceği sıvılar”, “ilaçlarla birlikte yenilmemesi gereken besinler”, “ilaç/besin/bitkisel ürün etkileşimleri” gibi bilgilerin; yaşlı hastaların ilaçlarını akılcı kullanabilmeleri, AE’ye daha az maruz kalmaları ve yaşam kalitelerini arttırabilmeleri için önemli bilgiler oldukları düşünülmektedir. Hastalar tarafından ilaç programlarının uygun şekilde yürütülmemesinin AE’ye neden olduğu ve bu durumun uygun eğitimlerle önlenilebileceği bildirilmektedir(Bellchambers & McMillan, 2007). Erdil’in(Erdil, 2007) belirttiği üzere yapılan bir araştırmada yaşlılarda yanlış ilaç kullanımına neden olan faktörler arasında ilaçların nasıl kullanılacağını anlamadan taburcu olma (%98), reçetenin anlaşılır olmaması (%91), bireyin fizyolojik ve bilişsel yetersizliğinin bulunması (%87) ve okuyamamanın (%86) yer aldığı bildirilmiştir. Çalışmamızda, ilaç kullanımında verilmesi gerektiği saptanan 20 başlık altındaki bilgiden beşinin verilmesine ve hastaların %82.3’ünün verilen bilgiyi düzenli uyguladığını bildirmesine rağmen akılcı ilaç kullanım ilkelerine uygun ilaç kullananların oranının düşük olması(Özer & Dinç, 2009), ilaçlarla ilgili diğer bilgilerin de verilmesinin önemini göstermektedir. İlaçlara yönelik verilen bilgiyi uygulamayan az sayıdaki

(26) hastanın ilaçları kullanmama nedenleri incelendiğinde; ilaçlarla ilgili eğitimlerin yaşlı hasta ve yakınına, ilaç ekibi tarafından, sözel ve yazılı olarak, yaşlının yaşlılığa özgü durumları da dikkate alınarak tüm sağlık kuruluşlarında verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Hastalarımızın unutkanlığa karşı aldıkları önlemlerden yakınlarına hatırlatmalarını söyleme, yakınların da ilaçları hatırlatmayı unutabileceklerinden güvenilir bir yöntem değildir. İlaçları hatırlamak için görülebilecek bir yere koyma nedeniyle; ilaçların ısı, nem gibi olumsuz şartlarla karşılaşması, aynı saatte kullanılacak ilaçları aynı poşete/kutuya koyma ise ilaçların birbirleri ile etkileşmelerine neden olabilecek durumlardır ve AE'ye neden olabilirler. Araştırmamıza katılan hastaların ağrı, halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, konstipasyon, obesite vb. durumlarda reçetesiz ilaç (%26.9) ile bitkisel ürün (%34.4) kullanmaları, bitkisel ürünleri uygun olmayan kaynaklardan edinmeleri (aktarlardan alma-%42.9, kendi toplama-%30.6) ve ilaçları uygun olmayan koşullarda saklamaları AE ile karşılaşma olasılıklarını arttırabilir. İlaçlarla ilgili problemler nedeniyle ortaya çıkan AE'nin, yaşlılarda hastaneye yatış nedenlerinin %10-30'unu oluşturduğu bildirilmektedir(Erdil, 2007). Hemşirenin, akılcı ilaç kullanımının taburculuktan sonra da sürdürülebilmesi için hasta ve yakınlarına eğitim vermesi gerektiği düşünülmektedir. Çoklu ilaç kullanımı ve birden fazla kronik hastalıkla baş etmek durumunda olan yaşlı hastalar ve aileleri için, hemşirenin ilaçlar konusunda vereceği eğitim; yaşlının ilaçlar nedeni ile karşılaşabileceği sorunların kontrol altına alınması, ilaçlara uyumlarının sağlanması ile tedavinin etkinliğinin arttırılabilmesi, dolayısıyla akılcı ilaç kullanımının sağlanabilmesi açısından önemlidir(Hutchison & Castleberry, 2011); (Akın, Seviğ, & Karataş, 2001); (Benning, 2004); (Bilgili & Karatay, 2005). Hemşirenin yaşlı hastalar ve yakınlarına böyle bir eğitimi verebilmesi için, yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikleri, yaşlıların kullandıkları ilaçları, ilaç kullanım alışkanlıklarını, ilaç kullanımında yaşadıkları sorunları; ilaçların etkilerini, yan etkilerini ve etkileşimlerini bilmesi gerekmektedir. Bireye özel biçimde hazırlanan ilaç eğitim programlarının, yaşlıların kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgilerini olumlu yönde etkilediği bildirilmekte(Oktay & Akıcı, 2001) ve yaşlı bireylerin ilaç kullanımlarını başarılı bir şekilde yapabilmelerinde hemşirelerin önemli bir rol üstlenmeleri

gerektiğine dikkat çekilmektedir(Arslan & Eşer, 2005).; (Bellchambers & McMillan, 2007); (Fadıloğlu & Tokem, 2004).

## 5. Sonuç

Araştırmamıza katılan hastalarda; ilaçları uygun olmayan şartlarda saklama, bitkisel ürün ve reçetesiz ilaç kullanma, unutkanlık, ilaçları düzensiz kullanma, çoklu ilaç kullanımı, reçete yazdırılan hekim sayısı gibi nedenlerle tedavi/bakım maliyetlerinin, AE/ADWEs sıklığının ve tekrar hastaneye yatışın artacağı sonucu çıkarılabilir. Hemşirelerin; hastalarda yaklaşık dörtte bir sıklıkta görüldüğünü belirlediğimiz özellikleri perioperatif dönemde saptayarak, tedavi/bakım maliyetlerinin, AE/ADWEs sıklığının ve tekrar hastaneye yatışın azaltılmasına katkıda bulunabilecekleri düşünülebilir. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin, yaşlı hastaları akılcı ilaç kullanımına yönelik değerlendirmeleri ve eğitmeleri için; ilaç ekibi, ilaç ekibinde hemşirenin rolü, akılcı ilaç kullanımının önemi, hastaları ve yakınlarını akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitmenin önemi gibi konularda farkındalıklarının arttırılmasına yönelik ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

**Tablo 1. Hastaların Reçete Edilen İlaçları Edinme Ve Düzenli Kullanma Durumları İle Düzenli Kullanmama Nedenleri (n=128)**

Reçete edilen ilaçları edinme durumu	Sayı	%
Her zaman hepsini edinir	112	87,5
Sıklıkla hepsini edinir	4	3,1
Ara sıra hepsini edinir	6	4,7
Çok az sıklıkta hepsini edinir	4	3,1
Hiçbir zaman hepsini edinmez	2	1,6
Reçete edilen ilaçları düzenli kullanma durumu		
Her zaman	103	80,5
Sıklıkla	4	3,1
Ara sıra	12	9,4
Çok az	4	3,1
Hiçbir zaman	5	3,9
Düzenli kullanmama nedenleri (n=25)*		
İlaç kullanımı sırasında sorun yaşama	46	38,7
İlaçlarla ilgili inanışlar	22	17,0
Kendini iyi hissettiğinde kullanma gereği duymama	19	14,8
İlaçları temin sürecinde yaşanan sıkıntılar	15	11,5
Sürekli ilaç kullanmaya bağlı uyunç isteğinde azalma	11	8,6
İlacı yazan hekimin hasta ile yeterince ilgilenmemiş olması	5	3,9
Unutkanlık	1	0,8

\* Soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

**Tablo 2. Sağlık Profesyonelleri Tarafından Hastalara İlaçlara Yönelik Bilgi Verilme Durumu Ve Hastaların İlaçlara Yönelik Bilgi İstedikleri Kurumlar (n=128)**

Sağlık profesyonelleri tarafından hasta istemediği bilgi verilme durumu	Sayı	%
Hiçbir zaman	118	92,2
Çok az	5	3,9
Ara sıra	1	0,8
Sıklıkla	1	0,8
Her zaman	3	2,3
Hastaların ilaçlara yönelik bilgi istediği kurumlar*		
Sağlık ocağı	93	60,0
Eczaneler	25	16,1
Özel muayenehaneler	13	8,4
Üniversite hastaneleri	12	7,8
Özel poliklinikler	5	3,2
Devlet hastaneleri	4	2,6

\* Soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

**Tablo 3. Hastaların Tedavi Edildikleri Hastane Ve Tedavi Edildikleri Hastane Dışındaki Kurumlarda İlaçlara Yönelik Aldıkları Bilgilere Göre Dağılımı (n=128)**

İlaçlara yönelik alınan bilgiler	Tedavi edildikleri hastanede alınan bilgiler*	Tedavi edildikleri hastane dışındaki kurumlarda alınan bilgiler*	p değeri
İlaçların verilme nedeni	34	102	p=0.00
İlaçların alınış yolu	36	109	p=0.00
İlaçların dozu	38	113	p=0.00
İlaçların kullanım zamanı	38	102	p=0.00
İlaçların kullanım süresi	29	94	p=0.00
İlaçların saatini düzenlerken dikkat edilmesi gerekenler	17	67	p=0,05
İlaçların yan etkileri ve başatme yolları	6	31	p=0.04
İlaçların saklanma koşulları	7	25	p=0.01
İlaç/ilaç, ilaç/bitkisel ürün, ilaç/besin etkileşimleri	18	102	p=0.01
Diğer**	7	52	p=0.02
Spreyleri / iğneleri uygulama yolları	14	31	p=0.09

\*Soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

\*\* Son kullanma tarihi gelen ilaçlarla ilgili yapılması gerekenler, İlaç değiştirildiği zaman artan ilaçlarla ilgili yapılması gerekenler, İlaçların unutulmaması için alınabilecek önlemler, İlaçların dozunu ayarlarken dikkat edilmesi gerekenler

**Tablo 4. Hastaların Kullandıkları Bitkisel Ürünler (n= 32)**

Bitkisel Ürünler	Sayı*	%
Sinameki	2	3,6
Kayısı	2	3,6
Polen	2	3,6
Kanteron otu	3	5,4
Yeşilçay	4	7,3
Kuşburnu	5	9,2
İhlamur	6	11,0
Isırgan otu	6	11,0
Adaçayı	7	13,0
Diğer **	18	34,2

\* Soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

\*\* Ayva yaprağı, arı sütü, bal, balık yağı, brokoli, çiğ kabak çekirdeği, erik, isveç şurubu, karanfil, kekik, keten tohumu, kudret narı, malta eriği yaprağı, papatya, tarçın, tütün, zeytin yaprağı seçeneklerinin toplam yüzdesi ( her seçeneğe verilen yanıt sayısı 1 'dir).



**Tablo 5. Hastalara Bir Yılda Yazılan Reçetelerin Yazıldıkları Kurum Ve Bölümler (n=103)**

Reçete Yazılan Kurum ve Bölümler	Bir Yılda Yazılan Reçete Sayısı	
	Ortalama	Maksimum
Birinci basamak tedavi kurumları		
Sağlık ocağı	4,32	66,0
Aile Hekimliği	0,67	12,0
İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının bölümleri		
Genel Dahiliye	3,64	34,3
Genel Cerrahi	0,66	32,5
Ortopedi	0,20	9,0
Romatoloji	0,33	3,4
Endokrinoloji	0,15	6,9
Gastroenteroloji	0,06	4,0
Üroloji	0,61	12,0
Kalp/Damar Cerrahi	0,48	12,0
Kardiyoloji	0,28	7,6
Fizik Tedavi Rehabilitasyon	0,42	23,0
Acil	0,08	2,4
Geriatri	0,03	1,7
Kulak /Burun /Boğaz	0,11	3,0
Göz Hastalıkları	0,60	12,0
Göğüs Hastalıkları	0,76	24,0
Plastik Cerrahi	0,03	0,9
Nöroşirurji	0,37	12,0
Dermatoloji	0,05	1,2
Hematoloji	0,01	0,7
Onkoloji	0,73	24,0
Radyoloji	0,44	12,0
Jinekoloji	0,41	19,0
Nöroloji	0,21	4,4
Psikiyatri	0,15	7,5
Bir yılda yazılan toplam reçete sayısı	Ortalama=16,40 ± 1,80	

**KAYNAKLAR**

- Akıcı, A., Kalaça, S., M.Uğurlu, Ümit, Ç. Ş., & Oktay, Ş. (2001). Evaluation of rational drug use of general practitioners in management of elderly patients. *Turkish Journal of Geriatrics*, 4(3), 100-105.
- Akıcı, A., Uğurlu, M. Ü., Gönüllü, N., Oktay, Ş., & Kalaça, S. (2002). Evaluating the knowledge and attitudes of general practitioners about rational drug use. *STED*, 11(7), 253-257.
- Akın, B., Seviğ, Ü., & Karataş, N. (2001). Gerontological nursing education in Turkey(I): an education programme development study for certificate-the foundations of programme. *C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 33-39.
- Araz, A., Harlak, H., & Meşe, G. (2007). Health behaviours and alternative therapy use. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 112-122.
- Arslan, G. G., & Eşer, İ. (2005). Self-Medication compliance in elderly and nurses' role. *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2), 147-157.
- Atlı, K., & Bozcuk, N. A. (2002). Telomere and cellular aging. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(3), 111-114.
- Baştürk, B., & Boyacıoğlu, S. (2004). Immunosenescence. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(3), 159-161.
- Bellchambers, H., & McMillan, M. (2007). The critical elements within a journey towards the achievement of quality use of medicines. *Collegian*, 14(1), 31-36.
- Benning, M. (2004). Enhancing older people's concordance with taking their medication. *British Journal of Nursing*, 13(11), 669-674.
- Bilgili, N., & Karatay, G. (2005). Determination of some practices about drug consumption of individuals living in Sait Yazici Health Center area. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 39-48.
- Bilir, N., Aslan, D., Güngör, N., Ağaç, M., Sıddıqui, Z., & Uluç, F. (2002). Determination of health status and some social conditions of people 65 years

- of age and older in Sakarya neighbourhood, Altındağ Health Center Region in Ankara. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(3), 97-102.
- Demiroğlu, A., Bozdağ, G., Kart, C., & Gürkan, G. (2006). Physiology and related theories of ageing. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(4), 250-255.
- Erdil, F. (2007). Nurses-pharmacists cooperation for drug use in elders. In M. F. Şahin (Ed.), *Geriatri ve Gerontoloji* (Vol. 1, pp. 139-146). Ankara: Fersa Matbaacılık.
- Erkin, G., Gülşen, E. D., Dülgeroğlu, D., Aybay, C., & Özel, S. (2004). Assessment of systemic diseases and related drugs in elderly patients with musculoskeletal disorders. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(3), 155-158.
- Ertemür, E., & Erdil, F. (2012). Determination of knowledge and practices of medication use of elderly patients hospitalized at surgical units. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(2), 201-207.
- Fadıloğlu, Ç., & Tokem, Y. (2004). The role of the nurse in geriatric rehabilitation. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(4), 241-246.
- Green, J., Hawley, J., & Rask, K. (2007). Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly? . *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(1), 31-39.
- Hardon, A., Hodgkin, C., & Fresle, D. (2004). *How to investigate the use of medicines by consumers*. Amsterdam: WHO.
- Hutchison, L. C., & Castleberry, A. (2011). The pharmacist's new role as part of an interdisciplinary care team. . *Generations*, 35(4), 62-68.
- Kabalak, A. U. (2002). Herbal medicine and anaesthesia risks *Anestezi Dergisi*, 10(2), 75-82.
- Kanpolat, Y. (2003). *Vision 2023. Technology foresight project health and medicine panel final report*. Retrieved from Ankara:
- Lazarou, J., Pomeranz, B. H., & Corey, P. W. (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: A metaanalysis of prospective studies. *JAMA*, 279(15), 1200-1205.
- Mallet, L., Spinewine, A., & Huang, A. (2007). Prescribing in elderly people 2: The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet*, 379(9582), 185-191.

- Nations, U. (2002). *Political declaration and Madrid international plan of action on ageing*. Retrieved from Newyork:
- O'Neill, G., & Barry, P. P. (2000). Training physicians in geriatric care: Responding to critical need. *Public Policy and Aging Report*, 13(2), 17-21.
- Oktay, S., & Akıcı, A. (2001). Drug use and desicion making process for rational pharmacotherapy in elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*, 4(3), 127-133.
- Oktay, Ş., & Kayaalp, S. O. (2002). *Prescribing rules and rational drug use* (Vol. 10). Ankara: Hacettepe TAŞ.
- Orhaner, E. (2006). Health care financing and general health insurance in Turkey. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006(1), 1-22.
- Özdemir, L., & Akdemir, N. (2006). Yaşlı bireyde hemşirelik değerlendirmesi ve bakım uygulamaları. In S. Arıoğul (Ed.), *Geriatrı ve Gerontoloji* (pp. 151-180). Ankara: Medikal& Nobel.
- Özdemir, L., Akdemir, N., & Akyar, İ. (2005). Elderly evaluation form developed for nurses and geriatric problems. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8(2), 94-100.
- Özer, E., & Dinç, L. (2009). Rational drug usage in elderly and nurse's responsibilities. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(2), 42-51.
- Rai, J. (2005). Popularity of herbal drugs -A challenge to rational pactice (Time to amend undergraduate curriculum). *JK Science*, 7(3), 180.
- Rothschild, J. M., Leape, L. L., & Smith, A. H. (2000). *The nature and extent of medical injury in older patients: Executive summary*. Retrieved from [www.aarp.org/research/health/healthquality/aresearch-import-546-2000-17.html](http://www.aarp.org/research/health/healthquality/aresearch-import-546-2000-17.html) 2000
- Şahin, G., & Baydar, T. (2004). Drug use in elders. In Y. G. Kutsal (Ed.), *Yaşlılık Gerçeği* (Vol. 1, pp. 47-55). Ankara: GEBAM.
- Warshaw, G. (2006). Introduction: Advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generations*, 30(3), 5-10.
- WHO. (2002). *Ageing and life course; active aging: a policy framework*. Madrid: WHO Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.
- WHO, & Millbank Memorial Fund. (2000). *Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing* (pp. 1-17). Retrieved from



[http://www.who.int/ageing/publications/long\\_term\\_care/en/downloads/Report on policy for long-term care of the ageing](http://www.who.int/ageing/publications/long_term_care/en/downloads/Report_on_policy_for_long-term_care_of_the_ageing)