



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TEPECİK EĞTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**HİPERLİPİDEMİ HASTALARINDA HASTALIK**  
**ALGI DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Burcu KORKMAZ**

**Tez DanıŐmanı: BaŐasistan Dr. Tefik Tanju YILMAZER**

**Tez DanıŐman Yardımcısı: DoÇ. Dr. BarıŐ KILIĞASLAN**

**Eğitim Sorumlusu: DoÇ. Dr. Haluk MERGEN**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İzmir – 2017**

## TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında emeği geçen tez danıŐmanım BaŐasistan Dr. T. Tanju YILMAZER'e ve tezimin fikir öncüsü olan Doç. Dr. BarıŐ KILIASLAN'a,

Asistanlık sürecim boyunca bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım başta eğitim sorumlumuz Doç. Dr. Haluk MERGEN olmak üzere kliniğimizdeki ve rotasyon yaptığım bölümlerdeki tüm uzmanlarıma ve birlikte çalıŐtığım sevgili asistan arkadaşlarıma,

Tezimin bütün aŐamalarında yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen arkadaşım, kıdemlim Uzm. Dr. AyŐeđül BAYAD'a,

Hayatım boyunca her türlü kararında arkamda duran ve varlıklarını her daim hissettiğim biricik aileme,

ve son olarak da fakülte ve asistanlık sürecimin her anında yanımda olan, birlikte büyüğüm ve İzmir'e gelmemde büyük katkısı olan ev arkadaşım Dr. Hasbiye İNCEEFE'ye

Teşekkür ederim...

**Dr. Burcu KORKMAZ**

## KISALTMALAR

<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>LDL-K</b>	: Low Density Lipoprotein Kolesterol
<b>HMG CoA</b>	: Hidroksi Metil Gluteril Koenzim A
<b>TG</b>	: Trigliserid
<b>TK</b>	: Total Kolesterol
<b>YA</b>	: Yağ Asidi
<b>VLDL-K</b>	: Very Low Density Lipoprotein Kolesterol
<b>IDL-K</b>	: Intermediate Density Lipoprotein Kolesterol
<b>HDL-K</b>	: High Density Lipoprotein Kolesterol
<b>ACC</b>	: American College of Cardiology
<b>AHA</b>	: American Heart Association
<b>NCEP</b>	: National Cholesterol Education Program
<b>ATP III</b>	: Adult Treatment Panel III
<b>TEMD</b>	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
<b>ASKVH</b>	: Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık
<b>MI</b>	: Myokard Infarktüsü
<b>PAH</b>	: Periferik Arter Hastalığı
<b>AAA</b>	: Abdominal Aort Anevrizması
<b>KBH</b>	: Kronik Böbrek Hastalığı
<b>GFR</b>	: Glomerular Filtration Rate
<b>SCORE</b>	: Systematic Coronary Risk Evaluation
<b>TAYTD</b>	: Tedavi Amaçlı Yaşam Tarzı Değişikliği
<b>KHAÖ</b>	: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	ii
KISALTMALAR.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	viii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	ix
ÖZET .....	x
ABSTRACT .....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. HİPERLİPİDEMİ .....	3
2.1.1. Lipid Metabolizması .....	3
2.1.2. Hiperlipidemi ve Ateroskleroz.....	5
2.1.3. Ateroskleroz Risk Faktörleri.....	6
2.1.4. Hiperlipidemi Tedavisi.....	8
2.2. HASTALIK ALGISI .....	11
2.2.1. Hastalık İle İlgili İnanışlar .....	14
2.2.2. Hastalık Algısını Değerlendirme .....	16
2.2.3. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar .....	17
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	18
3.1 ARAŞTIRMA PROJESİ.....	18
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ .....	18
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	18
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	18
3.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ .....	18
3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ .....	19
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI .....	19
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ .....	20

4. BULGULAR .....	21
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇLAR.....	55
7. KAYNAKLAR.....	56
8. EKLER.....	64



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b>	NCEP ATP III kılavuzlarına göre kan lipid sınıflaması .....	6
<b>Tablo 2:</b>	SCORE Risk tablosunda toplam kardiyovasküler risk kategorileri .....	8
<b>Tablo 3:</b>	Cinsiyet dağılımı .....	21
<b>Tablo 4:</b>	Yaş dağılımı .....	21
<b>Tablo 5:</b>	Koruma türüne göre dağılım .....	22
<b>Tablo 6:</b>	Eğitim durumuna göre dağılım.....	22
<b>Tablo 7:</b>	Beden kitle indeksine göre dağılım .....	23
<b>Tablo 8:</b>	Ek hastalık durumuna göre dağılım.....	24
<b>Tablo 9:</b>	Hastalık bilgisinin kaynağına göre dağılımı .....	25
<b>Tablo 10:</b>	İlaç kullanma süresine göre dağılım .....	25
<b>Tablo 11:</b>	Ek ilaç kullanım durumuna göre dağılımı.....	26
<b>Tablo 12:</b>	Kullanılan ek ilaç sayısına göre dağılım.....	26
<b>Tablo 13:</b>	Hastalık nedenlerine göre dağılım.....	27
<b>Tablo 14:</b>	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sorularının ve toplam puanının ortalama ve standart sapma değerleri .....	27
<b>Tablo 15:</b>	Hastaların Cinsiyetlerine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması .....	28
<b>Tablo 16:</b>	Hastaların Yaşları ile KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının İlişkisi .....	30
<b>Tablo 17:</b>	Hastaların Koruma Türüne Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması .....	31
<b>Tablo 18:</b>	Hastaların Eğitim Durumlarına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması .....	32
<b>Tablo 19:</b>	Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	34
<b>Tablo 20:</b>	Hastaların Ek Hastalık Durumuna Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 21:</b>	Hastalık Bilgisinin Kaynağı ile KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması .....	36

<b>Tablo 22:</b> Hastaların Antihiperlipidemik İlaç Kullanma Süresine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 23:</b> Hastaların Ek İlaç Kullanım Durumuna Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 24:</b> Hastaların Kullandığı Ek İlaç Sayısına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 25:</b> Hastalık Nedenine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması .....	41



## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b>	Asetil KoA'dan kolesterole dönüşüm şeması .....	4
<b>Şekil 2:</b>	SCORE çizelgesi .....	7
<b>Şekil 3:</b>	Dislipidemi Tedavisine Yaklaşım .....	9
<b>Şekil 4:</b>	Tedavi Amaçlı Yaşam Tarzı Değişikliği .....	10



## GRAFİKLER LİSTESİ

<b>Grafik 1:</b> Cinsiyet dağılımı .....	21
<b>Grafik 2:</b> Koruma türüne göre dağılım .....	22
<b>Grafik 3:</b> Eğitim durumuna göre dağılım.....	23
<b>Grafik 4:</b> Beden kitle indeksine göre dağılım .....	24
<b>Grafik 5:</b> Hastalık bilgisinin kaynağına göre dağılımı .....	25
<b>Grafik 6:</b> İlaç kullanma süresine göre dağılım .....	26
<b>Grafik 7:</b> Hastaların Cinsiyetlerine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması .....	29



## ÖZET

### HİPERLİPİDEMİ HASTALARINDA HASTALIK ALGI DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Amaç:** Hastalık algısı, hastaların hastalık hakkında olumlu davranışlar geliştirmesini, hastalığa uyumunu, fonksiyonel durumunu yükseltmeyi ve sağlığı geliştirecek girişimleri uygulamayı etkilemektedir. Bu çalışmada; primer veya sekonder koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanımının hastalık algı düzeyine etkisi ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin saptanması planlanmıştır. Böylelikle hastaların hastalıkları ile ilgili farkındalıklarının belirlenerek, hastalık sürecinin yönetilmesine katkı sağlama amaçlanmıştır.

**Gereç (Hastalar) ve Yöntem:** Araştırmaya etik kurul onayı alındıktan sonra İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Kardiyoloji polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü, psikiyatrik hastalığı olmayan, gönüllü onam vermiş olan antihiperlipidemik ilaç kullanan hastalardan 184 olgu seçilerek başlandı. Veri toplama sürecinde polikliniklere başvuran ve dahil edilme kriterlerini kapsayan hastalar rastgele seçildi. Örneklem büyüklüğü, evren sayısı bilinen örneklem formülüne göre hesaplandı. Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışması olup, Kasım 2016 tarihinde başlanarak 8 ay süre içinde tamamlandı. Gönüllü katılımcılara sosyodemografik veriler ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'nden oluşan anket uygulandı. Veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Student's t testi ve Pearson korelasyon testleri kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Primer koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanan hastaların sekonder koruma amaçlı ilaç kullananlara göre hastalıkları hakkında daha endişeli oldukları ayrıca kadın hastaların da erkeklere göre hastalıktan daha fazla etkilendikleri gözlemlendi. Hastalık algısının ise eğitim durumuna göre değişmediği saptandı. Beden Kitle İndeksi arttıkça hastaların duygusal olarak daha çok etkilendikleri ve endişe düzeylerinin arttığı saptandı. Hastalık hakkında bilgiyi doktor + medyadan alan hastalar sadece doktordan bilgi alanlara göre hastalıktan daha fazla etkilendikleri tespit edildi. Antihiperlipidemik ilacı daha uzun süre kullanan hastaların hastalıktan daha

fazla etkilendikleri ve hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri gözlemlendi. Ek ilaç kullanmayan hastaların hastalıkları hakkında daha endişeli oldukları saptandı. Antihiperlipidemik ilaç dışında kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastaların şikayetlerinin arttığı gözlemlendi. Hastalık nedeninin kalıtsal olduğunu düşünen hastalarda hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri ve hastalıklarını daha iyi anladıkları saptanmıştır.

**Sonuç:** Primer koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanan hastaların sekonder koruma amaçlı ilaç kullananlara göre hastalıktan daha fazla etkilendikleri, hastalığa bağlı şikayetlerinin daha fazla olduğu ve hastalıkları hakkında daha endişeli oldukları gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Hiperlipidemi, primer ve sekonder koruma, hastalık algısı

## ABSTRACT

### EVALUATION OF ILLNESS PERCEPTION LEVEL IN PATIENTS WITH HYPERLIPIDEMIA

**Aim:** Illness perception affects patients' development of positive behaviors about their illnesses, adaptation to the disease, improvement in functional status and initiatives to improve health. In this study; The use of antihyperlipidemic medicines for the protection of primary or secondary secretions is planned to determine the effect on the disease perception level and their relation to sociodemographic characteristics. In this way, it is aimed to determine the awareness of the patients about the diseases and to contribute to the management of the disease process.

**Materials (Patients) and Methods:** 184 cases were randomly selected from the use of antihyperlipidemic medicines patients who were over 18 years old with no psychiatric disease and referred to Family Medicine and Cardiology Polyclinic in İzmir Tepecik Educational and Research Hospital after the approval of the ethics committee. Patients who applied to the outpatient clinics during the data collection process and included the inclusion criteria were randomly selected. The sample size is calculated according to the sample formula known by the number of universes. This study was completed within 8 months starting on November 2016. This study was consisting of sociodemographic data from volunteer participants, Brief Illness Perception Questionnaire. Data were analyzed using the SPSS 22.0 program, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U test, Student's t test and Pearson correlation tests.

**Results:** . It was found that patients who used antihyperlipidemic drugs for primer protection were more anxious than patients who used drugs for secondary protection. Female patients were more affected by the disease than males. It was determined that the illness perception did not change according to educational status. As the Body Mass Index was increased, it was found that the patients were more emotionally affected and the level of anxiety increased. It was observed that the complaints of people without additional diseases were more frequent. Patients who received information about the disease from the doctor + media were found to be more affected according to patients who received information just from the doctor, but it

was found that they understood the their disease better. Patients who use the antihyperlipidemic drugs longer were found to be more affected their disease and it was observed that they thought that their illness would longer. Patients who not use additional medication were found to be more anxious about their disease. As the number of drugs used except for antihyperlipidemic drugs increased, it was observed increased patients' complaints. Patients who think that the cause of the disease is inherited it was found to that they thought that their illness would longer and understand their illness better.

**Conclusion:** It was observed that patients who used antihyperlipidemic drugs for primer protection were more affected, more complaints related to the disease and more worried about their illnesses than patients who used drugs for secondary protection.

**Key words:** Hyperlipidemia, primer and secondary protection, illness perception

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar başlığı altında toplanan koroner arter hastalığı (KAH), serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalığı gibi ateroskleroz kaynaklı hastalıklar; tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen tüm dünyada önde gelen önemli mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmektedir. Bu hastalıklarla ilgili epidemiyolojik faktörlerin düzeltilmesine ve tedavide sağlanan ilerlemelere bağlı olarak mortalitede azalma izlenirken, prevalansta artma halen devam etmektedir (1).

Hızla gelişen tıp ile beraber beklenen ortalama insan ömrü uzamasıyla birlikte kardiyovasküler hastalıkların sıklığı artmış ve ülke ekonomilerinde sağlık harcamaları daha çok dikkat çekmeye başlamıştır. Yapılan maliyet-etkinlik çalışmaları hastalık gelişikten sonra sağlık harcamalarının ne denli yüksek olduğunu ortaya koyduğundan, artık tedavi edici hekimlikten ziyade koruyucu hekimliğin ön plana alınması ve hastalıklar daha gelişmeden gerekli önlemlere yönelik girişimlerin başlatılması temel hedeftir. İşte buradan yola çıkılarak, kardiyovasküler hastalıklar henüz gelişmeden alınacak birincil (primer) koruma tedbirleri düşünülmüş ve risk faktörleri ortaya koyulmuştur.

Yapılan çalışmalarda geniş ölçüde araştırılan başlıca risk faktörleri; yaş, sigara, genetik yatkınlık, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diabetes mellitus (DM) olmuştur. Bu faktörlerin en başında da bir risk faktöründe aranan özelliklerin hepsini taşıyan hiperlipidemi gelmektedir. Çünkü deneysel çalışmalarda hiperlipidemi oluşturarak damar duvarında aterosklerotik lezyonların oluşturulabilmesi bir yana, hiperlipidemi düzeyi ile hastalık ilişkisinin çok yakın paralellik göstermesi ve en önemlisi de tedavi ile aterosklerotik sürecin yavaşlatılabilmesi bu risk faktörlerinin tedavisini çok önemli bir hale getirmektedir (2).

Hiperlipidemi tedavisinde diyet, fazla kiloların verilmesi, egzersiz ve sigaranın bırakılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri tedavinin temelini oluşturmakta ve bütün hastalara önerilmektedir (4). Ancak bunların etkisi çoğunlukla yetersiz kalmakta, ulusal ve uluslararası kılavuzlarda tanımlanan, KAH risk skoruna göre belirlenen LDL-K hedef düzeyine ulaşılamamaktadır. Bu nedenle lipid düşürücü ilaçların kullanımını çoğu olguda gerekli hale getirmektedir.

Hastalık durumu ise; biyopsikososyal bir varlık olarak tanımladığımız insan için çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir. Hastalık; hastanın

rahatsızlığını algılaması ve hastalığı ile ilgili sahip olduğu deneyimler, duyular ve inançlarla şekillenir. İnsanların çoğu yaşamlarında bir veya daha çok hastalık geçirmesine karşın, her birey hastalık deneyimini aynı şekilde yaşamaz. Hastalar hastalıklarını; kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda açıklamaya çalışırlar.

Hastalık algısı, hastaların hastalık hakkında olumlu davranışlar geliştirmesini, hastalığa uyumunu, fonksiyonel durumunu yükseltmeyi ve sağlığı geliştirecek girişimleri uygulamayı etkilemektedir. Hastalığın ilerlemesinin öngörülememesi, hastaları kaygılandırmakta ve hastalığa uyumlarını olumsuz etkilemektedir. Hastalık belirtilerinin, komplikasyonlarının ve uygulanan tedavilerin yarattığı sıkıntıların dışında; geleceğe yönelik endişe, yeterliliğini kaybedeceği ve/veya başkalarına bağımlı hale gelebileceği korkuları, beden görünümünün bozulacağına dair endişeler hastanın fiziksel, bilişsel ve duygusal işlevlerini, ayrıca sosyal yaşamını da etkiler. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir (6,7). Tıbbi literatürlerde hastalık algısının, hastalıkla baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (5).

Hastalık algısı, aynı hastalıklara ya da problemlere sahip olan hastaların, farklı algılarının olması ve bu algıların bazen hastaları yanlış yönlendirmesi nedeniyle önemlidir (8). Bu nedenlerle özellikle kronik hastalığı olanlarda meydana gelecek durum değişikliklerini anlamak, kontrol veya tedavi etmek için hastaların hastalık algısının bilinmesi önemlidir. Bu hastalarda, hastaların değerleri ön planda tutulmalı ve hastanın motivasyonunu yüksek tutmaya yönelik girişimler planlanmalıdır. Hastalık algısının değerlendirilmesi ve hastaların hastalığı ile ilgili sahip oldukları algılarının pozitif yönde etkilenmesiyle; hastalara kendi kendini ve hastalığını yönetebilme, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilme ve hastalığa eşlik eden günlük streslerin üstesinden gelebilmeleri için problem çözme becerileri kazandırılabilir.

Bu çalışmada; hastanemiz aile hekimliği ve kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda primer veya sekonder koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanımının hastalık algı düzeyine etkisi ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin saptanması planlanmıştır.

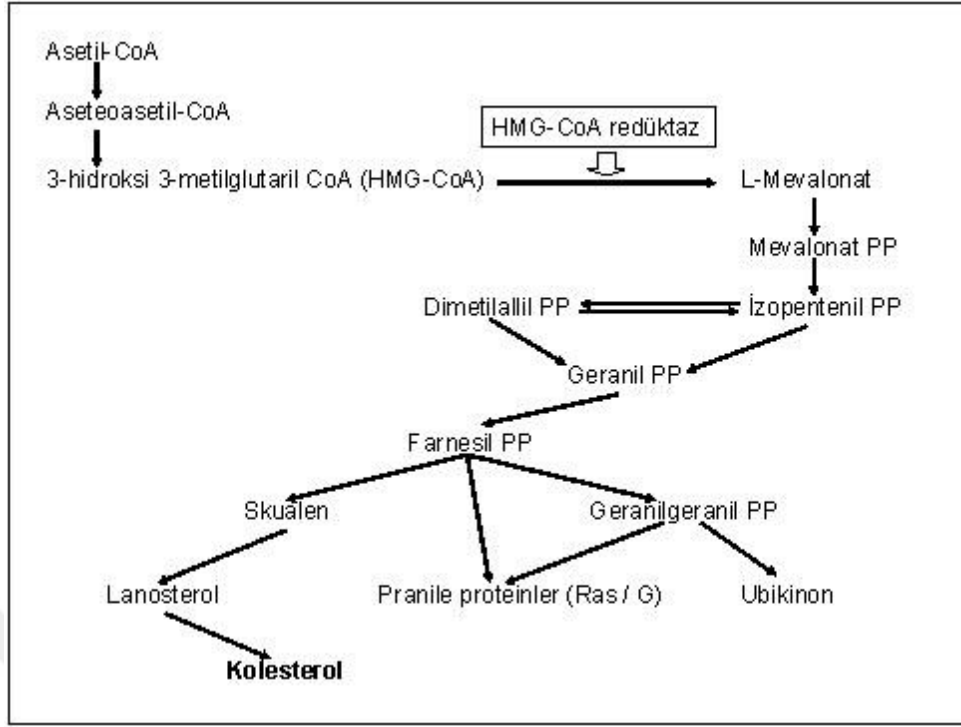
## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. HİPERLİPİDEMI

#### 2.1.1. Lipid Metabolizması

Plazmada bulunan temel lipidler; kolesterol, trigliserit ve fosfolipidlerdir. Kolesterol plazmada proteinlere bağı olarak lipoproteinler şeklinde taşınır. Kolesterol, vücutta başlıca yapım yeri karaciğer olan, hücre duvarı stabilitesi ve transmembran madde taşınmasında, steroid hormon sentezinde ve safra asidi oluşumunda önemli rol oynayan, hidrofobik özellikte bir biyolojik moleküldür.

Yapısını, karbonları sırayla numaralanmış olan dört adet birleşik halka ve dördüncü halkaya tutunmuş sekiz üyeli dallanmış hidrokarbon zinciri oluşturur. İnsan vücudundaki kolesterol temel olarak asetat molekülünden oluşur. İki mol asetil CoA birleşerek asetoasetil CoA 'yı, ardından da 3-hidroksi-3-metilglutaril CoA'yı meydana getirir. Oluşan 3-hidroksi-3-metilglutaril CoA'dan hidroksimetilglutaril CoA (HMG CoA) redüktaz enzimi aracılığı ile kolesterolün öncül maddesi olan mevalonat meydana gelir. Burada 3-hidroksi-3-metilglutaril CoA'dan mevalonat oluşumu hız kısıtlayıcı basamak ve bu reaksiyonu katalizleyen enzim HMG CoA redüktaz da hız kısıtlayıcı enzim olarak görev yapar (9,10). Şekil 1'de kolesterol metabolizması gösterilmektedir.



**Şekil 1:** Asetil KoA'dan kolesterole dönüşüm şeması

Lipoproteinler; plazma lipidleri (kolesterol, TG ve fosfolipidler) ile apolipoproteinlerin oluşturdukları makromoleküllerdir. Dansitelerine ve elektroforetik ortamda hareket özelliklerine göre lipoproteinler; şilomikronlar, çok düşük dansiteli lipoprotein kolesterol (VLDL-K), orta dansiteli lipoprotein-kolesterol (IDL-K), düşük dansiteli lipoprotein-kolesterol (LDL-K) ve yüksek dansiteli lipoprotein-kolesterol (HDL-K) olarak beşe ayrılır.

LDL en çok kolesterol, VLDL ve şilomikronlar ise çoğunlukla trigliserid taşırlar. Çapı en düşük olan HDL-K ve LDL-K'dur. Çapı en büyük olan ise şilomikronlardır (11). Yapılarında fonksiyonel açıdan önemli olan apoproteinler vardır. Barsak ve karaciğerde sentezlenirler. Endotel disfonksiyonunun başlamasında ve devamında lipoproteinlerin rolü vardır. Serum lipoproteinlerinden şilomikronlar molekül yapılarındaki büyüklük nedeni ile LDL-K gibi damar duvarından geçemezler, aterogeneze katkıda bulunmazlar. En önemli aterogenetik lipoprotein ise LDL-K'dır. Bunda küçük çaplı olduğu için bu molekülün intimaya girebilmesi, birikmesi ve modifikasyonu etkilidir. LDL-K karaciğerden diğer dokulara kolesterolü taşır. LDL-K yüksekliği damar duvarında kolesterolden zengin aterom plağı oluşumu ve gelişiminde başta sayılan sorumlu etkenlerdendir. Yıllar boyunca LDL-K'nın esas

fonksiyonunun arter duvarında kolesterol depozisyonu olduğu düşünölmüştür. Ancak son zamanlarda LDL-K'nın proinflamatuvar bir ajan olduğu bulunmuş; aterosklerotik lezyonun en önemli belirtisi olan kronik inflamatuvar cevabı harekete geçirdiği gösterilmiştir. Yüksek LDL-K seviyeleri aterosklerozun tüm evrelerinde rol almaktadır.

### **2.1.2. Hiperlipidemi ve Ateroskleroz**

Hiperlipidemi, plazma lipoproteinlerinin konsantrasyonunda artıştır. Artmış yapım veya salınım; ya da azalmış klirens nedeni ile bir veya daha fazla lipoprotein kanda birikimidir. Ailesel olarak primer ortaya çıkabildiği gibi, endokrinolojik ve metabolik durumlar nedeniyle sekonder olarak da görölebilir (12,13).

Kolesterol düzeyi ile koroner arter hastalığı mortalitesi arasındaki ilişki lineer bir beraberlik gösterir. LDL-K'de her 1.0 mmol/L ( $\approx$  40 mg/dL)'lik azalma KAH morbidite ve mortalitesinde %22'lik bir düşüş anlamına gelmektedir (3).

LDL-K'nın aterojenik özellikte olduğu birçok epidemiyolojik çalışma ile gösterilmiştir. Son yıllarda gerek nitelik, gerekse nicelik olarak giderek artan, geniş ve birbirlerini tamamlayan çalışmalar; hiperlipidemi fizyopatolojisine, hiperlipideminin diğer risk faktörleri ile ilişkisine, birincil ve ikincil korunmanın önemine büyük ölçüde ışık tutmuşlardır. Uluslararası çalışmaların yanısıra ölkemizde yapılan ve giderek önem kazanan tarama çalışmaları da; özellikle dislipidemi yönünden Türk toplumunun özelliklerini yansıtmaya yardımcı olmuştur. Tüm bu çalışmalar neticesinde çeşitli metaanalizler ve bunların yönlendirdiği çeşitli kılavuzlar geliştirilmeye başlanmıştır. Bu kılavuzlar içinde en çok kabul gören American College of Cardiology (ACC) ve American Heart Association (AHA) tarafından da onaylanan, National Cholesterol Education Program (NCEP) tarafından yayınlanan, güncelleştirilmiş yüksek kan kolesterolü tedavi kılavuzu Adult Treatment Panel III (ATP III) raporudur (4). Son güncellemeler eşliğinde 2016'da Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nde yayınlanan Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu kullanılmaktadır. Kontrollü randomize çalışmalarda; LDL-K'un ilaç tedavisiyle düşürölmesinin KAH riskini belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir (14, 15). Bu nedenle kılavuzlarda LDL-K'un düşürölmesi temel tedavi hedefi olarak gösterilmektedir (16).

Bir bireyin KAH riskini ve tedaviye olan ihtiyacını belirlemede ilk yapılması gereken, serum kolesterol düzeylerinin değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasıdır. NCEP ATP III kılavuzunda bireyler, sahip oldukları kolesterol fraksiyonlarına göre sınıflandırılmıştır (17). Tablo 1’de NCEP ATP III kılavuzuna göre kan lipid sınıflaması görülmektedir.

**Tablo 1:** NCEP ATP III kılavuzlarına göre kan lipid sınıflaması

	Optimal	Normal	Sınırdaki yüksek	Yüksek
TK		< 200 mg/dl	200-239 mg/dl	> 240 mg/dl
LDL-K	< 100 mg/dl	< 130 mg/dl	130-159 mg/dl	> 160 mg/dl
HDL-K		Erkek > 40mg/dl		> 60mg/dl
		Kadın > 50 mg/dl		
TG		< 150 mg/dl	150-199 mg/dl	> 200 mg/dl

Lipoprotein düzeyleri belirlendikten sonra KAH ve eşdeğeri hastalık aranır.

- Kanıtlanmış aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) varlığı (Geçirilmiş; myokard infarktüsü (MI), Akut Koroner Sendrom, Koroner arter By-pass operasyonu, revaskülarizasyon işlemleri, Periferik Arter Hastalığı (PAH), Abdominal Aort Anevrizması (AAA), Karotis Arter Darlığı, İskemik İnme)

- Tip 2 Diyabet ya da organ hasarı olan Tip 1 Diyabetikler

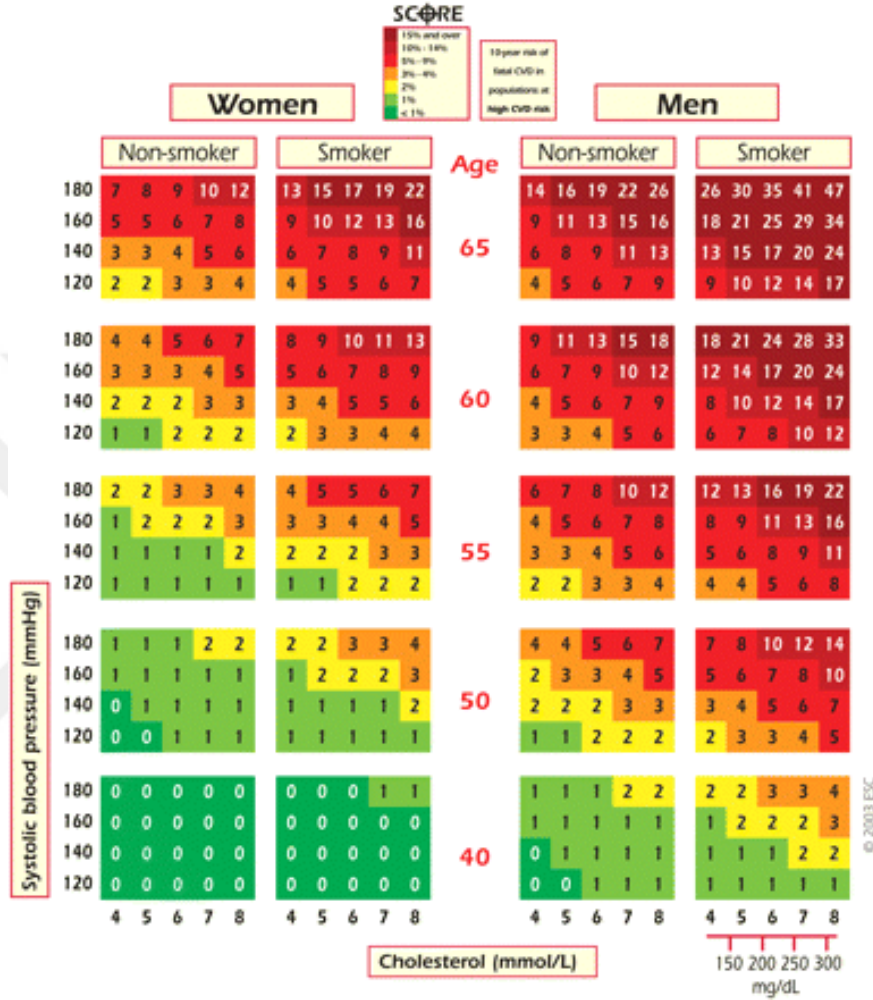
- KBH (Orta-Şiddetli) (GFR < 60 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup>)

KAH ve eşdeğeri hastalık varlığında hasta çok yüksek risk grubunda olacağından risk skoru hesaplanmasına gerek yoktur. Bu hastalara sekonder koruma amaçlı tedavi planı yapılır. KAH ve eşdeğeri hastalık yok ise hastanın toplam kardiyovasküler riski değerlendirilir (18).

### 2.1.3. Ateroskleroz Risk Faktörleri

Risk değerlendirmesi amacıyla farklı risk hesaplayıcıları bulunmaktadır. Ancak, bu hesaplayıcılardan hiç biri Türk erişkin toplumu için belirlenmemiştir. Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafınca geliştirilen Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) hesaplama sistemi ile yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, sistolik kan basıncı ve TK gibi risk faktörlerine göre kardiyovasküler hastalık riski yüksek popülasyonlarda 10 yıllık ölümcül ASKVH riski hesaplanmaktadır (Şekil 2). Türk

toplumu için uyarlanmış-kabul edilebilir bir sistem kullanıma girene kadar toplam kardiyovasküler risk değerlendirmesinde SCORE sisteminin kullanımını önerilmektedir (18).



Şekil 2: SCORE çizelgesi: (ESC/EAS 2011 Dislipidemi tedavi kılavuzundan alıntı)

SCORE hesaplayıcısında bir kişinin 10 yılda ASKVH'ye bağlı ölüm riskini hesaplamak için tabloda uygun cinsiyet, sigara kullanımı ve yaşı içeren bölümlere bakılır. Kişinin kan basıncı ve TK değerine en yakın kare saptılır. Hesaplanan 10 yıllık kardiyovasküler ölüm riski %1'den düşükse risk düşük, %1-5 arasında orta, %5'den yüksek olanlarda yüksek ve %10'dan fazla ise çok yüksek kabul edilir (Tablo 2). SCORE hesaplayıcısında sadece yaş, cinsiyet, sigara içimi, TK ve sistolik kan basıncı parametreleri kullanıldığından hastada diğer risk faktörleri varlığında (Düşük

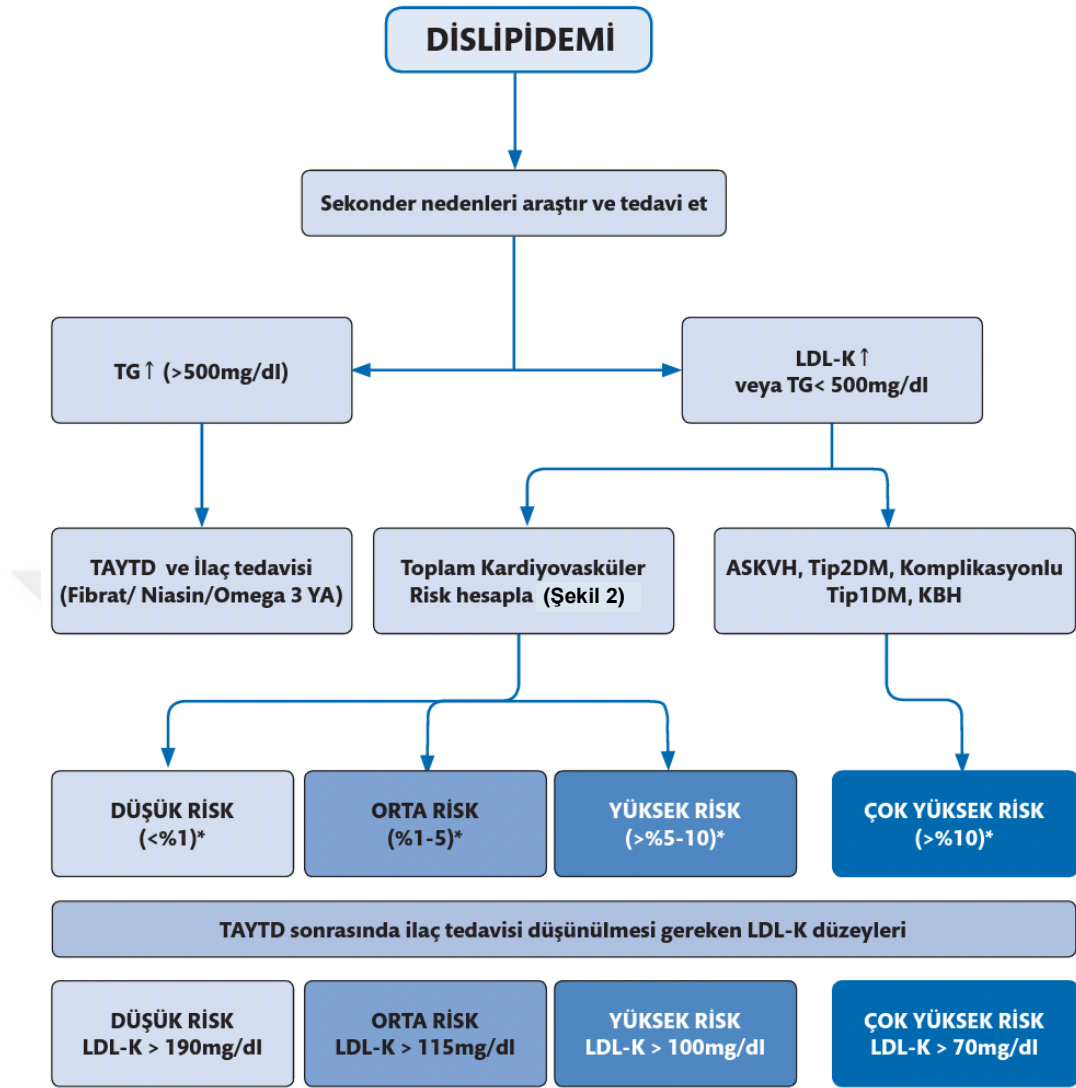
HDL-K veya yüksek TG düzeyleri, obezler, sedanter yaşam sürenler vb.) riskin hesap edilenden daha yüksek olacağını unutmamak gerekir.

**Tablo 2:** SCORE Risk tablosunda toplam kardiyovasküler risk kategorileri

Total risk	(10 yıllık Ölümcül ASKVH risk, %)
Düşük	<% 1
Orta	% 1 ile <%5
Yüksek	%5 ile < %10 veya aşağıdakilerden herhangi birinin varlığı Tek bir ASKVH riskin çok yüksek olması (ör: Familial dislipidemi veya şiddetli HT) Komplikasyon gelişmemiş Tip1 veya Tip 2 DM Orta düzeyde KBH (GFR 30-59 ml/dk/1.73 m2)
Çok yüksek	≥ %10 veya aşağıdakilerden herhangi birinin varlığı Kanıtlanmış ASKVH Komplikasyon gelişmiş Tip1 veya Tip 2 DM Şiddetli KBH (GFR < 30/dk/1.73 m2)

#### 2.1.4. Hiperlipidemi Tedavisi

Dislipidemi olgularında tedavi kararı verirken lipid düzeylerinin ne kadar yüksek olduğu ve hastanın toplam kardiyovasküler riskinin ne kadar olduğu önemlidir. Bu nedenle hastanın LDL-K düzeyleri tespit edildikten sonra Tablo 2’de yer alan risk kategorilerinden hangisinde yer aldığı tespit edilir. Tedavi kararı verirken ve tedavi hedeflerini belirlerken ilk olarak dikkate alınacak LDL-K’dir. Kanıtlanmış ASKVH varlığında, diyabetik bireylerde ve TG düzeyi 200-500 mg/dl aralığında olan bireylerde ise Non HDL-K düzeyleri tedavi hedefi olarak alınabilir. Non HDL-K hedefi, LDL-K hedefinden 30mg/dl daha yüksektir. Trigliserid düzeyleri çok yüksek ise (> 500 mg/dl) öncelik TG düşürücü tedaviler olmalıdır.



\*10 Yıllık kardiyovasküler ölüm riski

**Şekil 3:** Dislipidemi Tedavisine Yaklaşım. TEMD, Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2016'dan alıntıdır.

HDL-K düşüklüğünde direkt olarak HDL-K yükseltmeye yönelik birincil tedavi hedefi bulunmamaktadır. Ancak LDL-K yüksekliği ve TG yüksekliği için uygulanan tedaviler, egzersiz, sigaranın kesilmesi gibi yöntemlerin HDL-K düzeyine olumlu etkileri mevcuttur.

TIBBİ BESLENME TEDAVİSİ	
Doymuş yağ oranı	< %7 (günlük alınan toplam kalorinin)
Poliansatüre yağ oranı	Toplam kalorinin %10'una kadar
Monoansatüre yağ oranı	Toplam kalorinin %20'sine kadar
Toplam yağ oranı	Toplam kalorinin %25-35'ine kadar
Karbonhidrat oranı	Toplam kalorinin %50-60'ına kadar
Protein oranı	Toplam kalorinin %15 kadarı
Toplam kalori	Kilo aldirmayacak, gerekirse verdirecek düzeyde
Çözünür lif	20-30g/gün
Bitkisel stanol/steroller	2 g/gün
EGZERSİZ (Günde en az 30 dk. orta derecede fiziki aktivite)	
İDEAL KİLONUN SAĞLANMASI	
Sigara ve alkol tüketiminin bırakılması Tuz tüketiminin 5 gr. altında olması	

**Şekil 4:** Tedavi Amaçlı Yaşam Tarzı Değişikliği. TEMD, Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2016'dan alıntıdır.

### İlaç Tedavisi: Lipid düzenleyen ilaçlar ve mekanizmaları

**1. HMG CoA redüktaz inhibitörleri (statinler);** Karaciğerde kolesterol biyosentezinin hız kısıtlayıcı basamağında yer alan HMG-CoA redüktaz enzimini inhibe ederek kolesterol sentezini azaltırlar.

**2. Fibrik asit deriveleri;** Lipoprotein lipaz aktivitesini artırır, periferik adipoz dokudan serbest yağ asitlerinin salınımını azaltırlar.

**3. Safra asidi bağlayan ilaçlar;** İntrahepatik kolesterolü safra asitlerine bağlanarak azaltırlar. LDL reseptör aktivitesini artırırlar.

**4. Nikotinik asit;** VLDL üretimini ve serbest yağ asitlerinin periferik adipozitlerden mobilizasyonunu azaltırlar.

**5. Probucol;** Sirkulasyondaki LDL-K'nın klirensini artırmaktadır.

**6. Ezetimibe;** Ezetimibe bağırsaklardan kolesterol absorpsiyonunu inhibe eden yeni bir ajandır. Statinlerle kombine edilerek veya statinleri tolere edemeyen hastalarda tek başına kullanılabilir.

**7. CETP inhibitörleri;** HDL'den VLDL'ye veya LDL'ye kolesterol transferi yapan kolesterol ester transfer proteinini (CETP) inhibe ederek etkisini gösteren ilaçlardır.

## 2.2. HASTALIK ALGISI

Algı, bireyin duyuları ve olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürme amacı ile yorumlaması ve düzenlemesi olarak tanımlanır (19). Bu yorumlamalar, bireye ait bilgi, inanç ve beklentiler eşliğinde yapılır. Algı, aynı zamanda hastalık ve/veya yeti yitiminin birey tarafından nasıl anlaşıldığını da gösterir. Bu açıdan bakıldığında hastalık algısı, hastalığın kavramsallaştırılması anlamına gelir. Araştırmalar, bireylerin sağlık durumları ile ilgili algılarının, çoğunlukla gerçek fiziksel durumlarından farklı olabileceğini göstermektedir (20).

Hastalık, her bireye göre farklı deneyimlenmektedir. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri inançları ve gereksinimleri çerçevesinde hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Hastalar, herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, kendi durumları ile ilgili inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar hastalığa verilecek tepkinin temelini oluşturur. Hastalık hakkında, hastaların fikirlerinin ve algılarının değişimi, tedavi yanıtında da değişikliğe sebep olur. Hastalık algısı ve bilişsel durum, hastanın hastalık ve tedaviye olan yanıtını etkiler (21,22,23).

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Bireyler, herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle bu tehdit karşısında bilişsel modeller oluştururlar ve bu durum zihinsel ifadelerin yanıtlarını belirler (24). Bireyin hastalık algısı, problemi ya da tehlikeyi tanımlar ve başa çıkma yöntemleri ile ilgili hedefleri belirler. Başa çıkma, hedeflere ulaşıp ulaşılamayacağı ile ilgili değer biçer. Bundan dolayı başa çıkma, hastalık algısı ile iyi olma durumu arasında bir köprü görevi görmektedir (25).

Bilişsel yaklaşımın temelinde kişilerin yeni deneyimleri anlamlandırmak ve davranışlarını planlamak için geçmiş deneyimlerini yansıtan modeller, zihinsel temsiller ya da şemalar geliştirdikleri anlayışı bulunur. Bilişsel yaklaşıma göre benlik saygısı ve beklentilerle ilgili oluşmuş şemalar kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkında olumsuz duygular geliştirmesine neden olur. Birey geçmişine bağlı olarak oluşturduğu akılcı olmayan şemalarla yaşantılarını bir araya getirir ve analiz eder. Ayrıca kendisini ve olayları mantık hatası yaparak değerlendirir. Böylece kendilik algısındaki çarpıtmalardan (hak etmiyorum, yetersizim, hatalıyım), çevrenin çarpık algılanmasından (beni reddediyorlar, çok şey istiyorlar, mahrum bırakıyorlar) ve

geleceğe yönelik karamsar bir bakış açısından (her şey boş, anlamsız, umut yok) oluşan bilişsel üçgen oluşur (21,26).

Bireysel sağlık ve hastalık algısı, kültürlerarası ve hatta aynı kültür içinde yaşayan insanlarda bile değişmektedir. Bu yüzden toplumları ve kültürel faktörleri iyi bilmek, hayati önem taşımaktadır. Bireyin sağlık ve hastalık algısını, daha çok bireyin sağlık davranışını etkileyen toplumsal değerler etkilemektedir. Kırsal bir bölgede yapılan bir çalışmada kişilerin hastaneye ya da doktora başvurmadan önce toplumun diğer üyelerinden yardım almak istedikleri tespit edilmiştir (27).

Hastalık algısı, hasta ve ailesi için hastalığının sonucuna ilişkin inanışları da içermektedir. Bu kapsamda vurgulanması gereken iki önemli nokta mevcuttur. Birincisi, hastaların inanışları, onları tedavi edenlere göre farklı olmaktadır. Yani sağlık çalışanları için hastanın ne düşündüğü ya hiç sorulmamaktadır ya da çok dikkate alınmamaktadır. İkincisi ise hastaların hastalıkları aynı olsa bile hastalık algıları birbirlerinden çok farklı olabilmektedir (28).

Hastalık durumunda da bireyler, yaşadıkları sorunları anlamlandırmak ve onlarla baş edebilmek için kendilerine özgü hastalık temsili modellerini geliştirirler. Bu modeller, bireyin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklamaktadır. Hastalık algısını kavramsallaştıran iki farklı model vardır; sağduyu modeli ve açıklayıcı model. Bu iki model de öz-düzenleme teorisinin bir parçasıdır.

Leventhal ve arkadaşları, hastaların bilişsel modellerle kendi kendilerine baş etme düzeneklerini geliştirdikleri gerekçesiyle sağduyu modelini geliştirmişlerdir. Bu model, hastanın hastalığını veya hastalığını kavramasındaki bilgi işleme süreçlerine katılan etkenleri, bu bilginin hastalığa bakış açısını oluşturmak üzere nasıl bütünleştirildiğini ve bu bakış açısının başa çıkma davranışlarına ve sonuçlarına nasıl kılavuzluk ettiğini açıklar (29). Bu modelde kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgiler çerçevesinde zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili bazı temsiller oluştururlar. Hastalık temsilleri üç kaynak tarafından oluşturulmaktadır. Bu temsillerden ilki, bireyin daha önceki iletişiminden ve kültürel değerlerden edindiği temsillerdir. İkincisi, dış uyaranlar tarafından edinilen (bir yakınının hastalanmasına şahit olmak) bilgilerdir. Üçüncüsü, hastanın kendi deneyimlerinden elde ettiği temsillerdir. Bu temsillere göre bireyler algıladıkları

tehditle baş etmek üzere belirli bir plan oluştururlar. Baş etme stratejisinin başarısı değerlendirilip değiştirilebilir. Hastaların hastalıklarla baş etme modelleri baş etmeyi belirleyen çeşitli faktörlere dayanmaktadır. Sağlık çalışanlarının yanı sıra sosyal ortamlardan, medyadan veya kişilerin kendi deneyimlerinden elde edilen bilgiler bu temsillerin oluşmasında rol oynar. Sağduyu modeline göre bireyler, hastalıkla ilgili bilgiyi beş ayrı alanda değerlendirir; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Diğer iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddi tahmini için temel oluşturur (26,30,31,32).

Sağduyu modeli, kişinin hastalığı ile ilişkili bilgi işleme sürecini etkileyen faktörlerdir. Bu model, bireye yapılan uygulamaların, kişinin hastalıkla başa çıkmasında, hastalık algısının nasıl etkilendiğini açıklamada yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte bireyin tedavi arayışı içinde olup olmadığını da göstermektedir. Bu modelde kişi belirtileri tanımaya ve anlamlandırmaya çalışılmaktadır. Bu model, bireyin mevcut semptomlarını bir tehdit olarak görüp görmediği ve tıbbi veya profesyonel biri tarafından desteklenme ihtiyacı olup olmadığını belirlemektedir. Bu nedenle başa çıkma yöntemleri, semptom, algı ve duyularla ilgilidir. Olası başa çıkma yöntemlerinden biri tedavi yolunu aramak diğeri ise sorundan kaçmaktır (33).

Sağduyu modeline göre, kişi hastalığını tehdit eden etkene karşı üç şekilde yanıt verir. Birincisinde, içsel veya dışsal uyarıyı yorumlayan birey, hastalığın neden olduğu bir tehdit imgesi oluşturur. Bilişsel etkenler ve uyarana karşı emosyonel tepki, hastalık temsillerini oluşturur. Bu temsiller ikinci aşamaya geçişte kullanılan kılavuzlardır. İkincil olarak, sorun ve duygularla başa çıkma stratejileri için eylem planlarını içerir. Başa çıkma yolları, hastalığın yönetimi ve hastalıkla başa çıkma amacı ile gerçekleştirilen eylem planlarının geliştirilmesini kapsar. Üçüncü adımda ise kişi, sorunun nasıl tanımlanacağı veya sunulacağına dayanan başarılı başa çıkma eylemleri ile ilgili özgül ölçütleri ve eyleme geçmek için yetilerini ve bu yetilerin istenen sonuçlar üzerine etkilerini öngörmeye çalışır (34).

Arthur Kleinman'ın çabaları sonucunda açıklayıcı modeller ruhsal bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir. Kleinman, hastalığın anlaşılmasında profesyonel olan ve olmayanların sıklıkla uyuşmadığını fark etmiştir (35).

Hastalık algısı bireylerin tedaviye uyum gibi hastalığa yönelik davranışlarını ve baş edebilme becerilerini belirlemede önemlidir. Yapılan çalışmalarda hastalık algısının bireyin bakım ve tedavisini etkilediği gösterilmiştir. Frosthalm ve ark. hastaların hastalık algısının temel sağlık hizmetlerini kullanmaları üzerine etkisini inceledikleri çalışmada; hastalıklarının nedenlerini stres, psikososyal ve yaşam şekli ile ilişkilendirenlerin, daha fazla belirti ve şikayet yaşayanların, hastalığının uzun sürede iyileşeceğine ve ciddi sonuçları olacağına inananların primer sağlık bakım merkezlerini daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir (36).

### **2.2.1. Hastalık İle İlgili İnanışlar**

Her birey hastalığını farklı şekilde yaşamakta ve kendi düşünce ve algıları ile hastalık karşısındaki tepkilerini şekillendirmektedir (37,38). Bu noktada, Leventhal'ın kendini düzenleme modeli ve bu modeli temel alan ve bireylerin hastalıkları ile ilgili inançlarının yansıması olan hastalık algısı kavramı oldukça önemlidir (39,40,41,42).

#### **2.2.1.1. Hastalık İle İlgili Kendini Düzenleme Modeli:**

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında; kendi durumları hakkında, bilgileri, psikolojik iyilik halleri, değerleri, gereksinimleri doğrultusunda kişiden kişiye değişen çeşitli inanışlar geliştirirler ve hastalıklarını anlamaya çalışırlar (32,41,43). Leventhal ve arkadaşları, hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme yöntemlerini geliştirdiklerini ileri sürerek “Hastalıkla İlgili Kendini Düzenleme Modeli”ni (Self-Regulatory Model of Illness) geliştirmişlerdir (40).

Kendini düzenleme modeli, bireyin hastalık ve kısıtlanma durumları ile başa çıkma için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklamaktadır. Hastalıkla ilgili kendini düzenleme modeline göre hastalık temsillerinin beş bileşeni vardır ve her bir hastanın hastalığının kimliği, nedeni, sonuçları, süresi ve tedavisi kontrol edilebilirliği ile ilgili kendi fikirleri olduğunu varsayar (40,41,42);

- Kimlik, hastalık belirtileri de dâhil olmak üzere hastalığın ismini, doğasını
- Neden, hastalığın ortaya çıkmasını sağlayan biyolojik veya psikososyal faktörleri
- Sonuçlar, hastalığın uzun ve kısa süreli olmak üzere fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal etkilerini

- Süre, hastalığın akut, aşamalı veya kronik olup olmadığı ile ilgili algıları
- Tedavi/Kontrol Edilebilirlik ise hastalıkla ne kadar ve hangi yollarla baş edildiği veya idare edildiği ile ilgili inanışları içerir (44,45).

**a) Hastalığın Kimliği:** Bireyler genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili de temsiller kurarlar. Çoğu kişinin baş ağrısı ya da nezle gibi sıklıkla görülen hastalıklar hakkında yaşayacakları semptomlar hakkında bilgisi vardır ancak bilmediği başka hastalıklarla karşılaşınca fikirleri belirsiz hale gelmektedir. Buna rağmen herhangi hastalık tanısı aldıklarında yaşayacakları belirti ve şikayetler hakkında zamanla çeşitli inanışlar geliştirebilirler. Bu durumun en önemli yanı, bireylerin hastalıklarının semptomları hakkındaki bakış açısı, tedaviyi düzenleyen tıbbi personelin bakış açısından çok farklı olabilir ve hatta hastalıkları ile ilgili olmasa bile yanlış yorumlar yapabilirler, çünkü birey, kimlik alt boyutundaki belirtileri ne kadar yüksek algılsa psikolojik iyilik hali, fiziksel sağlık ve sosyal açıdan o kadar olumsuz etkilenebilmektedir (44,46,47).

**b) Nedensel İnanışlar:** Hastalar tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığı yaşadıklarına dair inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar, hastalığın ortaya çıkmasını sağlayan biyolojik veya psikososyal faktörleri ve nedenleri içermektedir (48). Algılanan sebeplerin, “biyolojik (enfeksiyon, bağışıklık sistemi, başka hastalıklar), duygusal (kaygı, depresyon), çevresel (kimyasallar, hava kirliliği) ve psikolojik (çok çalışma, kişilik özellikleri)” olarak listelenebileceği belirtilmektedir (29). Nedensel inanışlar, hastaların hastalıkları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede ve/veya şekillendirmede önemlidir. Örneğin koroner arter hastalığı olan bir kişi, hastalığının sebebini yanlış beslenme gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini, çevresel faktörleri ona göre yeniden düzenleyecektir. Nedensel inanışlar, özellikle hasta hastalığın nedeni olarak kendini suçluyorsa psikolojik iyilik durumunu da olumsuz etkilemektedir (8,45,48).

**c) Zamansal İnanışlar:** Süre, hastalığın seyri, akut, aşamalı, döngüsel veya kronik olup olmadığı ile ilgili algıları içermektedir. Süreye ait algı hem öznel hem de nesnel olabilmektedir. Özellikle hastanın ilaç kullanımı ve tedavi uyumu ile zamansal inanışlar arasında önemli bir ilişki vardır. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaç ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler (8,44,45).

**d) Kontrol ve Tedavi Hakkındaki İnanışlar:** Tedavi ve kontrol edilebilirlik hastalıkla ne kadar ve hangi yollarla baş edildiği, hastalığın gidişatında kişisel etki ya da tıbbi tedavi etkisi ile ilgili inanışları içermektedir (49). Hastaların, kişisel kontrole ne kadar hassas olduğu, hastalıklarının kontrol edilebilirliğine dair inançları, tedavinin gidişatını etkilemektedir. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa süreli zamansal algıyla ilişkilidir (44).

**e) Sonuçlar:** Sonuçlar ise, hastalığın uzun ve kısa süreli olmak üzere bireyi fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal olmak üzere nasıl etkileyeceğini içermektedir (50). Bu durum bireyin iş hayatında, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik anlamda yaşayacağı etkileri kapsamaktadır. Sonuçlar ölçeği, hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını içermektedir (32,44,45).

### 2.2.2. Hastalık Algısını Değerlendirme

Klinikte hastaların hastalıkları hakkındaki görüşleri nadiren sorulmaktadır ancak hastalar fikirlerini tartışmaktan mutluluk duyarlar ve kendilerini sorguya çekilmiş gibi hissetmezler (24). Bu konuyla ilgili olası bir giriş cümlesi: “Hastaların çoğu hastalıkları hakkında kendilerince bir fikir geliştirirler, sizinle bu konuda konuşmak istiyorum” olabilir ve bunu şu tarzda belirleyici sorular takip edebilir: “Bu duruma neyin sebep olduğunu düşünüyorsunuz?” ve “Bu hastalığın sizin için en önemli sonuçları nelerdir?”.

### 2.2.3. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar

Hastalık algısının, hastalıkların ciddi sonuçlarıyla giderek artan bir ilişki içinde olduğu gösterilmiştir. Yapılan araştırmalarda negatif hastalık algısı geliştiren hastalarda hiçbir patolojinin bulunmamasına rağmen, bu durumun hastayı daha az rahatlattığına dair kanıtlar vardır (51). Spesifik hastalıklar için genetik risk faktörüne sahip hastalarda, durumları hakkındaki inanışlarından dolayı risk durumlarının anlaşılmasında ve riski azaltma imkanlarını sağlamada başarısızlığa uğranmıştır (52).

Birçok çalışma, hastalıkları hakkında negatif algı geliştiren hastalarda (örneğin durumlarıyla ilişkili bir çok semptom, daha ciddi sonuçlar, uzun zamansal inanışlar), başlangıçtaki durumun tıbbi anlamda ciddiyetinden bağımsız olarak, gelecekteki yetersizlikleriyle ve daha uzun sürede iyileşmeleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (53,54,55). Örneğin, yeni bir sağlık problemi bulunan 1000'in üzerinde genel poliklinik hastasıyla yapılan çalışmada güçlü hastalık kimliği, uzun zaman, durumun hissedilen ciddi sonuçları ilerdeki sağlık bakımı kullanımı ile ilişkili, önceki sağlık bakımı kullanımından ve doktorun sağlık probleminin ciddiyetini belirlemesinden ise bağımsız bulunmuştur (36).

2002 yılında yapılan bir çalışmada, kalp krizi geçiren ve standart bakım alan hastaların farklı algılarına yönelik uygulanan bilişsel ve davranışsal müdahaleleri karşılaştırarak iyileşmenin durumunu araştırılmıştır. Bu çalışmada, müdahalenin hastaların hastanede kaldığı süre içerisinde hastalık inanışlarında belirgin pozitif değişikliklere neden olduğunu ve kontrol grubuna göre işe geri dönüşlerinin belirgin olarak daha erken olduğunu bulmuşlardır (56). Bu da hastalık algısının kısa bilişsel müdahale ile başarılı bir şekilde değiştirilebileceğini öne sürmüş ve bu yaklaşım kendini alıştırma ve işlevselliği artırma için diğer hastalıklarda da faydalı olabileceğini düşündürmüştür. Şu aşamada yanlış hastalık inanışlarını, özellikle erken evrelerde düzenleyebilmek için efektif ve verimli metotlar geliştirmeye ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak hastalık tanısı alan hastalar hastalıklarını anlamlandırabilmek için bazı bilişsel modeller geliştirirler. Bu hastalık algıları tedaviye bağlılık gibi hastalığa özel davranış geliştirmede ve başa çıkma yöntemlerini geliştirmede önemlidir. Son 10 yılda artan kanıtlar, negatif hastalık algısı olan hastaların daha kötü hastalık sonuçlarına sahip olacağını göstermektedir. Son çalışmalarda hastanın hastalığa

uyumunu artırma amacıyla önemli fırsatlar sunmanın hastalık algısını olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir (24,51).

### **3. YÖNTEM VE GEREÇLER**

#### **3.1 ARAŞTIRMA PROJESİ**

Bu çalışmada; araştırma evreni olarak belirlenen hastaların Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'ni doldurması sağlandıktan sonra verilerin istatistiksel yöntemler yardımıyla değerlendirilerek, primer veya sekonder koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanımının hastalık algı düzeyine etkisi ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ**

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışması olup, Kasım 2016 tarihinde başlanarak 8 ay süre içinde tamamlandı.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ**

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Kardiyoloji polikliniklerinde gerçekleştirildi.

#### **3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Kardiyoloji polikliniklerine başvuran antihiperlipidemik ilaç kullanan ve örneklem seçim kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Örneklem büyüklüğü evren sayısı bilinen örneklem formülü ile hesaplandı.

#### **3.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Kardiyoloji polikliniklerine başvurmuş olup antihiperlipidemik ilaç

kullanmak, 18 yaşından büyük olmak, psikiyatrik hastalığı olmamak, gönüllü onam vermiş olmasıdır.

### **3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ**

18 yaşından küçük olmak, gönüllü onam vermemek, psikiyatrik hastalığı olmak, hasta ile iletişim kurulamamasıdır.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI**

Çalışma, Aile Hekimliği ve Kardiyoloji polikliniklerine başvuran antihiperlipidemik ilaç kullanan 184 hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. Öncelikle her hastaya araştırmanın içeriği ve amacı anlatılarak sözel ve yazılı onamları alındı. Çalışma türünün kesitsel olarak planlandığı araştırmamızda, hastaların eğitim ve sosyokültürel düzeylerindeki farklılıklar göz önünde bulundurularak anket formları hastalara okunup hastaların vermiş olduğu cevaplar anket formuna işaretlendi.

Hastaların hastalık algısı Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ile değerlendirildi. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği dokuz madde içermektedir. Her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktadır. Ölçeğin ilk sekiz maddesi; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedaviye inanç, şikâyetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme şeklindeki algıları belirler. Katılımcılar her maddeye 0 ile 10 arasında bir değer vermektedir. 1, 2, 5, 6 ve 8. sorular için, 0 puan iyi hastalık algısını, 10 puan kötü hastalık algısını gösterir. 3, 4 ve 7 numaralı maddeler için, 0 puan kötü hastalık algısını, 10 puan iyi hastalık algısını gösterir. Bu sekiz maddeye verilen değerlerden 3,4 ve 7. soruların puanları ters çevrilerek diğer soruların puanlarıyla toplanır ve hastalık algısı toplam skoru elde edilir. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'nin dokuzuncu maddesinde ise olgulara hastalıklarının nedeni olarak inandıkları faktörlerin ne olduğu sorulur (51).

### 3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ

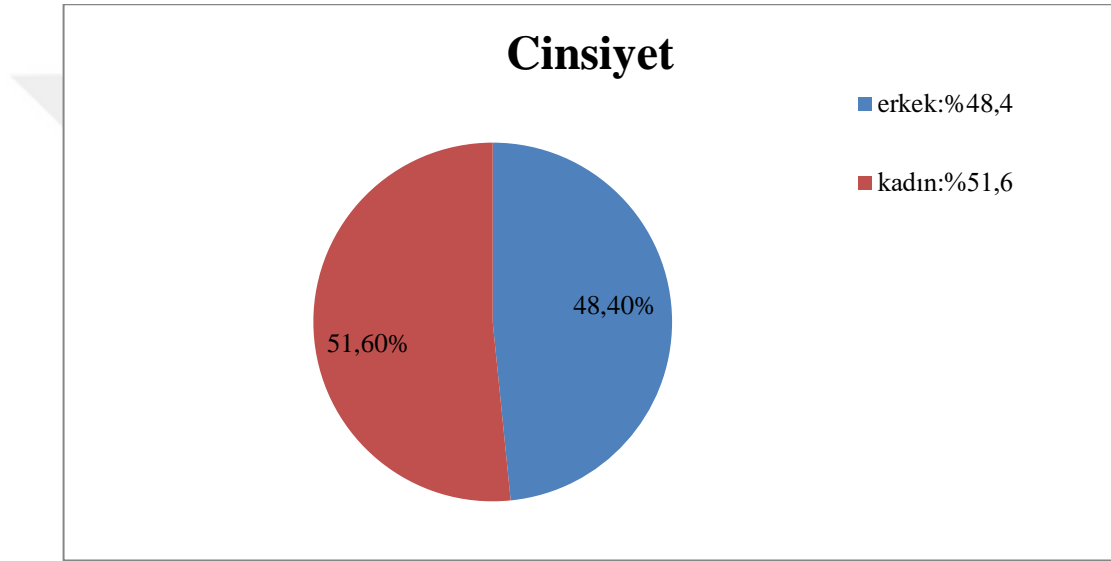
Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Kantitatif verilerin normal dağılıma uygunluğu varyasyon katsayısı, histogram ve tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi, buna göre normal dağılan verilere parametrik testler (Student's t testi), normal dağılmayan verilere nonparametrik (Mann Whitney U, Kruskal Wallis) testler uygulandı. İki bağımsız grubun karşılaştırmasında Student's t testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal Wallis testinde anlamlılık saptanan değişkenler arasındaki farkı belirlemek için ikili gruplara Mann-Whitney U testi uygulanarak Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p < 0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

Örneklemin %51,6'sı (n=95) kadın, %48,4'ü (n=89) erkekti (Tablo 3) (Grafik 1).

**Tablo 3:** Cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Erkek	89	48.4	48.4
Kadın	95	51.6	100.0



**Grafik 1:** Cinsiyet dağılımı

Örneklemin yaş ortalaması  $57,69 \pm 10,77$ , en küçük yaş 27, en büyük yaş ise 81 idi (Tablo 4).

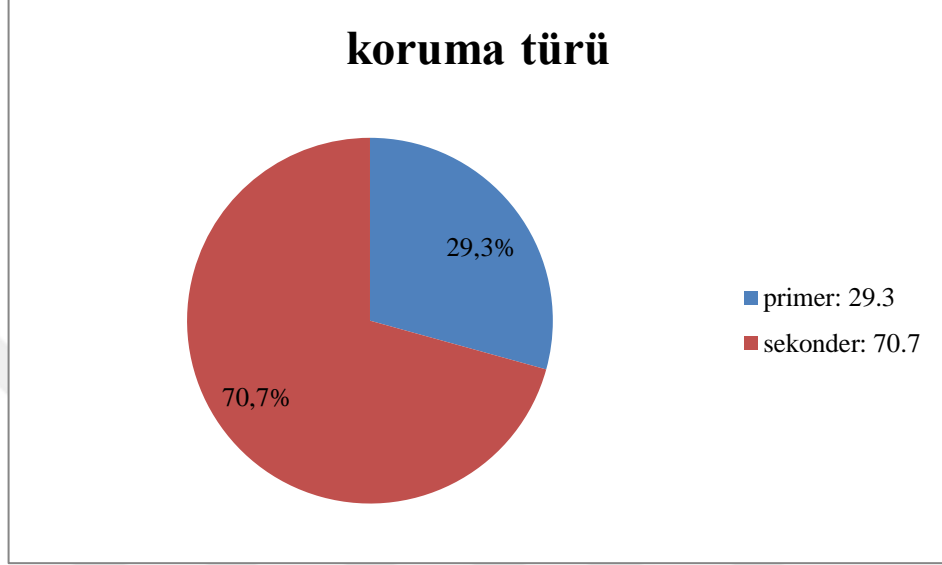
**Tablo 4:** Yaş dağılımı

Yaş	Ortalama	Standart sapma	Minimum	Maximum
	57.69	10.77	27	81

Araştırmaya katılan hastaların %29,3'ü (n=54) primer koruma amacıyla, %70,7'si (n=130) sekonder koruma amacıyla antihiperlipidemik ilaç kullandığı görüldü (Tablo 5)(Grafik 2).

**Tablo 5:** Koruma türüne göre dağılım

<b>Koruma Türü</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
<b>Primer</b>	54	29.3	29.3
<b>Sekonder</b>	130	70.7	100.0

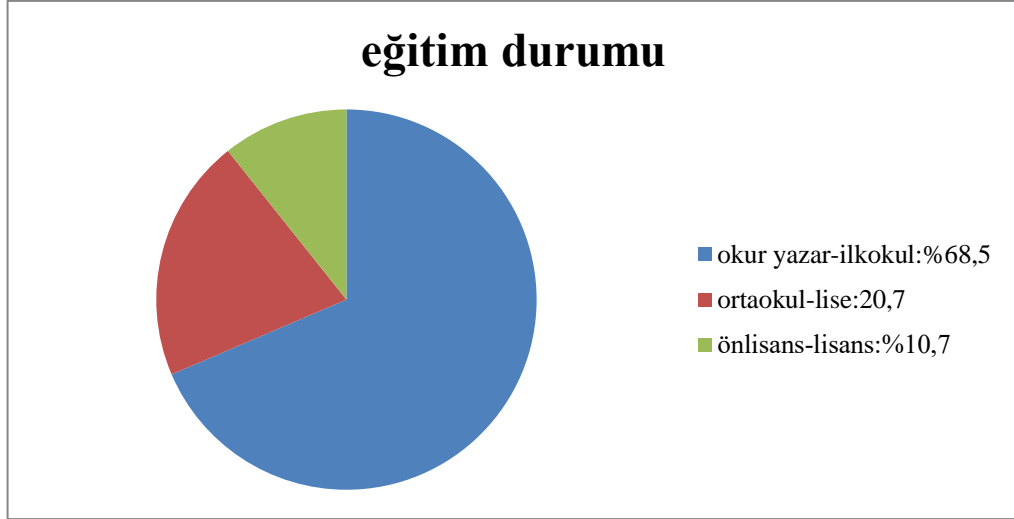


**Grafik 2:** Koruma türüne göre dağılım

Araştırmaya katılan hastaların %68,5'inin (n=126) okur-yazar veya ilkokul mezunu olduğu, %20,7'sinin (n=38) ortaokul veya lise mezunu olduğu, %10,9'unun (n=20) üniversite mezunu olduğu görüldü (Tablo 6)(Grafik 3).

**Tablo 6:** Eğitim durumuna göre dağılım

<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
<b>Okur-yazar-ilkokul mezunu</b>	126	68.5	68.5
<b>Ortaokul-lise mezunu</b>	38	20.7	89.1
<b>Önlinans-lisans mezunu</b>	20	10.9	100.0

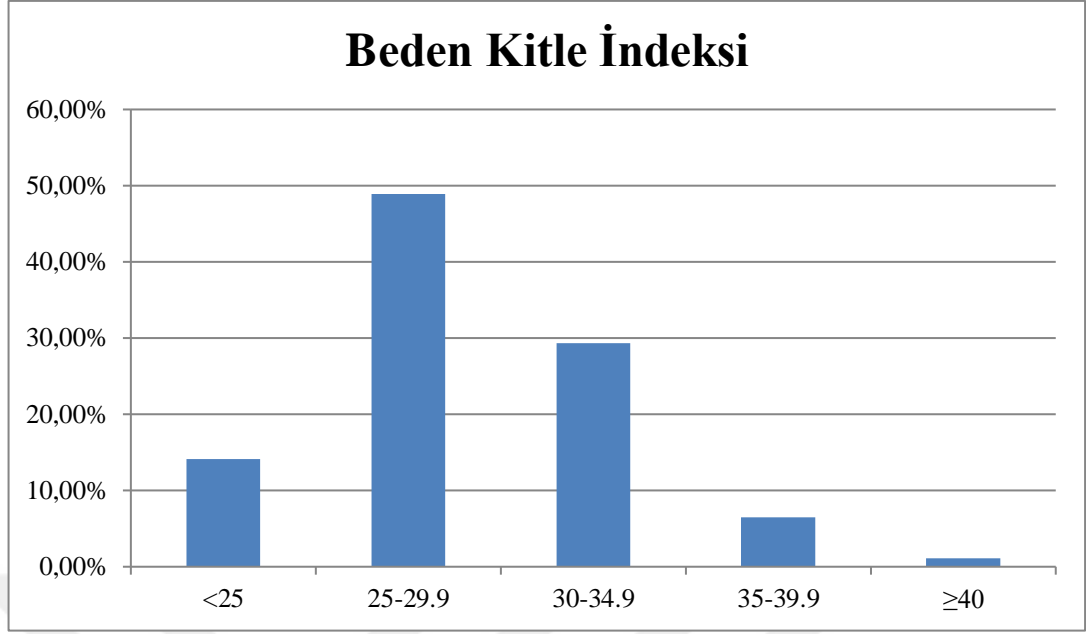


**Grafik 3:** Eğitim durumuna göre dağılım

Araştırmaya katılan hastaların %14,1'inin (n=26) beden kitle indeksi (BKİ) <25 (zayıf-normal kilolu), %48,9'unun (n=90) BKİ: 25-29,9 (fazla kilolu), %29,3'ünün (n=54) BKİ: 30-34,9 (sınıf 1 obez), %6,5'inin (n=12) BKİ: 35-39,9 (sınıf 2 obez), %1,1'inin (n=2) BKİ:>40 (morbid obez) olduğu görüldü (Tablo 7)(Grafik 4).

**Tablo 7:** Beden kitle indeksine göre dağılım

Beden Kitle İndeksi	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
<25 (zayıf-normal kilolu)	26	14.1	14.1
25-29.9 (fazla kilolu)	90	48.9	63.0
30-34.9 (sınıf 1 obez)	54	29.3	92.4
35-39.9 (sınıf 2 obez)	12	6.5	98.9
≥40 (morbid obez)	2	1.1	100.0



**Grafik 4:** Beden kitle indeksine göre dağılım

Araştırmaya katılan hastaların %8,2'sinin (n=15) hipertansiyon tanısı olduğu, %26,6'sının (n=49) diyabet tanısı olduğu, %43,5'inin (n=80) aterosklerotik kardiyovasküler hastalık tanısı olduğu ve %21,7'sinin (n=40) ek hastalığının olmadığı saptandı (Tablo 8).

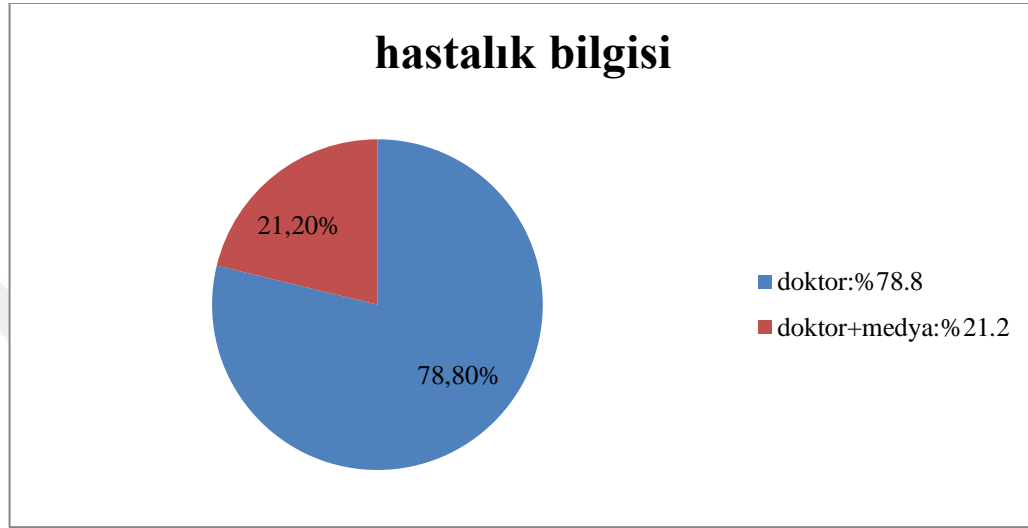
**Tablo 8:** Ek hastalık durumuna göre dağılım

Ek hastalık durumu	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>Hipertansiyon</b>	15	8.2	8.2
<b>Diyabet</b>	49	26.6	34.8
<b>ASKVH</b>	80	43.5	78.3
<b>Ek hastalık yok</b>	40	21.7	100.0

Araştırmaya katılan hastaların %78,8'inin (n=145) hastalık bilgisini doktordan, %21,2'sinin (n=39) hastalık bilgisini doktor + medyadan edindiği saptandı (Tablo 9)(Grafik5).

**Tablo 9:** Hastalık bilgisinin kaynağına göre dağılımı

Kaynak	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Doktor	145	78.8	78.8
Doktor + Medya	39	21.2	100.0

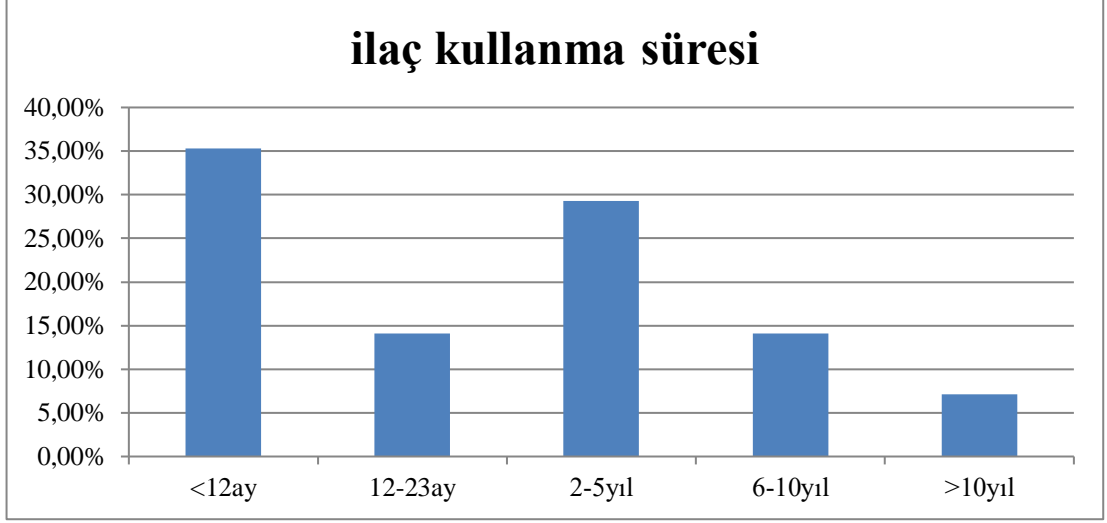


**Grafik 5:** Hastalık bilgisinin kaynağına göre dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların %35,3'ünün (n=65) antihiperlipidemik ilaç kullanma süresi <12ay, %14,1'inin (n=26) 12-23ay, %29,3'ünün (n=54) 2-5yıl, %14,1'inin (n=26) 6-10yıl, %7,1'inin (n=13) >10yıl olarak saptandı (Tablo 10)(Grafik6).

**Tablo 10:** İlaç kullanma süresine göre dağılım

İlaç Kullanma Süresi	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
<12ay	65	35.3	35.3
12-23ay	26	14.1	49.5
2-5yıl	54	29.3	78.8
6-10yıl	26	14.1	92.9
>10yıl	13	7.1	100.0



**Grafik 6:** İlaç kullanma süresine göre dağılım

Araştırmaya katılan hastaların %85,5'inin (n=150) antihiperlipidemik dışında ek ilaç kullandığı, % 18,5'inin (n=34) ek ilaç kullanmadığı saptandı (Tablo 11).

**Tablo 11:** Ek ilaç kullanım durumuna göre dağılımı

Ek ilaç kullanımı	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>Var</b>	150	81.5	81.5
<b>Yok</b>	34	18.5	100.0

Araştırmaya katılan hastaların %6,5'inin (n=12) antihiperlipidemik dışında 1 adet ilaç kullandığı, %47,3'ünün (n=87) 2-4 adet ilaç kullandığı, %27,7'sinin (n=51)  $\geq 5$  adet ilaç kullandığı, %18,5'inin (n=34) ek ilaç kullanmadığı saptandı (Tablo 12).

**Tablo 12:** Kullanılan ek ilaç sayısına göre dağılım

İlaç Sayısı	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>1</b>	12	6.5	6.5
<b>2-4</b>	87	47.3	53.8
<b><math>\geq 5</math></b>	51	27.7	81.5
<b>0</b>	34	18.5	100.0

Kısa hastalık algısı ölçeğindeki hastalığa neden olan faktörler incelendiğinde; %28,8'inin (n=53) stres-endişe-üzüntü, %21,2'sinin (n=39) kalıtsal faktörler,

%50'sinin (n=92) kötü beslenme nedenlerinden hastalıklarının ortaya çıktığını düşündüğü görüldü (Tablo 13).

**Tablo 13:** Hastalık nedenlerine göre dağılım

Faktörler	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Stres-endişe-üzüntü	53	28.8	28.8
Kalıtsal	39	21.2	50.0
Kötü beslenme	92	50.0	100.0

### HASTALIK ALGISI İLE İLGİLİ BULGULAR

Kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı ortalaması  $26,39 \pm 15,42$  olarak bulundu. Kısa hastalık algısı ölçeği sorulara göre incelendiğinde; hastalıktan etkilenme düzeyi sorusunun ortalama puanı  $3,78 \pm 3,3$ , hastalık süresi ile ilgili sorunun ortalama puanı  $6,11 \pm 3,5$ , hastalık üzerinde kontrol ile ilgili sorunun ortalama puanı  $6,8 \pm 2,93$ , tedavi inancı sorusunun ortalama puanı  $8,37 \pm 2,49$ , şikayetlerin derecesi sorusunun ortalama puanı  $3,03 \pm 2,94$ , endişe düzeyi sorusunun ortalama puanı  $3,04 \pm 3,41$ , hastalığını anlama düzeyi sorusunun ortalama puanı  $7,91 \pm 1,8$ , duygusal etkilenme sorusunun ortalama puanı ise  $3,51 \pm 3,58$  olarak bulundu (Tablo 14).

**Tablo 14:** Kısa Hastalık Algısı Ölçeği sorularının ve toplam puanının ortalama ve standart sapma değerleri

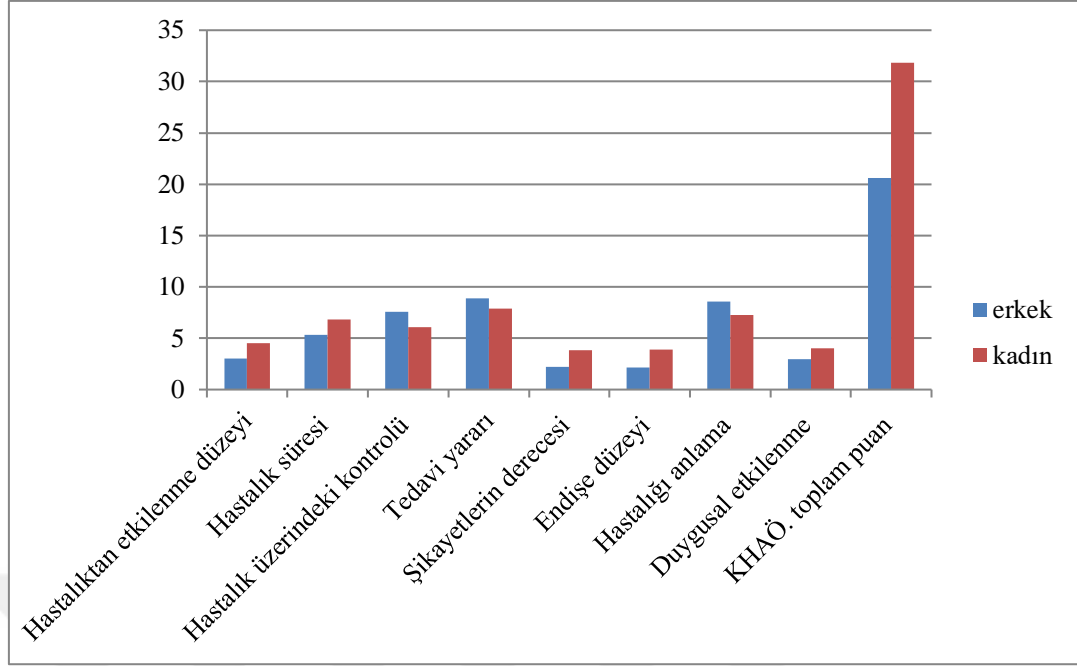
	Ortalama	Standart Sapma
KHAÖ toplam puan	26.39	15.42
Hastalıktan etkilenme düzeyi	3.78	3.30
Hastalık süresi	6.11	3.50
Hastalık üzerinde kontrol	6.80	2.93
Tedavi yararı	8.37	2.49
Şikayetlerin derecesi	3.03	2.94
Endişe düzeyi	3.04	3.41
Hastalığı anlama düzeyi	7.91	1.80
Duygusal etkilenme	3.51	3.58

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme ( $p<0,05$ ), hastalık süresi ( $p<0,05$ ), hastalık üzerindeki kontrol ( $p<0,05$ ), tedavi yararı( $p<0,05$ ), şikayetlerin derecesi ( $p<0,05$ ), endişe düzeyi ( $p<0,05$ ), hastalığı anlama ( $p<0,05$ ), duygusal etkilenme ( $p<0,05$ ) ve ölçek toplam puanı ( $p<0,05$ ) cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Kadınlarda hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, şikayetlerin derecesi, endişe düzeyi, duygusal etkilenme ve ölçek toplam puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Erkeklerde ise hastalık üzerindeki kontrol, tedavi yararı ve hastalığı anlama puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 15)(Grafik 7).

**Tablo 15:** Hastaların Cinsiyetlerine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>S.S.</b>	<b>P</b>
<b>Hastalıktan etkilenme düzeyi</b>	Kadın	95	4.49	3.41	*0.002
	Erkek	89	3.03	3.01	
<b>Hastalık süresi</b>	Kadın	95	6.83	3.29	*0.004
	Erkek	89	5.34	3.57	
<b>Hastalık üzerindeki kontrolü</b>	Kadın	95	6.06	3.02	*0.000
	Erkek	89	7.59	2.62	
<b>Tedavi yararı</b>	Kadın	95	7.88	2.86	*0.005
	Erkek	89	8.89	1.90	
<b>Şikayetlerin derecesi</b>	Kadın	95	3.81	3.06	*0.000
	Erkek	89	2.20	2.58	
<b>Endişe düzeyi</b>	Kadın	95	3.87	3.62	*0.001
	Erkek	89	2.15	2.93	
<b>Hastalığı anlama</b>	Kadın	95	7.29	1.83	*0.000
	Erkek	89	8.57	1.52	
<b>Duygusal etkilenme</b>	Kadın	95	4.05	3.83	*0.03
	Erkek	89	2.93	3.21	
<b>KHAÖ. toplam puan</b>	Kadın	95	31.82	15.15	*0.000
	Erkek	89	20.60	13.56	

*Student's t testi \* $p<0,05$*



**Grafik 7:** Hastaların Cinsiyetlerine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

Tablo 16 incelendiğinde; hastanın yaşı ile hastalaktan etkilenme düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak negatif yönde zayıf bir ilişki görülmüştür ( $r=-0,15$ ,  $p<0,05$ ), hastanın yaşı ile hastalık süresi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $r=-0,03$ ,  $p>0,05$ ), hastanın yaşı ile hastalık üzerindeki kontrol puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $r=0,02$ ,  $p>0,05$ ), hastanın yaşı ile tedavi yararı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $r=-0,03$ ,  $p>0,05$ ), hastanın yaşı ile şikayetlerin derecesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $r=-0,13$ ,  $p>0,05$ ), hastanın yaşı ile endişe düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak negatif yönde orta derecede bir ilişki görülmüştür ( $r=-0,27$ ,  $p<0,05$ ), hastanın yaşı ile hastalığı anlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak negatif yönde orta derecede bir ilişki görülmüştür ( $r=-0,26$ ,  $p<0,05$ ), hastanın yaşı ile duygusal etkilenme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak negatif yönde orta derecede bir ilişki görülmüştür ( $r=-0,26$ ,  $p<0,05$ ).

Tablo 16 incelendiğinde; hastanın yaşı ile kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak negatif yönde zayıf bir ilişki görülmüştür ( $r=-0,15$ ,  $p<0,05$ ).

**Tablo 16:** Hastaların Yaşları ile KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının İlişkisi

	Yaş	
	r	p
Hastalıktan etkilenme düzeyi	-0.15	*0.038
Hastalık süresi	-0.03	0.66
Hastalık üzerindeki kontrol	0.02	0.76
Tedavi yararı	-0.03	0.65
Şikayetlerin derecesi	-0.13	0.07
Endişe düzeyi	-0.27	*0.000
Hastalığı anlama	-0.26	*0.000
Duygusal etkilenme	-0.26	*0.000
KHAÖ. toplam puan	-0.15	*0.03

*r: Pearson korelasyon katsayısı \*p<0,05*

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme düzeyi ( $p<0,05$ ), şikayetlerin derecesi ( $p<0,05$ ), endişe düzeyi ( $p<0,05$ ) ve ölçek toplam puanı ( $p<0,05$ ) antihiperlipidemik ilacı primer veya sekonder koruma amacıyla kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Primer koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanan hastalarda hastalıktan etkilenme düzeyi, şikayetlerin derecesi, endişe düzeyi ve ölçek toplam puanının sekonder koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanımına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 17).

Hastalık süresi, hastalık üzerindeki kontrol, tedavi yararı, hastalığı anlama ve duygusal etkilenme puanları açısından antihiperlipidemik ilacı primer veya sekonder koruma amacıyla kullanım arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17:** Hastaların Koruma Türüne Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	<b>Koruma Türü</b>	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>S.S.</b>	<b>P</b>
<b>Hastalıktan etkilenme düzeyi</b>	Primer	54	4.68	2.82	*0.02
	Sekonder	130	3.41	3.42	
<b>Hastalık süresi</b>	Primer	54	5.62	3.47	0.23
	Sekonder	130	6.31	3.51	
<b>Hastalık üzerindeki kontrolü</b>	Primer	54	6.42	2.68	0.26
	Sekonder	130	6.96	3.02	
<b>Tedavi yararı</b>	Primer	54	7.85	2.99	0.06
	Sekonder	130	8.59	2.22	
<b>Şikayetlerin derecesi</b>	Primer	54	3.70	2.31	*0.04
	Sekonder	130	2.75	3.13	
<b>Endişe düzeyi</b>	Primer	54	4.35	3.25	*0.001
	Sekonder	130	2.50	3.33	
<b>Hastalığı anlama</b>	Primer	54	7.85	1.61	0.76
	Sekonder	130	7.93	1.88	
<b>Duygusal etkilenme</b>	Primer	54	3.74	3.76	0.57
	Sekonder	130	3.41	3.51	
<b>KHAÖ. toplam puan</b>	Primer	54	29.98	12.32	*0.02
	Sekonder	130	24.90	16.36	

*Student's t testi \*p<0,05*

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalık süresi ( $p<0,05$ ) ve hastalığı anlama ( $p<0,05$ ) puanları eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 18).

Hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık üzerinde kontrol, tedavi inancı, şikayetlerin derecesi, endişe düzeyi, duygusal etkilenme ve ölçek toplam puanı açısından eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18:** Hastaların Eğitim Durumlarına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>S.S.</b>	<b>P</b>
<b>Etkilenme düzeyi</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	3.90	3.52	0.64
	Ortaokul-Lise	38	3.78	2.86	
	Önlisans-Lisans	20	3.05	2.56	
<b>Hastalık süresi</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	6.29	3.39	*0.000
	Ortaokul-Lise	38	4.44	3.59	
	Önlisans-Lisans	20	8.15	2.64	
<b>Hastalık kontrolü</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	6.59	2.92	0.10
	Ortaokul-Lise	38	6.92	3.13	
	Önlisans-Lisans	20	7.90	2.40	
<b>Tedavi yararı</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	8.39	2.64	0.61
	Ortaokul-Lise	38	8.52	2.00	
	Önlisans-Lisans	20	7.95	2.41	
<b>Şikayetlerin derecesi</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	3.24	3.12	0.15
	Ortaokul-Lise	38	2.94	2.58	
	Önlisans-Lisans	20	1.85	2.13	
<b>Endişe düzeyi</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	3.00	3.55	0.54
	Ortaokul-Lise	38	3.42	3.20	
	Önlisans-Lisans	20	2.60	2.89	
<b>Hastalığı anlama</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	7.42	1.89	*0.000
	Ortaokul-Lise	38	8.89	1.03	
	Önlisans-Lisans	20	9.10	0.85	
<b>Duygusal etkilenme</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	3.46	3.61	0.85
	Ortaokul-Lise	38	3.76	3.78	
	Önlisans-Lisans	20	3.35	3.16	
<b>KHAÖ. Top. puan</b>	Okur-Yazar-İlkokul	126	27.48	16.42	0.52
	Ortaokul-Lise	38	24.02	14.34	
	Önlisans-Lisans	20	24.05	9.60	

*Kruskal Wallis testi \*p<0,05*

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme düzeyi ( $p<0,05$ ) hastalık süresi ( $p<0,05$ ), hastalık üzerindeki kontrolü ( $p<0,05$ ), tedavi yararı ( $p<0,05$ ), şikayet derecesi ( $p<0,05$ ), endişe düzeyi ( $p<0,05$ ), hastalığı anlama ( $p<0,05$ ), duygusal etkilenme ( $p<0,05$ ) ve ölçek toplam puanı ( $p<0,05$ ) hastaların beden kitle indeksine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 19).

Beden Kitle İndeksi (BKİ) 25'in altında olan hastaların hastalıklarını daha iyi anladıkları saptanmıştır. BKİ 25 ile 29,9 arasında olan hastaların hastalıktan daha fazla etkilendikleri ve hastalık üzerindeki kontrollerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

BKİ 30 ile 34,9 arasında olan hastaların hastalığa bağlı şikayetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. BKİ 35 ile 39,9 arasında olan hastalar hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri saptanmıştır. BKİ 40'ın üzerinde olan hastalarda hastalık hakkındaki endişe düzeylerinin ve duygusal etkilenmenin daha yüksek olduğu, tedavi almanın daha yararlı olduğunu düşündükleri saptanmıştır.

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalık süresi ( $p<0,05$ ), şikayet derecesi ( $p<0,05$ ) ve endişe düzeyi ( $p<0,05$ ) puanları ek hastalık olup olmaması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 20).

Hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık üzerinde kontrol, tedavi yararı, hastalığı anlama, duygusal etkilenme ve ölçek toplam puanları ek hastalık olup olmaması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 20).

Hipertansiyonu olan hastaların diğer ek hastalığı olanlara göre hastalıklarının daha uzun süre devam edeceğini düşündüğü saptanmıştır. Ek hastalığı olmayan hastaların ise diğer ek hastalığı olanlara göre daha ciddi şikayetlerinin olduğu ve hiperlipidemi konusunda daha endişeli oldukları gözlenmiştir.

**Tablo 19:** Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	<b>Beden Kitle İndeksi</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>S.S.</b>	<b>P</b>
<b>Hastalıktan etkilenme düzeyi</b>	<25	26	2.57	3.31	*0.001
	25-29.9	90	3.51	3.27	
	30-34.9	54	5.11	2.98	
	35-39.9	12	2.83	3.53	
	≥40	2	2.00	0.00	
<b>Hastalık süresi</b>	<25	26	4.30	3.48	*0.01
	25-29.9	90	6.13	3.47	
	30-34.9	54	6.81	3.27	
	35-39.9	12	7.25	3.69	
	≥40	2	3.00	0.00	
<b>Hastalık üzerindeki kontrolü</b>	<25	26	6.69	3.53	*0.002
	25-29.9	90	7.48	2.62	
	30-34.9	54	6.07	2.90	
	35-39.9	12	6.08	2.46	
	≥40	2	1.50	0.70	
<b>Tedavi yararı</b>	<25	26	8.00	2.62	*0.03
	25-29.9	90	8.86	1.86	
	30-34.9	54	7.72	3.26	
	35-39.9	12	8.25	1.91	
	≥40	2	9.50	0.70	
<b>Şikayetlerin derecesi</b>	<25	26	2.46	3.44	*0.000
	25-29.9	90	2.35	2.50	
	30-34.9	54	4.53	2.93	
	35-39.9	12	2.75	3.04	
	≥40	2	2.00	0.00	
<b>Endişe düzeyi</b>	<25	26	2.57	3.22	*0.000
	25-29.9	90	1.91	2.69	
	30-34.9	54	5.09	3.53	
	35-39.9	12	2.25	3.30	
	≥40	2	9.50	0.70	
<b>Hastalığı anlama</b>	<25	26	8.42	1.81	*0.001
	25-29.9	90	8.26	1.49	
	30-34.9	54	7.51	1.92	
	35-39.9	12	6.25	2.22	
	≥40	2	6.00	0.00	
<b>Duygusal etkilenme</b>	<25	26	2.96	3.84	*0.01
	25-29.9	90	2.85	3.19	
	30-34.9	54	4.77	3.71	
	35-39.9	12	3.00	3.64	
	≥40	2	9.00	0.00	
<b>KHAÖ. toplam puan</b>	<25	26	21.76	18.43	*0.000
	25-29.9	90	22.14	13.26	
	30-34.9	54	35.01	13.82	
	35-39.9	12	27.50	15.88	
	≥40	2	38.50	0.70	

Kruskal Wallis testi \* $p < 0,05$

**Tablo 20:** Hastaların Ek Hastalık Durumuna Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Ek Hastalık	N	Ortalama	S.S.	P
Etkilenme düzeyi	Ht	15	4.60	2.92	0.055
	Dm	49	3.42	3.47	
	Askvh	80	3.45	3.41	
	Yok	40	4.60	2.88	
Hastalık süresi	Ht	15	6.73	3.80	*0.03
	Dm	49	5.87	5.53	
	Askvh	80	6.65	3.45	
	Yok	40	5.10	3.31	
Hastalık kontrolü	Ht	15	5.53	3.50	0.39
	Dm	49	7.00	2.81	
	Askvh	80	6.91	3.17	
	Yok	40	6.82	2.26	
Tedavi yararı	Ht	15	6.46	4.27	0.14
	Dm	49	8.63	1.69	
	Askvh	80	8.55	2.52	
	Yok	40	8.42	2.17	
Şikayetlerin derecesi	Ht	15	2.66	2.35	*0.008
	Dm	49	2.55	2.97	
	Askvh	80	2.91	3.24	
	Yok	40	4.00	2.26	
Endişe düzeyi	Ht	15	2.80	3.05	*0.000
	Dm	49	3.00	3.56	
	Askvh	80	2.22	3.19	
	Yok	40	4.82	3.21	
Hastalığı anlama	Ht	15	7.66	2.35	0.76
	Dm	49	7.93	1.88	
	Askvh	80	7.97	1.87	
	Yok	40	7.85	1.33	
Duygusal etkilenme	Ht	15	2.46	3.18	0.33
	Dm	49	3.95	3.62	
	Askvh	80	3.12	3.43	
	Yok	40	4.12	3.89	
KHAÖ. Top. Puan	Ht	15	29.60	13.42	0.11
	Dm	49	25.24	16.63	
	Askvh	80	24.92	16.27	
	Yok	40	29.55	12.45	

Kruskal Wallis testi \* $p < 0,05$

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme ( $p < 0,05$ ), şikayetlerin derecesi ( $p < 0,05$ ), hastalığı anlama ( $p < 0,05$ ) ve duygusal etkilenme ( $p < 0,05$ ) puanları hastalık bilgisi kaynağına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Hastalık hakkında bilgiyi doktor + medyadan alan hastalarda hastalıktan etkilenme, şikayetlerin derecesi, hastalığı anlama ve duygusal etkilenme durumu sadece doktordan alanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 21).

**Tablo 21:** Hastalık Bilgisinin Kaynağı ile KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Hastalık Bilgisi Kaynağı	N	Ortalama	S.S.	P
Hastalıktan etkilenme düzeyi	Doktor	145	3.43	3.21	*0.005
	Doktor+Medya	39	5.10	3.32	
Hastalık süresi	Doktor	145	6.00	3.49	0.39
	Doktor+Medya	39	6.53	3.55	
Hastalık üzerindeki kontrolü	Doktor	145	6.84	2.94	0.69
	Doktor+Medya	39	6.64	2.93	
Tedavi yararı	Doktor	145	8.47	2.53	0.29
	Doktor+Medya	39	8.00	2.35	
Şikayetlerin derecesi	Doktor	145	2.80	2.86	*0.045
	Doktor+Medya	39	3.87	3.13	
Endişe düzeyi	Doktor	145	2.88	3.42	0.21
	Doktor+Medya	39	3.64	3.35	
Hastalığı anlama	Doktor	145	7.60	1.84	*0.000
	Doktor+Medya	39	9.05	1.05	
Duygusal etkilenme	Doktor	145	3.23	3.53	*0.04
	Doktor+Medya	39	4.53	3.62	
KHAÖ. toplam puan	Doktor	145	25.42	15.44	0.10
	Doktor+Medya	39	30.00	15.00	

Student's t testi \* $p < 0,05$

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme düzeyi ( $p < 0,05$ ) hastalık süresi ( $p < 0,05$ ), hastalık üzerindeki kontrolü ( $p < 0,05$ ), tedavi yararı ( $p < 0,05$ ), şikayet derecesi ( $p < 0,05$ ) ve ölçek toplam puanı ( $p < 0,05$ ) antihiperlipidemik ilaç kullanma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 22).

Hastalıkla ilgili endişe düzeyi, hastalığı anlama ve duygusal etkilenme puanları antihiperlipidemik ilaç kullanma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 22).

2-5 yıldır antihiperlipidemik ilaç kullananlarda hastalıktan daha fazla etkilendikleri, hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri ve hastalığa bağlı şikayetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. 12 aydan daha kısa süre ilaç kullananlarda hastalık üzerindeki kontrollerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. 12-23 ay arasında ilaç kullananlarda ise tedavi almanın daha yararlı olduğunu düşündükleri gözlenmiştir.

**Tablo 22:** Hastaların Antihiperlipidemik İlaç Kullanma Süresine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	İlaç Kullanma Süresi	n	Ortalama	S.S.	P
<b>Hastalıktan etkilenme düzeyi</b>	<12ay	65	3.01	3.47	*0.018
	12-23ay	26	4.15	3.28	
	2-5yıl	54	4.75	2.93	
	6-10yıl	26	3.53	2.94	
	>10yıl	13	3.38	3.88	
<b>Hastalık süresi</b>	<12ay	65	3.18	2.38	*0.000
	12-23ay	26	5.30	3.20	
	2-5yıl	54	8.57	2.52	
	6-10yıl	26	8.11	2.42	
	>10yıl	13	8.15	2.57	
<b>Hastalık üzerindeki kontrolü</b>	<12ay	65	7.63	2.77	*0.010
	12-23ay	26	7.07	2.63	
	2-5yıl	54	6.51	2.47	
	6-10yıl	26	5.11	3.66	
	>10yıl	13	6.69	3.19	
<b>Tedavi yararı</b>	<12ay	65	8.87	1.93	*0.008
	12-23ay	26	8.88	1.39	
	2-5yıl	54	8.33	2.59	
	6-10yıl	26	7.57	3.66	
	>10yıl	13	6.61	2.56	
<b>Şikayetlerin derecesi</b>	<12ay	65	2.44	2.78	*0.004
	12-23ay	26	2.84	2.50	
	2-5yıl	54	4.24	3.07	
	6-10yıl	26	2.50	2.71	
	>10yıl	13	2.38	3.35	
<b>Endişe düzeyi</b>	<12ay	65	2.96	3.52	0.09
	12-23ay	26	3.46	3.34	
	2-5yıl	54	3.74	3.55	
	6-10yıl	26	1.42	2.28	
	>10yıl	13	2.92	3.59	
<b>Hastalığı anlama</b>	<12ay	65	8.36	1.70	0.053
	12-23ay	26	7.57	1.83	
	2-5yıl	54	7.92	1.54	
	6-10yıl	26	7.19	2.15	
	>10yıl	13	7.69	2.13	
<b>Duygusal etkilenme</b>	<12ay	65	3.66	3.97	0.41
	12-23ay	26	3.11	3.10	
	2-5yıl	54	3.98	3.48	
	6-10yıl	26	2.19	2.78	
	>10yıl	13	4.23	4.00	
<b>KHAÖ. toplam puan</b>	<12ay	65	20.40	15.69	*0.001
	12-23ay	26	25.34	10.71	
	2-5yıl	54	32.51	14.76	
	6-10yıl	26	27.88	13.85	
	>10yıl	13	30.07	18.15	

Kruskal Wallis testi \* $p < 0,05$

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalık süresi ( $p<0,05$ ), endişe düzeyi ( $p<0,05$ ) ve duygusal etkilenme ( $p<0,05$ ) puanları hastaların ek ilaç kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Antihiperlipidemik ilaç dışında ek ilaç kullanımı olan hastaların hastalıklarının daha uzun süre devam edeceğini düşündükleri gözlenmiştir. Ek ilaç kullanımı olmayanlarda ise hastalıkla ilgili endişe düzeyi ve hastalığın duygusal etkilenme düzeyi ek ilaç kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

**Tablo 23:** Hastaların Ek İlaç Kullanım Durumuna Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Ek İlaç Kullanımı	n	Ortalama	S.S.	P
Hastalıktan etkilenme düzeyi	Var	150	3.70	3.38	0.44
	Yok	34	4.17	2.91	
Hastalık süresi	Var	150	6.42	3.47	*0.01
	Yok	34	4.73	3.33	
Hastalık üzerindeki kontrolü	Var	150	6.78	3.05	0.78
	Yok	34	6.91	2.37	
Tedavi yararı	Var	150	8.38	2.53	0.95
	Yok	34	8.35	2.34	
Şikayetlerin derecesi	Var	150	2.86	3.03	0.09
	Yok	34	3.79	2.38	
Endişe düzeyi	Var	150	2.51	3.26	*0.000
	Yok	34	5.38	3.09	
Hastalığı anlama	Var	150	7.88	1.90	0.59
	Yok	34	8.02	1.29	
Duygusal etkilenme	Var	150	3.22	3.46	*0.03
	Yok	34	4.76	3.87	
KHAÖ. toplam puan	Var	150	25.68	15.79	0.18
	Yok	34	29.55	13.46	

*Student's t testi \* $p<0,05$*

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalıktan etkilenme düzeyi ( $p<0,05$ ) hastalık süresi ( $p<0,05$ ), hastalık üzerindeki kontrolü ( $p<0,05$ ), şikayet derecesi ( $p<0,05$ ), endişe düzeyi ( $p<0,05$ ), duygusal etkilenme ( $p<0,05$ ) ve ölçek toplam puanı ( $p<0,05$ ) antihiperlipidemik ilaç dışında ek ilaç kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 24). Hastalıkla ilgili tedavi yararı ve hastalığı anlama puanları antihiperlipidemik ilaç ek ilaç kullanıp kullanmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 24).

Antihiperlipidemik ilaç dışında 1 ilaç daha kullanan hastaların hastalıktan daha fazla etkilendikleri, 2-4 ilaç daha kullanan hastaların hastalık üzerindeki kontrollerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. 5 ve daha fazla ilaç kullanan hastaların hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri ve hastalığa bağlı şikayetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Sadece antihiperlipidemik ilaç kullanan hastalarda ek ilaç kullananlara göre hastalık hakkındaki endişe düzeylerinin ve duygusal etkilenmenin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kısa hastalık algısı ölçeğinin hastalık süresi ( $p<0,05$ ), tedavi yararı ( $p<0,05$ ) ve hastalığı anlama ( $p<0,05$ ) puanları hastalık nedenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (Tablo 25).

Hastalıkla ilgili hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık üzerindeki kontrolü, şikayet derecesi, endişe düzeyi, duygusal etkilenme ve ölçek toplam puanları hastalık nedenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 25).

Hastalık nedeninin kalıtsal olduğunu düşünen hastalarda hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri ve hastalıklarını daha iyi anladıkları saptanmıştır. Hastalık nedeninin stres-endişe olduğunu düşünenlerde ise tedavi almanın daha yararlı olduğunu düşündükleri gözlenmiştir.

**Tablo 24:** Hastaların Kullandığı Ek İlaç Sayısına Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Ek İlaç Sayısı	n	Ortalama	S.S.	P
<b>Hastalıktan etkilenme düzeyi</b>	1	12	5.25	2.95	*0.03
	2-4	87	3.01	2.95	
	>5	51	4.50	3.89	
	0	34	4.17	2.91	
<b>Hastalık süresi</b>	1	12	6.16	3.06	*0.01
	2-4	87	6.20	3.60	
	>5	51	6.86	3.35	
	0	34	4.73	3.33	
<b>Hastalık üzerindeki kontrolü</b>	1	12	5.00	2.52	*0.01
	2-4	87	7.19	3.04	
	>5	51	6.49	3.04	
	0	34	6.91	2.37	
<b>Tedavi yararı</b>	1	12	8.00	2.86	0.15
	2-4	87	8.62	2.33	
	>5	51	8.05	2.77	
	0	34	8.35	2.34	
<b>Şikayetlerin derecesi</b>	1	12	3.08	2.31	*0.006
	2-4	87	2.27	2.55	
	>5	51	3.80	3.68	
	0	34	3.79	2.38	
<b>Endişe düzeyi</b>	1	12	1.25	1.42	*0.000
	2-4	87	2.47	3.05	
	>5	51	2.88	3.82	
	0	34	5.38	3.09	
<b>Hastalığı anlama</b>	1	12	7.41	1.50	0.45
	2-4	87	8.03	1.83	
	>5	51	7.74	2.09	
	0	34	8.02	1.29	
<b>Duygusal etkilenme</b>	1	12	0.58	0.66	*0.001
	2-4	87	2.98	3.12	
	>5	51	4.25	4.00	
	0	34	4.76	3.87	
<b>KHAÖ. toplam puan</b>	1	12	25.91	8.33	*0.03
	2-4	87	23.10	15.27	
	>5	51	30.01	17.20	
	0	34	29.55	13.46	

Kruskal Wallis testi \* $p < 0,05$

**Tablo 25:** Hastalık Nedenine Göre KHAÖ Sorularının Puanları ve KHAÖ Toplam Puanının Karşılaştırılması

	Hastalık Nedeni	n	Ortalama	S.S.	P
Hastalıktan etkilenme düzeyi	Stres-Endişe	53	4.05	3.38	0.28
	Kalıtsal	39	4.23	3.45	
	Kötü Beslenme	92	3.44	3.18	
Hastalık süresi	Stres-Endişe	53	5.60	3.65	*0.005
	Kalıtsal	39	7.84	2.99	
	Kötü Beslenme	92	5.67	3.41	
Hastalık üzerindeki kontrolü	Stres-Endişe	53	6.47	3.14	0.70
	Kalıtsal	39	6.64	3.03	
	Kötü Beslenme	92	7.06	2.76	
Tedavi yararı	Stres-Endişe	53	8.84	2.15	*0.001
	Kalıtsal	39	7.07	3.09	
	Kötü Beslenme	92	8.65	2.22	
Şikayetlerin derecesi	Stres-Endişe	53	3.11	2.94	0.91
	Kalıtsal	39	3.23	3.22	
	Kötü Beslenme	92	2.90	2.84	
Endişe düzeyi	Stres-Endişe	53	3.09	3.38	0.95
	Kalıtsal	39	3.07	3.67	
	Kötü Beslenme	92	3.00	3.35	
Hastalığı anlama	Stres-Endişe	53	7.92	1.81	*0.01
	Kalıtsal	39	8.56	1.63	
	Kötü Beslenme	92	7.63	1.81	
Duygusal etkilenme	Stres-Endişe	53	3.54	3.27	0.06
	Kalıtsal	39	4.58	3.74	
	Kötü Beslenme	92	3.03	3.62	
KHAÖ. toplam puan	Stres-Endişe	53	26.16	15.53	0.10
	Kalıtsal	39	30.69	15.62	
	Kötü Beslenme	92	24.70	15.10	

Kruskal Wallis testi \* $p < 0,05$

## 5. TARTIŞMA

Hastalık algısı, kişinin psikolojik uyumundan hastalığın seyrine kadar birçok alanı etkileyen önemli bir unsurdur. Hastalar hastalıklarını düşüncesi, inancı ve deneyimleriyle yorumlayarak yaşadıkları için, hastaların hastalıklarına dair algıları hastalığın seyri ve tedavi uyumu için oldukça değerlidir.

Hastalık Algısı Ölçeği kanser, atopik dermatit, hafif beyin hasarı, depresyon, fibromiyalji, hemodiyaliz hastaları, diyabet ve hipertansiyon hastaları gibi birçok kronik hastalıkla ilgili çalışmalarda kullanılmış ve yayınlanmıştır (58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66).

Hiperlipidemi hastaları ile yaptığımız bu çalışmada algı puanını en yüksek  $8,37\pm 2,49$  ortalama ile tedavi yararına inanma algısında, en düşük  $3,03\pm 2,94$  ortalama ile şikayetlerin derecesi algısında olduğunu saptadık, kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanını ise  $26,39\pm 15,42$  olarak saptadık. Bu durum bize antihiperlipidemik ilaç kullanan hastaların, tedavinin yararlı olduğuna inandıklarını ve hastalığa bağlı şikayetlerinin az olduğunu gösterdi. Günümüzde antihiperlipidemik ilaç kullanımıyla ilgili görüş ayrılıkları olduğundan hiperlipidemisi olan bazı hastalar ilaç kullanmak istememektedir. Bu çalışmayı ilaç kullanan hiperlipidemi hastalarında yaptığımızdan anketimizde tedavi yararına inanma algısı bu yüzden yüksek bulunmuştur. Hastalar ilaç kullanarak tedavi oldukları için, buna bağlı olarak hastalık ile ilgili şikayetlerinin az olması beklenir.

Kronik hastalıklarda yapılan hastalık algısı ile ilgili çalışmalarda farklı bulgular saptanmıştır.

• Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastalık algısı ölçeği toplam puanını  $36,25\pm 11,05$  olarak bulmuş ve en yüksek puan ortalamasını tedavi inancı algısı, en düşük puan ortalamasını da hastalık süresi algısı olarak bulmuşlardır.

• Var ve ark. (68) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, en yüksek algı puanını hastalığı anlama algısında, en düşük puanı ise süre algısında bulmuş ve hastalık algısı ölçeği toplam puanını  $33,29\pm 9,0$  olarak saptamışlardır. Pesut ve Var'ın çalışmasında ölçek toplam puanı bizim çalışmamızla benzerdir, bu sonuç hastaların negatif yönde hastalık algılarının düşük olduğunu göstermektedir.

• Gucht (69) IBS'li hastalarda yaptığı çalışmada hastalık algısı ölçeği toplam puanını  $61,02 \pm 17,22$  olarak bulmuş ve en yüksek puan ortalamasını hastalık süresi algısı, en düşük puan ortalamasını da kişisel kontrol algısı olarak bulmuşlardır.

• Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, duygusal etkilenme algısı ortalamasını en yüksek, hastalığı anlayabilme algısı ortalamasını en düşük saptamıştır (70).

• Abubakari ve ark.'ın (71) tip II DM'li hastalarda yaptığı çalışmada ise kişisel kontrol algısı ortalaması en yüksek, süre algısı ortalaması en düşük saptanmıştır.

• Aflakseir'in (72) tip II DM'li hastalarda yaptığı çalışmada da kişisel kontrol algısı ortalaması en yüksek, süre algısı ortalaması en düşük saptanmıştır.

• Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada en yüksek puan ortalamasının hastalık kontrol algısında, en düşük puan ortalamasının ise hastalık süresi algısında olduğunu saptamıştır (73).

• Spain ve arkadaşlarının (74) multipl sklerozlu hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların hastalık süresi hakkında olumsuz hastalık algısına, hastalık kontrolü ve tedavi inancı alt boyutlarında ise olumlu hastalık algısına sahip oldukları bulunmuştur.

• Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastalıktan etkilenme algısının puan ortalamasını en yüksek, hastalığı anlama algısının puan ortalamasını ise en düşük saptamıştır (75).

• Bayad preoperatif cerrahi hastaları ile yaptığı çalışmada hastalığı anlama algısının en yüksek, hastalık kontrolü algısının da en düşük bulmuştur (57). Bu durum preoperatif cerrahi hastalarının hastalıklarını anladıklarını ancak kontrol edemedikleri için cerrahi yönetime başvurduklarını düşündürebilir.

**“Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?”** sorusunun ortalama puanı  $3,78 \pm 3,30$  olarak saptandı. Bu sonuç bize hiperlipidemi hastalığının hastaların hayatlarını olumsuz yönde fazla etkilemediğini göstermektedir. Bu sonuçla paralel çalışmalar literatürde mevcuttur.

• Weldam ve ark. (76) KOAH'lı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalıktan etkilenme düzeyi puanını  $3,6 \pm 2,5$  olarak bulmuşlardır.

• Var ve ark. (68) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalıktan etkilenme düzeyi puanını  $4,81 \pm 1,93$  olarak saptamışlardır.

Hastalıktan etkilenme düzeyi yüksek olan yani hastalığın hastaların hayatını olumsuz olarak etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur.

• Gucht (69) IBS'li hastalarda yaptığı çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi puanını  $6,81 \pm 2,18$  olarak bulmuştur.

• Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi puanını  $5,96 \pm 3,14$  olarak tespit etmiştir.

• Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi puanını  $6,16 \pm 2,69$  olarak saptamıştır (57).

**“Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?”** sorusunun ortalama puanı  $6,11 \pm 3,5$  olarak bulundu. Bu durum hastaların hastalıklarının uzun süreceğini düşündüğünü göstermektedir. Hiperlipidemi kronik bir hastalık olduğu için hastaların algıları hastalıklarının uzun süreceği yönünde olabilir. Bizim çalışmamıza benzer sonuçlar mevcuttur. Kronik hastalıkların çoğunda hastalık süresi ile ilgili olumsuz algı söz konusudur.

• Oktay'ın (77) hemodiyaliz (HD) hastaları ile yaptığı çalışmada 10 yıl ve daha fazla süredir diyaliz hastası olanların hastalık süre algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

• Chilcot ve ark.'ın (78) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların süre algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

• Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, hastalık süre algısını yüksek olarak tespit etmiştir (70).

• Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastalık süre algısını yüksek olarak saptamıştır (73).

• Weldam ve ark. (76) KOAH'lı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık süresi algısının yüksek olduğunu bulmuşlardır.

• Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların hastalığın süresiyle ilgili algısının puanının yüksek olduğunu tespit etmiştir (75).

• Gucht (69) IBS'li hastalarda yaptığı çalışmada hastalıktan süresi algısının yüksek olduğunu bulmuştur.

Bizim çalışmamızın aksine cerrahi hastalıklarda veya tedavi ile iyileşmesi hızlı olan hastalıklarda hastalar daha kısa süreceğini düşünmektedir.

- Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada süre algısını düşük olarak bulmuşlardır.

- Var ve ark. (68) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık süresi algısını düşük olarak saptamışlardır.

- Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada hastalık süresi algısını düşük olarak bulmuştur (57). Bu durum cerrahi hastalarının ameliyat sonrasında hastalıklarının biteceğini düşündüklerini göstermektedir.

**“Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?”** sorusu puan ortalaması  $6,8 \pm 2,93$ , yani yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç bize hastaların hastalıkları üzerinde kontrollerinin olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

- Gündüz tip 2 DM’li hastalarda yaptığı çalışmada, kişisel kontrol algısını yüksek olarak saptamıştır (70).

- Lau-Walker’ın (79) çalışmasında da hastaların durumu kontrol edebileceklerine inandıkları saptanmıştır.

- Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastalık kontrolü algısını yüksek olarak saptamıştır (73).

- Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastalık kontrolünün yüksek olduğunu bulmuştur (75).

- Karabulutlu ve Okanlı (22) tarafından hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmada da hastalık kontrolü algısı yüksek olarak belirlenmiştir.

- Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastalık kontrolü algısını yüksek olarak bulmuşlardır.

- Weldam ve ark. (76) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık kontrolü puanını yüksek olarak bulmuşlardır.

Hastaların hastalıklarını kontrol altına alınabileceğine dair inançları, tedaviye uyumlarını arttırabilir ve bu kronik hastalıkların etkili yönetimi için önemli bir durumdur. Bu çalışmaların aksine, özellikle cerrahi hastalarında kişisel kontrol algısının düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur.

- Gucht (69) IBS'li hastalarda yaptığı çalışmada hastalık kontrolü puanını düşük olarak bulmuştur.

- Var ve ark. (68) da travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalık kontrolü algısını düşük olarak saptamışlardır.

- Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada hastalık kontrolü algısını düşük olarak bulmuştur (57).

**“Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?”** sorusunun ortalama puanı  $8,37\pm 2,49$  olarak bulunmuştur. Bu sonucun yüksek bulunması hastaların çoğunluğunun hastalıklarının antihiperlipidemik ilaç tedavisi ile kontrol edilebileceği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu göstermektedir.

- Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, tedavi inancı puanını yüksek saptamıştır (70).

- Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada tedavi inancı puanını yüksek olarak saptamıştır (73).

- Weldam ve ark. (76) KOAH'lı hastalarda yaptıkları çalışmada, tedavi inancını yüksek olarak bulmuşlardır.

- Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada tedavi inancı yüksek olarak belirlenmiştir.

- Ciddi'nin (80) çalışmasında hastaların kalp yetmezliğini tedavi ile kontrol altına alabileceğine inandıkları saptanmıştır.

- Byrne ve ark. (81) kalp hastalarıyla yaptıkları çalışmada ilaç tedavisinin gerekliliğine inanan hastaların ilaç tedavisine bağlılık oranının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

- Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada tedavi inancı algısını yüksek olarak bulmuştur (57).

Hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceği inancı; hastaların tedaviye uyumunu arttırıp hastalık kontrolünün sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayabilmektedir. Bazı çalışmalarda ise hastalar, hastalıklarının tedavi ile kontrol altına alınamayacağına dair olumsuz düşüncelere sahiptir.

• Bahçeciođlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada tedavi inancını dūřuk olarak bulmuştur (75).

• Gucht (69) IBS’li hastalarda yaptığı çalışmada tedavi inancı algısını dūřuk olarak belirlemiştir.

• Var ve ark. (68) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, tedavi inancı algısını dūřuk olarak saptamışlardır.

**“Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?”** sorusunun ortalama puanı  $3,03\pm 2,94$  olarak bulunmuştur. Bu sonuç hastaların, hiperlipidemi ile ilgili şikayetlerinin fazla olmadığını göstermektedir. Hastalar ilaç kullanarak tedavi oldukları için hastalığa bağlı şikayetleri fazla olmuyor, şeklinde yorumlanabilir.

• Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada şikayetlerinin derecesi puanını dūřuk olarak bulmuşlardır.

• Weldam ve ark. (76) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, şikayetlerin derecesi sorusunun ortalama puanını dūřuk olarak tespit etmişlerdir.

• Var ve ark. (68) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, şikayetlerin derecesi puanını dūřuk olarak saptamışlardır.

Bizim çalışmamızla uyumlu olmayan, hastalığa bağlı şikayetlerin daha sık yaşandığını gösteren sonuçlar da mevcuttur.

• Gucht (69) IBS’li hastalarda yaptığı çalışmada şikayetlerin derecesi puanını yüksek olarak bulmuştur.

• Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada şikayetlerin derecesi puanını yüksek olarak saptamıştır (57). Bu durum cerrahi hastalarının şikayetleri çok olduğu için ameliyat olmayı kabul ettikleri anlamına gelebilir.

**“Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?”** sorusu puan ortalaması  $3,04\pm 3,41$  olarak bulundu. Bu sonuç hastaların hastalıkları ile ilgili endişelerinin fazla olmadığını göstermektedir.

• Weldam ve ark. (76) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, endişe düzeyi puanını dūřuk olarak bulmuşlardır.

• Var ve ark. (68) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, endişe düzeyi algısını dūřuk olarak saptamışlardır.

• Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada endişe düzeyini düşük olarak saptamıştır (57).

Hastaların endişe düzeyinin yüksek olduğunu saptayan çalışmalar da vardır.

• Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada endişe düzeyini yüksek olarak bulmuşlardır.

• Gucht (69) IBS'li hastalarda yaptığı çalışmada endişe düzeyini yüksek olarak bulmuştur.

**“Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar anladınız?”** sorusunun ortalama puanı  $7,91 \pm 1,80$  olarak bulundu. Bu sonuç antihiperlipidemik ilaç kullanan hiperlipidemi hastalarının hastalıklarını çok iyi anladıklarını ve hastalıkları ile ilgili detaylı sorgulama yaptıklarını göstermektedir. Hastaların tedaviye inanması ve sürdürmesi açısından hastalıklarını anlayabilmeleri çok önemlidir. Literatürde bizim bulgularımızla benzer çalışmalar vardır.

• Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastalığı anlama puanını yüksek olarak saptamıştır (73).

• Weldam ve ark. (76) KOAH'lı hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalığı anlama algısının ortalama puanını yüksek olarak bulmuşlardır.

• Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastalığı anlama puanını yüksek olarak saptamıştır.

• Var ve ark. (68) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastalığı anlama algısını yüksek olarak tespit etmişlerdir.

• Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada hastalığı anlama algısını yüksek olarak saptamıştır (57).

Hastalığı anlama algısının düşük bulunduğu çalışmalar da vardır.

• Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, hastalığı anlama algısını diğer sorulardan daha düşük saptamıştır (70).

• Benzer şekilde Cherrington ve ark. (31) ve Ciddi'nin (80) kalp hastalarıyla yaptıkları çalışma sonuçlarında da düşük saptanmıştır. Bu olumsuz sonuçlar, hastaların hastalık ve seyrini yeterince iyi anlayamadığını göstermektedir.

**“Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkiliyor?”** sorusunun ortalama puanı  $3,51\pm 3,58$  olarak bulundu. Bu sonuç, antihiperlipidemik ilaç kullanan hiperlipidemi hastalarının hastalıkları ile ilgili olumsuz duygusal değişim çok yaşamadıklarını göstermektedir.

- Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada duygusal etkilenme düzeyi düşük olarak saptamıştır (57).

- Weldam ve ark. (76) KOAH’lı hastalarda yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızla paralel olarak duygusal etkilenme düzeyini düşük olarak bulmuşlardır.

Diğer kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda ise duygusal etkilenme düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir.

- HD hastaları ile yapılan çalışmalarda hastalığın, olumsuz duyguların yaşanmasına neden olduğu tespit edilmiştir (22,82,83).

- Gündüz tip 2 DM’li hastalarda yaptığı çalışmada, duygusal etkilenme algısını yüksek olarak saptamıştır (70).

- Abubakari ve ark. (71)’in tip II diyabet hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada ise hastaların duygusal etkilenme algısı daha yüksek düzeyde saptamıştır.

- Özen multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada duygusal temsiller puan ortalamasını yüksek olarak saptamıştır (73).

- Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada duygusal etkilenme puanının yüksek olduğunu tespit etmiştir (75).

- Pesut ve ark. (67) tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada duygusal etkilenme puanını yüksek olarak bulmuşlardır.

- Var ve ark. (68) travmatik beyin hasarı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, duygusal etkilenme düzeyini yüksek olarak saptamışlardır.

Hastaların belirttiği kendilerine göre hastalık nedenleri incelendiğinde en yüksek risk etkenleri “yeme bozukluğu-obezite”, “stres-endişe” ve “kalıtsal”; en düşük risk etkeni ise “yaşlanma”, “sigara”, “alkol” ve “diğer hastalıklara bağlı” olarak bulunmuştur.

- Gündüz ve Abubakari tip 2 DM’li hastalarda yaptığı çalışmalarda, hastalık nedenleri olarak kalıtsal nedenler ve diyet alışkanlıkları ortalamalarını yüksek olarak belirlemişlerdir (70,71).

• Cherrington ve ark.'ın (31) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmada ise hastaların hastalık nedeni olarak en fazla bağışıklık sistemi ile bozukluk ifade ettiği saptanmıştır.

• Jopson ve Moss-Morris'in çalışmasında, olası hastalık nedeni olarak en sık mikroplar ve stres nedenleri gösterilmiştir (84).

• Özen (73) multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastaların hastalık nedeni olarak en çok stres-endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri gibi psikolojik faktörleri belirttiğini göstermiştir.

• Bahçecioğlu astımlı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların en çok risk faktörleri ve stres-endişeden dolayı hastalıklarının ortaya çıktığını belirttiklerini tespit etmiş, en az kaza veya şans olası nedenini belirttiklerini tespit etmiştir (75).

• Acehan HT hastalarında yaptığı çalışmada hastaların en çok hastalık nedeni olarak stres-endişeyi belirttiğini bulmuştur (8).

• Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada hastaların hastalık nedeni olarak en çok şanssızlık faktörünü belirttiklerini tespit etmiştir (57).

• Hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde; Türk toplumunda kültürün bir yansıması olarak hastalık nedenlerinin genellikle kötü beslenme, stres, sıkıntı ve endişeye bağlanıldığı görülmektedir (22).

Antihiperlipidemik ilaç kullanan hiperlipidemi hastalarında cinsiyete göre hastalık algısı incelendiğinde; kadınlarda hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, şikayetlerin derecesi, endişe düzeyi, duygusal etkilenme ve ölçek toplam puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde bizim çalışmamızla uyumlu bulgular saptanmıştır.

• Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada cinsiyete göre hastalık algısını incelediğinde; hastalığı anlama ve süre algısı puanı arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğunu saptamış ve kadınların hastalığı anlayabilme ve süre algısı puanlarının erkeklerin puanlarından yüksek olduğunu tespit etmiştir (70).

• Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada kadınların hastalıktan etkilenme, hastalık süresi ve şikayetlerin derecesi puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (57). Bu sonuçlar kadınların hastalıkları ve hastalığın doğası hakkında daha bilinçli olduklarını göstermektedir.

• Bu bulguların aksine Alsén (26)'in miyokard enfarktüsü geçiren hastalarla yaptığı çalışmada hastalığı anlama algısı puanını erkeklerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

• Özen (73), Milani ve ark. multipl sklerozlu hastalarda yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile hastalık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit etmemişlerdir (85)

Yaşa göre hastalık algısı incelendiğinde, yaşın artmasıyla hastalıktan etkilenme düzeyi, endişe düzeyi, hastalığı anlama, duygusal etkilenme ve hastalık algısı toplam puanı arasında negatif yönde ilişki saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

• Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların yaşı ile kişisel kontrol algısı puanı arasında negatif yönde, sonuçlar alt boyutu ile pozitif yönde istatistiksel olarak önemli ilişki bulmuştur (70).

• Özen (73) multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada hastalık algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamamıştır.

• Milani ve ark. multipl sklerozlu hastalarda yaptıkları çalışmada, yaş ile hastalık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamamıştır (85).

• Gucht (69) IBS'li hastalarda yaptığı çalışmada ve Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada hastalık algısı ile yaş arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (57).

Eğitim durumuna göre hastalık algısı incelendiğinde, hastalık süresi puanı ve hastalığı anlama puanı eğitim düzeyi arttıkça artmaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekteydi. Eğitim düzeyinin artmasından dolayı farkındalığın artmasına bağlı olarak hastalığın uzun seyirli olduğunu bilme konusunda eğitim düzeyi yüksek olanların daha bilinçli olduklarını gösterir. Eğitim düzeyinin artması ile hastalığı anlama algısında artma, genelde eğitilmiş olmanın kişinin hastalığı ile ilgili daha sorgulayıcı, bilinçli ve bilgiye kolay ulaşabiliyor olmasıyla ilgilidir.

• Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada eğitim durumuna göre hastalık algısı incelendiğinde, hastalık süresi puanı, endişe düzeyi puanı ve hastalığı anlama puanı eğitim düzeyi arttıkça arttığını saptamıştır (57).

• Gündüz tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada eğitim durumuna göre hastalık algısı incelendiğinde; süre, hastalığı anlama ve tedavi inancı algısı puanları

istatistiksel olarak önemli farklılık göstermiştir, eğitim düzeyi arttıkça süre algısı puanının arttığı, hastalığı anlama algısı ve tedavi inancı puanının azaldığı belirlenmiştir (70).

- Aflakseir (72) tip II DM hastaları ile yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile tedavi inancı arasında pozitif ilişki tespit etmiştir.

- Özen (73) multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hastalığı anlama puanının da arttığını bulmuştur.

- Milani ve ark. multipl sklerozlu hastalarda yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça hastalık algısının arttığını tespit etmişlerdir (85).

- Korucu baş ağrısı hastalarında yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hastalığı anlama algısı puanının arttığını saptamıştır (86).

Hastaların BKİ'ne göre hastalık algısı incelendiğinde; BKİ 25'in altında olan hastaların hastalıklarını daha iyi anladıkları saptanmıştır. BKİ 25 ile 29,9 arasında olan hastaların hastalıktan daha fazla etkilendikleri ve hastalık üzerindeki kontrollerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. BKİ 30 ile 34,9 arasında olan hastaların hastalığa bağlı şikayetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. BKİ 35 ile 39,9 arasında olan hastalar hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri saptanmıştır. BKİ 40'ın üzerinde olan hastalarda hastalık hakkındaki endişe düzeylerinin ve duygusal etkilenmenin daha yüksek olduğu, tedavi almanın daha yararlı olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Bu durum BKİ'ne göre hastalık algısının değişebileceğini göstermektedir.

Primer veya sekonder koruma amacına göre hastalık algısı incelendiğinde; primer koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanan hastalarda hastalıktan etkilenme düzeyi, şikayetlerin derecesi, endişe düzeyi ve ölçek toplam puanının sekonder koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanımına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum koruma türüne göre hastalık algısının değişebileceğini; primer koruma amacıyla ilaç kullananların hastalıktan daha fazla etkilendiklerini göstermektedir.

Kişide ek hastalık mevcudiyetine göre hastalık algısı incelendiğinde; hipertansiyonu olan hastaların diğer ek hastalığı olanlara göre hastalıklarının daha uzun süre devam edeceğini düşündüğü saptanmıştır. Ek hastalığı olmayan hastaların

ise diğerk ek hastalığı olanlara göre daha ciddi Şikayetlerinin olduğu ve hiperlipidemi konusunda daha endişeli oldukları gözlenmiştir.

•Özen (73) multipl sklerozlu hastalarda yaptığı çalışmada ek hastalığı olanlarda hastalık kontrolü, duygusal etkilenme puanları ek hastalığı olmayanlara göre yüksek saptamıştır. Kişide ek hastalığın olmaması, Şu anki hastalığı ile ilgili algılarının daha yüksek olmasına ve hastalıkla ilgili daha olumsuz düşüncelere sahip olunmasına neden olmaktadır.

•Bayad preoperatif cerrahi hastalarında yaptığı çalışmada ek hastalığı olanlarda hastalıktan etkilenme düzeyi, hastalık süresi, hastalığı anlama ve kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanının ek hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (57).

Hastalık bilgisinin kaynağına göre hastalık algısı incelendiğinde; hastalık hakkında bilgiyi doktor + medyadan alan hastalarda hastalıktan etkilenme, Şikayetlerin derecesi, hastalığı anlama ve duygusal etkilenme durumu sadece doktordan alanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum medyadan bilgi almanın hastalık algısını hastalığı anlama dışında olumsuz olarak etkilediğini göstermektedir.

Hastaların antihiperlipidemik ilacı kullanım süresine göre hastalık algısı incelendiğinde; 2-5 yıldır antihiperlipidemik ilaç kullananlarda hastalıktan daha fazla etkilendikleri, hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri ve hastalığa bağlı Şikayetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. 12 aydan daha kısa süre ilaç kullananlarda hastalık üzerindeki kontrollerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. 12-23 ay arasında ilaç kullananlarda ise tedavi almanın daha yararlı olduğunu düşündükleri gözlenmiştir. Bu durum ilaç kullanım süresinin hastalık algısını etkilediğini göstermektedir.

Hastaların ek ilaç kullanım durumuna göre hastalık algısı incelendiğinde; antihiperlipidemik ilaç dışında ek ilaç kullanımı olan hastaların hastalıklarının daha uzun süre devam edeceğini düşündükleri gözlenmiştir. Ek ilaç kullanımı olmayanlarda ise hastalıkla ilgili endişe düzeyi ve hastalığın duygusal etkilenme düzeyi ek ilaç kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum ek ilaç kullanım durumuna göre hastalık algısının değişebileceğini göstermektedir.

Hastaların kullandıkları ilaç sayısına göre hastalık algısı incelendiğinde; antihiperlipidemik ilaç dışında 1 ilaç daha kullanan hastaların hastalıktan daha fazla

etkilendikleri, 2-4 ilaç daha kullanan hastaların hastalık üzerindeki kontrollerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. 5 ve daha fazla ilaç kullanan hastaların hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri ve hastalığa bağlı şikayetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Sadece antihiperlipidemik ilaç kullanan hastalarda ek ilaç kullananlara göre hastalık hakkındaki endişe düzeylerinin ve duygusal etkilenmenin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum ilaç sayısının hastalık algısını etkilediğini göstermektedir.



## 6. SONUÇLAR

- Kadın hastaların erkeklere göre hastalıktan daha fazla etkilendikleri, hastalığa bağlı şikayetlerinin daha fazla olduğu gözlemlendi.

- Hasta yaşı arttıkça hastalıktan etkilenme düzeyinin ve hastalığa bağlı şikayetlerin azaldığı tespit edildi.

- Primer koruma amaçlı antihiperlipidemik ilaç kullanan hastaların sekonder koruma amaçlı ilaç kullananlara göre hastalıktan daha fazla etkilendikleri, hastalığa bağlı şikayetlerinin daha fazla olduğu ve hastalıkları hakkında daha endişeli oldukları gözlemlendi.

- Hastalık algısının eğitim durumuna göre değişmediği saptandı.

- Beden Kitle İndeksi arttıkça hastaların duygusal olarak etkilenmeleri ve endişe düzeylerinin arttığı saptandı.

- Ek hastalığı olmayan kişilerin şikayetlerinin daha fazla olduğu ve hastalıkları hakkında daha endişeli oldukları gözlemlendi.

- Hastalık hakkında bilgiyi doktor + medyadan alan hastalar sadece doktordan bilgi alanlara göre hastalıktan daha fazla etkilendikleri, daha fazla şikayetlerinin olduğu ancak hastalığı daha iyi anladıkları tespit edildi.

- Antihiperlipidemik ilacı daha uzun süre kullanan hastaların hastalıktan daha fazla etkilendikleri, hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri gözlemlendi.

- Ek ilaç kullanımı olmayan hastaların hastalıkları hakkında daha endişeli oldukları ve duygusal olarak daha çok etkilendikleri saptandı.

- Antihiperlipidemik ilaç dışında kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastaların şikayetlerinin arttığı ve hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri gözlemlendi.

- Hastalık nedeninin kalıtsal olduğunu düşünen hastalarda hastalıklarının daha uzun süreceğini düşündükleri ve hastalıklarını daha iyi anladıkları saptanmıştır. Hastalık nedeninin stres-endişe olduğunu düşünenlerde ise tedavi almanın daha yararlı olduğunu düşündükleri gözlemlenmiştir.

Öneri olarak; hiperlipidemi hastalarına hastalığı hakkında ne düşündüğü veya endişeleri sorgulanıp, hastalık hakkında ve tedavi ile ilgili ayrıntılı bilgi verilebilir. Bu durumun iyileşme süreci üzerinde olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Geneva, WHO, 1996.
2. BAŞPINAR, O. Hiperlipidemik Erkek Hastalarda Statin Tedavisi ile LDL Kolesterol Seviyesinin Düşürülmesinin Adrenal ve Cinsel Fonksiyonlar ile CRP ve NO Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Endokrinoloji Uzmanlık Tezi. Ocak, 2014.
3. Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376:1670–81.
4. Grundy SM, Cleeman JI, Merz NB, et al. For the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation* 2004; 110:227-39.
5. Williams B HD. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: explanatory model or exploratory map. *Soc Sci Med.* 2001;53:465–76.
6. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LN, Bergman W, et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res.* 1998; 44(5):573–85.
7. Marshall GN. A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff? *J Pers Soc Psychol.* 1991;61 (3):483–91.
8. Acehan O. Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi. Adana, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.B.D. 2010
9. Andrew P. Lea, Dona McTavish. Atorvastatin: A review of its Pharmacology and therapeutic potential in the management of hyperlipidemias. *Drugs* 1997; 53: 828-847.
10. Ray KK, Cannon CP. The potential relevance of the multiple lipid-independent (pleiotropic) effects of statins in the management of acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1425-33.

11. Grundy SM, Posternak R. Assesment of cardiovascular risk by use of multiple risk factor assesment equations. *Circulation* 1999; 100:1481-92.
12. Witztum JL, Steinberg D. Hiperlipoproteinemiler. In:Goldman L, Ausiello D (ed). *Cecil Textbook of Medicine*, 22. ed. İstanbul:Günes Kitabevi, 2006: 1258-1268.
13. Rader DJ, Hobbs HH. Disorders of lipoprotein metabolism. In: Braunwald E, Fauci S, Kasperd, Hauser S (ed). *Harrison's Principals of Internal Medicine*, 16. ed. USA:Mc Graw-
14. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, et al. For the Cholesterol and Recurrent Events Trial Investigators. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996; 335: 1001–9.
15. The Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998; 339: 1349–57.
16. Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. The third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final report. *Circulation* 2002; 106:31433421.
17. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) *JAMA* 2001; 285:248697.
18. LİPİD METABOLİZMA BOZUKLUKLARI TANI ve TEDAVİ KILAVUZU, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2016; 15-17
19. Lindsay PH ND. *Human information processing: an introduction to psychology*. New York. Acad P. 1977;
20. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol*. 2000 Jan;55(1):99–109.

21. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algisi Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. = The Turkish reliability and validity study in Cancer Patients of Illness Perception Questionnaire. *Klin Psikiyatr Derg J Clin Psychiatry*. 2007;10(4):192–200.
22. Karabulutlu YE OA. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilim Derg*. 2011;14(4):25–31.
23. Stockford K, Turner H, Cooper M. Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: a preliminary investigation. *Br J Clin Psychol*. 2007;46(Pt 2):139–54.
24. Petrie KJ WJ. Why illness perceptions matter. *Clin Med (Northfield Il)*. 2006;6:536–9.
25. Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, Van Kempen GMJ WJ ve ark. Illness perceptions and coping explain well-being in patients with huntintong's disease. *Psychol Heal*. 2006;21(4):431–6.
26. Alsén P. Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. *Institute Of Health And Care Sciences. Doctoral Theses, Göteborg, Göteborgs Universite*:2009.
27. Mosavel M, Simon C, Ahmed R. Cancer perceptions of South African mothers and daughters: implications for health promotion programs. *Health Care Women Int*. 2010 Sep;31(9):784–800.
28. Petrie K, Jago L a, Devcich D a. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(2):163–7.
29. Hagger MS, Orbell S. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychol Health*. 2003;18(2):141–84.
30. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *Am J Crit Care*. 2004 Mar;13(2):136–45.
31. Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness representation of patients with systolic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2006;21(4):190–5.
32. Kocaman ve ark. 271 Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatol J Psychiatry*. 2007;8:271–80.
33. Elwy AR, Yeh J, Worcester J, Eisen S V. An illness perception model of primary

- care patients' help seeking for depression. *Qual Health Res.* 2011 Nov;21(11):1495–507.
34. Linda D. Cameron ve Howard Leventhal. *The Self-Regulation Of Health And Illness Behaviour.* New York. 2003;42–65.
  35. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition.* New York. 1988;
  36. Frostholm L, Fink P, Christensen KS, Toft T, Oernboel E, Olesen F, et al. The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosom Med.* 2005;67(6):997–1005.
  37. Lipowski ZJ. *Physical Illness, The Individual And The Coping Process.* *Psychiatry Med.* 1970;1:91–102.
  38. Lloyd GG. *Psychological reactions in physically ill patients Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry,* Oxford, Elsevier Science Publishers BV. Judd, F.K., Burrows, G.D., Lipsitt DR, editor. 1991.
  39. Brown, J., Fitzpatrick, R. Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients , *J Psychosomatic Res.* 1988;32:191–6.
  40. Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann, M. Compliance: A self-regulation perspective, *Handbook of behavioral medicine.* :369–436.
  41. Leventhal, H., Nerenz, D.R., Purse, J. Illness representations and coping with health threats.
  42. Meyer, D., Leventhal, H., Gutmann, M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Heal Psychol.* 1985;4(2):115.
  43. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med.* 2002 Dec;25(6):551–603.
  44. Lau, R.R., Hartman KA. Common sense representations of common illnesses. *Heal Psychol.* 1983;2:167–85.
  45. Ogden J. *Health Psychology,* Buckingham, Open University Press. 1996.
  46. Groarke, A., Curtis, J., Clan, R., Gsel A. The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoidarthritis: a longitudinal study. *Psychol Heal.* 2005;20(5):597–613.
  47. Vaughan, R., Morrison, L., Miller E. The illness representations of multiple

- sclerosis and their relations to outcome. *Br J Health Psychol.* 2003;8:287–301.
48. Kaptein, A., A., Scharloo, M., Helder, D. I. K ve ark. Representations of chronic illness, The self-regulation of health and illness behaviour, London, Routledge. 2003;
  49. Scharloo, M., Kaptein A. “Perceptions of health and illness: Current research and applications”, Measures with chronic somatic Illnesses of Illness perception in patient: A review. Amsterdam, Harwood Academic Publishers; 1997. 103-154 p.
  50. Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E.A., Özakıncı G. Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach, In Sutton, S., Baum, A. ve Johnston M. (Edt.), The Sage handbook of health psychology. Thousand Oaks, CA, Sage Publications. 2005;
  51. Donkin L, Ellis CJ, Powell R, Broadbent E, Gamble G, Petrie KJ. Illness perceptions predict reassurance following a negative exercise stress testing result. *Psychol Heal.* 2006;21(4):421–30.
  52. Marteau TM, Weinman J. Self-regulation and the behavioural response to DNA risk information: A theoretical analysis and framework for future research. *Soc Sci Med.* 2006;62(6):1360–8.
  53. Botha-Scheepers S, Riyazi N, Kroon HM et al. Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis Cartilage.* 2006;
  54. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J et al. Patients‘ illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol.* 2000;142:899–907.
  55. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA et al. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1999;26:1686–93.
  56. Petrie KJ, Cameron LDL, Ellis CJC, Buick D, Weinman J. Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction : An Early Intervention Randomized Controlled Trial. *Psychosom Med.* 2002;64:580–6.
  57. BAYAD, A. Preoperatif Cerrahi Hastalarında Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği. İzmir, 2017
  58. Hagger MS OS. A confirmatory factor analysis of the revised illness perception

- questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psych Heal*. 2005;20:161–73.
59. Wittkowski A, Richards HL, Williams J, Main CJ. Factor analysis of the Revised Illness Perception Questionnaire in adults with atopic dermatitis. *Psychol Health Med*. 2008;13(3):346–59.
  60. Snell DL, Siegert RJ, Hay-Smith EJC, Surgenor LJ. An examination of the factor structure of the Revised Illness Perception Questionnaire modified for adults with mild traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2010;24(13–14):1595–605.
  61. Chen SL, Tsai JC, Lee WL. Psychometric validation of the Chinese version of the Illness Perception Questionnaire-Revised for patients with hypertension. *J Adv Nurs*. 2008;64(5):524–34.
  62. Cabassa LJ, Lagomasino IT, Dwight-Johnson M, Hansen MC, Xie B. Measuring Latinos' perceptions of depression: a confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cult Divers Ethn Minor Psychol*. 2008;14(4):377–84.
  63. van Ittersum MW, van Wilgen CP, Hilberdink WKHA, Groothoff JW, van der Schans CP. Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. 2009 Jan;74(1):53–60.
  64. Giannousi Z, Manaras I, Georgoulas V, Samonis G. Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psychooncology*. 2010 Jan;19(1):85–92.
  65. Dempster M, McCorry NK. The factor structure of the revised Illness Perception Questionnaire in a population of oesophageal cancer survivors. *Psychooncology*. 2012;21(5):524–30.
  66. Chilcot J, Norton S, Wellsted D FK. The factor structure of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in end-stage renal disease patients. *Psychol Heal Med*. 2012;17:578–88.
  67. Pesut DP, Bursuc BN, Bulajic M V, Solovic I, Kruczak K, Duarte R, et al. Illness perception in tuberculosis by implementation of the Brief Illness Perception Questionnaire – a TBNET study. *Springerplus*. 2014;3(1):664.
  68. Var F, Rajeswaran J. Perception of illness in patients with traumatic brain injury. *Indian J Psychol Med*. 2012 Jul;34(3):223.
  69. De Gucht V. Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom

- severity and health-related quality of life in IBS patients. *Qual Life Res.* 2015 Aug 7;24(8):1845–56.
70. Gündüz F. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. 2014.
  71. Abubakari AR, Jones MC, Lauder W, Kirk A, Devendra D, Anderson J. Psychometric properties of the Revised Illness Perception Questionnaire: Factor structure and reliability among African-origin populations with type 2 diabetes. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(6):672–81.
  72. Aflakseir A. Role of illness and medication perceptions on adherence to medication in a group of Iranian patients with type 2 diabetes. *J Diabetes.* 2012;4:243–7.
  73. Özen Ş. Multipl Sklerozlu Hastalarda Hastalık Algısının Belirlenmesi. 2013.
  74. Spain LA, Tubridy N, Kilpatrick TJ, Adams SJ, Holmes ACN. Illness perception and health-related quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand.* 2007;116(5):293–9.
  75. Bahçecioğlu G. Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. 2013.
  76. Weldam SW, Lammers J-WJ, Heijmans MJ, Schuurmans MJ. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. *BMC Fam Pract.* 2014 Dec 3;15(1):140.
  77. Oktay A. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. 2011.
  78. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *J Psychosom Res.* 2010;68(2):203–12.
  79. Lau-Walker M. Relationship between illness representation and self-efficacy. Vol. 48, *Journal of Advanced Nursing.* 2004. p. 216–25.
  80. Ciddi S. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. 2010.
  81. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *J Psychosom Res.* 2005;58(5):403–15.
  82. Jansen DL, Grootendorst DC, Rijken M, Heijmans M, Kaptein AA, Boeschoten

- EW, et al. Pre-dialysis patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions. A cross-sectional study. *BMC Nephrol.* 2010 Dec 8;11:35.
83. Öztürk A, Altuntaş Y, Özsan M GE. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olgularının hastalıkları ve hemodiyaliz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Erciyes Tıp Derg.* 2009;31:119–25.
84. Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res.* 2003;54(6):503–4.
85. Milani MJ, Ashktorab T, Saeedi ZA MH. The effect of illness perception on physical health-related quality of life promotion in multiple sclerosis (MS) patients attending peer support groups. *JPS.* 2012;3(2):31–7.
86. Korucu O. Başağrısı Hastalarında Hastalık Algısı, Bu Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Yeri. 2013.

## EKLER

### Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 31  
Tarih : 18/10/2016  
Karar No : 11

Hastanemiz Aile Hekimliği Asistanı Dr. Burcu KORKMAZ'ın tez çalışması olarak yapılması planlanan **"Hiperlipidemi Hastalarında Hastalık Algı Düzeyinin Değerlendirilmesi"** konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Burcu KORKMAZ tarafından Aile Hekimliği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Haluk MERGEN sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

**BAŞKAN :** Doç. Dr. Şükran KÖSE  
**ÜYELER :** Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER  
Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER  
Doç. Dr. Ahmet KAYA  
Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU (İzinli)  
Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN  
Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN  
Doç. Dr. Emel Ebru PALA  
Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY  
Doç. Dr. Can ÖZTÜRK  
Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK  
Emekli Albay. Atıf Can ÖKTEN  
Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR  
Telefon : 0 232 4696969 / 6128

**Ek 2. Çalışma Anketi**

**HİPERLİPİDEMİ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI  
DEĞERLENDİRME ANKETİ**

..../..../201.

**A. PRİMER KORUMA  
B. SEKONDER KORUMA**

1. YAŞ:
2. CİNSİYET:
3. EĞİTİM DURUMU:
4. MESLEK:
5. BOY:
6. KİLO:
7. BMİ:
8. EK HASTALIKLAR: HT +/- DM +/- KAH +/- SVO +/-  
DİĞER.....
9. Hastalığınız ile ilgili en çok bilgiyi nereden aldınız?  
a. doktordan b. hemşire/diğer sağlık çalışanları c. akraba/komşudan d.  
basın/tv/internet
10. Kolesterol ilacına ne zaman başlandı: ..... ay
11. Diğer kullanılan ilaçlar: VAR/YOK
12. Cevap VAR ise kaç ilaç kullanıyorsunuz: 1 2 3 4 ≥5  
hatırlamıyorum

**KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ**

**Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:**

1. Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
yaşamımı hiç ciddi  
etkilemiyor ölçüde etkiliyor
2. Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
çok kısa süre ömür boyu
3. Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kesinlikle hiçbir tamamen  
kontrolüm yok kontrolüm altında

4. Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç yardımcı değil oldukça yardımcı

5. Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiçbir şikayetim olmuyor çok ciddi şikayetlerim oluyor

6. Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç endişeli değilim çok endişeliyim

7. Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç anlamadım çok net anladım

8. Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
duygusal olarak hiç etkilemiyor duygusal olarak çok etkiliyor

**9. Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi işaretleyiniz.**

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

2: Böyle düşünmüyorum

düşünüyorum

3: Kararsızım

4: Böyle düşünüyorum

5: Kesinlikle böyle

**Olası nedenler;**

Stres ya da endişe	1	2	3	4	5
Kalıtıl (irisi)	1	2	3	4	5
Diyet- yemek alışkanlıkları	1	2	3	4	5
Meslekle ilişkili	1	2	3	4	5
Yaşlanma	1	2	3	4	5
Alkol	1	2	3	4	5
Sigara	1	2	3	4	5
Diğer hastalıklara bağlı	1	2	3	4	5

# ÖZGEÇMİŞ

## I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Burcu KORKMAZ

Doğum yeri ve tarihi: Nallıhan / 13.04.1988

İletişim adresi ve telefonu: burcukorkmaz134@gmail.com / 05452392202

Yabancı dili: İngilizce

## II- Eğitimi

Nallıhan Sakarya İlköğretim Okulu 1994-2002

Çankırı Süleyman Demirel Fen Lisesi 2002-2006

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 2006-2012

## III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

**2012-2014:** Nallıhan Devlet Hastanesi Acil Servis, Pratisyen Hekim

**2014- Günümüze:** İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Aile Hekimliği Asistan Doktor