



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ
Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu: Prof. Dr. Adem ÖZKARA**

**Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Diyabetes Mellitus ve Kronik
Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Oral İlaç Kullanımına
Uyumu Etkileyen Faktörler**

Dr. Murat İLERİ

UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2016



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ
Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu: Prof. Dr. Adem ÖZKARA**

**Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Diyabetes Mellitus ve Kronik
Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Oral İlaç Kullanımına
Uyumu Etkileyen Faktörler**

Uzmanlık Tezi

Dr. Murat İLERİ

**Tez Danışmanı
Uzm. Dr. İrfan ŞENCAN**

ANKARA-2016

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık sürecimin başından itibaren her zaman yol gösteren, deneyimlerini paylaşan ve tez sürecinde desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Adem zkara' ya;

Uzmanlık eğitimim süresince bilgisini, desteğini, güler yüzünü bizden esirgemeyen Doç. Dr. Rabia Kahveci 'ye;

Uzmanlık eğitimimin son anına kadar ve özellikle tez hazırlama döneminde gösterdiği özveri, fedakarlık ve hoşgörü sayesinde bu satırları yazdığım tez danışmanım ve Başasistanım Uzm. Dr. İrfan şENCAN' a;

Her türlü sıkıntı ve isteğimde desteğini ve abiliğini esirgemeyen birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Başasistanım Uzm. Dr. İsmail KASIM'a;

Binbir güçlükle beraber mücadele ettiğim, zorluklara beraber göğüs gerdiğim, tecrübelerinden hep beraber faydalandığım aile hekimliği asistan arkadaşlarıma;

Zorlu tez süreci de dahil olmak üzere hep yanımda olan beni destekleyen her şeyimi borçlu olduğum babam Kemal İLERİ, annem Zeliha İLERİ, ablam Derya İLERİ YEşİLKAYA ve kardeşim Ramazan İLERİ'ye;

Son olarak hayatımı paylaşma kararı aldığım ve bu yönde ilerlediğim hayat arkadaşım Bircan DEMİRCİ'ye;

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Murat İLERİ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER	vi
TABLolar	vi
1. GİRİŞ-AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. HİPERTANSİYON	3
2.1.1. Hipertansiyon Tanım Ve Sınıflandırma	3
2.1.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Komplikasyonlar	4
2.1.4. Tedavi	4
2.1.4.1. İlaç Tedavisi	5
2.1.4.1.1. Hipertansiyon Yönetiminde The Eighth Joint National Committee (JNC-8) Önerileri	5
2.1.4.1.2. İlaç Seçimi ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Önerileri	6
2.1.5. Hipertansiyonun Toplum Açısından Önemi	7
2.2. HİPERLİPİDEMİ	7
2.2.1. Hiperlipidemi Epidemiyolojisi	8
2.2.2. Hiperlipidemi Tedavisi	8
2.2.2.1. İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları	8
2.2.2.2. İlaç Tedavisi	9
2.2.2.3. Lipid Tedavisi İle İlgili Genel Öneriler	10
2.3. DİYABETES MELLİTUS	11
2.3.1. Tanım	11
2.3.2. Diyabet Mellitus Sınıflaması	11
2.3.3. Diyabet Epidemiyolojisi	12
2.3.4. Diyabet Komplikasyonları	13
2.3.4.1. Akut Komplikasyonlar	13
2.3.4.2. Kronik Komplikasyonlar	13
2.3.5. Diyabet Tedavisi	14
2.4. KRONİK KALP HASTALIĞI	14
2.4.1. Kronik Kalp Hastalığı Epidemiyoloji	15

2.4.2. Ritim Bozuklukları	15
2.4.2.1. Aritmi Tipleri	15
2.4.3. Kalp Yetmezliği	16
2.5. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM	17
2.5.1. Tanım	17
2.5.2 Sıklık	18
2.5.3. İlaç Tedavisine Uyumsuzluğun Nedenleri	18
2.5.3.1. Sosyodemografik Özellikler	18
2.5.3.2. Hastalık İlişkili Faktörler	19
2.5.3.3. Tedavi İle İlgili Faktörler	20
2.5.3.4. Davranış İle İlgili Faktörler	20
2.5.3.5. Ekonomik Özellikler	20
2.5.4. İlaç Tedavisine Uyumsuzluğun Sonuçları	21
2.5.5. İlaç Tedavisine Uyumu Artıran Yaklaşımlar	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	23
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	23
3.3. VERİLERİN TOPLANMA SÜRECİ VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	24
3.3.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	24
3.3.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	24
3.3.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	25
3.3.3.1. Modifiye Morisky Ölçeği	25
3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ve İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER	26
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇLAR	67
7. ÖZET	69
8. ABSTRACT	70
9. KAYNAKLAR	71
10. EKLER	80
Ek-1. Anket	80
Ek-2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı	84

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACC	: Amerikan Kardiyoloji Koleji
ACEİ	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
ADA	: Amerikan Diyabet Birliği
AES	: Atrial Ekstra Sistol
AHA	: Amerikan Kalp Cemiyeti
ALT	: Alanin Amino Transferaz
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
ASKVH	: Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık
AST	: Aspartat Amino Transferaz
ATP	: Adult Treatment Panel
AV	: Atriyoventriküler
CCB	: Kalsiyum Kanal Blokeri
CK	: Kreatin Kinaz
CMAG-1	: Case Management Adherence Guideline-1
DM	: Diyabetes Mellitus
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: Avrupa Hipertansiyon Derneği
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HIV	: İnsan Bağışıklık Sistemi Yetmezlik Virüsü
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
JNC-8	: The Eighth Joint National Committee
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
KY	: Kalp Yetmezliği
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

NON-HDL	: Yüksek Dansiteli Dışı Kolesterol
NSR	: Normal Sinüs Ritmi
OAD	: Oral Antidiyabetik
SAD	: Sinoatrial Düğüm
TRG	: Trigliserit
TURDEP-2	: Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Çalışması-2
VES	: Ventriküler Ekstra Sistol
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü



ŞEKİLLER

Şekil 1. TEMD Tip 2 DM’de tedavi algoritması



TABLÖLAR

Tablo 2.1. Yetişkinlerde (18 yaş ve üzeri) hipertansiyon sınıflandırılması	3
Tablo 2.3 ADA etyolojik ağırlıklı sınıflama	12
Tablo 4.1: Tüm hastalarda kişisel özelliklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler	28
Tablo 4.2: Tüm hastalarda kesikli verilerle ölçülmüş demografik ve ilaçlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler	29
Tablo 4.3: Hastalık ve ilaçlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler	30
Tablo 4.4: Ek hastalıklara ilişkin tanımlayıcı istatistikler	30
Tablo 4.5: Kronik hastalığa ilişkin tanımlayıcı istatistikler	31
Tablo 4.6: Hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler birinci bölüme ilişkin tanımlayıcı istatistikler	32
Tablo 4.7: Hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler ikinci bölüme ilişkin tanımlayıcı istatistikler	33
Tablo 4.8: Tüm hastalarda doktorların ilaç kullanımını etkileyen özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler	35
Tablo 4.9: Tüm hastalarda Modifiye Morisky Ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler	36
Tablo 4.10: Hastaların yaşları ile Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması...	36
Tablo 4.11: Motivasyon düzeyi ile demografik özelliklerin karşılaştırılması	37
Tablo 4.12: Bilgi düzeyi ile demografik özelliklerin karşılaştırılması	38
Tablo 4.13: Hastaların kullandıkları ilaç sayıları ile Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması	39
Tablo 4.14: Motivasyon düzeyi ile ilacın özelliği ve yan etki durumundaki davranışların karşılaştırılması	39
Tablo 4.15: Bilgi düzeyi ile ilacın özelliği ve yan etki durumundaki davranışların karşılaştırılması	40
Tablo 4.16: Motivasyon düzeyi ile kronik hastalıkla ilgili soruların karşılaştırılması	41
Tablo 4.17: Bilgi düzeyi ile kronik hastalıklarla ilgili soruların karşılaştırılması.	42
Tablo 4.18: Motivasyon düzeyi ile hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler birinci bölümün karşılaştırılması	44

Tablo 4.19: Bilgi düzeyi ile hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler birinci bölümün karşılaştırılması	45
Tablo 4.20: Motivasyon düzeyi ile hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler ikinci bölümün karşılaştırılması	47
Tablo 4.21: Bilgi düzeyi ile hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler ikinci bölümün karşılaştırılması	48
Tablo 4.22: Motivasyon düzeyi ile doktorların ilaç kullanımını etkileyen özelliklerinin karşılaştırılması	50
Tablo 4.23: Bilgi düzeyi ile doktorların ilaç kullanımını etkileyen özelliklerinin karşılaştırılması	51
Tablo 4.24: Kombine ilaç kullananlar ile kullanmayanların motivasyon düzeylerine ilişkin karşılaştırmalar	52
Tablo 4.25: Kombine ilaç kullananlar ile kullanmayanların bilgi düzeylerine ilişkin karşılaştırmalar	52
Tablo 4.26: HL ilacı kullanan ve kullanmayanların medyadaki sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bırakma durumları ile karşılaştırılması	52
Tablo 4.27: Komplikasyon durumu ile yaş ve günlük kullanılan ilaç sayısının karşılaştırmaları	53
Tablo 4.28: Komplikasyon durumu ile cinsiyet, eğitim, beraber yaşanılan kişiler, medeni durum, sigara, alkol, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi, medyadan etkilenip ilaç bırakma durumu, bitkisel ilaçların faydalı olacağı düşüncesine ilişkin karşılaştırmalar	55
Tablo 4.29: Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum ile yaş ve günlük kullanılan ilaç sayısının karşılaştırmaları	56
Tablo 4.30: Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum ile cinsiyet, eğitim, beraber yaşanılan kişiler, medeni durum, sigara, alkol, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi, medyadan etkilenip ilaç bırakma durumu, bitkisel ilaçların faydalı olacağı düşüncesine ilişkin karşılaştırmalar	58

1. GİRİŞ-AMAC

Çok çeşitli tanımlamalar yapılabilirse de kronik hastalık ifadesinden hemen daima uzun süren bir hastalık anlamı çıkmaktadır. Ancak bir hastalığı kronik hastalık olarak kabul etmemiz için uzun süreli olmaktan başka niteliklerinin de olması lazım. Günümüzden yaklaşık 50 yıl kadar önce kronik hastalık tanımı Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kronik hastalıklar komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) tarafından yapılmıştır. Komisyon tarafından kronik hastalık “genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, yavaş ilerleyen, sürekli, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklar” olarak tanımlanmaktadır [1].

2005 yılı rakamlarına göre dünyada meydana gelen 58 milyon ölümün 35 milyonun (%60) nedeni kronik hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre Avrupa Bölgesi'nde 2005 yılında kronik hastalıklar tüm hastalık yükünün %77'sini oluşturmuştur [1].

Toplumda yaşlı nüfusun artması kronik hastalıkların zaman içinde artmasına neden olmaktadır. Kronik hastalıklar çoğunlukla ileri yaşlardaki kişilerin sorunudur. Bu nedenle toplumda yaşlı nüfus ne kadar fazla olursa kronik hastalığa yakalanabilecek kişi sayısı da o kadar fazla olacaktır. Doğumda beklenen yaşam sürelerinde birçok ülkede geçen 100 yıllık sürede artışlar olduğu görülmektedir. Türkiye'de de geçtiğimiz 50 yıl içinde doğumda beklenen yaşam süresi yaklaşık 30 yıl artmıştır [1].

Türkiye'de 2000 yılında yapılan araştırmanın sonuçlarına göre 60 ve üzeri yaş grubunda erkeklerde ve kadınlarda en sık ölüm nedeni olan on hastalıktan dokuz tanesinin kronik hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre her yıl 200 bin dolayında ölümün nedeni olan kalp hastalıklarının 2030 yılında 400 binden fazla kişinin ölümüne yol açacağı ön görülmektedir. Benzer şekilde diyabet nedeniyle olan ölümlerin de ileriki zamanlarda 1,5 kat artacağı hesaplanmıştır [2].

Tedaviye uyum veya daha yeni bir terim ile “tedaviyi destekleme” tanım olarak gözlenen davranış etkisinin, tedavinin beklenen standartına oranı olarak ifade edilmektedir. Kompliyan terimi sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil,

tedavinin süresi, hasta ve hastalıkla ilişkili değişkenler ve diğer psikososyal özellikler gibi tedaviyi etkileyen diğer faktörlere uyumu da kapsamaktadır [3].

Adherence kişinin uzun dönemde ilaç alma şeklini, hayat tarzını, diyetini ve davranışlarını sağlık çalışanlarının belirttiği şekilde uygulamasıdır. Sağlık çalışanı-hasta ilişkisinin en ideal göstergesi sayılabilir. Bu ilişkinin temelini hasta ve sağlık çalışanı arasındaki işbirliği oluşturur. Bu terminoloji hastanın tedaviyi sahiplenip tedaviye devam etmesini de kapsamaktadır [4].

İlaça uzun dönemde bağlı kalmama (nonadherence) veya ilaç rejimlerine uyumsuzluk (noncompliance) ise; hasta merkezli bir terim olup tedavi önerilerine doktorun söylediği şekliyle uyulmaması olarak tanımlanır. İlaç uyumsuzluğu dinamik ve kompleks bir davranışsal süreçtir. Nonkomplians hastalar arasında yaygın bir sorundur ve her hastalıkta görülebilir [3].

Biz bu çalışmamızda birinci basamakta kronik hastalıklardan en sık görülen hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus ve kronik kalp hastalıklarını ele aldık. Bu hastalıkları seçerken hem toplumda sık görülmesi hem de parenteral tedavinin başlı başına uyum gerektireceği düşünülerek sadece oral ajanlarla tedavi edilen hastalıkları seçtik. Bu bağlamda inhaler tedavi kullanılması nedeniyle kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve astım gibi hastalıkları toplumda sık görülse de çalışmamıza dahil etmedik.

Amacımız hastaların oral ilaçlarını tam zamanında ve dozunda almasının önündeki engelleri saptayarak konu hakkında farkındalık oluşturmak ve dolayısıyla ilaç kullanım uyumsuzluğunun neden olduğu o hastalıkla ilgili komplikasyon, hastaneye ek yatış ve maliyet artışının önüne geçmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYON

2.1.1. Hipertansiyon Tanım Ve Sınıflandırma

Kişilerin kan basıncı sınıflandırması uygun bir şekilde iki veya daha fazla ölçümün ortalaması alındıktan sonra yapılmaktadır. Kan basıncı sistolik 120 mm Hg ve diyastolik 80 mm Hg altında olanlar normal kabul edilmektedir. Sistolik ≥ 140 mm Hg ve/veya diyastolik ≥ 90 mm Hg olanlar kan basıncı yüksek kişiler olarak tanımlanmaktadır (Tablo 2.1) [5].

Tablo 2.1. Yetişkinlerde (18 yaş ve üzeri) hipertansiyon sınıflandırılması

Kan Basıncı Sınıflandırması	Sistolik Kan Basıncı, mmHg(Milimetre Cıva)		Diyastolik Kan Basıncı, mmHg
Normal	<120	ve	<80
Pre-hipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥ 160	veya	≥ 100

2.1.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

2008 yılında dünyada 25 yaş ve üzeri topluluğun yaklaşık %40'ında hipertansiyon teşhis edilmiştir. En yüksek sıklığı %46 ile Afrika Bölgesi oluştururken, en düşük oranı %35 ile Amerikalılar oluşturmaktadır [6]. Almanya, Rusya Federasyonu ve Türkiye'de yaş standartına göre (35-84) oran % 40 dolaylarında seyrederken, Bangladeş ülkesinde bu oran % 20 dolaylarında kalmaktadır. Küresel olarak (özellikle bazı orta veya düşük gelirli ülkeler) hipertansiyon tedavisi düşük orandadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde hipertansiyonlu kişilerin (35-49 yaş standartlı) tespiti, kontrolü ve tedavisi hususunda yüksek yüzdelere sahiptir. Türkiye, İran, Arnavutluk ve Ermenistan'da bu yüzdelere düşüktür.[7]

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 77,9 milyon (her 3 kişiden biri) yetişkinde kan basıncı yüksekliği vardır. 1999 yılından 2009 yılına kadar yüksek kan basıncı % 17,1 artmıştır. Hipertansiyon prevalansının mevcut verilerden 2030 yılına kadar % 7,2 artacağı tahmin edilmektedir. Kişilerin % 81,5'i kan basıncı yüksekliği olduğunun farkında ve % 52,5'i kontrol altındadır.[8]

20 yaş ve üzeri hipertansiyon prevalansı Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Çalışması-2 (TURDEP-2) sonuçlarına göre % 31,3 olarak bulunmuştur. Kadınların % 32,3'ünde hipertansiyon varken, erkeklerin % 30,9'unda hipertansiyon vardır. Hipertansiyon farkındalığının oranı % 58,1 dir. Erkeklerdeki farkındalık (% 48,5) kadınlardaki farkındalıktan (%63,2) daha az iken, kırsal farkındalık (% 53,7) kentsel farkındalıktan (% 61,1) daha azdır[9]. Türkiye'de 2012 yılı sağlık istatistiklerinde hipertansiyonlu kişilerin (15 yaş ve üzeri) % 13,2 olduğu belirtilmektedir. Erkeklerin % 8,7'si ve kadınların % 17,6'sı hipertansiyonlu olduğunu ifade etmektedir[10].

Hipertansiyon prevalansları açısından coğrafi bölgelerde çok fazla fark olmamakla birlikte, prevalansın en yüksek olduğu bölgeler İç Anadolu, Marmara ve Karadeniz bölgeleridir. Toplumda ekonomik açıdan etkin kabul edilen orta yaş (35-64 yaş) grubunda hipertansiyon prevalansı % 42,3 (erkeklerde % 34,8, kadınlarda %50) olarak belirtilmiştir. Geriatrik popülasyonda (≥ 65 yaş) hipertansiyon prevalansı ise %75,1 (kadınlarda %81,7, erkeklerde % 67,2) bulunmuştur[11].

2.1.3. Komplikasyonlar

Hipertansiyona bağlı en yaygın organ hasarının olduğu hastalıklardan biri iskemik kalp hastalığıdır. Ayrıca diyabetik hipertansiyon, kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği ve felç oluşumunu tetikleyebilmektedir[5].

2.1.4. Tedavi

Tedavide amaç hipertansiyonun kontrolü ve yan etkilerinin önlenmesidir. Kan basıncı yüksek olanların tedavi planlaması olumlu yaşam tarzı değişikliği ve uygun antihipertansif ilaç kullanılması ile yapılmaktadır[7].

2.1.4.1. İlaç Tedavisi

Yüksek kan basıncının ilaç tedavisinde beta blokerler, diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ) ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) olmak üzere beş grup ilaç kullanılmaktadır. Bu gruplardan herhangi biri ya da birkaçının birlikteliğiyle ilaç tedavisine başlanmaktadır. İlaçların seçiminde ilaç uyumluluğu ve hastanın tıbbi öyküsü dikkate alınmaktadır. İlaç tedavisinden 3-4 hafta sonra beklenen kontrolün sağlandığını saptamak için hasta klinikte tekrar değerlendirilerek takip edilir [7].

2.1.4.1.1. Hipertansiyon Yönetiminde The Eighth Joint National Committee (JNC-8) Önerileri

Hipertansiyonun yönetimine dair 9 tavsiye bulunmaktadır. Tavsiyelerde toplumdaki kişilerin 60 yaş altında, 60 yaş ve üzeri ve 18 yaş ve üzeri yaş olması kriterlerine göre yapılmaktadır.

Tavsiye 1: Toplumdaki 60 yaş ve üzeri kişilerin 150 mm Hg ve üzeri sistolik basıncı ve 90 mm Hg ve üzeri diyastolik basıncı başlangıç farmakolojik tedaviyle düşürülmelidir.

Tavsiye 2: Toplumdaki 60 yaş altı kişilerin diyastolik kan basıncını 90 mm Hg altına çekmek başlangıç farmakolojik tedavi hedefidir.

Tavsiye 3: Toplumdaki 60 yaş altı kişilerin sistolik kan basıncını 140 mm Hg altına çekmek başlangıç farmakolojik tedavi hedefidir.

Tavsiye 4: Toplumdaki 18 yaş ve üzeri kronik böbrek yetmezliği olan kişilerin sistolik basıncı 140 mm Hg altına ve diyastolik basıncı 90 mm Hg altına düşürmek başlangıç farmakolojik tedavi hedefidir.

Tavsiye 5: Toplumdaki 18 yaş ve üzeri diyabetli kişilerin sistolik basıncını 140 mm Hg altına ve diyastolik basıncını 90 mm Hg altına düşürmek başlangıç farmakolojik tedavi hedefidir.

Tavsiye 6: Siyahi olmayan diyabetli toplumda, başlangıç antihipertansif tedavisi bir tiazid tipi diüretik, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEİ),

anjiotensin reseptör blokeri (ARB) ya da kalsiyum kanal blokeri (CCB) içermesi gerekir.

Tavsiye 7: Diyabetli siyahi toplulukta, başlangıç antihipertansif tedavisinde bir kalsiyum kanal blokörü (CCB) veya tiyazid tipi diüretik olmalıdır.

Tavsiye 8: Toplumdaki 18 yaş ve üzeri kronik böbrek yetmezliği olan kişilerin başlangıç antihipertansif tedavisi, böbrek sonuçlarını geliştirmek için anjiyotensin reseptör blokörü (ARB) ya da anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEI) içermesi gerekir.

Tavsiye 9: Bir aylık tedavi sürecinde kan basıncı hedefine ulaşılmazsa, ikinci ilaç eklenebilir (tavsiye 6'da belirtilen ilaç grubundan birisi) veya başlangıç ilaç dozu artırılabilir. Kan basıncı kontrol edilene kadar hastayı değerlendirmelere devam edilir. İki ilaçla da hedeflere ulaşılmazsa, önerilen ilaçlardan üçüncüsü eklenir. ARB ve ACEI grubu ilaçların aynı hastada birlikte kullanılmamasına dikkat edilir[12].

2.1.4.1.2. İlaç Seçimi ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Önerileri

Avrupa Kardiyoloji Derneği 2013 kılavuzunda 2007 yılındaki kılavuza benzer bir şekilde hipertansiyonlu hastalarda tedaviye başlarken ya da devamında kullanılmak üzere beş grup ilaç belirtmiş ve herhangi bir gruba öncelik vermemiştir. Bu beş ilaç grubu her zaman kullandığımız diüretikler (tiyazidler, klortalidon, indapamid), kalsiyum antagonistleri, beta blokerler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleridir. Burada vurgulanması gereken JNC 8 kılavuzunda beta blokerler ilk seçilecek ilaçlar arasında yer almazken bu kılavuzda yer almasıdır. Beta blokerlerin özellikle yaşlı hastalarda başta inme olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar açısından daha olumsuz olması, kan basıncını yeterince düşürememeleri ve özellikle diüretikler ile kombine edildiğinde yeni diyabet sıklığını artırmaları buna sebeptir. ESC/ESH 2013 kılavuzu ise vazodilatör özelliği olan yeni kuşak (karvedilol, nebivolol, seliprolol) beta blokerlerin avantajlarını vurgulayarak kullanımını sınırlamamıştır. Özellikle kardiyovasküler (KV) son noktalar konusunda çalışmaların ve metaanalizlerin bu konuda farklı sonuçlar verdiğini, istenmeyen etkilerin özellikle bu çalışmalarda sık kullanılan atenolole bağlı olabileceğini belirtmiştir. Evre 2-3 hipertansiyonda ve çok yüksek

KV riske sahip bireylerde ise kombinasyon tedavisi önerilmektedir. Kombinasyon tedavisinde vurgulanan en önemli nokta ise anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri/anjiyotensin reseptör blokerleri kombinasyonunun kesinlikle önerilmemesidir [13].

2.1.5. Hipertansiyonun Toplum Açısından Önemi

Ayaktan başvurularda hipertansiyon en yaygın primer hastalık tanısıdır. Hastalığın yönetiminde maliyetlerin %40'ının ayaktan başvuran 60-74 yaş ve üzerindeki bireylerden %30'unun 45-64 yaş arasındaki bireylerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Çalışan yaş grubundaki (45-64 yaş) bu durum her 1000 bireyde 1021 ayaktan başvuru olarak düşünülebilir[14]. Kan basıncının kontrolünde başarısızlık olması kardiyovasküler ölümlere neden olur. Beş Avrupa ülkesi dikkate alındığında üç kardiyovasküler olayda (miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği ve inme) sadece akut yatış için yıllık maliyetin 11 milyar avroya ulaştığı tahmin edilmiştir. 2003 yılında İtalya'da kontrol altına alınamamış hipertansiyon nedeniyle üç kardiyovasküler olayın yıllık maliyeti 16 milyar avro olarak gösterilmiştir. Üç milyar avro olan antihipertansif ilaç maliyeti de eklendiğinde toplam maliyetin 19 milyar avroya ulaştığı saptanmıştır[15].

2.2. HİPERLİPİDEMI

Ateroskleroz tüm dünyada önde gelen mortalite ve morbidite sebeplerinden olan kardiyovasküler hastalıkların (KVH) patogenezinde önemli rol oynar. Etkilenen organın kan akımının azalmasına, oksijen ve diğer besin maddelerinden yoksun kalmasına neden olarak ateroskleroz dokuda iskemi ya da infarktüse yol açar. Aterosklerozdaki kan akımı azalmasının esas nedeni damar duvarında lipid depolanmasıdır. Plazmada yüksek oranda kolesterol, özellikle de trigliserit (TRG) ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) bulunması yanı sıra, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düşük olması aterosklerotik KVH için önemli risk faktörleridir[16].

Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) ve total kolesterol arasındaki fark olarak tanımlanabilen yüksek dansiteli dışı kolesterol (non-HDL) düzeyi de açlık

faktörü dikkate alınmaksızın elde edilebilen ve koroner arter hastalığı (KAH) için TRG kadar iyi bir belirteç olarak önerilmektedir.

Ailesinde hiperlipidemi öyküsü ya da prematür kalp hastalığı öyküsü olan çocuklarla, kendisinde diğer kardiyovasküler risk faktörleri bulunan çocuklarda ve ebeveynlerin tıbbi geçmişi bilinmiyorsa hiperlipidemi açısından tarama yapılması önerilmektedir[17].

2.2.1. Hiperlipidemi Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalar düşük serum HDL düzeylerinin artmış KAH morbidite ve mortalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Buna karşın yüksek HDL düzeylerinin tam aksine riski azalttığı düşünülmektedir. Literatürdeki epidemiyolojik veriler bütün olarak ele alındığında HDL de yüzde bir düşüşün, KAH riskinde yüzde iki-üç kat artışla sonuçlanacağı düşünülmektedir [18].

2.2.2. Hiperlipidemi Tedavisi

Beslenme önerileri, fiziksel aktivite artışı, kilo verilmesi, alkol ve sigara bırakılması ve ilaç tedavisi hiperlipidemi tedavisini oluşturmaktadır.

Hastalarda ölçülen lipid düzeylerinin klinik önemine bireysel risk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra karar verilmelidir. 2013 yılında Adult Treatment Panel (ATP) IV kılavuzu Amerikan Kardiyoloji Koleji /Amerikan Kalp Cemiyeti (ACC/AHA) tarafından hiperlipideminin yönetimi için yayınlanmıştır[19]. Bu kılavuzda hiperlipidemi tanı ve tedavisi 10 yıllık aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) riski ile yaşam boyu ASKVH gelişme riski göz önüne alınarak belirlenmiştir. Tedavinin primer hedefini en aterojenik lipoprotein olan LDL kolesterol oluşturmaktadır. Hiperlipideminin primer koruması için kişinin LDL kolesterol düzeyi, diyabet varlığı ve 10 yıllık ASKVH gelişim riski önemli iken, sekonder koruma için klinik ASKVH olması gerekmektedir[19].

2.2.2.1. İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları

Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve yaşam tarzı değişiklikleri hiperlipidemi tedavisinin her aşamasında önemli bir yer tutar. Trans yağ asitleri de dâhil olmak üzere doymuş yağların günlük kalorisinin %7'sini geçmemesi ve yemekle

alınan günlük kolesterol miktarının 200 mg'ın altında tutulması yaşam tarzı değişiklikleri içinde yer alan diyetle önerilir [20]. Bitkisel sterollerin günde 2 gramı geçmeyen miktarlarda kısıtlanmasıyla LDL kolesterolün %10 civarında düşürülebildiği gösterilmiştir. Haftada 4-6 kez 30-60 dakika tempolu yürüyüş, bisiklet, yüzme ya da hastanın efor kapasitesine göre koşu gibi aktivitelerin düzenli ve sürekli şekilde yapılması kolesterol düzeylerini ciddi düzeyde düşürebilmektedir [20, 21]. Ayrıca balık yağındaki omega 3 yağ asitlerinin yararlı etkileri gösterilmiştir [20].

2.2.2.2. İlaç Tedavisi

Randomize kontrollü çalışmalarla destekli kanıtlarla ve özellikle ASKVH gelişim riskinin azaltılması hedef alınarak ATP 4 kılavuzunda tedavi hedefleri güncellenmiştir. Lipid düşürücü ana tedavi unsuru olan statin tedavisine başlama önerileri bu kılavuzda dört ana başlık altında toplanmıştır [19].

1) Klinik ASKVH' lı hastalarda sekonder koruma

- Bilinen koroner arter hastalığı olan kişiler (miyokard enfarktüsü, önceki koroner arter hastalığı tedavisi yapılan hastalar)
- Diğer kardiyovasküler hastalıklar (inme ve geçici iskemik atak geçiren ve periferik arter hastalığı olanlar)
- 10 yıllık ASKVH riskini > % 20 arttıran kombine risk faktörlerine sahip olanlar
- GFR< 45 ml/dk/1,73 m2 olan kronik böbrek hastalığına sahip olanlar

2) Yaşı ≥ 21 ve LDL ≥ 190 olanlarda primer koruma

3) Diyabetik LDL'si 70-189 arası olan kişilerde primer koruma

4) Diyabetik olmayan LDL'si 70-189 arası olan kişilerde primer koruma

Bu kılavuza göre tedavi LDL kolesterol düşürme hedefine göre 3 grupta ele alınmıştır:

A) Yüksek yoğunluklu statin tedavisi: LDL kolesterol düzeyinde $\geq$ %50 azalma sağlayan statin dozudur.

Atorvastatin 40, 80 mg

Rosuvastatin 20, 40 mg

B) Orta yoğunluklu statin tedavisi: LDL kolesterol düzeyinde % 30 - 50 azalma sağlayan statin dozudur.

Atorvastatin 10, 20 mg

Rosuvastatin 5, 10 mg

Simvastatin 20, 40 mg

Pravastatin 40, 80 mg

Lovastatin 40 mg

Fluvastatin XL 80 mg

Pitavastatin 2, 4 mg

C) Az yoğunluklu statin tedavisi: LDL kolesterol düzeyinde < % 30 azalma sağlayan statin dozudur.

Simvastatin 10 mg

Pravastatin 10, 20 mg

Lovastatin 20 mg

Fluvastatin 20, 40 mg

- Pitavastatin 1 mg

LDL kolesterol düzeyi eski kılavuzların aksine tedaviye başlamak için gerekli olmayıp, sadece hastanın tedaviye uyumunu ve cevabını değerlendirmek için kullanılır. Bireylerin ASKVH risk belirlemesi bu kılavuzda, Framingham risk skoru yerine yeni bir skorla belirlendi. Bu skorda yaşam boyu ASKVH riski ve 10 yıllık ASKVH gelişim riskine yer verilmektedir. Skorun hesaplanmasında yaş, cinsiyet, ırk, total kolesterol, HDL kolesterol, hipertansiyon tedavisi, sistolik kan basıncı, diyabet ve sigara içme parametreleri kullanılmıştır. ([http:// tools. cardiosource. org/ ASCVD-RiskEstimator/#page_recommendation](http://tools.cardiosource.org/ASCVD-RiskEstimator/#page_recommendation)) adres linki kullanılarak kişilerin 10 yıllık ASKVH riski hesaplanabilmektedir[19].

2.2.2.3. Lipid Tedavisi İle İlgili Genel Öneriler

Açlık lipid paneli lipid düşürücü tedaviye başlamadan önce bakılmalı ve tedavi başlangıcından 4- 12 hafta sonra kontrol edilmelidir. Her 3-12 ayda bir sonraki ölçümler yapılabilir. Tedaviye başlamadan önce karaciğer enzimleri olan alanin amino transferaz (ALT), aspartat amino transferaz (AST) bakılmalı, sonrasında sadece klinik endikasyon dâhilinde bakılmalıdır. ALT, AST takibi rutin olarak

önerilmemektedir. Kreatin kinaz (CK) bakılması da klinik takipte rutin önerilmemektedir. Miyopatisi ve kas ağrısı olan hastalarda CK bakılması faydalı olabilir. Statin tedavisi alan hastada yeni diyabet gelişmesi durumunda statin tedavisine devam edilebileceği önerilmektedir. Statinlerin kardiyovasküler faydası fazla, glisemik kontrol üzerine etkisi çok az olması nedeniyle tedavi diyabet gelişenlerde kesilmemelidir [19].

2.3. DİYABETES MELLİTUS (DM)

2.3.1. Tanım

Diyabetes mellitus, göreceli ya da mutlak insülin eksikliği sonucunda ortaya çıkan, protein, karbonhidrat ve yağ metabolizmasında bozukluklara yol açan kronik hiperglisemik bir grup metabolizma hastalığıdır. Hastalarda genellikle poliüri, polidipsi, kilo kaybı, bulanık görme, bazen de polifaji semptomları görülür. Uzun vadede kronik hiperglisemi nedeniyle fonksiyon bozuklukları, hasar ve yetmezlik tablosu çeşitli organlarda oluşturabilir [22].

2.3.2. Diyabet Mellitus Sınıflaması

Diyabetin patogenezinin ve etyolojisinin daha iyi anlaşılmasıyla, sınıflaması da sürekli değişmektedir. İlk başta insuline bağımlı DM ve insülininden bağımsız DM olmak üzere iki ana gruptan oluşan ve daha sonra geliştirilen sınıflama, hastalığın hem patogenezinin göre hem de tedavi ihtiyacına göre kategorize edilmiştir. Amerikan Diyabet Birliği (ADA) tarafından önerilen yeni sınıflama 1997 yılında kabul görmeye başlamıştır. Kabul gören diyabetin güncel sınıflaması Tablo 2.3'de özetlenmiştir [23]

Tablo 2.3 ADA etyolojik ağırlıklı sınıflama

I. Tip 1 diyabetes (B hücre yıkımı, çoğunlukla mutlak insülin eksikliği) * İmmunolojik * İdiopatik
II. Tip 2 diyabetes (rölatif insülin eksikliği ve insülin direnci ya da insülin salınım defekti ile birlikte insülin direnci)
III. Diğer spesifik diyabet tipleri * Beta hücre fonksiyonunda genetik defektle karakterize * İnsülin etkisinde genetik defekt * Ekzokrin pankreas hastalıkları * Endokrinopatiler * İlaç ya da diğer kimyasallara bağlı gelişenler * Enfeksiyonlar- konjenital rubella, sitomegalovirus, koksaki virus * İmmunolojik diyabetin az izlenen formları- anti insülin antikörleri * Diyabetle ilişkilendirilen genetik sendromlar- Down sendromu
IV. Gestasyonel Diyabetes Mellitus

2.3.3.Diyabet Epidemiyolojisi

Günümüzde bütün dünya diyabet pandemisi ile karşı karşıyadır. Yakın zamana kadar dahi sebebi kesin belli olmayan bu hastalık, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sık görülmektedir. Genetik özelliklere çevresel ve kültürel faktörlerin eklenmesi modern çağda özellikle Tip 2 DM prevalansında artmaya neden olmuştur. DM' nin sinsi seyirli olması nedeniyle kayıtları en iyi tutulan ülkelerde bile prevalansının saptanması mümkün olmamaktadır. Ancak bölgesel ve ırksal farklılıklar mevcuttur. En yüksek oran Amerika Birleşik Devletleri'nde prima yerlilerinde %55 ile saptanmıştır[22, 24]. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre tüm dünyada 387 milyon diyabet hastası olduğu belirtiliyor [25].

2010-2012 yılları arasında ABD'de her yıl 20 yaş ve üstü 1,7 milyon yeni diyabet vakası saptanmıştır. 2012 yılında 20 yaş altında ise 208.000 diyabetli birey saptanmıştır. 2008-2009 yılları arasında 20 yaş altında 18.436 bireye yeni Tip 1 DM ve 5.089 bireye yeni Tip 2 DM tanısı konulmuştur. Tüm bu diyabetli bireylerin 11,9 milyonu (%56,9) oral antidiyabetik (OAD) kullanırken 2,9 milyonu (%14) sadece

insülin ve 3,1 milyonu (%14,7) hem insülin hem OAD kullanmaktadır. 3 milyon birey ise herhangi bir tedavi kullanmamaktadır [26].

2011'de yayınlanan TURDEP-2 göre Türkiye'de 20 yaş ve üzeri nüfus baz alındığında, diyabet oranı %13,7 (6.503.027 kişi) bulunmuştur, bunlardan bilinen diyabetli birey sayısı 3.547.401 kişi (%54,6) ve yeni diyabetli birey sayısı 2.955.626 kişi (%45,5) olarak bulunmuştur. Bilinen diyabeti olan hastalarda yine bu çalışmaya göre %64,5 oranında kan şekeri kontrolü yetersizdir [27].

2.3.4.Diyabet Komplikasyonları

Diyabetik hastaların %50'ye yakınının stroke veya iskemik kalp hastalığı ile kaybedildiği ve kardiyovasküler mortalitenin 2-4 kat yükselmiş olduğu bilinmektedir. Mikrovasküler komplikasyonlar da en az bu denli ciddi bir sorun oluşturmakta, retinopati tüm dünyadaki körlük nedenlerinin başında gelmektedir[28].

2.3.4.1. Akut Komplikasyonlar

- Diyabetik ketoasidoz
- Hiperozmolar nonketotik koma
- Hipoglisemi
- Laktik asidoz

2.3.4.2. Kronik Komplikasyonlar

a) Makrovasküler Komplikasyonlar

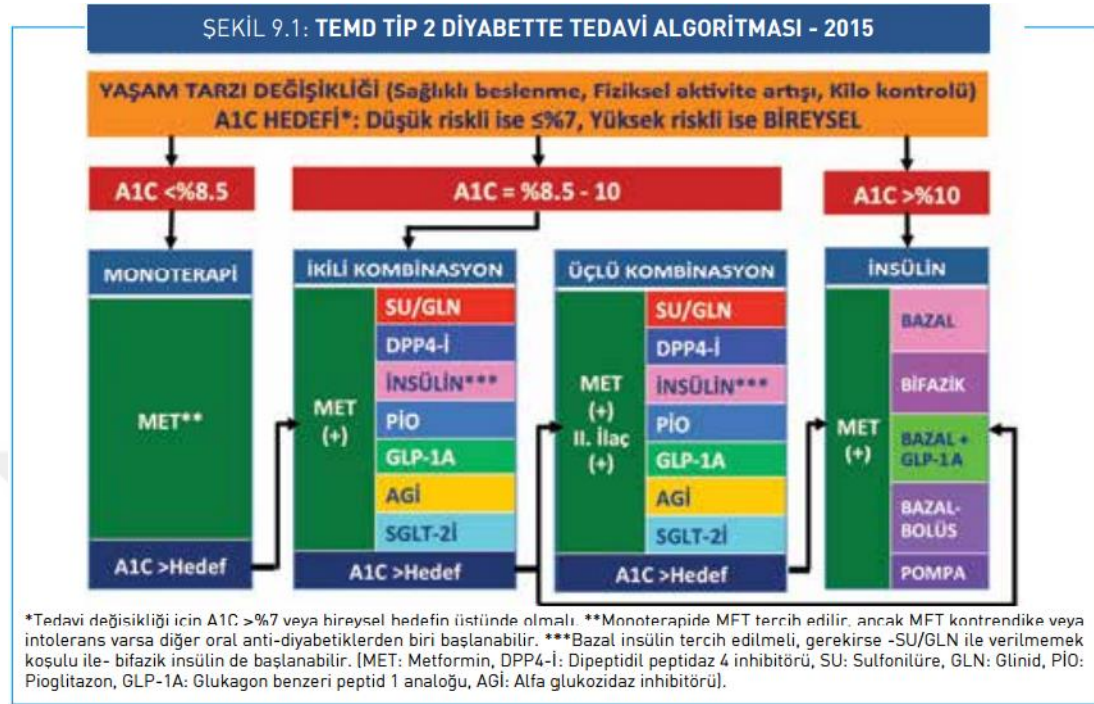
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Serebrovasküler hastalıklar
- Periferik damar hastalığı

b) Mikrovasküler Komplikasyonlar

- Diyabetik Retinopati
- Diyabetik Nöropati
- Diyabetik Nefropati

2.3.5 Diyabet Tedavisi

TEMED diyabet tedavi algoritması şekil 1.de özetlenmiştir [29]



Şekil 1. TEMD Tip 2 DM'de tedavi algoritması - 2015

DM, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başlıca morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Bu hastalık için kullanılan tedavi giderlerinin oldukça yüksek olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Diyabetli hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesi beslenme programı, diyabet eğitimi, egzersiz ve tıbbi tedaviden oluşan dört ögenin uyumlu bir şekilde yürütülmesiyle mümkündür. Tedaviyi doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanının bulunduğu bir ekiple yürütmek en idealidir [30].

2.4. KRONİK KALP HASTALIĞI

Kalp-damar sistemi hastalıkları bütün toplumlarda önemli bir toplumsal sağlık problemidir. Bütün ülkelerde kalp hastalıkları ölüm nedenleri arasında en başta gelir. Gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin önemli bir bölümü günümüzde kalp hastalıkları nedeniyle olmaktadır. Kalp hastalıklarının; konjenital kalp hastalıkları, edinsel kapak hastalıkları, kalbin enfeksiyon hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları,

kardiyomiyopatiler, koroner arter hastalıkları, ateroskleroz, miyokart enfarktusu, ritim bozuklukları, kalp yetmezliği (KY) gibi türleri vardır[31].

2.4.1. Kronik Kalp Hastalığı Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre; 2012 yılında 17,5 milyon kişinin KVH nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Bu rakam tüm ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin 7,4 milyonu koroner arter hastalığı ve 6,7 milyonu inme nedeniyle gerçekleşmiştir. Kardiyovasküler hastalık ölümlerinin %82'sinden fazlası düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde meydana gelmiş, kadın ve erkeklerde yaklaşık olarak eşit dağılmıştır. 2030 yılında yaklaşık 23,3 milyon kişinin KVH nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir [32].

2.4.2. Ritim Bozuklukları

Kalbin elektriksel sisteminin her türlü bozukluğuna kalbin ritim ileti bozukluğu veya aritmi denir[33]. Ritim bozuklukları; uyarı iletim bozuklukları, uyarı oluşum bozuklukları ve her ikisinin kombinasyonu olarak sınıflandırılabilir. Uyarı oluşum bozuklukları ektopik bir odaktan anormal uyarıların çıkması sonucu veya sinoatriyal düğümünden (SAD) yeterli sayıda uyarı çıkmaması sonucu normal atrial ve ventriküler uyumun kaybolmasıyla meydana gelir[34].

Aritmiler; kapak hastalıklarına ve bunların miyokard üzerine olan etkilerine, miyokard hastalıklarına ve iskemisine, perikardiyal hastalıklara, pulmoner veya arteriyel hipertansiyona, konjenital kalp hastalıklarına, elektrolit dengesizliklerine, ilaçlara, hipoksiye, psikovejetatif faktörlere, nörolojik olaylara ve hastalıklara, hipertiroideye, alkol ve kahve gibi içeceklere veya hiperreaktif karotid sinüs sendromu gibi bir hastalığa veya duruma bağlı oluşabilirler[33].

2.4.2.1. Aritmi Tipleri

Hastanın kalp hızının >100/dak olmasına taşiaritmi, <60/dak olmasına bradiaritmi denir[34].

- **Bradiaritmiler**

1. Sinüs düğüm disfonksiyonu: Sinüs bradikardisi, junctional ritim, sinoatriyal çıkış bloğu

2. Atriyoventriküler (AV) düğüm disfonksiyonu ve bloklar: (1., 2., 3.derece AV bloklar)

- Normal Hız

1.(Normal sinüs ritmi) NSR

2.Prematüre atımlı sinüs ritmi: Junctional prematüre atım, atrial ekstra sistol (AES), ventriküler ekstra sistol (VES)

3.Akselere junctional ritim

- Taşıaritmiler:

1. Dar kompleks taşikardi: Düzenli, düzensiz

2. Geniş kompleks taşikardi: Düzenli, düzensiz

2.4.3. Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği, kalbin yapısal veya fonksiyonel bozukluğuna bağlı normal dolum basınçlarına rağmen, kalbin dokulara metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamaması şeklinde tanımlanabilir [35].

Gelişmiş ülkelerde erişkin toplumun yaklaşık %1-2'sinde KY bulunmakta, KY sıklığı 70 yaş ve üzerindeki bireylerde ≥ 10 'a kadar çıkmaktadır. 5 yıllık sağ kalım oranı bu hastalarda ortalama %50 olarak belirtilmiştir [36]. Gelecek birkaç yılda toplumdaki ortalama yaşam beklentisindeki genel artış, kalp hastalıklarının tedavisinin daha etkin olması ve KY teşhis ve tedavisindeki gelişmelerin sağ kalım ve hayat kalitesini arttırması umut ediliyor[37].

Kalp yetmezliğinin pek çok nedeni bulunmaktadır ve bu nedenler dünyanın farklı bölgelerinde değişiklik göstermektedir. Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyon olasılıkla pek çok olguda altta yatan etmenler olsa da, sistolik KY olgularının yaklaşık üçte ikisinin nedeni koroner arter hastalığıdır. Sistolik KY'nin geçirilmiş viral enfeksiyonlar, kemoterapi (örn. doksorubisin veya trastuzumab), alkol kullanımı ve 'idiyopatik' dilate kardiomyopati (sebebi bilinmemesine rağmen bazı olgularda genetik temelli olabilir) gibi başka pek çok sebebi bulunmaktadır[38].

Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association) ve Amerikan Kardiyoloji Okulu'nun (American College of Cardiology) ortak yayınına göre KY dört evreye ayrılmaktadır. Birinci evrede kalpte herhangi bir deformite yoktur ancak hastanın KY geliştirme riski yüksektir. İkinci evre KY bulguları bulunmayan ancak kalpte yapısal

bozuklukların başladığı evredir. Üçüncü evre hem KY bulgularının hem de kalpte yapısal bozuklukların olduğu evredir. Dördüncü evre ise hastalığın son evresidir ve mekanik dolaşım desteği, kalp nakli vb. özel uygulamalara gereksinim duyulması muhtemel olan evredir. Dördüncü evrede hastalar her türlü tıbbi desteğe karşın dinlenme anında bile KY bulguları verir[35, 36]. İlk evre risk grubu olarak tanımlanır, son iki evre ise klinik belirti veren asıl hastalık grubu olarak değerlendirilmektedir[36].

2.5. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM

2.5.1. Tanım

Uyum, hastanın kendi sağlığı ile ilgili önerileri kabul edip bu önerilere uyması olarak tanımlanabilir [39]. Bu tanım; yalnızca doktor tarafından reçete edilen ilaçların kullanımı şeklinde sınırlı kalmayıp, hastanın klinisyenin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde geniş bir alanı içermektedir [40]. Tedaviye uyumsuzluk; reçete edilen ilaçları düzensiz kullanmak ya da kullanmamak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta olabilir.

Uyumsuzluğu değerlendirmek için yapılan çalışmalar daha çok reçete edilen ilaçlarla sınırlı kalmaktadır. İlaç tedavisine uyumu ölçmek için altın standart bir yöntem malesef bulunmamaktadır. Literatüre bakıldığında bu konuda üç temel yöntem kullanılıyor. Bunlar hastanın kendi ifadesi, başkalarının söyledikleri ve klinik gözlemler; preparatların (kapsül ya da tablet) sayımı ve biyolojik ölçümler ile ilacın kan veya serum düzeyinin tespiti şeklinde karşımıza çıkmaktadır [40]. İlaç uyumsuzluğu çalışmalarının bazılarında reçete edilen doz sayısının %90'ından daha azını kullanma, bazı çalışmalarda %80'inden azını kullanma, birkaç çalışmada ise tek bir dozun bile atlanması olarak tanımlanmıştır. Her ne kadar bu ölçüm sonuçları korelasyon gösterse de sonuçlar direkt olarak kıyaslanabilecek nitelikte değildir [41]. Hastanın kendi ifadesine dayanarak yapılan uyum çalışmalarında uyum oranı preparat sayımı ya da biyokimyasal yöntemlerle karşılaştırıldığında yaklaşık 2 kat daha fazla çıkmaktadır [42, 43].

İlaç uyumunu ölçmede hastanın kanında ya da idrarında ilaç konsantrasyonunu saptamaya dayalı biyokimyasal yöntemler kullanılmıştır. Bu yöntemler objektif olmasına rağmen uyumu ölçen indirekt yöntemler arasında yer almaktadırlar. Dezavantajları ilacın yarı ömrüne bağlı olarak yalnızca son 24-48 saat içindeki ilaç kullanımını saptayabilmeleri ve her ilaç için uygulanamamasıdır. İlaç kullanımının uzun dönem uyumunu ölçebilmek için çok sayıda kan ya da idrar örneği toplamak gerekmektedir, bu durum hem maliyeti yükseltmekte hem de hasta açısından uygun olmamaktadır [41].

Bir diğer uyum ölçme yöntemi (hipertansiyon hastalarında kan basıncının, diyabet hastalarında kan glikozunun ölçümü) klinik ölçümlerdir. Klinik kontroller ile ilaç uyumu arasında direkt bir ilişki olmadığı için bu ölçüm sonuçları da uyumu tam olarak göstermemektedir. Nitekim ilaç etkinliğinin kişiler arasında değişkenlik göstermesi, diyet, egzersiz hastalığın kontrolünü en az ilaç kullanım uyumu kadar etkilemesi de bu konuda diğer faktörleri oluşturmaktadır [41].

2.5.2 Sıklık

Yapılan çalışmalarda kronik hastalıklarda ilaç tedavilerine uyum %17-80 arasında değişmektedir [44, 45]. Akut koroner sendrom sonrası ilk altı ay içerisinde hastaların %8-20'sinin önerilen ilaç tedavisini bıraktıkları tespit edilmiştir [46]. Birçok kronik hastalıkta hastaların %40-50'si ilk bir yıl içerisinde önerilen ilaç tedavisine uyumsuzluk göstermektedir [47-49]. ABD'de yapılan bir çalışmada reçetelenen ilaçların %45'inin yaşlı popülasyona ait olduğu ve bu popülasyonun %50'sinin ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bildirilmiştir [50]. Literatür sonuçları incelendiğinde çok sayıda ilaç kullanan yaşlılarda ilaç uyum oranı; çalışmaların farklı hastalık ve hasta gruplarında, değişik ölçüm yöntemleri kullanılmasına bağlı olarak %26-59 arasında değişkenlik göstermektedir [51].

2.5.3. İlaç Tedavisine Uyumsuzluğun Nedenleri

2.5.3.1. Sosyodemografik Özellikler

Tedaviye karar vermeyi etkileyen majör bir faktör hastanın yaşıdır. Yaş faktörü göz önüne alındığında genel olarak gençlerin yaşlılara göre daha uyumsuz

oldukları gözlemlenmiştir. Sıklıkla kronik hastalık/hastalıkların görüldüğü populasyon yaşlılardır. Ayrıca maruz kaldıkları polifarmasi ve potansiyel yan etkilerle de risk altında bulunmaktadır. Yaşlılarda tedavi başarısızlığı ihtimalini artıran en önemli etmen ilaç tedavisine uyumun eksikliğidir. Yapılan çalışmalarda cinsiyetin uyum açısından belirleyici bir faktör olduğu ancak tek başına değil yaş özelliği ile birlikte ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Genel olarak erkek hipertansiflerde ilaç uyumsuzluğu daha fazla iken, yaşa göre yapılan incelemeler göz önüne alındığında uyumsuzluğun genç erkeklerde ve ileri yaştaki kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir [52, 53].

Yapılan bir çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha uyumsuz oldukları bulunmuştur [54]. Karaman ilinde yapılan bir çalışmada kadınların ve 49 yaşından küçük olanların düzenli ilaç kullanmaya uyumları erkeklere göre daha az olarak tespit edilmiştir [55].

Bireyin sosyal destek sisteminin belirlenmesi açısından medeni durumunun önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak medeni durum ile ilaç kullanım uyumu arasındaki ilişki literatürde sınırlıdır.

2.5.3.2. Hastalık İlişkili Faktörler

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı ile karşı karşıya kaldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar gösterirler. Bu görüşler hastalığın kronikleşme süreci içinde davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların fikirlerinin ve algılarının değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan hareketli bir süreçtir. Bu süreç bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan veya dolaylı etkileyebilir [56].

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi kronik hastalıklarıyla ilgili de temsiller kurma eğilimindedir [57]. Mesela bir kalp hastası hastalığının sebebini çok yağlı beslenmek ya da sigara içmek gibi kötü alışkanlıklarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa belki de işini bırakacaktır [58]. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki bile olmasa görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapma eğilimindedir. Akuttan kroniğe değişen zamansal

inancılar bulunmaktadır. Zamansal inancılar ile ilaç alımı önemli ilişkiye sahiptir. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken bırakma eğiliminde bulunmaktadır [57].

2.5.3.3. Tedavi İle İlgili Faktörler

İlaç kullanım uyumunu artıran durumlar ilaca güven duymak, hastalık ya da komplikasyon korkusu, aile öyküsünde hipertansiyonun varlığı olarak tespit edilmiştir. İlaç kullanım uyumsuzluğunu artıran durumlar arasında ise tedavi programını daha karmaşık hale getiren tedavi programında farklı ilaç gruplarının yer alması, tedavinin uzun süreli olması, ilaçların pahalı olması, ilaçların yan etkileri, günde birden fazla ilaç alınması bulunmaktadır [59, 60].

2.5.3.4. Davranış İle İlgili Faktörler

İlaç alımıyla ilgili tutum ve davranışlar, tedaviye uyumu başlı başına etkilemektedir. Bu durum tedavide istenilen hedeflere ulaşamamasına, hastalık kontrolünün zorlaşmasına, psikolojik ve fizyolojik komplikasyonların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Hasta tarafından ilaç alım davranışlarının değiştirilmesi, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin yanında maliyeti de artıran bir durumdur. Yapılan çalışmalarda hastaların ilaçlarını reçetede yazan şeklinin dışında kullanım oranı %20-50 olarak bulunmuştur [53].

2.5.3.5. Ekonomik Özellikler

Tedaviye uyumda sağlık sistemi ile ilgili unsurlar da önemli rol oynamaktadır. İlaça ulaşılabilirlik için sürekli finansman, karşılanabilir fiyatlar ve güvenilir tedarik sistemleri için uygun stratejilerin geliştirilmesi özellikle toplumun gelir düzeyi düşük kesimlerinde hastaların uyum sorununa önemli katkı sağlayacaktır. Hizmetin dağılımı, uygun eczacılık yönetimi ve finansman gibi sağlık sistemine ait fonksiyonlardaki aksaklıklar kronik hastalıklarda tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir [52].

2.5.4. İlaç Tedavisine Uyumsuzluğun Sonuçları

İlaç tedavisine uyumsuzluk; morbidite ve mortalite artışının en önemli nedenidir. İlaçlar arası etkileşim ve ilaç yan etki riskinde artış, var olan hastalığın yeterli şekilde tedavi edilememesi, sık hastane başvurusu, hospitalizasyon ve sağlık harcamalarında artış gibi sorunlara yol açmaktadır [61, 62].

İlaç uyumsuzluğu sonucunda kalp yetmezliği olanlarda ejeksiyon fraksiyonunda ciddi azalma, şizofrenide tekrarlayan relapslar görülebilmektedir [63, 64]. Kalp yetmezliği tedavisine uyumsuz hastalarda kalp yetmezliğinden ölüm oranı tedaviye uyumlu hastalara göre 1,95 kat artmakta; yine beta bloker tedavisini kesen ya da uyumsuz kullanan hastalarda düzenli ilaç kullanan gruba göre koroner kalp hastalığı riski 4,5 kat daha fazla görülmektedir [63]. İlaç uyumunu artırmak hastalığın klinik seyrini olumlu yönde etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada ilaç kullanım uyumsuzluğu olan hastalar çalışma dışında bırakıldığında major kardiyak olaylar için relatif riskin %5 oranında azaldığı belirlenmiştir [65]. Uyumu artırmak hospitalizasyon gereksinimini ve maliyeti de azaltmaktadır. Astımı olan yaşlı hastalarda sadece ilaç uyumu ile hastanede yatış oranının %20 azaldığı görülmüştür [66]. Başka bir çalışmada şizofreni hastalarında hastanede yatış süresinin % 40 azaldığı gösterilmiştir [67]. Psikiyatrik hastalarda ilaç uyumunun remisyonunda kalma süresini uzattığı belirlenmiştir [67, 68]. İlaç tedavisine uymayan kalp yetmezliği hastalarında hastaneye yatış oranı 2,5 kat daha fazladır [63]. İlaç kullanım uyumsuzluğuna bağlı olarak hipertansiyon hastalarının 2/3'ünde tansiyon regülasyonu sağlanamamaktadır; bu durumun sonucu olarak komplikasyon ve hastaneye yatış oranında artış görülmektedir [69].

2.5.5. İlaç Tedavisine Uyumu Artıran Yaklaşımlar

İlaç uyumsuzluğu sorununun çözümü, tedaviyi düzenleyen ve takip eden sağlık personelinin hastaların uyumsuzluğunun altında yatan nedeni anlamaları, hastaları yeterince bilgilendirmeleri, çözümlenebilecek sorunları ortadan kaldırmaları ve gerekirse birtakım yardımcı cihazların kullanımıyla sağlanabilir.

İlaç kullanım uyumsuzluğunu azaltmaya yönelik alınacak tedbirler arasında hastalara ilaç tedavisine uyumun önemini ve sonuçlarını anlatmak, hastalıkları ve tedavi başarısızlığı sonucu gelişebilecek durumlar hakkında bilgi vermek,

yapılabiliyor ise ilaç sayısını, doz sayısını, akut tedavi süresini azaltmak, alarm cihazları, ilaç kutuları, telefon, takvim ile hatırlatma gibi yardımcı yöntemlerden faydalanmak, taburculuk sonrası sık kontrollere çağırmak, kısa dönem hasta ziyaretleri ve kendine bakımı artırıcı eğitimler sayılabilir [41].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus ve kronik kalp hastalığı olan hastalarda oral ilaç kullanımına uyumu etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Ankara Numune EAH' nin Aile Hekimliği Bölümü Sıhhiye Semt Polikliniği'ne 15 Ocak 2016 – 1 Mart 2016 tarihleri arasında yapılacak muayene başvuruları oluşturmaktadır. Söz konusu tanılara sahip aylık ortalama başvuru sayısı dikkate alındığında %95 güven seviyesinde, %5 hata payı ile en az 250 hastaya ulaşılması planlanmaktadır.. Veri toplarken bu sayıdan fazla olacak şekilde hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Çalışmanın amacı hakkında bilgilendirildikten sonra, katılımcının gönüllü olması ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu onaylaması
- 18 yaşından büyük olması
- Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus ve kronik kalp hastalığı tanılarından en az birine sahip olması
- Bu kronik hastalıklar nedeni ile en az bir yıl oral ilaç tedavisi alması
- Soruları cevaplayabilecek düzeyde mental yeterliliğinin olması

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması
- 18 yaşından küçük olması
- Parenteral tedavi alması
- Demans, alzheimer, kanser, psikotik bozukluk tanıları bulunması
- Anket sorularına cevap veremeyecek düzeyde kooperasyon bozukluğu olması

3.3. VERİLERİN TOPLANMA SÜRECİ VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Veri toplama araçları, Ankara Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği'nin her hafta salı günleri yapılan “Akademik Konsey” toplantılarında tartışılarak oluşturulmuştur. Sorumlu Araştırmacı ve Yardımcı Araştırmacı tarafından da son şekli verilmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından aşağıda yer alan, literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan form kullanılarak toplanmıştır.

Form1(Ek-1): Formda 36 soru ile birlikte modifiye morisky ölçeği yer almaktadır. Bu sorularda demografik bilgiler, hastalıklar ve kullandığı ilaçlar, kronik hastalıklarla ve ilaçlarla ilgili düşünceler ve alışkanlıklar, morbidite, doktorların özelliklerinin hastalar üzerinde etkileri yer almaktadır.

Anket formları içerik, kullanılan ifadeler ve dil yönünden değerlendirmek üzere her hafta düzenli olarak toplanan “Akademik Konsey” toplantılarında tartışılarak alanında uzman 2 eğitim görevlisi ve 2 başasistan tarafından incelenmiştir. Alınan geri bildirimler doğrultusunda formda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.3.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının ön uygulaması etik kurul izni alındıktan sonra, 18 Ocak 2016 – 20 Ocak 2016 tarihleri arasında Sıhhiye Semt Polikliniğine başvuran 30 hasta üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmadığından, ön uygulama yapılan 30 hasta araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

3.3.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından 15 Ocak 2016 – 1 Mart 2016 tarihleri arasında Aile Hekimliği Sıhhiye Semt Polikliniğinde hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler, hastalar ile ayrı ayrı yapılmış ve her bir görüşme 10 dakika sürmüştür.

Hastalara muayene ve tedavisi bittikten sonra araştırmacı tarafından ayrı bir odada anket uygulanmıştır. Gerekli ortam hazırlandıktan sonra onam alınarak ankete başlanmıştır. İlk başta demografik bilgiler sorgulanmıştır. Meslek bölümü emekli, ev hanımı, işçi ve memur olarak ayrılmıştır. Katılımcının kimlerle yaşadığı ayrıntılı olarak sorgulanmıştır. Günde kaç ilaç kullandığı, bunların olumsuz etkileri ve yan etki olduğunda hastanın nasıl davranış gösterdiği sorgulanmıştır. Hastanın kronik hastalığı ile ilgili kullandığı ilaçların isimleri, sayısı, kaç yıldır kullandığı, ne zaman tanı aldığı ve bu hastalıklara ek kronik hastalık hastalıkları sorgulanmıştır. Kronik hastalığı ile ilgili ek sorular sorulmuştur. Komplikasyon, hastaneye yatış ve ilaç prospektüsü ile ilgili sorular sorulmuştur. Komplikasyonu hastanın anlayacağı şekilde anlatarak farklı olumsuz yan etki olarak sorgulanmıştır. İlacı nasıl aldığı ve bitkisel ilaçları sorgulanmıştır. Doktorların muayene sırasındaki tutumlarının ilaç kullanmadaki uyumu etkileyip etkilemediği sorgulanmıştır. Son olarak modifiye morisky ölçeği hastalara uygulanmıştır. Toplamda 295 hastaya ulaşılmıştır.

Çalışmamızda tedaviye uyumu değerlendirmek için Morisky Ölçeğinin iki soru ilavesiyle oluşturulan modifiye edilmiş şeklini kullandık. Modifiye Morisky Ölçeği ilaç kullanma alışkanlıkları hakkında bilgi vermesine ek olarak kronik hastalıkların uzun süreli tedavileri sırasında ilaç kullanımının devamlılığı, hastaların bilgi ve motivasyon düzeyleri hakkında da bilgi vermektedir.

3.3.3.1. Modifiye Morisky Ölçeği

Morisky ve arkadaşları 1980'lerin ortalarında aile hekimlerine yardımcı olmak için antihipertansif ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede dört soruluk bir anket geliştirmişlerdir. Bu anketle ilgili pek çok geçerlilik çalışması yapılmıştır. Sonrasında iyi psikometrik özellikleri olduğu gösterilmiştir. Bağımsız araştırmacılar bu anketi Diyabet, KOAH ve insan bağışıklık sistemi yetmezlik virüsü (HIV)

enfeksiyonu gibi diğer kronik hastalıklar üzerinde de uygulamışlardır. “Case Management Adherence Guideline-1” (CMAG-1) kılavuzuna göre orijinal Morisky Ölçeğinin uygulamaları sırasında bazı eksiklikler görülmüştür. Orijinal Morisky Ölçeği kronik hastalıkların uzun süreli tedavileri sırasında ilaç kullanımının sürekliliği hakkında yetersiz görülmüştür. İki yeni soru ilavesiyle Modifiye Morisky Ölçeği geliştirilmiştir.

Sorular Evet/Hayır olarak yanıtlanmıştır. Değerlendirmede; 2 ve 5. Sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise ilaç kullanımı ile ilgili düşük motivasyon düzeyini, birden büyük ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise ilaç kullanımı ile ilgili düşük bilgi düzeyini, birden büyük ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir.

Sonuç olarak Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğinin kısa, kolay uygulanabilir olduğu görülmüştür. Uzun süreli ilaç kullanımıyla ilgili hastaların motivasyon ve bilgi düzeyini ayrı ayrı değerlendirebilen güvenilir bir test olduğu saptanmıştır [70].

3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ve İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verilmiştir.

Modifiye Morisky Ölçeğinin motivasyon ve bilgi düzeylerinin sürekli değişkenlerle karşılaştırılmasında verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilerek T Test / Mann- Whitney U Testi, kesikli değişkenlerle (nominal) karşılaştırılmasında ise Ki Kare / Fisher’s Exact Test kullanılmıştır.

Değerlendirmelerde SPSS 11,5 programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.5. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma sadece Ankara Numune EAH Aile Hekimliği Bۆlümü'nün tek bir polikliniğinde belli bir zaman aralığında yapıldığı için sonuçların tüm topluma genellenememesi araştırmanın bir sınırlılığıdır.



4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan hastaların yaşlarının ortalaması $59,07 \pm 10,64$ (ortalama $\pm$ standart sapma), kullandığı ilaç sayısı ortalaması $3,92 \pm 2,46$ bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Tüm hastalarda kişisel özelliklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Ort $\pm$ SS	Ortanca (Min-maks)
Yaş	$59,07 \pm 10,64$	59 (24-90)
Kullandığı ilaç sayısı (günde)	$3,92 \pm 2,46$	3 (1-16)

Çalışmaya katılanlardan 186 kişi (%63,1) erkekti. 101 kişi (%34,2) emekli, 64 kişi (%21,7) ev hanımıydı. 71 kişi (%24,1) ilkokul mezunuyken 25 kişi (%8,5) okuryazar değildi. 258 kişi (%87,5) çekirdek aileyle yaşıyordu. 238 kişi (%80,7) evliydi. 245 kişi (%83) il merkezinde yaşıyordu. 121 kişi (%41) sigara içiyordu 174 kişi (%59) sigara içmiyordu ya da bırakmıştı. 268 kişi (%90,8) alkol kullanmıyordu. 40 kişi (%13,6) ilacın olumsuz etkileyen özelliğinin büyüklüğü olduğunu bildirdi. 276 kişi (%93,6) beklenmedik bir etki olduğunda hekime başvururum yanıtını verdi (Tablo 4.2).

Katılımcılardan 237 kişi hipertansiyon için, 65 kişi hiperlipidemi için, 126 kişi diyabet için, 129 kişi kalp hastalığı için ilaç kullanmaktaydı. Hastalık ve ilaçlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Katılımcıların düzenli ilaç kullandıkları ek hastalıkları sorgulandığında 33 kişinin (%11,2) psikiyatrik hastalıklar 45 kişinin (%15,3) sindirim sistemi hastalıkları nedeniyle ilaç kullandığı görülmüştür (Tablo 4.4).

Tablo 4.2: Tüm hastalarda kesikli verilerle ölçülmüş demografik ve ilaçlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	186	63,1
Kadın	109	36,9
Meslek		
Ev hanımı	64	21,7
Emekli	101	34,2
İşçi	68	23,1
Memur	62	21
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	25	8,5
Okur yazar	30	10,2
İlkokul	71	24,1
Ortaokul	51	17,3
Lise	63	21,4
Yüksekokul/Üniversite	55	18,6
Kimlerle yaşıyor		
Yalnız	17	5,8
Çekirdek aile	258	87,5
Ebeveynler	20	6,8
Medeni durum		
Evli	238	80,7
Bekar ve dul	57	19,3
Yaşadığı yer		
İl merkezi	245	83
İlçe	50	17
Sigara		
Evet	121	41
Hayır	174	59
Alkol		
Evet	27	9,2
Hayır	268	90,8
İlacın olumsuz etkileyen özelliği		
Yok	240	81,4
Tadı ve kokusu	15	5
Büyüklüğü	40	13,6
İlaçla ilgili beklenmedik yan etki olduğunda		
Hekime başvururum	276	93,6
Bitkisel ilaç kullanırım	3	1
İlacı almayı bırakırım	14	4,7
Diğer	2	0,7

Tablo 4.3: Hastalık ve ilaçlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)
Hipertansiyon ilacı (n=237)		
Kullanılan ilaç sayısı	1,36±0,58	1 (1-4)
Hastalık süresi	12,07±7,33	10 (1-36)
İlaç kullanma süresi	11,84±7,28	10 (1-36)
HL (n=65)		
Kullanılan ilaç sayısı	1,0 ±0,0	1 (1-1)
Hastalık süresi	8,23±2,83	8 (2-15)
İlaç kullanma süresi	7,02±2,84	6 (2-15)
DM (n=126)		
Kullanılan ilaç sayısı	3,04±1,51	3 (1-9)
Hastalık süresi	9,97±4,60	10 (2-32)
İlaç kullanma süresi	9,43±4,74	8.5 (2-32)
KH (n=129)		
Kullanılan ilaç sayısı	1,66±1,03	1 (1-8)
Hastalık süresi	12,28±6,35	11 (2-36)
İlaç kullanma süresi	12,25±6,35	11 (2-36)

Tablo 4.4: Ek hastalıklara ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	n	%
Psikiyatrik ek hastalık		
Var	33	11,2
Yok	262	88,8
Sindirim sistemi ile ilgili ek hastalık		
Var	45	15,3
Yok	250	84,7
Ürolojik ek hastalık		
Var	14	4,7
Yok	281	95,3
Nörolojik ek hastalık		
Var	10	3,4
Yok	285	96,6
Tiroid ile ilgili ek hastalık		
Var	23	7,8
Yok	272	92,2
Romatolojik ek hastalık		
Var	3	1
Yok	292	99

Katılımcılardan 169 kişi (%57,3) hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim sorusuna katılıyorum cevabını vermiştir. 153 kişi (%51,9) ilaçlarımı nasıl kullanacağım ile ilgili bilgiye sahibim sorusuna katılıyorum cevabını vermiştir. 246 kişi (%83,4) tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum sorusuna katılıyorum cevabını vermiştir. 117 kişi (%39,7) ilaçların fiyatlarını yüksek buluyorum sorusuna katılmıyorum cevabını vermiştir. İlaç sayım azalırsa daha düzenli ilaç kullanırım sorusuna 186 kişi (%63,1) katılıyorum yanıtını vermiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Kronik hastalığa ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	n	%
Hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim		
Katılıyorum	169	57,3
Kararsızım	58	19,7
Katılmıyorum	68	23,1
İlaçlarımı nasıl kullanacağım ile ilgili bilgiye sahibim		
Katılıyorum	153	51,9
Kararsızım	60	20,3
Katılmıyorum	82	27,8
Tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum		
Katılıyorum	246	83,4
Kararsızım	37	12,5
Katılmıyorum	12	4,1
İlaçların fiyatlarını yüksek buluyorum		
Katılıyorum	82	27,8
Kararsızım	96	32,5
Katılmıyorum	117	39,7
İlaç sayım azalırsa daha düzenli ilaç kullanırım		
Katılıyorum	186	63,1
Kararsızım	78	26,4
Katılmıyorum	31	10,5

Hastalığınız sonucu oluşan farklı olumsuz yan etkiler oldu mu sorusuna 184 kişi (%62,4) hayır yanıtını vermiştir. Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren bir durum oldu mu sorusuna 250 kişi (%84,7) hayır yanıtını vermiştir. Sosyal güvencenizdeki sorunla alakalı ilacı alamadığınız oldu mu sorusuna 279 kişi (%94,6) hayır yanıtını vermiştir. İlaç alamadığınız zaman size zarar vereceğini düşünüyor musunuz sorusuna 293 kişi (%99,3) evet yanıtını vermiştir. Medyadaki (televizyon, radyo, internet vs.) sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bıraktınız mı

sorusuna 262 kişi (%88,8) hayır yanıtını vermiştir. İlaç prospektüsünde ilacın yan etkilerini okuyup ilacınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu sorusuna 291 kişi (%98,6) hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler birinci bölüme ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	n	%
Hastalık sonucu oluşan farklı olumsuz yan etkiler		
Evet	111	37,6
Hayır	184	62,4
Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum		
Evet	45	15,3
Hayır	250	84,7
Sosyal güvencedeki sorun nedeniyle ilaç alamama durumu		
Evet	16	5,4
Hayır	279	94,6
İlaç alamadığınız zaman zarar verme düşüncesi		
Evet	293	99,3
Hayır	2	0,7
Medyadaki sağlık haberlerinden etkilenip ilacı bırakma durumu		
Evet	33	11,2
Hayır	262	88,8
İlaç prospektüsündeki yan etkileri okuyup ilacı kullanmayı bırakma		
Evet	4	1,4
Hayır	291	98,6

Katılımcıların ilacımı kendim alırım sorusunda 235 kişi (%79,7) evet yanıtını vermiştir. İlaç almak için hatırlatıcı kullanırım sorusuna 283 kişi (%95,9) hayır yanıtını vermiştir. Hergün ilaç kullanmak istemiyorum sorusuna 230 kişi (%78) evet yanıtını vermiştir. Kullandığım ilacın prospektüsünü okurum sorusuna 224 kişi (%75,9) hayır yanıtını vermiştir. Okuduğum prospektüsü anlayabiliyorum sorusuna 227 kişi (%76,9) hayır yanıtını vermiştir. Hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmamayı düşünüyorum sorusuna 268 kişi (%90,8) hayır yanıtını vermiştir. Bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna 197 kişi (%66,8) hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler ikinci bölüme ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	n	%
İlacımı kendim alırım		
Evet	235	79,7
Hayır	26	8,8
Bazen	34	11,5
İlaç almak için hatırlatıcı kullanırım		
Evet	5	1,7
Hayır	283	95,9
Bazen	7	2,4
Her gün ilaç kullanmak istemiyorum		
Evet	230	78
Hayır	25	8,5
Bazen	40	13,6
Kullandığım ilacın prospektüsünü okurum		
Evet	68	23,1
Hayır	224	75,9
Bazen	3	1
Okuduğum prospektüsü anlayabiliyorum		
Evet	66	22,4
Hayır	227	76,9
Bazen	2	0,7
Hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmayı düşünmüyorum		
Evet	3	1
Hayır	268	90,8
Bazen	24	8,1
Bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum		
Evet	47	15,9
Hayır	197	66,8
Bazen	51	17,3

Katılımcılara doktorların ilaç kullanmanızı etkileyen özelliklerini ve etkilerini sorduk. 203 kişi (%68,8) doktorun yaşlı olması etkilemez yanıtını verdi. Doktorun otoriter olmasına 144 kişi (%48,8) olumlu etkiler, 148 kişi (%50,2) etkilemez yanıtını verdi. 228 kişi (%77,3) doktorun ilgili olmasına olumlu etkiler yanıtını verdi. 151 kişi (%51,2) doktorun çekingen olmasına olumsuz etkiler yanıtını verdi. 163 kişi (55,3) doktorun sinirli olmasına olumsuz etkiler yanıtını verdi. 195 kişi (%66,1) doktorun güler yüzlü olmasına olumlu etkiler yanıtını verdi. 164 kişi (%55,6) doktorun ciddi olmasına etkilemez yanıtını verdi. 170 kişi (%57,6) doktorun kararlı olmasına olumlu etkiler yanıtını verdi. 160 kişi (%54,2) doktorun samimi olmasına

olumlu etkiler yanıtını verdi. 220 kişi (%74,6) doktorun iyi iletişim kurmasına olumlu etkiler yanıtını verdi. 243 kişi (%82,4) doktorun bana fazla vakit ayırması olumlu etkiler yanıtını verdi. 244 kişi (%82,7) doktorun sorunlarımı ayrıntılı dinlemesine olumlu etkiler yanıtını verdi. 252 kişi (%85,4) doktorun hastalığımı anlayacağım şekilde açıklaması ve doktorun tedavimi anlayacağım şekilde açıklamasına olumlu etkiler yanıtını verdi (Tablo 4.8).

Modifiye Morisky Ölçeği sonuçlarına göre katılımcılardan 202 kişi (%68,5) yüksek motivasyon düzeyine, 286 kişi (%96,9) yüksek bilgi düzeyine sahiptir (Tablo 4.9).

Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların yaş ortalamaları arasında fark bulunmuştur ($p=0,024$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların yaş ortalaması düşük motivasyon düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların yaşları arasında fark bulunamamıştır ($p=0,087$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.8: Tüm hastalarda doktorların ilaç kullanımını etkileyen özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	n	%
Doktorun yaşlı olması		
Olumlu etkiler	80	27,1
Olumsuz etkiler	12	4,1
Etkilemez	203	68,8
Doktorun otoriter olması		
Olumlu etkiler	144	48,8
Olumsuz etkiler	3	1
Etkilemez	148	50,2
Doktorun ilgili olması		
Olumlu etkiler	228	77,3
Etkilemez	67	22,7
Doktorun çekingen olması		
Olumlu etkiler	3	1,0
Olumsuz etkiler	151	51,2
Etkilemez	141	47,8
Doktorun sinirli olması		
Olumlu etkiler	4	1,4
Olumsuz etkiler	163	55,3
Etkilemez	128	43,4
Doktorun güler yüzlü olması		
Olumlu etkiler	195	66,1
Etkilemez	100	33,9
Doktorun ciddi olması		
Olumlu etkiler	129	43,7
Olumsuz etkiler	2	0,7
Etkilemez	164	55,6
Doktorun kararlı olması		
Olumlu etkiler	170	57,6
Etkilemez	125	42,4
Doktorun samimi olması		
Olumlu etkiler	160	54,2
Olumsuz etkiler	11	3,7
Etkilemez	124	42
Doktorun iyi iletişim kurması		
Olumlu etkiler	220	74,6
Etkilemez	75	25,4
Doktorun bana fazla vakit ayırması		
Olumlu etkiler	243	82,4
Etkilemez	52	17,6
Doktorun sorunlarımı ayrıntılı dinlemesi		
Olumlu etkiler	244	82,7
Etkilemez	51	17,3
Doktorun hastalığımı anlayacağım şekilde açıklaması		
Olumlu etkiler	252	85,4
Etkilemez	43	14,6
Doktorun tedavimi anlayacağım şekilde açıklaması		
Olumlu etkiler	252	85,4
Etkilemez	43	14,6

Tablo 4.9: Tüm hastalarda Modifiye Morisky Ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	n	%
Modifiye Morisky Ölçeği motivasyon düzeyi		
Düşük motivasyon düzeyi	93	31,5
Yüksek motivasyon düzeyi	202	68,5
Modifiye Morisky Ölçeği bilgi düzeyi		
Düşük bilgi düzeyi	9	3,1
Yüksek bilgi düzeyi	286	96,9

Tablo 4.10: Hastaların yaşları ile Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması

	Yaş		p*
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	
Motivasyon düzeyi			
Düşük motivasyon	61,12±10,87	61 (34-82)	0,024
Yüksek motivasyon	58,12±10,42	58 (24-90)	
Bilgi düzeyi			
Düşük bilgi	54,11±10,72	52 (43-77)	0,087
Yüksek bilgi	59,22±10,62	59 (24-90)	

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum

* T Test / Mann- Whitney U Test

Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların cinsiyetleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,257$). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların meslekleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,287$). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların eğitim durumları arasında fark bulunmuştur ($p=0,036$). Yüksek motivasyon düzeyinde olan hastaların ortaokul ve üzerinde eğitilmiş olma yüzdesi düşük motivasyon düzeyinde olan hastalara göre daha yüksektir. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların yalnız, çekirdek aile ve ebeveynleri ile yaşama yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,091$). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların medeni durumları arasında fark bulunamamıştır ($p=0,11$). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların sigara kullanma yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,326$). Düşük

motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların alkol kullanma yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,130$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Motivasyon düzeyi ile demografik özelliklerin karşılaştırılması

	Düşük motivasyon		Yüksek motivasyon		p*
	N	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	63	67,7	123	60,9	0,257
Kadın	30	32,3	79	39,1	
Meslek					
Ev hanımı	18	19,4	46	22,8	0,287
Emekli	39	41,9	62	30,7	
İşçi	20	21,5	48	23,8	
Memur	16	17,2	46	22,8	
Eğitim durumu					
Okur yazar değil	11	11,8	14	6,9	0,036
Okur yazar	9	9,7	21	10,4	
İlkokul	31	33,3	40	19,8	
Ortaokul	9	9,7	42	20,8	
Lise	18	19,4	45	22,3	
Üniversite/Yüksekokul	15	16,1	40	19,8	
Kimlerle yaşadığı					
Yalnız	9	9,7	8	4	0,091
Çekirdek aile	76	81,7	182	90,1	
Ebeveynler	8	8,6	12	5,9	
Medeni durum					
Evli	70	75,3	168	83,2	0,110
Bekar/dul	23	24,7	34	16,8	
Sigara kullanımı					
Var	42	45,2	79	39,1	0,326
Yok	51	54,8	123	60,9	
Alkol kullanımı					
Var	12	12,9	15	7,4	0,130
Yok	81	87,1	187	92,6	

* Ki Kare

Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların cinsiyetleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,730$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların medeni durumları arasında fark bulunamamıştır ($p=1,00$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların sigara kullanma yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,495$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların alkol kullanma yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p=1,00$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Bilgi düzeyi ile demografik özelliklerin karşılaştırılması

	Düşük bilgi		Yüksek bilgi		
	n	%	N	%	p*
Cinsiyet					
Erkek	5	55,6	181	63,3	0,730
Kadın	4	44,4	105	36,7	
Meslek					
Ev hanımı	2	22,2	62	21,7	-
Emekli	1	11,1	100	35	
İşçi	4	44,4	64	22,4	
Memur	2	22,2	60	21	
Eğitim durumu					
Okur yazar değil	2	22,2	23	8	
Okur yazar	1	11,1	29	10,1	
İlkokul	1	11,1	70	24,5	
Ortaokul	1	11,1	50	17,5	
Lise	3	33,3	60	21	
Üniversite/Yüksekokul	1	11,1	54	18,9	
Kimlerle yaşadığı					
Yalnız	1	11,1	16	5,6	
Çekirdek aile	7	77,8	251	87,8	
Ebeveynler	1	11,1	19	6,6	
Medeni durum					
Evli	8	88,9	230	80,4	1,000
Bekar/dul	1	11,1	56	19,6	
Sigara kullanımı					
Var	5	55,6	116	40,6	0,495
Yok	4	44,4	170	59,4	
Alkol kullanımı					
Var	0	0	27	9,4	1,000
Yok	9	100	259	90,6	

* Fisher's Exact Test

Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların günlük kullandıkları ilaç sayıları arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların günlük kullandıkları ilaç sayıları ortancası düşük motivasyon düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların günlük kullandıkları ilaç sayıları arasında fark bulunamamıştır ($p=0,367$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Hastaların kullandıkları ilaç sayıları ile Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması

	Kullanılan ilaç sayısı		p*
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	
Motivasyon düzeyi			
Düşük motivasyon	5,51±2,77	5 (1-16)	<0,001
Yüksek motivasyon	3,19±1,91	3 (1-10)	
Bilgi düzeyi			
Düşük bilgi	5,11±3,55	4 (1-10)	0,367
Yüksek bilgi	3,88±2,42	3 (1-16)	

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum

* T Test / Mann- Whitney U Test

Düşük motivasyon düzeyinde olan hastalarla yüksek motivasyon düzeyinde olan hastalarda ilacın olumsuz etkileyen özellikleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,096$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Motivasyon düzeyi ile İlacın özelliği ve yan etki durumundaki davranışların karşılaştırılması

	Düşük motivasyon		Yüksek motivasyon		p*
	n	%	n	%	
Olumsuz etkileyen ilaç özellikleri					
Olumsuz etki yok	69	74,2	171	84,7	0,096
Tadı ve kokusu	7	7,5	8	4	
Büyüklüğü	17	18,3	23	11,4	
Beklenmedik bir yan etki olduğunda					
Hekime başvurma	85	91,4	191	91,4	
Bitkisel ilaç kullanma	1	1,1	2	1,0	
İlaç kullanmayı bırakma	7	7,5	7	3,5	
Diğer	0	0	2	1,0	

* Ki Kare

Düşük bilgi düzeyinde olan hastalarla yüksek bilgi düzeyinde olan hastalarda ilacın olumsuz etkileyen özellikleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,455$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Bilgi düzeyi ile ilacın özelliği ve yan etki durumundaki davranışların karşılaştırılması

	Düşük bilgi		Yüksek bilgi		p*
	n	%	n	%	
Olumsuz etkileyen ilaç özellikleri					
Olumsuz etki yok	7	77,8	233	81,5	0,455
Tadı ve kokusu	1	11,1	14	4,9	
Büyükülüğü	1	11,1	39	13,6	
Beklenmedik bir yan etki olduğunda					
Hekime başvurma	8	88,9	268	93,7	
Bitkisel ilaç kullanma	0	0	3	1	
İlaç kullanmayı bırakma	1	11,1	13	4,5	
Diğer	0	0	2	0,7	
Diğer	0	0	2	0,7	

* Fisher's Exact Test

Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilacımı/ilaçlarımı nasıl kullanacağım ile ilgili bilgi sahibiyim sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilacımı/ilaçlarımı nasıl kullanacağım ile ilgili bilgi sahibiyim sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaçların fiyatlarını yüksek buluyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark

bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaçların fiyatlarını yüksek buluyorum sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaç sayım azalırda daha düzenli ilaç kullanırım sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,033$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaç sayım azalırda daha düzenli ilaç kullanırım sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Motivasyon düzeyi ile kronik hastalıkla ilgili soruların karşılaştırılması

	Düşük motivasyon		Yüksek motivasyon		p*
	n	%	n	%	
Hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim					
Katılıyorum	21	22,6	148	73,3	<0,001
Kararsızım	31	33,3	27	13,4	
Katılmıyorum	41	44,1	27	13,4	
İlaçlarımı nasıl kullanacağım ile ilgili bilgi sahibiyim					
Katılıyorum	14	15,1	139	68,8	<0,001
Kararsızım	24	25,8	36	17,8	
Katılmıyorum	55	59,1	27	13,4	
Tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum					
Katılıyorum	64	68,8	182	90,1	<0,001
Kararsızım	22	23,7	15	7,4	
Katılmıyorum	7	7,5	5	2,5	
İlaçların fiyatlarını yüksek buluyorum					
Katılıyorum	47	50,5	35	17,3	<0,001
Kararsızım	30	32,3	66	32,7	
Katılmıyorum	16	17,2	101	50	
İlaç sayım azalırda daha düzenli ilaç kullanırım					
Katılıyorum	68	73,1	118	58,4	0,033
Kararsızım	20	21,5	58	28,7	
Katılmıyorum	5	5,4	26	12,9	

* Ki Kare

Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,061$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde

olanların ilacımı/ilaçlarımı nasıl kullanacağımıyla ilgili bilgi sahibiyim sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,226$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,019$). Yüksek bilgi düzeyinde olanların tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük bilgi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların ilaçların fiyatlarını yüksek buluyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,236$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların ilaç sayım azalırsa daha düzenli ilaç kullanırım sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,880$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Bilgi düzeyi ile kronik hastalıklarla ilgili soruların karşılaştırılması

	Düşük bilgi		Yüksek bilgi		p*
	n	%	n	%	
Hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim					
Katılıyorum	2	22,2	167	58,4	0,061
Kararsızım	3	33,3	55	19,2	
Katılmıyorum	4	44,4	64	22,4	
İlaçlarımı nasıl kullanacağımıyla ilgili bilgi sahibiyim					
Katılıyorum	3	33,3	150	52,4	0,226
Kararsızım	1	11,1	59	20,6	
Katılmıyorum	5	55,6	77	26,9	
Tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum					
Katılıyorum	5	55,6	241	84,3	0,019
Kararsızım	2	22,2	35	12,2	
Katılmıyorum	2	22,2	10	3,5	
İlaçların fiyatlarını yüksek buluyorum					
Katılıyorum	2	22,2	80	28	0,236
Kararsızım	1	11,1	95	33,2	
Katılmıyorum	6	66,7	111	38,8	
İlaç sayım azalırsa daha düzenli ilaç kullanırım					
Katılıyorum	5	55,6	181	63,3	0,880
Kararsızım	3	33,3	75	26,2	
Katılmıyorum	1	11,1	30	10,5	

* Fisher's Exact Test

Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığınız sonucu oluşan farklı olumsuz yan etkiler oldu mu sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığınız sonucu oluşan farklı olumsuz yan etkiler oldu mu sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren bir durum oldu mu sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren bir durum oldu mu sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların sosyal güvencenizdeki sorunla alakalı ilacı alamadığınız oldu mu sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,006$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların sosyal güvencenizdeki sorunla alakalı ilacı alamadığınız oldu mu sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaç almadığınız zaman size zarar vereceğini düşünüyor musunuz sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,099$). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların medyadaki (televizyon, radyo, internet vs.) sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bıraktınız mı sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların medyadaki (televizyon, radyo, internet vs.) sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bıraktınız mı sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaç prospektüsünde ilacın yan etkilerini okuyup ilacınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,094$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Motivasyon düzeyi ile hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörlerin karşılaştırılması

	Düşük motivasyon		Yüksek motivasyon		
	n	%	n	%	p*
Hastalık sonucu oluşan farklı olumsuz yan etkiler					
Evet	63	67,7	48	23,8	<0,001
Hayır	30	32,3	154	76,2	
Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum					
Evet	32	34,4	13	6,4	<0,001
Hayır	61	65,6	189	93,6	
Sosyal güvencedeki sorun nedeniyle ilaç alamama					
Evet	10	10,8	6	3	0,006
Hayır	83	89,2	196	97	
İlaç alınmadığı durumda zarar vereceğini bilme					
Evet	91	97,8	202	100	0,099
Hayır	2	2,2	0	0	
Medyadan etkilenip ilacı kullanmayı bırakma					
Evet	20	21,5	13	6,4	<0,001
Hayır	73	78,5	189	93,6	
Prospektüsteki yan etkileri okuyup ilacı kullanmayı bırakma					
Evet	3	3,2	1	0,5	0,094
Hayır	90	96,8	201	99,5	

* Ki Kare/ Fisher's Exact Test

Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların hastalığınız sonucu oluşan farklı olumsuz yan etkiler oldu mu sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır (p=0,085). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren bir durum oldu mu sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır (p=0,631). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların sosyal güvencenizdeki sorunla alakalı ilacı alamadığınız oldu mu sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır (p=0,399). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların ilaç almadığınız zaman size zarar vereceğini düşünüyor musunuz sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır (p=0,060). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların medyadaki (televizyon, radyo, internet vs.) sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bıraktınız mı sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır (p=0,067). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla

yüksek bilgi düzeyinde olanların ilaç prospektüsünde ilacın yan etkilerini okuyup ilacınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır (p=0,117) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Bilgi düzeyi ile hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler birinci bölümün karşılaştırılması

	Düşük bilgi		Yüksek bilgi		p*
	n	%	n	%	
Hastalık sonucu oluşan farklı olumsuz yan etkiler					
Evet	6	66,7	105	36,7	0,085
Hayır	3	33,3	181	63,3	
Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum					
Evet	2	22,2	43	15	0,631
Hayır	7	77,8	243	85	
Sosyal güvencedeki sorun nedeniyle ilaç alamama					
Evet	1	11,1	15	5,2	0,399
Hayır	8	88,9	271	94,8	
İlaç alınmadığı durumda zarar vereceğini bilme					
Evet	8	88,9	285	99,7	0,060
Hayır	1	11,1	1	0,3	
Medyadan etkilenip ilacı kullanmayı bırakma					
Evet	3	33,3	30	10,5	0,067
Hayır	6	66,7	256	89,5	
Prospektüsteki yan etkileri okuyup ilacı kullanmayı bırakma					
Evet	1	11,1	3	1	0,117
Hayır	8	88,9	283	99,0	

* Fisher's Exact Test

Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilacımı kendim alırım sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur (p<0,001). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilacımı kendim alırım sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksekken hayır ve bazen demeleri ise anlamlı düzeyde düşüktür. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaç almak için hatırlatıcı kullanırım sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır (p=0,078). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların her gün ilaç kullanmak istemiyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır (p=0,362). Düşük motivasyon

düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların kullandığım ilacın prospektüsünü okurum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,847$). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların okuduğum prospektüsü anlayabiliyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,890$). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmamayı düşünüyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmamayı düşünüyorum sorusuna hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek motivasyon düzeyinde olanların bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.20).

Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların ilacımı kendim alırım sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,133$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların ilaç almak için hatırlatıcı kullanırım sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=1,00$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların her gün ilaç kullanmak istemiyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,833$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların kullandığım ilacın prospektüsünü okurum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=1,00$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların okuduğum prospektüsü anlayabiliyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=1,00$). Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmamayı düşünüyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,041$). Yüksek bilgi düzeyinde olanların hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmamayı düşünüyorum sorusuna hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük bilgi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Düşük bilgi düzeyinde olanlarla

yüksek bilgi düzeyinde olanların bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,013$). Yüksek bilgi olanların bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük bilgi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.21).

Tablo 4.20: Motivasyon düzeyi ile hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler ikinci bölümün karşılaştırılması

	Düşük motivasyon		Yüksek motivasyon		p*
	n	%	n	%	
İlacımı kendim alırım					
Evet	60	64,5	175	86,6	<0,001
Hayır	14	15,1	12	5,9	
Bazen	19	20,4	15	7,4	
İlaç almak için hatırlatıcı kullanırım					
Evet	1	1,1	4	2	0,078
Hayır	87	93,5	196	97	
Bazen	5	5,4	1	1	
Her gün ilaç kullanmak istemiyorum					
Evet	71	76,3	159	78,7	0,362
Hayır	6	6,5	19	9,4	
Bazen	16	17,2	24	11,9	
Kullandığım ilacın prospektüsünü okurum					
Evet	23	24,7	45	22,3	0,847
Hayır	69	74,2	155	76,7	
Bazen	1	1,1	2	1	
Okuduğum prospektüsü anlayabiliyorum					
Evet	22	23,7	44	21,8	0,890
Hayır	71	76,3	156	77,2	
Bazen	0	0	2	1	
Hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmayı düşünmüyorum					
Evet	2	2,2	1	0,5	0,001
Hayır	76	81,7	192	95	
Bazen	15	16,1	9	4,5	
Bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum					
Evet	29	31,2	18	8,9	<0,001
Hayır	42	45,2	155	76,7	
Bazen	22	23,7	29	14,4	

* Ki Kare/ Fisher's Exact Test

Tablo 4.21: Bilgi düzeyi ile hastalık, ilaç kullanma ve ilaç kullanmayı etkileyen faktörler ikinci bölümün karşılaştırılması

	Düşük bilgi		Yüksek bilgi		p*
	n	%	n	%	
İlacımı kendim alırım					
Evet	6	66,7	229	80,1	0,133
Hayır	0	0	26	9,1	
Bazen	3	33,3	31	10,8	
İlaç almak için hatırlatıcı kullanırım					
Evet	0	0	5	1,7	1,000
Hayır	9	100	274	95,8	
Bazen	0	0	7	2,4	
Her gün ilaç kullanmak istemiyorum					
Evet	7	77,8	223	78	0,833
Hayır	1	11,1	24	8,4	
Bazen	1	11,1	39	13,6	
Kullandığım ilacın prospektüsünü okurum					
Evet	2	22,2	66	23,1	1,000
Hayır	7	77,8	217	75,9	
Bazen	0	0	3	1	
Okuduğum prospektüsü anlayabiliyorum					
Evet	2	22,2	64	22,4	1,000
Hayır	7	77,8	220	76,9	
Bazen	0	0	2	0,7	
Hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmayı düşünmüyorum					
Evet	0	0	3	1	0,041
Hayır	6	66,7	262	91,6	
Bazen	3	33,3	21	7,3	
Bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum					
Evet	5	55,6	42	14,7	0,013
Hayır	3	33,3	194	67,8	
Bazen	1	11,1	50	17,5	

* Fisher's Exact Test

Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların doktorun yaşlı olması sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,016$). Düşük motivasyon düzeyinde olanların doktorun yaşlı olması sorusuna olumlu etkilenirim yanıtı verme yüzdeleri, yüksek motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların doktorun otoriter olması sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,692$). Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların doktorun ilgili olması sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p=0,145$). Düşük motivasyon

düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların doktorun çekingen olması sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,035$). Düşük motivasyon düzeyinde olanların doktorun çekingen olması sorusuna etkilemez yanıtı verme yüzdeleri, yüksek motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların doktorun sinirli olması sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,004$). Düşük motivasyon düzeyinde olanların doktorun sinirli olması sorusuna etkilemez yanıtı verme yüzdeleri, yüksek motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ve olumsuz etkiler yüzdesi ise düşüktür. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların doktorun güler yüzlü olması, ciddi olması, kararlı olması, samimi olması, iyi iletişim kurması, bana fazla vakit ayırması, sorunlarımı ayrıntılı dinlemesi, hastalığımı benim anlayacağım şekilde açıklaması ve tedavimi benim açıklayacağım şekilde açıklaması sorularına verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların doktorun ilgili olması sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,005$). Düşük bilgi düzeyinde olanların doktorun ilgili olması sorusuna olumlu etkilenirim yanıtı verme yüzdeleri, yüksek bilgi düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların doktorun sinirli olması sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,018$). Yüksek bilgi düzeyinde olanların doktorun sinirli olması sorusuna olumsuz etkilenirim yanıtı verme yüzdeleri, düşük bilgi düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların doktorun yaşlı olması, otoriter olması, çekingen olması, güler yüzlü olması, ciddi olması, kararlı olması, samimi olması, iyi iletişim kurması, bana fazla vakit ayırması, sorunlarımı ayrıntılı dinlemesi, hastalığımı benim anlayacağım şekilde açıklaması ve tedavimi benim anlayacağım şekilde açıklaması sorularına verdikleri yanıtlar arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.22: Motivasyon düzeyi ile doktorların ilaç kullanımını etkileyen özelliklerinin karşılaştırılması

	Düşük motivasyon		Yüksek motivasyon		p*
	n	%	n	%	
Doktorun yaşlı olması					
Olumlu etkiler	35	37,6	45	22,3	0,016
Olumsuz etkiler	2	2,2	10	5	
Etkilemez	56	60,2	147	72,8	
Otoriter olması					
Olumlu etkiler	45	48,4	99	49	0,692
Olumsuz etkiler	0	0	3	1,5	
Etkilemez	48	51,6	100	49,5	
İlgili olması					
Olumlu etkiler	67	72	161	79,7	0,145
Etkilemez	26	28	41	20,3	
Çekingen olması					
Olumlu etkiler	1	1,1	2	1,0	0,035
Olumsuz etkiler	38	40,9	113	55,9	
Etkilemez	54	58,1	87	43,1	
Sinirli olması					
Olumlu etkiler	1	1,1	3	1,5	0,004
Olumsuz etkiler	39	41,9	124	61,4	
Etkilemez	53	57	75	37,1	
Güler yüzlü olması					
Olumlu etkiler	56	60,2	139	68,8	0,147
Etkilemez	37	39,8	63	31,2	
Ciddi olması					
Olumlu etkiler	38	40,9	91	45	0,611
Olumsuz etkiler	1	1,1	1	0,5	
Etkilemez	54	58,1	110	54,5	
Kararlı olması					
Olumlu etkiler	48	51,6	122	60,4	0,165
Etkilemez	45	48,4	80	39,6	
Samimi olması					
Olumlu etkiler	42	45,2	118	58,4	0,089
Olumsuz etkiler	5	5,4	6	3	
Etkilemez	46	49,5	78		
İyi iletişim kurması					
Olumlu etkiler	66	71	154	76,2	0,334
Etkilemez	27	29	48	23,8	
Bana fazla vakit ayırması					
Olumlu etkiler	71	76,3	172	85,1	0,065
Etkilemez	22	23,7	30	14,9	
Sorunlarımı ayrıntılı dinlemesi					
Olumlu etkiler	72	77,4	172	85,1	0,103
Etkilemez	21	22,6	30	14,9	
Hastalığımı benim anlayacağım şekilde açıklaması					
Olumlu etkiler	76	81,7	176	87,1	0,221
Etkilemez	17	18,3	26	12,9	
Tedavimi benim anlayacağım şekilde açıklaması					
Olumlu etkiler	76	81,7	176	87,1	0,221
Etkilemez	17	18,3	26	12,9	

* Ki Kare/ Fisher's Exact Test

Tablo 4.23: Bilgi düzeyi ile doktorların ilaç kullanımını etkileyen özelliklerinin karşılaştırılması

	Düşük bilgi		Yüksek bilgi		p*
	n	%	n	%	
Doktorun yaşlı olması					
Olumlu etkiler	2	22,2	78	27,3	1,000
Olumsuz etkiler	0	0	12	4,2	
Etkilemez	7	77,8	196	68,5	
Otoriter olması					
Olumlu etkiler	2	22,2	142	49,7	0,247
Olumsuz etkiler	0	0	3	1	
Etkilemez	7	77,8	141	49,3	
İlgili olması					
Olumlu etkiler	3	33,3	225	78,7	0,005
Etkilemez	6	66,7	61	21,3	
Çekingen olması					
Olumlu etkiler	0	0	3	1	0,175
Olumsuz etkiler	2	22,2	149	52,1	
Etkilemez	7	77,8	134	46,9	
Sinirli olması					
Olumlu etkiler	0	0	4	1,4	0,018
Olumsuz etkiler	1	11,1	162	56,6	
Etkilemez	8	88,9	120	42	
Güler yüzlü olması					
Olumlu etkiler	3	33,3	192	67,1	0,066
Etkilemez	6	66,7	94	32,9	
Ciddi olması					
Olumlu etkiler	3	33,3	126	44,1	0,752
Olumsuz etkiler	0	0	2	0,7	
Etkilemez	6	66,7	158	55,2	
Kararlı olması					
Olumlu etkiler	3	33,3	167	58,4	0,175
Etkilemez	6	66,7	119	41,6	
Samimi olması					
Olumlu etkiler	3	33,3	157	54,9	0,424
Olumsuz etkiler	0	0	11	3,8	
Etkilemez	6	66,7	118	41,3	
İyi iletişim kurması					
Olumlu etkiler	6	66,7	214	74,8	0,697
Etkilemez	3	33,3	72	25,2	
Bana fazla vakit ayırması					
Olumlu etkiler	6	66,7	237	82,9	0,199
Etkilemez	3	33,3	49	17,1	
Sorunlarımı ayrıntılı dinlemesi					
Olumlu etkiler	6	66,7	238	83,2	0,190
Etkilemez	3	33,3	48	16,8	
Hastalığımı benim anlayacağım şekilde açıklaması					
Olumlu etkiler	6	66,7	246	86	0,129
Etkilemez	3	33,3	40	40	
Tedavimi benim anlayacağım şekilde açıklaması					
Olumlu etkiler	6	66,7	246	86	0,129
Etkilemez	3	33,3	40	40	

* Fisher's Exact Test

Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların kombine ilaç kullanma yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,785$) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24: Kombine ilaç kullananlar ile kullanmayanların motivasyon düzeylerine ilişkin karşılaştırmalar

	Düşük motivasyon		Yüksek motivasyon		p*
	n	%	n	%	
Kombine ilaç					
Yok	60	64,5	127	62,9	0,785
Var	33	35,5	75	37,1	

* Ki Kare Test

Düşük bilgi düzeyinde olanlarla yüksek bilgi düzeyinde olanların kombine ilaç kullanma yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,162$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: Kombine ilaç kullananlar ile kullanmayanların bilgi düzeylerine ilişkin karşılaştırmalar

	Düşük bilgi		Yüksek bilgi		p*
	n	%	n	%	
Kombine ilaç					
Yok	8	88,9	179	62,6	0,162
Var	1	11,1	107	37,4	

* Fisher's Exact Test

Hiperlipidemi ilacı kullananlarla kullanmayanların medya haberlerinden etkilenip ilacı bırakma yüzdeleri arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). HL ilacı kullananların medya haberlerinden etkilenip ilacı bırakma yüzdeleri kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.26).

Tablo 4.26: Hiperlipidemi ilacı kullanan ve kullanmayanların medyadaki sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bırakma durumları ile karşılaştırılması

	Medya haberlerinden etkilenip ilacı bırakma				
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	p*
HL ilacı kullanmayan	3	1,3	227	98,7	<0,001
HL ilacı kullanan	30	46,2	35	53,8	

* Ki Kare Test

Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin yaşları arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yan etki oluşmaların yaş ortalaması oluşmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin kullandıkları ilaç sayıları arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yan etki oluşmaların kullandıkları ilaç sayısı ortancası oluşmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.27).

Tablo 4.27: Komplikasyon durumu ile yaş ve günlük kullanılan ilaç sayısının karşılaştırmaları

	Hastalığınız sonucu oluşan farklı olumsuz yan etkiler				
	Evet		Hayır		
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	p*
Yaş	62,84±10,24	64 (42-90)	56,79±10,25	56 (24-86)	<0,001
Kullandığı ilaç sayısı (günde)	5,50±2,70	5 (1-16)	2,97±1,71	3 (1-10)	<0,001

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum

*T Test / Mann- Whitney U Test

Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin cinsiyetleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,212$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin eğitim durumları arasında fark bulunmuştur ($p=0,003$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerin okur yazar değil ve okur yazar olma yüzdesi yüksekken, hayır diyenlerin ise ortaokul, lise ve üniversite eğitimi olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin birlikte yaşadığı kişiler arasında fark bulunamamıştır ($p=0,697$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin medeni durumları arasında fark bulunmuştur ($p=0,004$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerin bekar olma yüzdeleri hayır diyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet

diyenlerle hayır diyenlerin sigara ve alkol kullanma yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerin katılıyorum yanıtını verme yüzdeleri hayır diyenlere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin ilacımı/ilaçlarımı nasıl kullanacağım ile ilgili bilgi sahibiyim sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerin katılıyorum yanıtını verme yüzdeleri hayır diyenlere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin medyadaki (televizyon, radyo, internet vs.) sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bıraktınız mı sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerin medyadaki (televizyon, radyo, internet vs.) sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bıraktınız mı sorusuna evet deme yüzdeleri hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna hayır diyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna evet diyenlerin bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna evet deme yüzdeleri hastalığı sonucu oluşan farklı yan etkiler oldu mu sorusuna hayır diyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.28)

Tablo 4.28: Komplikasyon durumu ile cinsiyet, eğitim, beraber yaşanılan kişiler, medeni durum, sigara, alkol, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi, medyadan etkilenip ilaç bırakma durumu, bitkisel ilaçların faydalı olacağı düşüncesine ilişkin karşılaştırmalar

	Hastalığınız sonucu oluşan farklı yan etkiler				
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	p*
Cinsiyet					
Erkek	75	67,6	111	60,3	0,212
Kadın	36	32,4	73	39,7	
Eğitim					
Okur yazar değil	16	14,4	9	4,9	0,003
Okur yazar	17	15,3	13	7,1	
İlkokul	28	25,2	43	23,4	
Ortaokul	12	10,8	39	21,2	
Lise	19	17,1	44	23,9	
Üniversite/Yüksekokul	17	17,1	36	19,6	
Beraber yaşama					
Yalnız	8	7,2	9	4,9	0,697
Çekirdek aile	96	86,5	162	88	
Ebeveynlerle	7	6,3	13	7,1	
Medeni durum					
Evli	80	72,1	158	85,9	0,004
Bekar/Dul	31	27,9	26	14,1	
Sigara kullanımı					
Var	49	44,1	72	39,1	0,396
Yok	62	55,9	112	60,9	
Alkol kullanımı					
Var	9	8,1	18	9,8	0,629
Yok	102	91,9	166	90,2	
Hastalıkla ilgili bilgi sahibi					
Katılıyorum	31	27,9	138	75	<0,001
Kararsızım	29	26,1	29	15,8	
Katılmıyorum	51	45,9	17	9,2	
İlaçlarla ilgili bilgi sahibi					
Katılıyorum	24	21,6	129	70,1	<0,001
Kararsızım	24	21,6	36	19,6	
Katılmıyorum	63	56,8	19	10,3	
Medyadan etkilenip ilaç bırakma					
Evet	23	20,7	10	5,4	<0,001
Hayır	88	79,3	174	94,6	
Bitkisel ilaçların hastalığa faydalı olacağını düşünüyorum					
Evet	29	26,1	18	9,8	<0,001
Hayır	50	45	147	79,9	
Bazen	32	28,8	19	10,3	

* Ki Kare

Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin yaşları arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastaneye yatış gerektiren durumu olanların yaş ortalaması olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum oldu mu sorusuna evet diyenlerle hayır diyenlerin kullandıkları ilaç sayıları arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastaneye yatış gerektiren durumu olanların kullandıkları ilaç sayısı ortancası olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.29).

Tablo 4.29: Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum ile yaş ve günlük kullanılan ilaç sayısının karşılaştırmaları

	Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum				
	Evet		Hayır		
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	p*
Yaş	67,96±9,48	67 (47-90)	57,47±10,05	57 (24-86)	<0,001
Kullandığı ilaç sayısı (günde)	6,58±2,63	7 (1-16)	3,44±2,10	3 (1-10)	<0,001

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum

*T Test / Mann- Whitney U Test

Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların cinsiyetleri arasında fark bulunamamıştır ($p=0,833$). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların eğitim durumları arasında fark bulunmuştur ($p=0,001$). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanların okur yazar değil, okur yazar ve ilkokul mezunu olma yüzdesi yüksekken, hayır diyenlerin ise ortaokul, lise ve üniversite eğitimi olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların birlikte yaşadığı kişiler arasında fark bulunamamıştır ($p=0,773$). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların medeni durumları arasında fark bulunmuştur ($p=0,030$). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanların bekar/dul olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların sigara ve alkol kullanma yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların hastalığınızla ilgili yeterince bilgi sahibiyim sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanların katılmıyorum yanıtını verme yüzdeleri hayır diyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların ilacımı/ilaçlarımı nasıl kullanacağım ile ilgili bilgi sahibiyim sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanların katılmıyorum yanıtını verme yüzdeleri hayır diyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların medyadaki (televizyon, radyo, internet vs.) sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmayı bıraktınız mı sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmamıştır ($p=0,620$). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanlarla olmayanların bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna verdikleri yanıtlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,001$). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanların bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna evet deme yüzdeleri hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.30).

Tablo 4.30: Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum ile cinsiyet, eğitim, beraber yaşanılan kişiler, medeni durum, sigara, alkol, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi, medyadan etkilenip ilaç bırakma durumu, bitkisel ilaçların faydalı olacağı düşüncesine ilişkin karşılaştırmalar

	Hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren durum				
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	p*
Cinsiyet					
Erkek	29	64,4	157	62,8	0,833
Kadın	16	35,6	93	37,2	
Eğitim					
Okur yazar değil	10	22,5	15	6	0,001
Okur yazar	7	15,6	23	9,2	
İlkokul	13	28,9	58	23,2	
Ortaokul	6	13,3	45	18	
Lise	4	8,9	59	23,6	
Üniversite/Yüksekokul	5	11,1	50	20	
Beraber yaşama					
Yalnız	3	6,7	14	5,6	0,773
Çekirdek aile	40	88,9	218	87,2	
Ebeveynlerle	2	4,4	18	7,2	
Medeni durum					
Evli	31	68,9	207	82,8	0,030
Bekar/Dul	14	31,1	43	17,2	
Sigara kullanımı					
Var	16	35,6	105	42	0,418
Yok	29	64,4	145	58	
Alkol kullanımı					
Var	3	6,7	24	9,6	0,779
Yok	42	93,3	226	90,4	
Hastalıkla ilgili bilgi sahibi					
Katılıyorum	14	31,1	155	62	<0,001
Kararsızım	8	17,8	50	20	
Katılmıyorum	23	51,1	45	18	
İlaçlarla ilgili bilgi sahibi					
Katılıyorum	10	22,2	143	57,2	<0,001
Kararsızım	8	17,8	52	20,8	
Katılmıyorum	27	60	55	22	
Medyadan etkilenip ilaç bırakma					
Evet	6	13,3	27	10,8	0,620
Hayır	39	86,7	223	89,2	
Bitkisel ilaçların hastalığa faydalı olacağını düşünüyorum					
Evet	13	28,9	34	13,6	0,001
Hayır	19	42,2	178	71,2	
Bazen	13	28,9	38	15,2	

* Ki Kare/ Fisher's Exact Test

5.TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kronik hastalıklarda ilaç uyumsuzluğunun global bir sorun olduğunu ve %50 hastanın ilaçlarına uyum göstermediğini rapor etmiştir[71, 72]. Neiheisel ve arkadaşlarının yaptığı literatür incelemesinde, 1998 ve 2012 yılları arasında ilaç uyumu/uyumsuzluğu ile ilgili yayınlanmış 175 makale incelenmiştir. Çalışmaların sıklıkla kronik hastalıklar ve mental hastalıklar üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Buna göre ilaç kullanım uyumsuzluğunun standart bir tanımı bulunmamaktadır, bazı çalışmalar %80 oranında öneride bulunurken, bazıları %95 üzerinde oranı kabul edilebilir olarak tanımlamıştır [73, 74]. İlaç uyumu ile ilgili yıllardır çeşitli çalışmalar farklı sayıdaki örneklerle yapılmıştır, bu nedenle oranları kıyaslamak zordur. Ayrıca literatürde uyum terimi ile ilgili olarak farklı tanımlar bulunduğu ve sınırlandırmanın nasıl yapılacağı net olmadığı için ilaç uyum oranları çarpıcı derece farklılık göstermektedir [75]. Wu ve arkadaşlarının yaptığı bir sistematik analizde yapılan çalışmalar uyum tanımının nasıl yapıldığından ve nasıl sınırlandırıldığından bağımsız olarak değerlendirildiğinde ilaçlara uyumun %2 den % 90'a kadar farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir [76]. Bizim çalışmamızda Modifiye Morisky Ölçeği sonuçlarına göre katılımcılardan 202 kişi (%68,5) ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon göstermektedir, 286 kişi ise (%96,9) ilaç kullanım uyumu ile ilgili yüksek bilgi düzeyine sahiptir (Tablo 4.9). Bilgi düzeyinin çok yüksek oranda çıkması nedeniyle ilaç kullanım uyumsuzluğunun bilgi düzeyi tarafından çok anlamlı sonuçlar bulunamamıştır.

İlaç kullanım uyumu oranlarının birçok çalışmada farklılık gösterdiği görülmektedir. Ancak ilaç kullanım uyumunun olmaması nedeni ile komplikasyonların, hastaneye yatışların ve maliyetin arttığı birçok çalışmada belirtilmektedir [75, 77-80]. İlaç kullanım uyumu ile ilgili sonuçların bu kadar değişkenlik göstermesi ve altın standart bir yöntemin olmaması nedeni ile sonuçları tartışırken ilaç kullanım uyumu için kesinliği kanıtlanmamış oranlar vermek yerine uyumsuzluğa neden olan faktörleri, Modifiye Morisky Ölçeği ve ilaç kullanım uyumsuzluğunun sonucunda meydana gelen komplikasyon ve hastaneye yatışlar ile beraber değerlendirmeyi daha uygun buluyoruz.

Çalışmamızda hastalıklarıyla ilgili komplikasyon gelişmeyen hastaların ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösterdikleri görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 4.18). Feldman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ilaç tedavisine uyumsuzluk, hem düşük kan basıncı kontrolünün yetersizliği hem de hipertansiyonla ilişkili komplikasyon insidansının artmasında etkili ve önemli bir faktördür [81]. Ancak burada ilaç kullanım uyumsuzluğu ile komplikasyon gelişmesi arasında neden sonuç ilişkisi kurulamamıştır. Her ikisi de birbirinin nedeni olabilir.

Katılımcılara hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren bir durum oldu mu sorusunu yönelttik. Çalışmamızda hayır yanıtını verenlerin ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösterdikleri görüldü ($p<0,001$) (Tablo 4.18). Balkrishnan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre astımı olan yaşlı hastalarda ilaç uyumu ile hastanede yatış oranı %20 azalmaktadır [66]. Miura ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre kalp yetmezliği hastalarında ilaç tedavisine uymayanlarda hastaneye yatış oranı yaklaşık 2,5 kat daha fazladır [63]. Chin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre hipertansiyon hastalarının 2/3'ünde tansiyon regülasyonu ilaç uyumsuzluğuna bağlı olarak bozuktur; bu durum komplikasyon ve hastaneye yatış oranında artış ile sonuçlanmaktadır [69]. Çalışmamızda bu soruyla da ilgili neden sonuç ilişkisi kurulamamıştır. Her iki durumda birbirini çok yakından etkilemektedir. Literatürdeki verilere de göz atınca ilaç kullanım uyumsuzluğunun gereksiz hastaneye yatışlara neden olarak sağlık sisteminde maliyeti çok artırdığı görülüyor.

Degli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genç hastalarda ilaç kullanım uyumsuzluğunun daha yüksek olduğu bulunmuştur [82]. Çalışmamızda kullandığımız Modifiye Morisky Ölçeğine göre ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon düzeyinde olanların yaş ortalaması düşük motivasyon düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,024$) (Tablo 4.10). Çalışmamızda yaş ortalaması yüksek olan hastaların eğitim düzeylerinin düşük bulunması nedeniyle bu sonucun ortaya çıktığını düşünüyoruz. Komplikasyon gelişenlerin yaş ortalaması gelişmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.27). Hastaneye yatış gerektiren durumu olanların yaş ortalaması olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.29). Yüksek yaş ortalamasına sahip hastaların komplikasyon ve hastaneye yatış gerektiren durumlarının yüksek olmasının

nedeninin, ilaç kullanım uyumuna düşük motivasyon göstermelerinin yanında hastalık süresinin de uzunluğundan kaynaklandığını düşünüyoruz.

Kalichman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük eğitim düzeyi ilaç kullanım uyumsuzluğunu artırmaktadır [83]. Çalışmamızda ortaokul ve üzerinde eğitilmiş olan hastaların ilaç kullanım uyumuna motivasyon durumları yüksek bulunmuştur ($p=0,036$) (Tablo 4.11). Hastalığı ile ilgili komplikasyon gelişen hastaların okur yazar değil ve okur yazar olma yüzdesi yüksekken, gelişmeyenlerin ise ortaokul, lise ve üniversite eğitilmiş olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.28). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanların okur yazar değil, okur yazar ve ilköğretim mezunu olma yüzdesi yüksekken, ortaokul, lise ve üniversite eğitilmiş olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.30). Yapılan eski çalışmalarla araştırmamızın sonucu uyumludur. Eğitim durumunun daha da artmasıyla ilaç kullanım uyumsuzluğunun azalacağını ve bunun sonucunda komplikasyon ve hastaneye fazladan yatışların önüne geçilebileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda az sayıda ilaç kullanan hastaların ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösterdikleri görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 4.13). Komplikasyon gelişen hastaların kullandıkları ilaç sayısı oluşmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.27). Hastaneye yatış gerektiren durumu olan hastaların kullandıkları ilaç sayısı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.29). Yeşil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilaç sayısının fazla olması (>3) ilaç kullanım uyumsuzluğuna neden olmaktadır [84]. Araştırmamızın sonucu literatür ile uyumludur. Özellikle yaşlı popülasyonda kronik hastalıkların çok fazla görülmesi nedeniyle günlük kullanılan ilaç sayısının çok fazla olduğunu görüyoruz. Hem literatür hem de çalışmamızın sonuçlarına bakarak hastalara tedavilerini aksatmadan verilebilecek en az sayıda ilacın verilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Doktorların tedaviye ilaç eklemede gösterdikleri başarının gereksiz ilaçları kesmek konusunda da uygulanmasının önemli olduğunu görüyoruz.

Çalışmamızda hastalığımla ilgili yeterince bilgi sahibiyim cümlesine katılıyorum cevabını verenlerin ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösterdikleri bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.16). Hastalığı sonucu komplikasyon

gelişen hastaların hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim sorusuna katılıyorum yanıtını verme yüzdeleri de anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.28). Hastalığı ile ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olan hastaların aynı soruya katılmıyorum yanıtını verme yüzdeleri yatış gerektiren durumu olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.30). Lindenmeyer ve arkadaşlarının yaptıkları bir derlemede diyabet hastalığında eğitimin tedaviye uyumu artırdığı rapor edilmiştir [85]. Yoğun poliklinik şartlarında hastalara bilgi vermenin ve zaman ayırmanın zor olduğunun farkındayız. Ancak hiç bilgi vermeden başlanan ilacın kullanılmadığı ve tedaviye uyulmadığı ortadadır. Bu bağlamda günlük bakılan hasta sayısının azaltılarak hasta başına daha fazla zaman ayrılıp etkin bir tedavinin yapılacağına inanıyoruz.

Çalışmamızda ilacımı/ilaçlarımı nasıl kullanacağım ile ilgili bilgi sahibiyim sorusuna katılıyorum yanıtını verenlerin ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösterdikleri bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.16). Hastalığı sonucu komplikasyon gelişen hastaların bu soruya katılıyorum yanıtını verme yüzdeleri komplikasyon gelişmeyenlere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.28). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanların aynı soruya katılmıyorum yanıtını verme yüzdeleri olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.30). Horne ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalara ilaçlarını nasıl kullanacağını iyi bir şekilde anlatılması ile ilaç kullanımına uyumu arttığı gösterilmiştir [86]. Hastalara sadece hastalıklarıyla ilgili değil tedavi ile ilgili de ayrıntılı bilgi verilmelidir. Hastalara ilacı ne zaman, nasıl ve hangi durumlarda kullanacağı anlatılmalıdır. İlaçların yan etkileri ve hangi durumda doktora başvuracağı bilgisi verilmelidir.

Tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum sorusuna katılıyorum yanıtı verenlerin ilaç uyumuna yüksek motivasyon gösterdikleri görüldü ($p<0,001$) (Tablo 4.16). Aynı soruya yine katılıyorum yanıtı verenlerin ilaç kullanım uyumunda bilgi düzeyi yüksek bulundu ($p=0,019$) (Tablo 4.17). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta ile sağlık çalışanı arasındaki güvenin uyumu artırmada çok önemli olduğu vurgulanmaktadır [59]. Çalışmamızda çıkan sonuç literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde ekonomik faktörlerin ilaç kullanım uyumunda etkili olduğunu düşünüyoruz. zkurt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan hastalar, ekonomik nedenlerin de bunda etken olduğunu belirtmişlerdir [87]. Murray ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı şekilde tedavi uyumuna etki eden faktörler içerisinde ekonomik güçlükler belirtilmiştir [88]. Bu amaçla çalışmamızda sorduğumuz, ilaçların fiyatlarını yüksek buluyorum cümlesine katılıyorum yanıtını verenlerin, ilaç kullanım uyumuna düşük motivasyon gösterdikleri grlmştir ($p<0,001$) (Tablo 4.16). Bu nedenle hastalara ilaç yazarken o ilacın fiyatını da düşünmeli ve fazladan gereksiz ilaç reçete etmemeliyiz. Kronik hastalıkların raporlu ilaçları sosyal güvenceyle karşılansa da gerek muayene ve reçete creti gerekse de ilaç katılım payları hastalar için sıkıntı oluşturmaktadır. Bu konuda doktorlar kadar eczacılarında dikkatli olmaları ve hastalara muadil ucuz ilaçları vermeleri ilaç kullanım uyumu açısından önemlidir.

Ahluwalia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık sigortasına sahip olma tedavi uyumunda etkili bulunmuştur [89]. Çalışmamızda sosyal güvencenizdeki bir sorun nedeniyle ilacı alamadığınız oldu mu sorusuna hayır yanıtı verenlerin ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösterdikleri görüldü ($p=0,006$) (Tablo 4.18). Günümüzde sağlık güvencesiyle alakalı daha az sıkıntı yaşansa da geçmişte ülkemiz adına çok ciddi bir problem olduğu için, özellikle yaşlı hastalarda sosyal güvenceleriyle alakalı ilaç almada sıkıntı yaşamış olabileceklerini düşündük. Bu sorun hastaların ilaçları reçetesiz almalarına ve dolayısıyla ilaç kullanım uyumsuzluğuna neden olabileceğini düşündürmektedir.

Günümüzde hastalar medyadan (tv, internet, dergi vs.) hastalıklarıyla ve tedavileriyle ilgili doğruluğu kanıtlanmamış birçok bilgiye çok kolay ulaşıyorlar. Başka tedavileri denemeye çalışıyorlar. Sonuç olarak kendiliğinden ilaç kullanım uyumsuzluğu ortaya çıkıyor. Özellikle hiperlipidemi tedavisinde bu sıkıntı yaşanmaktadır. Kolesterolün damarlarda tıkanıklığa neden olmadığı, hiperlipidemi tedavisinde en çok kullanılan ilaç olan statin kullanımının kalıcı bir biçimde nörolojik ve metabolik yan etkilerinin olduğu, bilinen yan etkilerinin ise sanılandan daha sık görüldüğü yönünde tartışmalar yaşanmaktadır [90, 91]. Bu konu ile alakalı olarak medyadan etkilenip ilacı kullanmayı bıraktınız mı sorusuna ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösterenlerin evet yanıtı verme yüzdeleri düşük

motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.18). HL ilacı kullananların ise medya haberlerinden etkilenip ilacı bırakma yüzdeleri kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.26). Çalışmamızda ortaya çıkan bu sonuç konu üzerinde durmamızın ve endişelerimizin haklı olduğunu göstermiştir.

Katılımcılara ilaç alırken yardıma gerek duyup duymadığını sorduğumuzda 235 kişi (%79,7) ilacı kendisinin aldığı sonucuna ulaştık. Bu oran Dedeli ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile uyumlu bulunmuştur [92]. Bu amaçla hastalara yönelttiğimiz ilacımı kendim alırım sorusuna ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon düzeyinde olanların evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.20). Çalışmamızdan ve literatürden çıkan sonuçlara göre hastanın ilaç almak için yardıma gereksinim duymasının ilaç kullanım uyumsuzluğuna neden olabileceğini düşünüyoruz.

Kader bütün olayların önceden ve değişmeyecek biçimde düzenlendiğine inanılan ezeli takdir olarak tanımlanabilir. Kader kavramı toplumumuzda önemli bir yer tutar. Sağlık hastalık yönelimi dini hayat görüşleri ile iç içedir. Dini hayat çoğu kez hastanın dünyasına etkide bulunur [93]. Bu hassas konu ile alakalı hastalara yönelttiğimiz hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmamayı düşünüyorum sorusuna ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösterenlerin hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.20). Aynı soruya ilaç kullanım uyumu yönünden yüksek bilgi düzeyinde olanların hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük bilgi düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,041$) (Tablo 4.21). Bazı durumlarda, kadere ve hastalığın Allah'tan geldiğine inanmak hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırırken bazı kişilerde bu kaderciliğin aşırı olması hastalığın tedavisine yönelmemesine neden olabilmektedir [94].

Bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum sorusuna ilaç kullanım uyumuna yüksek motivasyon gösteren hastaların hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.20). Aynı soruya ilaç kullanım uyumu yönünden yüksek bilgi düzeyinde olanların hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük bilgi düzeyinde olanlara

göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,013$) (Tablo 4.21). Hastalığı ile ilgili komplikasyon gelişen hastaların aynı soruya evet deme yüzdeleri komplikasyon gelişmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.28). Hastalıkla ilgili hastaneye yatış gerektiren durumu olanların aynı soruya evet deme yüzdeleri yatış gerektiren durumu olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.30). Bitkisel ilaçlar birlikte kullanıldıkları ilaçlarla sık olarak etkileşime girebilmekte ve ciddi yan tesirlere veya kullanılan ilacın etkisinin aşırı artmasına ya da ortadan kalkmasına yol açabilmektedir. Bilinçsiz bir şekilde kullanılan bitkisel ürünler direkt olarak da ciddi yan tesirlere neden olabilmektedir [95]. Hasta doktora bitkisel ilaç kullandığını söylemediği için bu yan etkiler yeni bir hastalıkmiş gibi algılanmaktadır. Bunun sonucunda yeni tetkikler ve yeni hastaneye yatışlar oluşmaktadır. Bitkisel ilaçlar hasta kendi ilaçlarını kullanmayı bıraksa da bırakmasa da ilaç kullanım uyumsuzluğuna katkıda bulunabilir.

Özkurt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastalar ilacı düzenli kullanmalarının bir nedeninin doktorun dostça ve nazikçe davranması olduğunu belirtmişler [87]. Muayene sırasında doktorların hastalara karşı sergilediği tutumun ilaç kullanım uyumunda etkili olduğunu düşünmekteyiz. Bunu sorguladığımızda ilaç kullanım uyumuna düşük motivasyon gösteren hastaların doktorun yaşlı olması ilaç kullanım uyumunu olumlu etkiler yanıtı verme yüzdeleri, yüksek motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,016$) (Tablo 4.22). Bunun nedeninin hastaların yaşlı doktorların yeni bilgilere takip edemediklerini düşünmelerinden kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca anketi uygulayanın genç olmasının da bu sonuçta etkili olduğunu düşünüyoruz. Düşük motivasyon düzeyinde olanların doktorun çekingen ve sinirli olması sorusuna etkilemez yanıtı verme yüzdeleri, yüksek motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,035$; $p=0,004$) (Tablo 4.22). Hastaların doktorlarla olan ikili ilişkilerinin kronik hastalıklardan ziyade akut hastalıkların tedavisinde daha önemli olduğunu düşünüyoruz. Düşük motivasyon düzeyinde olanlarla yüksek motivasyon düzeyinde olanların diğer sorulara verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonucu da yine aynı şekilde doktorların kişilik özelliklerinin ya da muayene

esnasındaki doktor-hasta ilişkisinin kronik hastalıklardan daha çok akut hastalıkların tedavisinde etkili olduğunu düşündüğümüz için bununla ilişkilendiriyoruz.



6. SONUÇLAR

Aile hekimleri hastaların ilk başvuru hekimidir ve birinci basamakta karşılaşılan hasta grubu, ikinci ve üçüncü basamağın hasta kitlesinden farklı olarak ayrışmamış hastalardan oluşmaktadır. Çoğunluğu rahatsızlığı ile ilgili olarak ilk kez ilaç kullanacak hastalardır. Bu durum göze alındığında ilaç kullanımına uyumun değerlendirilmesi ve artırılması noktasında en fazla görev üstlenecek hekim grubu aile hekimleri olmaktadır. Medikal tedavi düzenleme noktasında sadece ilaçların yazılması yeterli olmamakta, yazılan ilaçların hastalar tarafından uygun doz ve sürede kullanılması gerekmektedir. Kronik hastalığı bulunan hastaların aile hekimleri tarafından takip edilip ilaçlarının düzenli kullanmaları sağlanmalıdır.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların yaş ortalaması düşük motivasyon düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların günlük kullandıkları ilaç sayıları ortancası düşük motivasyon düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığımla ilgili yeterince bilgiye sahibim sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilacımı/ilaçlarımı nasıl kullanacağımla ilgili bilgi sahibiyim sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların tedavimi düzenleyen doktora güveniyorum sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaçların fiyatlarını yüksek buluyorum sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilaç sayım azalırsa daha düzenli ilaç kullanırım sorusuna katılıyorum yanıtı verme yüzdeleri düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığınızla ilgili komplikasyon gelişti mi sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığınızla ilgili hastaneye yatış gerektiren bir durum oldu mu sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların sosyal güvencenizdeki sorunla alakalı ilaç alamadığınız oldu mu sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların medyadaki sağlık haberlerinden etkilenip ilaç kullanmamayı bıraktınız mı sorusuna evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların ilacımı kendim alırım cümlesine evet yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksekken hayır ve bazen demeleri ise anlamlı düzeyde düşüktür.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların hastalığın kader olduğunu düşünüp ilaç kullanmamayı düşünüyorum cümlesine hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yüksek motivasyon düzeyinde olanların bitkisel ilaçların hastalığıma faydalı olacağını düşünüyorum cümlesine hayır yanıtı verme yüzdeleri, düşük motivasyonda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Hiperlipidemi ilacı kullananların medya haberlerinden etkilenip ilacı bırakma yüzdeleri kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda bulduğumuz sonuçların genelde değiştirilebilen nedenler olması umut vericidir. Bu faktörlerin daha açık ve net anlaşılabilmesi için daha büyük gruplarda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın verileri kişisel beyana dayanması nedeniyle bu tür anket çalışmalarında karşılaşılabilecek tüm olası araştırma hatalarına açıktır.

Tedaviye uyumunu artırmak için ulusal düzeyde kampanyalar başlatılmalı, hekimlere kurslar düzenlenmeli, sağlık sisteminin negatif etkileri en aza indirilmeli, hastalara hastalıkları, ilaçları ve bu konunun önemini vurgulayan eğitimler verilmelidir.

7.ÖZET

İleri, M. Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Diyabetes Mellitus ve Kronik Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Oral İlaç Kullanımına Uyumu Etkileyen Faktörler, S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016.

Tedaviye uyum veya daha yeni bir terim ile ‘tedaviyi destekleme’ tanım olarak gözlenen davranış etkisinin, tedavinin beklenen standartına oranı olarak ifade edilmektedir. Çalışmamız hastaların oral ilaçlarını tam zamanında ve dozunda almasının önündeki engelleri saptayarak konu hakkında farkındalık oluşturmak ve dolayısıyla ilaç kullanım uyumsuzluğunun neden olduğu o hastalıkla ilgili komplikasyon, hastaneye ek yatış ve maliyet artışının önüne geçmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir anket çalışmasıdır.

Araştırma, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 15 Ocak 2016 – 1 Mart 2016 tarihleri arasında yapılmış ve toplamda 295 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Gönüllülere 36 soru ile birlikte Modifiye Morisky Ölçeği yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır.

Modifiye Morisky Ölçeği sonuçlarına göre katılımcılardan 202 kişi (%68,5) yüksek motivasyon düzeyine, 286 kişi (%96,9) yüksek bilgi düzeyine sahiptir. Çalışmamızda yaş ortalaması, günlük kullanılan ilaç sayısı, eğitim durumu, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi düzeyi, ilaç fiyatları, medyadaki sağlık haberleri, komplikasyon, hastaneye yatış, kader ve bitkisel ilaç gibi parametrelerle ilaç kullanım uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tedaviye uyumunu artırmak için ulusal düzeyde kampanyalar başlatılmalı, hekimlere kurslar düzenlenmeli, sağlık sisteminin negatif etkileri en aza indirilmeli, hastalara hastalıkları, ilaçları ve bu konunun önemini vurgulayan eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Diyabetes Mellitus, Kronik Kalp Hastalığı, Oral İlaç Kullanım Uyumu

8.ABSTRACTS

Ileri, M. Factors which Effect the Concordance of Oral Drug Intake in Patients with Hypertension, Hyperlipidemia, Diabetes Mellitus and Chronic Heart Disease

Ministry of Health, Ankara Numune Training and Research and Hospital Family Practice Department, Thesis of Specialization, Ankara, 2016

Concordance of medical therapy or “therapy support” by the newer term means the ratio of behaviour effect to the standard of expected treatment. Our study is a descriptive and sectional one by the aim of establishing the obstacles of patients’ behaviours of not taking the pills at proper time and dose and create an awareness to prevent the complication, additional hospital stays and increased costs which are caused by inappropriate drug usage.. .

The study performed in Ankara Numune Training and Research Hospital between 15th January 2016 – 1st March 2016 and 295 patients were included the study. Modified Morisky Scale with 36 questions were applied to patients face to face.

By the results of Modified Morisky Scale, 202 patients (68,5%) have high motivation, 286 (96,9%) have high level of knowledge. In our study, drug use concordance is found to be correlated with mean age, number of daily taken pills, educational status, knowledge on the illness and treatment, drug costs, news on television about health issues, complications, hospital stay, belief of destiny and herbal medicine.

To increase the rate of concordance of medical therapy, national campaigns should be started, courses should be held for physicians, negative effects of health system should be minimalized and the patients should be given education on their illnesses, drugs and the importance of the issue.

Key Words: Hypertension, Hyperlipidemia, Diabetes Mellitus, Chronic Heart Disease, The Concordance of Oral Drug Intake

9. KAYNAKLAR

1. Bilir, N., *Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları*. Toplum Hekimliği Bülteni, 2006. 25(3): p. 1-6.
2. Bakanlığı, T.S. and H.M. Müdürlüğü, *Başkent Üniversitesi (2005), “. Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet Etkinlik Çalışması, Hastalık Yüğü-Final Raporu”,* Ankara, 2005.
3. Sofuoğlu, S. and T. Turan, *Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: Bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000. 1(2): p. 100-106.
4. Aberg, J.A., et al., *Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America*. Clinical Infectious Diseases, 2004. 39(5): p. 609-629.
5. Chobanian, A.V., et al., *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report*. Jama, 2003. 289(19): p. 2560-2571.
6. *A global brief on Hypertension*. 2 Eylül 2016]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1.
7. Ikeda, N., et al., *Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries*. Bulletin of the World Health Organization, 2014. 92(1): p. 10-19C.
8. http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319587.pdf and 02.09.2016, American Heart Association. *High Blood Pressure - Statistical Fact Sheet*2013.
9. *Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği. TURDEP-II sonuçları*. Available from: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.

10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Available from: http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c._saglik_bakanligi_saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf.
11. ARICI, M., et al., *Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması*. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. İnternet erişimi: http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf.
12. James, P.A., et al., *2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*. Jama, 2014. **311**(5): p. 507-520.
13. Dönmez, İ., *Yeni Kılavuzların Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi*. European Journal of Health Sciences, 2015. **1**(1): p. 49-53.
14. Cohen, J.D., *Hypertension epidemiology and economic burden: refining risk assessment to lower costs*. Managed care (Langhorne, Pa.), 2009. **18**(10): p. 51-58.
15. Yilmazel, G. and F. Cetinkaya, *Pre-Hypertension and hypertension among primary-secondary school teachers in Çorum: results from a Turkish cross-sectional study*. Medicine Science| International Medical Journal.
16. Mbewu, A. and P. Durrington, *Lipoprotein (a): structure, properties and possible involvement in thrombogenesis and atherogenesis*. Atherosclerosis, 1990. **85**(1): p. 1-14.
17. Elliott, D.A., C.S. Weickert, and B. Garner, *Apolipoproteins in the brain: implications for neurological and psychiatric disorders*. Clinical lipidology, 2010. **5**(4): p. 555-573.
18. *Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. 2015 27 Ekim 2016]; Available from: http://www.turkendokrin.org/files/LIPID_web.pdf.
19. İlter, A., et al., *Adult Treatment Panel (ATP) IV Eşliğinde Güncel Hiperlipidemi Tedavisi*. Eur J Health Sci, 2016. **2**(1): p. 15-19.
20. Expert Panel on Detection, E., *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(19): p. 2486-97.*
21. Grundy, S.M., et al., *NCEP Report. Implications of recent clinical Trial for the National I Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines Circulation, 2004. 110: p. 227-239.*
 22. Arslan M, A.C., Gedik O, Başkal N, Sözen T , İliçin G, Biberoğlu K, Süleyman G, Ünal S., *İç Hastalıkları 2. Baskı. Güneş Kitabevi Ankara. 2003: p. 2279-2232.*
 23. *American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes, 2008. 31(2): p. 12-54.*
 24. Satman I, Y.T., Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Başat Y, Tütüncü Y, Sagın M, Dinçdağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H and the TURDEP Group, *diabetes epidemiyoloji study in Turkey first step data results. Diabetes Care. 2002. 26: p. 1151-1536.*
 25. Nathan, D.M., et al., *Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes care, 2009. 32(1): p. 193-203.*
 26. *National Diabetes Statistics Report. 2014; Available from: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/national-diabetes-report-web.pdf>.*
 27. *Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması Sonuçları. 2011; Available from: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.*
 28. *World Health Organization. Diabetes Fact Sheet No 312. Available from: <http://www.who.int>.*
 29. *TEMED Tip 2 Diyabette tedavi algoritması. 2015 Eylül 2016]; Available from: http://www.turkendokrin.org/files/DIYABET_web.pdf.*
 30. İmamoğlu, Ş., *Diabetes Mellitus Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi ve izlenim. 3. Baskı İstanbul Deomed Medikal Yayıncılık, 2009.*
 31. Küçükberber, N., K. Özdiilli, and H. Yorulmaz, *Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Derg, 2011. 11: p. 619-626.*

32. Onur, İ., *Bolu İli Doğancı Köyü Erişkin Nüfusta Kalp Ve Damar Hastalıkları İçin Risk Faktörleri Sıklığı Ve İlişkili Faktörler*, in *Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*. 2016, Abant İzzet Baysal Üniversitesi: Bolu.
33. C, H., *Multidisipliner Kardiyoloji*, in *Aritmiler*. 2002, Nobel&Güneş Kitabevi: Bursa. p. 258-322.
34. Gülnihal, T., *YOĞUN BAKIM HASTALARINDA ARİTMİ İNSİDANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ*, in *ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI*. 2014, Uludağ Üniversitesi: Bursa.
35. Dickstein, K., et al., *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008*. European journal of heart failure, 2008. **10**(10): p. 933-989.
36. Hunt, S.A., et al., *ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Rhythm Society*. Circulation, 2005. **112**(12): p. e154-e235.
37. Springer, J., et al., *Prognosis and therapy approaches of cardiac cachexia*. Current opinion in cardiology, 2006. **21**(3): p. 229-233.
38. Ackerman, M.J., et al., *HRS/EHRA expert consensus statement on the state of genetic testing for the channelopathies and cardiomyopathies*. Europace, 2011. **13**(8): p. 1077-1109.
39. Bartkó, G., I. Herczeg, and G. Zador, *Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1988. **77**(1): p. 74-76.
40. Misdrahi, D., et al., *[Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications]*. L'Encephale, 2002. **28**(3 Pt 1): p. 266-272.

41. Krueger, K.P., B.A. Berger, and B. Felkey, *Medication adherence and persistence: a comprehensive review*. Advances in therapy, 2005. **22**(4): p. 313-356.
42. Levine, A., *Antiretroviral therapy: adherence*. Clin Care Options HIV Online J, 1998. **4**: p. 1-10.
43. Isaac, L.M., R.M. Tamblyn, and M.-C.D.R. Team, *Compliance and cognitive function: A methodological approach to measuring unintentional errors in medication compliance in the elderly*. The gerontologist, 1993. **33**(6): p. 772-781.
44. Demyttenaere, K., *Noncompliance with antidepressants: who's to blame?* International clinical psychopharmacology, 1998. **13**: p. S19-S26.
45. Partridge, A.H., et al., *Adherence to therapy with oral antineoplastic agents*. Journal of the National Cancer Institute, 2002. **94**(9): p. 652-661.
46. Eagle, K.A., et al., *Adherence to evidence-based therapies after discharge for acute coronary syndromes: an ongoing prospective, observational study*. The American journal of medicine, 2004. **117**(2): p. 73-81.
47. Andrade, S.E., et al., *Discontinuation of antihyperlipidemic drugs—do rates reported in clinical trials reflect rates in primary care settings?* New England Journal of Medicine, 1995. **332**(17): p. 1125-1131.
48. Bloom, B.S., *Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy*. Clinical therapeutics, 1998. **20**(4): p. 671-681.
49. Sidel, J., K. Ryan, and J. Nemis-White, *Shaping the healthcare environment through evidence-based medicine: a case study of the ICONS project*. Hospital quarterly, 1998. **2**(1): p. 29.
50. *SCIE Research briefing 15: Helping older people to take prescribed medication in their own home: what works?* 2005 Eylül 2016]; Available from: <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing15/>.
51. Balkrishnan, R., *Predictors of medication adherence in the elderly*. Clinical therapeutics, 1998. **20**(4): p. 764-771.
52. ALPASLAN, Ö., *Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler*, in *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 2008, Marmara Üniversitesi: Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

53. İÇYEROĞLU, G., *Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi in Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 2012, Fırat Üniversitesi: Hemşirelik Anabilim Dalı.
54. Ross, S., A. Walker, and M. MacLeod, *Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs*. Journal of human hypertension, 2004. **18**(9): p. 607-613.
55. Cingil, D., S. Delen, and A. Aksuoğlu, *Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi*. Archives of the Turkish Society of Cardiology, 2009. **37**(8): p. 551-556.
56. Kocaman, N., et al., *Hastalık Algisi Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması [Reliability and validity study of the Turkish adaptation of the revised Illness Perception Questionnaire]*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007. **8**: p. 271-280.
57. Petrie, K. and J. Weinman, *Why illness perceptions matter*. Clinical Medicine, 2006. **6**(6): p. 536-539.
58. Weinman, J., et al., *Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes*. British Journal of Health Psychology, 2000. **5**(3): p. 263-273.
59. Hacıhasanoğlu, R., *Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009. **8**(2): p. 167-172.
60. Jokisalo, E., et al., *Factors related to non-compliance with antihypertensive drug therapy*. Journal of human hypertension, 2002. **16**(8): p. 577-583.
61. Schoen, M.D., et al., *Impact of the cost of prescription drugs on clinical outcomes in indigent patients with heart disease*. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, 2001. **21**(12): p. 1455-1463.
62. Solomon, D.K., et al., *Part 2. Clinical and economic outcomes in the hypertension and COPD arms of a multicenter outcomes study*. Journal of the American Pharmaceutical Association (1996), 1998. **38**(5): p. 574-585.
63. Miura, T., et al., *Effect of digoxin noncompliance on hospitalization and mortality in patients with heart failure in long-term therapy: a prospective*

- cohort study. European journal of clinical pharmacology, 2001. **57**(1): p. 77-83.
64. Sellwood, W. and N. Tarrier, *Demographic factors associated with extreme non-compliance in schizophrenia*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 1994. **29**(4): p. 172-177.
65. Lesaffre, E., et al., *A retrospective analysis of the effect of noncompliance on time to first major adverse cardiac event in LIPS*. Clinical therapeutics, 2003. **25**(9): p. 2431-2447.
66. Balkrishnan, R. and D.B. Christensen, *Inhaled corticosteroid nonadherence and immediate avoidable medical events in older adults with chronic pulmonary ailments*. Journal of Asthma, 2000. **37**(6): p. 511-517.
67. Lecompte, D. and I. Pelc, *A cognitive-behavioral program to improve compliance with medication in patients with schizophrenia*. International journal of mental health, 1996. **25**(1): p. 51-56.
68. Rzewuska, M., *Drug maintenance treatment compliance and its correlation with the clinical picture and course of schizophrenia*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 2002. **26**(4): p. 811-814.
69. Chin, M.H. and L. Goldman, *Correlates of early hospital readmission or death in patients with congestive heart failure*. The American journal of cardiology, 1997. **79**(12): p. 1640-1644.
70. Vural B, A.Ö., Topsever P, Filiz M., *Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması*. Family Physician: p. 17-20.
71. Cottrell, W.N., C.P. Denaro, and L. Emmerton, *Exploring beliefs about heart failure treatment in adherent and nonadherent patients: use of the repertory grid technique*. Patient Prefer Adherence, 2013. **7**: p. 141-50.
72. Sezgin, D. and H. Mert, *Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2015. **8**(2).
73. Riegel, B., et al., *State of the science promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association*. Circulation, 2009. **120**(12): p. 1141-1163.

74. Neiheisel, M.B., K.J. Wheeler, and M.E. Roberts, *Medication adherence part one: Understanding and assessing the problem*. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 2014. **26**(1): p. 49-55.
75. Brown, S.B. and R.P. Shannon, *Improving medication compliance in patients with heart failure*. The American journal of cardiology, 2008. **101**(2): p. 274-277.
76. Wu, J.-R., et al., *Medication adherence in patients who have heart failure: a review of the literature*. Nursing Clinics of North America, 2008. **43**(1): p. 133-153.
77. Sokol, M.C., et al., *Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost*. Medical care, 2005. **43**(6): p. 521-530.
78. Touchette, D.R. and N.L. Shapiro, *Medication compliance, adherence, and persistence: current status of behavioral and educational interventions to improve outcomes*. J Manag Care Pharm, 2008. **14**(6): p. S2-S10.
79. Dilokthornsakul, P., et al., *The effects of medication supply on hospitalizations and health-care costs in patients with chronic heart failure*. Value in Health, 2012. **15**(1): p. S9-S14.
80. Riegel, B., et al., *Predictors of objectively measured medication nonadherence in adults with heart failure*. Circulation: Heart Failure, 2012. **5**(4): p. 430-436.
81. Feldman, R., et al., *Adherence to pharmacologic management of hypertension*. Canadian Journal of Public Health, 1998. **89**(5): p. I16.
82. Degli Esposti, E., et al., *Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients*. Journal of Human Hypertension, 2002. **16**(6): p. 439-444.
83. Kalichman, S.C., B. Ramachandran, and S. Catz, *Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy*. Journal of general internal medicine, 1999. **14**(5): p. 267-273.
84. Yeşil, Y., M. Cankurtaran, and M.E. Kuyumcu, *Polifarmasi*. Klinik Gelişim, 2012. **25**: p. 18-23.
85. Lindenmeyer, A., et al., *Interventions to improve adherence to medication in people with type 2 diabetes mellitus: a review of the literature on the role of*

- pharmacists. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 2006. **31**(5): p. 409-419.
86. Horne, R., M. Hankins, and R. Jenkins, *The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research*. Quality in Health Care, 2001. **10**(3): p. 135-140.
87. Özkurt, S., et al., *Tüberkülozlu olguların tedaviye ve sosyal yaşama uyumlarının değerlendirilmesi*. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2000. **48**(3): p. 213-18.
88. Murray, M.D., et al., *Factors contributing to medication noncompliance in elderly public housing tenants*. Annals of Pharmacotherapy, 1986. **20**(2): p. 146-152.
89. Ahluwalia, J.S., S.E. McNagny, and K.J. Rask, *Correlates of Controlled Hypertension in Indigent, Inner-City Hypertensive Patients*. Journal of general internal medicine, 1997. **12**(1): p. 7-14.
90. *Türk Kardiyoloji Derneği'nden Metin Münir'e cevap!* Türk Kardiyoloji Derneği 18.10.2016]; Available from: <http://www.medikalakademi.com.tr/turk-kardiyoloji-dernegi-metin-munir>.
91. Reiner, Ž., et al., *ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias*. European heart journal, 2011. **32**(14): p. 1769-1818.
92. Dedeli, Ö. and A. Karadakovan, *Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi*. Spatula DD, 2011. **1**(1): p. 23-32.
93. Bolsoy, N. and Ü. Sevil, *SAĞLIK-HASTALIK VE KÜLTÜR ETKİLEŞİMİ*. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2006. **9**(3).
94. Callister, L.C., *Culturally competent care of women and newborns: Knowledge, attitude, and skills*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 2001. **30**(2): p. 209-215.
95. Colalto, C., *Herbal interactions on absorption of drugs: Mechanisms of action and clinical risk assessment*. Pharmacological Research, 2010. **62**(3): p. 207-227.

10. EKLER

Ek-1. Anket

HİPERTANSİYON, HİPERLİPİDEMİ, DİYABETES MELLİTUS VE KRONİK KALP HASTALIĞI OLAN HASTALARDA ORAL İLAÇ KULLANIMINA UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli katılımcı;

İlaç kullanım uyumsuzluğu hastalığınızla ilgili istenmeyen zararlar oluşmasına, hastaneye yatışlara ve tedavi maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Biz bu çalışmamızda tansiyon yüksekliği, kolesterol yüksekliği, şeker hastalığı ve uzun süreli kalp hastalığı olan hastalarda ağızdan ilaç kullanımına uyumu etkileyen faktörleri araştırmak için bir anket çalışması yapıyoruz.

Anketi doldurmak yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Anketimiz kişisel bilgileri içermemektedir. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır, herhangi bir yaptırım olmaksızın istediğiniz zaman araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır.

Sizlerden istenilen her soruyu dikkatlice okuyup sizin için uygun olan cevabı vermenizdir. **Lütfen her soruyu yanıtlayınız.** Yanıtlarınız konuyla ilgili sorunların saptanmasına ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

O Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

O Kabul etmiyorum.

Kabul etmiyorsanız nedeni.....

“Anket sorularını cevaplamaya ayırdığınız zaman ve ilginiz için teşekkür ederiz.”

drileri@hotmail.com

tel:05064115367

1) YAŞ:

2)CİNSİYET: ERKEK() KADIN ()

3)MESLEK:

4)EĞİTİM DURUMU: (EN SON BİTİRDİĞİNİZ OKULU İŞARETLEYİN)

OKUR YAZAR DEĞİL()

OKUR YAZAR()

İLKOKUL ()

ORTAOKUL()

LİSE()

YÜKSEKOKUL-

ÜNİVERSİTE ()

5) BERABER YAŞADIĞI KİŞİLER:

YALNIZ() EŞ() ÇOCUK() ANNE() BABA() KARDEŞ() BAKICI() DİĞER
.....

6) MEDENİ DURUM: EVLİ() BEKAR() DUL()

7) YAŞADIĞI YER: İL MERKEZİ() İLÇE() KÖY()

8) SİĞARA KULLANIYOR MUSUNUZ? EVET() HAYIR() BIRAKTIM()

9) ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ? EVET() HAYIR() BIRAKTIM()

10) UYUŞTURUCU MADDE KULLANIYOR MUSUNUZ? EVET() HAYIR()
BIRAKTIM()

11) GÜNDE TOPLAM KAÇ ADET İLAÇ KULLANIYORSUNUZ?

12) İLACIN HANGİ ÖZELLİĞİ SİZİ OLUMSUZ ETKİLER?

TADI() RENGİ() KOKUSU() BÜYÜKLÜĞÜ() DİĞER
.....

13) İLACINIZLA İLGİLİ BEKLENMEDİK BİR YAN ETKİ OLDUĞUNDA NE YAPARSINIZ?

HEKİME BAŞVURURUM() İLACI ALMAYI BIRAKIRIM()

BİTKİSEL İLAÇ KULLANIRIM() DİĞER

HASTALIĞINIZ VE İLAÇLARINIZLA İLGİLİ OLARAK:				
	HT	HL	DM	KKH
14) İLACIN ADI				
15) HASTALIĞIN BAŞLADIĞI YIL				
16) İLAÇ KULLANMAYA BAŞLADIĞI YIL				

17) BU HASTALIKLAR DIŞINDAKİ EK HASTALIKLARINIZ NELERDİR?(YOKSA BOŞ BIRAKINIZ)

A)

B)

C)

.....

KRONİK HASTALIĞIMLA İLGİLİ	KATILIYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM
18)HASTALIĞIMLA İLGİLİ YETERİNCE BİLGİYE SAHİBİM			
19)İLACIMI/İLAÇLARIMI NASIL KULLANACAĞIMLA İLGİLİ BİLGİ SAHİBİYİM			
20) TEDAVİMİ DÜZENLEYEN DOKTORA GÜVENİYORUM.			
21)İLAÇLARIN FİYATLARINI YÜKSEK BULUYORUM.			
22) İLAÇ SAYIM AZALIRSA DAHA DÜZENLİ İLAÇ KULLANIRIM.			

	EVET	HAYIR
23)HASTALIĞINIZ SONUCU OLUŞAN FARKLI OLUMSUZ YAN ETKİLER OLDU MU?		
24) HASTALIĞINIZLA İLGİLİ HASTANEYE YATIŞ GEREKTİREN BİR DURUM OLDU MU?		
25)SOSYAL GÜVENCENİZDEKİ SORUNLA ALAKALI İLACI ALAMADIĞINIZ OLDU MU?		
26)İLAÇ ALMADIĞINIZ ZAMAN SİZE ZARAR VERECEĞİNİ DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?		
27) MEDYADAKİ (TELEVİZYON, RADYO, İNTERNET VS.) SAĞLIK HABERLERİNDEN ETKİLENİP İLAÇ KULLANMAYI BIRAKTINIZ MI?		
28)İLAÇ PROSPEKTÜSÜNDE İLACIN YAN ETKİLERİNİ OKUYUP İLACINIZI KULLANMAYI BIRAKTIĞINIZ OLDU MU?		

	EVET	HAYIR	BAZEN
29)İLACIMI KENDİM ALIRIM			
30) İLAÇ ALMAK İÇİN HATIRLATICI KULLANIRIM			
31)HERGÜN İLAÇ KULLANMAK İSTEMİYORUM			
32)KULLANDIĞIM İLACIN PROSPEKTÜSÜNÜ OKURUM			
33) OKUDUĞUM PROSPEKTÜSÜ ANLAYABİLİYORUM			
34) HASTALIĞIN KADER OLDUĞUNU DÜŞÜNÜP İLAÇ KULLANMAMAYI DÜŞÜNÜYORUM			
35) BİTKİSEL İLAÇLARIN HASTALIĞIMA FAYDALI OLACAĞINI DÜŞÜNÜYORUM			

36) DOKTORLARIN İLAÇ KULLANMANIZI ETKİLEYEN ÖZELLİKLERİ VE ETKİLERİ NELERDİR?	OLUMLU ETKİLER	OLUMSUZ ETKİLER	ETKİLEMEZ
A)DOKTORUN YAŞLI OLMASI			
B)OTORİTER OLMASI			
C)İLGİLİ OLMASI			
D)ÇEKİNGEN OLMASI			
E)SİNİRLİ OLMASI			
F)GÜLER YÜZLÜ OLMASI			
G)CİDDİ OLMASI			
H)KARARLI OLMASI			
I)SAMİMİ OLMASI			
J)İYİ İLETİŞİM KURMASI			
K)BANA FAZLA VAKİT AYIRMASI			
L)SORUNLARIMI AYRINTILI DİNLEMESİ			
M)HASTALIĞIMI BENİM ANLAYACAĞIM ŞEKİLDE AÇIKLAMASI			
N)TEDAVİMİ BENİM ANLAYACAĞIM ŞEKİLDE AÇIKLAMASI			

Modifiye Morisky Ölçeği	EVET	HAYIR
1.İLACINIZI/İLAÇLARINIZI ALMAYI UNUTTUĞUNUZ OLUR MU?		
2. İLACINIZI/İLAÇLARINIZI ZAMANINDA ALMAYA DİKKAT EDER MİSİNİZ?		
3. KENDİNİZİ İYİ HİSSETTİĞİNİZDE İLAÇLARINIZI ALMAYI BIRAKTIĞINIZI OLDU MU?		
4. BAZEN KENDİNİZİ KÖTÜ HİSSETTİĞİNİZDE BUNUN İLACA BAĞLI OLDUĞUNU DÜŞÜNÜP İLACI ALMAYI KESTİĞİNİZ OLDU MU?		
5. İLAÇ ALMANIZIN UZUN DÖNEM YARARLARINI BİLİYOR MUSUNUZ?		
6. BAZEN ZAMANI GELDİĞİ HALDE İLAÇLARINIZI YAZDIRMAYI UNUTTUĞUNUZ OLUYOR MU?		

Ek 2 Etik Kurul Onay Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E.Kurul –E-16-727

727-no’lu çalışma

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği’nden Uzm. Dr. İrfan Şencan sorumluluğunda yapılması planlanan “Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus ve kronik kalp hastalığı olan hastalarda oral ilaç kullanımına uyumu etkileyen faktörler” konulu çalışma incelenmiş olup, etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

20.01.2016


Prof. Dr. Hürrem Bodur
Etik Kurul Başkanı.

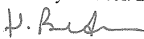
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Etik Kurul TÇırakoğlu
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 5174

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus ve kronik kalp hastalığı olan hastalarda oral ilaç kullanımına uyumu etkileyen faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Eğitim Merkezi Danışma Birimi B Blok -1.Kat Altındağ Ankara
	TELEFON	03125085174
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	cirakogluten@hotmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. İrfan Şencan		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☐	
		Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐
				ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: 

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 727/2016	Tarih: 20.01.2016		
	Yukarıda bilgileri verilen Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. İrfan Şencan sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr. Murat İleri'nin uzmanlık tez çalışması olan "Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus ve kronik kalp hastalığı olan hastalarda oral ilaç kullanımına uyumu etkileyen faktörler" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>H. Bodur</i>
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Adil ERYILMAZ	Kulak Burun Boğaz	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Eryılmaz</i>
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Deniz Belen</i>
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Özkara</i>
Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>S. Kulaçoğlu</i>
Doç. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Tuncel</i>
Doç. Dr. Betül BOZKURT	Genel Cerrahi	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>B. Bozkurt</i>
Doç. Dr. Doğan UNCU	Tıbbi Onkoloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>D. Uncu</i>
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>I. Karabulut</i>
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>D. Kanyılmaz</i>
Dr. Ecz. Dilek ATABEY	Eczacılık	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>D. Atabey</i>
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Selma Kobal	İş İdaresi	Emekli	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>S. Kobal</i>

*:Toplantıda Bulunma

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus ve kronik kalp hastalığı o hastalarda oral ilaç kullanımına uyumu etkileyen faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Eğitim Merkezi Danışma Birimi B Blok -1.Kat Altındağ Ankara
	TELEFON	03125085174
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	cirakogluten@hotmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. İrfan Şencan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐



Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: *H. Bodur*

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	ILAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 727/2016		Tarih: 20.01.2016				
	Yukarıda bilgileri verilen Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. İrfan Şenc sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr. Murat İleri'nin uzmanlık tez çalışması olan "Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet mellitus ve kronik kalp hastalığı olan hastalarda oral ilaç kullanımına uyumu etkileyen faktörler" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakır bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>H. Bodur</i>
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Adil ERYILMAZ	Kulak Burun Boğaz	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Eryılmaz</i>
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Deniz</i>
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Özkara</i>
Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>S. Kulaçoğlu</i>
Doç. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>A. Tuncel</i>
Doç. Dr. Betül BOZKURT	Genel Cerrahi	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>B. Bozkurt</i>
Doç. Dr. Doğan UNCUB	Tıbbi Onkoloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>D. Uncu</i>
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>I. Karabulut</i>
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>D. Kanyılmaz</i>
Dr. Ecz. Dilek ATABEY	Eczacılık	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>D. Atabay</i>
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>B. Özbek</i>
Selma Kobal	İş İdaresi	Emekli	E ☒ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>S. Kobal</i>

*:Toplantıda Bulunma

