



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞA SAHİP HASTALARIN İLAÇ
KULLANMAYA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI İLE TEDAVİYE
UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

ESRA ÖZER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI




DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi NURAY ŞAHİN ORAK

2019-İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Esra ÖZER
Tez Başlığı : Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 19.06.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Kurumu	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK	Marmara Üniversitesi	
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR	Marmara Üniversitesi	
Prof. Dr. Vesile ÜNVER	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 26.06.2019 tarih ve 61. sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

- Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
- Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Esra Özer



I. TEŞEKKÜR

Tez sürecinin her aşamasında fikir ve görüşleriyle gelişimimi destekleyen,
yeni bilgiler öğrenmemi ve farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan saygıdeğer
danışmanım

Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK,

Cemal Pamuk Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan tüm sağlık profesyonellerine,

Araştırmaya katılımları ile destek veren tüm kronik hastalığa sahip bireylere,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve
desteğini esirgemeyen başta eşim Arş. Gör. Çağdaş Özer, oğlumuz
Yunus Emre'ye, kardeşim, annem ve babama

Teşekkür ederim.

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II
III. KISALTMALAR VE SİMGELER.....	V
IV. TABLO LİSTESİ.....	VI
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1.Kronik Hastalık Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	7
4.2. Hipertansiyon Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	7
4.2.1. Hipertansiyonun sınıflandırılması ve risk faktörleri.....	9
4.2.2. Hipertansiyon hastalarının tedavisi.....	12
4.2.3. Hipertansiyon hastalarının eğitimi.....	13
4.3. Diyabet Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	14
4.3.1. Diyabetin sınıflandırılması ve risk faktörleri.....	15
4.3.2. Diyabet hastalığının komplikasyonları.....	16
4.3.3. Diyabet hastalarının tedavisi.....	19
4.3.4. Diyabet hastalarının eğitimi.....	20
4.4. KOAH Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	21
4.4.1. KOAH sınıflandırılması ve risk faktörleri.....	23
4.4.2. KOAH hastalarının tedavisi.....	25
4.4.3. KOAH hastalarının eğitimi.....	25
4.5. Sağlık İnanç Modeli.....	27
4.6. İlaç Uyumu.....	28

5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	31
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	31
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	31
5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri	32
5.3.2. Araştırmadan çıkarılma ölçütleri.....	32
5.4. Araştırma Soruları.....	32
5.5. Araştırma Değişkenleri.....	32
5.6. Veri Toplama Araçları.....	33
5.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci.....	35
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
6. BULGULAR.....	38
6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular.....	39
6.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	43
6.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre İURYÖ-7'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	46
6.4. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	48
7. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	50
7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması	51
7.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
7.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre İURYÖ-7'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
7.4. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması.....	58

8. KAYNAKLAR	61
9.EKLER	78
Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	79
Ek 2. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği.....	82
Ek 3. İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği.....	84
Ek 4. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçek İzni.....	85
Ek 5. İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği-7 Türkçe Versiyonu Ölçek İzni.....	86
Ek 6. Adherence to Refills and Medications Scale-7 Ölçek İzni.....	87
Ek 7. Etik Kurul Onayı.....	88
Ek 8. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	89
Ek 9. Bilgilendirme Formu.....	90
Ek 10. Onam Formu.....	91
10.ÖZGEÇMİŞ	92

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

ADA	: American Diabetes Association
AHA	: American Hearth Association
ARMS-7	: Adherence to Refills and Medications Scale-7
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: European Society of Cardiology
ESH	: European Society of Hypertension
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HHD	: Hiperosmolar Hiperglisemik Durum
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonunun
İBÖS	: İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği
IURY-7	: İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LA	: Laktik asidoz
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
TEMĐ	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
WHO	: World Health Organization

IV. TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. ESH/ESC 2018 Kan Basıncının Sınıflandırılması.....	9
Tablo 4.2. Diyabetik Ketoasidozun Semptom ve Bulguları.....	17
Tablo 5.1. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeğinin Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları.....	34
Tablo 5.2. İURY-7 Ölçeğinin Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları.....	35
Tablo 5.3 Normallik Dağılım Testleri.....	36
Tablo 6.1. Hastaların Bireysel Özellikleri.....	39
Tablo 6.2 Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri.....	40
Tablo 6.3. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarından aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 6.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 6.5. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...	44
Tablo 6.6. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 6.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre İURYÖ-7'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 6.8. Hastaların Kronik Hastalığına göre İURYÖ-7 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 6.9. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 6.10. Hastaların Hastalıklarına göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	49

Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları ile Tedaviye Uyumluları Arasındaki İlişki

Öğrencinin Adı: Esra ÖZER

Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışma, aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon, diyabet veya KOAH hastalıklarından sadece birine sahip hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumluları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Haziran-Eylül 2018 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 210 hasta oluşturdu. Veriler anket formu, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURY-7) ile toplandı. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, spearman korelasyon, Independent Sample testi ve Anova testi ile analiz edildi.

Bulgular: Kronik hastalığa sahip hastaların yaş ortalamasının $54,0 \pm 7,3$ yıl, %59'unun kadın olduğu ve %91,9'unun yalnız yaşamadığı belirlendi. Hastaların %64,3'ünün ilköğretim mezunu, %98,1'inin sosyal güvencesinin olduğu; %10'unun zamanı olmadığı için ilaç uyumunda problem yaşadığı saptandı. Hastaların %24,8'inin tedavi süresinin 1-5 yıl arasında olduğu saptandı. Hastaların puan ortalamaları İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği için $126,0 \pm 29,70$, İURY-7 için $12,0 \pm 3,93$ olarak belirlendi. Hastaların sağlık inanç algıları ile tedaviye uyumluları arasında KOAH hastaları için zayıf, diyabet hastaları için iyi, hipertansiyon hastaları için orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. Hastaların kronik hastalığa göre tedaviye uyumluları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı farkın hipertansiyon ve KOAH hastaları arasında çok yüksek düzeyde ($p < 0,001$), diyabet ve KOAH hastaları arasında ise yüksek düzeyde ($p < 0,01$) olduğu bulundu.

Sonuçlar: Hastaların sağlık inanç algıları iyileştikçe tedaviye uyumlarının da arttığı belirlendi. KOAH hastalarının tedaviye uyumluları daha yüksekti. Hastaların sağlık inanç algılarını olumlu yönde geliştirmek ve tedaviye uyumlarını arttırmak için eğitim ve danışmanlıkların, tedaviye uyumu üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmaların yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon, KOAH, Diyabet, Hasta Uyumu, İlaç

The Relationship Between Health Beliefs and Their Adaptation to Drug Use in Patients with Chronic Disease

Student's name: Esra ÖZER

Consultant: Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK

Department: Nursing Department

2. SUMMARY

Objective: The aim of this study was to evaluate the relationship between drug compliance and health beliefs of patients with hypertension, diabetes, or COPD.

Materials and Methods: The study population consisted of 210 patients who applied to a Family Health Center of Istanbul Provincial Health Directorate between June and September 2018. Data were collected by questionnaire form, Health Belief Scale for Drug Use, Adherence to Refills and Medications Scale-7 (ARMS-7). Data were analyzed by number, percentage, mean, standard deviation, spearman correlation, Independent Sample test and Anova test.

Results: The mean age of the patients with chronic disease was $54,0 \pm 7,3$ years, 59% were women and 91,9% were not living alone. 64,3% of the patients were primary school graduates and 98,1% had social security; It was found that 10% had problems with drug compliance because they did not have time. The duration of treatment in 24,8% of the patients was 1-5 years. The mean score of the patients was $126,0 \pm 29,70$ for the Health Belief Scale for Drug Use and $12,0 \pm 3,93$ for the ARMS-7. There was a significant negative correlation between health belief perception and adherence to treatment, poor for COPD patients, good for diabetes patients, and moderate for hypertension patients. When the patients' compliance with treatment according to chronic disease was compared, it was found that there was a statistically significant difference between the groups in hypertension and COPD patients ($p < 0,001$) and in patients with diabetes and COPD ($p < 0,01$).

Conclusion: As patients' health beliefs improved, their compliance to treatment increased. COPD patients had higher compliance with treatment. In order to improve the patients' perception of health beliefs positively and increase their adherence to treatment, studies that examine the effect of training and counseling on treatment compliance should be conducted.

Keywords: Hypertension, COPD, Diabetes, Patient Adherence, Drug

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak, hastalık ise bireyin fiziksel, ruhsal veya sosyo-ekonomik yönlerinden birinin ya da birkaçının bozulması olarak tanımlanmaktadır (<http://www.who.int/about/mission/en/>, Erişim Tarihi: 27.12.2017). Kronik hastalık uzun dönemli ve seyirli, bulaşıcı özellik göstermeyen, kişinin fonksiyonel yapısını bozarak kalıcı hasarlara sebep olabilen, geri dönüşü olmayan hastalıktır (Acehan, 2010; Açıkgöz, 2014; Taşkaya, 2014; Yılmaz ve Sarı, 2017). Yapılan çalışmalara göre kronik hastalıkların tüm dünyadaki ölümlerin %63'ünü oluşturduğu ve bu oranın 2020 yılında %73'e yükseleceği bildirilmektedir (Baykal ve Kapucu, 2015; Taşkaya, 2014). Ankara'da 12 Eylül 2018 tarihinde gerçekleştirilen Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan (Kronik) Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü İçin Yatırım Gereçekleri Raporu Tanıtım toplantısının verilerine göre ülkemizdeki ölümlerin %87,5'i kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (<http://bit.ly/2wjvFTJ>, Erişim Tarihi: 25.05.2019). Kronik hastalıklar, ölümler dışında kişide ağrı, bilişsel bozukluk ve sosyal izolasyon gibi yaşam kalitesini bozan etkenlere neden olmaktadır (Altay ve ark, 2016; Doğan, 2016; Oğuzülgen ve ark, 2014).

Sağlık Bakanlığının Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevelansı Raporu'na göre bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında ilk üç sırada kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) yer almaktadır. Hipertansiyon hastalığı da kardiyovasküler hastalıklar ve inmeyi tetikleyen kronik hastalıkların başında gelmektedir (https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.0_6.2018.pdf, Erişim Tarihi: 18.05.2019).

Hipertansiyon; sistolik kan basıncının 140 mmHg'dan, diastolik kan basıncının ise 90 mmHg'dan yüksek olmasıdır (İçyeroğlu, 2012; Kolcu, 2016). Kan basıncının

yükselmesiyle beyin, kalp ve böbrek gibi birçok organ zarar görebilmektedir (Erciyes, 2013; Hacıhasanoğlu, 2009; İçyeroğlu, 2012).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneğinin 2003 yılında yaptığı çalışmaya göre ülkemizde %31,8 oranında hipertansiyon hastası varken, 2012 yılında Patent 2 çalışmasına göre bu oran %30,3'e gerilemiştir. Aynı çalışmaya göre hipertansiyon hastalarının farkındalığı 2003 yılında %40 iken, yapılan çalışmalar ve verilen eğitimler sonucunda bu oran %54,7'ye yükselmiştir (Ayhan, 2014; Bahtiyar, 2017; http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php, Erişim Tarihi: 27.12.2017).

DSÖ'nün yaptığı çalışmaya göre hipertansiyon, tüm dünyada kalp hastalıklarının %49'unun, inmelere %62'sinin sorumlusu olarak görülmektedir (Ayhan, 2014; Günel ve Günel, 2010). Antihipertansif ilaç tedavisine ve tedaviye uyum sağlandığı takdirde bu hastalıkların ortaya çıkma ihtimali azalmaktadır (Osamor ve Owumi, 2011). Bu yüzden hipertansiyon hastalarında hastalığın ciddiyetinin farkında olma tedaviye uyumu sağlamaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının %16'sının kontrol ve tedavisinin yapılabildiği, %19'unun ise kontrol ve tedavisinin yapılamadığı bulunmuştur (Joffres ve ark., 2013). Yapılan başka bir çalışmada ise hipertansiyon hastalarının ilaçlarını düzenli kullanma oranı %64 olarak bulunmuştur (Ekinci ve ark, 2017; http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php, Erişim Tarihi: 27.12.2017).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP) diyabeti insülin eksikliği sebebiyle organizmaların karbonhidrat, yağ ve proteinlerden faydalanamayarak, hastanın sürekli tedavi ve bakımını gerektirecek kronik bir hastalık olarak tanımlamıştır (Feyizoğlu, 2015; Gündüz ve Karabulutlu, 2016; http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf, Erişim Tarihi: 27.12.2017; American Diabetes Association, 2017).

Yapılan çalışmalara göre 2013 yılında tüm dünyada diyabet prevalansı %7,2 iken 2035 yılında bu değerin %8,7'ye ulaşması beklenmektedir (Phares, 2011; Türker ve Süzmeçelik, 2010). TURDEP'in 2010 yılında yaptığı çalışmaya göre diyabet hastalarının %45,7'sinin düzenli kontrole gittiği bulunmuştur (http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf, Erişim Tarihi: 27.12.2017).

Ülkemizde en çok rastlanan kronik hastalıkların üçüncü sırasında yer alan KOAH; hava akımının, kronik bronşit ve amfizem gibi rahatsızlıklar sonucu sınırlanması ile oluşan kronik bir hastalıktır (Aras ve Tel, 2009; Korkmaz ve Tel, 2010; Tel ve ark., 2011; Vestbo ve ark., 2013).

Türkiye İstatistik Kurumunun yaptığı çalışmaya göre ülkemizdeki ölümlerin %10,7'si solunum problemleri yüzünden gerçekleşmektedir. Bunların başında da 2014 verilerine göre mortalite oranı %6,4 olan KOAH yer almaktadır (Doğan, 2016; <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>, Erişim Tarihi: 27.12.2017).

Kronik hastalıklar, tedavileri ve kontrolleri düzenli yapıldığı takdirde kontrol altına alınabilirler (Ayhan, 2014; Gök, 2009; Yılmaz ve Sarı, 2017). Bu yüzden kronik hastalıkların büyük bir çoğunluğu birinci basamak sağlık bakım hizmeti kurumlarında tedavi görmektedir (Acehan, 2010).

Sağlık İnanç Modeli (SİM) bireylerin sağlık uygulamalarına ilişkin yapılacak eylemler konusunda etkisi olan durumları tanımlar (Çimen ve ark., 2012). Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından 1950 yılında oluşturulan bu model bireylerin bazılarının sağlığı koruma konusunda doğru davranışlar sergilerken, bazılarının ise bu davranışları neden göstermediğini açıklamak için oluşturulmuştur (Bal, 2014). Kronik hastalıklarda da ilaç tedavisinde uyum ile tedaviye uyum paralellik göstermektedir. İlaç tedavisine uyum, bireyin davranışları ile yapması gereken sağlık uygulamalarının birbiri ile aynı ölçüde olmasıdır (Badur, 2009; Baykal ve Kapucu, 2015; Ekinci ve ark., 2017; Mert ve ark., 2011). Kronik hastalıkların doğru bir şekilde yönetilmesi için hastaların

tedaviye uyum göstermeleri gerekmektedir. Tedaviye uyumsuzluk sonucunda sağlık harcamalarında artış, erken ölüm gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir (Oğuzülgen ve ark., 2014). Tedaviye uyumu; aile, hekim-hasta arasındaki ilişki, okur-yazarlık, hastanın öğrenim düzeyi ve psikolojik durumu gibi faktörler etkilemektedir (Arslan, 2011; Jimmy ve Jose, 2011; Uğurlu, 2011). Yeterli sosyal destek ve eğitim ile kronik hastalığa uyum arttırılabilir (Aras ve Tel, 2009; Hacıhasanoğlu, 2009). SİM'de inançlar bireyin hastalıklardan korunması, sağlığı geliştirmesine yönelik davranışlarda bulunmasını sağlar. Bireyin tedaviye uyum davranışlarını etkileyip kişiyi harekete geçirir. Bu yüzden kişinin sağlık konusunda inançlarını bilmek son derece önemlidir (Çimen ve ark., 2012; Pınar ve ark., 2011).

İlaçların düzenli kullanılmasının yanı sıra doğru kullanılması da son derece önemlidir. DSÖ'nün yaptığı son çalışmalarda ilaçların doğru kullanılmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastası kişilerin sadece %30'unun ilaçlarını düzenli kullandığı, ayrıca hastaların %75'inin doktoruna danışmadan ilaç kullanmaya karar verdiği tespit edilmiştir (Çiçek, 2012). Başka bir çalışmada ise diyabet hastalarının %30'unun son bir hafta içerisinde ilacını doktor reçetesine uygun almadığı saptanmıştır (Badur, 2009).

Ülkemizde İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikasının 2010 yılına ait verilerine göre ise kişi başına düşen ilaç tüketimi 133 dolardır (Yılmaztürk, 2013).

Sağlık Bakanlığının 2016 yılına ait yaptığı faaliyet raporuna göre ülkemizdeki genel bütçenin %3'ü tıbbi malzeme-ilaç kullanımına ayrılmaktadır (http://yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/strateji-db/birimler/stratejik-yoneti-planlama/idari-faaliyet-raporu/2016_faaliyet_raporu-13.03.2017.pdf, Erişim Tarihi: 27.12.2017).

Bu çalışma, aile sağlığı merkezine başvuran, kronik hastalıklardan hipertansiyon, diyabet ve KOAH sadece birine sahip hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Epidemiyolojisi

DSÖ'nün tanımına göre bulaşıcı olmayan hastalıklar; yavaş seyirli, uzun süreli ve kişinin yaşam kalitesini etkileyen hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Bernell and Howard, 2016). Kronik hastalıklar ile bulaşıcı olmayan hastalıklar aynı şeyi ifade etmektedir. Kronik hastalıklar tüm dünyadaki ölümlerin %63'ünü oluşturmaktadır (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Kronik hastalıklardan ölümler her geçen gün biraz daha artmaktadır (Söylemez, 2018).

Gelişen bilim ve teknoloji sayesinde artan yaşam süresi ve sağlıksız hayat koşulları kronik hastalıkların artmasına neden olmaktadır (Dağ, 2017). Bu da sağlık harcamalarının %60-80'inin kronik hastalıkların tedavisi ve bakımı için harcanmasına neden olmaktadır (İnce, 2016).

DSÖ'ye göre hipertansiyon, diyabet ve KOAH başlıca kronik hastalıklar arasında yer almaktadır (WHO, 2014).

4.2. Hipertansiyon Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kalp kasıldığında arter tarafından iletilen basınca sistolik kan basıncı (SKB), gevşediğinde devam eden basınca ise diyastolik kan basıncı (DKB) denilmektedir (Şeker, 2018; Whelton ve ark., 2017).

Avrupa Hipertansiyon Derneği (European Society of Hypertension/ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneğine (European Society of Cardiology/ESC) göre hipertansiyon; SKB'nin 140 mmHg'dan, DKB'nin ise 90 mmHg'dan yüksek

olmasıdır. ESC/ECH'nin 2018 yılında yayımlanan klavuzuna göre SKB'nin normal değeri 120-129 mmHg ve DKB'nin 80-84 mmHg'dır (Gökçe, 2019).

Kan basıncının yükselmesi beyin, kalp ve böbrek gibi birçok organı etkileyerek morbilite ve mortalite sebebi olmaktadır (Keyzer ve ark., 2015; Nerenberg ve ark., 2018; Özçalık, 2017; TEMD, 2019). 2014 yılında Kuzey Amerika'da gerçekleştirilen 8. Ortak Ulusal Komite Toplantısı Bildirisine göre 60 yaşından büyük hastalarda SKB 150 mmHg'nın üzerinde ise tedavi edilmesi gerektiği, bu değer altında kaldığında terapötik yaklaşılması gerektiği savunulmuştur (Bavishi ve ark., 2017).

Ülkemizde 2012 yılında yapılan çalışmaya göre hipertansiyon prevalansı %43,5 olarak saptanmıştır. Bu oran kadınlarda %32,3 iken erkeklerde %28,4'tür (Sengül ve ark., 2016).

Yapılan çalışmalara göre hipertansiyon hastalığının en büyük ölüm ve sakatlık nedenleri arasında gösterilme sebebi hastaların hastalığı kabullenmeyerek tedaviyi yarıda bırakmalarıdır (Osamor ve Owumi, 2011; Şeker, 2018).

Dünya genelinde 25 yaşın üzerindeki kişilerin %40'ından daha çoğu hipertansiyondan etkilenmektedir. Bunun nedenleri arasında; aşırı kilolu olmak, fazla tuz tüketimi, sağlıksız beslenme, alkol ve sigara tüketimi ve fiziksel aktivitenin azalması yer almaktadır (Süer, 2018; TEMD, 2019).

DSÖ'ye göre hipertansiyon, erken tanı ve uygun tedavi ile önlenbilir ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır (İyişenyürek, 2018; Selçuk ve ark, 2017). Hipertansiyonun sessiz katil olarak adlandırılma sebebi ciddi komplikasyonlar göstermeden, herhangi bir belirti olmadan ortaya çıkmasıdır (Gün ve Korkmaz, 2014; Siyad, 2011).

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları ve inme oluşumunda ciddi bir risk faktörüdür (Blixen ve ark., 2016; James ve ark., 2014; Siyad, 2011; Süer, 2018).

Damarların uzun süre yüksek kan basıncına maruz kalması kalbin genişlemesine ve sonucunda kalp yetmezliğine neden olabilir (İyişenyürek, 2018).

Hipertansiyon sonucu oluşan semptomlar baş ağrısı, baş dönmesi ve epistaksistir.

Baş Ağrısı: Başın ön tarafında zonklayan tarzda bir ağrı oluşmasıdır (Blixen ve ark., 2016; Gökçe, 2019; TEMD, 2019).

Baş Dönmesi: Hastalarda yüksek tansiyona bağlı baş dönmesi ve yürümekte güçlük gibi belirtiler ortaya çıkabilir (Blixen ve ark., 2016; Gökçe, 2019; TEMD, 2019).

Epistaksis: Damarlarda artan basınç sebebiyle burun kılcal damarlarında kanama olmasıdır. Kan basıncı normale döndüğünde ortadan kalkar (Blixen ve ark., 2016; Gökçe, 2019; TEMD, 2019).

4.2.1. Hipertansiyonun sınıflandırılması ve risk faktörleri

Hipertansiyon hastalığı ESC/ESH 2018 yılında yayımlanan kılavuza göre aşağıdaki tablodaki gibi sınıflandırılmıştır (Gökçe, 2019).

Tablo 4.1. ESH/ESC 2018 Kan Basıncının Sınıflandırılması

Kategori	Sistolik		Diastolik
Optimal	<120 mm Hg	ve	<80 mm Hg
Normal	120-129 mm Hg	ve/veya	80-84 mm Hg
Yüksek Normal	130-139 mm Hg	ve/veya	85-89 mm Hg
Evre 1 Hipertansiyon	140-159 mm Hg	ve/veya	90-99 mm Hg
Evre 2 Hipertansiyon	160-179 mm Hg	ve/veya	100-109 mm Hg
Evre 3 Hipertansiyon	≥180 mm Hg	ve/veya	≥110 mm Hg
İzole Hipertansiyon	≥140 mm Hg	ve	<90 mm Hg

Hipertansiyon, etyolojisine göre primer (birincil, esansiyel) ve sekonder (ikincil) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Esansiyel hipertansiyon görülme sıklığı, yaş arttıkça artmaktadır (Blixen ve ark., 2016; TEMD, 2019; Vatansever, 2011). Yaş, aşırı tuz kullanımı, hareketsiz yaşam, depresyon, sigara ve alkol tüketimi, genetik yatkınlık gibi faktörler risk nedenleri arasındadır (Gómez-Marcos; 2016; Tümer ve ark., 2016; Vatansever, 2011).

Sekonder hipertansiyon ise belirli bir nedene bağlı olan, çoğunlukla 20 yaş altı ya da 50 yaş üzeri bireylerde görülen, yetişkinlerin %5-10'unun sahip olduğu hipertansiyon türüdür. İlaçlar, renal hastalıklar (akut veya kronik böbrek yetmezliği), renovasküler hipertansiyon, uyku apnesi, tiroid bozuklukları ve cushing sendromu gibi faktörler sekonder hipertansiyonun nedenleri arasındadır (TEMD, 2019; Vatansever, 2011)

Kuzey Amerika'da düzenlenen Sekizinci Ortak Ulusal Komite Toplantı Bildirisi'ne göre; 18 yaş ve üzeri bireylere; sistolik kan basıncı 140-159 mmHg ve diyastolik kan basıncı ise 90-99 mmHg aralığında ise Evre I hipertansiyon ve sistolik kan basıncı 160 mmHg'nın diyastolik kan basıncı ise 100 mmHg'nın üzerinde ise Evre II hipertansiyon tanısı konulması gerekmektedir (Bavishi ve ark., 2017; Bell ve ark., 2015; Şeker, 2018).

Hipertansiyonda kontrol edilebilen ve edilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır (Bell ve ark., 2015; Dağıstan ve Gözüm, 2016).

Kontrol edilebilen risk faktörleri:

Beslenme: Aşırı sodyum tüketimi kan basıncının yükselmesine neden olabilmektedir. DSÖ'ye göre kan basıncını normal sınırlarda tutmak ve kalp hastalıkları riskini azaltmak için günlük sodyum alımı 2 g olmalıdır (Dağıstan ve Gözüm, 2016; Siyad, 2011; Söylemez, 2018). Günlük sodyum miktarı 5 g'den fazla olmamalıdır (Kaya; 2016).

Egzersiz: Uygun tempoda ve süresi artırılarak yapılan fiziksel aktiviteler hipertansiyon insidansını azaltmaktadır (Dağıstan ve Gözüm, 2016; İçyeroğlu, 2012; Iqbal ve ark., 2013; Söylemez, 2018).

Obezite: Hipertansiyon yaygınlığında olduğu kadar diyabet ve birçok hastalığın sebebi arasındadır (Dağıstan ve Gözüm, 2016; İçyeroğlu, 2012; Siyad, 2011; WHO, 2014). Obez bireylerde renal sodyum tutulumunun ve yağ salınımının artması sonucu leptin düzeyi de artar. Sıvı retansiyonu hipertansiyonun nedenleri arasındadır (Süer; 2018).

Madde Kullanımı: Aşırı alkol ya da sigara tüketimi, başta hipertansiyon olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür (Dağıstan ve Gözüm, 2016; İçyeroğlu, 2012; Siyad, 2011; Söylemez, 2018). Sigara kullanımı HDL kolesterol düzeyini düşürerek, kan basıncının artmasına neden olmaktadır. Sigara sol ventrikül kütlelerinde artışa ve vazodilatasyonun azalmasına sebep olabildiği için kan basıncını etkilemektedir (Gökçe, 2019). Alkolün aşırı kullanımı ise alınan antihipertansif ilaçların etkinliğini azaltmaktadır (İçyeroğlu, 2012).

Stres: Aşırı stres durumu, sempatik sinir sistemi aktivitesini artırarak hipertansiyon gelişimine neden olmaktadır (Dağıstan ve Gözüm, 2016; İçyeroğlu, 2012; Söylemez, 2018; WHO, 2014).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Yaşlı bireylerde oral kontraseptif alımı damarların yapısını bozduğu için hipertansiyon oluşumuna yol açmaktadır (Dağıstan ve Gözüm, 2016; İçyeroğlu, 2012; Söylemez, 2018).

Kontrol edilemeyen risk faktörleri;

Yaş: Artan yaş ile birlikte arteriyel damar yapıları bozulmaktadır. Bu da hipertansiyon hastalığının oluşmasına neden olmaktadır (İçyeroğlu, 2012; Siyad, 2011; Söylemez, 2018).

İrk: Yapılan çalışmalara göre siyah ırk, beyaz ırka göre daha çok risk altındadır (İçyeroğlu, 2012; Siyad, 2011; Söylemez, 2018).

Cinsiyet: Kadınlar, erkeklere göre daha çok risk altındadır (İçyeroğlu, 2012; Siyad, 2011; Söylemez, 2018).

Ailede Hipertansiyon Öyküsü: Ailede kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin damarsal yapılarında değişiklik olduğu için hipertansiyon oluşma ihtimali daha yüksektir (İçyeroğlu, 2012; Siyad, 2011; Söylemez, 2018).

4.2.2. Hipertansiyon hastalarının tedavisi

Hipertansiyon hastalığının tedavisinde amaç; hipertansiyonu yöneterek hastanın kan basıncını ideal sınırlarda tutmak, risk faktörleri ile baş ederek yaşam kalitesini arttırmaktır (Dağ, 2017; Erci ve ark., 2018; Ribeiro ve ark., 2011; Söylemez, 2018; Şeker, 2018).

Yüksek kan basıncının farmakolojik tedavisinde diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri gibi ilaçlar kullanılmaktadır (Dağ, 2017; Gökçe, 2019). Antihipertansif ilaçlar periferik vasküler direnci ve kardiyak debiyi azaltarak vazodilatasyon ve diüretik etki yapmaktadır (Gökçe, 2019; Padmanabhan ve ark., 2015).

Hastaların kullanacağı ilacın belirlenmesinde tıbbi öykü ve ilaç uyumu dikkate alınmaktadır (TEMD, 2019). Kılavuzlar antihipertansif tedavilerde kan basıncının 5-10 mmHg düşüşünü ve 24 saat etkili olmasını hedeflemektedir.

Evre 2 hipertansiyon hastalarına hemen ilaç tedavisi başlanması gerekirken, Evre 1 Hipertansiyon hastaları için öncelikli olarak risk faktörleri değerlendirilmelidir. Yapılan çalışmaya göre hipertansiyon hastalarının %53,9'u kan basıncını düzenli olarak ölçmektedir (Hipertansiyon Türk Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012).

Hipertansiyon tedavisinin başarısı; erken ve doğru tanı, yaşam şeklindeki değişiklikler, doğru ilaç seçimi ve kullanımı ile sağlanmaktadır (Şeker, 2018).

Tedaviye uyumsuzluk; hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaması, ilaçları bittiğinde reçete yazdırmaması ve yaşam koşullarında değişiklik yapmamasından kaynaklanabilmektedir (Osamor ve Owumi, 2011; Şeker, 2018).

Tedaviye uyumsuzluk; hastalığın komplikasyonlarını ve süresini arttırmanın yanı sıra sağlık harcamalarının da artmasına neden olmaktadır (Osamor ve Owumi, 2011; Şeker, 2018).

4.2.3. Hipertansiyon hastalarının eğitimi

Antihipertansif tedavide farmakolojik tedavi kadar hastaların yaşam koşullarını değiştirmesi de önemlidir. Yaşam tarzı değişikliği denilince; ideal kilonun sağlanması, düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, sodyum kısıtlaması, stres yönetimi, alkol ve sigaranın bırakılması akla gelmelidir (Dağ, 2017; Selçuk ve ark., 2017; Söylemez, 2018).

Hasta eğitimlerinde amaç; hastalıkla ilgili bilgi düzeyini arttırarak, ilaç uyumunu ve yaşam tarzı değişikliklerini sağlayarak hastalığın doğru yönetilmesidir (Süer, 2018).

Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA) tarafından 2018 yılında hipertansiyon yönetimi konusunda kılavuzlar yayımlanmıştır (Williams ve ark., 2019).

Hasta eğitimi hemşire, eczacı ve diyetisyen gibi sağlık profesyonelleri tarafından iş birliği içinde yapılmalıdır (Şeker, 2018).

Son yıllarda Türkiye’de yapılan çalışmalarda hipertansiyon hastalarının ilaç kullanmalarına rağmen %70’inin kan basıncının kontrol altına alınamadığı belirlenmiştir (Selçuk ve ark., 2017).

Verilen eğitim sözlü ve yazılı olmalıdır. Hasta ve yakınlarının tedaviye katılımı sağlanmalıdır. İlaç kullanımının öneminden bahsedilerek, gerekirse hatırlatma yöntemleri kullanılmalıdır. Hastanın kendini ifade etmesine fırsat tanınarak, tedavisine katılımı sağlanmalıdır. Evde kan basıncı kontrolünün öneminden bahsedilmeli ve doğru tansiyon ölçümünün yapılması için gerekli faktörler hasta ve yakınına sözlü ve uygulamalı olarak anlatılmalıdır (Aşilar, 2015; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD), 2019; Vatansever, 2011).

Hastaya diyet programı uygulanmalıdır. Yapılan çalışmalarda obez hipertansiyon hastalarının, kilo kontrolü ile tansiyonlarını normal sınırlarda tutabildiği belirlenmiştir. Çünkü yapılan beslenme planı ile hastanın günlük sodyum tüketimi kontrol altına alınabilir. Diyet planlaması yapılırken hastanın plana aktif katılımı sağlanmalıdır (Siyad, 2011; TEMD, 2019).

Aşırı alkol alımı hipertansiyona sebep olabileceği için hastanın günlük alkol alımı planlanmalıdır. Alkol serebrovasküler hastalık oluşmasına neden olur (TEMD, 2019).

Artmış fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalık oranlarını azaltır. Düzenli yapılan egzersiz ile kişinin vücut ağırlığında ve yaşam kalitesinde olumlu değişiklikler oluşabilir (Dağ, 2017; Kaya, 2016; Süer, 2018; TEMD, 2019).

4.3. Diyabet Tanımı ve Epidemiyolojisi

DSÖ’ye göre Diyabetes Mellitus (DM); vücutta insülin salınımı ya da eksikliğinde bir bozukluk olmasından kaynaklanan, kan şekerinin yükselmesi ile karakterize, yaşam boyu devam eden, geri dönüşümsüz ve yaşam kalitesini olumsuz

yönde etkileyebilen bir hastalık türüdür (<https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes>, Erişim Tarihi: 03/05/2019).

Uluslararası Diyabet Federasyonunun (International Diabetes Federation-IDF) yaptığı Diyabet Atlası Altıncı Baskısına göre Türkiye bu çalışmada en yaygın diyabet hastasına sahip ülke olarak yer almıştır. Ülkemizde bu çalışmaya göre 20-79 yaş arası kişilerde diyabet prevalansı %14,8 olarak saptanmıştır (<http://www.diabetcemiyeti.org/c/idf-avrupa-diyabet-atlasi>, Erişim Tarihi: 03/05/2019). Diyabet hastalığı her geçen gün artmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre dünyada 387 milyondan fazla diyabet hastası bulunmaktadır (Kin, 2015).

Diyabet hastalığının akut ve kronik komplikasyonlarının olması kişinin, ailesinin ve ülkenin maddi ve manevi yükünün artmasına sebep olmaktadır (Kin, 2015; IDF, 2013; Yılmaz, 2011). Diyabet hastalığı gözler, böbrekler, sinirler, kalp ve damarlar olmak üzere birçok organda uzun süreli hasar ve işlev bozukluğuna sebep olmaktadır (Mathew ve ark., 2012; Yılmaz, 2011).

4.3.1. Diyabetin sınıflandırılması ve risk faktörleri

Amerikan Diyabet Birliği (ADA- American Diabetes Association) diyabeti Tip 1, Tip 2 ve gestasyonel diyabet olarak üç başlık altında toplamıştır (Yılmaz, 2011).

Tip 1 Diyabet: Pankreasta bulunan beta hücrelerinin yeterli insülin üretememesi sonucu kişinin dışarıdan insüline bağımlı hale gelmesine neden olan diyabet türüdür. Genellikle çocukluk çağında başlar (Coşansu, 2009; İnce, 2016; Thabit, 2013; Yılmaz, 2011).

Tip 2 Diyabet: Obezite, ileri yaş, azalmış fiziksel aktivite ve ailede diyabet öyküsü gibi faktörlere bağlı olarak kanda glikoz seviyesinin yükselmesidir. Genellikle erişkin dönemde ortaya çıkmaktadır. Tip 2 diyabete sahip hastalar günlük

insülin alımı yerine yaşam koşullarını iyileştirerek diyabeti kontrol altına alabilmektedirler (Coşansu, 2009; İnce, 2016; Yılmaz, 2011).

Tüm diyabet vakalarının %85'i tip 2 diyabet hastalarından oluşmaktadır. Kırk yaş üstü bireylerde tip 2 diyabet görülme sıklığı daha fazladır. Bu yüzden yaş arttıkça diyabet hastalığı görülme ihtimali artmaktadır (İnce, 2016). Tip 2 diyabete sahip hastaların büyük bir çoğunluğu obezdir. Çünkü obez bireylerde bel çevresinde yağlanma fazla olduğu için insülin direncini olumsuz yönde etkilemektedir (İnce, 2016). Yapılan çalışmalara göre tip 2 diyabet hastalığına sahip bir yakının varlığı kişide de görülme ihtimalini oldukça yükseltmektedir (İnce, 2016). Fiziksel aktivite azaldığında obezite riski arttığı için, diyabet riski de artmaktadır (İnce, 2016).

Gestasyonel Diyabet: Kanda glikoz seviyesinin ilk defa gebelik durumunda yükselmesidir (Yılmaz, 2011).

4.3.2. Diyabet hastalığının komplikasyonları

Diyabet hastalarında metabolik kontrol sağlanamadığı takdirde hastaların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir ve ayak lezyonlarına sebep olabilmektedir (Shrivastava ve ark., 2013, Yılmaz, 2011).

Yapılan çalışmalara göre kadınlar diyabetin komplikasyonlarından daha fazla etkilenmektedir. Bunun sebebi erkeklerin, diyabetin yaşam koşullarını kısıtlayacağını düşünmelerine rağmen doğru uygulamalarla kontrol altına alınabileceğine inanmalarıdır (Mathew ve ark., 2012).

Diyabet hastalığına bağlı olarak akut ve kronik komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (Mathew ve ark., 2012).

Akut Komplikasyonlar:

Diyabetik ketoasidoz (DKA): İnsülin eksikliğine ya da ağır hiperglisemi sonucunda ortaya çıkan komplikasyondur. Nedenleri arasında geçirilen enfeksiyon ve yanlış insülin tedavisi yer almaktadır. Kan şekeri 300 mg/dl'nin üzerine çıkmaktadır. Serum bikarbonat (HCO_3) düzeyi ≤ 15 mEq/l'dir. İdrarda keton cisimciği görülmektedir.

Tablo 4.2. Diyabetik Ketoasidozun Semptom ve Bulguları

SEMPTOMLAR	FİZİK MUAYENE BULGULARI
<ul style="list-style-type: none">• Halsizlik• İştahsızlık, bulantı-kusma• Ağız kuruluğu, polidipsi, poliüri• Karın ağrısı, kramplar• Nefes darlığı• Kilo kaybı	<ul style="list-style-type: none">• Taşikardi• Müköz membrane kuruluğu, deri turgorunda azalma• Sıcak ve kuru cilt• Dehidratasyon, hipotansiyon• Takipne, kusmaul solunum• Batında hassasiyet• Ağızda keton kokusu• Letarji, koma

DKA'nın tedavisinde ilk 4 saat içinde saatte 500 ml'den az olmayacak şekilde %0,9 NaCl verilmelidir (ADA, 2017; Kin, 2015; TEMD, 2019).

Hiperozmolar hiperglisemik durum (HHD): Belirti ve bulgu olarak DKA'ya benzemektedir. DKA'dan farklı olarak idrarda keton cisimciği görülmez. Kan şekeri 600 mg/dl'nin üzerindedir. Nedenleri arasında enfeksiyon, böbrek yetersizliği ve miyokard infarktüsü gibi hastalıklar yer almaktadır.

HHD'nin tedavisinde hastalarda sıvı açığı ortaya çıktığı için sıvı desteği, hastaların yaşları dikkate alınarak gerekiyorsa havayolu desteği ve nazogastrik aspirasyon sağlanmalıdır (ADA, 2017; Kin, 2015; TEMD, 2019).

Laktik asidoz (LA): Kanda laktat konsantrasyonunun artması sonucu oluşan komplikasyondur. Kan Ph'nın 7,30'un altına düşmesidir.

LA'nın tedavisinde hemodiyaliz önerilmekte ve hastaların bir süre yoğun bakımda kalmaları gerekmektedir (ADA, 2017; Kin, 2015; TEMD, 2019).

Hipoglisemi: Kan şekerinin 70 mg/dl'nin altına düşmesidir. Tip 1 diyabet hastalarında daha sık ortaya çıkmaktadır. Kişide açlık hissi, vücut renginde solgunluk, soğuk terleme gibi belirti ve bulgular görülebilir (ADA, 2017; Kin, 2015; TEMD, 2019).

Hipoglisemi tedavisinde hastanın bilinci yerinde ise 15-20 g glukoz alınmalıdır. Hipoglisemi atağından 1 saat sonra kan şekeri kontrol edilmelidir, yükselmediyse tedavi ilave edilmelidir. Hipogliseminin tekrarlanmaması için öğün aralarına dikkat edilmelidir (TEMD, 2019).

Kronik komplikasyonlar:

Diyabetik Retinopati: Diyabet hastalığı sonucunda gözün arkasındaki ışığa duyarlı dokunun kan damarlarının zarar görmesine bağlı olarak kalıcı ya da geçici olan görme kaybıdır (ADA, 2017; Kin, 2015; TEMD, 2019).

Diyabetik Nefropati: Uzun süre kan şekerinin kontrol altına alınamamasına bağlı olarak böbrek hasarı oluşmasıdır. Hastalarda halsizlik, gece idrara çıkma, çarpıntı gibi belirti ve bulgular görülebilir. Diyabet hastaları için mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır (ADA, 2017; Kin, 2015; TEMD, 2019).

Diyabetik Nöropati: Diyabet hastalığına bağlı olarak nöronları besleyen damarların hasar görmesi sonucu ortaya çıkan komplikasyondur (ADA, 2017; Kin, 2015; TEMD, 2019).

Diyabetik Ayak: Diyabet hastalarında ağrı duyusu kaybı oluşmasına bağlı olarak ayaklarda doku bütünlüğünün bozulmasıdır. Diyabet hastalarında en çok görülen komplikasyonlar arasındadır (ADA, 2017; Kin, 2015; TEMD, 2019).

4.3.3. Diyabet hastalarının tedavisi

Tip 2 Diyabet hastaları için üç farklı grupta ilaç türü bulunmaktadır (Coşansu, 2009).

İnsülin salgılatıcı ilaçlar: Sülfonilüre ve Glinidler, pankreasta beta hücresinden insülin salınımını arttırmaları (TEMD, 2019; Chen ve ark., 2012; Coşansu, 2009; Gómez-Marcos ve ark., 2016).

İnsülin duyarlılığı arttıran ilaçlar: Metformin ve Glitozanlar, periferik dokularda insülin duyarlılığını arttırmaları (TEMD, 2019; Coşansu, 2009).

Alfa Glikozidaz inhibitörü ilaçlar: Bağırsaklardan karbonhidrat emilimini yavaşlatarak yemek sonrası kan şekerinin yükselmesini engellerler (TEMD, 2019; Coşansu, 2009).

İnsülinomimetikler (İnkretin bazlı ilaçlar): Pankreas beta hücrelerinin glikoza duyarlılığını arttırarak, kişiye doyma hissi verir (TEMD, 2019).

Sodyum Glikoz ko-transporter 2 inhibitörler (glukoretikler, gliflozinler): Böbreklerden glikoz reabsorpsiyonunu azaltarak idrar ile glikoz atılımını sağlarlar (TEMD, 2019).

4.3.4. Diyabet hastalarının eğitimi

Baki'nin yaptığı çalışmaya göre diyabet hastalarının %37,86'sının diyet uyumunda, %16,26'sının da ilaç uyumunda problem yaşadığı tespit edilmiştir (Baki, 2019).

Diyabet hastalarında komplikasyonların ortaya çıkmaması için uygun ilaç kullanımı kadar, düzenli egzersiz, uygun diyet ve düzenli kan şekeri kontrolü de önemlidir. Diyabet hastalarına evde de kan şekerini kontrol altında tutmaları için eğitim programları planlanmalıdır (İnce, 2016; Iqbal ve ark., 2013).

Diyabet hastalarına verilen eğitim programlarında amaç; hastanın hastalığa uyumunu ve metabolik kontrolünü sağlamak, ideal vücut ağırlığında olmak, düzenli bir egzersiz programı ve diyet listesi oluşturmaktır (İnce, 2016).

ADA ve Avrupa Diyabet Çalışma Grubunun yayınladığı konsensusa göre; Tip 2 diyabet hastalarında hastalık yönetiminde; yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi ile glisemik kontrol sağlanabilmektedir (ADA, 2017).

Diyabeti yönetmek için verilen eğitimlerdeki amaç bilgi düzeyini arttırmak değil diyabet tedavisi kapsamındaki yaşam tarzında değişiklikler ile hasta ve yakınlarının uyumunu sağlamaktır (Kin, 2015).

Öz bakım: Vücudun fonksiyonlarını düzenli şekilde devam ettirmesi için bireyin yaptığı eylemlerdir. Diyabet bakımında özbakım davranışlarının doğru ve düzenli devam etmesi son derece önemlidir.

Öz bakım faaliyetlerini doğru şekilde devam ettiren hastalarda hastaneye yatışların azaldığı, tedavi dozlarının ayarlanmasına yardımcı olduğu, komplikasyonların önlendiği ve yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (İnce, 2016).

Diyet: Tip 2 diyabetli hastalarının kan şekeri kontrolünü sağlayabilmeleri için doymuş ve trans yağları, kolesterol ve sodyumu azaltmaları gerekmektedir (Kin, 2015).

Egzersiz: Diyabetli hastalarda düzenli egzersiz yapılması obeziteyi ve lipid düzeyini azalttığı için kan şekeri de kontrol altına alınabilir. Egzersiz öncesinde ve sonrasında yeterli miktarda sıvı tüketimi önemlidir. Diyabet hastaları için yapılacak egzersizler arasında koşu, bisiklete binme ve yüzme yer almaktadır (İnce, 2016).

Kendi Kendine Kan Şekeri Kontrolü: Düzenli ilaç kullanan ve diyete uyan hastalarda bile kendi kendine kan şekeri ölçümü hastalığın kontrolünde temel faktördür (İnce, 2016).

Ayak Bakımı: Diyabet hastalarında diyabetik ayak görülebileceği için ayak bakımına daha fazla dikkat etmeleri gerektiği ve doğru ayakkabı seçiminin son derece önemli olduğu eğitimlerde vurgulanmalıdır (İnce, 2016; Kin, 2015).

4.4. KOAH Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease-GOLD) Komitesi tarafından 2017 yılında yayınlanan raporda KOAH genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Köktürk ve ark., 2017).

KOAH; bireylerde yaşam kalitesini düşüren, mortalite ve morbidite oranlarında artışa sebep olan kronik bir hastalık türüdür (Abul ve Özlü, 2013; Kale, 2018; Köktürk ve ark., 2017, Tel ve Demirkol, 2016).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında görülme sıklığı olarak üçüncü sırada yer alan KOAH'ın 2030 yılında tüm dünyada 4. Ölüm nedeni olması beklenmektedir (Üçüncü, 2018).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması verilerine göre ülkemizde ölümlerin %70'i bulaşıcı olmayan hastalıklara bağılı olup, KOAH ilk on hastalık arasında üçüncü sıradadır.

Kronik göğüs hastalıkları ile 2010 yılında yapılan çalışmada 3.800.000 ölümün 2.900.000'unun KOAH kaynaklı olduğu saptanmıştır. Bu oran her geçen gün artmaktadır (Kale, 2018).

DSÖ'nün 2016 yılında Küresel Hastalık Yüğü Çalışması'na göre Dünya genelinde 251 milyon KOAH hastası olduğu saptanmıştır. Düşük gelire sahip KOAH hastalarının tedavisini yönetemediği için öldüğü tespit edilmiştir (Bayındır, 2018).

KOAH'ın belirti ve bulguları;

Dispne: Nefes almada güçlük olarak ifade edilen yaşamı tehdit eden bir bulgudur. KOAH'ta en sık karşılaşılan belirti ve bulgular arasındadır. Hastalık ilerledikçe artış göstererek hastaneye yatış sebebi olabilmektedir (Abul ve Özlü, 2013; Bayındır, 2018; Köktürk ve ark., 2017).

Öksürük: Partiküllere ve kimyasal maddelere karşı verilen tepkidir. Balgamla birlikte devam eden, hastalık ile ilerleyen kronik bir semptomdur (Bayındır, 2018; Köktürk ve ark., 2017).

Balgam Çıkartma: KOAH'ta balgam yapışkan, zor çıkartılan ve mukolitik yapıdadır. Pürülan balgam çıkartma durumunda enfeksiyon hastalıkları düşünölmelidir (Bayındır, 2018; Köktürk ve ark., 2017).

Wheezing: Hırıltılı solunum diye adlandırılan solunum sesine ronküs eşlik etmektedir. İnspiyum ve ekspiryumda hastalar zorlanmaktadır. Genellikle sabah ve fiziksel aktivite ile artmaktadır (Bayındır, 2018; Köktürk ve ark., 2017).

KOAH hastalarının %75'inde balgam, dispne ve oksijensiz kalmaya bağlı uyku problemleri ortaya çıkmaktadır. Bu da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Abul ve Özlü, 2013; Köktürk ve ark., 2017).

Hastalarda ventilasyon/ perfüzyon oranı düşmektedir. Solunum kasları hızlı çalıştığı için hipoksi gelişebilir.

Hastalığın ilerleyen evrelerinde kas kitlesi azaldığı için laktik asit birikmesine yol açmaktadır. Bu nedenle hastalar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken çabuk yorulmaktadır (Bayındır, 2018).

4.4.1. KOAH sınıflandırılması ve risk faktörleri

GOLD'un 2017 yılındaki raporuna göre KOAH 4 grupta sınıflandırılmaktadır (Köktürk ve ark., 2017, Üçüncü, 2018). Bunlar;

A Grubu: Düşük risk ve az semptoma sahip hastaların oluşturduğu gruptur. Hastaneye yatış gerekmez, bronkodilatör tedavisi ile hastanın rahatlaması sağlanabilir (Köktürk ve ark., 2017; Üçüncü, 2018; Varol, 2017).

B Grubu: Düşük risk grubunda olan ve semptomların fazla miktarda ortaya çıktığı hastalık grubudur. Uzun etkili bronkodilatörler ile tedaviye başlanmalıdır. Hastalarda nefes darlığı görülebilir (Köktürk ve ark., 2017; Üçüncü, 2018; Varol, 2017).

C grubu: Yüksek risk grubunda olan ve semptomların az miktarda ortaya çıktığı hastalık grubudur. Hastalarda balgamlı öksürük ve nefes darlığı gibi belirti ve

bulgular görülebilir. Uzun sürdüğü takdirde hastanın hastaneye yatışı gerekmektedir (Köktürk ve ark., 2017; Üçüncü, 2018; Varol, 2017).

D grubu: Yüksek risk grubunda olan ve semptomların fazla miktarda ortaya çıktığı hastalık grubudur. Hastaların hava akımında kısıtlanma görülür. Belirti ve bulgular uzun sürdüğü için hastaların bir süre hastanede tedavi altında kalması gerekmektedir (Köktürk ve ark., 2017; Üçüncü, 2018).

Risk Faktörleri:

Sigara: Hastalığın oluşumu için önemli bir risk faktörüdür. Sigara kullanma süresi, sigaraya başlama yaşı ve günlük tüketilen sigara miktarı KOAH oluşumunu etkilemektedir (Abul ve Özlü, 2013; Üçüncü, 2018).

Hava Kirliliği: Uzun süre hava kirliliğine maruz kalma KOAH için risk faktörüdür. İyi havalandırılmayan mekânlarda biyomass yakıt olarak adlandırılan ısınma ve yemek pişirme için kullanılan yakıtlar akciğerlere zarar vermektedir (Abul ve Özlü, 2013).

Yaş ve Cinsiyet: Yapılan çalışmalara göre hastalık sigara içen kişilerde ve ileri yaşlarda daha çok ortaya çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde daha fazla görülürken, gelişmiş ülkelerde her iki cinsiyette eşit olarak görülmektedir (Abul ve Özlü, 2013).

Mesleki Maruziyet: Maden sektöründe çalışanlar, uzun süre kömür tozu, metal gibi, tahıl işçiliği, kâğıt ve çimento gibi tozlara maruz kalanlar KOAH gelişimi açısından risk altındadır (Abul ve Özlü, 2013).

Genetik Faktörler: KOAH'a neden olan genetik sorun karaciğer tarafından üretilen bir protein olan Alfa-1 antitripsin eksikliğidir. Bu proteinin azalmasına bağlı olarak alt solunum yollarındaki dokular zarar görebilir (Abul ve Özlü, 2013).

Sosyo-ekonomik Durum: Sosyoekonomik düzeyin düşük olması düzensiz beslenme, sigara tüketimi, uzun süre hava kirliliğine maruz kalmaya neden olduğundan KOAH için risk faktörüdür (Abul ve Özlü, 2013).

4.4.2. KOAH hastalarının tedavisi

KOAH hastalığının farmakolojik tedavisinde amaç; atakların sayısı ve şiddetini azaltarak, yaşam kalitesini arttırmaktır.

Bronkodilatörler ve kortikosteroidler ilaç tedavisinde en fazla tercih edilen gruplardır. Gerekli olduğu durumlarda mukolitikler, oksijen tedavisi, antibiyotik ve vazodilatörler gibi ilaçlar da tercih edilebilir. Kortikosteroidler KOAH'ın erken döneminde enfeksiyonun başlamasını engellemektedir. Başlamış olan enfeksiyonun ilerlemesine engel olmaktadır.

4.4.3. KOAH hastalarının eğitimi

KOAH'ta yaşam kalitesinde artış ilaç tedavisinin yanında risk faktörlerini ortadan kaldırmak (sigarayı bırakmak, mesleki maruziyetin ortadan kaldırılması vb) ile sağlanabilir (Menekşe, 2018).

Sigara kullanımı bırakıldıktan 5-20 yıl sonra hastalığın risk faktörleri azalmaktadır. Eğer sigara kullanımı bırakılmazsa akciğer kanseri oluşma ihtimali yüksektir (Kale, 2018).

KOAH'lı bireylere solunum egzersizleri, oksijen tedavisi, sigara bırakma programı ve ilaç kullanımı konusunda eğitimler planlanmalıdır.

Solunum Egzersizleri: Amaç hastanın diyafragmayı doğru kullanıp, etkin ve rahat solunum almasını sağlayarak, dispneyi ve anksiyeteyi azaltmaktır. Solunum egzersizleri ile hastanın iyileşme süresi hızlanarak yaşam kalitesi artmaktadır

(Menekşe, 2018). En sık büzük dudak ve diyafragmatik solunum egzersizleri tercih edilmektedir (Çelik, 2013; Özkaptan, 2013).

Büzük Dudak (Pursed- Lips) Solunum Egzersizleri: Dudaklar biraz açık konumda iken hastanın burundan etkili bir nefes aldıktan sonra dudaklarını büzerek nefes vermesi istenir. Bu egzersiz sayesinde hava yollarının erken kapanması önlenerek alveollerdeki gaz değişimi artar (Bhatt, 2013; Çelik, 2013; Özkaptan, 2013).

Diyafragmatik Solunum- Öksürük Egzersizleri: Hasta daha az solunum sıkıntısı yaşadığında tercih edilir. Hasta yarı oturur ya da sırtüstü yatar pozisyonda iken, bir elini göğsünün üzerine, diğerini karnının üzerine koyar. Burnundan havayı içine çekerek karnının yükseldiğini hisseder. Tekrar nefes alarak öne eğilip havayı verirken 3-4 kez öksürmesi istenir (Bhatt, 2013; Çelik, 2013; Özkaptan, 2013).

Her iki egzersiz de düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Yapılan solunum egzersizleri öksürme egzersizi ile desteklenir ise hasta balgamı attığı için daha rahat nefes alabilir. Nefes egzersizleri düzenli yapıldığı zaman hastanın dispnesi de zamanla ortadan kalkabilir (Menekşe, 2018).

Beslenme: KOAH'ta protein içeren besinlerin tüketimi ile solunum rahatlayarak arteriyel kandaki karbondioksitin parsiyel basıncı azalmaktadır (Menekşe, 2018).

Solunum kaslarını güçlendirmek için düzenli ve dengeli bir beslenme programı hasta ile iş birliği içinde hazırlanmalıdır.

KOAH hastaları geceleri apne sendromu, öksürme krizleri vb. sebeplerden dolayı uyku problemi yaşamaktadır (Cho ve ark., 2017; Vicdan, 2018). Gece uykusuz kalma hastaların gün içerisinde uyumasına neden olarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu yüzden hastaların uyku problemleri belirlenerek onlarla birlikte uyku programı düzenlenmelidir (Budhiraja ve ark., 2012).

Balgamın Çıkartılması: Bronşların temizliği postural drenaj ve öksürme egzersizleri ile sağlanmaktadır. Postural drenaj, hastaya pozisyon verildikten sonra yer çekiminden faydalanarak havayolundaki sekresyonların atılmasıdır. Havayollarını temizleyen en etkili ikinci yöntem ise öksürüktür (Kale, 2018; Menekşe, 2018).

4.5. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli; Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından 1950 yılında hastaların sağlığını geliştirmek için tedaviye uyumlarının artmasını sağlayan ya da azalmasına neden olan faktörleri araştırmak için oluşturulmuştur (Çiçek, 2012).

SİM'e göre kişiyi hastalıklardan korumak için motive edici davranışları bilmek ve düzenli sağlık taramaları yaptırmak kişinin hastalıktan korunması ya da hastalığı kontrol altında tutması için ana bileşenlerdendir (Gözüm ve Çapık, 2014).

SİM'in ilk ana bileşenleri ciddiyet, yarar, duyarlılık ve engel algısı olmuştur. Daha sonraki yıllarda modele öz etkililik/yeterlilik bileşeni de eklenmiştir (Durmuş, 2012; Gözüm ve Çapık, 2014).

Duyarlılık algısına göre birey kendini risk altında hissederse o davranışı yapmaktan vazgeçer (Gözüm ve Çapık, 2014).

Ciddiyet/önemseme algısında bireyin hastalığını ne kadar önemsedii sorgulanmaktadır. Kişi hastalığı hakkında ne kadar çok bilgi sahibi olursa bu algısı o kadar yüksek olur (Çiçek, 2012; Gözüm ve Çapık, 2014).

Yarar algısında ise kişinin sağlıklı bir yaşam sürmek ya da yaşam koşullarını en iyi seviyeye getirmek için tedavinin ve yaşam koşullarındaki değişikliklerin kendisine yararlı olacağına inanç durumu sorgulanmaktadır (Çiçek, 2012; Gözüm ve Çapık, 2014).

Engel algısında ise kişinin hastalığının tedavisi için daha iyi bir davranış sergilemesine engel olan davranışlar sorgulanmaktadır (Çiçek, 2012; Gözüm ve Çapık, 2014).

Öz etkililik algısına göre yapacağı davranışın olumlu bir sonuç vereceğine inancı sorgulanmaktadır (Çiçek, 2012; Gözüm ve Çapık, 2014).

SİM doğrultusunda yapılan çalışmalarda sadece model bileşenlerinin davranışa etkisi incelenmektedir. Model, sadece tek bir zaman dilimini değerlendirebilir. Modele göre kişi sadece sağlık inançlarından etkilenmektedir. Ancak kişinin isteği dikkate alınmamaktadır (Çiçek, 2012; Gözüm ve Çapık, 2014).

4.6. İlaç Uyumu

İlaç uyum, hastaların ilaçlarını sağlık profesyonellerinin belirttiği şekilde kullandığı, sağlık kontrollerini düzenli yaptırdığı ve tedavi planlarına katıldığı durumlardır (Korkmaz, 2019; Yılmaz ve Çolak, 2018).

İlaç uyumsuzluk ise hastaların reçete edilen ilacı zamanında kullanmadığı, düzenli sağlık kontrolüne gitmediği durumlardır (Korkmaz, 2019; Yılmaz ve Çolak, 2018).

Tedaviye uyum sağlanamaması hastanın yaşam kalitesinin düşmesinin yanı sıra sağlık harcamalarının da artmasına neden olmaktadır (Vural ve ark., 2012)

Düzenli ilaç uyumu, kronik hastalığa sahip hastalarda morbitide ve mortalite oranını azaltarak, sağlık maliyetlerini de düşürmektedir (Korkmaz, 2019; Yılmaz ve Çolak, 2018).

Kronik hastalığa sahip hastaların en çok yaşadığı problemlerden birisi tedaviye uyumda güçlük yaşamalarıdır (Brown ve Bussell, 2011). Kullanılan ilaçların yan etkileri, tek başına yaşama, maddi durumun kötü olması, yaşlılık, birden fazla ilaç

kullanma ve unutkanlık gibi nedenler ilaç uyumunu olumsuz etkileyen faktörler arasındadır (Hacıhasanoğlu, 2009).

Kronik hastalığa sahip hastaların tedaviye uyumlarını arttırmak için aşağıdaki unsurlara dikkat edilmesi önerilmektedir (Arıcı ve ark., 2015; Hacıhasanoğlu, 2009).

- Hastaya hastalığı ve ilaç kullanımı konusunda sözlü ve yazılı olarak eğitim düzenlenmelidir.
- Yaşam koşullarının değişmesi için kişi motive edilmelidir.
- Hastalığının kronik bir hastalık olduğu vurgulanmalıdır.
- Hastanın kendini ifade etmesine fırsat tanınmalıdır.
- Düzenli kontrollere gitmesinin öneminden bahsedilmelidir.
- Tedavisi düzenlenirken diyetisyen, eczacı vb sağlık profesyonellerinden destek alınmalıdır.

İlaça uyum çalışmalarında Morisky ve arkadaşları tarafından İlaça Uyum Ölçeği, Ogedegbe ve arkadaşları tarafından İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) ve Kripalani tarafından geliştirilmiş olan İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği kullanılmaktadır.

İlaça Uyum Ölçeği, Morisky ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilen, başlangıçta sadece antihipertansif hastaların ilaç uyumunu değerlendirmek için 4 sorudan oluşan bir ölçektir. Daha sonra başka araştırmacılar tarafından da incelenerek ölçeğe 2 soru eklenip tüm kronik hastalıklar için uzun süreli ilaç tedavisine uyumu ölçmek amaçlanmıştır. Bu ölçek diyabet, hipertansiyon, KOAH ve HIV enfeksiyonu gibi hastalıklar için kullanılmıştır (Vural ve ark., 2012).

İBÖS, Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen, hipertansif hastaların ilaç tedavisine bağlılığını ölçen 26 sorudan oluşan 3'lü likert tipi bir ölçektir. Gözüm ve Hacıhasanoğlu tarafından 2005 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekten alınacak toplam puan 26-78 arasındadır.

Puanın artmasıyla hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumları artmaktadır (Vatansever ve Ünsar, 2014).

İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği, Kripalani ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen, kronik hastalığa sahip hastaların ilaç uyumlarını ve reçete yazdırma yeterliliklerini ölçmek için 7 sorudan oluşan ölçektir. Ölçeğin 'İlaça Uyum' ve 'Reçete Yazdırma' olmak üzere iki alt boyutu vardır. Dörtlü likert tipindeki ölçekte hiçbir zaman 1, bazen 2, çoğunlukla 3 ve her zaman 4 olarak puanlanmaktadır. İlk 6 madde buna göre puanlanırken, 7. Madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7-28 arasında değişmektedir. Toplamda düşük puan, hastanın ilaç uyumununun daha iyi olduğunu göstermektedir (Kripalani, 2009).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon, diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarından (KOA) sadece birine sahip hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımla yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Küçükçekmece ilçesinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Cemal Pamuk Aile Sağlığı Merkezi'nde 15 Haziran 2018- 15 Eylül 2018 tarihleri arasında yapıldı. Aile Sağlığı Merkezi pazar hariç 08:00-17:00 saatleri arasında 8 aile hekimi, 5 ebe ve 3 hemşire ile 28824 hastaya aile planlama ve gebe izlem, gözlem, aşı, kan alma ve laboratuvar odaları ve sekiz poliklinik ile hizmet vermektedir.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Cemal Pamuk Aile Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören Hipertansiyon, Diyabet ve KOA hastaları oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği için %95 güven düzeyi %80 güç için (NCSS programı kullanılarak) hesaplanarak hastalık gruplarından her biri için n=59 bulundu. Örnekleme, geçerlik ve güvenilirliği daha önce hipertansiyon hastalarında yapılmış olan İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği'nin diyabet ve KOA hastalarında da geçerliliğini de test etmek amacıyla her hastalık grubundan n=70 olacak şekilde toplam 210 kişi alındı.

5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri

- 18-65 yaş aralığında olmak,
- Cemal Pamuk Aile Sağlığı Merkezinde tedavi görmek,
- Hipertansiyon, diyabet veya KOAH hastalıklarından sadece birine sahip olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

5.3.2. Araştırmadan çıkarılma ölçütleri

- Hipertansiyon, diyabet ve KOAH hastalıklarından ikisine sahip olmak,
- Hipertansiyon, diyabet ve KOAH hastalıklarından başka bir kronik hastalığa sahip olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- Herhangi bir psikolojik problemi olmak,
- 66 yaş ve üzerinde olmak.

5.4 Araştırma Soruları

Kronik hastalığa sahip hastaların (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH);

- Bireysel özellikleri nasıldır?
- İlaç kullanım alışkanlıkları nasıldır?
- İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları nasıldır?
- Tedaviye uyumları nasıldır?
- İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki nasıldır?

5.5. Araştırma Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Hastaların bireysel özellikleri, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar

Bağımlı Değişkenler: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanı, İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puanı

5.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında kronik hastalığa sahip hastaların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla literatüre dayalı Tanıtıcı Bilgi Formu geliştirildi. (Ek-1). Katılımcıların İlaç kullanmaya ilişkin inançlarını ölçmek için İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (Ek-2), ilaç tedavilerine uyumunu ölçmek için İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (Ek-3) kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Literatüre dayalı olarak oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu demografik bilgiler, sağlık öyküsü ve ilaç kullanma düzenine ilişkin 28 sorudan oluşan bir formdur (Akgüç 2013; Çiçek 2012, Acehan 2010).

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (Ek-2)

Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda Çiçek ve Erci tarafından aile sağlığı merkezinde kadın hastalara uygulanıp geliştirilen ölçek hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarını ölçen sorulardan oluşmaktadır Toplam 36 maddeden oluşan ölçek; Duyarlılık Algısı, Önemsene/Ciddiyet Algısı, Sağlık Motivasyonu, Yarar Algısı, Engel Algısı ve Öz-Etkililik olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir madde 1'den 5'e kadar puanlanmış olup 5'li likert tipi ölçek üzerinden verilen yanıtlara göre değerlendirilmektedir. Kesinlikle katılmıyorum yanıtına 1 puan, katılmıyorum yanıtına 2 puan, kararsızım yanıtına 3 puan, katılıyorum yanıtına 4 puan ve kesinlikle katılıyorum yanıtına 5 puan verilmektedir. Ölçekte 23, 24, 25, 26, 27 inci ve 28. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inancının yüksek olduğunu göstermektedir. Erci ve Çiçek tarafından oluşturulan ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,91, alt gruplar için ise 0,80 ile 0,93 arasında bulunmuştur (Erci ve Çiçek,

2017). Bu çalışmada İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Tablo 5.1’de verildi.

Tablo 5.1. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği’nin Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları

	Ölçek	Cronbach Alfa
	İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	0,978
Alt Boyutlar	Duyarlılık Algısı	0,868
	Önemseme/Ciddiyet Algısı	0,864
	Sağlık Motivasyonu	0,896
	Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Yararları	0,903
	Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Engelleri	0,895
	Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Öz-etkililiği	0,892

İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURY-7) (EK-3)

Dr. Kripalani ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen (Adherence to Refills and Medications Scale; ARMS-7) ölçeğin, Gökdoğan ve Kes tarafından 2016 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Yedi maddeden oluşan orijinal ölçeğin “İlaca Uyum” ve “Reçete Yazdırma” olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek kronik hastalığa sahip hastaların ilaca uyumlarını ve reçete yazdırma yeterliliklerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Dörtlü likert tipindeki ölçekte hiçbir zaman 1, bazen 2, çoğunlukla 3 ve her zaman 4 olarak puanlanmaktadır. İlk 6 madde buna göre puanlanırken, 7. madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7-28 arasında değişmektedir (Gökdoğan ve Kes, 2017). Toplamda düşük puan, hastanın ilaç uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir. Kripalani ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,75, madde toplam puan korelasyonları 0,32 ile 0,59 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada İURY-7 ölçeğinin ve alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Tablo 5.2’de verildi.

Tablo 5.2. İURY-7 Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları

Ölçek		Cronbach Alfa
İURY-7		0,888
Alt Boyutlar	İlaca Uyum	0,791
	Reçete Yazdırma	0,791

5.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Tanıtıcı Bilgi formu ve ölçekler, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan hastalara uygulandı. Veri toplamada hastaların onayı alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi kullanıldı. Her bir hasta ile ortalama 10 dakika görüşüldü.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler istatistiksel değerlendirmesi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24.0 paket programı (Lisans No: Z125-3301-14) ile bilgisayar ortamında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, spearman korelasyon testi kullanıldı. Araştırmanın değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere normal dağılım testleri uygulandı. Normal dağılım testleri Tablo 5.3'te verildi.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini değerlendirmek için grup büyüklüğü 50'nden az olduğunda Shapiro-Wilks Testi, grup büyüklüğü 50'den çok olduğunda Kolmogorov Smirnov (K-S) Testi kullanılmaktadır (Büyüköztürk, 2018). Araştırmamızda grup büyüklükleri 50'nin üzerinde olduğu için Kolmogorov Smirnov (K-S) Testi sonuçlarına göre değerlendirildi. Veriler normal dağılım gösterdiği için ($p>0,05$), analizde parametrik testler kullanıldı.

Tablo 5.3. Normallik Dağılım Testleri (N=210)

Ölçek	Hastalık	Kolmogorov Smirnov
İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	Hipertansiyon	0,146
	Diyabet	0,165
	KOAH	0,125
İURY-7	Hipertansiyon	0,202
	Diyabet	0,253
	KOAH	0,196

Veriler, iki bağımsız grup karşılaştırılmalarında Independent Sample t testi ve üçlü grup karşılaştırmalarında One way Anova testi ile analiz edildi. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon testi uygulandı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Cemal Pamuk Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran Hipertansiyon, diyabet ve KOAH hastalıklarından sadece birine sahip hastalar ile sınırlıdır.

Çalışmadan elde edilen veriler, örneklem içindeki hastaların öz-bildirimine dayalıdır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmanın planlanması aşamasında “İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği”ni geliştiren Çiçek ve Erci'den (Ek-4), İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURY-7)'ni uyarlayan Gökdoğan ve Kes'ten (Ek-5), aynı zamanda ölçeği geliştiren Kripalani ve arkadaşları'ndan ölçekleri (Ek-6), çalışmada kullanmak için e-posta aracılığı ile izin alındı.

- Araştırma ncesinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alındı (Ek-7).
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı kurum izni alındı (Ek-8).
- Gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dâhil edildi. Hastalara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi (Ek-9).
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındı (Ek-10). Gizlilik ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılan hastaların kimlik bilgileri kullanılmadı.

6. BULGULAR

Kronik hastalığa sahip hastaların sağlık inanç algıları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular aşağıdaki başlıklar altında incelendi.

6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular

6.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

6.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

6.4. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 6.1’de hastaların bireysel özelliklerinin dağılımları yer almaktadır.

Tablo 6.1. Hastaların Bireysel Özellikleri (N:210)

Değişkenler	Ortalama	Ss
Yaş (en az:34, en çok:65)	54,0	7,30
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	124	59,0
Erkek	86	41,0
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	75	35,7
Hayır	135	64,3
Öğrenim Düzeyi		
Okur- Yazar Değil	8	3,8
İlkokul	88	41,9
Ortaokul	47	22,4
Lise	59	28,1
Yüksekokul	8	3,8
Sosyal Güvence Olma Durumu		
Var	206	98,1
Yok	4	1,9
Çalışma Durumu		
Evet	58	27,6
Hayır	152	72,4
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	53	25,2
Gelir Gidere Denk	127	60,5
Gelir Giderden Çok	30	14,3
Birlikte Yaşadığı Kişi Olma Durumu		
Anne- Baba	5	2,4
Eş-Çocuk	188	89,5
Tek Yaşama	17	8,1

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 54,0±7,30 yıldır. Katılımcıların %59’unun kadın, %41,9’unun ilkokul mezunu ve %98,1’inin sosyal güvenceye sahip, %60,5’inin gelir gider durumunun eşit olduğu ve %91,9’unun yalnız yaşamadığı belirlendi (Tablo 6.1).

Tablo 6.2’de hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımları yer almaktadır.

Tablo 6.2. Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri (N=210)

Değişkenler	n	%
Kronik Hastalık Tamı Zamanı		
0-4 Yıl	22	10,0
5-9 Yıl	76	36,0
10-14 Yıl	68	32,0
15 Yıl ve Üzeri	44	22,0
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu		
Evet	146	69,5
Hayır	64	30,5
İlaçlarını Almayı Unutma Durumu		
Evet	123	58,5
Hayır	87	41,5
İlaç Alma Unutulduğunda Verilen Tepkiler		
Aklına gelince alma	72	34,3
İlacı almama	45	21,4
Bir sonrakinde iki tane alma	6	2,9
İlaç Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Evet	195	92,9
Hayır	15	7,1
Hastalığı ile İlgili Diyete Uyuma Durumu		
Evet	78	37,1
Hayır	132	62,9
Son Altı Ay İçerisinde Acil Servise Başvurma Durumu		
Evet	58	27,6
Hayır	152	72,4
Hastalık İçin Tercih Edilen Sağlık Kuruluşu		
Aile Hekimliği Polikliniği	76	36,2
Devlet Hastanesi Polikliniği	118	56,2
Özel Hastane Polikliniği	16	7,6
Düzenli Kontrole Gitme Durumu		
Evet	141	67,1
Hayır	69	32,9
İlaç Düzenini Olumsuz Etkileyen Faktör*		
Zamanı olmama	21	10,0
Aile hekimine gidememe	19	9,0
Ekonomik bağımsızlığa sahip olmama	8	3,8
Gerek duymama	7	3,3
İlacını kendi alamama	6	2,9
Okuma- yazma bilmeme	3	1,4
Okulda/İşte ilaç kullanmaktan utanma	2	1,0

*İlaç düzenini olumsuz etkileyen faktörlerde sayı ilaçlarını düzenli kullanmayan 64 kişiyi içermektedir. Yüzdeler 210 kişi üzerinden hesaplandı.

Hastaların %36'sı 5-9 yıldır kronik hastalık tanısına sahip olduğunu, %58,5'i ilaç almayı zaman zaman unuttuğunu, %34,3'ü ilacını aklına gelince aldığını, %21,4'ü ilacı o an alamadığını, %2,9'u ise bir sonraki dozda iki tane ilaç aldığını belirtti. Katılımcıların %56,2'si (n=118) kronik hastalıkların tedavisi için devlet hastanesi polikliniğini tercih ettiğini ifade etti (Tablo 6.2).

Hastaların %30,5'inin (n=64) ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlendi. İlaçlarını düzenli kullanmayan bu gruptaki hastaların nedenlerinin sırasıyla zamanı olmama, aile hekimine gitmekte problem yaşama, ekonomik bağımsızlığa sahip olmama, gerek duymama, ilacını kendi alamama, okuma-yazma bilmeme, okulda/işte ilaç kullanmaktan utanma olduğu tespit edildi (Tablo 6.2).

Hastaların %32,9'u ilaç tedavisi için düzenli kontrole gitmediğini belirtti (Tablo 6.2).

Tablo 6.3’de İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeğinin Alt Boyutundan alınan minimum, maksimum ve puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 6.3. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarından aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Madde sayısı	Alınabilecek Puan		Alınan Puan				Madde puan ortalaması		
		min	max	min	max	ort	SS	ort	SS	
Alt boyutlar	Duyarlılık Algısı	6	6	30	6	30	20,45	6,93	3,41	1,16
	Önemseme/Ciddiyet Algısı	6	6	30	6	30	20,03	7,37	3,34	1,23
	Sağlık Motivasyonu	6	6	30	6	27	20,3	4,61	3,38	0,77
	Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Yararları	4	4	20	8	20	14,96	3,06	3,74	0,77
	Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Engelleri	6	6	30	6	30	19,57	7,32	3,26	1,22
	Reçeteli ve Doğru ilaç kullanma Öz-etkililiği	7	7	35	7	35	24,74	5,57	3,53	0,80

Araştırmaya katılan bireylerin İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği’nin alt boyutları arasında, madde puan ortalamalarına göre üst değerden alt değere doğru sıralamanın Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Yararları, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Öz-etkililiği, Duyarlılık Algısı, Sağlık Motivasyonu, Önemseme/Ciddiyet, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Engelleri algıları olduğu belirlendi (Tablo 6.3).

6.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.4'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendi.

Tablo 6.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=210)

Tanıtıcı Özellikler	N	ort	Ss	F	p
Cinsiyet					
Kadın	124	122,27	29,3	0,042	^a 0,83
Erkek	86	116,93	30,3		
Öğrenim Düzeyi					
Okur- Yazar Değil	8	107,37	39,01	0,532	^b 0,71
İlkokul	88	121,11	29,99		
Ortaokul	47	118,04	26,08		
Lise	59	122,23	30,01		
Yüksekokul	8	117,62	39,18		
Gelir Durumu					
Gelir Giderden Az	53	115,52	28,88	1,393	^b 0,25
Gelir Gidere Denk	127	122,84	30,59		
Gelir Giderden Çok	30	116,46	27,13		
Birlikte Yaşadığı Kişi Olma Durumu					
Anne- Baba	3	149,00	0,00	1,445	^b 0,23
Eş-Çocuk	187	119,61	29,81		
Tek Yaşama	20	120,15	30,15		
Kronik Hastalık Tanı Zamanı					
0-4 Yıl	22	115,50	29,61	2,881	^b 0,03
5-9 Yıl	75	114,01	30,05		
10-14 Yıl	68	122,05	28,39		
15 Yıl ve Üzeri	45	129,46	29,54		
Hastalığı ile İlgili Diyete Uyma Durumu					
Evet	78	128,73	26,24	6,484	^a 0,01
Hayır	132	114,97	30,61		

a: Independent Sample t Testi, b: One Way Anova

Yapılan istatistiksel analize göre hastaların cinsiyetleri, öğrenim düzeyleri, gelir durumları ve birlikte yaşadığı kişinin kim olduğu ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.4).

Hastaların kronik hastalık tanı zamanlarına göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Tanı zamanı daha uzun olan hastaların sağlık inançları daha yüksek bulundu (Tablo 6.4).

Hastaların diyetle uyuma durumuna göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p <0,05$). Diyetle uyan hastaların sağlık inanç algılarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.).

Tablo 6.5'te hastaların kronik hastalıklarına göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılma bulguları verildi.

Tablo 6.5. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık	n	X±Ss	F	p
Hipertansiyon	70	121,15±33,52		
Diyabet	70	121,07±30,13	0,249	0,78
KOAH	70	118,02±25,38		

One Way Anova testi

Gruplar arasında, hastaların sahip oldukları kronik hastalığa göre sağlık inanç algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.5).

Tablo 6.6'da hastaların kronik hastalıklarına göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılma bulguları verildi.

Tablo 6.6. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar		n	ort	Ss	F	P
Duyarlılık Algısı	Hipertansiyon	70	20,45	8,06	0,01	0,98
	Diyabet	70	20,55	7,15		
	KOAH	70	20,34	5,39		
Önemseme/Ciddiyet Algısı	Hipertansiyon	70	19,84	7,8	0,532	0,58
	Diyabet	70	20,75	8,17		
	KOAH	70	19,51	5,99		
Sağlık Motivasyonu	Hipertansiyon	70	19,75	5,19	1,285	0,27
	Diyabet	70	20,17	4,17		
	KOAH	70	20,98	4,4		
Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Yararları	Hipertansiyon	70	15,32	3,5	1,471	0,23
	Diyabet	70	15,10	3,04		
	KOAH	70	14,47	2,55		
Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Engelleri	Hipertansiyon	70	20,58	7,47	1,289	0,27
	Diyabet	70	19,54	7,36		
	KOAH	70	18,6	7,11		
Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Öz-Etkililiği	Hipertansiyon	70	25,18	6,32	0,710	0,49
	Diyabet	70	24,94	5,13		
	KOAH	70	24,11	5,19		

One Way Anova testi

Gruplar arasında, hastaların sahip oldukları kronik hastalığa göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği alt boyutlarından (Duyarlılık, Önemsememe/Ciddiyet, Sağlık Motivasyonu, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Yararları, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Engelleri, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Öz-Etkililiği Algıları) alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.6).

6.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.7'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre İURY-7'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verildi.

Tablo 6.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=210)

Tanıtıcı Özellikler	n	Ort	Ss	F	P
Cinsiyet					
Kadın	124	12,05	3,56	2,856	^a 0,09
Erkek	86	12,93	4,38		
Öğrenim Düzeyi					
Okur- Yazar Değil	8	14,12	6,37	0,706	^b 0,58
İlkokul	88	12,13	3,78		
Ortaokul	47	12,87	3,44		
Lise	59	12,18	4,00		
Yüksekokul	8	12,75	5,11		
Gelir Durumu					
Gelir Giderden Az	53	12,83	4,44	0,768	^b 0,465
Gelir Gidere Denk	127	12,14	3,70		
Gelir Giderden Çok	30	12,83	3,98		
Birlikte Yaşadığı Kişi Olma Durumu					
Anne- Baba	3	8,66	0,57	2,301	^b 0,103
Eş-Çocuk	187	12,58	3,93		
Tek Yaşama	20	11,35	3,91		
Kronik Hastalık Tanı Zamanı					
0-4 Yıl	22	12,13	4,26	0,971	^b 0,407
5-9 Yıl	75	12,96	4,22		
10-14 Yıl	68	12,35	3,74		
15 Yıl ve Üzeri	45	11,73	3,53		
Hastalığı ile İlgili Diyete Uyma Durumu					
Evet	78	11,07	3,09	8,397	^a 0,004
Hayır	132	13,20	4,17		

a: İndependent Sample t Testi, b: One Way Anova

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre İURY-7'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan istatistiksel analiz sonucunda hastaların cinsiyetleri, öğrenim düzeyleri, gelir durumları, birlikte yaşadığı kişinin kim olduğu ve tanı süreleri ile ilgili istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 6.7).

Hastaların diyetle uyumları ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$). Hastalığı ile ilgili özel bir diyet uygulayan hastaların tedaviye uyumları da daha yüksek bulundu (Tablo 6.7).

Tablo 6.8'de hastaların kronik hastalığına göre İURY-7 ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verildi.

Tablo 6.8. Hastaların Kronik Hastalığına göre İURY-7 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutlar	Hastalık	n	X	Ss	F	P	Fark	
İURYÖ-7	Hipertansiyon (a)	70	13,22	3,79			c<a	
	Diyabet (b)	70	13,11	4,55	8,32	<0,001	c<b	
	KOAH (c)	70	10,90	2,87				
Alt Boyutlar	İlaça Uyum	Hipertansiyon (a)	70	6,54	2,65			c<a
		Diyabet (b)	70	6,51	2,86	3,60	0,02	c<b
		KOAH (c)	70	5,57	1,6			
	Reçete Yazdırma	Hipertansiyon (a)	70	6,68	1,31			c<a
		Diyabet (b)	70	6,60	1,79	16,30	<0,001	c<b
		KOAH (c)	70	5,32	1,56			

One Way Anova testi

Hastaların sahip oldukları kronik hastalığa göre tedaviye uyumları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,5$) (Tablo 6.8). Yapılan ikili grup karşılaştırmalarında hem İURY-7 hem de alt boyutlarındaki puan ortalamaları arasındaki farkın hipertansiyon ve KOAH hastaları arasında çok yüksek düzeyde ($p<0,001$), diyabet ve KOAH hastaları arasında ise yüksek düzeyde ($p<0,01$) olduğu saptandı. KOAH hastalarının tedaviye uyumları hipertansiyon ve diyabet hastalarından daha yüksekti.

6.4. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 6.9'da hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin analiz sonuçları verildi.

Tablo 6.9. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Ortalama	Standart sapma	r*	p
İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	126	29,76		
İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği	12	3,93	-0,541	<0,001

***Spearman Korelasyon Analizi**

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği'nden alınan puanın artışı hastaların sağlık inanç algılarında olumluluğun arttığı anlamına gelmektedir. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğinden alınan puanın artışı ise hasta uyumunun düştüğünü göstermektedir. Araştırmaya katılan grubun puan ortalamaları İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği için $126\pm 29,7$, İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği

için ise $12\pm 3,93$ olarak belirlendi. Ölçeklerden alınan puanlar arasında negatif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 6.9).

Tablo 6.10'da hastaların hastalıklarına göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin analiz sonuçları verildi.

Tablo 6.10. Hastaların Hastalıklarına göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Hastalık	İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği		İURY-7		r*	p
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss		
Hipertansiyon	121,15	33,52	13,22	3,79	-0,602	0,001
Diyabet	121,07	30,13	13,11	4,55	-0,755	0,001
KOAH	118,02	25,38	10,90	2,88	-0,389	0,001

***Paired Sample t Testi**

Araştırmaya katılan hastaların sağlık inanç algıları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki her hastalık grubu için ayrı ayrı değerlendirildiğinde; diyabet hastaları için iyi, hipertansiyon hastaları için orta ve KOAH hastaları için zayıf düzeyde, negatif yönde, istatistik olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo 6.10).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kronik hastalığa sahip hastaların sağlık inanç algıları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulguların tartışılması aşağıdaki başlıklar altında incelendi.

7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.4. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza 18-65 yaş arasında kronik hastalıklardan sadece birine sahip hastalar alındı. İstanbul'da bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmamızda yaş ortalaması $54,0 \pm 7,3$ 'tü. Bunun sebebi aile sağlığı merkezine genç nüfusun başvuru oranının düşük olması, çoğunluğunun mesai saatleri içinde çalışıyor olmasıydı. Şeker'in yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması $47,7 \pm 10,9$ yıl (Şeker, 2018), Mayberry ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da yaş ortalaması $51,8 \pm 11,7$ yıl olarak belirlenmiştir (Mayberry, 2013). Kronik hastalık görülme olasılığı yaşla birlikte arttığı için Şeker ve Mayberry'in yaptığı çalışmalar ile çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalamaları uyumludur.

Katılımcıların %35,7'si sigara kullandığını ifade etti. Şeker'in hipertansiyon hastalarına yaptığı çalışmada hastaların %16,9'u sigara kullandığını ifade etmiştir (Şeker, 2018). Tümer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipertansiyon hastaların %25,4'ü sigara kullandığı saptanmıştır (Tümer ve ark., 2016). Osborn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %28,9'unun kardiyovasküler sistem hastalığına sahip olduğu ve bu hastaların %8,4'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir (Osborn ve ark., 2007). Sigara kullanımı hipertansiyon, diyabet ve KOAH için risk faktörüdür. Tedavi için sadece ilaç kullanımı yeterli değildir, bunun yanında yaşam koşullarını iyileştirmesi de gerekmektedir. Hastalara sigara kullanımının zararları hakkında bilgi verilerek sigarayı bırakması sağlanmalıdır.

Araştırmaya katılan hastaların %91,8'inin sosyal güvencesi vardı. Yapılan bir çalışmada ise hastaların tamamının sosyal güvencesi vardır (Çevik, 2014). Aile sağlığı merkezinde tedavi olmak ve ilaçlarını düzenli olarak yazdırmak için hastaların sosyal güvencesi olmalıdır.

Çalışmamızdaki hastaların %60,5'inin gelir durumu orta düzeydedir. Park ve arkadaşları tarafından 2010 yılında diyabet hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada hastaların %70'inin orta gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Park, 2010). Literatür ile araştırmamız uyumludur.

Araştırmaya katılan hastaların %89,5'i eşi ve çocuğu ile yaşadığını belirtti. Kul'un kronik hastalığa sahip hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da hastaların %77,9'unun evli olduğu saptanmıştır (Kul, 2018). Bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir. İki çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 45 yaşın üzerindeki bireylerden oluştuğu için hastaların evli olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda hastaların %36'sının tedavi süresinin 5-9 yıl arasında olduğu belirlendi. Koruk'un yaptığı çalışmada hastaların %34,1'inin tedavi süresinin 6-10 yıl arasında (Koruk, 2019), İçyeroğlu'nun çalışmasında ise hastaların %40,9'unun 1-5 yıl arasında hipertansiyon hastası olduğu tespit edilmiştir (İçyeroğlu, 2012). Çalışmaların sonuçların bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %30,5'inin (n=64) ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlendi. İlaçlarını düzenli kullanmayan bu gruptaki hastaların nedenlerinin sırasıyla zamanı olmama, aile hekimine gitmekte problem yaşama, ekonomik bağımsızlığa sahip olmama, gerek duymama, ilacını kendi alamama, okuma-yazma bilmeme, okulda/işte ilaç kullanmaktan utanma olduğu tespit edildi. Aslan'ın diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada ise hastaların %4,23'ünün tedaviye düzenli katılmadıklarını ve sebepleri arasında sırasıyla tedaviyi unutma, alışmama, kafalarının karışık olması ve canlarının istememesi yer almaktadır (Aslan, 2018). Bizim çalışmamızdaki hastaların düzenli ilaç kullanımının oranının Aslan'ın çalışmasındakinden daha az olmasının sebebi üç ayrı hastalık grubunun yer almasına bağlanabilir. Hastaların ilaç tedavisine uyumlarını arttırmak için düzenli aralıklarla eğitim planlanması ve hatırlatıcı notlar eklenmesi önemlidir.

Araştırmamıza katılan hastaların %92,9'unun hastalığı hakkında bilgi aldığı belirlendi. Teke'nin yaptığı çalışmada ise hastalar %55,7'sinin sağlık profesyonelleri tarafından eğitim aldığını ifade etmişlerdir (Teke, 2016). Kronik hastalıklarda eğitim ile birlikte hastaların tedavi uyumları ve yaşam kaliteleri artırılabilir.

Çalışmamızdaki hastaların %27,6'sı son altı ay içerisinde hastalığından dolayı acil servise başvurduğunu ifade etti. Kul'un yaptığı çalışmada da kronik hastalığa sahip hastaların %28,1'i hastaneye başvuruda bulunmuştur. Düzenli kontrole gitmeyen ve tedavisine uymayan hastaların acil servise başvurma sıklığı ve ölüm oranları artmaktadır (Kripalani ve ark., 2015).

Çalışmamıza katılan hastaların %67,1'inin düzenli kontrole gittiği ve %36,2'sinin aile hekimine ve %56,2'sinin devlet hastanesine kontrole gitmeyi tercih ettiği belirlendi. Vatansaver ve Ünsar'ın yaptığı çalışmada ise hipertansiyon hastalarının %94,7'si düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmektedir (Vatansaver ve Ünsar, 2014). Kronik hastalıklarda ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmadığını tespit etmek için kontrollere zamanında gitmeleri önemlidir. Tedavinin düzenlenmesi ve hasta ile iş birliği içinde planlanması için hastanın kontrole gittiği doktora gitmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda hastaların %62,9'unun hastalığı ile ilgili herhangi bir diyet uygulamadığı saptandı. Koruk'un yaptığı çalışmada da yalnızca %33,1'i diyet uygulamaktadır (Koruk, 2019). Kul'un yaptığı çalışmada hastaların %55,8'i kronik hastalık ile ilgili herhangi bir diyet uygulamadıklarını ifade etmişlerdir. Kronik hastalığa uyum sağlamada ilaç tedavisi kadar diyete uyum da önemlidir. Diyet uyumuna dikkat etmeyen hastalar sadece ilaç tedavisi ile hastalığını kontrol altında tutabileceklerine inanmaktadır. Bu yüzden hastalara bu konuda danışmanlık yapılması gerekmektedir.

7.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda kronik hastalığa sahip hastaların cinsiyetine göre İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Aydoğar'ın diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada da cinsiyet, hastaların sağlık inanç algıları üstünde etkili olmamıştır (Aydoğar, 2018).

Çalışmamızda diyabet hastalarının İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği puan ortalaması $121,15 \pm 33,52$ olarak tespit edildi. Aydoğar'ın diyabet hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise hastaların puan ortalaması eğitim öncesinde $90,16 \pm 12,12$, eğitim sonrasında ise $145,63 \pm 7,48$ olarak saptanmıştır (Aydoğar, 2018). Çalışmamızda hastalara sağlık profesyonelleri tarafından ilaç kullanmaya ilişkin bilgi verilmiştir. Aydoğar'ın yaptığı çalışmada eğitim sonrasında puanın daha yüksek olma sebebi eğitimden hemen sonra ölçeğin uygulanmış olması olabilir. Bizim hastalarımızın %92,9'u eğitim almıştır, hastalığı konusunda bilgi alanlar da yıllar önce bilgi almış olabilir. O yüzden eğitimlerin düzenli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir.

Çalışmamızda hastaların tanı süreleri ile sağlık inanç algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p > 0,05$). Onbeş yıldan daha uzun süredir tanıya sahip hastaların sağlık inanç algıları ($129,46 \pm 29,54$) daha yüksek bulundu. Uzun süredir hastalığı yaşadığı için hastaların sağlık inanç algıları yüksek olabilir.

Çalışmada kronik hastalıkların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; madde puan ortalamasına göre üst değerden alt değere doğru Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Yararları, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Öz-etkililiği, Duyarlılık, Sağlık Motivasyonu, Önemseme/Ciddiyet, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Engelleri algıları olduğu belirlendi. Aydoğar'ın yapmış olduğu çalışmada sağlık inanç ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde eğitim öncesinde en

yüksek puan ortalamaları sırasıyla; Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Öz-etkililiği, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Engelleri algıları, Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Yararları, Duyarlılık, Sağlık Motivasyonu, Önemseme/Ciddiyet algıları olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuca göre hastalar reçeteli ve doğru ilaç kullandıkları takdirde daha sağlıklı olacaklarına inanmaktadır. Aydoğar'ın çalışmasında ise hastalar öz etkililiğin yüksek olduğu takdirde ilaç uyumlarının artacağına inanmaktadır.

7.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada cinsiyet ile ilaca uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Dharmapuri ve arkadaşlarının kronik hastalığa sahip ergen bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada İURY-7 ölçeğini kullanmıştır. Cinsiyet ile İURY-7 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Dharmapuri, 2015). Sonuçlar paralelik göstermektedir. Erci ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada erkeklerin tedaviye uyumları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Erci ve ark., 2018). Özdemir ve arkadaşlarının astımlı hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada erkeklerin tedaviye uyumları daha yüksek olarak bulunmuştur (Özdemir, 2016). Osborn ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yapmış olduğu çalışmada kadınların tedaviye uyumları daha yüksek bulunmuştur (Osborn, 2007). Diğer çalışmalarda erkeklerin ya da kadınların tedaviye uyumlarının yüksek çıkma sebebi hastaların birden fazla kronik hastalığa sahip olması ve yaş gruplarından kaynaklı olabilir.

Çalışmada hastaların ilaca uyumları ile öğrenim düzeyleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı. Vatansever ve Ünsar'ın yaptığı çalışmada da hastaların ilaç tedavisine uyumları ile öğrenim düzeyleri arasında fark bulunmamıştır (Vatansever ve Ünsar, 2014) Tümer ve arkadaşlarının hipertansiyon hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada da öğrenim düzeyi ile tedavi uyum arasında fark

bulunmamıştır (Tüner ve ark.; 2016). İlkokul mezunu olan biri ile yüksekokul mezunu olan birinin tedaviye uyumları aynıdır. Hastalar öğrenim düzeyleri düşük olsa bile komplikasyonlar hakkında bilgi aldıkları için tedaviye uyumları aynıdır.

Araştırmada diyabet hastaları ile öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Al-Qazz ve arkadaşlarının 540 diyabet hastasında yapmış olduğu çalışmada ise öğrenim düzeyi ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p>0,05$). Al-Qazz ve arkadaşları yüksek öğrenim düzeyi olan kişilerin doktorun dediklerini daha iyi anladığını ve endişelerinden dolayı tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu savunmuşlardır (Al-Qazz ve ark., 2011). Çalışmamızda hastaların %92,9'u tedavi konusunda eğitim almışlardır. Komplikasyonları bildikleri için tedavi uyumuna tüm hasta grupları dikkat etmektedir.

Kronik hastalığa sahip 210 hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmada; hastaların birlikte yaşadığı kişi ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Park ve arkadaşlarının 2010 yılında 265 diyabet hastası üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada da hastaların medeni durumu ile ilaç tedavisine uyumları arasında fark bulunmamıştır (Park ve ark., 2010). Polonya'da yapılan başka bir çalışmada da hastaların medeni durumu ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Polanska, 2016). Hastaların evli ya da bekar olmasının tedaviye uyumlarını etkilememektedir.

Çalışmada hastaların tanı süreleri ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Esirgen'in hipertansif hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada tedavi süresi ile hastaların tedaviye uyumları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (Esirgen, 2018). Literatür çalışmamızla paralellik göstermektedir. Hastalar kaç yıldır hastalığa sahip olsalar da komplikasyonları bildikleri için tedavi uyumları aynıdır.

Çalışmaya katılan hastaların %69,5'inin ilaçlarını düzenli aralıklarla ve dozlarda kullandığı belirlendi. Koruk'un yaptığı çalışmada ise hipertansiyon hastalarının %89,4'ünün ilaçlarını her gün düzenli kullandığı raporlanmıştır. Koruk'un yaptığı çalışmada hastalar, birden fazla kronik hastalığa sahip olduğu için komplikasyonlardan çok fazla etkilenebilmektedir (Koruk, 2019). Bu yüzden tedaviye uyumlarının daha fazla olduğu söylenebilir. Vatansever ve Ünsar'ın yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarının %78,7'sinin ilaç tedavisine uyum sağladığı (Vatansever ve Ünsar, 2014), Erci ve arkadaşlarının hipertansiyon hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların düzenli ilaç kullanım oranı %77,2 olarak raporlanmıştır (Erci ve ark., 2018).

Lulebo A. ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hipertansiyon hastaların tedaviye uyumlarının düşük olması bilgi eksikliği ile yorumlanmıştır (Lulebo ve ark., 2015). Hastalar sağlık profesyonelleri tarafından tedavi hakkında doğru bilgiye sahip olursa tedaviye uyumları daha yüksek olabilir.

Çalışmada ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeğinin alt boyutları olan ilaca uyum ve reçete yazdırma için diyabet hastalarının puan ortalamaları sırasıyla $5,0 \pm 2,86$, $6,0 \pm 1,7$ 'dir. Mayberry ve arkadaşlarının diyabet hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise ilaca uyum alt boyutunun $10,0 \pm 3,5$, reçete yazdırma ölçeğinin alt boyutunun ise puan ortalaması $5,8 \pm 2,2$ olarak belirlenmiştir. Mayberry'nin yapmış olduğu çalışmada hastaların birden fazla kronik hastalığı vardır ve 312 hasta üzerinde yapılan bir çalışmadır (Mayberry, 2013). Mayberry ve arkadaşlarının çalışmasındaki örneklem grubunun ilaca uyumları daha düşük olduğu görülmektedir. Mayberry'nin çalışmasında birden fazla kronik hastalık, sayıca daha fazla ilaç almak anlamına gelmektedir. Bu da tedaviye uyumlarını azaltmaktadır.

7.4. Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile İURY-7'den Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmada sağlık inançları ile hastaların tedavi süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p>0,05$). Hastaların sağlık inanç algıları iyileştikçe tedaviye uyumlarının da arttığı tespit edildi. Hastaların kronik hastalığa göre tedaviye uyumları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı farkın hipertansiyon ve KOAH hastaları arasında çok yüksek düzeyde ($p<0,001$), diyabet ve KOAH hastaları arasında ise yüksek düzeyde ($p<0,01$) olduğu bulundu. KOAH hastalarının tedaviye uyumlarının hipertansiyon ve diyabet hastalarından daha yüksek olması, hastalık semptomlarından daha çok etkilenmelerine bağlanabilir.

Rajpura ve Nayak'ın 2014 yılında hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada hastaların hastalık algısı ile ilaç uyumları arasında paralel bir ilişki olduğunu raporlamışlardır (Rajpura ve Nayak, 2014). Hastalığı hakkında sağlık inanç algısı yüksek olan kişilerin tedaviye uyumları da yüksektir.

Çalışmada KOAH hastalarının tedaviye uyumları daha yüksek olarak bulundu. KOAH hastalarında yapılan başka bir çalışmada tedaviye uyumsuzluk %46,4 olarak bulunmuştur (Oğuzülgen ve ark., 2014). Hastaların günde birden fazla ilaç almasına bağlı olarak çalışmamızdan farklı bulgulara rastlanılmıştır. Bizim çalışmamızda KOAH hastalarının tedaviye uyumlarının yüksek olma sebebi hastaların hastalık hakkında bilgi aldıkları ve komplikasyonlarını bildikleri için hastalıktan çok etkileneceklerini düşünmeleridir.

Kronik hastalığa sahip hastaların tedaviye uyumsuzluğu sağlık harcamalarının mortalite ve morbidite oranlarının artmasına neden olmaktadır. Bireylerin tedavi planlarına aktif olarak katılmaları tedaviye uyumlarını ve sağlık inanç algılarını arttırabilir (Pelin, 2017).

Kronik hastalığa sahip hastaların (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) sağlık inançları ve tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla ilişki arayıcı, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak yapılan araştırmanın soruları ve ulaşılan sonuçlar şunlardır:

• Kronik hastalığa sahip hastaların (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) bireysel özellikleri nasıldır?

Çalışmaya her hastalık grubundan 70 olmak üzere toplam 210 hasta alınmıştır. Katılan hastaların yaş ortalaması $54,0 \pm 7,30$ yıldır. Katılımcıların %59'unun kadın, %41,9'unun ilkokul mezunu ve %98,1'inin sosyal güvenceye sahip, %60,5'inin gelir gider durumunun eşit olduğu ve %91,9'unun yalnız yaşadığı belirlendi.

• Kronik hastalığa sahip hastaların (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) ilaç kullanım alışkanlıkları nasıldır?

Kronik hastalığa sahip hastaların (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) %69,5'inin ilaçlarını düzenli aralıklarla ve dozlarda kullandığı belirlendi.

• Kronik hastalığa sahip hastaların (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları nasıldır?

Araştırmamızda gruplar arasında, hastaların sahip oldukları kronik hastalığa göre sağlık inanç algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

• Kronik hastalığa sahip hastaların (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) tedaviye uyumları nasıldır?

Hastaların sahip oldukları kronik hastalığa göre tedaviye uyumları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlendi

($p<0,05$). Yapılan ikili grup karşılaştırmalarında hem İURY-7 hem de alt boyutlarındaki puan ortalamaları arasındaki farkın hipertansiyon ve KOAH hastaları arasında çok yüksek düzeyde ($p<0,001$), diyabet ve KOAH hastaları arasında ise yüksek düzeyde ($p<0,01$) olduğu saptandı. KOAH hastalarının tedaviye uyumları hipertansiyon ve diyabet hastalarından daha yüksek olduğu belirlendi.

• **Kronik hastalığa sahip hastaların (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki nasıldır?**

Araştırmaya katılan hastaların sağlık inanç algıları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki her hastalık grubu için ayrı ayrı değerlendirildiğinde; diyabet hastaları için iyi, hipertansiyon hastaları için orta ve KOAH hastaları için zayıf düzeyde, negatif yönde, istatistik olarak anlamlı ilişki bulundu.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Kronik hastalıklara sahip hastaların sağlık inanç algılarını olumlu yönde geliştirmek ve tedaviye uyumlarını arttırmak üzere verilen eğitim ve danışmanlıkların arttırılması,
- ✓ Hastalığın tedaviye uyumu üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Abul Y, Özlü T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi, Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013;1:7-12.

Acehan O. Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmesine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2010, Adana (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Kurdak).

Açıkgöz GK. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumluları Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Mersin (Danışman: Doç. Dr. Meral Altınok).

Akgüç N. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algisi ve Tedaviye Uyularinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna).

Al- Qazz HK, Sulaiman SA, Hassali MA. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemc control among patients with type 2 diabetes. Int J Clin Pharm. 2011;33: 1028–1035

Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(3): 181-189.

American Diabetes Association standarts of medical care in diabetes january 2017;40(1): 30-132.

Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi. 2009; 10: 63-68.

Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız B, Altun B, Ertürk Ş. Türk hipertansiyon uzlaşma raporu. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları. 2015;43(4):402-9.

Arslan E. Tıp 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011, Diyarbakır (Danışman: Prof. Dr. M. Melikşah Ertem).

Aslan GY. Diyabetli Bireylerde Aile Desteği İle Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Balıkesir (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özlem Tekir).

Aşıl R. Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetim. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2015; 6(11):151-159.

Aydoğar M. Diyabet Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Hastaların Sağlık İnancına, Öz Etkililik Algısına ve Karar Verme Düzeyine Etkisi: Bakım Etiği Boyutuyla. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Sivas (Danışman: Doç. Dr. Gülay Yıldırım).

Ayhan F. Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması. Abant İzzet Baysal Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Bolu (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nevin Çıtak Bilgin).

Badur F. Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şeyda Özcan).

Bahtiyar T. Hipertansiyon Tanısı ile İzlenen Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal).

Baki D. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Tedavi Uyumu ile HbA1c Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Uz. Dr. Nalan Okuroğlu).

Bal MG. Kadınların pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;4(3): 133-138.

Bavishi C, Bangalore S, Messerli FH, Outcomes of intensive blood pressure lowering in older hypertensive patients. Journal of The American College of Cardiology. 2017;69(5): 486-493.

Bayındır SK. KOAH'lı Bireylere Karadut Şurubu ile Yapılan Ağız Bakımının Oral Mukozit İyileşmesi Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Kayseri (Danışman: Doç. Dr. Songül Gör).

Baykal A, Kapucu S. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;2: 44-58.

Bell K, Twiggs J, Olin BR. Hypertension: the silent killer: updated jnc-8 guideline recommendations. Alabama Pharmacy Association. 2015;1; 1-8.

Bernell S, Howard SW. Use your words carefully: What is a chronic disease?. Frontiers In Public Health. 2016;4 (159) 1-3.

Bhatt SP, Luqman-Arafath TK, Gupta AK et al. Volitional pursed lips breathing in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease improves exercise capacity. *Chronic Respiratory Disease*. 2013; 10(1): 5-10.

Blixen CE, Kanuch S, Perzynski A, Thomas C, Dawson NW, Sajatovic M. Barriers to self-management of serious mental illness and diabetes. *Am J Health Behav*. 2016; 40(2): 194–204.

Brown MT, Bussell JK, editors. Medication adherence: WHO cares?. *Mayo Clinic Proceedings*. 2011;86(4):304-314.

Budhiraja R, Parthasarathy S, Budhiraja P, Habib MP, Wendel C, Quan SF. Insomnia in patients with COPD. *Sleep*. 2012;35(3):369-375.

Büyüköztürk Ş, *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. 24. Baskı. Pegem Yayınevi, Ankara, 2018, s.42.

Chen K, Tseng H, Huang Y, Chuang Y, The barriers to initiating insulin therapy among people with type 2 diabetes in taiwan - a qualitative study. *Journal of Diabetes and Metabolism*. 2012; 3(5): 1-4.

Cho HL, Tung HH, Lin MS, Hsu WC, Lee CP. Self determined motivation and exercise behavior in COPD patients. *International Journal of Nursing Practice*. 2017;23 (3):1-9.

Coşansu G. *Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel-Sosyal Faktörler*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Semra Erdoğan).

Çelik S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOA) Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan).

Çevik AB, Erkoç A, Olgun N. Diyabetik ayak enfeksiyonlu hastada taburculuk eğitimi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2014;6(2):129- 134.

Çiçek Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. Behice ERCİ).

Çimen M, Akbolat M, Çiftçi F, Işık O, Şahin B. Astım hastalarının sağlık inanç modeline dayalı algı ve tutumları ile tedavi başarısına yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(1): 87-96.

Dağ İ. Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Şanlıurfa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Selma Kahraman).

Dağıstan A, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 15(6): 575-582.

Dharmapuri S, Best D, Kind T, Silber TJ, Simpson P, D'Angelo L. Health Literacy and Medication Adherence in Adolescents. *The Journal of Pediatrics*. 2015; 166(2): 378-382.

Doğan U. KOAH Tanılı Hastalara Verilen Sağlık Eğitiminin Günlük Oksijen Konsantratörü Kullanım Sürelerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Gaziantep (Danışman: Prof. Dr. Nimet Ovayolu).

Durmuş T. Kadın Sağlık alışanlarının Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meryem Yılmaz).

Ekinci F, Tuncel B, Coşkun DM, Akman M, Uzuner A. Günlük ilaç hatırlatıcı kısa mesaj (sms) göndermenin hipertansif hastalarda kan basıncı kontrolü ve ilaç uyumu üzerine etkisi. Konuralp Tıp Dergisi. 2017;9(2): 59-64.

Erci B, Elibol M, Aktürk . Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2018; 26(2): 79-92

Erci B, iek Z. Reliability and Validity of Drugs Use Health Belief Scale in Adult Women. International Archives Nursing Health Care. 2017;3(1):1-7.

Erciyes Y. Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşireler Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına Etkisinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Sezgi ınar).

Esirgen L. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değerikliği Başarısını Değerlendirme leğinin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Günay Can).

Feyizoğlu G. Tip 1 Diyabet Hastalarının Bilgi Arayışında İnternet Tutumlarının Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna).

Gómez-Marcos MA, Blázquez-Medela A, Gamella-Pozuelo L, Recio-Rodriguez JI, García-Ortiz L, Martínez-Salgado2 C, Serum superoxide dismutase 1s associated with vascular structure and function in hypertensive and diabetic patients. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. 2016;8 (1):1-8.

Gök T. Bireyselleştirilmiş İlaç Eğitiminin Yaşlıların İlaç Kullanma Uyumlarına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ayla Bayık Temel).

Gökdoğan F, Kes D, Validity and reliability of the Turkish Adherence to Refills and Medications Scale. *International Journal of Nursing Practise*. 2017;23(5):1-7

Gökçe H. Hipertansiyon Hastalarının Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanma Durumları ve Tamamlayıcı Alternatif Tedaviye İlişkin Tutumları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Edirne (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Eylem Paslı Gürdoğan).

Gözüm S, Çapık T. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014,7(3), 230-237.

Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014;7(2): 98-108.

Günel SY, Günel Aİ. Antihipertansif ilaç kullanımına rağmen başarısız kan basıncı kontrolünü etkileyen nedenler. *Ege Tıp Dergisi*. 2010;49(1): 13-18.

Gündüz F, Karabulutlu EY. Tip II diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19(2):106-115.

Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(2): 167-172.

Hipertansiyon T. Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. 2015.

International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 6th edition. 2013; 6:32-34.

Iqbal T, Rashid F, Saleem SA, Shah SA, Khalid GH, Ishtiaq O. awareness about diabetes mellitus amongst diabetics. Journal of Rawalpindi Medical College (JRMC); 2013;17(2): 294-296.

İçyeroğlu G. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Elazığ (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu).

İnce SÇ. Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN).

İncirkuş K, Nahcivan NÖ, Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: kronik bakım modeli. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015;23(1): 66-75.

İyişenyürek Ö. Aile Sağlığı Merkezlerinin Hipertansiyon Hastalığı Teşhisinde Rolü ve Önemi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Barkın Berk).

James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison C, Handler J, et al. 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), 507-520.

Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. Oman Medical Journey. 2011;26(3): 155-159.

Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from england, the usa and canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. BMJ Open. 2013;(3): 1-9.

Kale Y. Acil Servisimize Başvuran Akut KOAH Atak Hastalarının Klinik, Demografik Özelliklerinin ve Maliyetlerinin Analizi. Abbant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2018, Bolu (Danışman: Prof. Dr. Cemil Kavalcı).

Kaya GE. Yeni Tanı Almış Hipertansiyon Hastalarının Tuz Tüketiminin Saptanması. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Zeynep Özerson).

Keyzer WD, Tilleman K, Ampe J, Henauw SD, Huybrechts I. Effect of sodium restriction on blood pressure of unstable or uncontrolled hypertensive patients in primary care. Nutrition Research and Practice. 2015;9(2):180-185.

Kin ÖK. Diyabetli Bireylerin Diyabet Komplikasyonlarına Farkındalığı ve Diyabet Özbakım Davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Sezgi Kızılcı).

Kolcu M. Hipertansiyonu Olan Yaşlılara Yönelik Eğitimin Yaşam Kalitesi, İlaç Uyum ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Ergün).

Korkmaz E. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği ve İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Ergun ÖKSÜZ).

Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(2): 79-86.

Koruk E. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Doyumunu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Aydın (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neşe Erdem).

Köktürk N, Gürgün A, Şen E, Kocabaş A, Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı.1. Baskı, Matsis Matbaa Hizmetleri, 2017, İstanbul, p: 2-40.

Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. Value in Health. 2009;12(1):118-123.

Kripalani S, Goggins K, Nwosu S, Schildcrout J, Mixon AS, McNaughton C, McDougald A, Wallston KA. Medication non-adherence before hospitalization for acute cardiac events. HHS Public Access. 2015; 20(0): 34–42.

Kul ÖE. Kronik Hastalıklarda İlaç Tedavisi Uyumu ve Etkili Faktörler. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Seçil Günher Arıca).

Lulebo AM, Mutombo PB, Mapatano MA, Mafuta EM, Kayembe PK, Ntumba LT, Mayindu AN, Coppieters Y. Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. BMC Research Notes. 2015;8(526): 1-8.

Mathew R, Gucciardi E, De Melo G, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. BMC Family Practice. 2012;122(13): 1-12.

Mayberry LS, Gonzalez JS, Wallston KA, Kripalani S, Osborn CY. The ARMS-D outperforms SDSCA, but both are reliable, valid and predict glycemic control. Diabetes Research and Clinical Practice. 2013; 102(1): 96-104.

Menekşe B. KOAH Tanısı Almış Hastalara Verilen Uyku Hijyeni ve Derin Solunum-Öksürük Egzersizleri Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Manisa (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kıvanç Çelik).

Mert H, Özçakır N, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2011;15(1): 7-12.

Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Kaberi D, Hypertension canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. Canadian Journal of Cardiology. 2018; 34(5): 506-525.

Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işıkdöğün Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8-maddeli ilaca uyum anketinin (MMAS-8) Türkiye geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. Tuberk Toraks Dergisi. 2014;62(2): 101-107.

Osamor PE, Owumi BE. Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria. International Centre for Diarrhoeal Disease Research. 2011;29(6): 619-628.

Osborn JW, Fink GD, Sved AF, Toney GM, Raizada MK. Circulating angiotensin II and dietary salt: Converging signals for neurogenic hypertension. Current Hypertension Reports. 2007;9(3):228-235.

Özçalık MS. Hipertansiyona Bağlı Subklinik Ateroskleroz Göstergesi Olarak Kan Basıncı İndeksi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2017, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. Nisbet YILMAZ).

Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. Bakırköy Tıp Dergisi. 2016; 14(2): 195-201.

Özkaptan BB. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Sevgisun Kapucu).

Padmanabhan S, Caulfield M, Dominiczak AF. Genetic and molecular aspects of hypertension. Circulation Research. 2015;15(3):937-959.

Park KA, Kim JG, Kim BV, Kam S, Kim KY, Ha SW, Hyun ST. Factors that affect medication adherence in elderly patients with Diabetes mellitus. *Korean Diabetes J.* 2010; 34(1):55-65.

Pelin M. Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Sakarya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Havva Sert).

Phares PL. Predictors of readiness to initiate insulin therapy in patients with type 2 diabetes when oral medications fail to control hyperglycemia, College of Nursing, 2011;1-126.

Pınar G, Öksüz E, Beder A, Elbaş NÖ, Testis kanseri taramalarında champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği. *Tıp Araştırmaları Dergisi.* 2011;9 (2): 89-96.

Polanska BJ, Uchmanowicz I, Chudiak A, Dudek K, Morisky DE, Chabowska AS. Psychometric properties of the polish version of the eight-item morisky medication adherence scale in hypertensive adults. *Patient Preference And Adherence.*2016;10(1): 1759-1766.

Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *J Manag Care Spec Pharm.* 2014;20(1):58-65.

Ribeiro AG, Ribeiro SM, Dias CG, Ribeiro A, Castro F, Suárez-Varela S, Cotta RM, Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health.* 2011; 637(11):1-10.

Selçuk KT, Çevik C, Mercan Y, Koca H, Hypertensive patients' adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment methods, in Turkey. International Journal of Community Medicine and Public Health. 2017;4(8):2648-2657.

Sengül S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. Journal of Hypertension. 2016; 34(6): 1208-1217.

Shrivastava S, Shrivastava P, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2013; 12(14):1-5.

Siyad AR, Hypertension. Hygiena, J.D. Med. 2011;3 (1): 11-16.

Söylemez GK. Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri ile Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumluluğu Arasındaki İlişki. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Erzincan (Danışman: Prof. Dr. Rabia Hacıhasanoğlu Aşıl).

Süer E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastalıkları ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İsmail Kasım).

Şeker S. Hipertansiyon Hastalarında Hatırlatıcı Kısa Mesaj Göndermenin İlaç Uyumu Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2018, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Yasemin Çayır).

Taşkaya S. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Bayram Şahin).

Teke N. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Konya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Selda Arslan).

Tel H, Demirkol D. Kara S. Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. Türk Toraks Dergisi. 2012;13: 87-92.

Thabit MF. Awareness regarding diabetes mellitus and its' complications in type 2 diabetic patients. KCMJ. 2013; 9(2): 25-28.

Tümer A, Baybuğa MS, Dereli F, Uysal DD. Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(13):105-113.

Türker M, Süzmeçelik E. Türkiye ve dünyada rakamlarla diyabet. Meslek içi Sürekli Eğitim Dergisi. 2010;23: 62-66.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Hipertansiyon tanı ve tedavi klavuzu. 3. Baskı: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.; 2019, p:13-34.

Uğurlu N. Şizofreni Tanısı Konan Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarda Baş Etme Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nermin Gülhan).

Üçüncü MY. Astım ve KOAH Hastalarında Uygulanan İlaç Tedavilerinin Diş Çürüğü Aktiviteleri Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Yasemin Benderli Gökçe).

Varol F. KOAH Fenotiplerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Aydın (Danışman: Prof. Dr. Mehmet POLATLI, Doç. Dr. Zeynep GÜNEŞ).

Vatansever Ö. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Düzeylerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Edirne (Danışman: Doç.Dr. Serap ÜNSAR).

Vatansever Ö, Ünsar S. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2014; 5(8):66-74.

Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. American Journal of Respiratory And Critical Care Medicine. 2013;187 :347-365.

Vicdan AK. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 11 (1): 14-18.

Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(4):17-20.

Whelton P.K, Carey C, Chair V. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Journal of the American College of Cardiology. 2017;1: 1-193.

Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2019;39(33): 3021-3104.

World Health Organization. *Noncommunicable Diseases Country Profiles*. Switzerland: 2014.

Yılmaz DP. *Diyabetik Hastaların Diyabetik Ayak İle İlgili Bilgi ve Tutumlarının Diyabetik Ayak Lezyonlarının Gelişimi Üzerine Etkileri*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Afyonkarahisar (Danışman: Doç. Dr. Yavuz Demir).

Yılmaz DU, Sarı D. *Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 20(2): 90-98.

Yılmaz F, Çolak MY. *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ilaç inancının ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi*. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*.2018;3(2):113-121.

Yılmaztürk A. *Türkiye’de ve Dünya’da akılcı ilaç kullanımı*. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2013; 2(2):42-49.

9. EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek 2. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Ek 3. İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği

Ek 4. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçek İzni

Ek 5. İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği-7 Türkçe Versiyonu Ölçek İzni

Ek 6. Adherence to Refills and Medications Scale-7 Ölçek İzni

Ek 7. Etik Kurul Onayı

Ek 8. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni

Ek 9. Bilgilendirme Formu

Ek 10. Onam Formu

EK-1. TANITICI BİLGİ FORMU

Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları ile Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişki

Bu çalışma, aile sağlığı merkezine başvuran kronik hastalığa sahip hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılmaktadır. Anketi dolduranların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Anketi doldurma işi tamamen gönüllülük esasına göre olacaktır. Size uygun olan seçeneğin başındaki sayıyı daire içine alınız. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Esra ÖZER
Dr. Öğr. Üyesi. Nuray ŞAHİN ORAK

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

3) Boyunuz

4) Kilonuz

5) Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

6) Öğrenim düzeyiniz nedir?

1. Okur- yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise
5. Yüksekokul

7) Sağlık Güvenceniz nedir?

1. Emekli Sandığı 2. Bağkur 3. SSK 4. Sağlık güvencem yok
5. Diğer.....

8) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

9) Aylık geliriniz ne kadar?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden çok

10) Birlikte yaşadığınız birisi var mı?

1. Evet 2. Hayır

11) Birlikte yaşadığınız kişiler kim/kimlerdir?

1. Anne – Baba 2. Eş- Çocuk 3. Diğer.....

12) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

13) Cevabınız ‘EVET’ ise kronik hastalığınız nedir?

1. Hipertansiyon 2. Diyabet 3. KOAH

14) Tanınız ne zaman konuldu?

15) Sürekli kullandığınız kaç ilacınız var?.....

16) İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

17) İlacınızı almayı unuttuğunuz oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

18) Cevabınız ‘EVET’ ise ilacınızı almayı unuttuğunuzda ne yaparsınız?

1. Aklıma gelince alırım 2. İlacı almam 3. Bir sonrakinde iki tane alırım

4. Diğer.....

19) İlaç/ilaçlarınızı kim önerdi?

1. Aile hekimim 2. Kendim aldım 3. Arkadaş, akraba 4. Eczacı

20) İlaçlarınız hakkında bilgi verildi mi?

1. Evet 2. Hayır

21) Hastalığınız (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) ile ilgili diyetinize uyuyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

22) Son altı ay içerisinde hastalığınız (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) yüzünden hastaneye yattınız mı?

1. Evet 2. Hayır

23) Son altı ay içerisinde hastalığınız(Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) yüzünden acil servise başvurduğunuz mu?

1.Evet 2.Hayır

24)Hastalığınız (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) için genellikle hangi sağlık kuruluşuna başvuru yaparsınız?

1.Aile Hekimi Polikliniği 2.Devlet Hastanesi Polikliniği 3.Özel Hastane Polikliniği

25) Hastalığınız (Hipertansiyon, Diyabet, KOAH) için düzenli kontrole geliyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

26.) Sağlık durumunuzu genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü

27) İlaç düzenize uyumunuzu olumsuz etkileyen bir faktör var mı?

1.Evet 2.Hayır

28)Cevabınız ‘EVET’ ise bu faktörler nelerdir?

1.Ekonomik bağımsızlığa sahip değilim

2. İlacımı kendim alamıyorum

3.Aile hekimime gidip ilaçlarımı yazdıramıyorum

4.Okuma-Yazma bilmiyorum

5.İlacım zor bulunuyor.

6.Çok ilacım var

7.Okulda/İşte ilaç kullanmaya utanıyorum

8.Diğer.....

EK-2. İLAÇ KULLANMAYA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda ilaç kullanımına ilişkin inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkürler.	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM
Duyarlılık Algısı	1	2	3	4	5
1. Reçetesiz ilaç kullanırsan zarar görme ihtimalim çok yüksek.	1	2	3	4	5
2. Reçetesiz ilaç kullanırsan ilaç alerjisi (zehirlenme) ihtimali yüksektir.	1	2	3	4	5
3. Reçetesiz ilaç kullanırsam ölebilirim.	1	2	3	4	5
4. Reçetesiz ilaç kullanırsam vücudum, organlarım zarar görür.	1	2	3	4	5
5. Başkalarının önerdiği ilaçlar bana zarar verir.	1	2	3	4	5
6. Zarar vereceği için benim ilaçlarımı başkalarına önermem.	1	2	3	4	5
Önemseme/Ciddiyet Algısı	1	2	3	4	5
7. İlaç alerjisi (zehirlenme) beni korkutur.	1	2	3	4	5
8. İlaçların vücuda verdiği zararları/yan etkileri düşündüğümde strese girerim.	1	2	3	4	5
9. Reçetesiz ilaç alerjisini (zehirlenme) düşünmekten korkarım.	1	2	3	4	5
10. Reçetesiz ilaç zararları/yan etkilerinde yaşayacağım problemler çok uzun bir süre devam edecek.	1	2	3	4	5
11. Reçetesiz ilaç kullanmam çevremle olan ilişkimde bana olan güveni sarsar.	1	2	3	4	5
12. Doğru ve reçetesiz ilaç kullanmam hayatımda ciddi değişiklikler (zarar görme) yapabilir.	1	2	3	4	5
Sağlık Motivasyonu	1	2	3	4	5
13. Sağlık problemlerimi erkenden teşhis ettirmek isterim.	1	2	3	4	5
14. Sağlıklı olmak benim için çok önemlidir.	1	2	3	4	5
15. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.	1	2	3	4	5
16. Doğru ilaç kullanmak için yeni bilgileri öğrenirim.	1	2	3	4	5
17. Sağlığımı geliştirecek bilgi ve davranışları yapmamın önemli olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Reçeteli ilaç kullanırım.	1	2	3	4	5

YÖNERGE: Aşağıda ilaç kullanımına ilişkin inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkürler.	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Yararları	1	2	3	4	5
19. Reçeteli ilaç kullanmak benim yararımadır.	1	2	3	4	5
20. Reçeteli ilaç kullanmak iyileşmemi sağlar.	1	2	3	4	5
21. Reçeteli ilaç kullanmak ilaç zehirlenmelerini (alerjilerini) en aza indirebilir veya tamamen engeller.	1	2	3	4	5
22. Reçeteli ilaç kullanmak yasal haklarımı korur.	1	2	3	4	5
Reçeteli ve Doğru İlaç Kullanma Engelleri	1	2	3	4	5
23. yapılacak işlemlerden dolayı Reçete ile ilaç almak benim için çok zor.	5	4	3	2	1
24. Reçeteli ilaç alma prosedürleri çok zamanımı alıyor.	5	4	3	2	1
25. Reçeteli ilaç almada bana yardım edecek biri yok.	5	4	3	2	1
26. Reçetesiz ilaçlar beni iyileştirdiği için sıkıcı prosedürlere uymam gerekmez.	5	4	3	2	1
27. İlaç iyi geliyorsa reçeteli olması gerekmez.	5	4	3	2	1
28. Reçeteli ilaç almak için zamanım yok.	5	4	3	2	1
Reçeteli ve Doğru ilaç kullanma Öz-etkililiği	1	2	3	4	5
29. Reçeteli ilaç almanın prosedürünü biliyorum.	1	2	3	4	5
30. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanabilirim.	1	2	3	4	5
31. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanarak iyileşebilirim.	1	2	3	4	5
32. Bana anlatılanlardan bilgiler edinebilirim ve ilaçlarımı doğru kullanabilirim.	1	2	3	4	5
33. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanmak için gerekli bilgileri edinebilirim.	1	2	3	4	5
34. İlaçlarımı doğru dozlarda kullanabilirim.	1	2	3	4	5
35. İlaçlarımı önerilen zaman aralıklarında kullanabilirim.	1	2	3	4	5

EK-3. İLACA UYUM VE REÇETE YAZDIRMA ÖLÇEĞİ

Şimdi size ilaçlarınızı hangi sıklıkta almayı atladığınızı soracağım. Burada doğru ya da yanlış cevap yoktur. Her bir soru için lütfen “hiçbir zaman” “bazen” “çoğunlukla” ya da “her zaman” şeklinde cevap veriniz.	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞUNLUKLA	HER ZAMAN
1. İlacınızı almayı ne sıklıkta unutuyorsunuz?	1	2	3	4
2. İlacınızı almamaya ne sıklıkta karar veriyorsunuz?	1	2	3	4
3. Ne sıklıkta reçete yazdırmayı unutuyorsunuz?	1	2	3	4
4. Ne sıklıkta ilaçsız kalıyorsunuz?	1	2	3	4
5. Kendinizi iyi hissettiğinizde ne sıklıkta ilaç almayı aksatıyorsunuz?	1	2	3	4
6. Kendinizi hasta hissettiğinizde ne sıklıkta ilaç almayı aksatıyorsunuz?	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta önceden planlayıp ilaçlarınız bitmeden yenisini yazdırıyorsunuz?	4	3	2	1

EK 4- İLAÇ KULLANMAYA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEK İZİNİ



BEHİCE ERCİ <behice.erci@inonu.edu.tr>
17.10 (Sal) , 17.36
Siz

Tümünü yanıtla

İzleme bayrağı. 19 Ekim 2017 Perşembe tarihinde başlayacak. 19 Ekim 2017 Perşembe tarihinde sona erecek.



İlaç Sağlık inançları Öl...

118 KB



Erci Drug Use Health ...

360 KB

2 ekin (478 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sevgili Esra,
Ölçeği kullanabilirsin. Ben ölçeği ataç ettim. Diğer bilgileri tezden alabilirsin. İlgili makaleyi de ataç ettim.
Kolay gelsin.
Behice Erci

17 Ekim 2017 15:22 tarihinde Esra Özer <esraozer92@hotmail.com> yazdı:

EK-5. İLACA UYUM VE REÇETE YAZDIRMA ÖLÇEĞİ-7 TÜRKÇE VERSİYONU ÖLÇEK İZİNİ



duygu kes <duygu_kes83@hotmail.com>

Dün, 13:35

Siz; fgokdogan@ciu.edu.tr

Tümünü yanıtla

Bu iletiyi 26.12.2017 13:38 tarihinde ilettiniz

İURYÖ ÖLÇEK metni...
20 KB

G-kdo-an_et_al-2017...
182 KB

2 ekin (202 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Özer,
Çalışmanızda geçerlilik güvenilirliği tarafımızdan yapılan İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği-7 (İURYÖ-7) kullanırken kaynak gösterdiğiniz (ekte belirtilmiştir), aşamaları ve sonuçları konusunda geri bildirimde bulunduğunuz takdirde, İURYÖ-7 Ölçeğini çalışmanızda kullanmanız bilgiyi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyada geçerlilik güvenilirlik çalışması ile ölçek ve değerlendirme yer almaktadır.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz.

İyi çalışmalar ve iyi günler..

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN

Arş.Gör. Duygu KES

EK-6. ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS) ÖLÇEK İZİNİ

KS

Kripalani, Sunil <sunil.kripalani@vanderbilt.edu>
Bugün, 01:20

📧 | v

Thank you for your interest. You are welcome to use the ARMS in your work.
Best,
Sunil

EO

Esra Özer
Dün, 22:35
sunil.kripalani@vanderbilt.edu; nsorak@marmara.edu.tr ✉



📧 Tümünü yanıtla | v

Hello Mr. Kripalani,

I am a Master student of Marmara University Nursing Principles. We planned to research a thesis named 'Treatment Compatibility with Health Beliefs of Patients with Chronic Disease Drug Use' with my consultant Ms. Orak and we would like to use the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) . I expect your permission and kind help in this regard.

Best Regards
Esra Özer

EK-7. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd.Doç.Dr.Nuray ŞAHİN ORAK
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Esra ÖZER
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 08.01.2018-24

Sayın ; Yrd.Doç.Dr.Nuray ŞAHİN ORAK

24 protokol nolu "Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Göksel ŞENER
Komisyon Başkanı

Doç.Dr. Pınar MEGA TİBER

Prof. Dr. Dilşad ŞAYE

Prof.Dr. Hülya AŞÇI

Prof.Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof.Dr. Neniye BAĞÇECİK

Prof.Dr. Hakkı ARIKAN

Doç.Dr. Oya ORUN

Doç.Dr. Gürkan SERT

Doç.Dr. İlhan DEMİRBÜKEN

Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU

Doç.Dr. Betül OKUYAN

Av. Funda IŞIK ÖZCAN



Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

saalik.ogrenci@marmara.edu.tr
http://saalik.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:
Süleyman
TÜRKMENOĞLU

EK 8. İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 71211201-799
Konu : Esra ÖZER (Tez Çalışması)

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA (Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi: 22/05/2018 tarihli ve 16867222-799-1689 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Esra ÖZER'in " **Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları ile Tedaviye Uyumluları Arasındaki İlişki** " konulu tez çalışmasının, İstanbul İli Küçükçekmece İlçesi Cemal Pamuk Aile Sağlığı Merkezinde yapma talebi Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Birimimizce incelenmiştir.

Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31 inci Maddesinin 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23' üncü Maddesinin 1 inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşamaz.

Bu bağlamda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşulu ile Yüksek Lisans Programı öğrencisi Esra ÖZER'in talebi Birimimizce uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mahallesi Mevlana Caddesi No:81-83 Zeytinburnu/İstanbul Tel:0(212)409
20 00 hsm34.istbil@saglik.gov.tr Büşra Arslan Karaduman Aile Hekimliği Birimi
Faks No:02125461350

e-Posta:busra.arslan5@saglik.gov.tr İnt.Adresi: busra.arslan5@saglik.gov.tr

Bilgi için:Büşra ARSLAN
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL
Telefon No:02124092083
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fd85f55e-0086-4207-9e7a-935ea8b57cfd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 9. BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli Katılımcı,

“Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki” başlıklı araştırma, aile sağlığı merkezine başvuran kronik hastalığa sahip hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılması planlanmıştır. Anket formunu sizinle birlikte yüz yüze dolduracağız. Anket uygulanması için gerekli süre ortalama olarak 10-15 dakikadır. Çalışmaya katılma, katılmama ya da istediğiniz zaman çıkma hakkına sahipsiniz. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili sizden herhangi bir para talep edilmeyecek veya size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın sağlıklı sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Cevaplarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Aşağıda ihtiyaç duyduğunuzda bize ulaşmanızı sağlayacak bilgiler yer almaktadır. İlginiz ve yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK
Esra ÖZER

Katılımcı

Adı Soyadı

Tarih

İmza

İletişim:

Esra ÖZER (0 551 404 21 36)

EK 10. ONAM FORMU

“Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmanın amacı, süresi, kullanılacak veri toplama araçları ve benimle ilgili her türlü bilginin gizli tutulacağı konusunda bilgilendirildim. Çalışmaya katılma, katılmama hakkına sahip olduğum bana iletildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili benden herhangi bir para talep edilmeyeceği belirtildi. Yukarıda yapılan tüm açıklamaları okudum ve anlamış bulunmaktayım. Adı geçen bu araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu araştırmaya katılmayı memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı Soyadı

Tarih

İmza

Araştırmacılar:

Dr.Öğr. Üyesi. Nuray ŞAHİN ORAK

Esra ÖZER (0 551 404 21 36)

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	ESRA	Soyadı	ÖZER
Doğum Yeri	BAKIRKÖY	Doğum Tarihi	11.04.1992
Uyruğu	TC	Tel	05514042136
E-mail	esraozer92@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Marmara Üniversitesi- Hemşirelik	2014
Lise	Hadımköy Örfi Çetinkaya Anadolu Lisesi	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Öğretim Görevlisi	İstanbul Bilgi Üniversitesi	2018-Devam Ediyor
Hemşire	İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi	06.2015-01.2018
Hemşire	Medicana International Hospital	08.2014- 05.2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	79,12772	78,90155	68,38254

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office, Spss	İyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer:

- 09 Aralık 2011 tarihinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tarafından yapılan ‘Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilere Bakış Sempozyumu’ sertifikası.
- 1-3 Mayıs 2014 tarihinde Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi tarafından yapılan ‘UHOK 2014’ Katılım sertifikası.
- 1-3 Mayıs 2014 tarihinde Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi tarafından yapılan ‘UHOK 2014’ Sözel Sunum Birinciliği (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4988184)
- 11 Nisan 2018 tarihinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi tarafından yapılan ‘40. Pediatri 19. Pediatri Hemşireliği Günleri’ Katılım Belgesi. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4806195)
- 19 Ekim 2018 tarihinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tarafından yapılan ‘İletişimde Ustalık Zirvesi’ sertifikası.
- 02-04 Mart 2019 tarihinde Bursa Uludağ Üniversitesi tarafından yapılan ‘15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi’ Katılım sertifikası ve Sözel Bildiri Sunumu.

15. ULUDAĞ

İÇ HASTALIKLARI ULUSAL KIŞ KONGRESİ

4. BURSA AİLE HEKİMLİĞİ ULUSAL KONGRESİ

9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi

02 - 04 Mart 2019 Grand Yazıcı Otel - Uludağ



ESRA ÖZER

**9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi'ne
katılmıştır.**

Dr. Özlem Sezen
Bursa Aile Hekimliği
Derneği Başkanı

Uzm. Hemş. Semire ZENGİ Prof. Dr. Fahir Özkalemkaş
Hemşirelik Programı
Sorumlusu
Kongre Başkanı



15. ULUDAĞ

İÇ HASTALIKLARI ULUSAL KIŞ KONGRESİ

4. BURSA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ ULUSAL KONGRESİ

9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi

02 - 04 Mart 2019, Grand Yazıcı Otel - Uludağ



15.03.2019

Konu / İlgili: 15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi ve 4. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Kongresi ve 9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi Bildiri Kabul Yazısı

Sayın ESRA ÖZER

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

02 - 04 Mart 2019 tarihlerinde Grand Yazıcı Otel, Uludağ' da gerçekleştirilecek olan **15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi ve 4. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Kongresi ve 9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi**'ne göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.

Kronik Hastalığa Sahip Hastaların İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları İle Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki

ESRA ÖZER , NURAY ŞAHİN ORAK

başlıklı bildiriniz, bilimsel kurul tarafından kongrede **Sözel Bildiri Sunumu** olarak kabul edilmiştir, ve kongre kitabına girecektir.

Bildirinizin kongre kitabında yayımlanabilmesi için **15 Şubat 2019** tarihine kadar kongreye kayıt yaptırmış olmanız gerekmektedir.

Kongreye ilginiz için teşekkür eder, başarılarınızın devamını dileriz.

Prof. Dr. Fahir Özkalemkaş
Kongre Başkanı

Dr. Özlem Sezen
Aile Hekimliği Kongre Başkanı

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Bursa Aile Hekimliği Derneği



www.uludagichastaliklari.org



Bilimsel İletişim
Prof. Dr. Fahir Özkalemkaş
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Hematoloji BD
Görükle / Bursa
E-posta: fahir@uludag.edu.tr



Organizasyon Sekreteryası
444 9 443
proje@burken.com www.burken.com

