

**PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARDA
HASTALIK ALGISININ İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLKNUR KARABULUT

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
AĞUSTOS – 2018**

**PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARDA
HASTALIK ALGISININ İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLKNUR KARABULUT

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

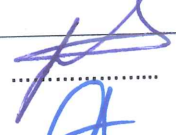
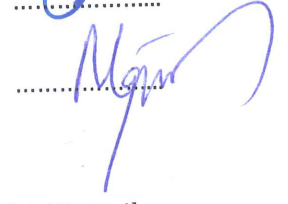
**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Doç. Dr. Meral ALTIOK**

**MERSİN
AĞUSTOS – 2018**

ONAY

İlknur Karabulut tarafından Doç.Dr. Meral Altıok danışmanlığında hazırlanan "Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi" başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 09.08. 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Dr. Öğretim Üyesi, Sibel SEVİNÇ	
Üye	Dr. Öğretim Üyesi Gülay ALTUN UĞRAŞ	
Üye	Doç. Dr. Meral ALTIOK	

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 1308. 2018 tarih ve 2018/269 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
 - Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
 - Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
 - Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi
- beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

09/08/2018

İmza

İLKNUR KARABULUT

ÖZET

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARDA HASTALIK ALGISININ İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

Kronik hastalıklar içinde koroner arter hastalığı önemli yere sahiptir ve dünyada başlıca ölüm sebebidir. Tedavi yaklaşımlarından biri perkütan translüminal koroner anjiyoplastidir. Bu araştırma perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesi kardiyoloji polikliniklerine 1 Temmuz 2017-30 Kasım 2017 tarihleri arasında başvuran 476 hasta, örneklemi ise araştırma kriterlerini karşılayan ve yapılan güç analizi ile belirlenen 192 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımları), Student's t testi ve Paired Samples t testi kullanıldı. $p<0,05$ istatistik açıdan anlamlı kabul edildi.

Araştırmaya katılan hastaların çoğu; erkek, kilolu, evli, ilköğretim mezunu ve yaş ortalaması $59,7\pm 11,1$ idi. Hastaların çoğunun kullandığı ilacının adını bildiği, düzenli sağlık kontrollerine geldiği ve diğer kronik hastalığının olduğu belirlendi. Araştırmada hastalar çoğunlukla hastalık nedeni olarak stres, kalıtım ve diyet-yemek alışkanlıklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların ilaç tedavisine uyumlarının orta düzeyde olduğu, ilaç kullanım sıklığı azaldıkça ilaç uyumunun arttığı ve hastalık algısının ilaç tedavisine uyumlarını etkilediği belirlendi ($p<0.05$). Hastaların hastalığını anlama, kontrol etme ve yönetme düzeyleri artıkça ilaç uyumlarının da arttığı saptandı ($p<0.5$).

Anahtar Kelimeler: Perkütan Koroner Girişim, Hastalık Algısı, İlaç Uyumu

Danışman: Doç.Dr. Meral ALTIOK, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.

ABSTRACT

THE EFFECT OF ILLNESS PERCEPTIONS ON MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Coronary artery disease is a major disease among chronic diseases and is the main cause of death in the world. One of the treatment approaches is percutaneous transluminal coronary angioplasty. The purpose of this descriptive study was to determine the effect of illness perceptions on medication adherence in patients undergoing percutaneous coronary intervention. The study population consisted of 476 patients who were admitted to the cardiology department of a training and research hospital between July 1, 2017 and November 30, 2017. The study sample consisted of 192 patients who were selected using power analysis according to the research inclusion criteria. Data were collected using a Personal Information Form, the Illness Perception Scale Disease Perception Scale and the Morisky Medication Adherence Scale. Data were analyzed using descriptive statistics (i.e. mean, standard deviation, frequency and percentage distributions), Student's t test and Paired Samples t test were used in the evaluation of the data. A significance level of $p < 0.05$ was used for the analyzes.

Among the patients, 66.7% were male, 78.1% were overweight, 95.8% were married, 47.9% were literate/primary school graduates and the average age was $59,7 \pm 11,1$. It was determined that the majority of the patients knew the names of the drugs they used, they had regular health checkups and they had additional chronic diseases. Most of the patients saw stress, genetic makeup or diet-eating habits as the causes of their disease. It was determined that the patients had a moderate level of medication adherence, their medication adherence increased as the frequency of their drug usage decreased and their illness perceptions affected their medication adherence ($p < 0.05$). Also, the patients' level of medication adherence increased was found to increase in parallel to their level of comprehension, control and managing ($p < 0.5$).

In the light of these results, in order to improve treatment compliance of the patients undergoing percutaneous coronary intervention, we recommend that the patients' perceptions/thoughts about the disease are determined and they are given training and counseling according to their needs.

Keywords: Percutaneous Coronary Intervention, Illness Perception, Medication Adherence

Advisor: Assoc. Dr. Meral ALTIOK, Mersin University, Department of Nursing, Mersin.

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimin sürecinde ve bu çalışmanın yürütölmesi sırasında bilgilerini benimle paylaşan, bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle faydalı olabilmek için elinden gelenin fazlasını yapan, tüm sorunlarımda çekinmeden ulaşabildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini esirgemedten yol gösteren, mesleki hayatımda aydınlatıcı olarak bilgileri ve tecrübelerinden faydalandığım, değerli ve kıymetli danışmanım **Doç. Dr. Meral Altıok'a**,

Hayatım boyunca sevgisini, ilgisini, maddi ve manevi tüm desteklerini esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım olan sevgili **babama, anneme ve kardeşlerime**, sevgi, saygı ve hoşgörüsü ile daima desteğini hissettiğim **biricik eşime**,

Danıştığım, yardım ve desteklerini aldığım, iş birliği yaptığım aynı zamanda meslektaşım olan **değerli arkadaşlarıma** sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	ii
ONAY	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR ve SİMGELER	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI	3
2.1. Koroner Arter Hastalığı	3
2.1.1. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	3
2.1.1.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	4
2.1.1.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri	4
2.1.2. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri	7
2.1.3. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi	7
2.1.3.1. Nonfarmakolojik Tedavi	8
2.1.3.2. Farmakolojik Tedavi	8
2.1.3.3. Girişimsel Tedavi	9
2.2. Perkütan Koroner Girişim	9
2.3. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler	10
2.4. Hastalık Algısı	12
2.4.1. Hastalık Algısının Bileşenleri	12
2.4.1.1. Hastalığın Kimliği veya Hastalığa Yüklenilen Anlam	13
2.4.1.2. Hastalığın Nedeni İle İlgili İnançlar	13
2.4.1.3. Hastalığın Süresi İle İlgili İnançlar	13
2.4.1.4. Hastalığın Tedavi ve Kontrolleri İle İlgili İnançlar	14
2.4.1.5. Hastalığın Sonucu İle İlgili İnançlar	14
2.5. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi	14
3. MATERYAL ve YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Şekli	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	16
3.3. Araştırmanın Evreni	16
3.4. Araştırmanın Örneklemi	16
3.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	17
3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	17
3.5.2. Kişisel Bilgi Formu	18
3.5.3. Hastalık Algısı Ölçeği	18
3.5.4. Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği	21
3.5.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	21
3.5.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	21
3.5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.6. Araştırmanın Etiği	22
3.7. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	22

	Sayfa
4. BULGULAR	
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik, İlaç Kullanımı ve Sağlık Kontrollerine Uyuma İlişkin Özellikleri İle İlgili Bulgular	23
4.2. Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bulgular	26
4.3. Hastalık Algısı ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulgular	27
5. TARTIŞMA	45
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik, İlaç Kullanımı ve Sağlık Kontrollerine Uyuma İlişkin Özellikleri İle İlgili Bilgilerin Tartışılması	45
5.2. Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bilgilerin Tartışılması	47
5.3. Hastalık Algısı ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bilgilerin Tartışılması	48
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	54
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	55
KAYNAKLAR	56
EKLER	63
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	63
EK-2. Hastalık Algısı Ölçeği	65
EK-3. Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği	69
EK-4. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	70
EK-5. Kurum İzni	75
ÖZGEÇMİŞ	76

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	23
Tablo 4.1.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 4.1.3. Hastaların ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin özelliklerinin dağılımı	25
Tablo 4.2.1. Hastalık algısı ölçeğinin olası hastalık nedenlerinin puan dağılımları	26
Tablo 4.3.1. Hastaların Hastalık Algısı ölçeği alt boyutları ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan dağılımları	27
Tablo 4.3.2. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Hastalık Algısı Ölçeği toplam ve alt ölçek ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan dağılımları	29
Tablo 4.3.3. Hastaların klinik özelliklerine göre Hastalık Algısı Ölçeği toplam ve alt ölçek ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan dağılımları	36
Tablo 4.3.4. Hastaların ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin özelliklerine göre Hastalık Algısı Ölçeği toplam ve alt ölçek ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan dağılımları	40
Tablo 4.3.5. Hastaların bazı klinik özelliklerinin ilaç uyumuna etkisi	43
Tablo 4.3.6. Hastaların hastalık algılarının ilaç uyumuna etkisi	44

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simgesi	Tanım
ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
A/K	Akut/Kronik
KABG	Koroner Arter By-pass Greft
Cm	Santimetre
DM	Diyabetes Mellitus
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
MI	Miyokard Infarktüs
mm/dl	Milimetre/ desilitre
mm/hg	Milimetre/civa
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
PKG	Perkütan Koroner Girişim
PTKA	Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar sürekli tedavi ile birlikte bakım gerektirmekte ve yaşamın uzun dönemini kapsamaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde koroner arter hastalığı önemli yere sahiptir [1]. Koroner arter hastalığı Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre tüm dünyada başlıca ölüm sebebidir [2]. Türkiye' de de ölüm nedenlerinin ilk sırasında dolaşım sistemi hastalığının yer aldığı, yaklaşık 3,5 milyon koroner kalp hastasının olduğu ve yılda %4 oranında arttığı belirtilmektedir [3,4].

Koroner arter hastalığı; koroner arterin aterosklerotik plaklarla tıkanması, tıkanan bölgenin spazmı, beslediği miyokardın iskemisi, mikrovasküler işlev bozukluğu ve buna bağlı olarak semptomların ortaya çıkması ile karakterize klinik bir tablodur [5-7]. Koroner arter hastalığı tedavisinde amaç; semptomları kontrol etmek, iskemi şiddetini azaltmak, miyokard enfarktüsü ve ölümü engelleyerek yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır [1,6]. Koroner arter hastalığının tedavi yaklaşımında nonfarmakolojik, farmakolojik ve girişimsel tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Perkütan koroner girişim yöntemi uygulanarak; ateroskleroz, enfeksiyon, damar çeperinde kalınlaşma gibi nedenlerle daralan ya da tıkanan damarlar kateter aracılığı ile genişletilmekte ve tekrardan daralmaları önlemek amacıyla stent yerleştirilmektedir [8,9].

Perkütan koroner girişim sonrasında; kardiyak olayların tekrarlanmaması, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, semptomların en aza indirilmesi ve psikososyal anlamda iyiliğin sürdürülmesi için hastanın uyumu önem taşımaktadır. Hastalığa ve tedaviye uyumda yaşam şekli değişiklikleri ile birlikte ilaç uyumunda olması gerekmektedir [10]. Hastaların tedaviye uyumlarının olmaması; sağlık hizmetleri maliyetini, morbiditeyi, mortaliteyi olumsuz etkilemekte ve yeniden hastaneye yatışlara sebep olmaktadır [11]. Kişilerin hastalık hakkındaki algıları, ilaçların yarar veya zarar hakkındaki görüş ve algıları; başa çıkma davranışlarını, tedavinin işleyiş ve kontrolünü etkilemektedir [12,13]. Bu yüzden hastalık algısının ilaç uyumunu etkileyen en önemli faktör olduğu belirtilmektedir [14].

Miyokard enfarktüs geçiren hastaların bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Perkütan koroner girişim uygulanan ve stent takılan hastalarda tedavi olmuş hissi, kalp krizinden kurtulduğunu düşünmesi bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır [15]. Girişimsel tedavi

sonrasındaki iyileşme hissi ilaç tedavisi ve devamlılığını olumsuz etkilemekte, durumun daha da kritikleşmesine neden olmaktadır [16,17].

Hemşirelerin perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algıları ve ilaç uyumlarını belirlemeleri, ilaç uyumlarını arttırmak amacıyla yapılacak girişimleri planlamaları ve uygulamaları beklenmektedir. Hemşireler hastaların hastalık algılarını ve ilaç uyumlarını gözlemlemeli, kişisel ve tedavi uyumunun olumsuz etkilenmesini önlemeye çalışmalı ve uyumu olumsuz ise algılarının ve uyumlarının olumlu olmasına yönelik hemşirelik yaklaşımlarını planlamalıdır. Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların hastalık algılarının ve ilaç uyumlarının değerlendirilmesinin, hemşirelerin bakım ve tedavi uygulamalarına ışık tutacağı düşünülmektedir. Ülkemizde koroner arter hastalarında ve perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısı ve ilaç uyumunu inceleyen araştırmalar sınırlıdır [18-20]. Literatürde bulunan bazı araştırmalarda koroner arter hastalarında ilaç uyumunu etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalar olmasına karşılık perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini inceleyen araştırmaya rastlanılmamıştır [12,14,21,22]. Türkiye’de perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini inceleyen araştırmalara rastlanmaması çalışmanın özgünlüğünü ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışma sonuçları perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisinin belirlenmesi ile hemşirelerin bu bireylere verecekleri danışmanlık ve eğitim stratejilerin geliştirilmesinde rehber olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların ilaç uyumları nasıldır?
2. Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların hastalık algıları nasıldır?
3. Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların hastalık algıları ilaç uyumlarını etkilemekte midir?

2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI

2.1. Koroner Arter Hastalığı

Kronik hastalıklar yaşamın uzun dönemini kapsayarak sürekli tedavi ile birlikte bakım gerektirmektedir. Kronik hastalıklar içerisinde koroner arter hastalığı (KAH) önemli yere sahiptir [1]. Koroner arter hastalığı tüm dünyada başlıca ölüm sebebi olarak açıklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyadaki ölüm nedeninin ilk sırasında iskemik kalp hastalığı ve inme yer almaktadır. 2015 yılında toplam 56.4 milyon insanın öldüğü ve 15 milyon insanın ölümüne (%26.5) iskemik kalp hastalığı ve inmenin sebep olduğu belirtilmektedir [2]. Türkiye İstatistik Kurumu bilgilerine göre Türkiye' de 2016 yılı ölüm nedenlerinin ilk sırasında dolaşım sistemi hastalığının (%39.8) yer aldığı, dolaşım sistemi kaynaklı ölümlerinde %40.5'inin iskemik kalp hastalığından ve %8.8'inin de diğer kalp hastalıklarından kaynaklandığı belirtilmektedir [3]. Ülkemizde yaklaşık olarak 3.5 milyon koroner kalp hastası vardır ve bu oran yılda %4 oranında artmaktadır [4].

Koroner arter hastalığı; koroner arterin aterosklerotik plaklarla tıkanması, tıkanan bölgenin spazmı, beslediği miyokardın iskemisi, mikrovasküler işlev bozukluğu ve buna bağlı olarak semptomların ortaya çıkması ile karakterize klinik bir tablodur [5-7]. Kan akımının bozulmasıyla birlikte göğüs ağrısı ve ardından miyokard enfarktüs, akut miyokard iskemisi, kronik koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve ani ölüm dahil sonuçlar ortaya çıkmaktadır [5,6].

2.1.1. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığının risk faktörleri, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri; yaşlılık, ailede koroner kalp hastasının olması ve cinsiyet olarak belirtilmektedir. Değiştirilebilir risk faktörleri ise; hipertansiyon, diyabet, trigliserit düzeyinin kanda yüksek olması, stres, hareketsiz yaşam, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve obezite olarak açıklanmaktadır [4,23,24].

2.1.1.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Genetik: Birinci derece akrabalarından baba veya diğer birinci derece erkek akrabalar da 55 yaşın altında, anne veya diğer birinci derece kadın akrabalar da ise 65 yaşın altında koroner arter hastalığı bulunması koroner arter hastalığı riskini 1.3-1.6 kat arttırmaktadır [25].

Cinsiyet: Erkeklerin atheroskleroz oluşumuna kadınlardan daha eğilimli olduğu, erkeklerdeki koroner kalp hastalığı insidans oranının kendisinden 10 yaş büyük kadınlarla aynı olduğu belirtilmektedir [25]. Östrojen hormonu kadında koruyucu etkiye sahip olmakta, menopo z ile birlikte kardiyovasküler hastalık riskide artmaktadır [4]. Östrojen kandaki alfa ve beta lipoproteinleri düşürmektedir. Menopo z döneminde ise östrojen eksikliğine bağlı olarak östrojenin bu etkisinden dolayı KAH riski artmaktadır [26].

Menopo zda kanda yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) seviyesi normal düzeyinin altına düşmekte, menopo zda yaşın ilerlemiş olmasıyla birlikte fiziksel aktivitenin azalması, kilo alma, karın bölgesinde yağ depolanması, insülin direnci ile östrojen yoksunluğunun birleşmesi ile kan basıncında yükselme olmakta böylece kadınlarda menopo z döneminde risk artmaktadır [27].

Yaş: Ülkemizde koroner mortalite 45-75 yaş aralığını kapsamakta ve Avrupa ülkeleri arasında en yüksek seviyede yer almaktadır [4]. Yaşlanma ile birlikte koroner arterlerin yapısı değişmektedir. İntima tabakasında kalınlaşma meydana gelmektedir. Endotel hücrelerin değişmesine nitrik oksit üretiminin azalması veya tüketiminin artması sebep olmakta, medya tabakasında kireçlenme ve elastin liflerinde parçalanma meydana gelmektedir. Bu durum koroner arterlerin yaşlandığının göstergesi olmakla birlikte atheroskleroz oluşumunda da rol almaktadır. Hidrasyonun yeterli olmaması, böbrek fonksiyonlarının azalması, diyabet hastalığının sıklığının yüksek olması ve arterlerde kıvrımların bulunması yaşlılarda KAH riskini arttırmaktadır [28].

2.1.1.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Diyabetes Mellitus (DM) : Kanda glukoz seviyesinin normalden yüksek olması (açlık kan glukoz seviyesinin 126 mg/dl'den, tokluk kan glukoz seviyesinin 200mg/dl'den ve rastgele ölçülen kan glukoz seviyesinin 200 mg/dl' den yüksek olması) kardiyovasküler hastalık riskini

arttırmakta ve koroner arterlerde hasara neden olarak işlevsel bozukluklara sebep olmaktadır [29,30].

Diyabetes mellitus ile birlikte ateroskleroz oluşumu hız kazanmaktadır. DM hastalarında glukoz ile birlikte trigliserit değeri yükselerek arteriyal duvarda hasara neden olmaktadır. Ayrıca arter duvarlarında doğrudan nitrik oksit salınmasını azaltmakta buna bağlı olarak trombosit ve inflamasyon oluşumuna neden olmaktadır. Bu etkenler DM'li hastaların %80'inden fazlasında tromboza bağlı ölüme yol açmaktadır. DM hastalarındaki otonom nöropatiye bağlı olarak kalpte dolaşım bozulmakta ve ani kardiyak ölümler meydana gelebilmektedir [30]. DM olan ve kalp hastalığı geçiren hastalarda 2 yıl içinde tekrarlanma riski %20 olarak açıklanmaktadır. Aynı zamanda DM hastalığının varlığı perkütan koroner girişim sonrasında hastalığın ilerlemesi ve damarların tekrar daralmasında risk oluşturmakta, perkütan koroner girişimi de riskli hale getirmektedir [31]. Ülkemizde DM olan kadınlarda KAH 3 kat riskli iken erkeklerde 2 kat risk oluşturmaktadır. Bel çevresi ile ilişkili olarak kadın hastalarda daha yüksek risk taşımaktadır [4].

Hipertansiyon: Sistolik kan basıncının 140 mm/Hg ve üzerinde, diastolik kan basıncının 90 mm/Hg ve üzerinde olması KAH için risk taşımaktadır. Kan basıncının yükselmesiyle koroner arter duvarlarında hasar oluşmaktadır. Bu hasara uğramış alanlarda kolesterol depolanması meydana gelmekte, böylelikle hipertansiyon KAH için risk faktörü olmaktadır. Kan basıncındaki 5-6 mm/Hg'lik artış bu riski %20-25 oranında arttırmaktadır [32]. Hipertansiyon ve diyabet birlikteliği mortaliteyi daha da arttırmaktadır [33].

Sigara Kullanımı: Sigara kullanılan miktar ve süresine bağlı olarak ateroskleroz oluşumuna neden olmakta ve beraberinde getireceği sonuçları etkilemektedir. Sigara aktif içicilerde %50, pasif içicilerde ise %20 oranında ateroskleroz oluşumuna neden olmaktadır [32]. Erkek hastalarda sigara kullanımı koroner olay riski ve ölüm oranını 1.5 kat, kadın hastalarda da 0.1- 0.2 oranında yükseltmektedir [4]. Critchley ve Capewell (2004) sigarayı bırakmanın en etkileyici koruyucu önlem olduğunu ve sigara içmeye devam eden koroner arter hastalarına kıyasla sigara içmeyi bırakan koroner arter hastalarında mortalitede %36 oranında azalma olduğunu belirtmektedirler [34].

Hiperkolesterolemi: Düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyinin yüksek olması veya HDL düzeyinin düşük olması KAH için risk oluşturmaktadır. Total kolesterolün 200 mg/dl ve LDL' nin 130 mg/dl ve bu değerlerden yüksek olması, HDL' nin ise 35 mg/dl ve bu değerden düşük olması KAH riskini artırmaktadır [32]. Türkiye'de yaklaşık olarak 12 milyon insanın kanda total kolesterol düzeyi 200 mg/dl üzerindedir. Her 40 mg/dl'lik yükseliş KAH riskini %35 oranında arttırmaktadır [4].

Hareketsiz Yaşam: Düzenli olarak egzersiz yapmak KAH riskini azaltmaktadır. Düzenli aktivite kan kolesterolünün, kan basıncının düşmesinde ve stresin azalmasında etkili olmaktadır. Egzersizin şiddetinden çok sürekliliğinin olması gerekmektedir. Egzersizin hastalığın şiddeti, tipi ve süresine göre belirlenmesi, anormal durum yoksa günde 20-40 dakika yapılması gerekmektedir [35]. Düzenli ve doğru yapılan egzersiz insanlarda kan basıncı, kolesterolü ve kan glukoz seviyesini düşürmekte, böylelikle KAH riskini azaltmaktadır [26].

Alkol kullanımı: Ülkemizde alkol tüketiminin erkeklerde %30, kadınlarda %3 oranında olduğu açıklanmaktadır. Fazla miktarda alkol kullanımı diyabet, koroner arter hastalığı ve ölüm riskini arttırırken, normal alkol kullanımında ise KAH riskini, özellikle kadınlarda trigliserid düzeyini düşürdüğü belirtilmektedir [4].

Obezite: Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli sağlık sorunlarından biri de obezitedir. Obezitenin kan basıncının yüksek olması, diyabet ve dislipidemi gibi kalp damar hastalıkları risk faktörleri ile ilişkisi vardır [36]. Bel kalınlığının erkeklerde 87 cm, kadınlarda 83 cm üzerinde olması KAH için risk oluşturmaktadır. 12 cm'lik bel genişlemesi erkeklerde bu riski %44 oranında arttırmaktadır [4].

Stres: Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçip düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında önem taşımaktadır. Geleceğe yönelik olumsuz beklentiler içerisinde olma, karamsar tutum ve davranışlar sergileme, umutsuzluk depresyon belirtilerindendir [37]. Kronik bir hastalık depresyona neden olabileceği gibi, depresyon döneminde de ilk kez kronik hastalık ortaya çıkabilmektedir. Depresyon kalp krizine neden olabileceği gibi, kalp krizi geçirmiş hastalarda da ikinci kriz için risk oluşturmaktadır [38].

Kardiyovasküler hastalıklar bazı psikolojik nedenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir. Kardiyovasküler hastalığı olanlarda ise psikolojik nedenler hastalığın seyrini değiştirebilmektedir. Bu etkiler; depresyon, umutsuzluk, akut ve kronik stres, aile problemleri, iş stresi, öfke, sosyal destek yetersizliği, sosyal izolasyon, düşük sosyoekonomik durum vb. olabilmektedir. Bu faktörler koroner kalp hastalığı için risk oluşturmaktadır. Fizyopatolojik olarak kalp hızında, kan basıncında, inflamasyon ve pıhtılaşma sürecinde artışa neden olmakta, davranışsal olarak ise; sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivitede azalma, tıbbi tedaviye uyumsuzluk gibi ciddi problemleri de beraberinde getirmektedir [39].

2.1.2. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri

Koroner arter hastalığı tanı ve değerlendirilmesi klinik, laboratuvar testleri ve kardiyak incelemeleri içermektedir. En önemli nokta hastadan etkin bir anamnez almaktır. Hastada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına (sigara, alkol kullanımı, beslenme şekli, aktivite düzeyi vb.) ilişkin anamnez, koroner arter hastalığının belirti ve bulgularına (ağrının niteliği, eforla olan ilişkin, nasıl oluştuğu ve nasıl rahatladığının sorgulanması vb.) ilişkin anamnez alınması tanı koymada önemlidir. Laboratuvar testleri; tam kan sayımı, böbrek işlevleri açısından kreatinin değeri, açlık kan glukozu, troponin değeri, lipid değerlerini içermektedir. Kardiyak incelemeler ise girişimsel olmayan ve girişimsel olan incelemelerden oluşmaktadır [6].

Koroner arter hastalığının tanısında kullanılan girişimsel olmayan işlemler; elektrokardiyografi, egzersiz stres testi (efor testi), kardiyak manyetik rezonans (MR), miyokard perfüzyon sintigrafisi, radyonüklid ventrikülografi ve çok kesitli bilgisayarlı tomografi olarak belirtilmektedir [6,40-44]. Girişimsel olarak kullanılan tanı yöntemi ise koroner anjiyografidir. Koroner anjiyografi, kateter kullanılarak koroner anatomisinin görüntülenmesidir. Ateroskleroz, koroner arter spazmı, koroner anomaliler, koroner arter diseksiyonu tanıları için en güvenilir girişimsel yöntemdir [45].

2.1.3. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi

Tedavi hastanın bireysel özelliklerine, hastalığının ciddiyetine bağlı olarak seçilmekte ve medikal tedavi, yaşam tarzı değişiklikleri veya revaskülarizasyon yöntemlerini kapsamaktadır [1]. Koroner arter hastalığı tedavisinde amaç; semptomları kontrol etmek, iskemi şiddetini azaltmak, miyokard enfarktüsü ve ölümü engelleyerek yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır [1,6]. Tedavi yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte medikal tedavi ve revaskülarizasyonu kapsamaktadır.

Koroner arter hastalığının tedavi yaklaşımında nonfarmakolojik, farmakolojik ve girişimsel tedavi yaklaşımları bulunmaktadır.

2.1.3.1. Nonfarmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik tedavi; sigaranın bırakılması, uygun ve düzenli beslenme, fiziksel aktivite, kilo kontrolünün sağlanması, kan basıncı kontrolünün sağlanması ve lipid kontrolünün sağlanmasını kapsamaktadır [6,7]. Trans yağ ve doymuş yağ tüketimini azaltmak , lif tüketimini arttırmak, fazla kilolardan kurtulmak, fiziksel aktiviteyi arttırmak, alkol ve sigara tüketimini azaltmak, karbonhidrat kullanımını azaltmak ve soya proteinli ürünler tüketmek tedavinin bir parçası olarak önem taşımaktadır [11].

Kardiyak rehabilitasyon kalp hastalarının fiziksel, sosyal, psikolojik yönden en iyi düzeye ulaşmaları için yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Rehabilitasyon programı; hastanın değerlendirilmesi, hastanın eğitimi, diyet önerileri, risk faktörlerini önleme tedavisi, psikososyal ve mesleki anlamda destek tedavisi, fiziksel aktivite ve egzersiz eğitiminden oluşmaktadır [35,46]. Mammadov (2014) akut koroner sendrom geçirerek perkütan koroner girişim uygulanan hastalara taburcu edildikten 6 ay sonra 2-2,5 ay boyunca toplam 30 seanlık kardiyak rehabilitasyon uygulamıştır. Çalışmaya göre kardiyak rehabilitasyonun hastaların kardiyak fonksiyonlarında ve efor kapasitelerinde olumlu etki sağladığı belirtilmektedir [47]. Erşan ve ark. (2013) yapmış oldukları çalışmaya göre kalp hastalarında psikososyal uyumun stres, anksiyete, depresyon gibi nedenlerden dolayı olumsuz etkilendiğini beraberinde de hastalığın tedavi ve seyrini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir [48].

Sağlıklı yaşam şekli davranışları kardiyovasküler hastalığın tekrar etmesini ve buna bağlı ölüm oranlarını azaltmaktadır. Perkütan koroner işlemler sonrası tedavi edilmişlik hissi yaşam şekli değişikliklerine engel olmakla beraber ilaç uyumunu da engellediği belirtilmektedir. Bu yüzden sağlıklı yaşam şekli davranışları ve tedaviye uyum açısından hastanın bilgilendirilmesi gerekmektedir [18].

2.1.3.2. Farmakolojik Tedavi

Koroner arter hastalığının tedavisinde; antiiskemik ilaçlar (nitratlar, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri vb.), antitrombositler, lipid düşürücü ajanlar, renin-anjiyotensin-aldosteron sistem blokerleri kullanılmaktadır [6,7,49].

Kardiyak iskemiye bağlı miyokard hasarını en aza indirmek ve oksijen saturasyon değerini %90'ın üzerinde tutmak için oksijen tedavisi de önem taşımaktadır. Nitrogliserinler hem periferik venlerde hem de koroner arterlerde vazodilatasyon yapmaktadır. Bu etkisiyle kalbe dönen kan miktarını azaltarak kalbin iş yükünü azaltmakta, kalbi besleyen damarların genişlemesiyle de kalbin daha iyi beslenmesini sağlamaktadır. Aspirin, tromboz oluşumuna engel olarak dolaşımın devamlılığını sağlamaktadır. Beta blokerler, miyokardın oksijen tüketimini azaltmakta, kalp hızını ve kan basıncını düşürmektedir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, sistemik olarak damarların direnç yükünü azaltmaktadır [49].

2.1.3.3.Girişimsel Tedavi

Koroner arter hastalığının girişimsel tedavisinde; perkütan translüminal koroner anjioplasti (PTKA), perkütan koroner stent yerleştirilmesi, perkütan koroner aterektomi, perkütan koroner lazer anjiyoplasti, brakiterapi ve koroner arter bypass greft (KABG) yöntemleri kullanılmaktadır [1,8].

2.2. Perkütan Koroner Girişim

Perkütan translüminal koroner anjioplasti ilk kez Andreas Gruentzig tarafından 1977 yılında uygulanmıştır [1,50]. Anjioplasti; ateroskleroz, enfeksiyon, damar çeperinde kalınlaşma gibi nedenlerle daralan ya da tıkanan damarları genişletme yöntemidir. Bu yöntemde atardamardan anjiyoplasti kateteri ile damar içerisine girilerek kateterin içerisinden rehber tel daralan alana gönderilmekte ve genellikle iki ya da üç lümenli balon kateterlerle yapılmaktadır. Kateter ucundaki balon, rehber telin üzerinden geçirilerek daralan alana yerleştirilmektedir. İçinde bulunduğu lümeden farklı bir lümenle gönderilen sıvı aracılığı ile normal kan basıncının 75-500 katına kadar şişirilerek daralmış alanı genişletmektedir. Balon kısa süre sonra söndürülüp çıkarılarak tıkanan damarda tekrar kan akımı sağlanmaktadır [8,9].

Perkütan koroner stent uygulaması ilk kez Dotter tarafından 1969 yılında gerçekleştirilmiştir [1,9,51]. Stentler tekrar daralma ve damar harabiyeti gibi gelişebilecek olumsuzlukları önlemek amacıyla anjiyoplasti sırasında yerleştirilmektedir [8,9].

Perkütan koroner girişimlerde anestezinin verilmemesi, göğsün cerrahi olarak açılmaması, iyileşme süresinin hızlı oluşuyla hastanın erken ayağa kalkması, böylece hastanın günlük yaşam aktivitelerine daha hızlı dönmesi gibi avantajları nedeniyle ilk tercih edilen tedavi yöntemlerinden biridir. Perkütan koroner girişimlerde mortalite riski %0,5'ten düşük olarak belirtilmektedir. Bu yüzden tedavide perkütan koroner anjioplasti önemli yer tutmaktadır [1,7,52].

2.3. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler

Perkütan koroner girişim sonrasında; kardiyak olayların tekrarlanmaması, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, semptomların en aza indirilmesi ve psikososyal anlamda iyiliğin sürdürülmesi için hastanın uyumu önem taşımaktadır. Uyum, kişinin kendisinden, etrafındaki kişilerden ve çevresinden gelen istekler doğrultusundaki tepkisini ifade etmektedir. Hastalığa ve tedaviye uyumda yaşam şekli değişiklikleri ile birlikte ilaç uyumunda olması gerekmektedir [10].

Kişi, hastalığının komplikasyonlarını önlemek için alacağı tedbirlerin olumlu yönde etkileyeceğine inanıyorsa öğrenme isteği de vardır. Eğer ki hastalığını anlamıyor veya anlamak istemiyorsa öğrenme isteği de olmayacak ve uyumu da zorlaşacaktır [53]. Bireylerin hastalığını anlaması ve yönetebilmesi için yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bu yüzden hastanın bireysel izlenimlerini sağlaması için hekim ve hemşirenin hastayı bilgilendirmesi ve motive etmesi gerekmektedir. Tedavi uyumunun olmaması hastalığın komplikasyonlarını arttırdığı gibi hastalığın süresini uzatmakta, yeniden hastaneye yatışları arttırmakta, sağlık harcamalarında da artışa sebep olmaktadır [54].

Aghabekyan ve ark. (2012) perkütan koroner girişim sonrası ilaç uyumu ve memnuniyeti araştırdıkları çalışmalarında hastaların %31'inin uyumsuz olduğunu, %96'sının hemşirelerden, %92'sinin de hekimlerden memnun olduğunu belirtmektedirler. Araştırmada, uyumsuz olanların %19,2'si uyumsuzluğa sebep olarak maliyetin fazla olmasından kaynaklı olduğunu belirttiği, ayrıca genç yaşta olanların yaşlılara göre daha uyumsuz olduğunu bildirmiştir [21].

Köseoğlu ve Enç (2016) kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörleri incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında; yeterli bilgi almaması, ilaçların

karmaşık olması, eğitim seviyesinin düşük olması, kişinin düzenli sağlık kontrollerine gitmemesi, ve ilacın etkisini bilmemesinin uyumsuzluğu etkileyen en önemli faktörler olduğunu belirtmektedir. İlaç uyumu olmadığında, hastalar ilacın dozunu eksik veya fazla almakta, reçete edilmeyen ilaçları kullanmakta, kendi kararı ile aniden bırakmakta ve doğru zamanda kullanmamaktadır. İlaç uyumunu, bireysel, çevresel ve sosyal yönden birçok faktör etkilemektedir [19].

Jin ve ark. (2008) çalışmalarında ilaç tedavisine uyumda; sağlık kurumuna erişebilirlik, sağlık açısından hasta memnuniyeti, hastalığın akut veya kronik olması, hastalığı için yapmış olduğu harcamalar, hastanın inanç ve tutumları, hasta ile sağlık ekibi arasındaki ilişki, hastanın eğitim ve bilgi düzeyi, kültürel ve sosyal özellikler gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir [55]. Hacıhasanoğlu (2009) ilaç uyumunu olumsuz olarak etkileyen faktörler olarak; hekimin hastaya yeterli bilgi vermemesi, hastanın hastalığının farkında olmamasını, hastanın yalnız yaşamasını, hastanın ihmalkar davranmasını, yaşlılığı, kullanılan ilaç sayısının fazla olmasını, hastanın gelir düzeyinin düşük olmasını ve yan etkilerinden dolayı kullanmak istemediklerini belirtmektedir [56].

Şahin ve ark. (2013) sık ilaç değişiminin tedavi uyumuna etkisini araştırdıkları çalışmada, hastaların %28,7'sinin düzensiz ilaç kullandığı, sık ve gereksiz ilaç değişikliğinin tedavi yanıtını ve uyumunu olumsuz etkilediğini belirtmektedirler [57]. Zhu ve ark. (2011) akut koroner sendrom geçiren ve PKG uygulanan hastalarla yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %92,8'inin klopidoğrel kullandığını ve bu hastaların tedaviye uyumunun %66 olduğunu belirlemişlerdir. İlgili çalışmada hastaların diyabet, astım gibi diğer kronik hastalığının olması, uzun süredir klopidoğrel kullanması ve daha önceden hastanede yatışının olması ilaç uyumunu olumsuz etkileyen nedenler olarak belirtilmektedir [58].

Hastaların tedaviye uyumlarının olmaması; sağlık hizmetleri maliyetini, morbiditeyi, mortaliteyi olumsuz etkilemekte ve yeniden hastaneye yatışlara sebep olmaktadır. Hastanın algısı da uyumu etkilemektedir. Durumun ciddiyetinin farkında olma, kendi kendine yetebilirliğin yüksek olması uyumu olumlu yönde etkilerken, yaşam tarzı alışkanlıklarının olumsuz seyri, kişinin sağlıksız davranışlarının (sigara kullanma, sağlıksız beslenme vb.) kontrolü algısının düşük olması ise uyumu olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaların tedavisine uyumunu desteklemek için iletişimin niteliği önem taşımaktadır. Hastalara basit dil kullanılarak bilgi verilmesi, pekiştirilmesi gerekmektedir. Hastanın anlayıp kavrayabilmesi için görsel anlatımdan da yararlanılabilmektedir [11].

Hastaların düzenli aralıklarla iletişim kurulması, desteklenmesi ve denetlenmesi özellikle kronik hastalığı olanlarda önem taşımaktadır. Hastalara hatırlatıcı faaliyetlerde

bulunma, sosyal desteğin (aile, arkadaş, önemli yakınları vb.) teşvik edilmesi, hastaların ve önemli yakınlarının psikolojik yönden desteklenmesi önem taşımaktadır [22]. Hastalara ilacı neden kullandığı, nasıl kullanması gerektiği, nasıl saklanması gerektiği, dozlarını doğru bir şekilde doğru zamanda alması gerektiği, hekim onayı olmadan bırakmaması gerektiği ve hastalıkla ilişkisinin ne olduğunun öğretilmesi gerekmektedir [8,22]. Tüm bunları yaparken gereksiz bilgiden kaçınılması gerekmektedir. Başarılı bir ilaç uyumu için her hastaya uygun olan yöntem seçilmesi gerekmektedir [22].

2.4. Hastalık Algısı

Hastalık algısı kişilerin hastalık süresince deneyimlerini ve baş etme mekanizmalarını doğrudan etkileyen bir kavram olarak belirtilmektedir. Kişilerin algısı sadece fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyilik halini etkilemekle kalmayıp aynı zamanda hastalık sürecini, tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini de etkilemektedir [59].

İnsanlar bir çok hastalık geçirmesine rağmen, herbirinde hastalık deneyimleri farklı olmaktadır. Hastalık aynı olsa da kişilerde farklı problemleri ortaya çıkartmaktadır [60-62]. Farklı problemlerin yaşanmasına; hastalığın şiddeti, süresi, hastalığın etkilemiş olduğu doku veya organ, hastanın bunlara yüklediği anlam, hastanın eğitim ve bilgi düzeyi, hastanın bireysel özellikleri ve çevre neden olmaktadır [20,63]. Kişilere hastalık tanısı konulduğu andan itibaren hastalığı hakkında zihinsel olarak bir model oluştururlar. Bu model kişilerin; kendi tecrübeleri, inançları, algıları, bilgileri, duyguları ve değerleri ile şekillenmektedir. Kendi oluşturdukları bu model ile var olan olayları açıklamaya çalışmakta ve hastalığı ile baş etme teknikleri geliştirmektedir [60-62].

Leventhal ve ark. hastaların oluşturduğu bilişsel model ile kendilerinin baş etme mekanizmasını geliştirdiğini açıklayarak 'kendini denetleme' kuramı geliştirmişlerdir. Bu kurama göre zihinlerinde bir şema oluşturdukları ve şemanın da kişinin hastalığının belirtisi, süresi ve tedavi sonucu hakkındaki kendi görüşleri ile oluştuğu açıklanmaktadır [64,65].

2.4.1. Hastalık Algısının Bileşenleri

Hastalık algısı yaklaşımına göre kişinin deneyim ve bilgisi önem taşımaktadır. Hastalık algısı modeline göre hastalar hastalıkları ile inançlarını beş alanda değerlendirmektedir. Hastalık algısının bu bileşenleri; hastalığın kimliği veya hastalığa yüklenilen anlam, hastalığın nedeni ile

ilgili inançlar, hastalığın süresi ile ilgili inançlar, hastalığın tedavi ve kontrolleri ile ilgili inançlar ve sonuç ile ilgili inançları kapsamaktadır [20,59-61,66].

2.4.1.1. Hastalığın kimliği veya hastalığa yüklenilen anlam: Kişiye hastalık tanısı konulduğu andan itibaren hastalığa neden olan semptomlar, belirtileri ve bulguları, hastalığın tedavisi, etkisi ve yan etkisi ile ilgili fikirler geliştirmektedir [20,61,66].

Lipowski (1983) hastalığın anlamını 4 kategoride tanımlamaktadır. Bunlar; meydan okuma- mücadele edilmesi gereken bir durum veya tehdit, kayıp, kazanç veya rahatlama ve ceza olarak belirtilmektedir. Meydan okuma- mücadele edilmesi gereken durum olarak algılandığında kişi hastalığı ile ilgilenmekte, tedavi ile iş birliği arayarak hastalığa uyumlu davranış göstermektedir. Kayıp olarak algılayan kişilerde; üzüntü, umutsuzluk ve uyumda azalma görülmektedir. Kişilerde ekonomik sorumluluk ve rollerinden muaf olma algısı oluşabilmektedir. Bu kişiler hastalığı kazanç olarak algılamakta, iyi olmayı reddedebilmekte ve yardım çabalarına itiraz edebilmektedir. Bazı hastalar hastalıklarını hak ettiği ya da hak etmediği bir olaya karşılık ceza olarak algılamaktadır. Bu durumda depresyon, öfke, utanç gibi duygusal tepkiler ortaya çıkmaktadır [67].

2.4.1.2. Hastalığın nedeni ile ilgili inançlar: Hastalığın neden geliştiğine dair hastaların öznel temsilleri bulunmaktadır [12]. Hastalık nedenleri kişilerde farklılık göstermektedir. Örneğin; kimi insanlar hastalıklarının sebebi olarak stresi düşünmekte ve stres faktöründen uzaklaşmaktadır. Kimileri de başka hastalığın varlığından kaynaklandığını, duygusal problemlerinin sebep olduğunu veya sigara vb. sebep olduğunu düşünmekte ve bu davranışlarını düzeltmeye çalışmaktadır [20,61].

2.4.1.3. Hastalığın süresi ile ilgili inançlar: Hastaların hastalığını akut veya kronik olarak algılaması ve süre ile ilgili inançları kapsamaktadır [12,61]. Keenan (2017) çalışmasında koroner hastalıklarda akut olanlarda uyumun az olduğunu, kronik olanlarda ise durumun daha ciddi algılandığı ve yatış süresini etkilediği için uyumun daha yüksek olduğunu belirtmektedir [68].

2.4.1.4. Hastalığın tedavi ve kontrolleri ile ilgili inançlar: hastalık hakkındaki neden ve zamanla ilgili inançlar hastalığın kontrol ve tedavisini etkilemektedir. Hastalığı hakkında daha kısa süreceği algısı olan hastalarda, daha yüksek düzeyde kontrol algısı oluşmaktadır [20,61].

2.4.1.5. Hastalığın sonucu ile ilgili inançlar: Kişinin hastalığı hakkındaki inancını ve yaşamsal faaliyetlerini nasıl etkilediği ile ilgili inançları kapsamaktadır [60,66]. Hastalıkla ilgili algının ciddiyeti sonucu etkilemektedir [61].

2.5. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi

Kişilerin algıları, hastalık hakkındaki algıları, ilaçların yarar veya zarar hakkındaki görüş ve algıları; başa çıkma davranışlarını, tedavinin işleyiş ve kontrolünü etkilemektedir [12,13]. Bu yüzden hastalık algısının ilaç uyumunu etkileyen en önemli faktör olduğu belirtilmektedir. İlaç uyumunun az olması hem mortalite ve morbidite riskini arttırmakta hem de hastaneye yatış oranını arttırmaktadır [14].

Schüz ve ark. (2014) yaşlı hastalarda hastalık algısının ilaç uyumu ve fiziksel işlevlerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında üç modele göre uyumu değerlendirmişlerdir. Birinci model olan ana etkiler ve etkileşim modelinde; iki veya daha fazla hastalığın ortak nedenleri ve ilişkileri vardır. Örneğin hastaların kendilerinde var olan diyabet hastalığı ile depresyonun ortak nedenleri olduğunu düşünmesidir. Bu modelde hastalar hem fiziksel hem de zihinsel olarak algılayarak sağlıklarına katkıda bulunmaktadır. İkinci model olan en belirgin hastalığın algı ve etkileri ile zirve modelinde hastalar en şiddetli olduğunu düşündüğü hastalıklarına yönelmektedir. Üçüncü model olan çoklu hastalık üzerinde ortalama hastalık algıları ile kombine modelde ise hastalar birden fazla hastalıkların tümünde aynı algıya sahip olarak sonuca yönelmektedir. Çalışma sonucunda birinci modeldeki algıya sahip hastalar daha uyumlu bulunurken, ikinci ve üçüncü modelde ilaç uyumunun olumsuz etkilendiği belirtilmektedir [12].

Sundell ve ark. (2016) reçeteli, reçetesiz ve bitkisel ilaç kullanan hastaların uyumlarını araştırdıkları çalışmalarında; kişilerin algılarının, inançlarının ve görüşlerinin tedavi sonucunu etkilediği belirtilmektedir. Çalışma sonucuna göre reçeteli ilaç kullanan hastalarda, ilacın faydasına yönelik daha güçlü inançları olduğu için uyumları daha yüksek bulunmuştur. Bitkisel

ilaç kullananlar ise ilaçların zararlı etkilerinin olduğu inancından dolayı bitkisel ilaç kullanmaktadır. İlacın yan etkilerinin olduğu algısı ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir [13].

Keenan (2017) kardiyovasküler hastalıklarda ölüm riskinin azaltılması için ilaç uyumunun önemli olduğunu belirtmektedir. İnsanların hastalıklara karşı farklı şekilde uyum göstermesinin algılarından kaynaklandığını, kronik hastalığı olanlarda algının daha çok ciddiyet kazandığını ve uyumu arttırdığını, kadercilik algısında olanların ise uyumunun olumsuz etkilendiğini belirtmektedir [68].

Lapointe ve ark. (2011) akut koroner sendrom geçiren hastaların hastaneye yatışından üç ay sonrasındaki inanç ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Üç ay sonra bazı hastaların ilaçlarını bıraktığı, bazı hastaların ise dozlarını azaltma eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Hastaneden ayrıldıktan sonraki ilk ayda uyumun yüksek olduğu belirtilmektedir. Çalışma sonucuna göre uyumun olmaması; hastalık algılarının düşük olması ve hastalarda endişenin olmamasından kaynaklanmaktadır. İlaç uyumunu etkileyen diğer faktörler; depresyon, hastalık yönetiminin olmaması, hastaların hedeflerinin olmaması, inanç eksiklikleri ve hastaların ilgisizlikleri olarak belirtilmektedir [69].

Charlson ve ark. (2008) anjiyoplasti uygulanan 660 hasta ile yapmış oldukları çalışmada anjiyoplasti sonrası hastalara önemli davranış değişikliklerini vurgulanmışlardır. Hastalara fiziksel aktivitelerini arttırmaları, sigarayı bırakmaları, kan basıncı ve şeker kontrollerini yapmaları, ilaçları düzenli kullanmaları, lif açısından zengin beslenip kolesterol alımını azaltmaları ve fazla kilolarını vermeleri gerektiği bilgisi verilmiş olup iki yıl sonra davranış değişiklikleri araştırılmıştır. Çalışma sonucunda hastaların %37'sinde davranış değişikliği olmadığı, %34'ünde sadece bir tane davranış değişikliği bulunduğu ve %29'unda 2 veya daha fazla sayıda davranış değişikliğinin olduğu belirtilmektedir. Davranış değişikliği olmayan hastaların anjiyoplasti sonrası iyileşme algısı olduğu için davranışlarını değiştirmedikleri belirtilmektedir. Çalışma sonrasında hastalara sorunun tamamen değişmediğinin sadece 'düzeltildiğinin' anlatıldığı açıklanmaktadır [70].

Miyokard enfarktüs geçiren hastaların bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Hastalara uzun süreli tedavi olmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. PKG uygulanan ve stent takılan hastalarda tedavi olmuş hissi, kalp krizinden kurtulduğunu düşünmesi bilgi eksikliğinin kanıtıdır [15]. Girişimsel tedavi sonrasındaki iyileşme hissi ilaç tedavisi ve devamlılığını olumsuz etkilemekte, durumun daha kritikleşmesine neden olmaktadır [16,17].

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini araştırmak amacıyla yapılan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan kardiyoloji polikliniklerinde yapılmıştır. Hastanede kardiyoloji polikliniğine günde ortalama 185 hasta başvurmaktadır. Hastanede kardiyoloji polikliniği biriminde; 4 adet muayene odası, 2 adet ekokardiyografi odası, 2 adet efor testi odası, 1 adet holter aritmi odası, 1 adet hasta gözlem odası ve 1 adet personel odası yer almaktadır. Bu polikliniklerde 6-7 hekim, 1 hemşire, 4 sekreter ve 2 personel görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Pendik ilçesinde yer alan Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine 1 Temmuz 2017-30 Kasım 2017 tarihleri arasında başvuran ve en az üç ay önce perkütan koroner girişim uygulanan 476 hasta oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmada perkütan koroner girişim uygulanan hastalardan sistematik örnekleme yöntemiyle belirlenenlere Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu Anketi uygulanmıştır. Bu iki ölçek arasındaki doğrusal ilişkinin en az 0.30 olması

durumunda (44 hasta) ve hastaların demografik özelliklerine göre oluşacak maksimum 4'lü alt gruplarda yeterli sayıda hasta sayısına ulaşabilmek için en az %80 güç ve maksimum tip 1 hata %5 olacak şekilde E Picos programında gerekli minimum hasta sayısı 192 olarak belirlendi.

Araştırmanın örneklemini, 1 Temmuz 2017-30 Kasım 2017 tarihleri arasında söz konusu hastanenin kardiyoloji polikliniklerine başvuran ve en az üç ay önce perkütan koroner girişim uygulanan 192 hasta oluşturdu.

Hastaların araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş üzeri ve en az üç ay önce tedavi amaçlı perkütan koroner girişim uygulanan [anjiyoplasti/stent],
- En az üç aydır düzenli ilaç kullanan,
- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun olup iletişim engeli olmayan bireyler araştırmaya dahil edildi.

Hastaların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 18 yaş altında olan,
- Tanı amaçlı koroner girişim uygulanan,
- Üç aydan daha kısa süredir düzenli ilaç kullanan,
- Bilişsel sağlık düzeyleri yerinde olmayıp iletişim engeli olan bireyler araştırmaya dahil edilmedi.

3.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, perkütan koroner girişim uygulanan bireylerin tanıtıcı bilgilerini içeren ' Kişisel Bilgi Formu'(Ek-1), 'Hastalık Algısı Ölçeği Formu'(Ek-2) ve hastanın ilaç tedavisine uyumu belirten 'Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'(Ek-3) ile toplanmıştır.

3.5.2. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Kişisel bilgi formu PKG uygulanan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile hastalık algısı ve ilaca uyum arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik özellikler, yaşam şekli, ilaç tedavisi, PKG ve kontrolüne yönelik davranış özelliklerini belirlemek amacı ile literatür taraması sonucu oluşturulmuştur [58,71-75]. Bu formda yer alan sorular üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde perkütan koroner girişimi ve sağlık durumuna ilişkin sorular yer almaktadır. Üçüncü bölümde hastalık algısı, ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin sorular yer almaktadır. Birinci bölümde dokuz, ikinci bölümde yedi ve üçüncü bölümde ise beş soru olmak üzere toplam 21 soru yer almaktadır.

3.5.3. Hastalık Algı Ölçeği Formu [Ek-2]

Weinmann (1996) tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiş olup, Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkiye de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği; kimlik, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır [62].

Kimlik boyutu; sık görülen 14 hastalık belirtisini içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığını' daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı (Evet:1 Hayır:0) hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur. Hastalık belirtilerinde puan yüksekse, hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkmaktadır [62].

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu; 38 maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Puanlama 1'den 5'e likert tipi olarak yapılmaktadır. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda; 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27 ve 36' ncı görüşler ters çevrilerek puanlama yapılmaktadır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar; Süre (Akut/Kronik), Süre (Döngüsel), Sonuçlar, Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme ve Duygusal Temsiller olarak isimlendirilmiştir [62].

Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanmaktadır. Süre (Akut/Kronik) alt ölçeği; hastalığım kısa sürecek (1), hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı (2), bu hastalık uzun sürecek (3), bu hastalık çabuk geçecek (4), yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum (5) ve hastalığım zamanla iyileşecek (18) görüşlerini kapsamaktadır. Süre (Döngüsel) alt ölçeği; hastalığının belirtileri günden güne farklılık gösteriyor (29), hastalığının belirtileri bazen var bazen yok (30), hastalığım önceden bilinemez (31) ve hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor (32) görüşlerini kapsamaktadır [62].

Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırmakta ve ciddi bir hastalığım var (6), hastalığının yaşamım üzerinde ciddi etkileri var (7), hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor (8), hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor (9), hastalığının ciddi maddi sonuçları var (10) ile hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor (11) görüşlerini kapsamaktadır [62].

Kişisel Kontrol alt ölçeği, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmaktadır. Ölçekte; belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var (12), yaptığım şeyler hastalığının iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir (13), hastalığının seyri bana bağlı (14), yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez (15), hastalığımı etkileyebilme gücüm var (16) ile yaptıklarım hastalığının sonucunu etkilemeyecek (17) görüşlerini kapsamaktadır [62].

Tedavi Kontrolü alt ölçeği, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırmaktadır. Ölçekte; hastalığının iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var (19), tedavim hastalığının iyileşmesinde etkili olacak (20), hastalığının olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir (21), tedavim hastalığımı kontrol edebilir (22) ile benim durumuma hiçbir şey yardım edemez (23) görüşlerini kapsamaktadır [62].

Hastalığı Anlayabilme alt ölçeği, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırmaktadır. Hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor (24), hastalığım bana anlamsız geliyor (25), hastalığımı anlamıyorum (26), hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum (27) ve hastalığımı gayet net anlıyorum (28) görüşlerini kapsamaktadır [62].

Duygusal Temsiller alt ölçeği, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırmaktadır. Ölçekte; hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum (33), hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum (34), hastalığım beni öfkeli yapıyor (35), hastalığım beni

endişelendirmiyor (36), bu hastalık beni kaygılandırıyor (37) ve hastalığım beni korkutuyor (38) görüşlerini kapsamaktadır [62].

Değerlendirmede, Süre (Akut/Kronik), Sonuçlar, Süre (Döngüsel) alt ölçeklerindeki yüksek puan, durumun kronikliğini, hastalığın sonuçlarının negatif olduğunu ve durumun döngüsel doğası olduğunu göstermektedir. Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme alt ölçeklerindeki yüksek puan, durumun kişisel anlaşılabilirliği ve hastalığın, tedavinin kontrol edilebilirliği hakkında pozitif inançları göstermektedir. Duygusal Temsiller alt ölçeğindeki yüksek puan, kişinin hastalığıyla ilgili olumsuz duyguların yüksek olduğunu göstermektedir [62].

Hastalık Nedenleri boyutu; hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçüm kullanılır. Puanlama 1'den 5'e likert tipi olarak yapılmaktadır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırmaktadır ve dört alt ölçek içermektedir. Bunlar, Psikolojik Atıflar, Risk Faktörleri, Bağışıklık, Kaza veya Şanstır. Psikolojik Atıflar alt ölçeği; stres ya da endişe, benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durumum, örneğin kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem ve kişisel özelliklerim düşüncelerini içermektedir. Risk Faktörleri alt ölçeği; kalıtsal, diyet-yeme alışkanlıkları, geçmişte kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, alkol ve sigara içme düşüncelerini içermektedir. Bağışıklık alt ölçeği; bir mikrop ya da virüs, çevre kirliliği ve vücut direncinin azalması düşüncelerini içermektedir. Kaza veya Şans alt ölçeği; şans ya da kötü talih ve kaza ya da yaralanma düşüncelerini içermektedir [62].

Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir. Kocaman ve ark. (2007) tarafından yapılan Hastalık Algısı Ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışmasında; birinci boyutunun (kimlik) iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. İkinci boyutun (hastalık hakkındaki görüşleri) alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları 0,69-0,77 arasında bulunmuştur, Üçüncü boyutun (hastalık nedenleri) iç tutarlılık katsayısı 0,25-0,72 arasındadır [62]. Bu çalışmada ise birinci boyutun iç tutarlılık katsayısı 0,90, ikinci boyutun alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayısı 0,80 ve üçüncü boyutun iç tutarlılık katsayısı 0,73 bulundu.

3.5.4. Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek-3)

Morisk ve ark. (2008) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik güvenirlik çalışması Hacıhasanoğlu ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır [76-77]. Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği ilaç alma davranışını ölçen bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçek sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki sorular evet ve hayır ile cevaplanmaktadır. Sorulardaki Evet =0, Hayır =1 olarak kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puan <6 ise düşük, $\geq 6 < 8$ orta düzeyde uyumu, 8 puan ise yüksek düzeyde uyumu göstermektedir [77].

3.5.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde en az üç ay önce PKG uygulanan 10 bireye ön uygulama yapılmıştır.

3.5.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması

Veriler araştırmaya ilişkin etik kurul ve araştırma yapılacak kurumdan izinler alındıktan sonra araştırmaya katılan bireylere, hastanede kardiyoloji polikliniğinde yer alan hasta gözlem odasında, araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış olup, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra araştırma sorularını cevaplamaları istenmiştir. Kişisel Bilgi Formu'nu doldurma süresi 10-20 dakika olup ortalama 15 dakika, Hastalık Algı Ölçeği Formu'nu doldurma süresi 15-25 dakika olup ortalama 20 dakika ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'ni doldurma süresi 5-10 dakika ortalama 7 dakika olup, veri toplama süresi 40 dakika sürmüştür.

3.5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Merkezi Limit Teoremi uygunluk nedeniyle normallik testi yapılmadan parametrik testler kullanılmıştır [78]. Verilerin çözümlenmesinde ölçeklerde sürekli yapıdaki verilen istatistiği yapılırken ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenleri tanımlarken frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Ölçeklerin bağımsız iki grup ortalamaları karşılaştırmak için Student's t test istatistiği, bağımlı iki grup ortalamaları arası farklılık için ise Paired Samples t

test istatistiği kullanılmıştır. Ölçekler ve alt grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde “www.e-picos.com”, New York, NY yazılımı ve MedCalc istatistik paket programı kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etiği

Yapılan ‘Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi’ adlı araştırmaya ilişkin T.C. Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22/11/2016 tarihinde 2016/356 sayı ile verilen Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur (EK-4). Araştırmanın Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılmasına ilişkin T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği tarafından 18/07/2017 tarihinde 35778018-772.99 sayılı kurum izni formu ekte verilmiştir (EK-5).

3.7. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılığı, araştırmanın verileri sadece bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine gelen hastalardan toplanmasıdır. Araştırma sonuçları sadece bu hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadaki bulgular

- Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik, İlaç Kullanımı ve Sağlık Kontrollerine Uyuma İlişkin Özellikleri İle İlgili Bulgular;
- Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bulgular;
- Hastalık Algısı ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulgular; başlıkları altında incelendi.

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik, İlaç Kullanımı ve Sağlık Kontrollerine Uyuma İlişkin Özellikleri İle İlgili Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=192)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	64	33,3
Erkek	128	66,7
Yaş		
40 yaş altı	5	2,6
40-55 yaş arası	70	36,5
56-70 yaş arası	86	44,8
71 ve üzeri yaş	31	16,1
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf (<18,5)	2	1,0
Normal(18,5-24,9)	40	20,8
Kilolu (25-29,9)	93	48,4
Obezite ve üzeri(≥30)	57	29,7
Medeni Durum		
Evli	184	95,8
Bekar	8	4,2
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	27	14,1
İlköğretim mezunu	92	47,9
Ortaöğretim mezunu	51	26,6
Yüksek okul ve üstü mezunu	22	11,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	55	28,6
Çalışmıyor	123	64,1
Hastalığı nedeniyle bırakan	14	7,3

Tablo 4.1.1. (Devam) Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=192)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	12	6,3
Gelir gidere denk	166	86,5
Gelir giderden fazla	14	7,3
Çoğunlukla Yaşadığı Yer		
Köy	14	7,3
İlçe	131	68,2
Şehir	47	24,5
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	5	2,6
Eşi ve çocuğuyla	183	95,8
Diğer	3	1,6

Araştırmaya 192 hasta katılmıştır. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun; erkek (%66,7), 50 yaş ve üzerinde (%60,9), normal kilonun üzerinde (%78,1), çalışmıyor (%71,4), ilköğretim mezunu (%47,9), gelirinin giderine denk (%86,5) olduğu ve %68,2'sinin ilçede yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların tamamına yakınının ise evli (%95,8), eşi ve çocuğuyla (%95,8) yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=192)

Klinik Özellikler	n	%
Perkütan Koroner Girişimin Tipi		
Sadece PTKA	65	33,9
PTKA ve Stent	127	66,1
Perkütan Koroner Girişimin Uygulanma Şekli		
Planlı PKG	34	17,7
Acil PKG	158	82,3
Perkütan Koroner Girişimin Uygulanma Zamanı		
1 yıldan az	46	24
1 yıl - 3 yıl arası	67	34,9
Üç yıl üzeri	79	41,1
Perkütan Koroner Girişimin Uygulanma Sayısı		
Bir kez	110	57,3
İki kez	51	26,6
Üç kez ve üzeri	31	16,1
Diğer Sağlık Sorunları		
Kalp Yetmezliği	24	12,6
Geçirilmiş MI	127	66,5
DM	127	66,5
KOAH	20	10,4
Hipertansiyon	136	70,8
Kanser	73	38
Sigara kullanımı	112	58,3
Alkol kullanımı	37	19,3

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2.'de verilmiştir. Hastaların çoğunluğuna PTKA ve stent (%66,1), acil PKG (%82,3) ve PKG'nin bir kez (%57,3) uygulandığı saptandı. PKG uygulama zamanı hastaların %41.1'inde üç yıl ve üzerinde saptandı. Hastalarda çoğunlukla bulunan diğer sağlık sorunları; geçirilmiş kalp krizi (%66,5), DM (%66,5) ve hipertansiyon (%70,8)'dur. Hastaların çoğunluğu sigara (%58,3) kullanmaktadır.

Tablo 4.1.3. Hataların ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=192)

Özellikler	n	%
Kullandığı ilaçların adlarını bilme durumu		
Biliyor	173	90,1
Bilmiyor	19	9,9
Kullanılan ilaç sayısı		
1 – 3	38	20,3
4 – 6	101	54,0
7 ve üzeri	48	25,7
İlaç kullanım sıklığı		
Günde bir kez	24	12,5
Günde iki kez	100	52,1
Üç ve üzeri	68	35,4
Kontrollere düzenli gelme durumu		
Geliyor	167	87,0
Gelmiyor	25	13,0

Hastaların ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.3.'de verilmiştir. Hastaların çoğunluğu kullandığı ilaçların adını bilmekte (%90,1), günde iki kez (%52,1) ve 4-6 adet ilaç kullanmakta (%54,0) olup kontrollerine düzenli olarak (%87,0) gelmektedir.

4.2. Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bulgular

Tablo 4.2.1. Hastalık algısı ölçeğinin olası hastalık nedenlerinin puan dağılımları

Olası Hastalık Nedenleri	Min – Max	Ort ± SS
Psikolojik Atıflar	6 – 30	15,93±5,49
Stres ya da endişe	1 – 5	4,41±1,30
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	1 – 5	2,16±1,70
Aile problemleri	1 – 5	2,80±1,76
Aşırı çalışma	1 – 5	3,18±1,84
Duygusal durumum, örneğin kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	1 – 5	1,83±1,53
Kişilik özelliklerim	1 – 5	1,56±1,27
Risk Faktörleri	7 – 35	18,43±5,99
Kalıtsal (irisi)	1 – 5	3,82±1,77
Diyet-yemek alışkanlıkları	1 – 5	3,49±1,84
Geçmişteki kötü tıbbi bakım	1 – 5	2,65±1,80
Kendi davranışım	1 – 5	2,47±1,75
Yaşlanma	1 – 5	2,30±1,68
Alkol	1 – 5	1,19±0,77
Sigara içme	1 – 5	2,51±1,78
Bağışıklık	3 – 15	3,68±1,78
Bir mikrop ya da virüs	1 – 5	1,17±0,74
Çevre kirliliği	1 – 5	1,36±1,02
Vücut direncimin azalması	1 – 5	1,16±0,71
Kaza veya Şans	2 – 10	3,93±1,87
Şans ya da kötü talih	1 – 5	2,90±1,81
Kaza ya da yaralanma	1 – 5	1,03±0,32
Neden Toplam Puan	18 – 90	41,95±11,38

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık algısı ölçeğinin olası hastalık nedenlerinin puan dağılımları Tablo 4.2.1.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin hastalık

nedenleri olarak stres ya da endişe, kalıtsal (ırsi), diyet-yemek alışkanlıkları, aşırı çalışma, şans ya da kötü talih, aile problemleri, geçmişteki kötü tıbbi bakım ve sigara içmeyi daha yüksek oranda düşündükleri tespit edilmiştir.

4.3. Hastalık Algısı ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulgular

Tablo 4.3.1. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan dağılımları

Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Boyutları		Madde Sayısı	Min - Max	Ort± SS
Kimlik Boyutu		14	0 - 14	4,55±2,93
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu	Süre (Akut/ Kronik)	6	6 - 30	26,67±4,69
	Süre (Döngüsel)	4	4 - 20	12,05±6,16
	Sonuçlar	6	6 - 30	19,52±6,31
	Kişisel Kontrol	6	6 - 30	22,54±7,14
	Tedavi Kontrolü	5	5 - 25	18,73±4,63
	Hastalığı Anlayabilme	5	5 - 25	19,35±6,83
	Duygusal Temsiller	6	6 - 30	21,38±7,95
Hastalık Nedenleri Boyutu	Psikolojik Atıflar	6	6 - 30	15,93±5,49
	Risk Faktörleri	7	7 - 35	18,43±5,99
	Bağıışıklık	3	3 - 15	3,68±1,78
	Kaza veya Şans	2	2 - 10	3,93±1,87
Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği		8	0 - 8	4,90±1,25

Araştırma kapsamına alınan hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Puan Dağılımları Tablo 4.3.1.'de verilmiştir. Kimlik Boyutu puan ortalaması (4,55±2,93) düşük bulunmuştur. Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutunun alt ölçeklerinden; Süre (Akut/Kronik) alt ölçek puan ortalaması (26,67±4,69) en yüksek, Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalaması (12,05±6,16) en düşük bulunmuştur. Hastalık Nedenleri Boyutunun alt ölçeklerinden; Risk Faktörleri alt ölçek puan ortalaması (18,43±5,99) en yüksek,

Bağışıklık alt ölçek puan ortalaması ($3,68 \pm 1,78$) en düşük bulunmuştur. Hastaların Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması ($4,90 \pm 1,25$) ise orta düzeyde bulunmuştur.



Tablo 4.3.2. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Sosyo Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımları												Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				
		Süre(A/K)	Süre(D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağışıklama	Kaza Şans	
Cinsiyet													
Kadın	5,5±2,57	26,09±4,83	12,11±6,22	19,97±6,14	23,2±6,04	19,33±4,45	20,34±6,49	23,09±6,61	16,67±6,48	16,31±5,41	3,72±1,72	4,31±1,83	4,98±1,15
Erkek	4,08±2,99	26,96±4,60	12,02±6,16	19,3±6,4	22,21±7,63	18,44±4,71	18,85±6,96	20,52±8,44	15,56±4,91	19,48±5,1	3,66±1,79	3,73±1,87	4,85±1,30
p	0,001	0,23	0,93	0,48	0,33	0,21	0,15	0,02	0,23	<0,001	0,83	0,04	0,49
Yaş													
40 yaş altı	3,4±2,79	27,4±5,27	8,8±7,16	20,4±6,66	20,4±8,35	19,4±2,88	20±7,28	19,8±7,82	14,2±6,50	17,2±7,76	3±0	2±0	5±1,73
40-55 yaş	3,84±2,90	27,1±4,26	11,86±6,33	18,69±6,06	25,01±5,54	20,16±3,87	20,01±6,77	21,11±8,50	15,93±5,86	17,76±6,33	3,44±1,26	3,63±1,84	5,04±1,08
56-70 yaş	4,84±2,86	25,98±4,92	11,74±6,04	20±6,67	21,23±7,44	17,78±5,03	18,86±6,89	22,01±7,58	15,98±5,53	18,69±5,76	3,93±2,21	4,16±1,88	4,88±1,24
71 ve üzeri	5,52±2,87	27,52±4,77	13,87±5,83	19,93±5,85	20,93±8,07	18,06±4,63	19,10±6,92	20,48±8,00	16,10±4,48	19,42±5,60	3,64±1,49	4,26±1,88	4,58±1,54
p	0,03	0,31	0,22	0,59	0,004	0,01	0,76	0,75	0,91	0,56	0,3	0,02	0,4

Tablo 4.3.2.(Devam) Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımı													
Sosyo Demografik Özellikler	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				Morisy İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
		Süre (A/K)	Süre (D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklama	Kaza Şans	
Beden Kitle İndeksi													
Zayıf (<18,5)	2,5±2,12	22,5±6,36	8±5,66	10±1,41	22±1,41	18,5±0,71	9,5±0,71	20±2,83	16±8,48	17,5±4,95	3±0	3,5±2,12	4±2,83
Normal(18,5-24,9)	4,1±3,26	27,42±4,61	11,55±5,91	18,75±6,25	23,57±7,26	19,03±5,20	19,58±7,40	18,38±9,05	14,7±5,39	17,88±5,99	3,5±1,52	3,73±1,74	4,93±1,25
Kilolu (25-29,9)	4,84±2,82	27±4,66	11,99±6,39	20,43±6,58	22,03±7,86	18,35±4,88	19,29±6,68	22,35±7,63	16,13±5,51	18,22±5,90	3,74±1,85	3,97±1,90	4,9±1,24
Obezite ve üzeri(≥30)	4,47±2,88	25,75±4,64	12,65±6,03	18,91±5,66	22,67±5,87	19,16±3,83	19,63±6,62	21,95±7,37	16,47±5,47	19,19±6,22	3,74±1,87	4,02±1,95	4,89±1,25
p	0,41	0,15	0,65	0,06	0,72	0,74	0,23	0,06	0,45	0,7	0,84	0,86	0,79
Medeni Durum													
Evli	4,53±2,94	26,71±4,71	12,08±6,16	19,50±6,3	22,64±7,15	18,85±4,57	19,54±6,74	21,28±7,1	15,93±5,41	18,43±5,95	3,66±1,78	3,88±1,87	4,96±1,17
Bekar	5±2,72	25,75±4,1	11,5±6,50	20,12±7,04	20,25±6,88	16,12±5,57	15±7,84	23,62±6,86	15,87±7,55	18,38±7,2	4,12±1,64	4,87±1,81	3,38±2,13
p	0,66	0,57	0,8	0,78	0,34	0,1	0,07	0,42	0,98	0,98	0,47	0,14	0,07

Tablo 4.3.2. (Devam) Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımı

Sosyo Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımı												Morisk İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				
		Süre (A/K)	Süre (D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlyblme	Duygusal Temsller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktrleri	Bağışıklma	Kaza Şans	
Eğitim Durumu													
Okuryazar değil	6±2,47	25,59±5,27	13,63±6,1	19,89±6,59	20,44±7,56	17,59±4,96	17,70±7,4	22,44±6,74	17,89±5,79	18,37±5,25	4,04±2,01	4,81±1,59	4,67±1,36
İlköğretim Mezunu	4,6±2,8	26,77±4,68	12,22±6,3	19,55±5,92	22,88±7,15	18,77±4,76	19,37±6,82	22,33±7,52	15,68±5,51	18,16±5,92	3,68±1,94	4,32±1,89	4,85±1,18
Ortaöğretim Mezunu	4,33±3,4	26,84±4,46	11,45±6,1	20,69±6,73	21,94±7,12	18,45±4,61	18,55±7,21	20,63±8,53	16,14±4,83	19,39±5,86	3,6±1,54	3,27±1,71	5,12±1,23
Yükokul ve üstü m.	3,09±2,04	27,18±4,57	10,82±5,9	16,23±5,77	25,23±6,10	20,36±3,22	23,14±3,23	17,86±9,0	14,09±6,09	17,36±7,37	3,41±1,18	2,73±1,45	4,86±1,49
P	0,005	0,62	0,36	0,05	0,13	0,14	0,03	0,09	0,1	0,54	0,64	<0,001	0,45
Çalışma Durumu													
Çalışıyor	3,62±2,48	26,11±4,44	10,65±5,58	17,69±5,96	23,55±6,95	19,69±3,71	20,16±5,95	21,36±7,27	15,87±5,44	18,93±5,88	3,71±1,69	3,76±1,90	5,13±1,17
Çalışmıyor	4,85±3,07	26,74±4,87	12,28±6,24	20,05±6,31	21,98±7,14	18,4±5,0	19,43±6,87	21,05±8,21	15,88±5,57	18,21±5,95	3,68±1,86	4,07±1,9	4,84±1,29
Hastalık nedeniyle bırakan	5,57±2,50	28,29±3,67	15,5±6,45	22,07±6,32	23,5±7,86	17,93±4,16	15,43±8,7	24,36±8,13	16,64±5,27	18,36±7	3,57±1,45	3,29±1,44	4,5±1,16
P	0,01	0,3	0,02	0,02	0,35	0,18	0,07	0,33	0,88	0,76	0,97	0,25	0,17

Tablo 4.3.2.(Devam) Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Sosyo Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımı												Morisk ilaç Tedavisine Uyum Ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				
		Süre (A/K)	Süre (D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilim	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıf	Risk Faktörleri	Bağışıklıma	Kaza Şans	
Gelir Durumu													
Gelir giderden az	6,08±2,43	25,83±5,87	16,58±3,87	22,92±5,07	23,42±5,87	15,42±5,16	13,75±7,86	24,25±6,2	20,58±6,32	19,58±4,8	3,58±1,73	4,67±2,02	4,66±0,95
Gelir gidere denk	4,48±2,95	26,67±4,62	12,01±6,17	19,55±6,08	22,43±7,11	19±4,5	19,70±6,65	21,34±7,9	15,77±5,19	18,30±5,83	3,67±1,62	3,89±1,8	4,89±1,26
Gelir giderden fazla	4,07±2,76	27,43±4,60	8,64±5,54	16,21±8,4	23,07±8,83	18,43±4,93	19,93±6,3	19,36±9,56	13,86±6,48	18,93±8,62	3,86±3,21	3,71±2,58	5,21±1,42
P	0,15	0,69	0,004	0,03	0,86	0,03	0,001	0,29	0,004	0,74	0,92	0,35	0,52
Çoğunlukla Yaşadığı Yer													
Köy	6,71±2,61	25,5±4,49	13,43±5,40	21,86±6,16	17,14±7,82	15,21±5,65	13,14±5,35	22,36±6,62	17,64±7,37	18,64±8,09	5,43±3,57	4,93±2,2	4,07±1,21
İlçe	4,67±2,91	26,75±4,73	12,18±6,34	19,72±6,07	22,59±7,15	19,08±4,57	19,83±6,76	21,63±8,0	15,98±5,43	18,73±5,54	3,52±1,52	4±1,85	4,9±1,22
Şehir	3,57±2,7	26,81±4,67	11,28±5,87	18,28±6,87	24,02±6,23	18,81±4,09	19,85±6,59	20,38±8,22	15,23±5,04	17,53±6,52	3,62±1,39	3,43±1,72	5,13±1,28
P	0,001	0,62	0,47	0,14	0,006	0,01	0,002	0,58	0,37	0,5	0,001	0,02	0,02

Tablo 4.3.2.(Devam) Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımı												Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				
		Süre (A/K)	Süre (D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığın Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağışıklama	Kaza Şansı	
Birlikte yaşadığı kişiler													
Yalnız	6,4±2,88	29,2±1,30	13,8±6,65	24,8±2,77	18,6±10,19	13,8±8,2	14,8±9,23	21,2±7,16	17,8±3,9	17,2±7,95	4,4±1,95	4,2±2,05	5±1,22
Eşi ve çocuğuyla	4,47±2,93	26,58±4,76	11,91±6,17	19,34±6,35	22,76±7,01	18,90±4,49	19,57±6,67	21,32±8,04	15,74±5,47	18,31±5,87	3,61±1,73	3,87±1,87	4,92±1,22
Diğer	7±1,73	28±3,46	17,67±4,04	22,67±4,93	17±10,15	16,33±1,53	11,33±7,77	24,67±6,11	23,67±4,73	25,67±7,57	7±2	6±0	2,67±1,53
p	0,12	0,42	0,23	0,11	0,18	0,03	0,04	0,77	0,03	0,1	0,003	0,15	0,007

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Hastalık Algısı Ölçeği toplam ve alt ölçek ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan dağılımları Tablo 4.3.2.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastalar arasında Kimlik Boyutu puan ortalaması, Duygusal Temsiller ve Kaza-Şans alt ölçekleri puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,001$; $p=0,02$; $p=0,04$). Risk Faktörleri alt ölçek puan ortalaması ise erkek hastalarda kadın hastalara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,001$).

Araştırmaya katılan 71 ve üzeri yaş hastalarda 56-70 yaş arası hastalara göre Kimlik Boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,03$). 40-55 yaş arası hastalarda 56-70 yaş hastalara göre Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,004$; $p=0,01$). Kaza- Şans alt ölçek puan ortalaması en yüksek 71 ve üzeri yaşta, en düşük ise 40 yaş altında bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,02$).

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu ilköğretim mezunu olanların ortaöğretim mezunlarına göre Kimlik Boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,005$). Yüksek okul ve üstü mezunlarda ilköğretim mezunlarına göre Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,03$). İlköğretim mezunlarında yüksekokul ve üstü mezunlarına göre hastalık nedenlerinden Kaza-Şans alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Araştırmaya katılan ve hastalık nedeniyle çalışmayı bırakan hastalarda çalışmayan hastalara göre, çalışmayan hastalarda da çalışan hastalara göre Kimlik Boyutu puan ortalaması, Süre (Döngüsel) ve Sonuçlar alt ölçekleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli fark çıkmıştır ($p=0,001$; $p=0,02$; $p=0,02$).

Araştırmada geliri giderinden az olan hastalarda, geliri giderine denk olan hastalara göre Süre (Döngüsel), Sonuçlar ve Psikolojik Atıflar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,004$; $p=0,03$; $p=0,004$). Gelir durumu gelir gidere denk olan hastalarda gelir giderden az olan hastalara göre Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak önemlidir ($p=0,03$). Geliri giderden fazla olan hastalarda ise geliri gidere denk olan hastalara göre Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,001$).

Araştırmada şehirde yaşayan hastalarda ilçe ve köyde yaşayan hastalara göre; Kişisel Kontrol, Hastalığı Anlayabilme alt ölçekleri ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak önemlidir ($p=0,006$; $p=0,002$; $p=0,02$). Köyde yaşayan hastalarda ilçe ve şehirde yaşayan hastalara göre Kimlik Boyutu, Bağışıklama ve Kaza-Şans alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,02$). İlçede yaşayan hastalarda köyde yaşayanlara göre Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,01$).

Araştırmaya katılan hastaların %95.8'i eşi ve çocuğu ile yaşamaktadır. Eşi ve çocuğu ile yaşayan hastalarda yalnız ve diğer yakınları ile yaşayan hastalara göre Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme alt ölçeği ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek, Psikolojik Atıflar ve Bağışıklama alt ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,03$; $p=0,04$; $p=0,007$; $p=0,03$; $p=0,003$).

Tablo 4.3.3. Hastaların klinik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Klinik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımları												Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				
		Süre A/K	Süre (D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığa Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağışıklama	KazaŞans	
Perkütan Koroner Girişimin Tipi													
Sadece PTKA	4,57±2,69	25,75±4,97	11,62±5,94	19,46±6,46	22,48±6,61	18,86±4,16	19,74±6,99	20,65±8,09	15,46±6,21	17,05±5,82	3,49±1,72	3,91±1,95	5,08±1,20
PTKA ve stent	4,54±3,05	27,14±4,47	12,28±6,29	19,55±6,25	22,57±7,43	18,67±4,87	19,15±6,76	21,76±7,89	16,17±5,1	19,13±5,97	3,78±1,81	3,94±1,84	4,80±1,27
P	0,95	0,06	0,48	0,93	0,93	0,79	0,57	0,36	0,4	0,02	0,29	0,92	0,15
Perkütan Koroner Girişimin Uygulanma Şekli													
Planlı PKG	4,68±3,7	26,5±3,92	9,76±5,97	17,88±7,63	22,88±6,91	18,65±4,72	18,18±7,60	19,44±8,37	15,47±6,18	16,62±6,22	4,12±2,60	3,5±2,02	4,97±1,22
Acil PKG	4,53±2,75	26,71±4,84	12,54±6,11	19,87±5,95	22,47±7,21	18,75±4,63	19,6±6,65	21,8±7,82	16,03±5,35	18,82±5,88	3,59±1,54	4,09±1,84	4,88±1,26
P	0,82	0,81	0,02	0,16	0,75	0,91	0,27	0,12	0,59	0,05	0,26	0,14	0,7

Tablo 4.3.3.(Devam) Hastaların klinik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Klinik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımları												Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				
		Süre (A/K)	Süre (D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duyusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörler	Bağışıklama	Kaza Şans	
Perkütan Koroner Girişimin Uygulanma Zamanı													
1yıldn az	3,72±3,28	26,24±4,81	10,48±5,95	18,26±6,43	23,52±6,61	19,39±3,71	18,78±6,99	20,57±8,1	16,24±5,73	17,63±5,61	3,93±2,4	3,72±1,96	5,22±1,09
1 yıl - 3 yıl	4,55±2,66	26,31±4,83	11,22±6,14	18,13±6,7	23,64±6,58	19,25±4,84	20,33±6,73	20,99±7,65	15,21±5,05	17,42±5,46	3,48±1,23	3,97±1,89	5,03±1,13
Üç yıl üzeri	5,04±2,85	27,23±4,47	13,67±6,0	21,43±5,42	21,04±7,7	17,91±4,85	18,85±6,81	22,19±8,14	16,75±6,43	19,75±6,43	3,7±1,74	4,01±1,82	4,59±1,38
P	0,05	0,39	0,007	0,002	0,05	0,12	0,35	0,48	0,4	0,04	0,42	0,68	0,02
Perkütan Koroner Girişimin Uygulanma Sayısı													
Bir kez	4,23±2,77	25,95±5,1	10,49±5,86	18,3±6,35	22,92±6,83	19,02±4,16	19,86±6,56	20,69±7,91	15,69±5,86	17,6±5,86	3,65±1,81	3,83±1,86	5,02±1,18
İki kez	5,35±3,30	27,57±4,13	13,94±5,94	21,49±5,82	21,55±7,74	17,57±4,96	17,51±7,41	22,33±8,11	16,41±4,95	18,84±6,16	3,65±1,62	3,96±1,88	4,57±1,49
Üç kez ve üzeri	4,39±2,64	27,74±3,49	14,48±6,08	20,61±6,08	22,84±7,29	19,65±5,38	20,58±6,36	22,26±7,831	16±5,06	20,68±5,67	3,83±1,93	4,23±1,94	5±1
P	0,07	0,05	<0,001	0,006	0,51	0,09	0,07	0,38	0,74	0,03	0,88	0,58	0,09

Tablo 4.3.3. (Devam) Hastaların klinik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Klinik Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımı												Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				
		Süre (A/K)	Süre (D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağışıklama	Kaza Şans	
Sigara Kullanımı													
Evet	4,26±2,99	26,87±4,53	12,15±6,2	19,55±6,29	22,79±7,47	18,81±4,89	18,81±7,26	20,88±8,33	16±4,85	19,43±6,23	3,7±1,86	3,67±1,89	4,89±1,25
Hayır	4,96±2,80	26,4±4,85	11,91±6,15	19,48±6,37	22,2±6,69	18,81±4,27	20,1±6,13	22,09±7,38	15,84±6,31	17,03±5,37	3,66±1,66	4,29±1,80	4,9±1,26
P	0,1	0,5	0,79	0,93	0,58	0,84	0,2	0,3	0,85	0,006	0,91	0,2*	0,97
Alkol Kullanımı													
Evet	3,70±2,96	26,16±5,17	11,95±6,13	18±6,45	21,43±8,18	18,73±5,31	20,14±6,41	20,62±8,52	15,14±5,21	21,54±7	3,94±2,46	3,76±2,06	4,81±1,35
Hayır	4,75±2,89	26,79±4,57	12,08±6,19	19,88±6,24	22,81±6,87	18,73±4,47	19,16±6,93	21,56±7,83	16,12±5,56	17,68±5,49	3,62±1,58	3,97±1,83	4,92±1,23
P	0,05	0,46	0,91	0,1	0,29	0,99	0,44	0,52	0,33	0,003	0,32	0,54	0,65

Araştırmaya katılan hastaların klinik özelliklerine göre Hastalık Algısı Ölçeği toplam ve alt ölçek ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan dağılımları Tablo 4.3.3.' te verilmiştir. Hastaların çoğunluğunda (%66.1) perkütan koroner girişimin tipi PTKA ve stent idi. PTKA ve stent uygulanan hastalarda sadece PTKA uygulanan hastalara göre Risk Faktörü alt ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,02$).

Acil PKG uygulanan hastalarda planlı PKG uygulanan hastalara göre Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,02$). Perkütan koroner girişim uygulanma zamanı 1 yıldan az olan hastalarda 1 yıl ve üzerinde olan hastalara göre Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalaması daha düşük, Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması ise daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,007$; $p=0,02$). PKG uygulanma zamanı 3 yıl üzeri olanlarda 3 yıl ve az olanlara göre Sonuçlar ve Risk Faktörleri alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,002$; $p=0,04$).

Araştırmaya katılan hastalara PKG çoğunlukla (%57.3) bir kez uygulanmıştır. PKG bir kez uygulanan hastalarda iki kez ve üzeri uygulanan hastalara göre Süre (Döngüsel), Sonuçlar ve Risk Faktörleri alt ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,001$; $p=0,006$; $p=0,03$).

Araştırmaya katılan hastaların çoğu sigara (%58.3) kullanmakta, alkol (%80.7) kullanmamaktadır. Sigara kullanan hastalarda kullanmayanlara göre Hastalık Nedenleri alt ölçeklerinden Risk Faktörleri puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,006$). Alkol kullanan hastalarda kullanmayanlara göre Hastalık Nedenleri alt ölçeklerinden Risk Faktörleri alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,003$).

Tablo 4.3.4. Hastaların ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımları													Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları					
		Süre A/K	Süre(D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığın Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Fakt	Bağışıklama	Kaza Şans		
Kullandığı ilaçların adlarını bilme durumu														
Evet	4,28±2,72	26,65±4,69	12,07±6,11	19,31±6,21	23,25±6,73	19,16±4,44	19,69±6,66	21,24±7,78	15,95±5,34	18,46±5,72	3,53±1,36	3,91±1,81	4,91±1,28	
Hayır	7±3,65	26,89±4,70	11,89±6,79	21,47±7,04	16,05±7,67	14,84±4,62	16,26±7,74	22,63±9,55	15,74±6,88	18,16±8,2	5±3,71	4,05±2,41	4,74±0,99	
p	0,005	0,83	0,91	0,16	<0,001	<0,001	0,04	0,47	0,87	0,88	0,1	0,76	0,56	
Kullanılan İlaç Sayısı														
1-3	3,5±2,81	25,79±4,74	11,63±5,66	19,29±6,01	23,31±6,27	19,37±3,40	18,89±6,41	21,24±6,96	15,63±4,98	18,05±5,18	3,66±1,42	3,60±1,65	4,89±1,52	
4-6	4,11±2,62	26,98±4,39	11,50±6,29	18,76±6,13	23,95±6,27	19,61±4,32	20,19±6,51	20,65±7,91	15,48±5,61	18,06±5,92	3,64±1,93	3,99±1,99	5,03±1,18	
7 ve üzeri	6,23±2,93	26,5± 3,51	13,48±6,19	21,25±6,47	19±8,33	16,39±5,25	17,79±7,69	23,21±8,20	16,92±5,67	19,46±6,79	3,79±1,77	3,9±1,81	4,65±1,06	
p	<0,001	0,41	0,17	0,07	<0,001	<0,001	0,13	0,18	0,32	0,38	0,89	0,56	0,21	

Tablo 4.3.4. (Devam) Hastaların ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği toplam ve alt ölçek ve morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları

Özellikler	Hastalık Algısı Ölçeği Puan Dağılımları												Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
	Kimlik Alt Boyutu	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutları							Hastalık Nedenleri Alt Boyutları				
		Süre A/K	Süre(D)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalığı Anlayabilme	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Fakt	Bağıışıklama	Kaza Şans	
İlaç kullanım sıklığı													
Günde bir kez	3,13±2,44	26,96±4,25	11,92±6,27	19,33±5,47	25±5,83	20,38±3,85	19,96±6,4	21,17±6,62	15,67±4,81	17,83±5,62	3,79±1,59	3,67±1,88	4,42±1,77
Günde iki kez	4,11±2,51	26,14±5,26	11,35±6,44	18,46±6,73	22,8±6,98	19,31±4,16	20,08±6,73	21,26±8,4	15,48±5,57	17,87±5,9	3,45±1,52	3,86±1,95	5,13±1,03
Üç ve üzeri	5,71±3,26	27,35±3,81	13,13±5,62	21,15±5,64	21,16±7,58	17,31±5,19	18,06±7,02	21,63±7,81	16,69±5,59	19,46±6,18	3,97±2,13	4,12±1,76	4,72±1,28
p	<0,001	0,25	0,18	0,02	0,06	0,004	0,15	0,95	0,36	0,21	0,17	0,53	0,02
Kontrollere düzenli gelme durumu													
Geliyor	4,62±2,95	26,86±4,43	12,02±6,23	19,45±6,18	22,85±7,23	18,96±4,65	19,54±6,76	21,48±7,87	15,65±5,36	18,11±5,92	3,64±1,74	3,84±1,87	5,01±1,16
Gelmiyor	4,12±2,77	25,4±6,06	12,24±5,78	20±7,23	20,48±6,27	17,2±4,28	18,04±7,28	20,72±8,59	17,84±6,07	20,56±6,1	3,92±2,02	4,52±1,83	4,16±1,57
p	0,43	0,15	0,87	0,69	0,12	0,08	0,31	0,66	0,06	0,06	0,47	0,09	0,02

Araştırmaya katılan hastaların ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin özelliklerine göre Hastalık Algısı Ölçeği toplam ve alt ölçek ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan dağılımları Tablo 4.3.4.'te verilmiştir. Hastaların çoğu (%90.1) kullandığı ilaçların adını bilmektedir. Kullandığı ilacın adını bilen hastalarda bilmeyen hastalara göre Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalığını Anlayabilme alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek, Kimlik Boyutu puan ortalaması ise daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,04$; $p=0,005$). Günde 4-6 adet ilaç kullanan hastalarda Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalamaları en yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p<0,001$; $p<0,001$). Günde 7 adet ve üzerinde ilaç kullanan hastalarda ise Kimlik Boyutu puan ortalaması en yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p<0,001$).

Araştırmaya katılan hastaların çoğu (%52.1) günde iki kez ilaç kullanmaktadır. Günde iki kez ilaç kullanan hastalarda bir kez ve üç kez ve üzeri kullanan hastalara göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,02$). Günde üç kez ve üzeri ilaç kullanan hastalarda iki kez ve bir kez kullananlara göre Kimlik Boyutu ve Sonuçlar alt ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,001$; $p=0,02$). Günde bir kez ilaç kullanan hastalarda iki kez ve üzerinde kullanan hastalara göre Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,004$).

Araştırmaya katılan ve düzenli olarak sağlık kontrollerine gelen hastalarda gelmeyen hastalara göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,02$).

Tablo 4.3.5. Hastaların bazı klinik özelliklerinin ilaç uyumuna etkisi

Klinik Özellikler	Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Toplam	Test Değeri p
İlaç Sayısı	5,3±2,32	t:3,33 p:0,001
İlaç Kullanım Sıklığı		
1 kez	4,42±1,77	F:4,31 P:0,02
2 kez	5,13±1,03	
3 kez ve üzeri	4,72±1,28	
Total	4,9±1,25	
Kontrollere Düzenli Gelme		
Evet	5,01±1,16	t:2,586 p:0,02
Hayır	4,16±1,57	
Total	4,9±1,25	
Perkütan Koroner Girişimin Tipi		
PTKA	5,08±1,20	t:1,437 p:0,15
PTKA+stent	4,80±1,27	
Total	4,9±1,25	
Perkütan Koroner Girişimin Uygulanma Şekli		
Planlı PKG	4,97±1,22	t:0,383 p:0,7
Acil PKG	4,88±1,26	
Total	4,9±1,25	
Perkütan Koroner girişimin Uygulanma Zamanı		
1 yıldan az	5,22±1,09	F:4,32 P:0,02
1-3 yıl	5,03±1,13	
3 yıl üzeri	4,59±1,38	
Total	4,9±1,25	
Perkütan Koroner Girişimin Uygulanma Sayısı		
1 kez	5,02±1,18	F:2,405 P:0,09
2 kez	4,57±1,49	
3 kez ve üzeri	5±1	
Total	4,9±1,25	

Araştırmaya katılan hastaların bazı klinik özelliklerinin ilaç uyumuna etkisi Tablo 4.3.5.'de verilmiştir. İlaç sayısı, ilaç kullanım sıklığı, kontrollere düzenli gelme ve perkütan koroner girişimin uygulanma zamanı puan ortalamaları ile Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p=0,001$; $p=0,02$; $p=0,02$; $p=0,02$). İlaç kullanım sıklığı günde 2 kez olan hastaların 1 kez, 3 kez ve üzeri olan hastalara göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (5,13±1,03). Düzenli kontrollere gelen hastaların gelmeyenlere göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (5,01±1,16). Perkütan koroner girişim uygulama zamanı 1 yıldan az olan hastaların 1 yıl ve üzeri olan hastalara göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (5,22±1,09).

Tablo 4.3.6. Hastaların hastalık algılarının ilaç uyumuna etkisi

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları	Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği		Test Değeri P
	Uyumu Düşük < 6 puan	Uyumu orta ≥ 6 < 8 puan	
Kimlik Boyutu	5,15±2,95	3,47±2,57	t: 3,93 p: <0.001
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu			
Süre (Akut/Kronik)	27,07±4,49	25,94±4,96	t: 1,61 p: 0,11
Sonuçlar	20,91±5,93	16,99±6,23	t: 4,31 p: <0,001
Kişisel Kontrol	21,96±7,4	23,60±6,57	t: -1,53 p: 0,13
Tedavi Kontrolü	18,02±4,99	20,04±3,55	t: -3,26 p: 0,001
Hastalığı Anlayabilme	18,28±7,12	21,29±5,81	t: -3,17 p: 0,002
Süre (Döngüsel)	13,25±6,05	9,87±5,80	t: 3,76 p: <0.001
Duygusal Temsiller	43,37±11,85	39,31±10,02	t: 2,38 p: 0,02
Hastalık Nedenleri Boyutu			
Psikolojik Atıflar	16,45±5,69	14,99±5,00	t: 1,78 p: 0,08
Risk Faktörleri	18,98±6,15	17,41±5,59	t: 1,75 p: 0,08
Bağıışıklık	3,83±1,97	3,40±1,30	t: 1,79 p: 0,07
Kaza ve Şans	4,105±1,84	3,60±1,91	t: 1,78 p: 0,07

Araştırmaya katılan hastaların hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi Tablo 4.3.6.'da verilmiştir. Kimlik Boyutu puan ortalaması ile Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p<0,001$). Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Sonuçlar, Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme, Süre (Döngüsel) ve Duygusal Temsiller ölçeği puan ortalaması ile Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli çıkmıştır ($p<0,001$; $p=0,001$; $p=0,002$; $p<0,001$; $p=0,02$). Kimlik Boyutu ve Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Sonuçlar, Süre (Döngüsel) ve Duygusal Temsiller ölçeği puan ortalamaları ile Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'nde 'uyumu düşük (<6 puan)' puanlamasında daha yüksek bulunurken, Tedavi Kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçekleri puan ortalamaları 'uyumu orta ($\geq 6<8$ puan)' puanlamasında daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada bulgular,

- Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik, İlaç Kullanımı ve Sağlık Kontrollerine Uyuma İlişkin Özellikleri İle İlgili Bilgiler,
- Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bilgiler,
- Hastalık Algısı ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bilgiler başlıkları altında literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik, İlaç Kullanımı ve Sağlık Kontrollerine Uyuma İlişkin Özellikleri İle İlgili Bilgilerin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu erkek ve 56-70 yaş aralığındadır. Koroner arter hastalığı ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda 56 yaş üzeri erkeklerin oranının yüksek olduğu görülmektedir [12, 15, 17,19, 79, 80]. Erkeklerde koroner arter hastalığının daha çok görülmesi; atheroskleroz oluşumuna kadınlardan daha eğilimli aynı zamanda koroner kalp hastalığı insidans oranının kendisinden 10 yaş büyük kadınlarla aynı olduğundan ve östrojen hormonunun kadında koruyucu etkiye sahip olduğu için genç yaş kadın hastalarda bu oranın düşük olması ile açıklanabilir [4, 25].

Hastaların çoğunluğunun evli, ilköğretim mezunu olduğu ve çalışmadığı tespit edilmiştir. Chen ve ark. (2014) çalışmalarında hastaların %64'ünün ilköğretim mezunu olması, Köseoğlu ve Enç'in (2016) çalışmalarında hastaların %63.9'unun evli ve %52.8'inin ilköğretim mezunu olması bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir [14,19]. Araştırmada hastaların çoğunluğunun (%64.1) çalışmamasının yaş ortalamasının yüksek olması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan koroner arter hastaların çoğunluğu (%78.1) normal kilonun üzerinde bulunmuştur. Bayülgen ve Altıok'un (2017) çalışmalarında hastaların %75'inin normal kilonun üzerinde olması bulgularımız ile benzerlik göstermektedir [18]. Bu durum vücutta fazla yağ birikiminin ve depolanmasının dislipidemi gibi hastalıklar ile ortaya çıkarak damar yapısını bozması, kilo ve bel kalınlığının artarak koroner arter hastalığı için risk oluşturmasıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğuna acil PKG uygulanmış ve perkütan koroner girişimin tipi olarak hem PTKA hem stent uygulanmıştır. Bayülgen ve Altıok'un (2017) çalışmalarında ise hastaların çoğunluğuna planlı PTKA (%51) ve sadece PTKA (%52) uygulanmıştır [18]. Bu durum acil uygulanan girişimlerde durum ciddiyetinin planlı girişimlere göre daha fazla olup, bu yüzden aynı zamanda stent takılmasına neden olması ile açıklanabilir. Araştırmaya katılan hastaların çoğuna PKG bir kez (%57.3) uygulanmış ve üç yıl ve üzerinde (%41.1) zaman geçmiştir. Yapılan benzer bir çalışmada Kahkönen ve ark. (2017) hastaların %76.2'sine bir kez PKG uygulandığını ve koroner arter hastalığının ortalama süresini 5 yıl olarak belirtmektedirler [80].

Araştırmaya katılan hastaların çoğunda diğer sağlık sorunları; geçirilmiş MI, diyabetes mellitus ve hipertansiyon olarak bulunmuştur. Charlson ve ark. (2008) çalışmalarında hastaların %58'inin hipertansiyon, %26'sında diyabetes mellitus olduğunu belirtmektedirler [70]. Gattı ve ark. (2009) çalışmalarında hastaların %72'sinin hipertansiyonu, %31'inin diyabetes mellitusu olduğunu ve %44'ünün hiperlipidemisi olduğunu belirtmektedirler [81]. Yine konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da bu çalışmaya benzer sonuç elde edilmiştir [14,80]. Bu çalışma ve diğer benzer çalışmalarda da diğer kronik hastalıkların çoğunlukla görülmesi bu hastalıkların koroner arter hastalığı için risk faktörleri arasında olduğu literatür sonuçlarını desteklemektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %58.3'ünün sigara kullandığı bulunmuştur. Badıllıoğlu ve ark. (2011) yapmış oldukları çalışmada hastaların %48.7'sinin sigara kullandığı belirtilmektedir [23]. Sevinç ve Eşer (2011) çalışmalarında hastaların %67.4'ünün sigara kullandığını belirtmektedirler [46]. Sigara kullanımı atheroskleroza sebep olduğu için koroner arter hastalığı ve dolayısıyla perkütan koroner girişim riskini arttırmaktadır [32,34]. Sigarayı bırakma konusunda hemşirenin vereceği eğitim ve destek PKG sonrasındaki süreçte de hasta için önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunun kullandığı ilacın adını bildiği, günde iki kez sıklıkla ve 4-6 tane ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Gattı ve ark. (2009) çalışmaya dahil ettikleri hastaların %33.8'inin hergün ilaç içmede sıkıntı yaşadığını belirtmektedir [81]. Son ve ark. (2014) yapmış oldukları çalışmada hastaların çoğunun benzer şekilde günde iki defa ilaç kullandığı fakat günde kullanılan ilaç sayısının 3' den az olduğu belirtilmektedir [82]. Hastalarda diğer kronik hastalıkların varlığı kullanılan ilaç sayısını doğrudan etkilediği düşünülebilir. Hemşirenin hasta ve yakınlarına ilaç kullanımı hakkında eğitim vermesi gerekmektedir. Öncelikle ilacın neden kullanıldığı, kullanmazsa oluşabilecek olumsuzlukları, ilaç alırken dikkat etmesi gerekenleri, alınması gereken saat ve dozu hakkında bilgi vermesi gerekmektedir.

Düzenli ilaç kullanımı ile ilgili hastayı teşvik etmeli ve kullandığı ilaçlar ile ilgili hasta bilgi eksikliği açısından sorgulamalıdır.

5.2. Hastalık Algısı Ölçeği İle İlgili Bilgilerin Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık nedenleri olarak stres ya da endişe, kalıtsal (ırsi), diyet-yemek alışkanlıkları, aşırı çalışma, şans ya da kötü talih, aile problemleri, geçmişteki kötü tıbbi bakımı daha yüksek oranda düşündükleri tespit edilmiştir. Astin ve ark. (2009) çalışmalarında hastaların hastalığa neden olarak %31 sigara, %31 diyet- yeme alışkanlıkları ve %10 kalıtımı düşündükleri belirtilmektedir [17]. Gündüz ve Karabulutlu (2016) çalışmalarında hastaların hastalık nedenleri olarak en fazla; kalıtsallığı, diyet-yemek alışkanlıklarını, geçmişindeki kötü bakımı, kendi davranışlarını, yaşlanmayı, sigara ve alkol içmeyi düşündüklerini belirtmektedirler [83]. Stafford ve ark. (2008) çalışmalarında hastaların hastalık belirtisi olarak en çok; kalıtım (%66), yaşlılık (%64), stres (%58) ve diyet-yemek alışkanlıklarını (%55), en az ise; kirlilik (%8), kaza (%5), bağışıklık (%4) ve mikrobi (%1) düşündükleri belirtilmektedir. Çalışmalarında 65 yaş üzerindeki hastaların yaşlılık nedenini düşünmeleri daha düşük bulunmuş ve sigara kullananların %74'ü neden olarak sigarayı düşünürken, alkol kullananların ise %35'inin alkolü neden olarak düşündüğü belirtilmektedir [84]. Yapılan çalışmalarda kalıtsallığın ve yaşlanmanın dışında olan nedenlerde en çok hastaların kendi alışkanlık ve davranışları ile ilişkilendirdikleri görülmüştür. Bu durum hastaların geçmişlerinde sağlıklı davranışlar içinde olduklarının farkındalığı ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutunun alt ölçeklerinden; Süre (Akut/Kronik) alt ölçeği puan ortalaması (26.67 ± 4.69) en yüksek, Süre (Döngüsel) puan ortalaması (12.05 ± 6.16) en düşük bulunmuştur. Süre (Akut/Kronik) alt ölçek puan ortalamasının yüksek bulunması hastaların hastalığını daha kronik algıladığı, Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalamasının en düşük bulunması ise hastaların hastalıklarının ne sıklıkla tekrarladığını algılayamadığı ile açıklanabilir. Kişisel Kontrol alt ölçeği puan ortalaması (22.54 ± 7.14) ile Duygusal Temsiller alt ölçek puan ortalaması (21.38 ± 7.95) da yüksek bulunmuştur. Kişisel Kontrol puan ortalamasının yüksek olması hastaların kişisel kontrollerini yaptıkları, kendi kendine destek ve çabalarının olması ile açıklanabilir. Duygusal Temsiller puan ortalamasının yüksek çıkması da hastalarda ortaya çıkan duygusal tepkilerin yoğun algılandığı ile açıklanabilir. Gündüz ve Karabulutlu (2016) çalışmalarında hastaların Duygusal Temsiller alt

ölçek puan ortalamasını en yüksek, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamasını ise en düşük bulduklarını belirtmektedir [83]. Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamasının en düşük bulunması hastaların hastalıkları hakkında yeterince algılarının oluşmadığı ile açıklanabilir. Astin ve ark. (2009) ve Karabulutlu ve Karaman (2015) yapmış oldukları çalışmada benzer olarak Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalamasını en yüksek, Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalamasını ise en düşük tespit ettiklerini belirtmektedirler [17, 85].

5.3. Hastalık Algısı ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bilgilerin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastalar arasında Kimlik Boyutu, Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Duygusal Temsiller alt ölçeği ve Hastalık Nedeni Boyutu alt ölçeklerinden Kaza-Şans alt ölçek puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç çalışmada kadınların erkeklere göre belirtilerini ve duygularını daha yoğun yaşadıklarını, hastalık nedenlerinde ise erkeklere göre şans ve talihi daha çok düşünüldüğünü göstermektedir. Risk Faktörleri alt ölçek puan ortalaması ise erkek hastalarda kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç erkek hastaların sayısının ve sigara kullanımının fazla olmasıyla açıklanabilir. Chen ve ark. (2014) cinsiyet farklılığı ile ilişkili faktörlerin ilaç uyumuna etkisini araştırdıkları çalışmalarında erkek hastaların kadın hastalara göre daha uyumlu olduğu belirtilmektedir. Erkek hastaların kadın hastalardan daha uyumlu olmasının ise algılarının farklı olmasından kaynaklandığı, erkek hastaların risk faktörlerine karşı daha koruyucu davranışlarda bulunduğu belirtilmektedir [14].

Araştırmada 71 ve üzeri yaş hastalarda 56-70 yaş arası hastalara göre Kimlik Boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç yaşı artması ile semptomların artması ve belirtilerin hastalıkla ilişkilendirilmesinin artması ile açıklanabilir. 40-55 yaş arası hastalarda 56-70 yaş hastalara göre Kişisel Kontrol ve Tedavi Kontrolü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç 40-55 yaş arasında olan hastaların 56-70 yaş hastalara göre kendilerini, hastalıklarını ve tedavilerini kontrol etmede ve sürdürmede daha etkin olması ile açıklanabilir. Kaza- şans alt ölçek puan ortalaması en yüksek 71 ve üzeri yaşta, en düşük ise 40 yaş altında bulunmuştur. Bu sonuç yaşı artması ile daha çok kadercilik, şans ve talihi düşünülmesinden kaynaklanabilir. Schüz ve ark. (2014) yaşlı hastalarla yapmış oldukları çalışmalarında hastalarda birden fazla hastalığın bir arada bulunmasının hastalık algısını, başa çıkma davranışlarını, tedaviyi, kontrol ve işleyişini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini

belirtmektedirler [12]. Stafford ve ark. (2008) yapmış oldukları çalışmalarında yaşlı hastaların genç hastalara göre algılarının daha düşük olduğunu ve böylece uyumlarının daha az olduğunu belirtmektedir [84]. Perkütan koroner girişim uygulanan yaşlı hastaların taburculuk sonrasında tedavi uyumunun artırılması için algılarının da olumlu seyri önemlidir. Bu yüzden hemşire yaşlı hastaları hem psikolojik yönden motive etmeli hem de hastalığı, tedavisi ve kontrolü ile ilgili bilgileri sade, anlaşılır, kolay ve akılda kalıcı şekilde aktarması gerekmektedir. Hastanın anlaması ve teşvik edilmesi için hasta yakınından da destek alınabilir.

Araştırmada eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlarda ortaöğretim mezunlarına göre Kimlik Boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu durum ilköğretim mezunu olan hastaların hastalıklarının belirtileri, bulguları hakkında daha çok inanç geliştirdiğini gösterir. Ortaöğretim mezunlarında ilköğretim mezunlarına göre Sonuçlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek çıkması eğitim seviyesinin artması ile hastalarda durumun ciddiyetinin ve sonuçlarının algılanmasının artması ile açıklanabilir. Yüksek okul ve üstü mezunlarda ilköğretim mezunlarına göre Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunması ise eğitim seviyesinin artması ile hastalığı tanıma ve anlayabilmenin de attığını göstermektedir. Ayrıca ilköğretim mezunlarında yüksekokul ve üstü mezunlarına göre hastalık nedenlerinden Kaza-Şans alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunması eğitim seviyesinin düşmesi ile hastalığa neden olan faktörlerinde daha çok şans, kaza ve talih ile ilgili olduğu algısının artması ile açıklanabilir. Kahkönen ve ark. (2017) çalışmalarında eğitim seviyesi yüksek olan hastaların ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu belirtmektedirler [80]. Gattı ve ark. (2009) yapmış oldukları çalışmalarında sağlık okuryazarlığının tedaviye uyum ile ilişkisinin olduğunu, hastaların uyumunda ise eğitim ve bilginin önem taşıdığını belirtmektedirler [81]. Aflakseir (2013) yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesinin düşük olmasının ilaç uyumunu olumsuz etkilediğini belirtmektedir [86]. Perkütan koroner girişim uygulanan hastaları hemşirenin değerlendirmesi bu anlamda önem taşımaktadır. Çünkü hastanın anlama kapasitesi hastalığın ve tedavinin işleyişini etkileyecektir. Bu yüzden verilen eğitimin hastaya göre nitelikli ve verimli olması için hemşire hastasının anlama düzeyine göre eğitimini ve desteğini planlamalıdır.

Araştırmada geliri giderden az olan hastalarda, geliri gidere denk olan hastalara göre Süre(Döngüsel), Sonuçlar ve Psikolojik Atıflar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç maddi durumu düşük olan hastaların hastalıklarının ne sıklıkla yaşandığını bilmemesini, duygularını daha yoğun yaşadıklarını, stres ve aile problemlerinin daha yoğun yaşanmadığını ve yaşamları hakkında daha olumsuz düşündüklerini gösterir. Araştırmada hastaların gelir durumu arttıkça Tedavi Kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme puanlarının arttığı bulunmuştur. Bu sonuç gelir durumu iyi olan hastaların yaşam koşullarının

daha iyi olması ve buna bağlı olarak hastalığını kontrol etme ve hastalığını anlayabilmeye yönelik kaynaklara daha kolay ulaştıkları ile açıklanabilir. Stafford ve ark. (2008) çalışmalarında yoksul hastaların hastalık inançları ve ikincil koruma davranışlarının maddi durumu iyi olan hastalara göre daha düşük ve uyumsuz olduğunu belirtmektedir [84]. Küçükberber ve ark. (2011) sosyoekonomik durumu düşük olan insanlarda kronik hastalıkların daha çok ortaya çıktığını belirtmektedirler [87]. Araştırma sonuçları literatür sonuçları ile uyumludur.

Araştırmaya katılan ve hastalık nedeniyle çalışmayı bırakan hastalarda çalışmayan hastalara göre, çalışmayan hastalarda da çalışan hastalara göre Kimlik Boyutu ve Süre(Döngüsel) ve Sonuçlar alt ölçekleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre belirtilerini anlayamadığını, hastalıklarının tekrarlanma zamanını kavrayamadıklarını ve hastalığın sonucunun ciddiyetini algılayamadıkları ile açıklanabilir. Araştırmada eşi ve çocuğu ile yaşayanlarda yalnız ve diğer yakınları ile yaşayan hastalara göre Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme alt ölçeği ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek, Psikolojik Atıflar ve Bağışıklama alt ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur . Bu sonuçlar evli olan hastaların yalnız yaşayanlara göre hastalığını daha iyi tanıdığını, tedavisine daha uyumlu olduğunu, duygusal anlamda daha az problemlerinin olduğunu ve stres faktörünün az olduğunu göstermektedir. Küçükberber ve ark. (2011) çalışan kalp hastalarında çalışmayanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek bulunduğunu, evli hastaların bekar hastalara göre manevi gelişim ve stres yönetiminde daha etkin olduğunu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğunu belirtmektedirler [87]. Sonuçlarımız literatür sonuçları ile uyumludur. Hemşire hastayı stres, depresyon, aile yaşantısı, sosyal çevresi, sigara- alkol kullanımı vb. yönleriyle değerlendirmelidir. Stres yönetimi ile ilgili danışmalık vermelidir. Danışmalık sırasında aile üyeleri veya kişinin değerli gördüğü yakınlarıda olabilir. Böylece ailenin hastaya sosyal desteği arttırılmış olur.

Araştırmada PTKA ve stent uygulanan hastalarda sadece PTKA uygulanan hastalara göre Risk Faktörü alt ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç PTKA ve stent uygulanan hastalarda sadece PTKA uygulananlara göre hastalık nedenleri olarak; kalıtım, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişteki kötü tıbbi bakım, kendi davranışları, yaşlanma, alkol ve sigara kullanmanın daha çok düşünülmesi ile açıklanabilir ve aynı zamanda sağlıklı yaşam davranışlarının daha az önemsendiğini gösterir. Lapointe ve ark. (2011) yapmış oldukları çalışmada hastada stres, depresyon, sigara kullanımı, hastanın ilgisizliği, inanç eksikliğinin olması hastalığın ciddiyetini olumsuz etkilediğini belirtmektedir [69].

Perkütan koroner girişim uygulanma zamanı 1 yıldan az olan hastalarda 1 yıl ve üzerinde olan hastalara göre Kimlik Boyutu ve Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalaması daha düşük, Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması ise daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç PKG uygulama zamanı 1 yıldan az olan hastalarda belirtilerini ve ne sıklıkla tekrarladığı algılayabildiklerini ve ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu gösterir. PKG uygulanma zamanı 1-3 yıl arası olan hastalarda 1 yıldan az ve 3 yıl üzeri olan hastalara göre Kişisel Kontrol alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç 1 yıldan az olanlarda kişisel kontrol ve kişisel desteğin temellerinin atılıp 1-3 yıl arasında pekişmesi ve 3 yıl üzeri olanlarda ise zaman aşımına bağlı kişisel kontrolün azalması ile açıklanabilir.

Araştırmada PKG bir kez uygulanan hastalarda iki kez ve üzeri uygulanan hastalara göre Süre (Akut/Kronik), Süre (Döngüsel), Sonuçlar ve Risk Faktörleri alt ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç iki kez ve üzeri uygulanan hastalarda durumun ciddiyetini, hastalığın hangi sürede tekrarladığını ve ne kadar süreyle yaşandığını daha çok algılayabildiklerini, fazla sayıda girişim uygulandığı için risk faktörlerinin daha çok rastlanıldığı ile açıklanabilir. Kahkönen ve ark. (2017) yapmış oldukları çalışmada ilk kez PKG uygulanan (%76.2) hastalarda hastalık algısının daha yüksek olduğunu belirtmektedirler [80]. Hemşire ilk kez PKG uygulanan hastalara risk yönetimi konusunda danışmanlık sağlamalıdır. Riskler en aza indirilerek sağlıklı davranışların geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması önemlidir. Hastalara sağlıklı yemek alışkanlıkları, lipid kontrolü, kan basıncı kontrolü, diyabet kontrolü, kilo kontrolü, fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması ve stres yönetimi konusunda danışmanlık ve destek verilmelidir.

Araştırmada sigara ve alkol kullanan hastalarda kullanmayanlara göre Risk Faktörleri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hastaların sigara ve alkolün koroner arter hastalığı risk faktörü olduğunun farkında oldukları ile açıklanabilir. Charlson ve ark. (2008) koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda riskli davranışların değiştirilmesi ve sağlıklı davranışların geliştirmesine yönelik 2 yıllık izleme dayalı yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %63'ünün verilen eğitim doğrultusunda (sigaranın bırakılması, kilo kontrolü, fiziksel aktivite vb.) sağlıklı davranışları tercih ettiğini belirtilmektedirler [70]. Hemşirenin risk faktörleri ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması konusunda hastaların sağlıklı davranışlarda bulunması için hastaları eğitmesi ve desteklemesi gerekmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğu (%90.1) kullandığı ilaçların adını bilmektedir. Kullandığı ilacın adını bilen hastalarda bilmeyen hastalara göre Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalığını Anlayabilme alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek, Kimlik Boyutu puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç kullanılan ilacın adını bilen hastalarda

hastalığını tanıdığını, tedavisini ve kendi desteği ile ne yapması gerektiğini algılayabildiğini gösterir. Aynı zamanda hastalık belirtileri ve bulguları hakkında daha net bilgisi olup, olumsuz algıları olmadığını gösterir. Kelleci ve ark. (2011) ilaç kullanma hakkında hastaların düşünceleri ile ilgili yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %82.6'sının kullandığı ilacın adını bildiğini, %76.1'inin dozunu da bildiğini, %60.9'unun da ne amaçla kullandığını bildiğini belirtmektedirler [88]. Araştırma sonuçları literatür sonuçlarıyla uyumludur.

Araştırmada hastaların günde ilaç kullanım sıklığı (özellikle günde üç kez ve üzeri kullanan hastalarda) arttıkça Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması ve Tedavi Kontrolü puan ortalamalarının düştüğü, Kimlik Boyutu ve Sonuçlar alt ölçek puan ortalamalarının ise yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuçlar ilaç kullanım sıklığının artmasının karmaşıklığa neden olduğu, hastaların hastalıkla ilgili belirti ve bulguları daha çok yaşayacaklarını düşündüklerini ve düzenli ilaç kullanımına uyumlarının azalmasına neden olduğu ile açıklanabilir. Yapılan benzer çalışmalarda da günde ilaç kullanım sıklığı arttıkça tedaviye uyumun azaldığı belirtilmektedir [76,86,89,90]. Araştırma sonuçları literatür sonuçları ile uyumludur.

Araştırmada günde kullanılan ilaç sayısı ile ilaç kullanım sıklığı arttıkça ve perkütan koroner girişim uygulama zamanı arttıkça ilaç uyumunun azaldığı, düzenli kontrole gelmenin de ilaç uyumunu arttırdığı saptanmıştır. Son ve ark. (2014) perkütan koroner girişim sonrası hastalarda depresif belirtiler ve öz yeterliliğin uyumla ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında hastaların %60,3'ünün tedaviye uyumsuz olduğunu belirtmektedirler. Çalışmaya göre uzun süre ilaç kullanımı ve depresyon uyumu olumsuz etkilemektedir. Öz etkinliği, hastalık algısı ve kendini yönetme yeteneği yüksek olanlarda ilaç uyumunun arttığı ve klinik olarak sonuçları olumlu yönde etkilediği açıklanmaktadır [82]. Aflakseir (2013) yapmış olduğu çalışmada hastaların %42'sinde ilaç uyumunun olmadığını, uyumsuzluğun da; hekimin yetersiz bilgi vermesi, hastanın eğitim seviyesinin düşük olması, ilaçların maliyetli olması, yan etkilerinden dolayı kullanılmak istenilmemesi, tedavi yararına inancın eksik olması, ilaçların karmaşıklığı ve psikolojik etmenlerden kaynaklandığını belirtmektedir. İlaçların reçete edilmiş olması, eğitim seviyesinin yüksek olması ve kronik hastalık sayısının fazla olması da ilaç uyumunu olumlu etkileyen nedenler olarak belirtilmektedir [86]. Sonuçlarımız literatür sonuçları ile uyumludur.

Chowdhury ve ark. (2013) düşük sosyal statü, düşük sağlık okuryazarlığı, eşlik eden başka hastalıkların varlığı, kullanılan ilaç sayısının fazla olması, bilgi eksikliği, ilaçlarla ilgili olumsuz algılamalar, yan etkilerinden dolayı kullanılmak istememesi ve ilaçların maliyetinin yüksek olmasının ilaç uyumunu olumsuz etilediğini belirtmektedirler [90]. İlaç kullanım sıklığı ve ilaç sayısı fazla olan hastalara karmaşıklığın giderilmesi ve uyumun artırılması için hemşire

hastalara eğitim planlarken akılcı, hatırlatıcı, görsel materyallerden faydalanabilir. Örneğin; hastaların o öğünde kullanması gereken ilaçları farklı materyallerde hazırlanabilir, alarmlar kurulabilir. Ekinci ve ark. (2017) yapmış oldukları çalışmada, hastaya günlük hatırlatıcı mesaj göndermenin tedavi kontrolünde ve ilaç uyumunda etkili olduğunu, mesaj atılan hastaların %96,7'sinde uyumun arttığını belirtmektedir [91].

Naderi ve ark. (2012) araştırmalarında hastaların %57'sinde ilaç uyumunun yeterli olduğunu belirtmektedirler. Aspirin, kolesterol ve kan basıncını dengeleyen ilaçların birlikte kullanımının koroner kalp hastalığı riskini önemli ölçüde azalttığı ve bu tedavinin ömür boyu devamlılığının olması gerektiği vurgulanmaktadır. Tedaviye uyum olduğu sürece koroner olayın tekrarlanma riskinde azaldığı, hastalarda ilaç uyumunu sağlamak için basit iletişim yöntemi kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca hastaya hatırlatıcı kısa mesajlar göndermenin hasta açısından yararlı olduğu belirtilmektedir [92].

Araştırmaya katılan ve düzenli olarak sağlık kontrollerine gelen hastalarda gelmeyen hastalara göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre hastaların düzenli kontrollere gitmesinin ilaç uyumunu olumlu etkilediği açıklanabilir. Köseoğlu ve Enç (2016) yapmış oldukları çalışmada hastaların %72,7'sinin düzenli sağlık kontrollerine gittiklerini belirtmektedirler [19]. Sonuçlarımız literatür sonuçları ile uyumludur.

Araştırmaya katılan hastaların ilaç tedavisine uyumları orta düzeyde bulunmuştur. İlaç tedavisine uyumu orta düzeyde olan hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Tedavi Kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçekleri puan ortalamaları yüksek iken ilaç tedavisine uyumu düşük düzeyde olan hastaların Kimlik Boyutu puan ortalaması ile Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Sonuçlar, Süre (Döngüsel) ve Duygusal Temsiller alt ölçekleri puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hastalığını anlayabilen, hastalığının ve tedavisinin farkında olup tedavisini kontrol edebilen hastaların ilaç uyumlarının olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Aynı zamanda hastalığının ne sıklıkla yaşandığının, nasıl etkilendiğinin, ne kadar süre ile hissettiğinin farkında olmayan hastalarda ise ilaç uyumunun olumsuz etilendiği açıklanabilir. Astin ve ark. (2009) çalışmalarında olumsuz ve yanlış hastalık algılarının sağlık davranışlarını etkilediği için ilaç uyumunu, tedavi yönetimini ve hastalığın ilerleyişini olumsuz etkilediğini belirtmektedir [17]. Yaraghchi ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmaya göre pozitif hastalık algısının hastaların uygun tedaviye yönelmelerini sağladığını ve yaşam kalitesini arttırdığını belirtmektedir [93]. Sonuçlarımız literatür sonuçları ile uyumludur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun; erkek, evli, 50 yaş ve üzerinde, normal kilonun üzerinde, çalışmadığı, ilköğretim mezunu, geliri giderine denk olduğu, ilçede ve ailesiyle birlikte yaşadığı,
- Hastaların çoğunluğuna PTKA ile birlikte stent takıldığı, acil PKG uygulandığı ve yarısına yakınının üç yıl ve öncesinde PKG uygulandığı,
- Hastaların çoğunluğunun sigara kullandığı, miyokard enfarktüs geçirdiği, DM ve hipertansiyon tanısının olduğu,
- Hastaların çoğunluğunun kullandığı ilaçların adını bildiği, günde iki kez kullandığı, kontrollerine düzenli olarak geldiği,
- Araştırmaya katılan bireylerin hastalık nedenleri olarak stres ya da endişe, kalıtsal (irisi), diyet-yemek alışkanlıkları, aşırı çalışma, şans ya da kötü talih, aile problemleri, geçmişteki kötü tıbbi bakım puan ortalamasının daha yüksek olduğu,
- Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutunun alt ölçeklerinden Süre (Akut/Kronik) alt ölçek puan ortalamasının en yüksek, Süre (Döngüsel) puan ortalamasının en düşük olduğu, Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamasının ise orta düzeyde olduğu,
- Hastaların, sosyo-demografik, klinik özelliklerinin hastalık algısını önemli düzeyde etkilediği, ilaç uyumunu; yaşanan yer, birlikte yaşanan kişiler, PKG uygulama zamanı, uygulanan PKG sayısı, ilaç sayısı, ilaç kullanım sıklığı ve düzenli sağlık kontrolüne gitmenin etkilediği,
- Araştırmaya katılan hastalardan şehirde, eşi ve çocuğu ile yaşayan, PKG üç yıldan daha kısa zamanda uygulanan, günde iki kez ilaç kullanan ve düzenli kontrollere gelen hastaların ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu,
- Hastaların ilaç tedavisine uyumlarının orta düzeyde olduğu ve hastalık algısının ilaç tedavisine uyumlarını etkilediği,
- İlaç tedavisine uyumu orta düzeyde olan hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Tedavi Kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçekleri puan ortalamalarının yüksek olduğu, ilaç tedavisine uyumu düşük düzeyde

olan hastaların ise Hastalık Algısı Ölçeğinin Kimlik Boyutu puan ortalaması ve Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Sonuçlar, Süre (Döngüsel) ve Duygusal Temsiller alt ölçekleri puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

- Hastaların çoğunun kilolu, sigara kullanması ve çoğunda geçirilmiş MI, DM ve hipertansiyon bulunması nedeniyle hastalara risk yönetimi (sigaranın bırakılması, kilo kontrolü, diyabet ve kan basıncı kontrolü, sağlıklı diyet, egzersiz vb.) konusunda, sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında hastanın profesyonel yardım alması konusunda yönlendirilmesi ve hemşirenin aktif rol alması, sigara kullanan hastaların sigara bırakma merkezine yönlendirilmesi,
- Hastaların çoğunun hastalık nedeni olarak stres ya da endişeyi düşünmesi ve hastanın hastalık hakkındaki olumsuz algıları, stres, endişe, kaygı, korku, üzüntü ve öfkesi ilaç tedavisini olumsuz etkilemesi nedeniyle sağlık ekibinin ve hasta yakınlarının iş birliği ile stres yönetimi konusunda ve psikososyal anlamda motive edici danışmanlık verilmesi, hekim ile paylaşılıp psikolog yardımı alması konusunda yönlendirilmesi,
- Günde kullanılan ilaç sayısının fazla olması ilaç uyumunu olumsuz etkilediği için bu bilgilerin sağlık profesyonelleri ve hekimler ile paylaşılması,
- Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısı ilaç uyumunu etkilediği için hastaların hastalıkları ile ilgili nasıl algılarının olduğuna yönelik kalitatif çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- [1]. Özen, A.T.; Çelik, S.Ş., Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* **2010**,13, 2.
- [2]. The top 10 causes of death, Fact sheet updated January 2017, World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> (22.12.2017).
- [3]. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2016, Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> (22.12.2017).
- [4]. Onat, A.; Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Ünaltuna, N.E., Kaya, A., Altay, S., *Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük*, TEKHARF 2017 Çalışması, Logos Yayıncılık, Gayrettepe, İstanbul, 2017, 3-273.
- [5]. Kaplay, M.; Erol, C., *Koroner arter hastalığı*, Türk Radyoloji Derneği Seminerleri, 2013, 1, 57-69.
- [6]. Durusoy, E.; Yıldırım, T., Altun, A., Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2010**, 27,(1), 13-18.
- [7]. Montalescot, G.; Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Budaj, A., Bugiardini, R., Crea, F., Cuisset, T., Mario, C., Ferreira, J., Gersh, B., Gitt, A., Hulot, J., Marx, N., Opie, L., Pfisterer, M., Prescott, E., Ruschitzka, F., Sabate, M., Senior, R., Taggart, D., Wall, E., Vrints, C., Avrupa Kardiyoloji Derneği Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* **2014**, (4), 79-120.
- [8]. Enç, N.; Umman, S., Ağırbaşı, M., Altıok, M., Ergun, F. Ş., Uysal, H., İncekara, E., Ulusoy, S., Baran, A. E., Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik bakım kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği* **2004**,1-23.
- [9]. Çınar, C.; Oran, İ., *Temel Anjiyoplasti Balon Stentler ve Özellikleri*, Türk Radyoloji Derneği Seminerleri, İzmir,2015,3, 255-262.
- [10]. Kavradım, S. T.; Özer, Z. C., Miyokard infarktüsü sonrası roy uyum modeline dayalı hemşirelik yaklaşımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2016**,7,(12),24-35.
- [11]. Catapano, A. L.; Graham, L., Backer, G. D., Wiklund, O., Chapman, M. J., Drexel, H., Hoes, A.W., Jennings, C.S., Landmesser, U., Pedersen, T.R., Reiner, Z., Riccardi, G., Taskinen, M. R., Tokgözoğlu, L., Verschuren, W. M., Vlachopoulos, C., Wood, D. A., Zamorano, J. L., Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016/ESC/EAS Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* **2017**,6-55.
- [12]. Schüz, B.; Wolff, J. K., Warner, L. M., Ziegelman, N., Wurm, S., Multiple illness perceptions in older adults: effects on physical functioning and medication adherence. *Psychology and Health Journal* **2014**, 29, (4), 442-457.
- [13]. Sundell, K. A.; Jonsson, A. K., Beliefs about medicines are strangely associated with medicine use patterns among the general population. *International Journal of Clinical Practice* **2016**, 70, (3), 277-285.
- [14]. Chen, S. L.; Lee, W. L., Liang, T., Liao, I. C., Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *Journal Of Advanced Nursing* **2014**, 70, (9), 2031-2040.

- [15]. Astin, F.; Closs, S. J., Lenachan, J., Hunter, S., Priestley, C., The information needs of patients theated with primary angioplasty for heart attact: an exploratory study, Patient Education and Counseling. *The Leading International Journal For Communacation In Healthcare* **2008**, 73, 325-332.
- [16]. Rasbid, M. A.; Edward, D., Walter, F. M., Mont, J., Medication taking in coronary artery disease: A systematic review and qualitative synthesis. *Annals of Family Medicine* **2014**, 12, (3), 224-232.
- [17]. Astin, F.; Closs, S. J., Lenachan, J., Hunter, S., Priestley, C., Primary angioplast for heart attack: mismatch between expectations and reality. *Journal of Advanced Nursing* **2009**, 65, (1), 72-83.
- [18]. Bayülgen, M. Y.; Altıok, M., Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2017**,8,(16),45-54.
- [19]. Köseoğlu, N.; Enç, N., Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2016**,7,(14),162-168.
- [20]. Karadağ, S., Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Deneyimine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, İzmir, 2013, 8-11.
- [21]. Aghabekyan, S.; Thompson, M. E., Abrahamyan, L., Medication non compliance and patient satisfaction following percutaneous coronary intervention. *Journal Interven Cardiol* **2012**,25,469-475.
- [22]. Bosworth, H. B.; Granger, B.B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, S. M., Daniel, J.G., Ekman, I., Ito, M., Johnson, M., Kimmel, S., Liu, L.Z., Musaus, J., Shrank, W.H., Buono, E.W., Weiss, K., Granger, C.B., Medication adherence: A call for action. *American Heart Journal* **2011**,162,(3),412-424.
- [23]. Badıllıoğlu, O.; Toğrul, B.Ü., Uçku, Ş.R., İzmir Güzelbahçe’de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* **2011**,9,(3), 129-132.
- [24]. Davidson, P.M.; Salamonson, Y., Rolley, J., Everett, B., Fernandez, R., Andrew, S., Newton, P.J., Frost, S., Denniss, R., Perception of cardiovascular risk following a percutaneous coronary intervention: Across sectional study. *International Journal of Nursing Studies* **2011**, 48, (8), 973-978.
- [25]. Abanonu, G.B., Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 2005, 28-40.
- [26]. Hindistan, S.; Nural, N., Miyokard infarktüsünde kadın ve erkek arasındaki farklılıklar. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* **2010**,3,(1), 67-71.
- [27]. Shaw, L.J.; Merz, N.B., Pepine, C.J., Reis, S.E., Bittner, V., Kelsey, S.F., Olson, M., Johnson, D., Mankad, S., Sharaf, B.L., Rogers, W.J., Wessel, T.R., Arant, C.B., Phost, G.M., Lerman, A., Quyyumi, A.A., Sopko, G., Insights from the NHLBI sponsored womens ischemia syndrome evalvation(WISE) study: part 1: gender differences in traditional and navel risk factors, symptom evalvation and gender optimized diagnostic strategies. *Journal Of The American Collage Of Cardiology* **2006**, 47, (3), 4-20.
- [28]. İkitimur, B.; Karadağ, B., Öngen, Z., Yaşlılarda koroner arter hastalığı. *Türk Geriatri Dergisi* **2010**,(2), 13-14.

- [29]. Bartnik, M.; Norhammar, A., Ryden, L., Hyperglycaemia and cardiovascular disease. *Journal Of Internal Medicine* **2007**, 262, 145-156.
- [30]. Keskin, Ö.; Balcı, B., Diabetes mellitus ve kardiyovasküler komplikasyonlar. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* **2011**, 1,(2),81-85.
- [31]. Ökmen, E., İlaç salınımlı stentler diyabetik hastalarda koroner arter hastalığının tedavisini değiştirebilir mi?. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* **2008**,16,(3),198-204.
- [32]. Irmak, Z.; Fesci, H., Akut miyokard enfarktüsünde sekonder koruma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2005**,84-96.
- [33]. Oğuz, A.; Damcı, T., Pehlivanoglu, S., Kültürsoy, H., Tokgözoğlu, L., Şenocak, M., Yusuf, M., The impact of diabetes and coronary artery disease on mortality an morbidity in patients with hypertension. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* **2009**,37,(4),221-225.
- [34]. Critchley, J.; Capewell, S., Smoking cessation for the secondary presentation of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews Journal* **2004**,1,30-41.
- [35]. Uzun, M., Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* **2007**,7,298-304.
- [36]. Şencan, İ.; Keskinkılıç, B., Ekinci, B., Öztemel, A., Sarioğlu, G., Çobanoğlu, N., Yavaşoğlu, G.B., Kapusuz, A., Tokgözoğlu, L., Abacı, A., Şahin, M., Aksoy, M., Özer, N., Alga, S.A., Akar, R., Şener, E., *Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı Eylem planı 2015-2020*. Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti: Ankara, 2015; s 15.
- [37]. Savaşan, A.; Ayten, M., Ergene, O., Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* **2013**,4,(1),1-6.
- [38]. Mete, H. E., Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **2008**,11,(3),3-18.
- [39]. Yıldırım, N. K.; Öztürk, S., Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2016**, 7,(2),60-68.
- [40]. Türker, Y.; Özyayın, M., Acar, G., İçli, A., Egzersiz testi normal olan bir olguda ciddi ana koroner arter darlığının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2011**,18,(2),64-66.
- [41]. Ni, Y., *MR Contrast Agent For Cardiac Imaging Medical Radiology*. 4th ed.; Clinical Cardiac MRI: Berlin Heidelberg, 2012; p 31-46.
- [42]. Fathala, A., Myocardial perfusion scintigraphy; techniques, interpretation, indications and reporting. *Annals Of Saudi Medicine* **2011**,31,(6),625-634.
- [43]. Nussinovitch, U.; Sandoo, A., Malik, M., *A Study Of Cardiac Function, Autoimmune And Inflammatory Diseases Pathophysiology*. Nussinovitch Udi ed.; Clinical Aspect And Therapeutic Approaches, Academic Press; Israel, 2017; p 91-125.
- [44]. Karabulut, N., Çok kesitli bilgisayarlı tomografi koroner anjiyografi; genel ilkeler, teknik ve klinik uygulanamalar. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* **2008**,8,(1), 29-37.
- [45]. Karadağ, B., *Kararlı angina pektoris girişimsel yaklaşım; koroner anjiyografi ve revaskülarizasyon stratejileri*, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Kardiyoloji Gündemi, İstanbul, 2008,6,(4),89-102.

- [46]. Sevinç, S.; Eşer, İ., Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil koruma davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi* **2011**,19,(3),135-144.
- [47]. Mammadov, J., Akut Koroner Sendrom Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Uygulanan Kardiyak Rehabilitasyonun Kardiyak Fonksiyonlar Üzerine Etkisi, Kardiyoloji Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 2014,1-78.
- [48]. Erşan, E. E.; Kelleci, M., Baysal, B., Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **2013**,16,214-224.
- [49]. Talwar, K. K.; Sharma, Y. P., Thakur, R., Bagga, S., Kurmi, R., Singh, K., Clinical management guidelines for coronary artery disease for national programme for prevention and control of diabetes, cardiovascular disease and stroke, department of cardiology and community medicine, post- graduate institute of medical education and research, *WHO Collaborative Programme, Chandigarh, India*, 2008- 2009, pp.27-29.
- [50]. Barton, M.; Gruntzig, J., Husmann, M., Rosch, J., Balloon angioplasty- the legacy of andreas gruntzig. *Frontiers In Cardiovascular Medicine* **2014**,1,(15),1-25.
- [51]. Dotter, C. T.; Judkins, M.P., Transluminal treatment of arteriosclerotic obstruction description of a new tecnic and a preliminary report of its application. **1964**, 30, 654-670, <http://circ.ahajournals.org> (11.02.2018).
- [52]. Gül, Ç.; Yıldız, M., Tatlı, E., Özçelik, F., Koroner risk faktörlerinin koroner anjiyoplasti ve stent sonrası gelişen yeniden daralma üzerine etkileri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2002**,19, 84-88.
- [53]. Alkan, Ö. H., Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2016**,7,(2),41-47.
- [54]. Uysal, H.; Enç, N., Kronik kalp yetmezliği olan hastarın uyumu için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2012**,3,(3),33-38.
- [55]. Jin, J.; Sklar, G. E., Oh, V. M., Li, S. C., Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Therapeutic and Clinical Risk Management* **2008**,4,(1),269-286.
- [56]. Hacıhasanoğlu, R., Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* **2009**,8,(2),167-172.
- [57]. Şahin, M.; Demir, S., Aktürk, S., Fedakar, A., Alıcı, G., Özkan, B., Yazıcıoğlu, M. V., Çokaloğlu, C., Yıldız, M., Esen, A. M., Türkmen, M.M., Hipertansif hastalarda grup içi sık ilaç değişiminin kan basıncı kontrolüne ve tedavi uyumuna etkisi. *Koşuyolu Kalp Dergisi* **2013**,16,(1),7-12.
- [58]. Zhu, B.; Zhao, Z., Collam, P., Anderson, J., Bae, J. P., Fu, H., Zettler, M., Lenarz, L., Factors associated with clopidogrel use adherence and persistence in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention, **2011**, 27, (3), 633-641 <http://www.tandfonline.com/loi/icmo20> (26.03.2018).
- [59]. Armay, Z., Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevantif Onkoloji, Psikososyal Onkoloji Bilimdalı, İstanbul, 2006.
- [60]. Weinman, J.; Petrie, K. J., Morris, R., Horne, R., The illness perception question naire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health Journal* **1996**,11,(3),431-445.

- [61]. Petrie, K.J.; Weinman, J., Why illness perception matter. *Journal Clinical Medicine* **2006**, 6, 536-539.
- [62]. Kocaman, N.; Özkan, M., Armay, Z., Özkan, S., Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2007**, 8, 271-280.
- [63]. Kocaman, N., Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2008**,11,(1),101.
- [64]. Leventhal, H.; Nerenz, D. R., Steele, D.J., *Handbook of Psychology and Health*, Illness representations and coping with health threats. 4th ed.; Institutional Press: Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1984; 219-252.
- [65]. Leventhal, H.; Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M.A., Leventhal, E.A., Patrick, M.L., Illness representations: theoretical foundations perceptions of health and illness: current research and applications. *Harwood Academic Publishers* **1997**,19-45.
- [66]. Küçükarslan, S. N., A review of published studies of patients illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. *Research in social and administrative pharmacy* **2012**, 8, 371-382.
- [67]. Lipowski, Z.J., Psychosocial reactions to physical illness. *Canadian Medical Association Journal* **1983**, 128, 1069-1072.
- [68]. Keenan, J., Improving adherence to medication for secondary cardiovascular disease prevention. *European Journal Of Preventive Cardiology* **2017**, 24, (3), 29-35.
- [69]. Lapointe, N. M.; Ou, F. S., Calvert, S. B., Melloni, C., Stafford, J. A., Harding, T., Peterson, E. D., Alexander, K. P., Association between patient beliefs and medication adherence following hospitalization for acute coronary syndrome. *American Heart Journal* **2011**, 161, 855-863.
- [70]. Charlson, M. E.; Peterson, J. C., Foster, C. B., Briggs, W. M., Ogedegbe, G. G., Culloch, C. E., Hollenberg, J., Wong, C., Allegrante, J.P., Changing health behaviors to improve health outcomes after angioplasty: a randomized trial of net present value versus future value risk communication. *Advance Access Publication* **2008**,23, (5), 826-839.
- [71]. Traylor, A. H.; Schmittiel, J. A., Uratsu, C. S., Mangione, C. M., Subramanian, U., Adherence to cardiovascular disease medications: does patient-provider race/ethnicity and language concordance matter?. *Journal General International Medicine* **2010**, 25, (11), 1172-1177.
- [72]. Kahkonen, O.; Kankkuken, P., Saaranen, T., Miettinen, H., Kyngas, H., Lamidi, M. L., Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal Of Advanced Nursing* **2015**, 71, (10), 2364-2373.
- [73]. Kyanko, K. A.; Franklin, R.H., Angell, S. Y., Adherence to chronic disease medications among new york city medicaid participants. *Journal Of Urban Health* **2012**, 90, (2), 323-328.
- [74]. Rodriguez, F., Cannon, C. P., Steg, G., Kumbhani, D.J., Gato, S., Smith, S. C., Eagle, K. A., Ohman, M., Eronini, A. A., Haffman, E., Bhath, D. L., Predictors of long-term adherence to evidence-based cardiovascular disease medications in outpatients with stable atherothrombotic disease findings from the reach registry. *Journal Clinical Cardiology* **2013**, 36, (12), 721-727.
- [75]. Doğan, B. E., Koroner Kalp Hastalarında Sağlık ve Kalp Hastalığı Algısı, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 2010, 37-47.

- [76]. Morisky, D. E.; Ang, A., Wood, M. K., Ward, H. J., Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal Clinical Hypertension* **2008**, 10, (5), 348-354.
- [77]. Hacıhasanoğlu, R.; Gözümlü, S., Çapık, C., Morisky, D. E., Reliability and validity of the turkish form of the eight-item morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* **2014**, 14, 692-700.
- [78]. Norman, G., Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education* **2010**, 15, (5), 625-632.
- [79]. Greco, A.; Steca, P., Pozzi, R., Monzani, D., Malfatto, G., Parati, G., The influence of illness severity on health satisfaction in patients with cardiovascular disease: the mediating role of illness perceptions and self-efficacy beliefs. *Journal Behavioral Medicine* **2015**, 41, (1), 9-17.
- [80]. Kahkonen, O.; Saaranen, T., Kankkunen, P., Lamidi, M. L., Kyngas, H., Miettinen, H., Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal Of Clinical Nursing* **2017**, 19, 1-15.
- [81]. Gatti, M. E.; Jacobson, K. L., Gazmarorian, J. A., Schmatzer, B., Kripalani, S., Relationships between beliefs about medications and adherence. *American Journal Health* **2009**, 66, 1, 657-664.
- [82]. Son, Y. J.; Kim, S. H., Park, J. H., Role of depressive symptoms and self-efficacy of medication adherence in korean patients after successful percutaneous coronary intervention. *International Journal Of Nursing Practice* **2014**, 20, 564-572.
- [83]. Gündüz, F.; Karabulutlu E. Y., Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Dergisi* **2016**, 19, (2), 106-115.
- [84]. Stafford, L.; Jackson, H. J., Berk, M., Illness beliefs about heart disease and adherence to secondary prevention regimens. *Journal Psychosomatic Medicine* **2008**, 70, 942-948.
- [85]. Karabulutlu, E. Y.; Karaman, S., Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* **2015**, 2, (3), 271-284.
- [86]. Aflaksei, A., Predicting medication adherence based on illness perceptions in a sample of iranian older adults. *Middle East Journal Of Age And Ageing* **2013**, 10, :3-7.
- [87]. Küçükberber, N.; Özdilli, K., Yorulmaz, H., Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* **2011**, 11, 619-626.
- [88]. Kelleci, M.; Doğan, S., Ata E. E., Avcı, D., Sabancıoğulları, S., Başgeçmez, F., İşkey M., Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrasında telefonla izlem. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* **2011**, 2, (3), 128-135.
- [89]. Rafii, F.; Fatemi, N. S., Danielson, E., Johansson, C. M., Modanloo, M., Compliance to treatment in patients with chronic illness, a concept exploration. *Irish Journal Of Nursing And Mid Wifery Research* **2014**, 19, (2), 159-167.
- [90]. Chowdhury, R.; Khan, H., Heydon, E., Shroufi, A., Fahimi, S., Moore, C., Stricker, B., Mendis, S., Hofman, A., Mant, J., Franco, O.H., Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *European Heart Journal* **2013**, 34, (38), 2940-2948.

[91]. Ekinci, F.; Tuncel, B., Coşkun, D. M., 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.

[92]. Naderi, S.H.; Jonathan, P., Bestwick, S., Wald, D. S., Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *The American Journal Of Medicine* **2012**, 125, 882-887.

[93]. Yaraghchi, A.; Rezaei, O., Mandegar, M. H., Bagherian, R., The relationship between illness perception and quality of life in Iranian with coronary artery bypass graft. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* **2012**, 46, 3329-3334.



EKLER

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz nedir?

- 1) Kadın 2) Erkek

2. Kaç yaşındasınız ?

3. Kaç kilosunuz?kg Boyunuzcm BKİ.....

4. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli 2) Bekâr

5. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okuryazar değil 2) İlköğretim mezunu
3) Ortaöğretim mezunu 4)Yüksekokul ve üstü mezunu

6. Çalışma durumunuz nedir?

- 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum 3)Hastalığım nedeniyle bıraktım

7. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

- 1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk 3)Gelirim giderimden fazla

8. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

- 1) Köy 2) İlçe 3) Şehir

9. Kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız 2) Eşle ve/veya çocuğuyla 3) Akrabaları ile 4) Kurum 5) Diğer

B. Klinik Özellikler

10. Perkütan koroner girişimin tipi nedir?

- 1) Sadece PTKA 2) PTKA ve Stent

11. Perkütan koroner girişimin uygulanma şekli nedir?

- 1) Planlanlı PKG 2) Acil PKG

12. Perkütan koroner girişim ne zaman uygulandı?

- 1) 3 ay- 1 yıl 2) 2-3 yıl 3) 4 yıl ve üzeri

13. Perkütan koroner girişim kaç kez uygulandı?

- 1) Bir kez 2) İki kez 3) Üç kez ve üzeri

14. Diğer sağlık sorunlarınız nelerdir? (Hasta dosyasından toplanacaktır)

- 1) Kalp yetersizliği 2) GeçirilmişMi 3) Diyabet 4) KOAH
5) Perifer Arter Hastalığı 6) Hipertansiyon 7) Diğer.....

15. Sigara kullanıcısı mısınız?1)Evet 2)Hayır 3)Bıraktım (süre.....)

16. Alkol kullanıcısı mısınız?1)Evet 2)Hayır 3)Bıraktım (süre.....)

C. İlaç Kullanımı ve Sağlık Kontrollerine Uyuma İlişkin Özellikler

17. Kullandığınız ilaçların adlarını biliyor musunuz?

- 1) Evet (Yazınız.....)
2) Hayır

18. Kullandığınız ilaç sayısı kaçtır? (Sayısını yazınız.....)

19. Günde kaç kez ilaç kullanıyorsunuz?

- 1) Bir kez 2) İki kez 3) Üç kez ve üzeri

20. Kullandığınız ilaçlara yönelik düzenli kontrole gelmeniz istendi mi?

- 1)Hayır
2)Evet(İlacın adı ve takibini açıklayınız.....)

21. Kontrollerinize düzenli olarak geldiniz mi ?

- 1) Evet 2) Hayır (Nedenini açıklayınız.....)

Katılımınız İçin Teşekkürler

EK-2. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

<i>Belirtiler</i>	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					

3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım

4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz. Bana göre en önemli nedenler:

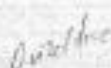
- 1.
- 2.
- 3.

EK-3. MORİSKY İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ

Size daha iyi rehber olmak için hastalığınızla ilgili kullandığınız ilaçları kullanma şeklinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıda ilaçları kullanma düzeninizle ilgili EVET ve HAYIR ile cevaplanabilen sorular yer almaktadır. Lütfen soruları okuyarak ilaç kullanım düzeninize uygun olanını işaretleyiniz.

1	İlaçlarınızı içmeyi bazen unuttuğunuz oluyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
2	Son iki hafta içinde, unutmadığınız halde ilaçlarınızı içmeyi ihmal ettiğiniz oldu mu?	☐ Evet	☐ Hayır
3	Kullandığınız ilaçları size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacı azalttığınız ya da bıraktığınız hiç oldu mu?	☐ Evet	☐ Hayır
4	Seyahate çıktığınızda ya da evden ayrıldığınızda ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
5	Dün ilacınızı içtiniz mi?	☐ Evet	☐ Hayır
6	İlaçlarınızı hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?	☐ Evet	☐ Hayır
7	İyi olduğunuzu hissettiğinizde bazen ilaç içmeyi bırakır mısınız?	☐ Evet	☐ Hayır
8	Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz hastalığınızın tedavisine uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	☐ Evet	☐ Hayır

EK-4. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

	T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	 Recognised for excellence 4 star - 2012
Sayı : 78017789/050.01.04/276721		25/11/2016
Konu : Etik Kurul		
 Sayın Doç. Dr. Meral ALTIOK Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastahkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi		
Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi" adlı araştırmaya ilişkin 24/11/2016 tarihli ve 2016/356 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi arz/rica ederim.		
  Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN Kurul Başkanı		
 EKLER:		
1- Kurulun 24/11/2016 tarihli ve 2016/356 sayılı kararı (1 sayfa)		
2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 sayfa)		
 		
Adres : MEÜ Çiğliköy Kampüsü 33343 Yenışehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için irtibat: Tel : 03243610001-4417 Fax : e-posta : Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr		
		

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
24/11/2016	21	356

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Meral ALTIOK'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumu Etkisi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 07/11/2016 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, ilgili Kurumdan alınacak olan izin belgesinin başvuru dosyasına eklenmesi araştırmanın yürütülmesine olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Başkan Yardımcısı

(Katılmadı)
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

İmza
Prof. Dr. Olga HALLIOĞLU KILIÇ
Üye

İmza
Prof. Dr. Murat BOZLU
Üye

İmza
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Doç. Dr. Nimet KARAGÖLLE
Üye

İmza
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılmadı)
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

(Katılmadı)
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Perikutan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

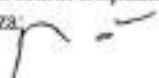
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi, 33343, Yenicehir/Mersin
	TELEFON	0 324 361 00 01 / 4417
	FAKS	---
	E-POSTA	meskaek@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Meral ALTIOK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	---			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz- Anket çalışması					
-Hemşirelik etkinliklerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Etik Kurul Başkanı

İmza:



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER: GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	☒				
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZ GEÇMİŞİ	☒				
3 ADET LİTERATÜR	☒					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2016/350	Tarih: 24/11/2016				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşımlar ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmışa katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kararı	Cinsiyet	Araştırma ile ilgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Medikal Bilimleri Bölümü Farmakoloji ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Selma ÖNAL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	----

Prof. Dr. Fatma Özdemir KANDEMİR	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Enfeksiyon Hastalıkları ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Prof. Dr. Oğuz HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Prof. Dr. Murat BOZLU	Üroloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilimler ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Doç. Dr. Nihat KARAGÖLLE	Biyoistatistik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Karayolları Mühendisliği Bölümü	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Yrd. Doç. Dr. M. Tarkan İŞİK ERER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Eğitim ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Uzm. Dr. Özgür KURMUŞ	Kardiyoloji	Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji ABD	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Yüksek Şehir Planlama Hizmetleri Berril LEVENT ERDAL	Şehir ve Bölge Planlama/Ulusal ve Proje Yönetimi	Mersin Mesleki Yüksekokulu	E	K	F	H	E	H	Katılmış
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E	K	F	H	E	H	Katılmış

*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Etik Kurul Başkanı

İmza:

EK-5. KURUM İZNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 35778018-772.99
Konu : Araştırma İzinleri
(İlknur AKKAYA)

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
Çiftlikköy Kampüsü, 33343, Yenişehir / MERSİN

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi İlknur AKKAYA'nın, "Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hâşip YILMAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
İlknur AKKAYA
18 Ocak 2017

Bağlıbyık Mah. Auzuk Cad. No:1 Maltepe/İSTANBUL

Faks No:02164150005

e-Posta:canus.alkoc@sağlık.gov.tr İnt.Adresi: www.iaqb.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5387a09d-8ebd-46e4-abda-66ab243a6f4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden 25d7fd69-602b-4934-939e-8e7c2bf9ec33 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Ötöndü Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : İLKNUR KARABULUT

Doğum Tarihi : 21.01.1993

E-mail : ilknurakkaya21@gmail.com

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Balıkesir Üniversitesi	2011-2015
Yüksek Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	Mersin Üniversitesi	2015-2018
Doktora	-	-	-

Görevler :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Mersin Üniversitesi Hastanesi	2015-2016
Hemşire	Sağlık Bakanlığı İstanbul Marmara Üniversitesi Pendik EAH	2016- Halen