



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**KRONİK HASTALIğI OLAN KİŞİLERDE ERTELEME
DAVRANIŞI VARLIğININ TEDAVİ UYUMU ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Merve Şehide YILMAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL,2023



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**KRONİK HASTALIğI OLAN KİŞİLERDE ERTELEME
DAVRANIŞI VARLIğININ TEDAVİ UYUMU ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Merve Şehide YILMAZ

Tez DanıŐmanı: Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

İSTANBUL, 2023

İçindekiler

TEŞEKKÜR.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KRONİK HASTALIKLAR	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Önemi.....	4
2.2. ERTELEME	4
2.2.1. Tanım	4
2.2.2. Ertelemenin Boyutları	5
2.2.3. Ertelemenin Türleri	5
2.2.3.1. Kişilik özelliği olarak erteleme:	6
2.2.3.2. Durumsal erteleme:	6
2.2.4. Ertelemenin Nedenleri	6
2.2.5. Ertelemenin Sonuçları.....	8
2.2.6. Ertelemenin Önemi	9
2.3. TEDAVİ UYUMU	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	11
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	11
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	11
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	11
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	11
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	11
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	12
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	12
3.4.2. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8).....	12
3.4.3. Genel Erteleme Ölçeği (GEÖ)	12
3.5. YÖNTEM.....	13

3.5.1. Araştırma Süreçleri ve Verilerin Toplanması	13
3.5.2. İstatistiksel Analiz.....	13
3.6. ETİK İZİN.....	14
4. BULGULAR.....	15
5.TARTIŞMA	21
6. SONUÇ	27
7. KAYNAKÇA.....	28
EKLER.....	33



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi boyunca bilgisi ve deneyimiyle her zaman desteğini hissettiğim kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e,

Asistanlık sürecim boyunca her soru ve sorunumda içtenlikle ilgilenen kliniğimizin değerli uzman hekimlerine,

Üç yıl boyunca aynı çalışma ortamını severek paylaştığım, deneyimlerinden faydalandığım, arkadaşlıklarını ve desteklerini esirgemeyen kliniğimiz asistan hekimlerine, hastanemizin diğer kliniklerinde birlikte görev yaptığım tüm hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarına,

Benim için iş arkadaşı olarak kalmayıp arkadaştan öte gördüğüm, gerek bu üç yıl içerisinde tüm zorlu zamanlarımda, gerekse tez sürecimde, çekinmeden ve önemseyerek fikirlerine danıştığım, bana yol gösteren, yardımlarını esirgemeyen, yanımda olduklarını her zaman hissettiren, sevgili dostlarım Dr. Büşra Bağcı ve Dr. Büşra Gürdağ'a,

Bu tezin oluşmasındaki süreci benim için kolaylaştıran, gerekli tüm motivasyonel desteği sağlayan, tavsiyeleri ile yoluma ışık tutan, her türlü sorunumda varlığı bana güç veren ve hep yanımda olduğunu bildiğim sevgili Erdem Tunca'ya,

Ve tüm başarılarımın mimarı başta canım annem ve babam Emine Fidancı Yılmaz ve Erol Yılmaz olmak üzere, her üyesi biricik sevgili ve çok kıymetli aileme sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Merve Şehide YILMAZ

İstanbul, 2023

SİMGELER ve KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BOH: Bulaşıcı olmayan Hastalıklar

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GEÖ: Genel Erteleme Ölçeği

İEİS: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MMAS: Morisky Medication Adherence Scale

MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılar ile İlgili Sosyodemografik Veriler (n=245).....	15
Tablo 2. Ölçek Toplam Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler.....	16
Tablo 3. Katılımcılara Uygulanan Ölçek Toplam Puanları ve Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları.....	16
Tablo 4. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre GEÖ ve MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245).....	17
Tablo 5. Katılımcıların Kronik Hastalık Çeşitlerine Göre GEÖ ve MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245).....	18
Tablo 6. MTUÖ Grupları ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=245).....	19

ÖZET

Amaç: Erteleme; yerine getirilmesi gereken görevlere başlama veya görevleri tamamlamada gecikme veya verilmesi gereken kararları ötelemeye yönelik davranışsal bir eğilim olarak tanımlanır. Erteleme davranışı beraberinde birçok istenmeyen sonuçlar doğurmakta, kişilerde stres ve çeşitli hastalıklara neden olabilmektedir. Kronik hastalıklar ise, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır. Bu hastalıklarda kişinin tedaviye uyum süreci prognozu ve yaşam kalitesini etkileyebileceğinden bu kişilerde erteleme davranışının varlığı önem arz etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir amaçla başvurmuş yalnız 1 kronik hastalığı olan 18 yaş üzeri bireylere sosyodemografik verileri içeren bilgi formu, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8) ve Genel Erteleme Ölçeği uygulanacaktır.

Bulgular: Kronik hastalığı olan bireylerde erteleme eğilimi arttıkça hastaların tedaviye uyum düzeylerinde azalma olduğu gözlenmiştir. Yaş arttıkça erteleme davranışında azalmaya paralel olarak tedavi uyum düzeyinin yükseldiği görülmüştür. Örnekleminizde bekar ve erkek hastaların daha fazla erteleme davranışı sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Kronik hastalık çeşitlerine göre değerlendirildiğinde psikiyatrik hastalığı olan kişilerde ertelemeye meyil anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Kronik hastalığı olan bireylerde erteleme davranışı varlığının, hastaların tedaviye uyum düzeylerini negatif yönde etkilediği gözlenmiştir. Kronik hasta izleminde kişilerin erteleme eğilimi gösterip göstermediği ölçülerek tedavi planı ayarlanıp daha etkili bir yaklaşım sunulabilir.

Anahtar Sözcükler: Kronik hastalık, erteleme, tedavi uyumu

ABSTRACT

Aim: Procrastination is defined as a behavioural tendency to delay in starting or completing tasks or postponing decisions that need to be made. Procrastination behaviour has many undesirable consequences and may cause stress and various diseases. Chronic diseases, on the other hand, are diseases that cause a slow and progressive deviation in normal physiological functions, cover a long period of life, can not regress spontaneously and can not be completely cured, and require continuous medical care and treatment. In these diseases, the presence of procrastination behaviour in these people is important as the process of adaptation to treatment may affect the prognosis and quality of life.

Materials and Methods: An information form including sociodemographic data, Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and General Procrastination Scale will be applied to individuals over 18 years of age with only 1 chronic disease who have applied to Şişli Hamidiye Etfal Health Practice and Research Centre Family Medicine Polyclinic for any purpose.

Results: It was observed that as the tendency to procrastinate increased in individuals with chronic diseases, the level of medication adherence decreased. As age increased, it was observed that the level of treatment compliance increased in parallel with the decrease in procrastination behaviour. In our sample, it was concluded that single and male patients showed more procrastination behaviour. When evaluated according to the types of chronic diseases, procrastination behaviour was found to be significantly higher in patients with psychiatric diseases.

Conclusion: It was observed that the presence of procrastination behaviour in individuals with chronic diseases negatively affects the level of medication adherence of patients. In the monitoring of patients with chronic disease, a more effective approach can be offered by adjusting the treatment plan by measuring whether people tend to procrastinate.

Keywords: Chronic disease, procrastination, medication adherence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalığı ‘uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar’ olarak tanımlar. Kronik hastalıklar; normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici sapmalara, geri dönüşü olmayan değişikliklere sebep olan, hayatın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır.(1)

Ülkelere, toplumlara ve bireylere ekonomik açıdan ciddi anlamda yük olan kronik hastalıkların görülme sıklığı dünya genelinde gittikçe artmaktadır. BOH’ ların özellikle yüksek ölüm oranlarının ve bu hastalıklara bağlı geçici veya kalıcı sakatlıkların başlıca sebepleri arasında yer almaları, sağlık alanında kronik hastalıklara ayrılan bütçede ciddi bir artışa yol açmıştır. Hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde sayısı hızla artan kronik hastalıklar, bunlara bağlı artmış ölümler, sakatlıklar ve yüksek sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit unsuru olarak da karşımıza çıkmaktadır.(2,3)

Alan yazınında çoğunlukla kronik hastalıklar, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) olarak geçer. Yarattığı ekonomik olumsuzluklar haricinde, fizyolojik, psikolojik ve sosyal dahil birçok yönden çeşitli sorunları da beraberinde getiren BOH’ lar, günümüzde hala en mühim sağlık problemi olma özelliğini korumaktadır.(4)

BOH’ ların tedavisinde, tedavi başarısını etkileyen en önemli etmenlerden biri tedavi uyumudur. Tedavi uyumu, hastanın reçete edilen ilaçları uygun doz ve periyotta kullanıp kullanmadığı, yaşam tarzı değişiklikleri ve sağlık konusundaki tavsiyeleri uygulayıp uygulamamasını içerisine alan kapsamlı bir kavramdır. Tedavi, ilaçlı ve-veya ilaçsız olarak düzenlenmiş olabilir. Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklar, tüm toplumu etkileyen ve çoğunlukla ilaç tedavisi gerektiren kronik hastalıklardır. (5) İlaç kullanımı tıbbi tedavide çok önemli bir yere sahiptir. İlacın doğru zaman ve dozajda kullanılması hayati bir önem taşımaktadır. Tıbbi tedavinin başarılı olabilmesi için düzenli şekilde ilaç kullanılması gerektiği belirtilmektedir. (6,7) DSÖ’ nün 2003 yılı verilerine göre, kronik hastalıklarda uzun dönem ilaç tedavisine uyum yaklaşık olarak %50 oranındadır. Bu yüzdelik oran gelişmekte olan ülkelerde daha düşüktür. Tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyen faktörler; hasta, ilaç ve-veya reçete eden kaynaklıdır. (5) Kronik hastalıklar ve beraberinde getirdiği tedaviler, ilaçlar, sosyal ilişkilerde bozulma vs bireylerin uyum kapasitesini değiştiren stresör kaynaklarıdır.

Bu sebeple kronik hastalıkların yönetimi, fizyolojik problemlerin yanı sıra psikososyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır. (8,9) Erteleme davranışı da psikososyal problemler arasında yer alır. Erteleme davranışı; bireyin olumsuz sonuçlar ortaya çıkaracağını bilmesine rağmen, bir eylemi veya tamamlanması gereken bir görevi lüzumsuz yere geciktirmesi ya da yapmamayı tercih etmesidir.(10) Genel erteleme, kişinin birçok günlük faaliyetini vaktinde yapmakta güçlük çekmesi için kullanılmaktadır. Kişi, zaman yönetimini yapmak ve yükümlülüklerini bir düzen içerisinde gerçekleştirmek konusunda zorluklar yaşamaktadır. Erteleme, kişinin yaşam kalitesinde azalmaya yol açar. (10)

Düzenli ve genellikle günlük hastalık yönetimi davranışları gerektiren kronik hastalıklar, teorik olarak sürekli ertelemeden olumsuz etkilenebilecek hastalıklardır. Bugüne kadarki bulgular, ertelemenin halihazırda kronik bir sağlık durumu ile uğraşanlar için sağlık açısından daha fazla risk teşkil ettiğini göstermektedir. Hem hastalar hem de sağlık hizmet sağlayıcıları arasında kronik erteleme risklerine ilişkin farkındalığın artırılması, potansiyel olarak sağlık ile ilgili sonuçları iyileştirmenin yanında yaşam kalitesini de artırabilir.(11)

Literatürde kronik hastalık, erteleme davranışı ve tedavi uyumunu bir arada inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde, erteleme davranışı varlığının tedavi uyumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi, sağlık hizmet sunucularının erteleme davranışına dair farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK HASTALIKLAR

2.1.1. Tanım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalığı ‘uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar’ olarak tanımlar. Kronik hastalıklar; normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici sapmalara, geri dönüşü olmayan değişikliklere sebep olan, hayatın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır.(1) Wagner’ e göre, sağlık sistemi yaklaşımı ile beraber, hastanın ve kişisel bakım veren sağlık ekibinin devamlı etkileşimini gerektiren her türlü durum kronik hastalık olarak tanımlanmıştır.(12)

2.1.2. Epidemiyoloji

Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl 41 milyon insanın ölümüne sebep olmaktadır. Bu rakam dünya genelindeki tüm ölümlerin %74’ üne eşittir. BOH kaynaklı ölümlerin %77’ si ise düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir.(1)

Tüm dünyada BOH’ lardan kaynaklı ölümler arasında kardiyovasküler hastalıklar en başta yer almaktadır (yıllık 17.9 milyon). Bunu kanserler (9.3 milyon), kronik solunum yolu hastalıkları (4.1 milyon) ve diyabet (diyabetin neden olduğu böbrek hastalığı kaynaklı ölümleri de içeren 2 milyon) takip etmektedir. Bu dört kronik hastalık grubu BOH’ ların sebep olduğu ölümlerin %80’ inden sorumludur.(1) Ülkemizde ise, Türkiye İstatistik Kurumu’ nun (TÜİK) 2019 yılına ait ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada, %18,4 ile kanserler ikinci sırada ve %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada yer almaktadır.(13) DSÖ’ nün 2018’ de güncelleyerek yayımladığı BOH ülke profilleri verilerine göre 2016 yılına ait Türkiye istatistiğinde tüm ölümlerin % 89’ u BOH’ lar nedeniyle gerçekleşmiştir. Bunların da % 34’ ü kardiyovasküler hastalıklar, % 23’ ü kanserler, % 7’ si kronik solunum sistemi hastalıkları, % 5’ i diyabet ve % 21’ i diğer kronik bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı meydana gelmiştir.(14)

Erken ölüm bir toplumda kronik hastalıkların önemini değerlendirmede önde gelen sorunlardandır. Dünya genelinde her yıl, 17 milyon insan BOH’ lardan biri nedeniyle 70 yaşından önce hayatını kaybetmekte, bu erken ölümlerin %86’ sı yine düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana

gelmektedir.(1) Türkiye’de yaşayan bir bireyin en sık görülen dört kronik hastalıktan biri nedeniyle erken ölme (70 yaş altı) ihtimali ise 2015 yılında %16.8, 2017 yılında ise %17 olarak raporlanmıştır. (15)

2.1.3. Önemi

21. yüzyılın en önemli sağlık problemlerinden biri ve dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden olan BOH’ lar, sürdürülebilir sosyal ve ekonomik kalkınma adına küresel bir tehdit oluşturmaktadır. (14,15)

BOH’ lar ve komplikasyonları kişilerin fonksiyonel kapasitelerinde azalmaya, çalışma performanslarında düşmeye, yaşam kalitelerinde bozulmaya ve sosyal izolasyona neden olmanın yanında; ailelerin yaşam tarzları ve ilişkilerini de negatif etkilemektedir. (8)

Kronik hastalığa sahip kişiler, daha az çalışmakta, daha çok işsiz kalmakta, daha erken emekli olmakta, daha fazla sağlık harcaması yapmakta ve bunun sonucunda azalan gelir seviyesi hane halkını yoksulluğa itmektedir.(8,15) Bunlarla birlikte iş veya okul devamsızlığı, işgücünün azalması ve üretim seviyesinin düşmesi gibi sebepler de sağlık maliyetlerini artırmaktadır.(15)

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması ile birlikte BOH’ ların tedavi süreçleri etkili ve doğru bir şekilde yönetilmediği takdirde kronik hastalıklar, yakın gelecekte de insani, sosyal ve ekonomik problemlere neden olmaya devam edecektir.(16)

2.2. ERTELEME

2.2.1.Tanım

Erteleme, yetişkin nüfusun hemen hemen beşte birini etkileyen, yaygın görülen bir öz düzenleme problemidir.(17) Literatürde konuya ilişkin birden çok tanım ve kuram mevcuttur. Etimolojik olarak bakıldığında, İngilizcede kullanılan erteleme sözcüğü (procrastination), ileri dönük hareketi anlatan bir zarf olarak kullanılan ‘pro’ ve yarına ait olma anlamını taşıyan ‘crastinus’ kelimelerinin birleşmesi ile, başka bir güne ötelemek veya geciktirmek anlamlarına karşılık gelen Latince ‘‘procrastinare’’ fiilinden köken almaktadır.(18)

Lay’a göre ‘‘bir hedefe ulaşmak için gerekli olanı geciktirmeye eğilim’’ şeklinde tanımlanmıştır.(19) Tuckman’ a göre ‘‘öz düzenleme potansiyelinin eksikliği ya da yokluğu’’, Milgram ve Tenne’ ye göre ise ‘‘bir kişilik özelliği veya davranışsal olarak geciktirmeye yatkınlık ve bu şekilde karar vermekten veya görevleri yerine getirmekten kaçınma’’ şeklinde tanımlanmıştır. (20) Yine benzer şekilde Ferrari ve Tice’ye göre erteleme, ‘‘önemli ve gerekli görevlerin başlamasını ve veya tamamlanmasını geciktirme şeklindeki öz düzenleme güçlükleri’’ olarak

tanımlanmıştır.(21) Beswick ve arkadaşları ertelemeyi, Janis ve Mann'ın karar verme-çatışma modelini baz alan, çatışma ve kararsızlıkla başa çıkmanın bir yolu olarak görür.(22) Steel ise konuya farklı bir bakış açısı ile yaklaşmış ve ertelemenin, "gecikme nedeni ile daha kötü olacağını beklemesine rağmen, hedeflenen bir hareket tarzını gönüllü olarak ötelemek" olduğu görüşünü öne sürmüştür.(23)

Görüldüğü üzere ertelemenin kavramsal çerçevesi oldukça geniştir ve buna paralel olarak da farklı açılardan ele alınmaktadır. Psikoloji alanında, ertelemenin bireyin kişilik özellikleri ile arasındaki bağlantılar araştırılırken; nöropsikoloji ve biyopsikoloji alanlarında yapılan çalışmalarda ertelemenin bireyin beyin yapısı ile ilişkisi incelenmektedir.(24) Araştırmacılara göre bu geniş çerçevede, ertelemenin sadece görevleri aksatma gibi zaman yönetimi ile alakalı davranışsal bir problem olmadığı, tanımlanmasında ve açıklanmasında duygusal ve bilişsel komponentlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.(18,25,26)

2.2.2. Ertelemenin Boyutları

Farklı bileşenlerden meydana gelen ertelemenin davranışsal boyutu; bireyde görevlerin başlatılması, sürdürülmesi veya tamamlanmasında süregelen bir geciktirme eğilimi olarak tanımlanır.(19,25)

Sabini ve Silver' e göre; kişinin hoş olmayan veya zor görevler üzerinde hareket etme konusundaki isteksizliğinin bir sonucu olarak yorumlanmıştır.(19)

Ertelemenin bilişsel boyutunda araştırmacılar; kişinin niyet, amaç veya öncelikleri ile görev performansı arasındaki uyumsuzluğu incelemektedir.(20) Kişiler üzerinde olumsuz etkiler yaratmasına rağmen ertelemeye bilinçli bir şekilde karar verme nedenleri irdelenir. Özsaygı, öz-yetkinlik, mükemmeliyetçi kişilik ve rasyonel olmayan düşünce biçimleri gibi bilişsel değişkenler bu boyut başlığında mercek altına alınıp incelenmiştir. (27)

Ertelemenin duygusal boyutu; bir işe başlayamama, yürütememe veya bitirememenin kişilerde suçluluk, yetersizlik, utanç, stres, kaygı veya subjektif bir rahatsızlık hissini yoğun bir şekilde yaşamalarını konu edinmektedir. (18,20,25)

2.2.3. Ertelemenin Türleri

Literatürde esas olarak iki tür ertelemeye ortak görüş bildirilmiştir; kişilik özelliği olarak erteleme(kronik) ve durumsal(davranış) erteleme.(22) Fakat yıllar içinde yapılan çalışmalarda, erteleme birçok farklı sınıflamaya tabii tutularak incelenmiştir. Bunlar; işlevsel ve işlevsel olmayan erteleme, aktif ve pasif erteleme, akademik erteleme, rutin işlerde erteleme, kararları erteleme ve

kompulsif erteleme olarak sıralanabilir. (18,28,29) Kısaca değinecek olursak akademik erteleme; ödev yapmayı veya sınavlara hazırlanmayı son dakikaya bırakmak, genel veya yaşam rutini olarak erteleme; çoğu yaşam rutinin ne zaman yapılacağını planlama ve bunları programa göre yapmakta zorluk yaşanan zorluk, karar vermeyi erteleme; birçok yaşam koşulunda zamanında karar verememe, nevrotik erteleme; önemli yaşam kararlarını ertelemeye eğilim, kompulsif veya işlevsel olmayan erteleme; aynı kişide hem davranışsal ertelemenin hem de karar vermeyi ertelemenin beraber bulunması olarak tanımlanmışlardır. İlk ikisi görevden kaçınmaya diğerleri karar vermekten kaçınmaya atıfta bulunur. (28)

2.2.3.1.Kişilik özelliği olarak erteleme:

Literatürde kronik erteleme veya karar ertelemesi olarak da geçmektedir. Bireyin bir kişilik özelliği olarak ağırdan almaya, ertelemeye veya son dakikaya bırakmaya yatkınlığının olması, belirli bir zaman çerçevesi içinde karar vermede gecikmesi, hayatın çoğu alanında yapması gereken işleri vaktinde tamamlamaması konusunda alışkanlık derecesinde zorluk yaşaması gibi birkaç farklı şekilde tanımlanmıştır.(18,22,30)

2.2.3.2.Durumsal erteleme:

Literatürde davranışsal erteleme olarak da geçer. Bireyin hayatının tek bir alanında belirli bir zaman içerisinde yapması gereken görevleri başlatma, yürütme veya tamamlama konusunda gecikmesini inceler. (20,22) Yani davranışsal bakış açısı, dikkatleri duruma ve dolayısı ile bağlama çekmektedir. Bu perspektiften erteleme, görevin zorluğu veya çekiciliği gibi göreve ilişkin belirli durumsal özellikler tarafından çağrıştırılan bir olgu olarak anlaşılmaktadır. Araştırmacılar çoğunluğu akademik erteleme olmak üzere, iş, sağlık, ilişkiler gibi çeşitli alanlar özelinde erteleme üzerine çalışmalar yapmıştır. (31)

2.2.4. Ertelemenin Nedenleri

Yarım asırdan fazla süredir yapılan araştırmalardan, ertelemenin karmaşık, çok yönlü, psikolojik bir fenomen olduğu, onu açıklayacak basit bir egemen teori olmadığı ve çalışmalarda elde edilen çok sayıda çelişkili bulgu varlığı nedeni ile hala anlaşılması güç bir doğaya sahiptir. Nedenleri ve etkileri hakkında kesin olarak çok az şey bilinmektedir.(22,32)

Klingsieck 2013'te erteleme hakkında yaptığı çalışmasında, farklı teorik yaklaşımları sistemleştirmek adına, dört başlık altında gruplandırmıştır. Bunlar; diferansiyel psikoloji perspektifi, motivasyonel ve iradeli psikoloji perspektifi, klinik psikoloji perspektifi ve durumsal perspektif olarak adlandırılmıştır. Diferansiyel psikoloji perspektifi, ertelemeyi bir kişilik özelliği olarak tanımlar. Artan ertelemeyi, temel olarak azalan sorumluluk(conscientiousness), artan nevrotiklik ve mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı, azalan iyimserlik ve farklı kimlik yönleriyle (örneğin, benlik kavramı ve kendini sunma) ilişkilendirir.(31) Erteleme, kişinin öz saygısını koruma stratejisi olarak sıklıkla kendini sabotajla ilişkilendirilir.(21,33) Bazı çalışmalar zeka ve erteleme arasındaki ilişkiyi ele almış ancak herhangi bir ilişki bulamamıştır.(18,23)

Motivasyonel ve iradeli psikoloji perspektifinde, ertelemenin altında yatan anlayış, ertelemenin motivasyon ve/veya iradedeki bir başarısızlığı içermesi ve niyet-eylem boşluğuna yol açmasıdır.(19,23,31) Araştırmalar, ertelemenin motivasyonel ve iradeli değişkenlerle olan ilişkisine odaklanmış ve motivasyonel değişkenler söz konusu olduğunda, içsel olarak motive edilmiş, kendi kaderini tayin etmiş veya akışa neden olan faaliyetler için ertelemenin ortaya çıkma olasılığının daha düşük olduğunu bulmuştur. İç kontrol odağı ve artan öz-yeterlilik durumunda ertelemenin ortaya çıkma olasılığı da daha düşüktür. Bu alanda erteleme ile ilişkilendirilen diğer değişkenler arasında; azalan öz düzenleme, azalan öz denetim, azalan eylem kontrolü, zaman yönetimi, zaman yönelimi ve öğrenme stratejileri yer alır.(18,27,31,34) Örneğin, Zamansal Motivasyon Teorisi ertelemeyi zamanı azaltan bir bakış açısıyla açıklar. Dört ana etmen ile açıklanır; beklenti, değer, gecikme ve dürtüsellik. Motivasyon, bir sonucun beklentisi veya değeri arttıkça artar, bu sonuçtan önceki gecikme ve dürtüsellik arttıkça azalır. Bu teoriye göre, hoş olmayan bir faaliyetin sonucu uzak gelecekte ödülleri sunuyorsa, ertelemenin ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir.(18,31,34,35) Bu yaklaşım nörobiyolojimiz ile de tutarlıdır. Uzun vadeli niyetler öncelikle prefrontal kortekste yapılır ancak bunların yerini ani hazın göstergesi olan somut uyaranlara özellikle duyarlı olan limbik sistem tarafından üretilen dürtüler alabilir. Bu, dürtüsellikğin neden erteleme ile güçlü şekilde ilişkilendirilen özelliklerden olduğunu da açıklar.(32)

Klinik psikoloji perspektifi, ertelemenin klinik olarak ilgili boyutuna yönelik koşullara ve müdahalelere odaklanır. Ertelemeyi açıklarken, bu teorik yaklaşımlar genellikle psikanaliz, bilişsel davranışçı kuram ve nöropsikolojiden yararlanır.(18,31) Bu bakış açısındaki çalışmalar, ertelemeyi depresyon, (sınav) kaygısı, stres ve stres etkenleri ile ilişkilendirir.(25,31,36,37) Bazı çalışmalar ertelemeyi bir intikam veya isyan biçimi olarak değerlendirmektedir.(19,23,31)

Durumsal perspektif ise dikkatini duruma ve bağlama odaklamaktadır. Bu bakış açısında erteleme, belirli durumsal özellikler tarafından çağrıştırılan bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Bu durumsal özellikler; görevin zorluğu, cazibesi, makul olup olmaması gibi görev özelliklerine ilişkindir.(31,38,39)

Yukarıda Klingsieck tarafından gruplara dağıtılarak anlatılan yaklaşım ve teorilerin hemen hemen tamamı alan yazında çalışma yapmış araştırmacılar tarafından, farklı başlıklar altında çok kez incelenmiştir. Yine anlaşılma kolaylığı sağlaması açısından başka bir derlenmiş etiyojoloji sunacak olursak Schouwenburg' tan örnek sunabiliriz. Schouwenburg, tüm erteleme biçimlerinin düşük sorumluluk kişilik özelliğinde ortak bir temele sahip olduğunu, ancak erteleme davranışının ifade edilme biçiminin diğer dört büyük kişilik özelliğinin (deneyime açıklık, dışa dönüklük, uyumluluk, nevrotiklik) seviyelerine ve aralarındaki etkileşime göre farklılık gösterdiğini öne sürdü. Bu taksonomiye genişletmek üzerine çalışma yapan Steel de, erteleme ve sorumluluk arasındaki bağlantının temel yapı olduğunu, sorumluluğun ertelemenin derecesini belirlediğini, diğer dört kişilik özelliğinin ise, ertelemenin davranış olarak ifade edilmiş biçimine katkıda bulunduğunu savundu.(22)

2.2.5. Ertelemenin Sonuçları

Ertelemenin tüm türleri, kişinin bireysel ve sosyal yaşantısının işleyişini olumsuz etkiler. Bu davranışsal yetersizlikler “güçlük” olarak algılanır, çaresizlik duyguları ve tekrarlayan yaşam talepleriyle başa çıkamama duyguları ile ilişkilendirilir ve olumsuz psikolojik ve fiziksel etkileri vardır. (28)

Erteleme; ruh hali, performans(verimlilik), sağlık, akademik başarı, refah düzeyi ve yaşam kalitesi gibi birçok önemli konu açısından negatif sonuçlar doğurur. Sonrasında karşı karşıya kalındığında daha da şiddetlenen kaygıdan geçici olarak kaçınmanın bir yolu olan erteleme, başlangıçta ruh halini iyileştirebilir fakat zaman ilerledikçe kötüleşirmesi beklenir. Bu da bir depresyon döngüsü ihtimalini ortaya çıkarır. Yine ruh halinde beklenilene benzer şekilde, zayıf performans; öz yeterlilik ile ilgili başarısızlık döngüleri gibi karşılıklı ilişkilerin doğmasına mahal verir. Şöyle ki, erteleme daha düşük performansa yol açabilir, bu da öz yeterliliği düşürür ve bu da daha fazla ertelemeye neden olur.(23)

İster alana özgü bir davranış olarak isterse kalıcı bir eğilim olarak görülsün, erteleme, sağlıkla ilgili sonuçlar üzerinde etkileri olduğu giderek daha fazla kabul edilen bir fenomendir. Ertelemenin merkezinde, sağlık davranışlarına girişmek gibi uzun vadeli ödüller sağlayan kararlar ve eylemler

pahasına ani olumsuz ruh halini azaltmaya öncelik verilmesi yer alır. İnsanlar nahoş veya zorlayıcı buldukları görevleri erteleme eğiliminde olduklarından, sağlığı geliştiren birçok davranış erteleme için olası adaylar arasında yer alır. (40) Sonuç olarak erteleme davranışının rutinleşmesi halinde sağlık üzerindeki kümülatif olumsuz etkilerine ilaveten beraberinde getirdiği yüksek doz stres ve olası diğer negatif duygular potansiyel olarak kronik sağlık sorunlarının gelişmesine yol açacaktır.(11)

2.2.6. Ertelemenin Önemi

Ertelemenin tarih boyunca var olduğu, ancak sanayi devrimi ile birlikte hem görülme sıklığında artış yaşandığı hem de yüksek oranda negatif çağrışımlar kazandığı iddia edilmektedir. Prevalansındaki artışa dair yayınlanan bazı kişisel raporların olması, erteleme eğiliminin modern bir hastalık olduğu görüşünü destekler niteliktedir. (23,41)

Erteleme davranışı toplumda son derece yaygın gözlenmektedir. Tahminler, özellikle üniversite öğrencilerinin %80-95' nin ertelediğini, yaklaşık %75' inin kendilerini erteleyici olarak gördüğünü ve neredeyse %50' sinin sürekli olarak sorunlu bir şekilde ertelediğini göstermektedir. Yetişkinlerin yaklaşık %15-20' si kronik olarak ertelemektedir. Varlığı rahatsız edici bir fenomen olarak anılan erteleme, kötü, zararlı ve mantıksız gibi sıfatlar ile nitelendirilmekte, hayatın birçok alanında olumsuz sonuçlar doğurduğu hipotezine ilişkin yapılan çalışmalar da bu bakış açısını haklı çıkarmaktadır. Erteleme davranışı gösteren bireylerin %95' inden fazlası bunu azaltmak istemektedir. Anlaşılması gerekir ki, erteleme çok uzun zamandır süregelen bireysel ve toplumsal bir problemdir ve olmaya da devam etmektedir.(23)

2.3. TEDAVİ UYUMU

Tedavi uyumu, kişilerin/hastaların ilaç alma, diyet uygulama ve/veya yaşam tarzı değişikliklerini uygulama davranışlarının, sağlık hizmeti sunucularının önerilerine ne ölçüde karşılık geldiğini anlatan kapsamlı bir kavramdır.(42) Hastalıklarda yetersiz tedavi uyumu, tedavi sonucunu tehlikeye atan en önemli değiştirilebilir faktördür. En iyi tedavi, kötü uyumla etkisiz hale getirilebilir. Uyum, kronik hastalıklarda hastalığın prognozunu, tıbbi ve psikososyal komplikasyon gelişiminin önlenmesi veya geciktirilmesini ve tedavi başarısını doğrudan etkilemektedir. Fakat yapılan araştırmalar göstermektedir ki gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklardan muzdarip olan hastalar arasındaki tedavi uyumu, ortalama %50 civarında bir orana sahiptir. Gelişmekte olan ülkelere ise, sağlık kaynaklarının kıtlığı ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler göz önüne alındığında, zayıf uyum oranının ve etkisinin buralarda daha da yüksek olduğu varsayılmaktadır.(42)

Tedavi uyum oranlarının artması, kronik hastalığı olan kişilerin sağlık durumları üzerindeki olumlu etkilerine ilaveten, ekonomik fayda da sağlamaktadır. Hastalığın alevlenmesi, ilerlemesi veya nüks gibi durumlarda ihtiyaç duyulan karmaşık ve pahalı sağlık hizmetlerinin kullanımının azaltılmasıyla doğrudan bir tasarruf sağlayabileceği düşünülmektedir. Dolaylı olarak ise, yaşam kalitesi ve hastaların sosyal ve mesleki rollerinin iyileştirilmesi veya korunmasında tasarruf sağlayacaktır.(42) DSÖ' ye göre uyum, beş faktör setinin etkileşimi ile belirlenen çok boyutlu bir kavramdır. Bunlar; sosyoekonomik faktörler, sağlık bakım ve sağlık hizmetleri ile ilişkili faktörler, çevresel, tedavi ve hasta ile ilişkili faktörlerdir. Psikososyal stres, olası olumsuz senaryolarla ilgili endişeler, düşük motivasyon, medeni durum, hastalık semptomlarını ve tedavisini yönetmede yeterli beceriye sahip olmama, hastalığın kabul edilmemesi, umutsuzluk ve olumsuz duygular, ilaç rejimlerinin karmaşıklığına ilişkin kaygı, danışmanlık, motivasyon, davranış veya psikoterapi eğitimlerine düşük katılım, takiplere özen göstermeme uyumu negatif yönde etkilediği bildirilen hasta ile ilgili parametrelerden bazılarıdır.(5,42)

Uyumu değerlendirme konusunda mevcut çeşitli yöntemlerin varlığına rağmen kapsamlı tek bir yaklaşım henüz yoktur.(5) Toplum sağlığında optimal sonuçlara ulaşabilmek için tedavilere bağlı kalmak gerekmektedir bu da tedavi protokolüne uygun şekilde ilaç almayı, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayı, bir hastalığın başlangıcını ve seyrini etkileyen diğer davranışları kendi kendine yönetebilmeyi içermektedir. Diğer tüm şartlar eşitken, tedavi başarısını bağlılık/uyum davranışı belirler.(42) Bu sebeplerden, uyumu etkileyen faktörlerin, olası eğilim ve davranış mekanizmalarının kapsamlı bir şekilde araştırılması önem arz etmektedir.

Bizim bu çalışmada amacımız, yalnız bir kronik hastalığı olan kişilerde erteleme davranışı varlığının tedavi uyumuna etkisini, genel erteleme ve tedavi uyum ölçekleri üzerinden incelemektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalar Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalardan oluşmaktadır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Bir ayda polikliniğe başvuran 18 yaş üzeri en az bir kronik hastalığı olan 224 kişi olup, çalışmanın örneklem seçimi için yapılan güç analizi testinde gerekli hasta sayısı 245 olarak hesaplanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) Yalnız 1 kronik hastalığı olan bireyler
- 2) En az 1 yıldır kronik hastalığı olan ve en az 1 yıldır ilaç kullanan hastalar
- 3) 18 yaş üzeri bireyler
- 4) Araştırmaya katılmayı kabul edenler

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 1) Herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireyler
- 2) 1'den fazla kronik hastalığı olan bireyler
- 3) 18 yaş ve altı bireyler
- 4) Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş yarı yapılandırılmış bir formdur. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, tanı aldıkları kronik hastalığı, hastalıkları için kaç adet ilaç kullandıkları, tedavi süreleri, beden kitle indeksini değerlendirmek amacıyla boy ve kilolarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

3.4.2. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8)

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8) veya Morisky İlaç Uyum Ölçeği (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8), İpek Kıvılcım Oğuzülgen, Nurdan Köktürk, Zeynep Işıkoğlan tarafından Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklarına uyarlanarak Türkçe' ye çevrilmiş olup hastanın kendi bildirimine dayalı olarak ilaç kullanım davranışlarını değerlendiren bir ölçektir ve tedavi uyumsuzluğuna yol açabilecek nedenlerin daha iyi bir şekilde değerlendirilebilmesine imkan sağlayacak sorular içermektedir.(43) Ölçekte toplamda 8 madde yer almaktadır. Ölçekte bulunan 7 madde, cevapları "evet" veya "hayır" şeklinde iki seçeneqli, kapalı uçlu; 1 madde ise cevapları "asla/nadiren", "arada bir", "bazen", "genellikle", "her zaman" şeklinde 5'li likert tipindedir. Tedaviye uyumu pozitif yönde etkileyen sorulara verilen olumlu cevaplara 1 puan; olumsuz cevaplara 0 puan verildi. 1, 2, 3, 4, 6, 7, numaralı sorulara verilen hayır cevabı için 1 puan; 5. Soruya verilen evet cevabı için 1 puan verildi. Likert tipindeki 8. Sorunun yanıtlarında 1 seçenek dışında kalan diğer 4 seçenek tedaviye uyumun düşük olduğunu gösterdiği için, bu sorudaki yalnız 1 yanıt(asla/nadiren) 1 puan; diğer yanıtlara ise 0 puan verildi. Ölçekten elde edilen toplamda 8 puan: yüksek uyumu, 6-7 puan: orta uyumu, <6 puan ise düşük uyumu ifade etmektedir.(44)

3.4.3. Genel Erteleme Ölçeği (GEÖ)

2003 yılında, Deniz Çiğdem Çakıcı, Abdulkadir Yorulmaz ve Cevriye Gülebağlan tarafından bireylerin günlük yaşamlarında görülen erteleme davranışlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup, ölçekte 7 olumlu ve 11 olumsuz olmak üzere toplamda 18 madde yer almaktadır. Ölçekte bulunan maddelere verilen cevaplar "beni hiç yansıtmıyor", "beni çok az yansıtmıyor", "beni biraz yansıtmıyor", "beni çoğunlukla yansıtmıyor", "beni tamamen yansıtmıyor" olarak beşli likert tipinde derecelendirilmektedir. Ölçeğin puanlamasında, olumlu ifadeler tersine çevrilerek tek yönlü bir puan elde edilir (Genel erteleme davranışı içeren bir ifadeye beni hiç yansıtmıyor diyenler 1; beni

tamamen yansıtıyor diyenler 5 puan alacak biçimde). Ölçekten alınacak en düşük puan 18; en yüksek puan 90' dır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması erteleme eğiliminin yüksek olduğuna işaret etmektedir. (20)

3.5. YÖNTEM

3.5.1. Araştırma Süreçleri ve Verilerin Toplanması

Araştırma, Kasım 2022 - Ocak 2023 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir amaçla başvurmuş yalnız 1 kronik hastalığı olan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan olgulara, çalışma hakkında bilgi verilip sözel onam alındıktan sonra yüz yüze anket formu uygulanarak yapılmıştır. Oluşturulan anket formunda sosyodemografik verileri içeren bilgi formu, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8) ve Genel Erteleme Ölçeği (GEÖ) yer almaktadır.

3.5.2. İstatistiksel Analiz

Örneklem büyüklüğü CDC'nin Epi Info programıyla hesaplanmıştır. Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Tablolarda sürekli değişkenler Ort±SS olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı (N) ve yüzde (%) halinde sunulmuştur.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem örneklem sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı hem de Skewness ve Kurtosis değerlerinin $\pm 3,29$ eşik değer aralığında olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bundan dolayı ölçek toplam puanları ile katılımcıların sosyodemografik ve çeşitli verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için parametrik testlerden Independent Samples t testi ve 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek

amacıyla post-hoc testlerinden sidak testi tercih edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Chi-square test kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. ETİK İZİN

Araştırma için etik kurul onayı T.C. SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' ndan 15.11.2022 tarihinde 3718 sayılı yazı ile alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcılar ile İlgili Sosyodemografik Veriler (n=245)

Demografik değişkenler		N veya Median (Min- Max)	% veya Ort. ±SS
		46,0 (19,0-83,0)	45,24±15,33
Yaş	18-45 Yaş	122	49,8
	46-65 yaş	95	38,8
	65 yaş üstü	28	11,4
Cinsiyet	Kadın	135	55,1
	Erkek	110	44,9
Öğrenim Durumu	Lise ve altı	102	41,6
	Lise üzeri	143	58,4
Medeni durum	Bekâr	80	32,7
	Evli	165	67,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	126	51,4
	Çalışmıyor	119	48,6
Boy (cm)		168,0 (147,0-202,0)	168,44±9,52
Kilo (kg)		75,0 (39,0-120,0)	75,60±14,78
		26,42 (15,04-41,62)	26,66±4,90
BKİ	Zayıf	9	3,7
	Normal	89	36,3
	Şişman	89	36,3
	Obez	58	23,7
Hastalığınızın tedavisi için kaç ilaç kullanıyorsunuz?		2,0 (1,0-6,0)	2,11±1,21
Hastalığınız sebebiyle ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz?	1-5 yıl	113	46,1
	5 yıldan fazla	132	53,9
Kronik hastalıklardan hangisine yönelik tedavi alıyorsunuz?	Diyabet	34	13,9
	Hipertansiyon	38	15,5
	Tiroid hastalığı	27	11,0
	Kalp hastalığı	19	7,8
	KOAH	13	5,3
	Nörolojik hastalıklar	17	6,9
	Psikiyatrik hastalık	47	19,2
Diğer*	50	20,4	

N=Sayı, %=frekans, Medyan=Ortanca, Min=Minimum, Max=Maximum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, *Diğer (Romatolojik, Enfeksiyöz, Allerjik, Ortopedik, Mide-Barsak Hastalığı, Göz veya Cilt Hastalığı, kanser, organ nakli, hiperlipidemi)

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik verilerine ve çeşitli değişkenlere ilişkin frekans analizi verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre katılımcıların %49,8’inin 18-45 yaş arasında olduğu,

%55,1'inin kadın olduğu, %58,4'ünün lise üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %51,4'ünün çalıştığı belirlenmiştir.

Katılımcıların çeşitli değişkenlerine ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde, %36,3'ünün normal veya şişman olduğu, %53,9'unun 5 yıldan fazla süredir hastalığı sebebiyle ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Ölçek Toplam Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler

Değişkenler	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
GEÖ Toplam	245	18,00	89,00	40,44	15,09
MTUÖ Toplam	245	,00	7,00	3,48	1,66
MTUÖ Grup	N	%			
Düşük uyum	206	84,1			
Orta uyum	39	15,9			

n=Sayı, %=Frekans, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, GEÖ=Genel erteleme ölçeği, MTUÖ= Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

Tablo 2'de katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin minimum, maksimum, ortalama, standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara Uygulanan Ölçek Toplam Puanları ve Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7
1-GEÖ TOPLAM	r 1						
	p						
2-MTUÖ TOPLAM	r -,232**	1					
	p <0.001						
3-Yaş (yıl)	r -,262**	,137*	1				
	p <0.001	0,033					
4-Boy (cm)	r ,204**	0,002	-,238**	1			
	p 0,001	0,969	<0.001				
5-Kilo (Kg)	r 0,027	-0,019	,173**	,416**	1		
	p 0,671	0,764	0,007	<0.001			
6-BKİ (kg/m²)	r -0,101	-0,015	,345**	-,189**	,808**	1	
	p 0,116	0,811	<0.001	0,003	<0.001		
7-Hastalığınızın tedavisi için kaç ilaç kullanıyorsunuz?	r 0,044	-0,025	,310**	0,030	,218**	,228**	1
	p 0,489	0,692	<0.001	0,646	0,001	<0.001	

**Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), GEÖ=Genel erteleme ölçeği, MTUÖ= Morisky Tedavi Uyum Ölçeği*

Tablo 3'te katılımcılara uygulanan ölçek toplam puanları ve çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz sonucuna göre GEÖ toplam puanları ile

MTUÖ toplam puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,232$ $p<0,001$).

MTUÖ toplam puanları ile yaş arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,137$ $p=0,033$).

Tablo 4. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre GEÖ ve MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	N	GEÖ Toplam Ort.±SS	MTUÖ Toplam Ort.±SS
Yaş			
1)18-45 yaş	122	44,30±14,77	3,28±1,62
2)46-65 yaş	95	37,94±14,58	3,64±1,66
3)>65 yaş	28	32,21±13,49	3,86±1,82
F=		10,150	2,081
p=		<0.001	0.127
Post-Hoc		1>2, 3	-
Cinsiyet			
Kadın	135	38,54±14,10	3,40±1,61
Erkek	110	42,79±15,99	3,59±1,73
t=		-2,209	-0,893
p=		0.028	0.373
Öğrenim durumu			
Lise ve altı	102	37,93±15,61	3,55±1,69
Lise üstü	143	42,24±14,51	3,44±1,65
t=		-2,223	0,502
p=		0.027	0.616
Medeni Durum			
Bekâr	80	45,66±14,90	3,29±1,58
Evli	165	37,92±14,57	3,58±1,70
t=		3,871	-1,301
p=		<0.001	0.195
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	126	41,59±14,05	3,40±1,70
Çalışmıyor	119	39,24±16,10	3,57±1,62
t=		1,216	-0,783
p=		0.225	0.434
BKİ			
1)Zayıf	9	39,22±20,68	4,00±1,58
2)Normal	89	41,28±14,68	3,39±1,62
3)Şişman	89	41,99±15,81	3,58±1,70
4)Obez	58	37,00±13,41	3,40±1,70
F =		1,436	0,535
p=		0.233	0.659
Post-Hoc		-	-

Hastalığınız sebebiyle ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz?		Ort.±SS	Ort.±SS
1-5 yıl	113	40,98±15,7	3,30±1,70
5 yıldan fazla	132	39,99±14,6	3,64±1,62
t=		0,511	-1,614
p=		0.610	0.108

t=Independent samples t test, F=One way ANOVA, p<0.05

Tablo 4’te katılımcıların GEÖ toplam ve MTUÖ toplam puanlarının çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre GEÖ toplam puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=10,150 p<0.001). Yaş grubu 18-45 yaş olan katılımcıların diğer yaş gruplarına kıyasla GEÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucunda 18-45 yaş ile 46-65 yaş arasında (p=0.005) ve 65 yaş üstü arasında (p<0.001) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

GEÖ toplam puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,209 p=0.028). Erkeklerin kadınlara kıyasla GEÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

GEÖ toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=3,871 p<0.001). Bekârların evlilere kıyasla GEÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların Kronik Hastalık Çeşitlerine Göre GEÖ ve MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	N	GEÖ Toplam Ort.±SS	MTUÖ Toplam Ort.±SS
Kronik hastalık			
1)Diyabet	34	35,97±12,71	3,55±1,39
2)Hipertansiyon	38	39,00±15,53	3,39±1,51
3)Tiroid hastalığı	27	34,74±16,67	3,51±1,90
4)Kalp hastalığı	19	37,68±15,14	4,00±1,97
5)KOAH	13	47,30±13,70	3,76±1,69
6)Nörolojik hastalıklar	17	40,11±16,34	3,64±1,72
7)Psikiyatrik hastalık	47	47,31±17,06	3,53±1,73
8)Diğer	50	40,60±12,62	3,12±1,61
F=		3,068	0,708
p=		0.004	0.665
Post-Hoc		1,3<7	-

t=Independent samples t test, F=One way ANOVA, p<0.05

Tablo 5’te katılımcıların GEÖ toplam ve MTUÖ toplam puanlarının kronik hastalıkları açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre GEÖ toplam puanı ile kronik hastalık çeşitleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,068

p=0.004). Psikiyatrik hastalıkları olanların diğer kronik hastalık çeşitlerine kıyasla GEÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucunda psikiyatrik hasatlığı olanlar ile Diyabeti olanlar arasında (p=0.019) ve tiroid hastalığı olanlar arasında (p=0.013) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 6. MTUÖ Grupları ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	MTUÖ Grup		p
	Düşük Uyum (n=206)	Orta Uyum (n=39)	
Yaş, N(%)			
18-45 yaş	110 (53,4)	12 (30,8)	0.009^a
46-65 yaş	77 (37,4)	18 (46,2)	
>65 yaş	19 (9,2)	9 (23,1)	
Cinsiyet, N(%)			
Kadın	119 (57,8)	16 (41)	0.054
Erkek	87 (42,2)	23 (59)	
Öğrenim durumu, N(%)			
Lise ve altı	83 (40,3)	19 (48,7)	0.328
Lise üzeri	123 (59,7)	20 (51,3)	
Medeni durum, N(%)			
Bekâr	72 (35)	8 (20,5)	0.078
Evli	134 (65)	31 (79,5)	
Çalışma durumu, N(%)			
Çalışıyor	108 (52,4)	18 (46,2)	0.472
Çalışmıyor	98 (47,6)	21 (53,8)	
BKİ Grup, N(%)			
Zayıf	7 (3,4)	2 (5,1)	0.617
Normal	78 (37,9)	11 (28,2)	
Şişman	72 (35,0)	17 (43,6)	
Obez	49 (23,8)	9 (23,1)	
Hastalığımız sebebiyle ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz? N(%)			
1-5 yıl	99 (48,1)	14 (35,9)	0.162
5 yıldan fazla	107 (51,9)	25 (64,1)	
Kronik hastalık, N(%)			
Diyabet	30 (14,6)	4 (10,3)	0.755
Hipertansiyon	33 (16,0)	5 (12,8)	
Tiroid hastalığı	21 (10,2)	6 (15,4)	
Kalp hastalığı	14 (6,8)	5 (12,8)	
KOAH	11 (5,3)	2 (5,1)	
Nörolojik hastalıklar	13 (6,3)	4 (10,3)	
Psikiyatrik hastalık	41 (19,9)	6 (15,4)	
Diğer	43 (20,9)	7 (17,9)	

Chi Square test, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 6’da katılımcıların MTUÖ grupları ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre MTUÖ grupları ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.009$).



5. TARTIŞMA

Literatürde kronik hastalıklar, erteleme ve tedavi uyumunu ana parametreler olarak beraber inceleyen bir çalışma mevcut değildir. Kronik hastalıklar ve tedavi uyumunu ele alan çok sayıda çalışma mevcut iken; kronik hastalık tedavisi ve erteleme ilişkisine dair sayıca az çalışma yapılmıştır ve yapılan araştırmaların çoğu, sağlıkla ilgili erteleme davranışı başlığı altında ve genel olarak ertelemeyi neden; hastalıkları ise sonuç gibi algılayan bir perspektifle yaklaşan yabancı yayınlardır. Bu çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerde erteleme davranışı ve tedavi uyumunun değerlendirilmesi açısından, hastaların ve parametrelerin, oluşturulan evren içinde karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %49,8'i 18-45 yaş aralığında, %38,8'i 46-65 yaş aralığında, %11,4'ü ise 65 yaş üzeriydi. Hastalar belirli bir süre içinde polikliniğe başvuran gönüllülerden oluştuğu için, değerlendirmede daha homojen bir dağılım sağlamak amacıyla yaş aralıkları bu şekilde gruplandırıldı. Elde edilen bu dağılım oranları, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) tarafından 2009 yılında yaptırılan TÜİK tarafından açıklanan ilaç kullanımında demografik veriler araştırmasındaki verilerle tutarlılık göstermemektedir. (45) Bunun sebebi polikliniğe başvuran yalnız bir kronik hastalığı olan katılımcıların yüzde olarak çoğunluğunun daha genç yaşlarda olmasından, ileri yaş hastaların birden fazla hastalığı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %55,1' i kadın, %44,9' u erkeklerden oluşmaktaydı. Yine İEİS' in kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı araştırma ve Hipertansiyon, Diyabet, KOAH olan hastalarda hastalıkları özelinde yapılan benzer çalışmaların birçoğunda kadın/erkek oranı 2:1 civarında gözlenmiştir.(44-46) Katılımcılar araştırma sürecinde sağlık hizmeti almak için araştırma merkezimize başvuran hastalardan oluştuğu için, ulaştığımız oranlar toplum genelini yansıtmayabilir. Hastalıklara göre bakıldığında hastaların %19,9' unun psikiyatrik hastalığı, %15,5' inin Hipertansiyon'u, %13,9' unun ise Diyabet'i vardı. Çoklu kronik hastalıkların incelendiği bir çalışmada en yüksek oran Hipertansiyon sonra Diyabet hastalarına aitti.(45) Veriler arasındaki bu uyumsuzluğun sebepleri arasında bu hastalıkların görülme sıklığının artışı ya da son yıllarda kişilerin psikiyatrik hastalıklarını belirtmekten eskiye göre daha az çekinmesi, polikliniğe başvuran Diyabet, Hipertansiyon gibi hastaların çoğunlukla başka ek hastalıklara sahip olması sayılabilir.

Medeni durum oranlarına bakıldığında evli hastalar, bekar hastaların iki katından fazlaydı. Kronik hastalıklarla ilgili literatür incelendiğinde pek çok çalışmada medeni durumla alakalı benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür.(47-49) Sadece psikiyatrik hastalığa sahip kişiler üzerinde yapılan birkaç çalışmada ise bekar hastaların oranı evlilere göre daha yüksek tespit edilmiştir.(50-52) Bunun nedeni

psikiyatrik hastalıkların diğer kronik hastalıklara nazaran medeni durumdan daha fazla etkilenmesi olabilir.

Eğitim seviyelerine bakıldığında katılımcıların %58,4' ü üniversite ve üzeri %41,6' sı ise lise ve altı öğrenim görmüştü. Hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada da öğrenim düzeyi yüksek olanlar sayıca daha fazla bulunmuştur.(53) Tam tersi şekilde eğitim seviyesi düşük olanların oran olarak daha fazla tespit edildiği yalnız Hipertansiyon hastalarını içeren çalışmalar ve diğer kronik hastalıklar üzerinde yapılmış çalışmalar da mevcuttur.(8,47,48) Kişilerin eğitim seviyesi arttıkça kronik hastalıklar konusunda farkındalığı ve buna bağlı hastane başvurusunda bulunup tanı almalarından kaynaklı böyle bir sonuç ortaya çıkmış olabilir.

Hastaların çalışma durumları oransal olarak birbirlerine yakın değerlerde bulunmuştur. Düzenli bir işte çalışmayan hastaların sayıca daha fazla olduğu Hipertansiyon ve Psikiyatrik hastalar üzerinde yapılmış araştırmalar da literatürde mevcuttur.(8,46,48,51,52)

BKİ'lerine göre değerlendirildiğinde katılımcıların %3,7' si zayıf, %36,3' ü normal, kalan büyük çoğunluğu (%60) ise şişman veya farklı derecelerde obez sınıflamasındaydı. Ulaştığımız oransal fark yine Hipertansiyon hastaları ile yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.(46) 2020'de Çin'de farklı hastalıkları kapsayan bir örneklem üzerinde yapılan çalışma da bizim araştırmamıza benzer bir sonuç elde etmiştir.(54) Bu veriler üzerinden BKİ artışı ile bireylerde kronik hastalıkların görülme sıklığının paralellik gösterdiğini söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %53,9' unun mevcut hastalık tanısı alması üzerinden 5 yıldan fazla zaman geçmişti; %46,1' inin ise hastalık süresi 1-5 yıl arasındaydı. Çoğu çalışmada hastaların büyük bir kısmı 5 yıldan uzun süre önce tanı aldığı için örneklem dağılımımızın literatürle tutarlılık gösterdiği söylenebilir.(46,55,56)

Çalışmamızda hastaların GEÖ ortalama puanı 40,4 olarak, MTUÖ ortalama puanı 3,48 olarak saptandı. Yakın zamanda ülkemizde hipertansiyon hastaları üzerinde MTUÖ-8 kullanılarak yapılan bir tedavi uyum çalışmasında ölçek puan ortalaması 4,52 olarak saptanmıştır.(47) Yine aynı ölçeğin Hipertansiyon hastalarına uyarlanmış versiyonu ile yapılan bir çalışmada ölçek puan ortalaması $4,66 \pm 2,2$ olarak bildirilmiştir. (49) Hastalardan tedaviye yüksek uyum gösteren saptanmadı. Hastaların %15,9' u (n=39) orta uyum düzeyine, %84,1 (n=206) oranı ile büyük çoğunluğu düşük uyum düzeyine sahip olarak saptandı. Aynı ölçek ile tedavi uyumunun değerlendirildiği çalışmaların çoğunda elde edilen puanların düşük uyum düzeyini yansıttığı görülmektedir.(43,48,57,58) Tedavi uyum oranının yüksek olduğu çalışmalar da literatürde mevcuttur.(49) Bir toplum ruh sağlığı merkezinde, psikiyatrik hastalar üzerinde, tıbbi tedaviye uyum ölçeği kullanılarak yapılan başka bir

çalışmada hastaların %69' unun tıbbi tedaviye yüksek uyum gösterdiği gözlenmiştir.(51) Yine Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada da düşük uyum gösteren hasta oranı, orta ve yüksek uyum gösterenlerin yarısından daha az olarak saptanmıştır.(52) Örneklem, ölçek veya kültürel faktörler kaynaklı yaşam tarzı farklılığına bağlı sonuçların değişkenlik göstermiş olabileceği söylenebilir.

Ölçeklerden alınan toplam puanlar ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı birkaç veri elde edildi. İlk olarak, GEÖ toplam puanları ile MTUÖ toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşıldı. Hipotezlerimizden biri olan hastalarda erteleme eğilimi arttıkça tedavi uyumunun azaldığı gözlemlendi. Erteleme davranışının temelinde yatan sebeplerden olan öz düzenleme problemi, kaygı, endişe, stres gibi faktörlerin tedavi uyumunu etkilediğine dair yapılmış çalışmalar literatürde mevcuttur.(18,36,37,42) Saptadığımız bu veri iki değişken arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılabilir.

Erteleme ve sağlık ile bağıntıları en çok inceleyen araştırmacılardan olan Sirois 2003 yılında yaptığı çalışmada, erteleme davranışı sergileyen kişilerin mevcut sağlık sorunlarının tedavisini geciktirdiklerini/ertelediklerini veya ihmal ettiklerini göstermiştir. Erteleyiciler, mevcut sağlık sorunları ile ilgilenmeyi erteleyerek bu sorunların kötüleşmesine izin verebilir.(37)

Bugüne kadar elde edilen bulgular, ertelemenin halihazırda kronik bir sağlık sorunu ile uğraşan kişiler için daha fazla sağlık riski oluşturduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ertelemenin, Hipertansiyon ve KVH gibi iki farklı kronik hastalık üzerinde kötü uyum ve ertelemenin hem nedenleri hem sonuçları arasında yer alan artmış stres riski ile bağlantılı olduğu bulgusu elde edilmiştir. Yine bu bulgu da bizi düzenli ve genellikle günlük hastalık yönetimi davranışları gerektiren diyabet ve stres seviyelerindeki değişikliklere duyarlı olan romatolojik hastalıklar gibi diğer kronik hastalıkların, süreklilik gösteren erteleme davranışından olumsuz etkilenecekleri sonucuna götürür.(11) Bu denklemin tersi yani daha fazla kronik stres ve sağlık sorunu yaşayan kişilerin erteleme eğiliminin daha yüksek olduğu da araştırmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmalar da ertelemeyi kronik hastalıkların kötü yönetiminde önemli bir faktör olarak tanımlamaktadır.(40)

Tedavi uyumuna engel olan faktörlerin incelendiği hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olan kişilerin sorumluluklarının fazla olmasının, hastalık yönetimini olumsuz etkilediği söylenmiştir.(53) Ertelemenin temel nedenlerinden biri olarak görülen azalmış sorumluluk duygusu da dikkate alınırsa, bu davranışı sergileyen kişilerin kronik hastalıklarda iyi bir tedavi uyumu gösteremeyecekleri söylenebilir.

Psikolojik uyumsuzlukların, hastaların fiziksel ve mental birtakım kabiliyetlerinde değişikliklere neden olarak, hastaların olumlu ve etkili baş etme kapasitelerini azalttığı ve tedavi sonucunu

etkilediği yapılan çalışmalar neticesinde bilinmektedir.(53) Kişilik özellikleri ve birçok psikolojik alt parametre ile tanımlanan erteleme de bir çeşit psikolojik uyumsuzluk sayılabilir ve buna dayanarak da tedavi uyumunu negatif yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırmamızda bir diğer istatistiksel olarak anlamlı ilişki, MTUÖ toplam puanları ile yaş değişkeni arasında pozitif yönlü olarak saptandı. Çalışmamıza katılan hastaların yaşı arttıkça tedaviye gösterdikleri uyum artmaktadır. Literatürde genç yaşın uyumu azaltıcı bir faktör olduğu şeklinde benzer sonuca ulaşan çalışmalar çokça mevcuttur. (56,59–62) Yaş ile ilaç uyumunun ters orantılı olduğu şeklinde aksi bulgular elde eden çalışmalar da yayınlanmıştır.(5,46) Bazı çalışmalarda ise bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.(51,63)

Çalışmamızda tedavi uyumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Elde ettiğimiz bu sonuç literatür ile uyumlu bulundu.(48,49,51,58) Kadın hastaların erkeklere göre daha fazla uyum gösterdiği çalışmalar da vardır.(55,64)

Çalışmamızda erteleme eğilimi gösteren hastalar yaş grupları, cinsiyet ve medeni durum açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi. Erteleme eğiliminin daha genç yaşlarda daha sık olduğu saptandı. Yaş arttıkça ertelemenin azaldığına dair çalışmamızı destekleyen yayınlar literatürde mevcuttur. (23,65,66) Fakat yaş ve erteleme arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar da vardır.(67)

Çalışmamızda erkeklerin daha çok erteleme davranışı gösterdiği saptanmıştır. Bu bulguyu destekler nitelikte çalışmalar literatürde mevcuttur. (66,68) Genellikle kadınların erkeklere göre daha fazla iç motivasyona sahip olmaları bunun nedeni olarak bir araştırmada öne sürülmüştür.(68) Literatürde erteleme ile cinsiyet arasında kadınların daha çok ertelediğini saptayan çalışmalar da yer aldığı gibi değişkenler arasında anlamlı fark saptamayan çalışmalar da mevcuttur.(20,67) Yapılan kapsamlı bir çalışmada erkeklerin yirmili yaşların ortalarından itibaren erteleme davranışlarının pik yaptığı sonrasında altmış yaşına kadar azalarak devam ettiği, altmış yaşından sonra hızlı bir artış gösterdiği; kadınların da erken yetişkinlik döneminde erteleme davranışlarının zirve noktasına ulaştığı, altmış yaşa kadar azalarak devam ettiği, altmıştan sonra ise aniden hızlı bir artış gösterdiği belirtilmiştir.(18) Çalışmamızda erteleme eğiliminin bekar hastalarda, evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Evlilerin bekarlara göre daha fazla erteleme davranışı gösterdiği sonucuna ulaşan araştırmalara literatürde daha fazla rastlanmıştır.(38,66,69) Bu sebeple de elde ettiğimiz bu verinin önem taşıdığı söylenebilir.

Eğitim düzeyi, çalışma durumu, hastalık süresi, kullanılan ilaç sayısı ve BKİ gibi diğer parametrelerle, erteleme eğilimi veya tedavi uyumu arasında anlamlı fark saptanmadı. Eğitim düzeyinin ilaç uyumunda belirleyici bir değişken olmadığına dair çalışmalar literatürde mevcuttur.(49,51,52,61) Aynı zamanda öğrenim durumu ile tedavi uyumunun korele olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da yapılmıştır.(48,55) DSÖ' nün 2003 yılında yayınladığı uzun dönem tedavi uyumu raporunda, öğrenim durumunun ilaç uyumunu etkileyen önemli etmenlerden olduğu bildirilmiştir.(42)

Farklı bir tedavi uyum leği kullanılarak psikiyatrik hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, çalışan hastaların tedavi uyumunun çalışmayan hastalara göre anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir. (51)

Farklı çalışmalarda hastaların tedavi uyumlarının farklı değişkenler ile ilişkisi olup olmadığı incelenmiştir. Gelir düzeyi, aile tipi, hastanın kiminle yaşadığı, nerede yaşadığı, ailede psikiyatrik öykü varlığı, hastalığın başlama yaşı, ek hastalık varlığı, hastanın kullandığı ilaçlar ile ilgili bilgi sahibi olup olmama durumu, ilaçlarını kendisinin alıp almaması, hangi sıklıkta kontrole gittiği, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, sigara veya alkol kullanımı bu değişkenlerden bazılarıdır.(49,51,55)

Araştırmamızda diğer hastalıklara kıyasla psikiyatrik hastalığı olan kişilerde erteleme davranışının daha fazla gözlendiğini saptadık. Erteleme davranışı farklı parametrelerle açıklanmaya çalışılan psikolojik bir fenomendir. Birçok çalışmada kişilik özellikleri ve psikolojik patolojilerle ilişkilendirilmektedir.(27,38,66,70,71) Bu gibi veriler ulaştığımız bu sonucu açıklamaya yardımcı olabilir. Yine başka bir çalışmada psikolojik uyumsuzlukların, hastaların fiziksel ve zihinsel yeteneklerinde değişikliklere neden olabileceği, hastanın olumlu ve etkili başa çıkma kapasitesini azaltabileceği, tedavinin sonucunu ve hastalık yönetimini etkileyebileceği belirtilmiştir. Başka alışmalar da hastaların uyumsuzluklarının terapötik sonuçları etkileyebileceğini ne sürmektedir. Bu etki, immünolojik tepkilerde ve strese verilen yanıtta bazı değişiklikler meydana getirebilmektedir.(11,53)

Çalışmamızda hastalık eşitleri ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Çalışmamızda yapılan analizlere göre düşük ve orta uyum düzeyine sahip hastalara rastlanmıştır, yüksek uyum gösteren hasta tespit edilmemiştir. Bu ilk iki grup ile yaş değişkeni karşılaştırıldığında, düşük uyum gösterenlerin yarısından fazlası(%53,4) katılımcılar arasında daha genç yaş hasta grubunda(18-45 yaş) saptanmıştır.

Diğer herhangi bir değişken ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kısa bir süre içinde eğitim araştırma hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalar üzerinden yapıldığı için hastalık dağılımı ne yazık ki homojen olamaması çalışmamızın zayıf yönlerinden biri olarak söylenebilir. Gelecek çalışmalarda, daha geniş kapsamlı değerlendirebilmek, daha adaletli bir kıyas yapmak için farklı branş polikliniklerini de dahil ederek ilgili hastalıklar özelinde, her hastalığa ait hasta sayıları eşit olacak şekilde örneklem sayısı artırılabilir.



6. SONUÇ

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuca göre, kronik hastalığı olan bireylerde erteleme eğilimi arttıkça hastaların tedaviye uyum düzeylerinde azalma olduğu gözlenmiştir.

Yine yaş arttıkça erteleme davranışında azalmaya paralel olarak tedavi uyum düzeyinin yükselmesi de benzer şekilde bu veriyi güçlendirebilir.

GEÖ toplam puanı ile cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiş, bekar ve erkek hastaların daha fazla erteleme davranışı sergilediği görülmüştür.

GEÖ toplam puanı ile hastalık çeşitleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup; ulaşılan verilere göre psikiyatrik hastalığı olan kişilerde ertelemeye meyil, diğer hastalık gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Geçici veya kalıcı erteleme, sağlığın sürdürülebilirliğini tehlikeye atabilecek bir nitelik taşıdığı için, hastaların ve sağlık hizmet sunucularının erteleme davranışlarına ilişkin farkındalığının artırılması, tedavi uyumunu ve buna bağlı olarak sağlık sonuçlarını iyileştirme açısından da önerilebilir.

Daha çok psikoloji ve eğitim alanında araştırılan erteleme davranışı kavramı sağlık literatüründe de kendini göstermesine rağmen henüz yeterli ilgiyi görememiştir. Alan yazındaki incelemelerin neredeyse hepsi yabancı literatür dahilinde yer almaktadır. Ülkemizde de erteleme ve sağlık ilişkisine dair çalışmalar artırılabilir.

Elde ettiğimiz sonuçları güçlendirebilmesi veya anti tez oluşturması için demografik verilere veya hastalık çeşitlerine göre karşılaştırma yapan, daha homojen, daha geniş örneklerle yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Mevcut çalışmada erteleme-tedavi uyumu ilişkisi irdelenmiş olup gelecekte yapılacak araştırmalar farklı sağlık davranışları ile erteleme bağıntısını inceleyebilir.

7. KAYNAKÇA

1. WHO. Noncommunicable diseases. Fact sheet. World Health Organisation. September 16, 2022. Retrieved December 09, 2022 [Internet]. 2015 [cited 2022 Dec 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. AYTAP F, ÖZER Z. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski İle Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021;
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar YS ve ÖDB. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması Temel Bulgular [Internet]. 2013. Available from: www.thsk.gov.tr
4. Hastalıklar ve Aile Hekimliği K, Eser UzmDr U, Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği İ. Smyrna Tıp Dergisi Derleme Chronical Diseases and Family Medicine. 2014.
5. Demirbaş N, Kutlu R. Treatment Adherence And Self-Efficacy Levels Of Adults Using Multiple Drugs. Ankara Medical Journal. 2020;20(2):269–80.
6. Gökalp O., Mollaoğlu H. Uygunsuz İlaç Kullanımı [Internet]. 2003. Available from: <http://www.calisma.gov.tr/projeler/tekcati.htm>,
7. Göçgeldi E, Alparslan Babayiğit M, Hassoy H, Açikel H, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ARAŞ TIRMA. Vol. 50, Gülhane Tıp Dergisi. 2008.
8. Aytap F, Özer Z. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski İle Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021 Jan 1;
9. Özdemir Ü, Taşçi S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Vol. 1, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 1 Sayı. 2013.
10. Yılmaz O, Akyüz Çim E. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Erteleme Davranışını Etkileyen Bilişsel Parametrelerin Değerlendirilmesi. 2019.
11. Sirois FM. Procrastination, Stress, and Chronic Health Conditions: A Temporal Perspective. In: Procrastination, Health, and Well-Being. Elsevier Inc.; 2016. p. 67–92.
12. Karaca B, Evrim A. Hatay'da Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Yönetimini Etkileyen Faktörler ve Hasta Yönelimli Yaklaşımı. 2022.
13. TÜİK. TÜİK 2019 Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 14]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
14. WHO. Non Communicable Diseases Country Profiles. 2018.

15. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye BOH Çok Paydaşlı Eylem Planı. In 2017. Available from: www.kumbaski.com
16. Aydemir T., Çetin Ş. Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. 2019;
17. Rozental A, Carlbring P. Understanding and Treating Procrastination: A Review of a Common Self-Regulatory Failure. *Psychology*. 2014;05(13):1488–502.
18. FERRARI JR, JOHNSON JL, McCOWN WILLIAM G. PROCRASTINATION AND TASK AVOIDANCE THEORY, RESEARCH, AND TREATMENT. 1995.
19. Lay CH. At Last, My Research Article on. Vol. 20, *JOURNAL OF RESEARCH IN PERSONALITY*. 1986.
20. Çakıcı DÇ, Çok F. lise-ve-universite-ogrencileri-icin-genel-erteleme-olcegi. 2003.
21. Ferrari JR, Tice DM. Procrastination as a self-handicap for men and women: A task-avoidance strategy in a laboratory setting. *J Res Pers*. 2000;34(1):73–83.
22. Mann L. Procrastination Revisited: A Commentary. *Aust Psychol*. 2016 Feb 1;51(1):47–51.
23. Steel P. The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. Vol. 133, *Psychological Bulletin*. 2007. p. 65–94.
24. Güğerçin U, Korkmazıyürek H. Erteleme Davranışının Öncülleri Olarak Dış Kontrol Odaklılık ve Rol Çatışması: Ampirik Bir Çalışma. *Business & Management Studies: An International Journal*. 2020 Mar 25;8(1):711–30.
25. Rothblum ED, Solomon LJ, Murakami J. Affective, Cognitive, and Behavioral Differences Between High and Low Procrastinators. *J Couns Psychol*. 1986 Oct;33(4):387–94.
26. Uzun Ozer B, Demir A, Ferrari JR. Reducing Academic Procrastination Through a Group Treatment Program: A Pilot Study. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*. 2013 Sep;31(3):127–35.
27. Uzun B, Demir A. Erteleme: Türleri, Bileşenleri, Demografik Etkenler ve Kültürel Farklılıklar 106 *Ege Eğitim Dergisi*. Vol. 1. 2015.
28. Milgram N, Mey-Tal G, Levison Y. Procrastination, generalized or specific, in college students and their parents. Vol. 25, *Personality and Individual Differences*. 1998.
29. Hsin A, Chu C, Choi JN. Rethinking Procrastination: Positive Effects of “Active” Procrastination Behavior on Attitudes and Performance. Vol. 145, *The Journal of Social Psychology*. 2005.
30. Mccow W, Johnson J, Petzel T. PROCRASTINATION, A PRINCIPAL COMPONENTS ANALYSIS. Vol. 10, *Person. indimf. Difi*. 1989.
31. Klingsieck KB. Procrastination when good things don’t come to those who wait. Vol. 18, *European Psychologist*. 2013. p. 24–34.

32. Steel P. Arousal, avoidant and decisional procrastinators: Do they exist? *Pers Individ Dif*. 2010 Jun;48(8):926–34.
33. Lay C, Knish S, Zanna R. Self-Handicappers and Procrastinators: A Comparison of Their Practice Behavior Prior to an Evaluation. *JOURNAL OF RESEARCH IN PERSONALITY* . 1992;26:242–57.
34. Ferrari JR, Díaz-Morales JF. Procrastination: Different time orientations reflect different motives. *J Res Pers*. 2007 Jun;41(3):707–14.
35. Liu P, Feng T. The effect of future time perspective on procrastination: the role of parahippocampal gyrus and ventromedial prefrontal cortex. *Brain Imaging Behav*. 2019 Jun 15;13(3):615–22.
36. Lay C, Silverman S. *TRAIT PROCRASTINATION, ANXIETY, AND DILATORY BEHAVIOR*. Vol. 21. 1996.
37. Sirois FM, Melia-Gordon ML, Pychyl TA. “I’ll look after my health, later”: An investigation of procrastination and health. *Pers Individ Dif*. 2003 Oct;35(5):1167–84.
38. Milgram N, Tenne R. Personality Correlates of Decisional and Task Avoidant Procrastination. *Eur J Pers*. 2000;14:141–56.
39. Lay CH. Trait procrastination and the perception of person task characteristics. *Journal of Social Behavior and Personality* [Internet]. 1992;483–94. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/272827800>
40. Sirois FM. Procrastination, Health, and Health Risk Communication. In: *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. Oxford University Press; 2017.
41. Kachgal M, Hansen L, Nutter K. Academic Procrastination Prevention/Intervention: Strategies and Recommendations [Internet]. Vol. 203. 2001. Available from: <http://about.jstor.org/terms>
42. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organization; 2003. 194 p.
43. Oğuzülgen IK, Köktürk N, Işıkdoğan Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8-maddeli ilaca uyum anketinin (MMAS-8) Türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. *Tuberk Toraks*. 2014;62(2):101–7.
44. Sayiner Z, Savaş E. Diabetes Mellitus’ ta Morisky Tedavi Uyum Ölçeği’nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Hastalarda Tedavi Uyumunu Gösteren Faktörlerle İlişkisinin Saptanması. 2014.
45. TEB. ilaç kullanımında demografik özellikler teb haber [Internet]. [cited 2023 Jan 1]. Available from: <https://www.ieis.org.tr/basin-aciklamalari/14-%C3%9Cikemizin%20%E2%80%9C%C4%B0la%C3%A7%20Kullan%C4%B1m%20Davran%C4%B1%C5%9Flar%C4%B1%E2%80%9D%20belirlendi%20>

46. Gün Y., Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi *. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [Internet]. 2014;7:98–108. Available from: <http://www.deuhyoedergi.org>
47. Irga N, Çelik Güzel E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin İlaç Tedavisi ve Kronik Hastalık Uyumuna Etkisi. Smyrna Tıp Dergisi. 2022;50–8.
48. Tör V, Tosun N. Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. ZEUGMA JOURNAL OF HEALTH RESEARCHES. 2020;2(3):114–23.
49. Mert H. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2011;15(1):7–12.
50. Sarıca Darol E, Karapınar A. Cinsiyet ve Medeni Durum ile Stres Zemininde Oluşan Hastalıkların İlişkisi. Sakarya Medical Journal. 2022 May 30;
51. Onan N. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Hastalarda Tıbbi Tedaviye Uyumun İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020 Jun 1;
52. Üstün G, Küçük L, Buzlu S. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. J Psychiatr Nurs. 2018;
53. Najimi A, Mostafavi F, Sharifirad G, Golshiri P. Barriers to medication adherence in patients with hypertension: A qualitative study. J Educ Health Promot. 2018;7(1):24.
54. Leung YS, Lee JJW, Lai MMP, Kwok CKM, Chong KC. Association between obesity, common chronic diseases and health promoting lifestyle profiles in Hong Kong adults: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2020 Dec 1;20(1).
55. Karaaslan Eşer A, Doğan EN, Kav S, Bulut Y. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018;34:64–76.
56. Jeragh-Alhaddad FB, Waheedi M, Barber ND, Brock TP. Barriers to medication taking among Kuwaiti patients with type 2 diabetes: A qualitative study. Patient Prefer Adherence. 2015 Oct 23;9:1491–503.
57. Pirasath S, Kumanan T, Guruparan M. A Study on Knowledge, Awareness, and Medication Adherence in Patients with Hypertension from a Tertiary Care Centre from Northern Sri Lanka. Int J Hypertens. 2017;2017.
58. Oliveira-Filho A, Barreto-Filho J, Felizardo Neves S, de Lyra Jr D. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and Blood Pressure Control. Arq Bras Cardiol. 2012;99(1):649–58.

59. Natarajan N, Putnam W, van Aarsen K, Lawson B, Burge F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Can Fam Physician*. 2013;59:93–100.
60. Thurston MM, Bourg CA, Phillips BB, Huston SA. Impact of health literacy level on aspects of medication nonadherence reported by underserved patients with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2015 Mar 1;17(3):187–93.
61. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Jul 22;10:1289–98.
62. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients. Vol. 36, *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 355–71.
63. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Cukurova Medical Journal*. 2015 Nov 3;40(3):555.
64. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Fie"l4 Rn L, Francis CK. Correlates of Nonadherence to Hypertension Treatment in an Inner-City Minority Population. 1992.
65. Watson D. Procrastination and the five-factor model: a facet level analysis. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2001;30:149–58. Available from: www.elsevier.com/locate/paid
66. Baltacı A. The Relations between Procrastination Behavior Tendency and Big-Five Personality Traits: A Survey on School Administrators. *International Journal of Contemporary Educational Studies (IntJCES)* [Internet]. 2017; Available from: www.intjces.com
67. Haycock LA, McCarthy P, Skay CL. Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*. 1998;76(3):317–24.
68. Senécal C, Koestner R, Vallerand RJ. Self-regulation and academic procrastination. *Journal of Social Psychology*. 1995;135(5):607–19.
69. Steel P, Ferrari J. Sex, Education and Procrastination: An Epidemiological Study of Procrastinators' Characteristics from a Global Sample. *Eur J Pers*. 2013 Jan;27(1):51–8.
70. Steel P, Brothen T, Wambach C. Procrastination and personality, performance, and mood. *Personality and Individual Differences* [Internet]. 2001;30:95–106. Available from: www.elsevier.com/locate/paid
71. Berber Çelik Ç, Odacı H. Akademik Erteleme Davranışının Bazı Kişisel ve Psikolojik Değişkenlere Göre Açıklanması * Explanation of Academic Procrastination by Some Personal and Psychological Variables. Vol. 30, *Journal of Education*). 2015.

EKLER

EK 1. Anket Formu

Kronik Hastalığı Olan Kişilerde Erteleme Davranışı Varlığının Tedavi Uyumu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi Anket Formu

1.Yaşınız nedir ?

.....

2. Cinsiyetiniz nedir ?

- Kadın
- Erkek

3. Öğrenim durumunuz nedir?

- Lise ve altı
- Lise üzeri

4. Medeni durumunuz nedir?

- Bekar
- Evli

5. Çalışma durumunuz nedir ?

- Bir işte düzenli olarak çalışıyorum.
- Herhangi bir işte çalışmıyorum.

6. Boyunuz nedir ?

.....

7. Kilonuz nedir ?

.....

8. Hastalığınızın tedavisi için kaç ilaç kullanıyorsunuz ?

.....

9. Hastalığınız sebebiyle ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz ?

- 1-5 yıl
- 5 yıldan fazla

10. Aşağıdaki kronik hastalıklardan hangisine yönelik tedavi alıyorsunuz ?

- Diyabet (Şeker Hastalığı)
- Hipertansiyon
- Tiroid Hastalığı (Guatr)
- Kalp Hastalığı (Ritim Bozukluğu, Kalp Yetmezliği, Kalp Damar Tıkanıklığı)
- Hiperlipidemi (Yüksek Kolesterol)
- KOAH (Astım, Bronşit)
- Kronik Böbrek Hastalığı (Böbrek Yetmezliği, Diyaliz)
- Nörolojik Hastalıklar (Felç, Parkinson, Alzheimer, Demans, Migren, Vertigo)
- Psikiyatrik Hastalık
- Organ Nakli
- Kanser
- Diğer (Romatolojik, Enfeksiyöz, Allerjik, Ortopedik, Mide-Barsak Hastalığı, Göz veya Cilt Hastalığı)

EK.2

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ-8)

1- Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz ?

- EVET
- HAYIR

2- İnsanlar bazen unutmanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atarlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde, ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) var mıydı ?

- EVET
- HAYIR

3- Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeniyle doktorunuza söylemeksizin ilacınızı almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz hiç oldu mu ??

- EVET
- HAYIR

4- Seyahat ettiğiniz veya evden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınızda taşımayı bazen unutur musunuz ?

- EVET
- HAYIR

5- Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı?

- EVET
- HAYIR

6- Belirtilerinizin kontrol altına alındığını hissettiğinizde bazen ilacınızı almayı bıraktığınız oluyor mu?

- EVET
- HAYIR

7- Her gün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hisseder misiniz ?

- EVET
- HAYIR

8- Tüm ilaçlarınızı almayı hatırlamakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?

- ASLA/NADİREN
- ARADA BİR
- BAZEN
- GENELLİKLE
- HER ZAMAN

EK.3

Genel Erteleme Ölçeği

1.İşlerimi, gereken zamandan daha kısa sürede bitiririm.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

2.Bir konuda karar vermiş olsam bile, harekete geçmeyi son dakikaya bırakırım.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

3.İşleri ertesi güne bırakmak tarzım değildir.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

4.En sıkıcı işlerin yapılabilmesi için bile mutlaka zamanında başlarım.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

5.Ailem ve arkadaşlarım benim işleri hep son dakikada yaptığımı söylerler.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

6.İşlerin bitirilmesi için zamanımı iyi kullanırım.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor

- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

7.Ne yapar eder işlerimi son dakikaya bırakırım.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

8.İşleri zamanında bitiririm.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

9.Ailem ve arkadaşlarım randevularıma hep geç kaldığımı söylerler.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

10.Sıklıkla iki ayağım bir pabuca girer.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

11.Yapmak zorunda olduğum işleri son dakikaya bırakırım.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

12.İşlerimi bitirdiğimde kontrol etmek için zamanım kalır.

- Beni hiç yansıtıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

13.İş işten geçtikten sonra harekete geçerim.

- Beni hiç yansıtmıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

14.Önemli işlerimi yapmayı da son dakikaya bırakırım.

- Beni hiç yansıtmıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

15.İşlerimi yapmak için gereken zamanı çoğu kez yanlış hesaplarım.

- Beni hiç yansıtmıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

16.İşlerimi zamanında yapmadığım için maddi ve manevi zarara uğrarım.

- Beni hiç yansıtmıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

17.Önemli işlerimi bana verilen zamandan daha önce bitiririm.

- Beni hiç yansıtmıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

18.Çok gerekli bir şeyi bile genellikle son dakikada yaparım.

- Beni hiç yansıtmıyor
- Beni çok az yansıtıyor
- Beni biraz yansıtıyor
- Beni çoğunlukla yansıtıyor
- Beni tamamen yansıtıyor

EK.4. Etik İzin


T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi(SUAM)
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı:3718
Konu: Onay yazısı

Tarih: 15/11/2022

Doç.Dr.Güzin ZEREN ÖZTÜRK

“Kronik hastalığı olan kişilerde erteleme davranışı varlığının tedavi uyumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi” isimli çalışmanın evrakları incelendi ve etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.


Prof. Dr.Yüksel Altuntaş
Etik Kurul Başkanı