



**HEMODİYALİZ HASTALARINA SAĞLIK İNANÇ MODELİ
DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN
AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ**

**Zeliha CENGİZ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Meral ÖZKAN**

Doktora Tezi-2018

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ HASTALARINA SAĞLIK İNANÇ MODELİ DOĞRULTUSUNDA
VERİLEN EĞİTİMİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeliha CENGİZ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**


**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Meral ÖZKAN**


**MALATYA
2018**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; Zeliha CENGİZ'in " Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi " konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/10/2018


Prof. Dr. Türkinaz AŞTI
Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Meral ÖZKAN
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye


Doç. Dr. Fıncı BÜYÜKYILMAZ
İstanbul Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Emriye Hilal YAYAN
İnönü Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA
İnönü Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2018 tarih ve 2018/.....sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı	4
2.1.1. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Kronik Böbrek Hastalığının Belirti ve Bulguları	5
2.1.3. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi	6
2.1.4. Kronik Böbrek Hastalığının Fizyopatolojisi	6
2.1.5. Kronik Böbrek Hastalığında Evreleme.....	7
2.1.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavi Yöntemleri	8
2.2. Hemodiyaliz.....	8
2.2.1. Hemodiyaliz Endikasyonları ve Kontraendikasyonları	9
2.2.2. Hemodiyalizin Avantaj ve Dezavantajları.....	9
2.2.3. Hemodiyaliz Komplikasyonları	9
2.2.4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hemşirelik Bakımı	10
2.3. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı	11
2.3.1. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri	11
2.3.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları.....	12
2.3.3. Akılcı İlaç Kullanımında Akılcılık Ölçütleri.....	13
2.3.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	14
2.3.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri	16
2.3.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları.....	16
2.3.7. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü.....	17
2.3.8. Hemodiyaliz Hastalarında Akılcı Tedavi Süreci.....	19
2.4. Hemşirelikte Model Kullanma	21

2.4.1. Sağlık İnanç Modeli	22
2.4.1.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri	23
2.4.1.2. Sağlık İnanç Modeli ve Hemodiyaliz Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı	27
3. MATERYAL VE METOT.....	32
3.1. Araştırmanın Türü:	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4. Veri Toplama Araçları	33
3.5. Verilerin Toplanması	34
3.6. Hemşirelik Girişimi.....	46
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	46
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	48
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	48
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	49
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	59
EKLER	71
EK 1. Özgeçmiş.....	71
EK 2. Hasta Tanıtım Formu.....	72
EK 3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği.....	74
EK 4. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Madde Havuzu	75
EK 5. Görüşü Alınan Uzman Listesi.....	77
EK 6. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu Karar Formu.....	78
EK 7. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi İzin Yazısı	79
EK 8. Fırat Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	80
EK 9. Özel Elazığ Diyaliz Merkezi İzin Yazısı.....	81
EK 10. Özel Çağrı Diyaliz Merkezi İzin Yazısı.....	82
EK 11. Dünya Diyaliz Merkezi İzin Yazısı.....	83
Ek 12. Sağlık İnanç Modeline Göre Hazırlanmış Eğitim Rehberi	83

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince kişisel ve bilimsel gelişimim için desteğinin yanında özverisini ve güvenini esirgemeyen, kıymetli zamanımı ihtiyacım olduğu her an benimle paylaşan ve bu çalışmanın ortaya çıkışında ve yürütülmesinde yol gösterici olan değerli ve çok sevdiğim danışman hocam Meral ÖZKAN' a,

Doktora eğitimim ve çalışmam süresince yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim, sıcak yaklaşımlarıyla beni daima destekleyen, fikir ve görüşleri ile ufku zenginleştiren değerli hocalarım Emriye Hilal YAYAN ve Yeşim AKSOY DERYA' ya, Araştırma sürecinde değerli görüşlerini esirgemeyen Prof. Dr. Rukuye AYLAZ, Doç. Dr. Ayla ÜNSAL, Doç. Dr. Papatya KARAKURT, Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA, Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN, Dr. Öğr. Üyesi Aylın ÖZAKGÜL, Öğr. Gör. Dr. Esra DEMİRARSLAN, Öğr. Gör. Dr. Hilal TÜRK BEN POLAT, Doç. Dr. İlhan ERDEM ve Ahmet Fevzi ÖZDEMİR'e

Her zaman yanımda olup beni destekleyen, güçlü dostluklar kurduğum ve yanlarında huzur bulduğum çok sevgili arkadaşlarım Murat KILIÇ'a, Kader KÖMÜRHAN'a, Kevser IŞIK, Seher TANRIVERDİ, Neslihan SÖYLEMEZ, Derya BIÇAK, Derya AKÇA ve Hilal YILDIRIM, Ercan KARABABA ve Esin TOSUN' a,

Çalışmamın yürütülmesinde kurumlarını bizlere açan, desteklerini esirgemeyen İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hemodiyaliz Ünitesi, Fırat Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi, Özel Elazığ Diyaliz Merkezi, Özel Çağrı Diyaliz Merkezi ve Dünya Diyaliz Merkezi çalışanlarına, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Her konuda desteğini hiç esirgemeyen değerli kayınvalidem Gamze Yeter TOHUM'a, beni bu yaşa getiren biricik annem Emine SÖNMEZ'e

Bu zorlu yolda beni yalnız bırakmayan, sabır ve özveriyle destekleyen ve her zaman yanımda olan sevgili eşim Deniz Uğur CENGİZ'e, varlığı ile yaşamıma neşe ve anlam katan biricik kızım Eylül Deniz CENGİZ'e,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunuyorum.

Zeliha CENGİZ

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma hemodiyaliz hastalarına Sağlık İnanç Modeli (SİM) doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: İki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın, birinci aşaması metodolojik, ikinci aşaması ise ön test–son test randomize kontrollü deneme modeli olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü diyaliz ünitelerinde hemodiyaliz tedavisi alan tüm hastalar (n=396) oluşturdu. Yapılan güç analizi sonucunda örneklem büyüklüğü 132 birey olarak belirlendi (66 deney, 66 kontrol). Araştırma Malatya ve Elazığ illerinde Mart 2017- Eylül 2018 tarihleri arasında yapıldı. Veriler “Hasta Tanıtım Formu” ve araştırmacılar tarafından geliştirilen “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)” kullanılarak toplandı. Deney grubundaki hastalara SİM doğrultusunda akılcı ilaç kullanımı eğitimi 15 gün ara ile iki kez verildi. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, cronbach alfa, ki-kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: Ön test ölçüm verilerine göre deney grubunun AİKÖ puan ortalaması 60.29 ± 10.17 , kontrol grubunun puan ortalaması 62.85 ± 9.94 'tür. Son test ölçüm verilerine göre deney grubunun AİKÖ puan ortalaması 78.80 ± 8.16 , kontrol grubunun puan ortalaması 63.48 ± 9.77 'dir. Deney ve kontrol grupları arasında ön test puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı, son test puanları arasındaki farkın ise önemli olduğu saptandı ($p < 0.001$).

Sonuç: Yapılan analizlerde SİM doğrultusunda verilen eğitimin, hemodiyaliz hastalarının akılcı ilaç kullanımını arttırdığı saptandı. AİKÖ' nin akılcı ilaç kullanımını ölçmek için kullanılması, SİM' in akılcı ilaç kullanımı ile ilgili verilecek eğitimlerde rehber olarak kullanılması ve hemodiyaliz hastalarına akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: akılcı ilaç kullanımı, hemodiyaliz, sağlık inanç modeli, hemşirelik

ABSTRACT

The Effect of The Training Provided Based on Health Belief Model On Rational Drug Use in Patients Undergoing Hemodialysis

Aim: This study was conducted in order to determine the effect of the training, provided for the patients undergoing hemodialysis in accordance with the Health Belief Model (HBM), on rational drug use.

Material and Method: The first stage of the study, which was conducted in two stages, was carried out methodologically and the second stage was carried out as the pretest-posttest randomized controlled trial model. The population of the study was composed of all the patients (n=396) receiving hemodialysis treatment in the dialysis units where the study was conducted. As a result of the power analysis, the sample size was decided to be 132 (66 patients in the experimental group, 66 patients in the control group). The study was conducted in Malatya and Elazığ cities between March 2017-September 2018. The data were collected using the "Patient Information Form" and "The Rational Drug Use Scale(RDUS)" prepared by the researchers. The training on rational drug use was provided to the patients in the experimental group in accordance with the HBM twice at 15-day intervals. The descriptive statistics, Cronbach's alpha, chi-square, and dependent and independent samples t-test were used to assess the data.

Results: According to the pretest measurement data, the RDUS mean score of the experimental group was 60.29 ± 10.17 and the RDUS mean score of the control group was 62.85 ± 9.94 . According to the posttest measurement data, the RDUS mean score of the experimental group was 78.80 ± 8.16 and the mean score of the control group was 63.48 ± 9.77 . It was determined that the difference between the pretest scores of the experimental and control groups was not statistically significant and the difference between the posttest mean scores was significant ($p < 0.001$).

Conclusion: In the analyses, it was determined that the training provided in accordance with HBM increased the rational drug use of the patients undergoing hemodialysis. It may be recommended to use RDUS to measure the rational drug use, to use HBM as a guide in the training to be provided on the rational drug use, and to provide the training on rational drug use for the patients undergoing hemodialysis.

Key Words: hemodialysis, health belief model, rational drug use, nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABH	: Akut Böbrek Hastalığı
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AIK	: Akılcı İlaç Kullanımı
AIKÖ	: Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği
CFI	: Comparative Fit Index
CVI	: Content Validity Index
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
GFI	: Goodness of Fit Index
HT	: Hipertansiyon
ICC	: Intraclass Correlation Coefficient
IM	: İntramusküler
IV	: İntravenöz
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KGI	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerliği Oranı
KMO	: Kaiser- Meyer-Olkin
NFI	: Normed Fit Index
NNFI	: Non-Normed Fit Index
ORS	: Oral Rehidratasyon Sıvısı
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SC	: Subkutan
SDBH	: Son Dönem Böbrek Hastalığı
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SPSS	: Statistical Package for Social Science
TND	: Türk Nefroloji Derneği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Sağlık İnanç Modeli	26
Şekil 3.1. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği faktörlerinin öz değerlerine ait saçılma diyagramı.....	39
Şekil 3.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ne ait Path Diagramı.....	43



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanı Kriterleri.....	4
Tablo 2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri	7
Tablo 3.1. Kapsam Geçerlik Oranı ve Kapsam Geçerlik İndeksi	35
Tablo 3.2. AİKÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Hemodiyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 3.3. Hemodiyaliz Hastalarında AİKÖ'nin KMO ve Bartlett Testi Sonuçları.....	38
Tablo 3.4. Maddelerin Eski ve Yeni Numaraları	40
Tablo 3.5. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Faktör Yük Değerleri	41
Tablo 3.6. DFA' ya Ait Regresyon ve t Değerleri	44
Tablo 3.7. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Sonuçları	45
Tablo 3.8. Deney Grupları ve Kontrol Grubunun Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 3.9. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	48
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının AİKÖ Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	53

1. GİRİŞ

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH), yaşamı tehdit eden, böbrek işlevinin ilerleyici ve geriye dönüşsüz bir şekilde kaybedilmesine neden olan, organik ve psikolojik sorunlar ile birlikte birçok komplikasyona yol açan bir hastalıktır (1, 2). Son dönem böbrek hastalığı dünyada ve Türkiye’de her geçen yıl artmakta ve giderek daha fazla kişi bu hastalıktan yakınmaktadır. Türk Nefroloji Derneği (TND) 2016 yılında Türkiye’de SDBH nokta prevalansını milyon nüfus başına 933 olarak saptamıştır (3).

Son dönem böbrek hastalığı, Renal Replasman Tedavisi (RRT) ile tedavi edilmektedir. Renal Replasman Tedavisi; hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonu olmak üzere üç farklı tedavi yöntemini içermektedir. Ancak hem dünyada hem de Türkiye’de böbrek hastalığı tedavisinde kullanılan en yaygın replasman tedavisi hemodiyalizdir (2-5). Özellikle organ transplantasyonuna yönelik sorunlar, SDBH hastalarının büyük bir kısmının hemodiyaliz ile tedavi edilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır (4, 5).

Hemodiyaliz SDBH’da sık başvurulan bir tedavi yöntemi olmasına rağmen, bu hastalarda uygun olmayan ilaç kullanımı, polifarmasi, doz ayarlamasının yapılamaması ve tedaviye uyumsuzluk gibi sorunlar giderek artmakta ve tedavinin başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Hemodiyaliz hastalarının ilaç yükünün fazla olması, ilaçlarla ilişkili bu sorunların artış göstermesine neden olmaktadır. İlaç kullanımı ile ilgili sorunlar ise bu hastaların yaşam kalitesinin bozulmasına ve ilaçlara bağlı morbidite ve mortalite riskinin artmasına yol açmaktadır. Ayrıca bu sorunlar, ciddi boyutlara varan sağlık harcamalarına neden olarak ülke ekonomisine de ağır bir yük getirmektedir (6, 7).

Hemodiyaliz hastalarında ilaç kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada, kullanılan ilaç sayısı arttıkça mortalitenin de arttığı belirlenmiştir (7). Başka bir çalışmada ise hemodiyaliz hastalarının günde ortalama 13 ilaç kullandığı saptanmış ve hastaların %92’sinin ilaçlarla ilgili sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hemodiyaliz hastalarının en çok ilaca uyum sağlama sorunu (%33) yaşadıkları belirlenmiştir (8). Yapılan başka bir çalışmada ise hemodiyaliz hastalarında ilaç uyumsuzluğunun % 41-51 oranında olduğu tespit edilmiştir (9).

Hemodiyaliz hastalarında ilaç kullanımı ile ilgili sorunların önlenmesi akılcı ilaç kullanımı (AİK) ile mümkün olacaktır (10-12). AİK “Hastaların, ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlanmaktadır (11-15).

Akılcı ilaç kullanımı günümüzde giderek önem kazanan bir kavram haline gelmiştir. Akılcı ilaç kullanımını araştıran çalışmalarda; ilaçların yanlış şekilde kullanılması, gereğinden fazla ilaç reçete edilmesi, gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi/yaptırılması, gereksiz yere antibiyotik tüketimi, gereksiz yere pahalı ilaçların kullanımı gibi sorunlar belirlenmiştir (12-15). Hatalı ilaç kullanımları sonucunda zehirlenmeler ya da ilaçlara karşı duyarlılıkta azalmalar görülmektedir (16-18).

Göçgeldi ve arkadaşları Türkiye'de 100 evin 80' inde bir veya daha fazla çeşit ilaç bulunduğunu saptamıştır. Evdeki ilaçların büyük bölümünü analjezik, antipiretik ve antiinflamatuvar ilaçların oluşturduğu, bunları antibiyotiklerin, mide ve sindirim sistemi ilaçlarının, vitamin ve minerallerin izlediği belirlenmiştir. Benzer şekilde en çok analjezik, antibiyotik ve vitamin gibi ilaçların hatalı ve savurgan bir şekilde hekime danışılmadan kullanıldığı saptanmıştır (16).

Özçelikay yaptığı bir çalışmada kronik hastalığı bulunan bireylerin %75.5'inin doktora danışmadan ilaç kullandığını, %24.5'inin kendi ilacını başkasına önerdiğini belirlemiştir (19). Bu sonuçlar kronik hastalığı bulunan bireylerin AİK konusunda yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu durumun, özellikle sürekli ilaç kullanmak zorunda olmaktan kaynaklandığı belirtilmektedir (16, 19). Hemodiyaliz hastaları da sürekli ilaç kullanmak zorunda olan kronik hastalar grubundadır ve bu hastalarda ilaçların akılcı kullanımı hayati önem taşımaktadır (14). Bu gerçeklerden yola çıkarak, hemodiyaliz hastalarının akılcı ilaç kullanımının önemini bilmelerinin ve akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda davranış oluşturmalarının, tedavi sürecinin başarısı açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının, sağlığını koruma ve yükseltmeye ilişkin imkanlardan en iyi şekilde nasıl faydalanacağını bilmesi ve bildiklerini de olumlu davranış ve alışkanlıklar haline dönüştürmesi önemlidir. Bir konuda davranış değişikliği yapmak isteniyorsa o davranışa sahip olunma nedeninin bilinmesi ve değişikliğin oluşması için bireyin uygun şekilde eğitilmesi gereklidir (20-22). Hemodiyaliz hastalarında doğru,

etkili ve uygulanabilir ilaç kullanımını teşvik etmek için hastalara ve sağlık çalışanlarına yapılandırılmış sağlık eğitimleri verilmesi gerekmektedir (23). Yapılan çalışmalar bir konuda davranış değişikliği oluşturulması için yapılan girişimlerin model kullanılarak uygulandığında daha başarılı olduğunu ortaya koymuştur (24-28).

Bireyin sağlık davranışı geliştirmesi, benimsemesi ve uygulamasıyla ilgili bir model olan Sağlık İnanç Modeli (SİM) bireyin davranışları ve inançları arasında ilişki olduğunu vurgular. SİM, kişilerin bir hastalık veya durumun kendisini tehdit ettiği zamanlarda ya da önleyici birtakım şeyler yapıp yararını gördükleri durumlarda, koruyucu sağlık davranışı gösterdiklerini belirtmektedir (21, 29, 30). Bu bağlamda SİM doğrultusunda verilecek AİK eğitiminin hemodiyaliz hastasının akılcı ilaç kullanımı konusundaki inançlarını etkileyerek AİK davranışlarını şekillendireceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir ölçek geliştirmek, geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapmak ve hemodiyaliz hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma Hipotezleri:

H0: Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda eğitim verilen hemodiyaliz hastaları ile eğitim verilmeyen hemodiyaliz hastaları arasında akılcı ilaç kullanımı bakımından fark yoktur.

H1: Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda eğitim verilen hemodiyaliz hastaları ile eğitim verilmeyen hemodiyaliz hastaları arasında akılcı ilaç kullanımı bakımından fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik böbrek hastalığı (KBH), kötü klinik sonuçları olan, yüksek maliyetli ve dünya çapında görülme sıklığı giderek artan bir halk sağlığı problemidir (31). Kronik böbrek hastalığı, altta yatan böbrek hastalığının etiyojisine bakılmaksızın, en az üç ay devam eden böbrek hasarı ya da glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 60 ml/dk/1.73 m²'nin altına düşmesi olarak tanımlanır (32). Kronik böbrek hastalarında GFH zaman içerisinde giderek azalmaktadır. Sonuç olarak böbrek, sıvı-solüt ve metabolik-endokrin dengeleri ayarlama yeteneğini kaybetmektedir (33, 34). Kronik böbrek hastalığı, Ulusal Böbrek Vakfı/Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi çalışmasının 2013 yılında yayınlanan kılavuzuna göre Tablo 1'deki gibi tanılanmaktadır (35, 36).

Tablo 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanı Kriterleri

KBH tanı kriterleri (herhangi bir göstergenin > 3 ay varlığı)	
	a) Albüminüri (AER \geq 30 mg/24 saat; ACR \geq 30 mg/g [\geq 3mg/mmol])
	b) İdrar sediment patolojileri
Böbrek hasarı göstergeleri (birinin veya daha fazlasının bulunması)	c) Tübüler harabiyete bağlı elektrolit ve diğer bozukluklar
	d) Histolojik patolojiler
	e) Görüntüleme ile belirlenen yapısal bozukluklar
Azalmış GFH	f) Böbrek transplantasyonu öyküsü
	GFH<60ml/dk/1.73 m ²

2.1.1. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi

Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırma Çalışması ve Ulusal Böbrek Vakfı/Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi raporuna göre ABD'de yaklaşık 26 milyon kişi KBH tanısı almış ve 20 milyon kişi de başka hastalıklar nedeni ile KBH

riski taşımaktadır (37–39). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de KBH insidansı ve prevalansı giderek artmaktadır (32, 40). KBH'nin en sık görüldüğü ülkeler sırası ile Tayvan, Japonya, ABD, Singapur ve Portekiz'dir. Kırktan fazla ülke ve bölgede yapılan araştırmalara göre Türkiye 31. sırada yer almaktadır (41). TND tarafından yapılan Chronic Renal Disease In Turkey (CREDIT) çalışmasında; SDBH prevalansı 2009 yılında milyon nüfus başına 819 hasta iken, 2015 yılında bu rakam milyon kişi başına 870 hasta olarak sunulmuştur. Aynı çalışmada Türkiye'de erişkinlerde KBH prevalansı % 15.7 olarak bulunmuştur (40).

2.1.2. Kronik Böbrek Hastalığının Belirti ve Bulguları

Kronik böbrek hastalığında belirti ve bulgular altta yatan patoloji, böbrek hasarının gelişme hızı ve derecesi ile yakından ilişkilidir. GFH 35-50 ml/dakikanın altına düşmedikçe hastalık belirti göstermeyebilir. Görülen ilk belirtiler genellikle anemi ve noktüriye bağlı halsizliktir. GFH 20-25 ml/dakika olduğunda üremik belirtiler ortaya çıkmaya başlar. KBH'da görülen belirti ve bulgular aşağıda ele alınmıştır (42-44).

Sıvı ve elektrolit dengesizlikleri; Hipervolemi, hipovolemi, hiponatremi, hipernatremi, hipokalsemi, hiperfosfatemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hipermagnezemi ve metabolik asidoz

Sinir sistemine ilişkin sorunlar; Stupor, koma, uyku ve konuşma bozuklukları, konvülsiyon, demans, sersemlik, başağrısı, kramp, irritabilite, yorgunluk, huzursuz bacak sendromu, konsantrasyon bozuklukları, titreme ve ruhsal bozukluklar

Gastrointestinal sisteme ilişkin sorunlar; Hıçkırık, iştahsızlık, gastrit, parotit, pankreatit, bulantı ve kusma, ülser, kronik hepatit, gastrointestinal kanama, özafajit, motilite bozuklukları, perforasyon ve intestinal obstrüksiyon

Hematolojik ve immünolojik sorunlar; Anemi, kanama, lenfopeni, eritrosit fragilitesinde artış, enfeksiyonlara yatkınlık ve kanser ve

Kardiyovasküler sisteme ilişkin sorunlar; HT, ödem, Perikardit, aritmi, kardiyomyopati, ateroskleroz ve kapak hastalığı

Pulmoner sisteme ilişkin sorunlar; Pulmoner ödem, plevral sıvı ve üremik akciğer

Cilt ile ilişkili sorunlar; Kaşıntı, solukluk, yara iyileşmesinde gecikme, tırnak atrofi, üremik döküntü, hiperpigmentasyon, nekroz ve ülserasyon

Metabolik ve endokrin sisteme ilişkin sorunlar; Glikoz intoleransı, hiperparatiroidi, hiperlipidemi, hipogonadizm, impotans, büyüme ve gelişme geriliği, libidoda azalma ve malnütrisyon

Kemik ile ilişkili sorunlar; Amiloidoz, üremik kemik hastalığı hiperparatiroidi, artrit ve D vitamini. metabolizmasında bozukluklar

Diğer; Üremik ağız kokusu, kilo kaybı, susuzluk, hipotermi, miyopati, akkiz renal kistik hastalık, yumuşak doku kalsifikasyonu, karpal tünel sendromu ve noktüri (42-44).

2.1.3. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi

KBH'nin gelişimi, temelde yatan hastalığa göre değişkenlik göstermektedir. Hızlı seyreden glomerülo nefritlerde haftalar veya aylar içinde KBH gelişirken, hipertansiyon (HT) ve diyabetes mellitus (DM) gibi kronik hastalıkları bulunan bireylerde KBH gelişimi 20-30 yıl sürebilmektedir (3,43, 45). TND 2015 verilerine göre yıl içinde hemodiyalize başlayan hastaların temelde yatan etiyolojik nedenlere göre dağılımı; DM % 41.0 (Tip 1 DM %12.94, Tip 2 DM %28.07) , HT %25.2, glomerülo nefrit %5.56, polikistik böbrek hastalığı %3.80, amiloidoz %1.90, renal vasküler hastalık %1.24, obstrüktif, nefropati %1.02, diğer %6.80, etiyolojisi bilinmeyen %11.04 şeklindedir (3).

2.1.4. Kronik Böbrek Hastalığının Fizyopatolojisi

KBH'nin fizyopatolojisi altta yatan etiyolojik nedene özgü başlatıcı mekanizmaları ve renal kütlenin uzun sürede azalmasına bağlı olarak görülen ilerleyici mekanizmaları içermektedir (46). Böbrek hasarının ilk aşamasında beyin ve kalp gibi çok kanlanan organlardan daha fazla kan akımı böbreğe gelir (47). Bunun sonucunda meydana gelen hiperfiltrasyon, glomerül kapillerlerini hemodinamik hasara duyarlı hale getirir ve dolaşımda bulunan zararlı biyomolekül ve ilaçlar kan akımı ile böbreğe daha çok taşınacağından böbrek dokusu belirgin olarak zarar görür (42, 43, 47). Artan glomerül basıncın glomerül membran bariyerini hasara uğratmasına bağlı olarak membran, negatif anyonik makro moleküllere karşı geçirgenlik kazanmaktadır. Bunun

sonucunda, plazma proteinleri glomerüler filtrata geçer ve proteinüri tablosu gelişir. Bu durumda elektrolit, su ve küçük molekül ağırlıklı yapıları içeren filtrat, büyük molekül ağırlıklı proteinleri içeren anormal filtrat haline döner (32, 43, 47). Nefron vaskülaritesinde oluşan ardışık yeni yapılanmalar (glomerüllerde kıvrılmalar ve peri tubuler kapiller ağ oluşumu) ve glomerüllerden tübüllere doğru olan akım, glomerüler hasarın tübülointerstisyel alana da yayılmasını kolaylaştırır ve tübüler epitel hücreleri de anormal filtrata maruz kalırlar (46, 47). Glomerüllerde oluşan inflamatuvar reaksiyon sonucu ortaya çıkan sitokinler ve büyüme faktörleri gibi bazı medyatörler, glomerüler dolaşımın temeli olan peritübüler dolaşımı bozarak glomerüllerde interstisyel hasarı başlatır (47, 48). Bununla beraber glomerüler perfüzyondaki en ufak bir artış, peritübüler kan akımında azalmaya neden olmaktadır. Böylece hasarlı nefron, renal hastalıkların patofizyolojisinde rol oynayan halini almış olmaktadır (46, 47, 49).

2.1.5. Kronik Böbrek Hastalığında Evreleme

Kronik böbrek hastalığının evrelendirmesi, Ulusal Böbrek Vakfı/Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi ve Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçları İyileştirme kılavuzlarında böbrek fonksiyonunun derecesine göre Tablo 2'deki kriterlere göre yapılmaktadır (35, 50-52).

Tablo 2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Evre	Tanım	GFH ml/dk/1.73 m2
Artmış risk	KBH için risk faktörlerinin varlığı (DM, HT, ileri yaş, aile öyküsü vb.)	>90
I	Normal GFH veya böbrek hasarı (proteinüri varlığı)	≥90
II	GFH' de hafif derecede azalma ve böbrek hasarı	60-89
III	Orta derecede azalmış GFH	30-59
IV	Ciddi derecede azalmış GFH	15-29
V	Son Dönem Böbrek Hastalığı (Diyaliz/transplantasyon ihtiyacı)	<15

2.1.6. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavi Yöntemleri

Kronik böbrek hastalığında tedavinin primer amacı, homeostazisi ve böbrek fonksiyonlarını sürdürmektir. Öncelikle böbrek hasarına neden olan durum belirlenir ve tedavi edilir. KBH'nin tedavisindeki bir diğer amaç ise; komplikasyon oluşumunu engellemek ve oluşan komplikasyonları ortadan kaldırmaktır (53-55).

KBH'nin tedavisinde renal replasman tedavisi kullanılmaktadır. Renal replasman tedavisi, son dönem böbrek hastalığında eksik olanı yerine koyma tedavileri olarak tanımlanan hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonudur (3, 46, 50-52).

2.2. Hemodiyaliz

Türkiye'de ve dünyada kullanılan en yaygın renal replasman tedavisi hemodiyalizdir (3). Türkiye'de hemodiyalize giren hasta sayısı 56.951 olup, hasta sayısında yıllık artış devam etmektedir. Hemodiyalize 2015 yılında toplam 9.590 hasta yeni başlamıştır (3).

Hemodiyaliz, yarı geçirgen bir zardan çift yönlü gerçekleşen difüzyondan oluşmaktadır (46). Hastadan alınan kanın yarı geçirgen zar ve makine aracılığıyla solüt ve sıvı içeriğinin düzenlenerek tekrar hastaya verilmesi işlemidir (46).

Hemodiyaliz işlemi sırasında hasta kanı ile diyaliz karşı karşıya getirilir. Hemodiyaliz membranı üzerinde por denilen küçük delikler bulunmaktadır. Bu porlar sayesinde su, sodyum, üre gibi küçük maddeler kandan diyaliz sıvısına geçer ve kan temizlenmiş olarak hastaya geri döner (56, 57). Difüzyon kurallarına göre, molekül ne kadar büyük olursa, zara geçiş oranı o derece yavaş olmaktadır. Bu nedenle üre gibi küçük moleküller daha iyi temizlenirken, kreatinin gibi büyük moleküller daha az etkili bir şekilde temizlenmektedir (36, 46). Porlar protein gibi büyük maddelerin geçişine ise izin vermemektedir (56, 57).

Hemodiyalizin temel olarak iki ilkesi vardır: Difüzyon, Ultrafiltrasyon (45, 46, 58)

Difüzyon, solüt veya elektrolitlerin konsantrasyonun yüksek olduğu taraftan düşük olduğu tarafa geçmesi ile gerçekleşir. Geçiş olayı iki ortam arasındaki geçiş farkı ortadan kalkana kadar devam eder (45, 51, 56).

Ultrafiltrasyon, uygulanan basınç nedeni ile membranlar arası sıvı transferidir. Ultrafiltrasyon, su moleküllerinin osmotik ve hidrostatik basıncın etkisiyle membrandan geçmesi sonucu oluşur. Bu yolla fazla su uzaklaştırılarak, normal plazma hacmine erişim sağlanır (45, 51, 56).

2.2.1. Hemodiyaliz Endikasyonları ve Kontraendikasyonları

Akut böbrek hastalığı (ABH), KBH, SDBH ve akut intoksikasyonlar hemodiyaliz tedavisi uygulanması gereken başlıca klinik durumlardır.

Alzheimer hastalığı, multi infark (hasara bağlı) demans, hepatik ansefalopati ile giden ilerlemiş karaciğer yetmezliği, hastanın psikolojik durumunun kötü olması ve tedaviyi kabul etmemesi, yaygın maling hastalıklar hemodiyaliz tedavisine engel olabilecek belli başlı durumlar arasında yer almaktadır (46).

2.2.2. Hemodiyalizin Avantaj ve Dezavantajları

Hemodiyalizin sağladığı en büyük avantajlar hastanın haftada 2-3 kez 4-6 saat boyunca bağlı kalması ve diğer zamanlarında bağımsız olması, kanda bulunan artık maddelerin vücuttan hızlı bir şekilde uzaklaştırılması, hemodiyaliz uygulanma sürecinde aynı hastalığa sahip diğer kişilerle iletişime geçerek psikolojik olarak rahatlama, metabolik düzensizliği azalttığı için hastalarda şişmanlığın daha az sorun haline gelmesi, hemodiyaliz sürecinde metabolik düzen sağlandığı için hastaneye yatma ihtiyacı duyulmamasıdır (59, 60).

Hemodiyalizin dezavantajları; hemodiyalizin uygulandığı seansta hızlı metabolik ve sıvı-elektrolit değişimine bağlı olarak diyaliz sonrasında hastanın kendini kötü hissetmesi, bu sürecin seanslar arasında da devam etmesi, hemodiyaliz sürecinde fistül iğneleri kullanılması, fistül için invazif bir işlem gerekmesi bazı sıvı ve gıdalarda kısıtlamalar olması, anemiye neden olan artmış kan kaybı gibi olumsuzluklardır (59, 60).

2.2.3. Hemodiyaliz Komplikasyonları

Hemodiyalize bağlı görülen komplikasyonlar akut ve kronik komplikasyonlar olarak sınıflandırılır.

Akut komplikasyonlar: Ateş, hipotansiyon, hipertansiyon, aritmi, bulantı, baş ağrısı, kramp, hava embolisi, disequilibrium sendromu, konfüzyon ve ekstrasellüler

osmolaritede ani düşmeye bağlı serebral ödem hemodiyaliz sırasında görülen akut komplikasyonlardır (61-64).

Kronik komplikasyonlar: Hemodiyaliz, ateroskleroza hızlandırır. Ayrıca Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonu, depresyon, infertilite, cinsel disfonksiyon, Wernicke Sendromu, alüminyum toksisitesine bağlı değişiklikler, santral pontinmiyelinozis, diyaliz amiloidozu ve artropati gibi kronik komplikasyonları da beraberinde getirebilmektedir. Nefrojenik asit ve akkiz renal kist uzun süre diyalize giren hastaların karşılaşacakları diğer kronik sorunlar arasında yer almaktadır (65-67).

Hemodiyalize bağlı görülen komplikasyonlar sıklık sırasına göre aşağıda verilmiştir;

1. Hipotansiyon (%20-30)
2. Kramp (%5-20)
3. Bulantı- kusma (%5-15)
4. Baş ağrısı (%5)
5. Göğüs ve sırt ağrısı (%2-5)
6. Kaşıntı (%5)
7. Titreme ve ateş (<%1) (64, 68-70).

Hemodiyaliz hastalarında en sık mortaliteye neden olan durumlar ise kardiyovasküler hastalıklar (perikardit, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı) ve enfeksiyonlardır (64, 68-70).

2.2.4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hemşirelik Bakımı

Hemodiyalizde hemşirelik girişimleri; hemodiyaliz öncesi hazırlık, hemodiyalizin başlatılması, hemodiyaliz sırasında bireyin takip edilmesi, hemodiyalizin sonlandırılması ve hemodiyaliz sonrasında gözlem yapılmasıdır (71).

Hemodiyalizde hemşirelik bakımının amaçları; bireyin tedavi rejimini bilme düzeyini ve rejime uyma durumunu değerlendirmek, bakımın planlanması ve tedavinin sürdürülmesi aşamalarında hasta katılımını sağlamak, bireyin başatma yöntemlerini değerlendirmektir. Ayrıca bireyin fiziksel sınırlılıkları içinde yaşam aktivitelerini sürdürmelerini sağlamak en temel amaçlardan biri olarak görülmektedir (71-73).

2.3. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı

İlaç, fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları, kullanıcının faydasına değiştirmek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen ürün/madde olarak tanımlanmaktadır (13, 74-75).

Hastalıkların tedavisinde ilaçların ilk kez kullanılmaya başlanmasından bu yana yanlış, etkisiz, yetersiz, gereksiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı tüm dünyada farklı boyutlarda problemlere sebep olmuştur. Bu problemlerin yaşanmaması için çeşitli çözüm yolları üretilmeye çalışılmış ve bazı önlemler alınmıştır. Alınan bu önlemlerden biri de Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) uygulamalarıdır (75, 76).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Nairobi'de 1985 yılında yapılan toplantıda, AİK; "hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü" olarak tanımlanmıştır (75). Bu toplantıda AİK'i yaygınlaştırmak için tavsiye niteliğinde kararlar benimsenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 1986 yılında da ulusal ilaç politikalarının oluşturulması için rehber oluşturmuş, bu rehber doğrultusunda bütün ülkelerin detaylı bir ulusal ilaç politikası oluşturmasını ve yürütmesini tavsiye etmiştir (13, 75).

AİK toplumda ve sağlık alanında giderek önemi artan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. AİK kavramının hayata geçirilmesinde hastalara, hekimlere, hemşirelere, eczacılara, diğer sağlık personellerine, ilaç sektörüne ve resmi otoritelere önemli roller düşmektedir (17, 18).

2.3.1. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri

1. Etkinlik (İlaçların farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri):

Etkinlik; ilaç tercihinde ilk ve en önemli ölçüttür. Farmakodinamik özelliğin kısa süre içinde başlaması önemlidir. Bundan dolayı ilaçların farmakokinetik özellikleri göz önüne alınarak, erken etki gösteren ya da uygun dozda etki gösteren ilaçların seçilmesi önemlidir (14, 77, 78).

2. Güvenlilik (İlaçların yan etkileri):

Hemşireler bütün hastaların öykülerinde ilaç alerjisi ve ilaç yan etkisi yaşama durumlarını sorgulamalıdır. Kullanılan ilacın etkisinin dışında, yan etkisinin de

olabileceği gerçeği asla unutulmamalıdır. Hastaneye başvuran hastaların %10'unda gelişebilecek ilaç yan etkileri eksiksiz alınan hasta öyküsü sayesinde önlenebilmektedir (14, 77, 78).

3. Uygunluk (İlaçların kontrendikasyonları):

Her ilaç her hasta için uygun olmayabilir. Uygunluk hastanın özel durumuna bağlıdır. Yaşlı hastalar, çocuklar, gebeler, emziren kadınlar, böbrek/karaciğer yetmezliği olanlar, ilaç alerjisi öyküsü bulunanlar ilaç kullanımı bakımından yüksek risk gruplarıdır (14, 77, 78).

Hasta, ilaç kullanmadan önce kullandığı mevcut ilaçlarla 'ilaç-ilaç etkileşimi', 'zararlı alışkanlıkları', 'ilaç-besin etkileşimi' açısından sorgulanmalı ve tedavinin başarılı olması için hasta ve yakınlarıyla hekim ve hemşire arasında tam bir iletişim olmalıdır (14, 77, 78).

4. Tedavi Maliyeti (İlaçların fiyatı):

İlaç, ister devlet ister sigorta şirketleri isterse de hasta tarafından karşılsın, tedavinin maliyeti mutlaka araştırılmalıdır. Hemşire hastanın sağlık sigortasının içeriği hakkında bilgi sahibi olmalıdır (13, 14, 77, 78).

2.3.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları

Akılcı ilaç kullanımında taraflar; tanıyı koyan ve uygun ilacı belirleyen hekim, ilacı yasal olarak temin eden eczacı, ilacın uygulanmasını sağlayan hemşire ve ilaca ilişkin bilgilerin pekiştirilmesini sağlayanlar hasta, hasta yakını, ilaç endüstrisi, sağlık sektörü içinde yer alan öğrenciler, devlet, medya ve eğitim kurumlarından oluşmaktadır (13, 14, 78).

Tanı koyma süreci ve uygun ilaç seçimi, hekimin sorumluluğunda olduğu için, AİK'da birinci derecede sorumluluk hekime aittir. İlaçların yasal olarak temin edileceği tek yer eczanedir. İlaçlar eczanede, endikasyonlarına göre farklı farmakolojik-terapötik kategoriler içerisinde bireylere sunulmaktadır. Sağlık otoritelerinin onayı ile yapılan bu sunumda iki tür ilaç sınıflandırmasına dayanılmaktadır. Bunlar, reçeteye verilen ve reçetesiz verilebilen ilaçlar olarak ayrılır. İlaçların sunumu ve hastaların bilgilendirilmesi eczacının sorumluluğundadır. Hastanede ilaç kullanımında, birinci

derecede hekim olmak üzere, hemşire, eczacı ve diğer sağlık personelinin de rolü vardır (15).

Akılcı ilaç kullanımının talep basamağındaki en önemli rol hastalarıdır. Türkiye’de hastaların uzmanına danışmadan ilaç alması, diğer hastalara ilaç önermesi, başkalarının tavsiyesine göre davranması, daha önceden karşılaştığı hastalıkla benzer bulgular geliştiğinde hekime danışmadan evde bulunan ilaçları kullanması, hekim tarafından yazılan ilaçları alması gereken zamanda almaması AİK’de hasta uyumu açısından sık karşılaşılan problemlerdir (13-15).

AİK’de hasta uyumunu etkileyen faktörler şunlardır:

- Hastanın bilgi düzeyi
- Hastanın genel anlamdaki uyum davranışı
- Günlük hayata göre düzenlenmiş tedavi
- Hastanın tedaviye bakış açısı ve inancı
- Hastanın zihinsel durumu
- Birden fazla ilaç kullanımı (13-15).

Akılcı ilaç kullanımının taraflarından olan ilaç endüstrisi, sağlık profesyonellerini ürünleri hakkında doğru ve eksiksiz bilgilendirmek zorundadır. Ayrıca ilaç endüstrisinin, ilaçların kullanım şeklinin nasıl olduğunu açıkça anlatma sorumluluğu ve zorunluluğu vardır (11).

2.3.3. Akılcı İlaç Kullanımında Akılcılık Ölçütleri

AİK’in “akılcılık” ölçütleri tanı, tedavi veya profilaksi ile ilgili etkinliklerle ilgilidir. Akılcılık ölçütlerinden başlıcaları aşağıda verilmiştir (78, 79).

İlaçların seçimi: İlaç seçimi, hedef kitlenin gereksinimleri çerçevesinde belirlenmelidir. Bu yaklaşım, piyasada bulunan ilaçlar arasından “öncelikli ilaçların” belirlenmesi şeklindedir. Öncelikli ilaç seçiminde başlangıç noktası, morbidite ve mortaliteye ilişkin veriler, hasta dağılımı ve standart tedavi protokolleri olmalıdır (14, 80, 81).

İlaç lojistiğini belirleme: İlacın satın alınması, depolanması, stok yönetimi, denetimi ve son olarak dağıtımını içermektedir (14, 80, 81).

İlaç yazma süreci: Bu süreç doğru tanı ile başlayıp, sırasıyla tedavide ilaç verilip verilmeyeceğine karar verilmesi, diğer ilaçların etkili-uygun-güvenilir-ekonomik olup olmadığının araştırılması, tedavinin planlanması ve son olarak tedavinin izlemi basamaklarından oluşur. Akılcı ilaç kullanımında hekimlerin devreye girdiği aşamadır (14, 80, 81).

Reçete yanıtı süreci: Akılcı ilaç kullanımında reçete yanıtı sürecinde eczacılar devreye girer. Bu süreç reçetenin doğru yorumlanmasıyla başlar, reçetenin karşılanması (ilaçların verilmesini/hazırlanmasını), hekim ile gerekli olan iletişimin kurulmasını, hastanın eğitilmesini ve tedavinin izlenmesini içermektedir (14, 80, 81).

İlaçların tüketimi: AİK’de bu görev hemşireler, diğer sağlık profesyonelleri, toplum ve kitle iletişimcileri arasında paylaşılmaktadır. Toplum, sağlık-hastalık-ilaç tedavisi gibi konularda bilgilendirilmelidir (14, 80, 81).

İlaç bilgisi desteği: AİK’nin her basamağında ilaç bilgisine ihtiyaç vardır. İlaçlar hakkında bilgi mutlaka tarafsız, güncel, doğru, eksiksiz, kolay erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır (14, 80, 81).

İlaç yönetimi: İlaç yönetiminde akılcılık “Ulusal İlaç Politikası” çerçevesinde ele alınmalıdır. Tüm tarafların görüş birliğine vardığı paket, devlet desteği ile uygulamaya konulmalıdır. Ulusal ilaç politikasının planlanması-uygulanması-izlenmesi aşamalarında görev alanlar tüm bilgi ve becerilerini bu doğrultuda kullanmalıdırlar (14, 80, 81).

2.3.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

AİK kurallarına uyulmaması “Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı” olarak tanımlanır. İlaçların akılcı olmayan kullanımı özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere bütün dünyada ciddi bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (13-15,75, 80, 81).

Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri:

1. Polifarmasi (Aşırı sayıda ilaç kullanımı),
2. İlaçla tedavinin gerekli olmadığı durumlarda ilaç kullanımı (örn; virüs kaynaklı üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotik kullanımı),

3. Spesifik durumlarda yanlış tedavinin seçilmesi (örn; çocuklukta yaşanan diyarelerde oral rehidratasyon sıvısı (ORS) yerine antibiyotik kullanımı),
4. Kesin olmayan/kanıtlanmamış yan etkileri bulunan ilaçların kullanılması (örn; şiddetli diyare vakalarında antimotilite etmenlerinin seçilmesi),
5. Kesin olmayan güvenlik statüsüne sahip ilaçların kullanılması,
6. Bulunabilir, güvenli ve etkili ilaç kullanımında başarısızlık (örn; kızamık veya tetanoza karşı aşı olmamak, şiddetli diyare vakalarında ORS vermemek),
7. Doğru ilaçların yanlış yolla, yanlış sürelerde ve yanlış dozlarda kullanılması (örn; fitil veya oral formülasyonların uygun olacağı durumlarda IV metranidazol uygulamaları),
8. Gereksiz yere pahalı ilaç kullanımı (örn; birinci sıra dar spektrumlu etmenlerin belirtilerinde, üçüncü jenerasyon geniş spektrumlu antibiyotiklerin seçilmesi),
9. Klinik kılavuza uymayan reçeteleme,
10. Reçetesiz ilaç temin edilmesi ve kullanılması,
11. Özellikle çocuklarda ve hipertansiyon, diyabet, epilepsi, böbrek/ karaciğer yetmezliği gibi kronik hastalığı olan bireylerde yetersiz ve uygunsuz ilaç kullanılması (82-84).
12. İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerinin dikkate alınmaması,
13. Gereksiz yere vitamin ve mineral kullanılması,
14. Yanlış uygulama yöntemleri (inhaler vb),
15. Hasta bilgilendirmesinin yetersiz yapılması,
16. İlaçların yanlış hazırlanması,
17. Saklama koşullarının uygun olmaması,
18. İmha yöntemlerinin uygun olmaması (14,78).

2.3.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri

Akılcı olmayan ilaç kullanımı; ekonomik, sosyokültürel ve eğitimsizlik gibi birçok faktörden kaynaklanabilmektedir (13-15, 75, 78-84). Bu faktörlerin birçoğu birbirini etkileyebilmekte ve problemi daha da karmaşık hale getirebilmektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının nedenleri; kullanıcılar ve sağlayıcıların bilgi eksikliği, sağlık eğitimindeki hata ve yetersizlikler, hekim, hemşire ve hasta arasındaki iletişim eksikliği, tanıda yetersizlik, hastaların ilaç yazdırma istekleri, kusurlu ilaç arz sistemleri, ilaçlarla ilgili yasal düzenlemeler ve ilaç üreticilerinin promosyon uygulamaları olarak belirtilmektedir (14, 77).

Bilgi ve deneyim eksikliği, kılavuzlara uymayan reçeteleme, aşırı hasta yükü, uygunsuz doz önerisi, ilaçların yanlış sürelerde, yanlış yolla, yanlış dozlarda istem edilmesi, sosyal ve/veya politik baskılar ve ilaçların etkisi hakkında yanlış inanışlar hekimlerle ilişkili sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yanlış ilacın verilmesi, reçetesiz ilaç satışı ve reçete içeriğinin dikkate alınmaması ise eczacı kaynaklı sorunlardır. Yanlış hastaya, yanlış zamanda, uygun olmayan yoldan, uygun olmayan dozda, yanlış ilaç uygulama hemşire kaynaklı sorunlardır. Aşırı duyarlılık, eksik ilaç bilgisi, yanlış inanışlar, fazla miktarda ilaç kullanımı, reçetesiz ilaç temini, yersiz beklenti ve talepler ile kendi kendini tedavi çabası hastadan kaynaklı sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır (14, 85).

Gerekli olan ilacın, zamanında ve gereken miktarda sağlanamaması ilaç sağlama sistemi ile ilişkili sorunlardır. Akılcı ilaç kullanımının önündeki birincil engel standart tanı tedavi kriterlerinin ve ilaç tedavisine ait temel ilaç listelerinin olmamasıdır. İkincil engel ise ilaç politikaları ve temel olmayan ilaçlara kolay erişebilirlik ile ilgili sorunlardır. Akılcı ilaç kullanımı politikalarının başlıca engelleri ise; ilacın sağlık çalışanlarına tanıtımı için yapılan taraflı, yanlış ve yetersiz bilgilendirme, yasal olmayan tanıtım ve aşırı promosyonla destekleme olarak belirtilmektedir (11, 13-15, 80).

2.3.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları

İlaçların akılcı kullanılmaması sonucunda toplumsal açıdan birçok sorunun oluşması kaçınılmazdır. Bu sorunlar, ilaçla tedavi kalitesinin düşmesine bağlı morbidite ve mortalitede artış görülmesi; maddi kaynakların yanlış tüketimine bağlı temel ilaçlara bile erişimin azalması; ilaçlara karşı gelişebilecek dirence bağlı tedavi maliyetinin artış

göstermesi; ilaçların etkileşim ve yan etki gösterme riskinin artması; hastanede yatış sürelerinin uzaması ve hasta uyumunun azalması olarak sayılabilir. Bireylerin ilaç bağımlısı olması ve ilaç kullanma isteğinde artış görülmesi gibi psikososyal etkiler toplumda görülebilecek diğer önemli sorunlardır (13-15, 85).

Akılcı ilaç kullanımına ilişkin engellerin aşılmasında eğitim stratejilerinin geliştirilmesi ve eğitim stratejilerinin yönetsel ve mevzuat düzenlemelerini içeren çalışmalarla desteklenmesi, belirlenmiş veya seçilmiş ilaçların temin edilmesi, temel ilaç listeleri-standart tanı ve tedavi rehberlerinin oluşturulması, ilaç kullanımının düzenli olarak izlenmesi ve yetkililere geri bildirim yapılması, kullanım aşamasında reçete denetimi ve kullanılan ilaçların sınıflandırılması etkin olacaktır (13-15, 79, 80).

2.3.7. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü

İlaç tedavisi uygulanan bireylerde, uygun olmayan ilaç tedavisinin önüne geçilmesinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu alanda hemşirelerin uygulayıcı, araştırmacı, eğitici, yönetici ve profesyonellik rollerini etkin bir biçimde kullanması oldukça önemlidir (86-89). İlaç kullanımıyla ilgili pek çok sorunun kontrolünde hemşireler tarafından uygulanması uygun olan girişimler şu şekildedir:

- Hastanın kullandığı ilaçlar ekipteki diğer sağlık profesyonelleri (hekim, farmakolog) ile işbirliği yapılarak düzenlenmelidir.
- Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmeli, ilaç tedavisinin gerekli olup olmadığı değerlendirilmeli, endikasyonsuz kullanılan ilaçlar tespit edilmeli ve hastanın gereksinimi olmayan ilaçlar ekiple iş birliği yapılarak tedaviden çıkarılmalıdır.
- Hastaya ilaçlarını nasıl, ne zaman, ne sıklıkta, ne kadar süre ve hangi miktarda alacağı ile ilgili bilgi verilmelidir.
- İlaçlarını alamadığında yapması gerekenler öğretilmeli, hangi durumda ilaçlarını kullanmaması gerektiği açıklanmalıdır.
- İlaça ilişkin yan etkiler, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç besin etkileşimleri hastanın anlayabileceği şekilde açıklanmalıdır.
- Bitkisel ürünlerin ve zararlı alışkanlıkların (sigara, alkol vb.) ilaçlar üzerindeki etkisi açıklanmalıdır.

- Her ilacın sadece verilmiş nedenine uygun olarak kullanılması gerektiği belirtilmelidir.
- İlaç dozlarının unutulmaması ve hasta uyumunun artırılması için alınabilecek önlemler (ilaç takvimi, ilaç listesi oluşturma, özel ilaç kapları kullanma, alarm kurma vb.) öğretilmelidir.
- Yeni bir ilaca başlamadan önce mutlaka prospektüsün okunması gerektiği vurgulanmalıdır.
- İlaç yazdırmadan önce allerji, kronik hastalıklar gibi özel durumların doktora iletilmesi gerektiği belirtilmelidir.
- İlaçları kullanmadan önce son kullanma tarihlerini kontrol etmesi, ilaç alırken reçete kontrolünü yapması ve sürekli kullandığı ilaçları belirli aralıklarla kontrol ettirmesi önerilmelidir.
- Başkasına ilaç tavsiye etmenin, bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanmanın oluşturacağı zararlar açıklanmalıdır.
- Hastalar özellikle pahalı olan ilaçlar konusunda bilinçlendirilmelidir. Bu gruptaki ilaçların savurgan ve gereksiz kullanmanın ülke ekonomisine verebileceği zararlar anlatılmalıdır.
- İlaçlar ile ilgili uzak durulması gereken durumların (araç kullanmama, ağır egzersiz yapmama vb.) neler olduğu belirtilmelidir.
- Son kullanma tarihi geçmemiş ve kullanılmayan ilaçların sağlık kuruluşlarına veya eczaneye teslim edilebileceği belirtilmelidir.
- İlaçların saklanma ve taşınma koşullarının prospektüs önerileri dikkate alınarak yapılması gerektiği vurgulanmalıdır.

Hemşire, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin geleneksel anlayışın dışına çıkmalı, konuyla ilgili bilgi, duyarlılık ve motivasyonunu arttırmalıdır (86-91).

Hemşirenin bakım verirken AİK'e yönelik dikkat etmesi gerekenler şunlardır;

- İlaç kullanımı konusunda sekiz doğru (doğru ilaç, doz, zaman, yol, ilaç şekli, kayıt, yanıt) ilke dikkate alınmalıdır.

- Hasta alerji öyküsü, sürekli kullanılan ilaçlar ve zararlı alışkanlıklar (sigara, alkol vb.) konusunda detaylı olarak sorgulanmalıdır.
- İlk kez uygulanacak ilaçlar için uygulamadan önce prospektüs okunmalı ve gerekirse farmakoloğa danışılmalı, reçete edilmiş ilaçların farmakolojik özellikleri bilinmelidir.
- Oral ilaçlar verilirken özellikle aspirasyon riski yüksek olan hastaların oturur pozisyonda olmasına dikkat edilmeli, ilacın yutulduğundan emin olunmalıdır (yaşlı hastalarda ilaç damağa ya da diş etine yapışabilir).
- Gereksiz yere İntavenöz (IV), intramusküler (IM) ve subkutan (SC) enjeksiyonlar yapılmamalıdır.
- IV, IM ve SC uygulamalarda gelişebilecek komplikasyonlar (dehidratasyon, sıvı yüklenmesi, inflamasyon, infiltrasyon, tromboflebit, hematoma, ekimoz, ağrı vb.) yönünden hasta dikkatle gözlenmelidir.
- Riskli ilaç grubunda ilaç intoksikasyonu belirtileri izlenmelidir.
- İlaç-besin etkileşimleri yaşanmaması için, ilaçlar yemek saatlerine riskli besin grupları dikkate alınarak ayarlanmalıdır.
- İlaç-ilaç etkileşimleri yaşanmaması için ilaç uygulama saatleri ilaç etkileşim durumlarına göre düzenlenmelidir.
- Hastaların yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalıdır (Malnütrisyona ilişkili görülen plazma albümin düzeyindeki düşüş ilaç yan etkilerinin görülme sıklığını artırmaktadır (86-91)).

2.3.8. Hemodiyaliz Hastalarında Akılcı Tedavi Süreci

Hemodiyaliz hastaları, ilaç kullanımı bakımından yüksek risk grubunda yer almaktadır. Bu hastalarda hatalı ilaç kullanımı giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (6).

Hemodiyaliz hastalarında; uygun olmayan ilaç kullanımı, polifarmasi, ilaç kullanım hataları ve tedaviye uyumsuzluk tedaviyi daha karmaşık bir hale getirmekte ve maliyeti arttırmaktadır. İlaçlarla ilgili bahsedilen bu sorunlar yaşam kalitesini azaltmakta, ilaçlara bağlı morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır (6).

Hemodiyaliz hastalarında ilaç kullanımıyla ilgili yapılan bir çalışmada, kullanılan ilaç sayısı arttıkça mortalitenin de arttığı belirlenmiştir (7). Başka bir çalışmada ise hemodiyaliz hastalarının günde ortalama 13 ilaç kullandığı saptanmış ve hastaların %92'sinin ilaçlarla ilgili sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarının en çok ilaca uyum sağlama sorunu (%33) yaşadıkları belirlenmiştir (8). Yapılan başka bir çalışmada hemodiyaliz hastalarında ilaç uyumsuzluğunun % 41-51 oranında olduğu tespit edilmiştir (9).

İlaç kullanımı ile ilgili sorunların önlenabilir olması akılcı ilaç kullanımı ile mümkün olacaktır. Bu nedenle hemodiyaliz hastaları ilaç kullanımı konusunda, DSÖ tarafından aşağıda belirtilen konularla ilgili bilgilendirilmelidir (18, 92).

1- Etkinlik: Hemodiyaliz hastası ilacın neden kullanılacağı, hangi belirtilerde düzelme olacağı/olamayacağı, etkinin başlama süreci, düzensiz ya da yanlış ilaç kullanılması halinde ne olacağı konusunda bilgilendirilmelidir (18, 92).

2- Güvenlilik: Hemodiyaliz hastası kullandığı her bir ilaca bağlı ne gibi yan etkiler görülebileceği, yan etkilerin nasıl tanınacağı, tahminen ne kadar süreceği, ciddiyeti, sonuçta ne yapılması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (18, 92).

3- Uygunluk: Her ilaç hemodiyaliz hastası için uygun olmayabilir. Hemodiyaliz hastalarında hastaya özel ilaç ve doz ayarlaması yapılması gerekmektedir. Bu hastalar ilaç kullanımı bakımından yüksek risk grubundadır (14, 77, 78).

Hemodiyaliz hastaları “ilaç-ilaç etkileşimi” zararlı alışkanlıklar, “ilaç-besin etkileşimi” yönünden sorgulanmalıdır (14, 77, 78). Hastaya ilacın nasıl ve ne zaman uygulanması gerektiği, tedavinin süresi ve olası yan etkileri konusunda bilgi verilmeli, hasta ve/veya hasta yakınlarıyla hekim ve hemşire arasında tam bir iletişim olmalıdır (18, 92).

4- Tedavi Maliyeti: Hemodiyaliz hastalarının sürekli kullandıkları bazı ilaçların (eritropoetin gibi) maliyeti yüksektir. Bu ilaçlar ister devlet ister sigorta şirketleri isterse de hasta tarafından karşılansın tedavinin maliyeti mutlaka araştırılmalıdır (13, 14, 77, 78).

Uyarılar: Hemodiyaliz hastası ilacın alınmaması gereken zaman, ilacın maksimum dozu, önerilen süre ve önerildiği dozda kullanılmasının nedeni, ilacın

saklama koşulları kullanılmayan ilaçların ne yapılacağı hakkında bilgilendirilmelidir (18, 92).

Sonraki randevu: Hemodiyaliz hastası kontrol zamanı ve hangi durumda acil olarak başvurması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (18, 92).

Her şey açık mı/anlaşılmayan bir nokta var mı?: Hastaya anlatılanları anlayıp anlamadığı sorulur, anlamadığı noktalar tekrarlanır (18, 92).

2.4. Hemşirelikte Model Kullanma

Hemşirelikte model, sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin belirlenmesini sağlayan ve hemşirelik sürecine hizmet eden, sistematik zihinsel bir süreçtir. Tanımdaki sistematik zihinsel süreç ifadesi modelin planlı ve örgütlü olması gerektiğinin altını çizer. Böylelikle modeller aracılığıyla duyduğumuz, gördüğümüz, hissettiğimiz şeyleri zihinsel bir süreçten geçirerek açıklayabiliriz (93, 94).

Modeller fiziksel ya da soyut olabilirler. Hemşirelik modelleri soyut modellerdir (95). Hemşirelik modelleri, hemşireliğe bakış açısı kazandırmakta ve hemşirelik uygulamalarına yön vermektedir. Modellerin odak noktasında birey olduğu için, hemşirelik uygulamalarını “iş merkezli” olmaktan uzaklaştırmaktadır. Ayrıca hemşirelik modelleri bilgiyi ve uygulamaları sistematikleştirerek hemşireye rehberlik eder ve profesyonel bir iletişim sağlar (96).

Hemşirelik modelleri hemşirelik uygulamasının gerçeklerini yansıtır. Modeller uygulama alanlarındaki faktörleri ve birbiri ile nasıl ilişkili olduklarını gösterirler (93, 96).

Hemşirelik modelleri, hemşirelik uygulamalarını etkileyen faktörleri açık hale getirir ve hemşirelik bakımının önemsenen ya da unutulmuş farklı yönlerini hatırlatan bir araç rolü oynar. Örneğin, modeller bize biyo-fizyolojik ve psikolojik faktörler arasındaki ilişkileri hatırlatırlar ve bu ilişki hemşirelik bakımı verilirken dikkate alınır (93-96).

Hemşirelikte model kullanımı, uygulamadaki sorunların araştırılmasını sağlayarak çözüm önerileri geliştirir, hemşirenin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını sağlar (93-96).

2.4.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık yaklaşım, tutum ve inançlarla önemli derecede ilişkilidir (97). Sağlık davranışları ile ilgili tutumların araştırılması hemşireler için önemli bir araştırma alanıdır (98). Sağlık davranışıyla ilgili tutumlar tanımlanabilirse, tutumlarda değişiklik oluşturabilmek için hemşirelik girişimleri geliştirilebilir ve arzu edilen sağlık davranışlarının oluşması sağlanabilir (98).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), bireyin yetmezlikten veya hastalıktan korunmak için yaptığı davranışın nelerden etkilendiğini ve nasıl şekillendiğini açıklayan bir modeldir. (97, 99, 100). SİM bireyi sağlığa yönelik eylemleri yapıp yapmamaya neyin motive ettiğini belirler. Böylelikle sağlık davranışlarının gösterilmesinde etkili olan durumları tanımlar (101).

SİM'e göre, eğer birey;

1. Kendisinin bu hastalık veya duruma yakalanabileceğine inanıyorsa,
2. Hastalığın/durumun bazı ciddi sonuçlarının olduğuna inanıyorsa,
3. Yapılacak bazı uygulamaların duyarlılığı ya da sorunun boyutunu azaltacağına inanıyorsa,
4. Uygulamaya veya eyleme geçmenin kazandıracaklarının ya da eylemin yararının maliyetten (ekonomik, zaman vb.) fazla olacağına inanıyorsa, kendi sağlığına gelebilecek tehlikeleri önleme veya hastalığını araştırma eğiliminde olacaktır (102, 103).

SİM, 1950 yılında bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilmiştir (98-105). Bu aşamada model algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller olmak üzere dört kavramdan oluşmaktaydı. Bu dört kavram bir arada ve ayrı olarak değişik zamanlarda test edilmiştir. Ardından Bandura, tarafından öz-etkililik, Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından sağlık motivasyonu algıları modele eklenmiş ve tüm boyutlar değişik çalışmalarda test edilmiştir. Sağlık motivasyonu diğer dört kavrama göre daha az test edilmiştir (98-105).

SİM, ilk geliştirildiğinde insanların koruyucu sağlık davranışlarını (aşılma ve tarama programları gibi) anlamayı amaçlamış olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan alanlarda da sıklıkla kullanılmıştır (97, 101). SİM; emniyet

kemerini takma, kondom kullanımı, erken tanının kullanımını arttırma, ilaç kullanımı, tıbbi tedaviye uyum ve aile kurmuş genç çiftlerin sağlığını geliştirme gibi birçok alanda rehber olarak kullanılmaktadır (97).

2.4.1.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri

- 1. Algılanan duyarlılık (hassasiyet algısı);** bireyin hastalığa yakalanmasına ne kadar ihtimal verdiği anlamına gelir (29). Yani kişinin kendini belli koşullarda hassas ve zedelenebilir hissetmesi, hastalığı bir tehdit olarak algılamasıdır. Algılanan duyarlılık kavramının bazı sağlık koruma davranışlarının habercisi olduğu ortaya çıkmıştır. Algıda rolü olan faktörler Şekil 1'de görülmektedir. Bu faktörlerden; demografik, psikososyal, sosyoekonomik ve hastalıkla ilgili değişkenler algıda etkin rollere sahiptir. Demografik değişkenler; yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken vb.dir. Örneğin: Kalp damar hastalıklardan korunmada duyarlı yaş grubu ile AIDS'den korunmada duyarlı yaş grubu farklıdır. Bazı durumlarda duyarlılık algısı değişebilir: Örneğin ailesinde kanser vakaları görünen bireyle görünmeyen bireyin hastalığı tehdit olarak algılamaları farklıdır. Ailesinde kanser görülen birey bu hastalığı kendisi için yüksek oranda bir tehdit olarak algılayabilir (98-106).
- 2. Algılanan ciddiyet;** bireyin hastalığa yakalanmasının ne kadar ciddi sonuçları olduğunu düşünmesi anlamına gelir. Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları değerlendirmelerini içermektedir. Yani bireyin hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmeler yapması durumudur. SİM sık sık algılanan sağlık risklerine değinir. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır ve bir tehlike teşkil eder (98-106).
- 3. Algılanan yarar;** koruyucu davranışları gerçekleştirmenin faydaları anlamına gelmektedir. Bireye davranışı değiştirmek için eyleme geçme isteği gelir ve kişi koruyucu önlemler ile hastalığı etkili bir biçimde önleyeceğine inanır. Bu basamakta, bireylere koruyucu davranışların yaşam kalitesi ve süresi üzerinde olumlu etkileri öğretilebilir. Böylece kişilerde olumlu sağlık davranışlarının gelişmesi konusunda bir bilinç oluşması sağlanabilir (98-106).

4. Algılanan engel; koruyucu sağlık davranışların uygulamaya konmasında bireysel (zamansızlık) ve toplumsal düzeyde (maliyet) çeşitli engellerin algılanmasıdır. Birey koruyucu sağlık davranışının koruyuculuğuna inandığı halde yapamıyorsa bu durum engellere bağlı olabilir (98-106). İnanç tek başına bireyi eyleme geçirmek için yeterli değildir. Koruyucu sağlık davranışlarının uygulamaya konulmasını engelleyen bireysel veya dış çevreden kaynaklanan birçok faktör vardır (98-105). Eyleme geçmek bir davranışta bulunmanın sonucunda beklenen faydalarla, davranışla alakalı kişisel engelleri bilinçli bir şekilde tartmayı gerektirir. Yararların engellere göre ağır basması gerekir (106-108).

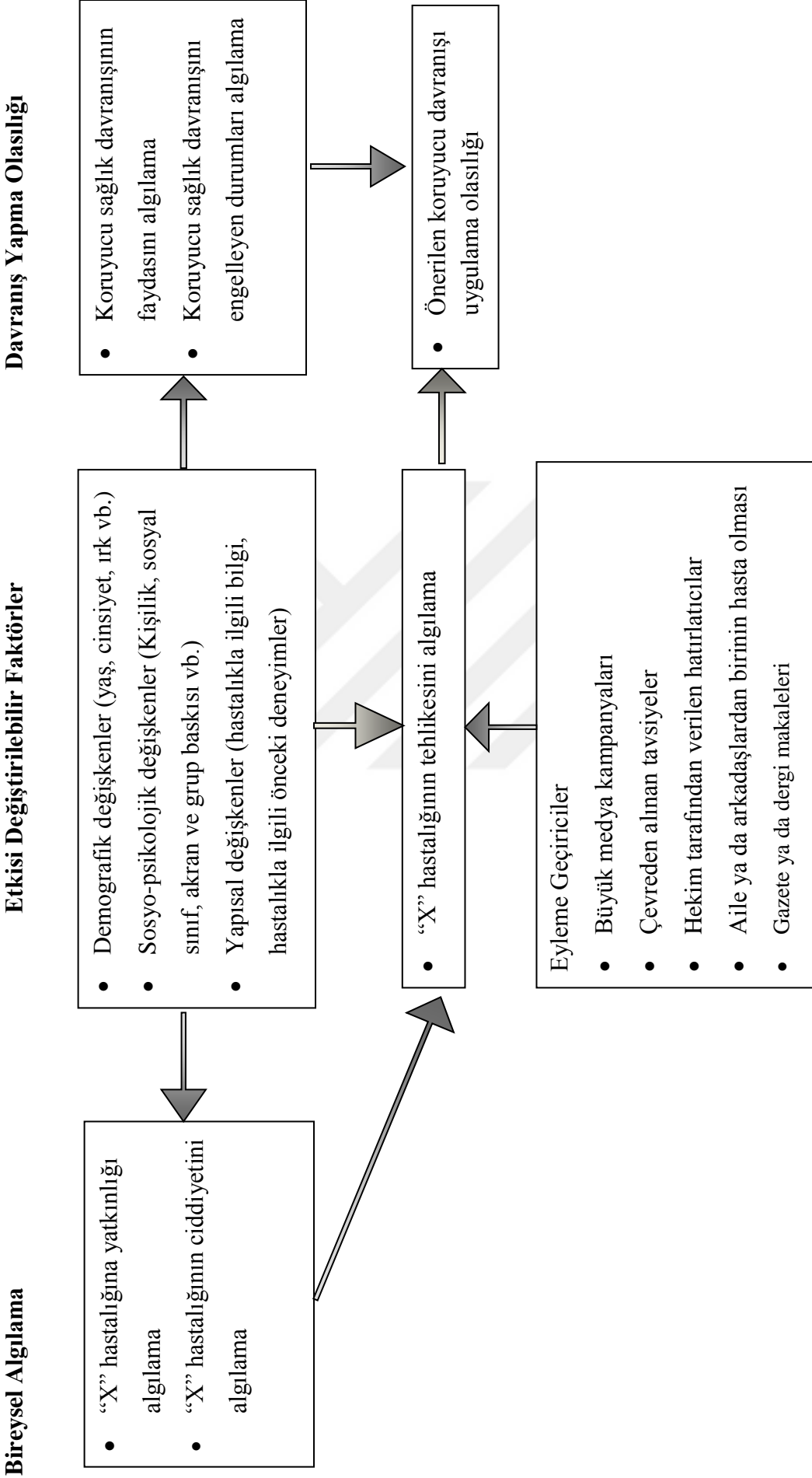
5. Eylem ipuçları (harekete geçiren etmenler); model geliştirilirken, davranış hareketi geçiren ipuçlarına da değinilmiştir. Davranış gerçekleştirmek için gerekli olan hazır bulunuşluğun, ancak davranış hareketi geçiren etmenlerle artabileceğini vurgulanmaktadır. Eylem ipuçları önemli olmakla birlikte, sistematik olarak çalışılmamıştır. Eylem ipuçları, davranış tetikleyen mekanizma olarak görülmektedir (106, 108).

Sağlık hizmetlerinde koruyucu davranışların eyleme geçmesini etkileyen faktörler vardır. Eyleme geçiriciler iç ya da dış eyleme geçiriciler olabilir. İç harekete geçirici etmenler hastalığa veya yetmezliğe ait rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesidir. Dış harekete geçirici etmenler ise medya kitlesi, öğütler, posterler, billboardlar, gazete ve magazin makaleleri ile sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanan hatırlatıcılardır. Birey potansiyel sağlık sorununa dair ne kadar fazla uyarı veya tavsiye alırsa koruyucu davranış gösterme olasılığı o derece fazla olacaktır (98-106).

6. Öz-yeterlilik; beklenen sonuçlara erişmek için bireyin kendine olan inancını, iradesini ve kararlılığını kapsamaktadır. Öz-yeterlilik bileşeni modele sonradan eklenmiştir. SİM'in orijinal yapısında, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi vurgulanmaktadır. Yaşam biçimiyle ilgili davranış değişikliği oluşturulurken, yaşam biçimini değiştirmek ve sonucun iyi olacağına inanmak gereklidir. Yani davranış değişikliğinin başarılı olabilmesi için, o anki durumun tehdit edici olduğunun algılanması ve davranış değişikliğinin yararlı bir sonuca ulaşacağına inanılması

gerekmektedir. Eyleme geçmek için, algılanan engelleri aşma konusunda, kişinin kendisini yeterli hissetmesi önemlidir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesinde öz-yeterlilik önemli rol oynamaktadır (109, 110).





Şekil 2.1. Sağlık İnanç Modeli

Kaynak: (51)

2.4.1.2. Sağlık İnanç Modeli ve Hemodiyaliz Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı

Hemodiyalize giren hastaların büyük bir çoğunluğu hayatlarının devamında sürekli ilaç kullanmak zorunda oldukları için AİK bu popülasyonda çok önemlidir. Hemodiyaliz hastalarının AİK' in önemini bilmeleri ve AİK' in ilkelerini hayata geçirmeleri tedavi sürecinin başarısı açısından önemlidir. Bu hastalarda AİK durumu belirlendiğinde akılcı olmayan ilaç kullanımının önüne geçmek için hemşirelik eğitimleri verilebilir ve istenilen AİK davranışlarının oluşması sağlanabilir (98).

SDBH yaşam boyu devam ettiğinden, hemodiyaliz hastaları ilaç kullanımı konusunda sorumluluk almalıdır. SİM bazı bireylerin hastalıklardan korunmada sorumluluk alırken bazılarının neden sorumluluk almayı başaramadıklarını anlamak için geliştirilmiş sistematik bir yöntemdir (111). Bireyin sağlık davranışı geliştirmesi, benimsemesi ve uygulamasıyla ilgili olan SİM bireyin davranış ve inançları arasında ilişki olduğunu belirtir (99, 102, 103).

AİK konusunda olumlu görüşe sahip bireyler ancak etkili, güvenli, uygun ve ucuz ilaç kullanımını gerçekleştirebilir. AİK davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde bireylerin konuyla ilgili görüş ya da inancı göz önünde bulundurularak verilen eğitimlerin AİK' i sağlamada önemli olacağı düşünülmektedir. AİK eğitiminde yer alan ilkelerin hayata geçirilebilmesi için ilkelerin bireyin inançlarına ve kültürüne ters düşmemesi gerekir (99, 102, 103).

SİM doğrultusunda verilecek AİK eğitimi hemodiyaliz hastasının akılcı ilaç kullanımı konusundaki inançlarını etkileyerek AİK davranışlarını şekillendirecektir. Bu nedenle doğru ve koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılmasında bireyin inançlarını etkileyerek davranışlarını değiştirmede kullanılan SİM'in AİK alışkanlığının kazandırılması için uygun bir model olduğu düşünülmektedir. Aşağıda SİM doğrultusunda verilecek eğitimin nasıl şekillendirileceği özetlenmiştir.

- 1. Algılanan Duyarlılık:** Bu aşamada hemodiyaliz hastası akılcı olmayan ilaç kullanımının oluşturacağı riskleri yaşayabileceğine ihtimal verir ve kendini bu konuda hassas ve zedelenebilir olarak algılar (34).

Duyarlılık Algısı gelişen birey;

- Hemodiyaliz hastalarının birden fazla ilacı aynı anda ve sürekli olarak kullanmaları gerektiğini ve bunun ilaçlarla ilgili sorunların çok sık yaşanmasına neden olduğunu,
- Hemodiyaliz hastalarında AİK'in hayati önem taşıdığını,
- Yaş, böbrek hastalığı dışındaki diğer kronik hastalıklar gibi özelliklerinin AİK'i etkilediğini,
- Etkili, güvenli, uygun ve ucuz ilaç kullanmamanın hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumu bozduğunu bilir (13, 14, 34, 78, 82-84).

2. Algılanan Ciddiyet: Bu aşamada hemodiyaliz hastası akılcı olmayan ilaç kullanımı sonuçlarının ne kadar ciddi olduğunu düşünür. AİK gerçekleştirilmediğinde ölüm, sakatlık ve soysal kayıplar gibi olası sonuçlar ile ilgili değerlendirmeler yapar (98-106).

Ciddiyet Algısı gelişen birey;

- Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçlarını düşündüğünde,
- Etkili, güvenli, uygun ve ucuz ilaç kullanmamanın kendisine ve çevresine verebileceği zararları düşündüğünde,
- İlaçlarını ne zaman, nasıl, ne kadar, ne sıklıkta ve neden alması gerektiğini bilmediğinde,
- İlaçlarını alamadığında ne yapacağını bilmediğinde,
- İlacı kullanmayacağı durumları ayırt edemediğinde,
- İlaçların vücuda verdiği zararları/yan etkileri bilmediği durumlarda, güvenli olmayan ilaç kullanımının ölümle sonuçlanabileceğini düşündüğünde,
- İlaç- ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi konusunda fikir sahibi olmadığında,
- Bitkisel ürünlerin ilaçlar üzerindeki etkisini araştırmadığında,
- Muayene olmadan, başkasının tavsiyesi ile ilaç kullandığında,
- İlaçlarını zararlı maddeler ile beraber aldığıda,
- İlaçlarının saatlerine uymadığında,

- İlacı kendi amacı dışında kullandığında,
- Yeterli süre ve gereken dozda kullanmadığında,
- İlacı uygulamaya yönelik işlemleri uygulamadığında zarar göreceğini düşünerek huzursuzluk ve stres yaşar (13, 14, 78, 82, 98-106).

3. Yarar Algısı: Hemodiyaliz hastası akılcı ilaç kullanmanın olumlu sonuçlarını ve yararlarını algılar. Bu aşamada hemodiyaliz hastalarına AİK davranışlarının yaşam kalitesi ve süresi üzerinde olumlu etkileri öğretilir. Böylece AİK davranışı konusunda bir bilinç oluşması sağlanır (98-106).

Yararlar algısı gelişen birey;

- AİK'in kendisi ve çevresinin sağlığı açısından faydalı olduğunu,
- AİK'in daha hızlı ve etkili iyileşmeyi sağladığını,
- Etkili, güvenli, uygun ve ucuz ilaç kullanmanın ilaç kullanım hatalarını en aza indireceğini ve böylece hemodiyaliz tedavisine olan uyumunun artacağını,
- İlaçları kullanımına yönelik bazı önlemler (hatırlatıcılar kullanmak, prospektüs okumak, alerjik durumların farkında olmak, sürekli kullanılan ilaçları doktora rutin aralıklarla kontrol ettirmek, reçete kontrol alışkanlığına sahip olmak, ilaçlarla ilgili uzak durulması gereken aktivitelerden haberdar olmak, ilaçlarla ilgili eğitimlere özen göstermek, ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmek ve uygun koşullarda saklamak) aldığında ilaçlardan yeterli faydayı göreceğini ve kullanım hatalarını en aza indirebileceğini,
- AİK sayesinde sağlık sistemindeki ilaçla ilgi harcamaların azalacağını (ilaç politikalarını takip ederek ve gereksiz yere ya da pahalı ilaç kullanmayarak) ve ülke ekonomisine katkı sağlayacağını bilir (13, 14, 78, 82, 98-106).

4. Engel Algısı: Bu aşamada hemodiyaliz hastası AİK davranışlarını gerçekleştirememesinde etkili olan engelleri algılar. Hasta AİK'in koruyuculuğuna inandığı halde yapamıyorsa AİK'in gerçekleştirilmesini engelleyen bireysel veya çevresel birçok faktör olabilir (98-106).

Engel algısına sahip birey;

- AİK konusunda bilgi eksikliğini olduğunu,
- AİK'in birçok boyutu olduğunu ve hepsini gerçekleştirmenin zor olduğunu,
- AİK davranışlarının gösterilmesinin zamanını alacağını,
- Böbrek hastalığının ve beraberinde bulunan diğer hastalıklarının (DM, HT vb.) AİK'e engel olacağını,
- Etkili, güvenli, uygun ve ucuz ilaç kullanımı için kendisine yardım eden birinin/kurumun olmayacağını,
- İyileşmenin gerçekleşmeyeceğini düşündüğü için AİK' in gereksiz olduğunu,
- İlaçlarından fayda görüyorsa AİK ilkelerinin olmasının gerekmediğini,
- AİK için enerjisinin olmadığını,
- AİK' inin başarılı olmasının yalnızca kendisine bağlı olmadığını (hekim, hemşire, ilaç endüstrisi ve ilaç politikalarının etkisinin olduğunu) düşünür (13, 14, 78, 82, 98-106).

5. Eylem İpuçları (harekete geçiren etmenler): Bu aşamada hemodiyaliz hastasını AİK davranışını gerçekleştirmeye yönlendiren iç ya da dış harekete geçiriciler değerlendirilir. İç harekete geçiriciler sayesinde kişi AİK bilgisini geliştirmeye yönelik rahatsızlık hisseder. Dış harekete geçiriciler sayesinde (medya, eğitim, posterler, gazete vb. hatırlatıcılar) AİK ile ilgili ne kadar uyarı alırsa AİK davranışını göstermesi o kadar kolay olacaktır (98-106).

Eylem ipuçları oluşturan birey;

- AİK konusunda bilgi eksikliğini giderecek araştırmaları yaparak, AİK'in zorluklarıyla baş edebilecek stratejiler geliştirir.
- İlaçlar ile ilgili eğitimler alarak, ilaca ait talimatları okuyarak, anlamadığı yerleri uzmanına sorarak akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi edinir.
- Akılcı ilaç kullanımı için sağlık çalışanlarından destek alarak ilaç kullanımına yönelik alınabilecek özel önlemleri (özel kaplar, alarm kurmak, not tutmak, liste oluşturmak) uygular.

- İhtiyaç duyduğunda hangi sağlık kuruluşlarından destek alması gerektiğini araştırır.
 - AİK ile ilgili bilgi verici broşürlere, reklamlara ve medyada yer alan yayınlara ilgi gösterir (13, 14, 78, 82, 98-106).
- 6. Öz-Yeterlilik:** Bu aşamada hemodiyaliz hastası AİK'e erişmek için olan inancını, iradesini ve kararlılığını algılar (109-111).

Öz-Yeterliliği gelişen birey;

- AİK konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olduğunu düşünür.
- AİK ile ilgili zorluklarla baş edebilir.
- Akılcı ilaç kullanımını davranışları gerçekleştirmek için yeterli zamanı ve enerjisi vardır.
- Hastalığı ile ilgili olumsuzluklarda dahi AİK alışkanlığı gösterebilir.
- İlaçlarını AİK'in ilkelerine ve ölçütlerine uygun bir şekilde kullandığında fayda göreceğine inanır.
- İlaçlarını doğru bir şekilde kullanmak için gerekli araştırmaları yapabilir (109-111).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

İki aşamada gerçekleştirilen bu araştırma birinci aşamada “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” geliştirilmesi için metodolojik, ikinci aşamada ise hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test randomize kontrollü deneme modeli olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya ve Elazığ illerinde Mart 2017- Ekim 2018 tarihleri arasında yürütüldü. Veriler İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hemodiyaliz Ünitesi, Fırat Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi, Özel Elazığ Diyaliz Merkezi, Özel Çağrı Diyaliz Merkezi (Elazığ) ve Dünya Diyaliz Merkezi'nde (Elazığ) toplandı. Araştırmanın yapıldığı diyaliz merkezlerinde seanslar pazartesi, çarşamba, cuma ve salı, perşembe, cumartesi günlerinde yapılmaktadır. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde 4, Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde 4, Özel Elazığ Diyaliz Merkezi'nde 5, Özel Çağrı Diyaliz Merkezi'nde 6 ve Dünya Diyaliz Merkezi'nde 5 adet olmak üzere birbirinden farklı 24 seansta hastalar tedavi edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini adı geçen diyaliz ünitelerinde tedavi gören tüm hastalar oluşturdu. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hemodiyaliz Ünitesi'nde 75, Fırat Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde 60, Özel Elazığ Diyaliz Merkezi'nde 65, Özel Çağrı Diyaliz Merkezi'nde 100 ve Dünya Diyaliz Merkezi'nde 96 olmak üzere toplam 396 hemodiyaliz hastası bulunmaktadır.

Ölçek geliştirme çalışmalarının geçerlik-güvenirlik aşamasında, bir veri setine faktör analizi uygulanabilmesi için veri miktarının soru sayısının 5-10 katı olması gerekmekte, bu oran arttıkça analiz kalitesi de artmaktadır. Araştırmaya başlarken ölçekteki toplam madde sayısı 36 olduğundan araştırmanın ilk aşamasının örnekleminin en az 180, en fazla 360 olmasına karar verildi (112, 113). Bu süreçte araştırmaya

katılmak istemeyen 40 ve araştırmaya alınma kriterlerine uymayan 31 hasta araştırma dışında bırakılarak ilk aşama 325 hasta ile tamamlandı.

Araştırmanın ikinci basamağının örneklem hacmi güç analizi ile belirlendi. Yapılan hesaplamada %95 güven aralığında, % 80 teorik güç ve 0.5 etki gücü ile deney grubunda 66 ve kontrol grubunda 66 hasta olacak şekilde 132 hastaya ulaşılması gerektiği saptandı. Bu aşamada araştırmaya katılmak istemeyen 22 (12 deney, 10 kontrol) ve araştırmaya alınma kriterlerine uymayan 12 (8 deney, 4 kontrol) hasta araştırma dışında bırakılarak 132 (66 deney, 66 kontrol) hastaya ulaşıldı.

Hastalar deney ve kontrol gruplarına olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile tayin edildi. Deney ve kontrol gruplarına atama yapılırken hastaların birbirinden etkilenmesini önlenmek için seanslar arasında randomizasyon yapıldı. Tüm merkezlerdeki seanslar listelenerek toplam 24 seans arasından kura yöntemi ile bir seans deney bir seans kontrol grubu olacak şekilde gruplar belirlendi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Herhangi bir iletişim veya tıbbi olarak tanımlanmış herhangi bir mental sorunu bulunmayan,
- 6 ay ve daha uzun süredir hemodiyaliz tedavisi alan hastalar araştırmaya dahil edildi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerini belirleyen “Hasta Tanıtım Formu” (EK 2) ve “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” (EK 3) kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu (EK 2): Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan bu form hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşanılan kişiler, sigara ve alkol kullanma durumu, hastalık ve tedavi süresi, başka kronik hastalığın varlığı ve ilaç kullanımı ile ilgili 13 sorudan oluşmaktadır (2,6,7,11,15).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) (EK 3): Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) 21 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır (EK 3). Maddeler ifadeleri gerçekleştirme durumlarına göre (1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Ara Sıra, 4-Çoğu Zaman ve 5-Her zaman) 5’li likert tipi ölçek üzerinde puanlanmaktadır. Ölçekte sadece 17. madde ters puanlanmaktadır. Ters puanlanan madde çevrildikten sonra tüm ölçek maddelerin toplamı “toplam ölçek puanını” vermektedir. AİKÖ’ nün toplam puanı 21-105 arasında değişmektedir. AİKÖ’den alınan toplam puan arttıkça akılcı ilaç kullanımı artmaktadır. AİKÖ’den alınan toplam puan değerlendirilirken; alınan toplam puan 21-52 arasında ise düşük, 53-67 arasında ise orta, 68-105 arasında ise yüksek düzey olarak puanlanmaktadır (114). AİKÖ’ nün cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak belirlendi.

3.5. Verilerin Toplanması

1. Aşama

Literatür Tarama ve Madde Havuzunun Oluşturulması

İlk aşamada konu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılarak, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili temel ilkeler belirlendi. Literatürde en fazla yer alan akılcı ilaç kullanım ilkelerine uygun olarak 36 maddelik bir yapı oluşturuldu.

Hazırlanan sorular ile ilgili 10 hastanın görüşü alındı. Hastalara sorular hakkındaki olumlu-olumsuz düşünceleri ve önerileri soruldu. Madde havuzunda yer alan sorular Türkçe dil uzmanının görüşüne de sunulduktan sonra hastaların ve dil uzmanının önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldı.

Güvenirlilik ve Geçerlik İşlemlerinin Yapılması

Geçerlik analizleri

1. Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)

Taslak maddelerin Kapsam Geçerliliği'ni (Content Validity) değerlendirmek üzere hazırlanan madde havuzu konu ile ilgili 11 uzmanın görüşüne sunuldu, maddelerin anlaşılabilirliğini ve amaca uygunluğunu belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alındı.

Uzmanlardan gelen görüşlerin analizi için her bir maddeye ait kapsam geçerlik oranı (KGO) hesaplandı. Daha sonra belirlenen KGO'ların ortalaması alınıp kapsam

geçerlik indeksi (KGİ) belirlendi. KGİ, belirlenen her madde için uzmanların o maddeyi uygun bulup bulmadıklarının belirlenmesinde kullanılır. Yurdugül, KGO değerlerinin uzman sayısına göre belirlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu araştırmada uzman sayısı 11 olduğundan 0.59'dan büyük olan KGO değerine sahip maddelerin kapsam geçerliğini sağladığı sonucuna varıldı (112). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği' ne ait KGO ve KGİ sonuçları Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Kapsam Geçerlik Oranı ve Kapsam Geçerlik İndeksi

	Uygun	Uygun değil	Düzeltilmeli	Olumlu görüş	KGO
Kullandığım ilaçların neden verildiğini bilirim.	11	0	11	1	
İlaçlarımı hangi saatte alacağımı bilirim.	11	0	11	1	
İlaçlarımı ne kadar süre alacağımı bilirim.	11	0	11	1	
İlaçlarımı hangi yoldan (ağız/göz/kulak/burun /genital/kalça/damar yolu vb.) alacağımı bilirim.	11	0	11	1	
İlaçlarımın hangisinden ne kadar (kaç tane, kaç ölçek vb.) almam gerektiğini bilirim.	11	0	11	1	
İlaçlarımı saatinde alamazsam ne yapacağımı bilirim.	11	0	11	1	
İlaçlarımı kullanmamam gereken durumları bilirim.	11	0	11	1	
İlaçlarımın meydana getirebileceği yan etkileri bilirim.	11	0	11	1	
İlaçlarımla birlikte tüketebileceğim yiyecek ve içecekleri bilirim.	11	0	11	1	
Birden fazla ilaç aldığımda, ilaçlarımın birbirleri üzerinde nasıl bir etki yaptığını bilirim.	9	2	9	0.64	
Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu araştırırım.	9	2	9	0.64	
Sigara ve alkolün ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu bilirim.	11	0	11	1	
Kullandığım ilaçları veriliş nedenlerinin dışında kullanmam.	11	0	11	1	
İlaçlarımın planlanan alınış saatlerine uyarım.	11	0	11	1	
İlaçlarımı kullanmam gereken süre kadar kullanırım.	11	0	11	1	
İlaçlarımı doğru dozda (bir tablet, iki ölçek vb.) alırım.	11	0	11	1	
İlaçlarımı almayı unutmamak için hatırlatıcılar (alarm kurmak, özel kaplar kullanmak, liste oluşturmak vb.) kullanırım.	11	0	11	1	
Kullandığım ilaçları uygulamaya yönelik işlemleri (aç-tok vb.) uygularım.	11	0	11	1	
Kullandığım ilaçların içinden çıkan kağıdı okurum/okuturum.	11	0	11	1	
İlaç yazdırmadan önce özel durumlarımı (alerji, kronik hastalıklar vb.) doktoruma bildiririm.	11	0	11	1	
İlaçlarımı kullanmadan önce son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	11	0	11	1	
İlaçlarımı birlikte tüketmemem gereken yiyecek ve içecekler ile alırım.	11	0	11	1	
Doktora gitmeden, kendi başıma antibiyotik, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu gibi ilaçları kullanırım.	11	0	11	1	
Kullanacağım ilaçların fiyatlarını araştırırım, ilaçlara yönelik politikaları	11	0	11	1	

takip ederim.				
İlaçlarımı satın alırken reçetemin doğru verilip verilmediğini kontrol ederim.	11	0	11	1
Sürekli kullandığım bütün ilaçları doktoruma yılda en az bir kez kontrol ettiririm.	11	0	11	1
Basında reklamı yapılan/başkasının tavsiye ettiği ilaç veya bitkisel ürünleri tedavi amacıyla kullanırım.	11	0	11	1
Benimle benzer şikayetleri olan tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunurum.	11	0	11	1
Birden fazla ilaç aldığımda ilaçlarımın birbirlerini etkileyip etkilemediklerine dikkat ederim.	11	0	9	0.64
Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde etkisi olup olmadığını bilirim.	11	0	9	0.64
Kullanacağım ilacın daha ucuz bir alternatifi varsa onu tercih ederim.	11	0	11	1
İlaçlarımı kullanmadan önce (insülin, inhaler vb.) gerekli olan eğitimi almaya özen gösteririm.	11	0	11	1
Kullandığım ilaçlarla ilgili uzak durmam gereken durumlar olup olmadığına dikkat ederim.	11	0	11	1
Son kullanma tarihi geçmemiş, kullanmadığım ilaçları uygun sağlık kuruluşlarına teslim ederim.	11	0	11	1
İlaçlarımı sigara veya alkolle birlikte almamaya özen gösteririm.	11	0	11	1
İlaçlarımı içinden çıkan kağıtta, belirtilen koşullara uygun olarak taşıy ve saklarım.	11	0	11	1
KAPSAM GEÇERLİK ORANI			0.59	
KAPSAM GEÇERLİK İNDEKSİ			0.96	

Uzman görüşleri çerçevesinde tüm maddelerin ölçekte kalmasına karar verildi. Madde bazlı kapsam geçerlik oranlarının yeterli büyüklüğe sahip oldukları tabloda görülmektedir (KGO>0.59)

Kapsam geçerliğine ait analizler yapıldıktan sonra ölçek geliştirme çalışması için gerekli olan veriler Ağustos 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında araştırmacının kendisi tarafından toplandı. Hasta Tanıtım Formu ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ndeki sorular 325 hastaya hemodiyaliz tedavisi sırasında sorularak cevaplandırılmaları istendi. AİKÖ geçerlik ve güvenilirlik aşamasına katılan hemodiyaliz hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. AİKÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Katılan Hemodiyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=325)

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	140	43.1
Erkek	185	56.9
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	76	23.4
İlköğretim	166	51.0
Ortaöğretim	59	18.2
Üniversite ve üzeri	24	7.4
Medeni Durum		
Evli	264	81.2
Bekar	61	18.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	20	6.2
Çalışmıyor	305	93.8
Gelir Durumu		
İyi	63	19.4
Orta	185	56.9
Kötü	77	23.7
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	113	34.8
Hayır	212	65.2
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	10	3.1
Hayır	315	96.9
Başka Hastalık Varlığı		
Var	241	74.2
Yok	84	25.8
Toplam	325	100
Ort±SS		
Yaş	52.15±11.26	
Hastalık süresi (ay)	109.28±97.65	
Hemodiyaliz tedavi süresi (ay)	62.38±72.69	

Araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik aşamasına katılan hastaların % 56.9' unun erkek, % 51.0'ının ilköğretim mezunu, % 81.2'sinin evli, % 93.8'inin çalışmadığı, % 56.9'unun gelir düzeyinin orta derecede olduğu, %65.2'sinin sigara kullanmadığı, % 96.9'unun alkol kullanmadığı ve % 74.2'sinin başka bir kronik hastalığının bulunduğu belirlendi. Hastaların yaş ortalamasının 52.15±11.26, ortalama hastalık süresinin

109.28±97.65 ay, ortalama hemodiyaliz tedavisi alma süresinin ise 62.38±72.69 ay olduğu saptandı.

2. Yapı Geçerliliği

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA): Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin yapısal geçerliliğini test etmek için açımlayıcı faktör analizi kullanıldı. İlk olarak ölçeğin faktör analizi yapmak için uygun olup olmadığını belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testi yapıldı.

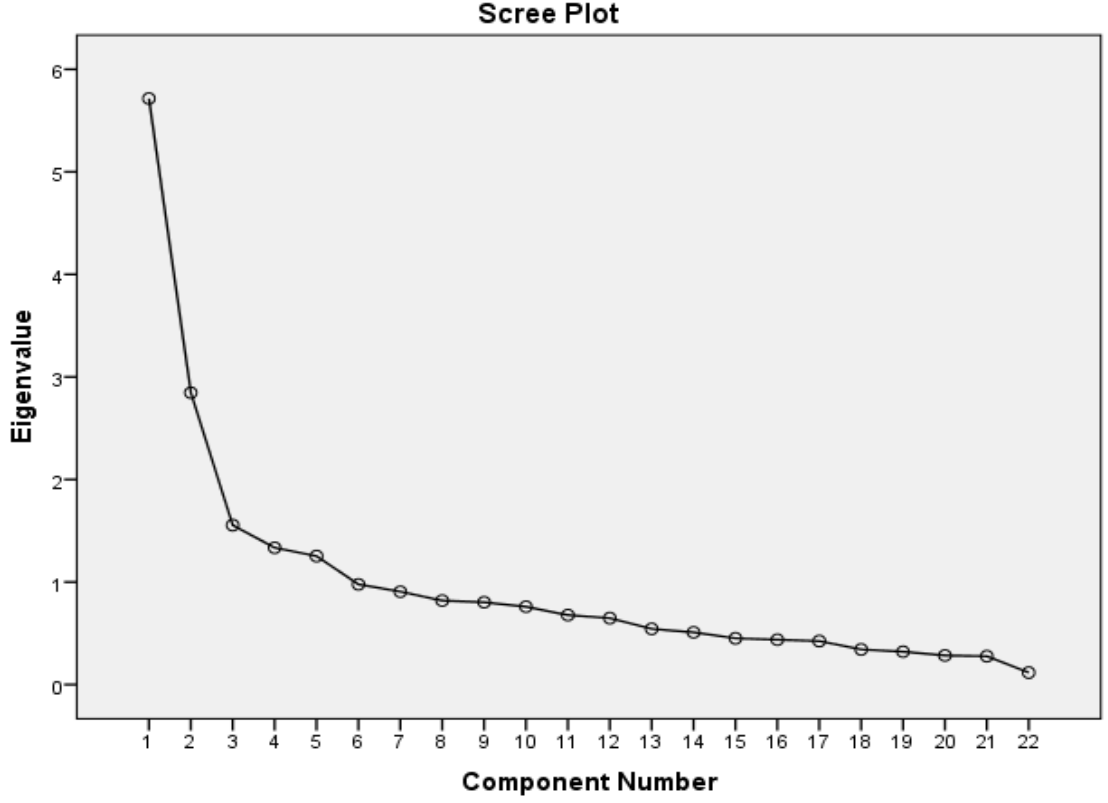
Tablo 3.3. Hemodiyaliz Hastalarında AİKÖ'nin KMO ve Bartlett Testi Sonuçları

KMO		0.81	
Barlett testi	X ²	S Derecesi (Sd)	p
	613.8	66	0.000*

*p<0.001

Bir ölçeğin faktör analizi için uygun olması için KMO testi sonucu 0.50 ve üzerinde, Bartlett testi sonucu da istatistiksel olarak önemli olmalıdır (115). KMO değeri 0 ile 1 arasında değişiklik gösterir ve iyi bir faktör analizi yapabilmek için KMO değerinin 0.80'in üzerinde olması beklenir (116, 117). Bu araştırmada KMO sonucu 0.81, Bartlett küresellik testi sonucu da (p<0.001) önemli bulundu. Bu sonuçlara göre, değişkenler arasında yüksek korelasyon olduğu yani veri setinin faktör analizi yapılması için uygun olduğu belirlendi (Tablo 3.3).

Yapılan ilk analiz sonucunda, öz değeri 1'den daha büyük olan 5 faktörün olduğu görüldü. Ancak Şekil 3.1. incelendiğinde, açıkladığı varyansı ve öz değeri diğer faktörlerden daha yüksek olan tek faktörün baskın olduğu görülmektedir.



Şekil 3.1. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği faktörlerinin öz değerlerine ait saçılma diyagramı.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin faktör sayısı belirlendikten sonra faktör analizi tekrarlandı. Ölçek tek faktörden oluştuğundan, herhangi bir döndürme işlemi yapılmadı.

Faktör analizinde maddelerin ilgili kavram veya yapıyı doğru şekilde ölçtüğünün bir göstergesi olarak değerlendirilen maddelerin yük değerlerinin 0.30'dan küçük olmaması gerektiği belirtilmektedir (114, 118-120). Buna göre maddelerin buldukları faktördeki yük değerleri için sınır 0.30 olarak alındı. Faktör yük değeri 0.30'un altında olan maddelerden önce 9, sonra 6 tanesi olmak üzere 15'i analizden çıkarıldı ve 21 maddelik tek boyutlu bir yapı oluştu. Kalan 21 madde tekrardan isimlendirilerek orijinal hali ile Tablo 3.4'teki gibi eşleştirildi.

Tablo 3.4. Maddelerin Eski ve Yeni Numaraları

Yeni		Orjinal
AİK1	Kullandığım ilaçların neden verildiğini bilirim.	M1
AİK2	İlaçlarımı hangi saatte alacağımı bilirim.	M2
AİK3	İlaçlarımı ne kadar süre alacağımı bilirim.	M3
AİK4	İlaçlarımı hangi yoldan (ağız/göz/kulak/burun /genital/kalça/damar yolu vb.) alacağımı bilirim.	M4
AİK5	İlaçlarımın hangisinden ne kadar (kaç tane, kaç ölçek vb.) almam gerektiğini bilirim.	M5
AİK6	İlaçlarımı saatinde alamazsam ne yapacağımı bilirim.	M6
AİK7	İlaçlarımı kullanmamam gereken durumları bilirim.	M7
AİK8	İlaçlarımın oluşturabileceği yan etkileri bilirim.	M8
AİK9	İlaçlarımla birlikte tüketebileceğim yiyecek ve içecekleri bilirim.	M9
AİK10	Birden fazla ilaç aldığımda ilaçlarımın birbirlerini etkileyip etkilemediklerine dikkat ederim.	M10
AİK11	Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde etkisi olup olmadığını araştırırım.	M11
AİK12	Sigara ve alkolün ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu bilirim.	M12
AİK13	İlaçlarımı doktorumun bana önerdiği süre kadar kullanırım.	M13
AİK14	İlaçlarımı doktorumun önerdiği dozda (bir tablet, iki ölçek vb.) alırım.	M14
AİK15	Kullandığım ilaçların içinden çıkan kağıdı okurum/okuturum.	M15
AİK16	İlaçlarımı kullanmadan önce son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	M16
AİK17	Doktora gitmeden, kendi başıma antibiyotik, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu gibi ilaçları kullanırım.	M17
AİK18	Kullanacağım ilaçların fiyatlarını araştırırım, ilaçlara yönelik politikaları takip ederim.	M18
AİK19	Kullandığım ilaçlarla ilgili uzak durmam gereken durumlar (egzersiz, araç kullanma vb.) olup olmadığına dikkat ederim.	M24
AİK20	Son kullanma tarihi geçmemiş, kullanmadığım ilaçları uygun sağlık kuruluşlarına teslim ederim.	M25
AİK21	İlaçlarımı içinden çıkan kağıtta, belirtilen koşullara uygun olarak taşıy ve saklarım.	M27

Yapılan tüm işlemlerin sonunda Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin açıklayıcı faktör analizine ait bulguları Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

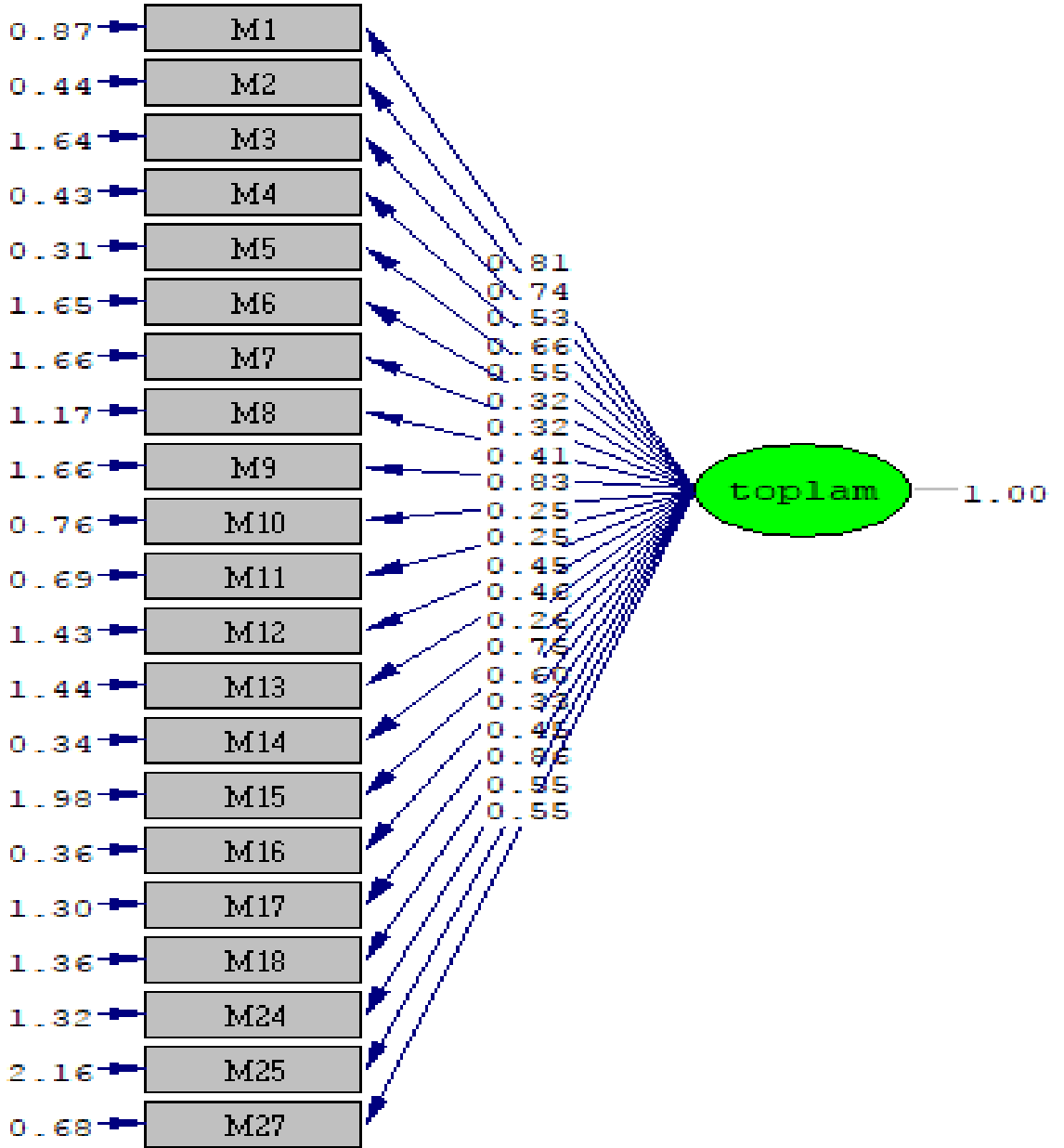
Tablo 3.5. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Faktör Yük Değerleri

Madde	Faktör Yük	
	Değeri	
	Faktör-1	
M16	İlaçlarımı kullanmadan önce son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	0.751
M2	İlaçlarımı hangi saatte alacağımı bilirim.	0.724
M4	İlaçlarımı hangi yoldan (ağız/göz/kulak/burun/genital/ kalça/damar yolu vb.) alacağımı bilirim.	0.694
M5	İlaçlarımın hangisinden ne kadar (kaç tane, kaç ölçek vb.) almam gerektiğini bilirim.	0.683
M1	Kullandığım ilaçların neden verildiğini bilirim.	0.646
M27	İlaçlarımı içinden çıkan kağıtta belirtilen koşullara uygun olarak taşır ve saklarım.	0.624
M24	Kullandığım ilaçlarla ilgili uzak durmam gereken durumlar (egzersiz, araç kullanma vb.) olup olmadığına dikkat ederim.	0.618
M15	Kullandığım ilaçların içinden çıkan kağıdı okurum/ okuturum.	0.542
M9	İlaçlarımla birlikte tüketebileceğim yiyecek ve içecekleri bilirim.	0.536
M3	İlaçlarımı ne kadar süre alacağımı bilirim.	0.468
M8	İlaçlarımın oluşturabileceği yan etkileri bilirim.	0.458
M12	Sigara ve alkolün ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu bilirim.	0.436
M18	Kullanacağım ilaçların fiyatlarını araştırırım, ilaçlara yönelik politikaları takip ederim.	0.435
M14	İlaçlarımı doktorumun önerdiği dozda (bir tablet, iki ölçek vb.) alırım.	0.398
M10	Birden fazla ilaç aldığımda ilaçlarımın birbirlerini etkileyip etkilemediklerine dikkat ederim.	0.378
M11	Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde etkisi olup olmadığını araştırırım.	0.375
M17	Doktora gitmeden, kendi başıma antibiyotik, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu gibi ilaçları kullanırım.	0.374
M13	İlaçlarımı doktorumun bana önerdiği süre kadar kullanırım.	0.362
M25	Son kullanma tarihi geçmemiş, kullanmadığım ilaçları uygun sağlık kuruluşlarına teslim ederim.	0.341
M6	İlaçlarımı saatinde alamazsam ne yapacağımı bilirim.	0.338
M7	İlaçlarımı kullanmamam gereken durumları bilirim.	0.333

Yapılan AFA'ya göre AİKÖ'nün 21 maddeden oluşan tek faktörlü bir ölçek olduğu sonucuna varıldı. Bu faktör ölçeğe ait toplam varyansın %31.99' unu açıklamaktadır (114). Büyüköztürk, tek faktörden oluşan ölçekler için açıklanan varyansın %30 ve üzerinde olmasının yeterli olabileceğini belirtmektedir. Bu sonuçlar, tek faktörden oluşan AİKÖ'nün geçerliğinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (114).

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını belirlemek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulandı. AFA sonuçlarına göre 15 madde çıkartılması ile elde edilen 21 madde ve tek faktörlü yapının doğrulanıp doğrulanmadığı DFA ile analiz edildi. Doğrulayıcı faktör analizi, pek çok değişkenden oluşmuş faktörlerin gerçek verilerle ne düzeyde uyum gösterdiğini değerlendirmeyi amaçlayan bir analizdir. Yani DFA, önceden belirlenen veya kurgulanan bir yapının toplanan verilerle ne derece doğrulandığını analiz eder (121). DFA' da geçerliliği test edilen modelin yeterliliğini saptamak için çok sayıda uyum indeksi kullanılır (121). En sık kullanılan uyum indeksleri; Ki-Kare Uyum Testi (χ^2 : Chi-Square Goodness), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI: Comparative Fit Index), İyilik Uyum İndeksi (GFI: Goodness of Fit Index), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI: Normed Fit Index), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI: Non-Normed Fit Index)'dir. Ölçek modelinden elde edilen değerlerin $X^2/d < 3$; $0.97 \leq CFI \leq 1$; $0.95 \leq GFI \leq 1$; $0 < RMSEA < 0.05$; $0.95 \leq NFI \leq 1$ ve $0.97 \leq NNFI \leq 1$ aralıklarında olması mükemmel uyumu gösterirken, $4 < X^2/d < 5$; $0.95 \leq CFI \leq 0.97$; $0.90 \leq GFI \leq 0.95$; $0,05 < RMSEA < 0,08$; $0.90 \leq NFI \leq 0.95$ ve $0.95 \leq NNFI \leq 0.97$ aralıklarında olması kabul edilebilir uyumu göstermektedir (121, 122).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği için yapılan ilk DFA' da istatistiksel olarak önemli olmayan t değerine sahip maddeler görülmüştür. Ancak yapılan ikinci analize göre önemli olmayan t değeri bulunan hiçbir maddeye rastlanmadı. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ne ait path diyagramı Şekil 3.2'de gösterilmiştir.



Şekil 3.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ne ait Path Diagramı

Şekil 3.2. incelendiğinde, AİKÖ'nün uyum indeksleri $\chi^2=655.12$, $X^2/sd= 3.47$, CFI=0.91, NNFI=0.91, NFI=0.90 ve GFI=0.82 olarak bulundu. Yapılan DFA analizi Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin, GFI dışındaki bütün uyum indekslerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlara göre ölçeğin belirlenen tek faktörlü yapısının toplanan veriler ile genel olarak uyumlu olduğuna karar verildi.

Maddelere ait regresyon ve t değerlerine Tablo 3.6.'da yer verilmiştir.

Tablo 3.6. DFA' ya Ait Regresyon ve t Değerleri

Maddeler	Regresyon değerleri	t değerleri	Maddeler	Regresyon değerleri	t değerleri
M1	0.81	13.60	M12	0.45	6.20
M2	0.74	15.02	M13	0.46	6.30
M3	0.53	6.80	M14	0.26	7.26
M4	0.66	14.13	M15	0.75	8.49
M5	0.55	13.99	M16	0.60	13.89
M6	0.32	4.12	M17	0.33	4.89
M7	0.32	4.13	M18	0.45	6.27
M8	0.41	6.20	M24	0.86	11.33
M9	0.83	10.04	M25	0.55	6.17
M10	0.25	4.73	M27	0.55	10.29
M11	0.25	5.00			

Tablo 3.6' da, AİKÖ için elde edilen t değerlerinin ve regresyon katsayılarının anlamlı olduğu ve test edilen modelin doğrulandığı belirlendi.

Güvenirlilik analizleri: Güvenirlilik analizlerinde iç tutarlık (Cronbach alfa), yarıya bölme yöntemi (Spearman Brown-Gutman), test-tekrar test tekniği, eşdeğer (paralel) formlar, iki yarı güvenirliliği ve gözlemciler arası güvenirlilik yöntemleri kullanılmaktadır (114, 116, 123-125).

Bu çalışmada; güvenirlilik analizlerinden iç tutarlık ve test-tekrar test yöntemi kullanıldı.

1. Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin güvenirliliğini belirlemek amacıyla cronbach alfa güvenirlilik katsayısı hesaplandı. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin tek faktörü için cronbah alfa katsayısı 0.84 olarak hesaplandı. Tezbaşaran, likert tipi ölçekler için yeterli olabilecek cronbach alfa katsayısının olabildiğince 1'e yaklaşması gerektiğini belirtmektedir (123). Cronbach alfa değeri < 0.40 ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.59 arasında ise düşük güvenirlilikte olduğu; 0.60-0.79 arasında ise oldukça güvenilir olduğu; 0.80-1.00 arasında ise yüksek güvenirlilikte olduğu belirtilmektedir (113, 118,

126, 127). İlk kez geliştirilmiş bir ölçek için güvenilirlik katsayısının 0.70 olması yeterli olabilirken, olgunlaştırılmış bir ölçek için katsayının 0.80'i aşması istenir (124, 128). İç tutarlılık katsayısı analizlerinden elde edilen sonuçlar, AİKÖ'nün yüksek düzeyde güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

2. Test Tekrar Test Güvenirliği

Güvenirlik analizlerinde zamana göre değişmezlik ilkesi için test tekrar test tekniği kullanıldı. Test tekrar test güvenirligi için 30 hastaya 15 gün sonra ikinci kez gidilerek aynı yöntem ile ölçek soruları soruldu. Test tekrar test yönteminde en ideal zaman aralığının 15 ile 30 gün olduğu belirtilmektedir (129). Test-tekrar test güvenirligi için ICC (Intraclass Correlation Coefficient-Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı) katsayısından faydalanıldı.

Tablo 3.7. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Sonuçları

	Alt sınır	Üst Sınır	r	p
Test Tekrar Test	0.848	0.996	0.987	0.0001

Verilen cevapların ilk sorulduğunda ve 15 gün sonra sorulduğunda tutarlılığını ölçen ICC katsayısı oldukça yüksek olarak gözlemlendi (0.987) (Tablo 3.7). Ölçeğin test-tekrar test güvenirlilik katsayısı maddeler arasında 0.848 ile 0.996 arasında değiştiği belirlendi. ICC değerinin 0.7 ve üzerinde olmasının yeterli olduğu şeklinde yorumlanır (130, 131). Bu araştırmada iki ölçüm arasında yeterli zaman bulunması ve bu sürede uyumun değişmemesi nedeniyle, AİKÖ' nin tutarlı bir ölçek olduğu yani zamana göre değişmezlik gösterdiği belirlendi.

2. Aşama

Araştırmanın ikinci aşamasındaki veriler Aralık 2017- Şubat 2018 tarihleri arasında toplandı. İlk görüşmede deney ve kontrol grubuna Hasta Tanıtım Formu ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği uygulanarak ön test verileri toplandı.

Deney grubuna Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığı ile akılcı ilaç kullanımı eğitimi verildi. Daha sonra her bir hastaya kullandığı ilaçlar dikkate alınarak akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bireyselleştirilmiş eğitim verildi. İlk eğitim verildikten 15 gün sonra özet şeklindeki eğitim bir kez daha verildi. Özet

eğitimden sonra Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği kullanılarak son test verileri toplandı. Hazırlanan eğitim kitapçığı ihtiyaç duyduklarında kullanabilmeleri için hastalara verildi.

Kontrol grubuna herhangi bir eğitim verilmedi. Ön test uygulamasından 15 gün sonra son test uygulandı. Araştırmanın etik ilkelerinin gerçekleşmesi için kontrol grubuna da eğitim kitapçığı verildi. Araştırma akış şeması Şekil 3.1’de verilmiştir.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Araştırmacı tarafından Sağlık İnanç Modeli (SİM) doğrultusunda hazırlanmış olan ve 5 uzman tarafından değerlendirilen Akılcı İlaç Kullanımı Rehberi eğitim materyali olarak kullanıldı. Hazırlanan eğitim kitapçığında Sağlık İnanç Modeli’nin her bileşeni için akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin uyarlaması yapıldı. Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel, eylem ipuçları ve öz yeterlilik bileşenlerine göre yapılandırılan eğitim, hemodiyaliz tedavisi sırasında araştırmacının kendisi tarafından verildi.

Eğitim Materyali: Eğitim materyali olarak Akılcı İlaç Kullanımı Rehberi kullanıldı. Akılcı İlaç Kullanımı Rehberi, ilaçlar ve önemi, akılcı ilaç kullanımı, hemodiyaliz hastalarında akılcı ilaç kullanımı, akılcı olmayan ilaç kullanımının zararları, akılcı ilaç kullanımının faydaları, akılcı ilaç kullanımında karşılaşılan engeller, akılcı ilaç kullanımında karşılaşılan engelleri aşmanın yolları, öz-yeterliliği artırma ile ilgili bilgileri içermektedir (EK 5). İlk eğitim her bir hasta için ortalama 30-35 dakika, ikinci eğitim (özet eğitim) ise ortalama 15-20 dakika sürdü.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Hemodiyaliz hastalarının “Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği” puan ortalamaları

Bağımsız Değişken: Hemodiyaliz hastalarına SİM doğrultusunda verilen yapılandırılmış eğitim

Kontrol değişkeni: Hemodiyaliz hastalarının demografik özellikleri (cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, başka kronik hastalığın varlığı, yaş, kullanılan ilaç sayısı, hastalık ve hemodiyaliz tedavi süresi). Kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması Tablo 3.8’de verilmiştir.

Tablo 3.8. Deney Grupları ve Kontrol Grubunun Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Deney (n=66)		Kontrol (n=66)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Cinsiyet					
Kadın	31	47.0	30	45.5	X ² = 0.0304 p= 0.861
Erkek	35	53.0	36	54.5	
Eğitim Düzeyi					
Okur-yazar değil	5	7.5	15	22.7	X ² = 5.892 p= 0.053
İlköğretim	43	65.2	36	54.6	
Ortaöğretim ve üzeri	18	27.3	15	22.7	
Medeni Durum					
Evli	58	87.9	57	86.4	X ² = 0.068 p= 0.795
Bekar	8	12.1	9	13.6	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	6	9.1	3	4.6	X ² = 2.033 p= 0.362
Çalışmıyor	60	90.9	63	95.4	
Gelir Durumu					
İyi	1	1.5	13	19.7	X ² = 12.180 p= 0.002
Orta	52	78.8	39	59.1	
Kötü	13	19.7	14	21.2	
Birlikte Yaşanılan Kişiler					
Yalnız	3	4.5	7	10.6	X ² = 1.732 p= 0.421
Eşi ile	29	43.9	27	40.9	
Eşi ve çocukları ile	34	51.6	32	48.5	
Başka Kronik Hastalık					
Var	50	75.8	48	72.7	X ² = 0.158 p= 0.691
Yok	16	24.2	18	27.3	
		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş	51.70±10.95		56.09±9.17		t= -2.499 p= 0.014
Kullanılan İlaç sayısı	7.77±2.73		8.13±2.35		t= -0.818 p= 0.415
Hastalık süresi (ay)	101.80±74.87		105.26±70.36		t= -0.273 p= 0.785
Hemodiyaliz tedavi süresi (ay)	56.97±49.96		69.89±57.47		t= 0.509 p= 0.170

3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin istatistiksel analizi SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Sonuçlar yorumlanırken % 95 güven aralığında ve $p \leq 0.05$ yanılığı düzeyinde istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Tablo 3.9. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan istatistiksel yöntem
Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma
İç tutarlılık katsayısı	Cronbach alfa katsayısı hesaplama
Madde analizi	Madde-toplam güvenirlilik katsayısı için Pearson Momentler arpımı korelasyon katsayısı hesaplama
Faktör analizi	Temel bileşenler analizi
Zaman göre değişmezlik “Test-Tekrar Test Yöntemi”	ICC (Intraclass Correlation Coefficient-Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı) katsayısı hesaplama
Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi ve ki kare
Deney ve kontrol gruplarının AİK puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi
Deney ve kontrol gruplarının AİK n test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	Eşleştirilmiş t testi

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

İnönü Üniwersitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu’ndan etik onay alındı (EK 6). Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniwersitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (EK 7), Fırat Üniwersitesi Hastanesi (EK 8), zel Elazığ Diyaliz Merkezi (EK 9), zel ağrı Diyaliz Merkezi (EK 10) ve Dünya Diyaliz Merkezi’nden (EK 11) yazılı izinler alındı.

Araştırmada, araştırmaya katılan bireylerin haklarının korunması gerektiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan bireyler, araştırmaya katılmakta zgr oldukları ve istedikleri zaman araştırmadan

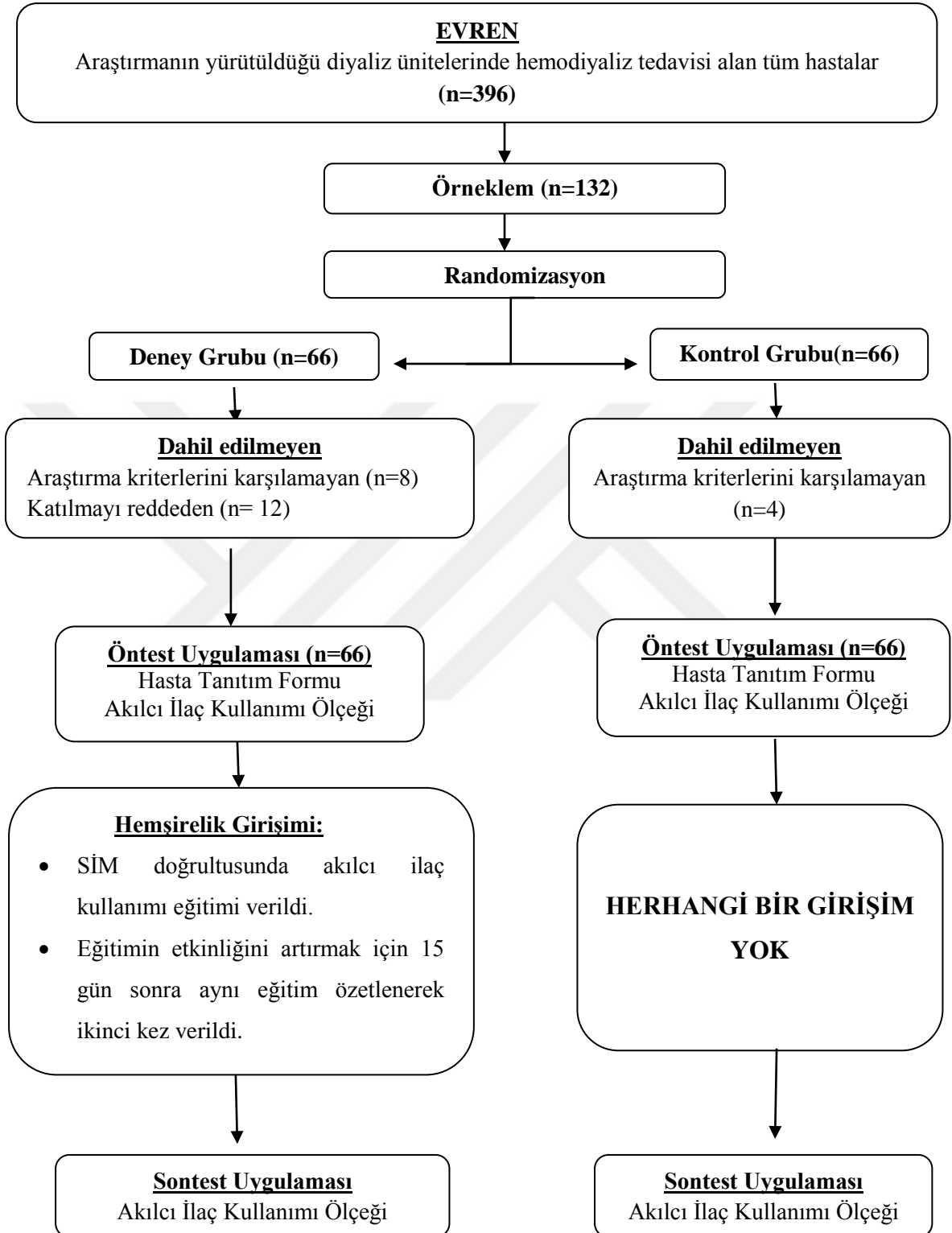
ayrılacakları konusunda bilgilendirildi. Araştırmaya katılan bireylere, kendisine ait bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı konusunda açıklama yapıp “gizlilik” koşulu etik ilke olarak gerçekleştirildi. Ayrıca herhangi bir girişim yapılmayan kontrol grubundaki hastalara “Eşitlik” ilkesi doğrultusunda eğitim kitapçığı ve bireysel ilaç listesi son test uygulandıktan sonra verildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır ve araştırma sonucu benzer özellikteki hastalara genellenebilir.



ARAŞTIRMA AKIŞ ŞEMASI



4. BULGULAR

Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hemodiyaliz hastalarında akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan araştırmaya ait bulgular bu bölümde verildi.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney (n=66)		Kontrol (n=66)	
	Ort±SS		Ort±SS	
Yaş	51.70±10.95		56.09±9.17	
	S	%	S	%
Cinsiyet				
Kadın	31	47.0	30	45.5
Erkek	35	53.0	36	54.5
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil	5	7.5	15	22.7
İlköğretim	43	65.2	36	54.6
Ortaöğretim ve Üzeri	18	27.3	15	22.7
Medeni Durum				
Evli	58	87.9	57	86.4
Bekar	8	12.1	9	13.6
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	6	9.1	3	4.6
Çalışmıyor	60	90.9	63	95.4
Gelir Durumu				
İyi	1	1.5	13	19.7
Orta	52	78.8	39	59.1
Kötü	13	19.7	14	21.2
Birlikte yaşanan kişiler				
Yalnız	3	4.5	7	10.6
Eşi ile	29	43.9	27	40.9
Eşi ve çocukları ile	34	51.6	32	48.5

Tablo 4.1’de deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 51.70 ± 10.95 , kontrol grubundaki hastaların ise 56.09 ± 9.17 olarak belirlendi. Deney grubundaki hastaların % 53.0’ının erkek, % 65.2’sinin ilköğretim mezunu, % 87.9’unun evli, % 90.9’unun çalışmadığı, % 78.8’inin gelirinin orta düzeyde olduğu, 51.6’sının eşi ve çocukları ile yaşadığı belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların ise; % 54.5’inin erkek, % 54.6’sının ilköğretim mezunu, % 86.4’ünün evli, % 95.4’ünün çalışmadığı, % 59.1’inin gelirinin orta düzeyde olduğu, % 48.5’inin eşi ve çocukları ile yaşadığı belirlendi.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney (n=66)		Kontrol (n=66)	
	S	%	S	%
Sigara Kullanma Durumu				
Evet	9	13.6	20	30.3
Hayır	57	86.4	46	69.7
Başka Kronik Hastalık Varlığı				
Var	50	75.8	48	72.7
Yok	16	24.2	18	27.3
	Ort±SS		Ort±SS	
Kullanılan İlaç Sayısı	7.77±2.73		8.13±2.35	
Hastalık Süresi (ay)	101.80±74.87		105.26±70.36	
Hemodiyaliz Tedavi Süresi (ay)	56.97±49.96		69.89±57.47	

Tablo 4.2’de deney ve kontrol grubundaki hastaların tıbbi özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Deney grubundaki hastaların % 86.4’ ünün sigara kullanmadığı, % 75.8’inin başka bir kronik hastalığının bulunduğu belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların ise; % 69.7’ sinin sigara kullanmadığı, % 72.7’sinin başka bir kronik hastalığının bulunduğu belirlendi. Deney grubundaki hastaların ortalama 7.77 ± 2.73 ilaç kullandığı, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama 8.13 ± 2.35 ilaç kullandığı belirlendi. Deney grubundaki hastaların hastalık süresi 101.80 ± 74.87 ay, kontrol grubundaki hastaların ise 105.26 ± 70.36 ay olarak saptandı. Deney grubundaki hastaların ortalama 56.97 ± 49.96

ay, kontrol grubundaki hastaların ise ortalama 69.89 ± 57.47 ay hemodiyaliz tedavisi aldıkları saptandı.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının AİKÖ Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

	Deney (n=66) Ort±SS	Kontrol (n=66) Ort±SS	Test
Ön Test	60.29±10.17	62.85±9.94	t= -1.463 p= 0.146
Son Test	78.80±8.16	63.48±9.77	t= 9.777 p= 0.000*
Test	t = -30.033 p = 0.000*	t= -1.320 p= 0.192	

*p<0.001

Tablo 4.3' te deney ve kontrol grubu hastalarının AİKÖ ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Deney grubundaki hastaların ön test AİKÖ puan ortalaması 60.29 ± 10.17 son test puan ortalaması ise 78.80 ± 8.16 olarak belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların ön test AİKÖ puan ortalaması 62.85 ± 9.94 son test puan ortalaması ise 63.48 ± 9.77 olarak belirlendi.

Yapılan girişim sonrasında deney grubundaki hastaların son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına oranla arttığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p < 0.001$).

Kontrol grubundaki hastaların son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına oranla arttığı ancak iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p > 0.05$).

Deney grubundaki hastalarının ön test puan ortalamasının, kontrol grubundaki hastaların puan ortalamasından daha düşük olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p > 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların son test puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz hastalarına SİM doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımını üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucundan elde edilen bulgular literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışıldı.

Literatürde hemodiyaliz hastalarında AİK durumunu belirleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak Tozawa ve arkadaşları hemodiyaliz hastalarının ortalama 7.2 ± 3.1 ilaç kullandığını ve çoklu ilaç kullanımının ilaçlarla ilişkili sorunları arttırdığını belirlemişlerdir (7). Mirkov ise hemodiyaliz hastalarının günde ortalama 13 ilaç kullandığını, hastaların %92'sinin ilaçlarla ilgili sorunlar yaşadığını ve %33'ünün ilaca uyum sağlama sorununun olduğunu tespit etmiştir (8). Benzer şekilde Manley ve arkadaşları hemodiyaliz hastalarının % 97.7' sinde ilaçla ilgili sorunlar yaşandığını ve hastada başka hastalıkların varlığı ile ilaca bağlı sorunların sayısının arttığını belirlemişlerdir (132)

Bu araştırma sonucunda deney ve kontrol grubundaki hastaların çoklu ilaç kullandığı, (deney= 7.77 ± 2.73 , kontrol= 8.13 ± 2.35), büyük çoğunluğunda başka kronik hastalık bulunduğu (deney= % 75.8, kontrol= % 72.7), hastalık sürelerinin (deney= 101.80 ± 74.87 ay, kontrol= 105.26 ± 70.36 ay) ve hemodiyaliz tedavi sürelerinin (deney= 56.97 ± 49.96 , kontrol= 69.89 ± 57.47) uzun olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarında kullanılan ilaç sayısının fazla olması, başka kronik hastalık bulunması, hastalık ve hemodiyaliz tedavi sürelerinin uzun olması gibi durumların akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açabileceği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, hipertansiyon gibi düzenli ve sürekli tedavi gerektiren kronik hastalıklarda bile hastaların sadece %30'unun ilaçlarını düzenli bir şekilde kullandığı (133), %75.5' inin hekime danışmadan ilaç kullandığı, %24.5' inin kendi ilacını başkasına önerdiği (19) görülmektedir. Yapılan araştırmalar ilaçların yaklaşık olarak üçte birinin uygun olmayan şartlarda korunduğunu ve %21'inin son kullanma tarihinin geçtiğini belirtmektedir (135). Ayrıca hastaların %28.6' sının hekimin önerdiği ilaçları erken bıraktığı ve %25,6'sının başkasının tavsiyesi ile ilaç kullandığı belirtilmektedir (135). Bu sonuçlar kronik hastalığı bulunan bireylerin AİK konusunda yetersiz olduğunu göstermektedir (19, 133-135). Bu durumun özellikle sürekli ilaç

kullanmak zorunda olmaktan kaynaklandığı belirtilmektedir (16, 19). Hemodiyaliz hastaları da sürekli ilaç kullanmak zorunda olan kronik hastalar grubundadır ve bu hastalarda diabetes mellitus, aterosklerotik hastalıklar, hipertansiyon, enfeksiyon gibi eşlik eden diğer hastalıkların da olması nedeniyle çoklu ilaç kullanımları ve buna bağlı olarak ilaç etkileşimleri, ilaçla ilişkili sorunların riski daha fazladır (136). Bu nedenle hemodiyaliz hastalarının akılcı ilaç kullanımının önemini bilmelerinin ve akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda davranış oluşturmalarının tedavi sürecinin başarısı açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada yapılan ön testler sonucunda deney ve kontrol grubundaki hemodiyaliz hastalarının akılcı ilaç kullanımı durumlarının orta düzeyde olduğu saptandı (Tablo 4.3). Bu durumun literatürde belirtildiği gibi hastaların hayatları boyunca çok fazla ilaç kullanmasından ve kronik hastalığın tedaviye uyumu zorlaştırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (7, 8, 137, 138).

Bu araştırmada deney grubundaki hastaların son testte akılcı ilaç kullanımı puanlarının arttığı ve ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p=0.000$) (Tablo 4.3). Deney grubuna SİM doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı düzeyini arttırdığı saptandı. Eğitim programında rehber olarak kullanılan SİM, bireylerin inanç, değer ve tutumlarının sağlık davranışlarını etkileyeceğini savunmaktadır (139, 140). Bireyler, akılcı olmayan ilaç kullanımının kendilerine zarar vereceğine dair hassaslarsa, eyleme geçtiklerinde kendilerine gelecek zararların azalacağını düşünürler. Yani akılcı ilaç kullanma hassasiyeti olan birisinin, akılcı olmayan ilaç kullanımının zararlarına maruz kalmaktansa, parasızlık, zamansızlık, hekime ve sağlık kurumuna gidememe gibi engelleri aşarak akılcı ilaç kullanımı ilkelerini hayata geçirmeyi tercih edeceği düşünülmektedir (106, 140).

Hemodiyaliz hastalarına SİM doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, benzer çalışmaya rastlanmadığı için SİM'in farklı konularda uygulandığı çalışma sonuçları ile karşılaştırılarak tartışıldı.

Grace ve arkadaşları, SİM rehberliğinde uygulanan girişimlerin servikal kanser taramalarına katılımı artırdığını, Kashfi ve arkadaşları SİM doğrultusunda verilen eğitimin DM'li hastaların HbA1c düzeyinde iyileşmeler sağladığını saptamışlardır (24,

25). Benzer şekilde Khani ve arkadaşları SİM'e dayalı önleme programının osteoporozun önlenmesi üzerinde etkisi olduğunu, Baghianimoghadam ve arkadaşları da kalp yetmezlikli hastalarda SİM'in uygulanmasının öz-bakımın geliştirilmesinde etkili olduğunu belirlemişlerdir (26, 27). Cristy ve arkadaşları SİM doğrultusunda verilen eğitimin kolorektal kanser ile ilgili bilgi ve öz etkililik düzeyini arttırdığını, Nezhad Hossein ve arkadaşları, SİM rehberliğinde verilen eğitimin üriner enfeksiyona yol açan alışkanlıkları anlamlı olarak düzelttiğini saptamışlardır (28, 141). Çapık ve Gözüm SİM rehberliğindeki eğitimin prostat kanseri taramasına ilişkin sağlık inancını, bilgi düzeyini ve erken tanı davranışlarını olumlu yönde geliştirdiğini, Çicek ve Erci ise SİM doğrultusunda verilen eğitimin bilinçli ve reçeteli ilaç kullanmaya yönelik sağlık inançlarını olumlu yönde geliştirdiğini belirlemişlerdir (142, 143).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar SİM'in sağlık davranışının geliştirilmesi, benimsenmesi ve uygulanması için etkin bir yöntem olduğunu göstermektedir (24-28, 143). Bu araştırmada da SİM akılcı ilaç kullanımı eğitiminde etkin bir yöntem olmuştur. SİM, hemodiyaliz hastalarının akılcı ilaç kullanımı konusundaki inançlarını değiştirerek akılcı ilaç kullanımını benimsemeleri ve uygulamaya geçirmelerini sağlamıştır (99, 102, 103). Bu araştırma bulguları ile literatürdeki çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir (24-28, 141-143). SİM'in bireylerin tutum, davranış ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemeye, geliştirmeye ve hayata geçirmeye yönelik etkin bir araç olduğu ve etkili müdahale stratejileri geliştirmek için kullanılabilirliği düşünülmektedir (99, 102, 103).

Araştırmada kontrol grubundaki hemodiyaliz hastalarının akılcı ilaç kullanımı ön test puan ortalamaları ile akılcı ilaç kullanımı son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p=0.192$) (Tablo 4.10). Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmadığından akılcı ilaç kullanımında bir artış gözlenmedi.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların akılcı ilaç kullanımı ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlendi ($p=0.146$). Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaması eğitimin etkinliğinin değerlendirilebilmesi açısından önemlidir.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların akılcı ilaç kullanımı son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlendi ($p=0.000$). SİM doğrultusunda verilen eğitim sonrasında deney grubundaki hastaların akılcı ilaç kullanımında artış olması verilen eğitimin etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4.10). Bu sonuç “**Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda eğitim verilen hemodiyaliz hastaları ile eğitim verilmeyen hemodiyaliz hastaları arasında akılcı ilaç kullanımı bakımından fark vardır**” hipotezini doğrulamaktadır.

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim düzeylerini arttırmakta ve akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışlarını kontrol altına almayı sağlamıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz hastalarına SİM doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edildi;

- AİKÖ' nün 21 madde ve tek boyuttan oluşan, akılcı ilaç kullanım durumunu ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu,
- Deney grubuna verilen eğitim sonrasında hastaların akılcı ilaç kullanımı puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yükseldiği,
- Kontrol grubunda son testte akılcı ilaç kullanımı puanlarında görülen artışın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi.

Sonuç olarak; SİM doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımını arttırdığı saptandı. Bu sonuçlara göre;

- AİKÖ'nin hemodiyaliz hastalarında ve farklı hasta gruplarında AİK durumlarının belirlenmesi için kullanılması,
- AİKÖ'nün akılcı ilaç kullanımına yönelik yapılacak eğitimlerin öncesinde ve sonrasında kullanılması, farklı kültürlerde de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak faktör yapısının korunup korunmadığının saptanması,
- Hemodiyaliz hastalarına akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitimlerin verilmesi,
- Hemodiyaliz hastalarına ve farklı gruptaki hastalara akılcı ilaç kullanımı eğitimi verilirken SİM' in etkin bir araç olarak kullanılması,
- Daha büyük ve farklı örneklem gruplarında benzer araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Karabulutlu YE, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 14: 25-30.
2. Mutlu E. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.
3. Türk Nefroloji Derneği. Türkiye Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu 2016.
Erişim: http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/2016_REGISTRY.pdf
4. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008, 45: 78-84.
5. Ceylan B. Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.
6. Bozdağ Kaplan N. Hemodiyaliz hastalarında polifarmasi ve fosfor bağlayıcı tedaviye uyumun değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2010.
7. Masahiko Tozawa, Kunitoshi Iseki, Chiho Iseki, Saori Oshiro, Yasushi Higashiuesato, Masanobu Yamazato, Nozomi Tomiyama, Takeshi Tana and Shuichi Takishita. European dialysis and transplant association nephrol dial transplant. *Eur Renal Assoc* 2002, 17: 1819-24.
8. Mirkov S. Implementation of a pharmacist medication review clinic for haemodialysis patients. *N Z Med J* 2009, Jun 19: 25-37.
9. Sevick MA, Levine DW, Burkart JM, Rocco MV, Keith J, Cohen SJ. Measurement of continuous ambulatory peritoneal dialysis prescription adherence using a novel approach. *Perit Dial Int* 1999, 19: 23-30.

10. Sathvik BS, Parthasarathi G. Medication adherence in hemodialysis patients-a review. *Asian J Pharm Clin Res* 2000.
11. S.B. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü; Akılcı ilaç kullanımı çalıştırı sonuç raporu, Ankara, 22-23 Aralık 2006, 9-20.
12. İlhan MN. Toplumda antibiyotik kullanımı sıklığı ve hekimlerin antibiyotik reçetesi yazma durumları ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı. Ankara. 2011. 4-50.
13. Abacıoğlu N. Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı, *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi* 2005, 5(4).
14. Akkurt B. Araştırma Görevlilerinin (branş) akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi tutum ve davranışları. Tıp Fakütesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2016.
15. Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. *Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı* 2006, 15-8.
16. Göçgeldi E, Uçar M, Açikel CH, Türker T, Hasde M, Ataç A. Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009, 8: 113-8.
17. Esengen S, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal Gökçe Y, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi* 2000, 3: 6-10.
18. World Health Organization (WHO). Effective public education in promoting rational drug use. WHO Programme on Essential Drugs and International Network for the Rational Use of Drugs, Nairobi, 1987.
19. Özçelikay G. Akılcı ilaç kullanımı üzerine bir pilot çalıştırı. Ankara *Eczacılık Fakültesi Dergisi* 2001, 30(2): 9-18.
20. Erkin Ö. Sağlık çalışanlarının grip aşısı olma durumları ve gripden korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçęğinin geçerlik ve güvenilirlik çalıştırısı. Sağlık Bilimleri Emstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010.
21. Adak, N. *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, İstanbul, Birey Yayıncılık, 2002.

22. Spellbring AM. Nursing's role in health promotion an overview. *Nurs Clin North Am* 1991, 26: 805-43.
23. Akılcı A, Kalaça S, Uğurlu MU, Çalı S, Oktay S. Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımını alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2001, 4: 100-5.
24. Grace MG, Wanzhen F, Carolyn T, Yin F, Shaokui ZG, An NJ. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. *Int J Womens Health* 2013, 22(3): 276-88.
25. Kashfi SM, Khani Jeihooni A, Rezaianzadeh A, Amini S. The effect of health belief model educational program and jogging on control of sugar in type 2 diabetic patients. *Iran Red Crescent Med J* 2012, 14(7): 442-6.
26. Khani JA, Hidarnia A, Kaveh MH, Hajizadeh E. The effect of a prevention program based on health belief model on osteoporosis. *J Res Health Sci*, 2015, 15(1), 47-53.
27. Baghianimoghadam MH, Shogafard G, Sanati HR, Baghianimoghadam B, Mazloomi, SS, Askarshahi M. Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients. *Acta Medica Iranica* 2013, 51(1), 52-8.
28. Christy MA, Perkins SM, Tong Y, Connie KBS, Champion VL, Skinner CS Springston JK, Imperiale TF, Rawl SM. Promoting colorectal cancer screening discussion a randomized controlled trial. *Am J Prev Med* 2013, 44(4): 325-9.
29. Batlaş Z. *Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*, İstanbul, Remzi Kitapevi, 2000.
30. Burls A, Jordan R, Barton P, Olowokure BW. Vaccinating healthcare workers against influenza to protect the vulnerable-is it a good use of healthcare resources? A systematic review of the evidence and an economic evaluation. *Vaccine* 2006, 24: 4212-21.
31. Akpolat T, Yalçın AU. *Kronik Böbrek Yetmezliği*, İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2011: 273-305.
32. *K/DOQI*. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002, 39: 1-266.

33. Yağcı N, Ağırca D. Son dönem böbrek yetersizliğinin mobilite ve denge üzerine etkisinin incelenmesi: kontrollü bir çalışma, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2012, 21 (3): 262–6.
34. *KDIGO*. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease, 2013(3): 1-2.
35. Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKFK/DOQI) 2002: 43-5.
36. Yüksekayla O. Hemodiyaliz hastalarında resistin ile oksidatif stres arasındaki ilişki, Tıp Fakültesi, İç hastalıklar Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2016.
37. Levey AS, Eckardt K, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from kidney disease improving global outcomes (KDIGO), *Kidney International* 2005, 67: 2089-100.
38. Aydın Z, Gürsu M, Uzun S, Karadağ S, Tatlı E, Şumnu A. Periton diyalizi hastalarında hepsidin ile anemi ve inflamasyon belirteçleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: kontrol gruplu çalışma, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2012, 21(1): 66-7.
39. Du Bose TD.Jr. American society of nephrology presidential address 2006: chronic kidney disease as a public health threat-new strategy for a growing problem, *J Am Soc Nephrol* 2007, (18): 1038–45.
40. Seyahi N, Ateş K, Süleymanlar G. Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği kayıt sistemi 2015 yılı özet raporu, *Türk Neph Dial Transpl* 2017, 26 (2): 154-60
41. Atlas of Chronic Kidney Disease in The United States, United States Renal Data System 2011 Annual Data Report 2011,1(12); 291-302.
42. Ismail N, Becker BN. Treatment options and strategies in uremia: current trends and future directions. *Semin Nephrol* 1994, 14: 292-9.
43. Stone WJ, Hakim RM. Therapeutic options in the management of end-stage renal disease. The Principles and Practice of Nephrology, Jacobson RH, Striker EG, Klahr S (eds). St. Louis: Mosby Year Book, 1995; 653.

44. Zawada ET. *Indications for dialysis. Handbook of Dialysis*. Daugirdas JT, Ing TS (eds). Boston: Little Brown and Company, 1994; 3-9
45. İnkaya B. Vaka yönetiminin hemodiyaliz hastalarındaki riskleri azaltmadaki etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2014.
46. Yakup Sağlıker, Sarıca Y, Cinal T, Canataroğlu A, Güvenç B, Horoz M, Özkaynak P. Harrison iç hastalıkları prensipleri (Çeviri Editörleri). Harrison's Principles of internal medicine. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. 15. Baskıdan çeviri, İstanbul : Nobel Tıp, 2004.1563-5.
47. Matovinovic MS. Pathophysiology and classification of kidney diseases - eJIFCC Erişim: www.ifcc.org/ifccfiles/docs/20010902.pdf (06 Aralık 2017).
48. Kalman S. Renal zedelenmede sitokinler ve büyüme faktörleri, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2002, 11(3): 140-3.
49. Pillebout E, Burtin M, Yuan HT, Briand P, Woolf SA, Friedlander G. Proliferation and remodeling of the peritubular microcirculation after nephron reduction, *Am J Pathology* 2001, 159(2): 547-55.
50. Levy J, Morgan J, Brown E, Uslan İ. (Çeviren). Oxford Diyaliz El Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004.
51. Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A. *Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı*. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2009.
52. Özaslan E, Delibaşı T. *TUSEM Dahiliye*, Ankara, 2009: 231-4.
53. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecdar T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Serdengeçti K. A population- based survey of cronic renal disease in Turkey-the credit study. *Nephrol Dial Transplant* 2011, 26: 1862-71.
54. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yönen Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002, 24: 62-4
55. Serdengeçti K. Kronik böbrek yetmezliği fizyopatolojisi ve klinik bulgular. *Aktüel Tıp Dergisi* 1997, 2: 190-7
56. Çınar S. *Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul. 2000.
57. Monahan FD, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green Nigro CJ. *Medical Surgical Nursing Health and Illness Perspectives*, Eighth Edition, 2007: 1002-30.
58. Çetinkalp Ş. *Pratik İç Hastalıkları*. Asya Tıp Yayıncılık, 2005: 374.

59. Zawada ET. Indications for dialysis. Handbook of dialysis. Boston, Little Brown and Company 1994: 3-9.
60. Süleymanlar G, Serdengeçti K, Altıparmak MR, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon. 1.Baskı, İstanbul, Yorum Danışmanlık, 2008.
61. Erkoç R. Hemodiyaliz sırasında oluşan komplikasyonlar. İçinde: *Diyaliz El Kitabı*, Ed. Bozfkıoğlu S, 3. Baskı, Güneş Kitapevi, Ankara, 2003: 148-68.
62. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM, Cole SA. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002, 17: 93-9.
63. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Hemodiyaliz yeterliliğinin yaşam kalitesine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2013, 39-52.
64. Akdağ İ. Hemodiyalizde akut komplikasyon ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006, 2(37): 40-8.
65. Ereğ E. *Nefroloji*. Nobel Tıp Kitapevi, 5. Baskı, İstanbul, 2005: 290-345.
66. Bağ E, Akaya L, Çınar Z, Candan F, Kayataş M. Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda umut-umutsuzluk sosyal destek ve özyeterlilik. *Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2008, 17(3): 78-85.
67. Çamsarı T, Çavdar C. Hemodiyalizin Temel İlkeleri, Araç ve Gereçleri. İçinde: *Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı*. Eds: Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A. Güneş Yayıncılık, İstanbul, 2009.
68. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003, 14(1): 72-80.
69. Murtagh FEM, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: A systematic review. *Adv Chronic Kidney Disease* 2007, 14(1): 82-99.
70. Akça KN, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi* 2011, 1: 15-22.
71. Küçük M. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.
72. Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: Yaşam kalitesi, *TAF Prev Med Bull* 2012, 11(5): 631-8.

73. Akyol Durmaz A. Hemodiyaliz ve hemodiyaliz uygulanan hasta bakımı. İçinde: *Klinik Beceriler, Sağlık Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi*. Eds: Sabuncu N, Akça Ay F, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2010: 693-718.
74. Kayaalp SO. Akılcı Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Editör: SO Kayaalp, 13. Baskı, Pelikan Yayıncılık, 2012.
75. WHO Conference of Experts on The Rational Use of Drugs. World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, 1985: 25-9.
76. Küçüküseyin C. *Farmakoloji Tarihine Kısa Bir Bakış*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim İstanbul, 2004.
77. Ambwani S, Mathur AK. Rational drug use. *Health Administrator* 2007;19(1): 5-7.
78. Akıcı A. İlaç güvenliliği izleme yolunda genel bilgiler. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı, 2005.
79. Akbulut H. Konya il merkezinde bulunan sağlık kurumlarında üst solunum yolu enfeksiyonu teşhisi ile düzenlenen reçetelerin akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmakoloji-Toksikoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2008.
80. Şahinöz M. Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ve uygulaması konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2012.
81. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Akılcı İlaç Kullanımının Alfabeti, Ankara 1993.
82. Keklik K. Akılcı ilaç kullanımı. Elazığ il sağlık müdürlüğü bildirisini 2005, 316
83. Khor M. Irrational drug use causing rise of antimicrobial resistance. TWN info service on health issues 2005,9.
84. Eşkazan E. Akılcı İlaç Kullanımı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu Yayını. Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu, 1999.
85. Krahenbühl MA, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krahenbühl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug Safety*, 2007, 30: 379-407.
86. Aksu T, Karadakovan A. Yaşlıda ilaç kullanımı ve hemşirelik yönetimi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010, 5(14): 57-71.

87. Isık AT, Doruk H, Mas MR. Yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri. *Klinik Gelişim Dergisi* 2004, 17: 25-31
88. Gürol Arslan G, Eser I. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanma uyumu ve hemşirenin rolleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 21: 147-57
89. Gutierrez K. *Pharmacology for Nursing Practice*. United States: Saunders WB 2003: 45-51
90. Chitra B, Sriram S, Manjuladevi AN, Rajalignam B, Shivashankar V, Vidhya D. Rational use of drug in elderly at a private corporate hospital. *Uni J Pharm* 2013, 5: 102-5.
91. Gürol AG, Eşer İ. Yaşlılara verilen eğitimin ilaç kullanım uyumuna etkisinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2005, 8(3): 134-40.
92. De Vries TPGM, Hennig RH, Hozergeil HV, Fresle DA. Guide to good prescribing, Action programme on essential drugs. Geneva, WHO, 1994.
93. Birol L. Hemşirelik Süreci. 9. Baskı, Etki Yayınları, İzmir, 2009.
94. Kaya N, Babadağ K, Kaçar Yeşiltepe G, Uygur E. Hemşirelerin hemşirelik model\ kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflandırma sistemlerini bilme ve uygulama. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi* 2010, 3(3): 24-32.
95. Alligood MR, Tomey AM. *Nursing Theory: Utilization & Application*. 3rd ed, Mosby Company, America, 2006: 307–33.
96. Ay F, Ertem Ü, Özcan N, Ören B, Işık R, Sarvan S. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. Ed: Ay F, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2007: 5-6.
97. Vural B, Temel A. Evliliğe yönelik inançlar ve tutumlar: sağlık inanç modeli ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007, 23:31-50.
98. Clemen SS, Mcguire SL, Eıgıstı DG. *Comprehensive Health Nursing Familiy Aggregate and Comunity Practice*. 6. Edition. By Mosby, 2002: 386-7
99. Erbaydar T. Sağlık davranış modelleri ve HIV/AIDS önleme çalışmaları 6. Türkiye AIDS Kongresi. İstanbul, 2003: 47-53.
100. Petro NW, Mikhail BI. Factors associated with breast selfexamination among Jordanian women. *Public Health Nurs* 2002, 19(4): 263-71.

101. Nahcivan N, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak Sağlık İnanç Modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003, 7: 33-8.
102. Universty of Twente. Health Belief Model. http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/theory%20clusters/health%20communication/health_belief_model.doc/. 20 Aralık 2017.
103. Güler Ç, Çobanoğlu Z. *Risk İletişimi ve Risk Yönetimi*. İlköz Matbaası, Ankara 1997.
104. Michail BL, The Health Belief Model: A Review and Critical Evaluation of The Model, Research and Practice IncHinn PL (ed): Developing Substance Midrange. Theory in Nursing Advanced in Nursing Science Series, An Apsen Publication Maryland 1994: 72-92.
105. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO, Health Behavior Models, *Int J Health Edu* 2000, 3:180-193.
106. Champion VL, Skinner CS. Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanat K, editors. Health behavior and health education. San Francisco: Jossey- Bass; 2008: 45-62.
107. Ekim A, Manav G, Ocağcı AF. Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: bir gözden geçirme, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012, 5 4: 157-61.
108. Hayden J. Motivation and behavior change. In: DeYoung S, editor. Teaching strategies for nurse educators. New Jersey: Pearson Education; 2009. p. 44- 53.
109. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. Jossey- Boss CO: San Fransisco, 2002.
110. Pender NJ, Pender AR. Health Promotion in Nursing Practice, Second Edition, Appleton & Lange, 1987: 46.
111. Olgun N, Altun ZA. Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012, 19(2).
112. Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli, 2005.

113. Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, & Utilization. W.B. Saunders and Company, Philadelphia. 1997.
114. Büyüköztürk, Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum*. Ankara: Pegem A yayıncılık, 2002.
115. Jeong J. Analysis of the factors and the roles of hrd in organizational learning styles as identified by key informants at selected corporations in the Republic of Korea. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Amerika: Texas A&M University. Major Subject: Educational Human Resource Development, 2004.
116. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik geçerlilik. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005.
117. Alpar R. *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlik*. Ankara, Detay Yayıncılık, 2012: 499.
118. Akgül A, Çevik O. *İstatistiksel Analiz Teknikleri*, Ankara, Emek Ofset, 2005.
119. Simsek ÖF. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*, Ankara, Cem web Ofset, 2007.
120. Harrington D. *Confirmatory Factor Analysis*. Oxford University Press. Newyork, USA, 2009.
121. Sümer N. Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları* 2000, 3(6): 49-74.
122. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling, 2nd Edition ed. New York, The Guilford Press, 2005.
123. Tezbaşaran, A. *Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu*, 2. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1997.
124. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003, 5(1): 3-14.
125. Tavşancıl ET. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 3. Baskı. Ankara, Nobel Yayınları, 2006: 16-58.
126. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. İstanbul, Kaan Kitapevi. 2002: 661-76.
127. Netemeyer RG, Bearden WO, Sharma S. Scaling Procedures: Issues And Applications. Sage Publications, Inc Thousand Oaks, California, 2003.

128. Erefe İ (Ed). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Ankara, HEMARGE, 2002.
129. Seçer İ. *SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi, Analiz Raporlaştırma, 2. Baskı*. Ankara, Anı Yayıncılık 2015: 211-24.
130. <https://www.medcalc.org/manual/intraclasscorrelation.php>
131. Ateş C, Öztuna D, Genç Y. Sağlık araştırmalarında sınıf içi korelasyon katsayısının kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Biostatistics* 2009, 1(2): 59-64.
132. Manley HJ, McClaran ML, Overbay DK, Wright MA, Reid GM, Bender WL, Muther RS. Factors associated with medication-related problems in ambulatory hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*, 41(2), 386-93(2003).
133. Bilir N. Bilinçli ilaç kullanımı. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni* 1991, 12(4): 1-2.
134. De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon JP, Van Bortel L, Christiaens T. Home medication cabinets and self-medication: A source of potential health threats? *Ann Pharmacother* 2008, 42(4): 572-9.
135. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. *TAF Prev Med Bull* 2005, 4(5): 223-37.
136. Sarı F, Ersoy FF. Kronik böbrek hastalığında ilaç kullanımı, drug use in chronic kidney disease. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2016, 1-10.
137. Bajait CS, Pimpalkhute SA, Sontakke SD, Jaiswal KM, Dawri AV. Prescribing pattern of medicines in chronic kidney disease with emphasis on phosphate binders. *Indian J Pharmacol* 2014, 46(1): 35.
138. Stewart RB, Cluff LE. A review of medication errors and compliance in ambulant patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 1972, 13(4): 463-8.
139. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara, İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş. 2004.
140. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık İnanç Modeli, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014, 7(3): 230-7.

- 141.** Nezhad SE, Hossein TM & Mahnaz S. Effect of education based on health belief model on prevention of urinary infection in pregnant. *Health Med* 2012, 6(12): 4203.
- 142.** Capik C, Gozum S. The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *Eur J Oncol Nurs* 2012, 16(1): 71-7.
- 143.** Çiçek Z. Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların bilinçsiz ve reçetesiz ve ilaç kullanımını üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012.



EKLER

EK 1. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Zeliha CENGİZ
Doğum Tarihi:	1988
Doğum Yeri:	Suruç
E-mail:	zeliha.cengiz@inonu.edu.tr
EĞİTİM BİLGİLERİ	
Lisans (2011)	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans (2014)	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı
Doktora (2018)	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM	
Turgut Özal Tıp Merkezi (2011-2013)	Ameliyathane/Hemşirelik
İnönü Üniversitesi (2013)	Sağlık Yüksekokulu/Arş. Grv.
İnönü Üniversitesi (2015-2017)	Sağlık Bilimleri Fakültesi/Arş. Grv.
İnönü Üniversitesi (2018- devam ediyor)	Hemşirelik Fakültesi/Arş. Grv.

EK 2. Hasta Tanıtım Formu

HASTA TANITIM FORMU

Bu araştırma akılcı ilaç kullanım ölçeğinin geliştirilmesi ve hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımını üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Aşağıda yer alan kişisel bilgilerinizi ve anketlerde yer alan soruları doğru bir şekilde ve eksiksiz cevaplamanız araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Arş. Grv. Zeliha CENGİZ

Anket No :

Tarih:

Diyaliz Merkezi:

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

3) Eğitim düzeyiniz nedir?

1. Okur yazar değil 2. İlköğretim 4. Ortaöğretim ve üzeri

4) Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar

5) Çalışma durumunuzu belirtiniz.

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

6) Aylık geliriniz nedir?

1. Gelir Giderden Fazla 2. Gelir Gidere Eşit 3. Gelir giderden az

7) Kiminle yaşadığınızı belirtiniz.

1. Yalnız 2. Eşim ile 3. Eşim ve Çocuklarımla 4. Çocuklarımdan biri ile

8) Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

9) Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

10) Ne kadar süredir böbrek hastasıdır?yıl.....ay

11) Ne kadar süredir hemodiyalize giriyorsunuz?.....yıl.....ay

EK 3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

N o	Ölçek maddeleri					
		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
1.	Kullandığım ilaçların neden verildiğini bilirim.					
2.	İlaçlarımı hangi saatte alacağımı bilirim.					
3.	İlaçlarımı ne kadar süre alacağımı bilirim.					
4.	İlaçlarımı hangi yoldan (ağız/göz/kulak/burun /genital/kalça/damar yolu vb.) alacağımı bilirim.					
5.	İlaçlarımın hangisinden ne kadar (kaç tane, kaç ölçek vb.) almam gerektiğini bilirim.					
6.	İlaçlarımı saatinde alamazsam ne yapacağımı bilirim.					
7.	İlaçlarımı kullanmamam gereken durumları bilirim.					
8.	İlaçlarımın oluşturabileceği yan etkileri bilirim.					
9.	İlaçlarımla birlikte tüketebileceğim yiyecek ve içecekleri bilirim.					
10.	Birden fazla ilaç aldığımda ilaçlarımın birbirlerini etkileyip etkilemediklerine dikkat ederim.					
11.	Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde etkisi olup olmadığını araştırırım.					
12.	Sigara ve alkolün ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu bilirim.					
13.	İlaçlarımı doktorumun bana önerdiği süre kadar kullanırım.					
14.	İlaçlarımı doktorumun önerdiği dozda (bir tablet, iki ölçek vb.) alırım.					
15.	Kullandığım ilaçların içinden çıkan kağıdı okurum/okuturum.					
16.	İlaçlarımı kullanmadan önce son kullanma tarihlerini kontrol ederim.					
17.	Doktora gitmeden, kendi başıma antibiyotik, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu gibi ilaçları kullanırım.					
18.	Kullanacağım ilaçların fiyatlarını araştırırım, ilaçlara yönelik politikaları takip ederim.					
19.	Kullandığım ilaçlarla ilgili uzak durmam gereken durumlar (egzersiz, araç kullanma vb.) olup olmadığına dikkat ederim.					
20.	Son kullanma tarihi geçmemiş, kullanmadığım ilaçları uygun sağlık kuruluşlarına teslim ederim.					
21.	İlaçlarımı içinden çıkan kağıtta, belirtilen koşullara uygun olarak taşıy ve saklarım.					

EK 4. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Madde Havuzu

Kullandığım ilaçların neden verildiğini bilirim.
İlaçlarımı hangi saatte alacağımı bilirim.
İlaçlarımı ne kadar süre alacağımı bilirim.
İlaçlarımı hangi yoldan (ağız/göz/kulak/burun /genital/kalça/damar yolu vb.) alacağımı bilirim.
İlaçlarımın hangisinden ne kadar (kaç tane, kaç ölçek vb.) almam gerektiğini bilirim.
İlaçlarımı saatinde alamazsam ne yapacağımı bilirim.
İlaçlarımı kullanmamam gereken durumları bilirim.
İlaçlarımın meydana getirebileceği yan etkileri bilirim.
İlaçlarımla birlikte tüketebileceğim yiyecek ve içecekleri bilirim.
Birden fazla ilaç aldığımda ilaçlarımın birbirlerini etkileyip etkilemediklerine dikkat ederim.
Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu araştırırım.
Sigara ve alkolün ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu bilirim.
Kullandığım ilaçları verilmiş nedenlerinin dışında kullanmam.
İlaçlarımın planlanan alınış saatlerine uyarım.
İlaçlarımı kullanmam gereken süre kadar kullanırım.
İlaçlarımı doğru dozda (bir tablet, iki ölçek vb.) alırım.
İlaçlarımı almayı unutmamak için hatırlatıcılar (alarm kurmak, özel kaplar kullanmak, liste oluşturmak vb.) kullanırım.
Kullandığım ilaçları uygulamaya yönelik işlemleri (aç-tok vb.) uygularım.
Kullandığım ilaçların içinden çıkan kağıdı okurum/okuturum.
İlaç yazdırmadan önce özel durumlarımı (alerji, kronik hastalıklar vb.) doktoruma bildiririm.
İlaçlarımı kullanmadan önce son kullanma tarihlerini kontrol ederim.
İlaçlarımı birlikte tüketmemem gereken yiyecek ve içecekler ile alırım.
Doktora gitmeden, kendi başıma antibiyotik, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu gibi ilaçları kullanırım.
Kullanacağım ilaçların fiyatlarını araştırırım, ilaçlara yönelik politikaları takip ederim.
İlaçlarımı satın alırken reçetemin doğru verilip verilmediğini kontrol ederim.
Sürekli kullandığım bütün ilaçları doktoruma yılda en az bir kez kontrol ettiririm.
Basında reklamı yapılan/başkasının tavsiye ettiği ilaç veya bitkisel ürünleri tedavi amacıyla

kullanırım.
Benimle benzer şikayetleri olan tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunurum.
Birden fazla ilaç aldığımda, ilaçlarımın birbirleri üzerinde nasıl bir etki yaptığını bilirim.
Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde etkisi olup olmadığını bilirim.
Kullanacağım ilacın daha ucuz bir alternatifi varsa onu tercih ederim.
İlaçlarımı kullanmadan önce (insülin, inhale vb.) gerekli olan eğitimi almaya özen gösteririm.
Kullandığım ilaçlarla ilgili uzak durmam gereken durumlar olup olmadığına dikkat ederim.
Son kullanma tarihi geçmemiş, kullanmadığım ilaçları uygun sağlık kuruluşlarına teslim ederim.
İlaçlarımı sigara veya alkolle birlikte almamaya özen gösteririm.
İlaçlarımı içinden çıkan kağıtta, belirtilen koşullara uygun olarak taşıy ve saklarım.

EK 5. Görüşü Alınan Uzman Listesi

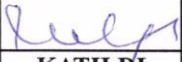
AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR

Prof. Dr. Rukuye AYLAZ	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
Doç. Dr. Ayla ÜNSAL	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik Esasları ABD
Doç. Dr. Papatya KARAKURT	Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik Esasları ABD
Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	İç Hastalıklar Hemşireliği ABD
Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN	Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	İç Hastalıklar Hemşireliği ABD
Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelik Esasları ABD
Dr. Öğr. Üyesi Emriye Hilal YAYAN	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Ebelik
Öğr. Gör. Dr. Esra DEMİRARSLAN	Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik ABD
Öğr. Gör. Dr. Hilal TÜRK BEN POLAT	Elazığ Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Esasları ABD
Doç. Dr. İlhan ERDEM	İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi	Türkçe Eğitimi ABD

EĞİTİM REHBERİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR

Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA
Dr. Öğr. Üyesi Emriye Hilal YAYAN	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Ebelik
Öğr. Gör. Dr. Hilal TÜRK BEN POLAT	Elazığ Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Esasları ABD
Dr. Ahmet Fevzi ÖZDEMİR	Dünya Diyaliz Merkezi	Uzman Nefrolog

EK 6. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu Karar Formu

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
04.07.2017	14	2017/14-10	
<p>Karar No: 2017/14-10: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 04.07.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Meral ÖZKAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Zeliha CENGİZ'in "Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK 7. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/07/2017-E.52479

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tıp Fakültesi
Nefroloji Bilim Dalı



Sayı : 92909796-770
Konu : Tez Çalışması

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 12/05/2017 tarihli ve 36227 sayılı yazınız,

İlgili yazınızda istenilen; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Zeliha CENGİZ' in, "Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını yapabilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Hülya TAŞKAPAN
Bilim Dalı Başkanı

EK 8. Fırat Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/09/2017-221830

T.C.



FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/010.99/
Konu :Tez Çalışması (Arş.Grv.Zeliha CENGİZ)

Sayın Arş.Grv.Zeliha CENGİZ
İnönü Üniversitesi Kampüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi
MALATYA

İlgi :26.07.2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz başhekimliğimizce incelenmiş olup "Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi" isimli doktora tezinizde kullanacağınız anket çalışmasını hastanemiz Hemodiyaliz Ünitesinde yapmanız başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Refik AYTEN
Üniversite Hastanesi Başhekimi

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
Tel: 0 (424) 233 35 55 Faks: 0 (424) 238 80 96 Ayrıntılı bilgi için irtibat : Gülsün Katılmış
E-Posta: : halklailiskiler@firat.edu.tr Elektronik ağ:http://ftm.firat.edu.tr/

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 9. Özel Elazığ Diyaliz Merkezi İzin Yazısı



ÖZEL ELAZIĞ DİYALİZ MERKEZİ

Üniversite Mahallesi Koşu Sokak No: 59 ELAZIĞ Tel:(0 424) 233 32 60 Fax:(0 424)2340006

26.07.2017

Arş. Gör. Zeliha CENGİZ'in hemodiyaliz hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi isimli çalışmanın Kurumumuzda yapılması uygun görülmüştür.

ÖZEL ELAZIĞ DİYALİZ MERKEZİ
Müfide DÜRANAY
Üniversite Mah. Koşu Sok. No : 59 ELAZIĞ
Tel: (0 424) 233 32 60 Fax: (0 424) 234 00 06

EK 10. Özel Çağrı Diyaliz Merkezi İzin Yazısı

ÖZEL ÇAĞRI DİYALİZ MERKEZİ
AYSEV SAĞLIK HİZMETLERİ MEDİKAL ORTOPEDİK MALZ.
SANAYİ VE TİCARET LTD.ŞTİ.

Sayı: 2017/69
Konu: Tez Çalışması Hk

26.07.2017

İlgi: 26.07.2017 Tarihli Dilekçeniz;

Arş. Gör. Zeliha CENGİZ'in "Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi" isimli doktora tez çalışmanızın kurumumuzda yapılması uygun görülmüştür.



Perihan GÖKHAN
Şirket Müd.

AYSEV SAĞLIK HİZMETLERİ
MEDİKAL ORTOPEDİK MALZ.
SANAYİ VE TİCARET LTD.ŞTİ.
Ataşehir Mah. Malatya Cad. No: 57/A
Harput VD: 123 043 6906 ELAZIĞ
Ticaret Sic. No: 10967

Ek 1: İlgili Dilekçe Fotokopisi

EK 11. Dünya Diyaliz Merkezi İzin Yazısı

EL-HEM SAĞLIK SAN. VE TİC. LTD.ŞTİ.
ÖZEL DÜNYA DİYALİZ MERKEZİ

Sayı :2017/536-
Konu :Tez Çalışması Hk.

11/09/2017

İlgi : 11/09/2017 Tarihli Dilekçeniz;

Arş. Gör. Zeliha CENGİZ' in ''Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitim Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi '' isimli doktora tez çalışmanızın kurumumuzda yapılması uygun görülmüştür.

MESUL MÜDÜR
ÖZEL DÜNYA DİYALİZ MERKEZİ
Dr. Ahmet Fevzi ÖZDEMİR
Ahmet Fevzi ÖZDEMİR

EK:
1 – İlgili Dilekçe Örneği



**HEMODİYALİZ HASTALARINDA AKILCI İLAÇ
KULLANIMI
EğİTİM REHBERİ**

Hazırlayan

Zeliha CENGİZ

Danışman

Doç. Dr. Meral ÖZKAN

2018

ÖNSÖZ

Kronik böbrek yetersizliği; yaşamı tehdit eden, böbrek işlevlerinin ilerleyici ve geri dönüşüz olarak kaybedilmesine neden olan bir hastalıktır. Kronik böbrek yetersizliğinin hemodiyaliz (HD), periton diyalizi ve böbrek nakli olmak üzere üç farklı tedavisi bulunmaktadır. Hemodiyaliz kronik böbrek yetersizliği tedavisinde kullanılan en yaygın tedavi yöntemidir. Hemodiyalizin başarısını etkileyen ilaçlar önemli derecede etkilemektedir. Hemodiyaliz hastalarında, uygun olmayan ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, doz ayarlamasının yanlış yapılması, tedaviye uyumsuzluk gibi hatalara sık rastlanmaktadır. Hatalı ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar hastaların yaşam kalitesinde bozulmaya ve ülke ekonomisine zarar verecek boyutlara varan sağlık harcamalarına neden olmaktadır.

Yukarıda bahsedilen tüm bu problemlerin çözümü akılcı ilaç kullanımı ile sağlanabilecektir. Akılcı İlaç Kullanımı (AİK); “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, uygun zaman diliminde, kendilerine ve topluma

en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram; ilaçla tedavinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan bir planlama, yürütme ve izleme sürecini ifade etmektedir. Bu süreç devletin, ilaç endüstrisinin, hekimin, hemşirenin ve eczacıların olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının ve ilacı kullananların akılcı davranmasını gerektirmektedir.

Bu bağlamda sürekli ilaç kullanmak zorunda olan hemodiyaliz hastalarında, akılcı ilaç kullanımı hayati önem taşımaktadır. Hemodiyaliz hastalarının akılcı ilaç kullanımının önemini bilmeleri ve akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda davranış oluşturmaları gerekmektedir. Davranış değişikliği sağlayan en iyi yöntem eğitimidir. Bu kitapçık her geçen gün artan ilaç tüketimini azaltmak, doğru, etkili ve uygulanabilir ilaç kullanımını teşvik etmek için verilecek olan akılcı ilaç kullanımı eğitiminde materyal olarak kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

1. ALGILANAN DUYARLILIK.....	5
İlaçlar ve Önemi	5
Akılcı İlaç Kullanımı	6
Hemodiyaliz Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı	6
2. ALGILANAN CİDDİYET	7
Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Zararları	7
3. ALGILANAN YARAR	16
Akılcı İlaç Kullanımının Faydaları	16
4. ENGEL ALGISI	18
Akılcı İlaç Kullanımında Karşılaşılan Engeller	18
5. EYLEM İPUÇLARI(SAĞLIK MOTİVASYONU).....	20
Akılcı İlaç Kullanımında Karşılaşılan Engelleri Aşmanın Yolları	20
6. ÖZ-YETERLİLİK	25
Öz-Yeterliliği Arttırma	25
7. KAYNAKLAR	26

1. ALGILANAN DUYARLILIK

İlaçlar ve Önemi

İlaç; fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, ilacı alan kişinin yararı için değiştirmek amacıyla kullanılan bir madde ya da üründür. İlaçlar, kimyasal bitkisel veya hayvansal kaynaklı karışımlardır.

İlaçlar;

- Hastalıklardan korunmayı,
- Tanı koymayı,
- Tedavi etmeyi sağlayan ürünlerdir.
- Uygunsuz kullanıldığında zehirleyici olan ilaçlar, ölüme kadar varabilen ciddi sonuçlar doğurabilmektedir.



- İlaçların, uygun olarak kullanılması insan sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesi için vazgeçilmezdir. Ayrıca uygun ilaç kullanımı insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzlukları ortadan kaldırır.

Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı İlaç Kullanımı “kişinin hastalığına ve bireysel özelliklerine uygun olan ilacı, uygun süre ve dozda, kendisine ve topluma en uygun maliyetle karşılaması” olarak tanımlanır.



Akılcı ilaç kullanımından söz edebilmek için;

- Kullandığımız ilaçların hastalığınıza (tanınıza) uygun olması gerekir.
- Tedaviniz için gereken miktarı (dozu) uygun yoldan ve yeterli süre kullanmanız gerekir.
- Uygulanacak tedavinin hayata geçirilebilir ve uygun maliyette olması gerekir.
- Tedavi başarınızın ve tedaviye uyumunuzun belirli aralıklarla değerlendirilmesi gerekir.



Hemodiyaliz Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı

Hemodiyalizin başarısını kullandılan ilaçlar önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarında ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, doz ayarlaması ve tedaviye uyum gibi konularda sorun yaşanmaması için akılcı ilaç kullanımı çok önemlidir.

2. ALGILANAN CİDDİYET

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Zararları



➤ İlaçlarınızı zamanında, uygun yoldan, uygun dozda ve yeterli süre almazsanız hemodiyalize bağlı gelişebilecek olumsuzlukları daha çok yaşarsınız.

Örneğin fosfor bağlayıcı ilaçlarınızı düzenli kullanmazsanız kaşıntı, kireçlenme, kemik ağrıları, kaslarda kuvvetsizlik, kan kalsiyumunda yükselme gibi olumsuzlukları daha çok yaşarsınız.

➤ İlaçlarınızı kullanmamanız gereken durumları bilmezseniz ve bu durumda kullanırsanız veya kendi başınıza bırakırsanız tedavi başarınız olumsuz etkilenir ve tehlikeli durumlar yaşarsınız.



Örneğin; tansiyon düşürücü ilaçlar diyalizden hemen önce alındığında tansiyon değerleri aşırı derecede düşer.

- Çoğu ilaç talimatında “böbrek rahatsızlıklarında kullanmayın” yazması, ilaçların böbrek hastalarında oluşturabileceği zararın daha ciddi olduğunun bir kanıtıdır. Bazı antibiyotikler (sülfonamidler) böbrekleriniz üzerinde zehirleyici etki gösterebilir. Bu nedenle bu ilaçları kullanmamanız gerekir.

- İlaçlarınızın oluşturabileceği yan etkileri bilmezseniz yan etkiler geliştiğinde bu durumun neden kaynaklandığını bilemez ve gerekli önlemi alamazsınız.



Birçok ilaç mide, bağırsak, karaciğer ve böbrek gibi organlarda çeşitli hasarlara yol açar. Böbrek hastalarında ilaç kullanımı bu nedenle çok önemlidir. Bir ilacın sürekli yan etkilere neden olması bu ilacın kullanılmaması için önemli bir nedendir.

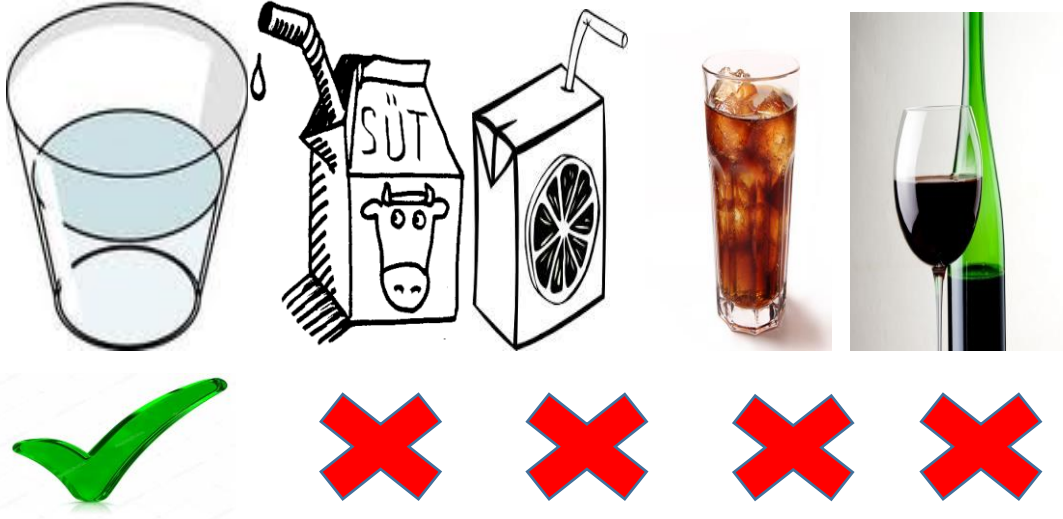


Örneğin; İdrar atımını arttıran ilaçlar tansiyon düşüklüğüne, tansiyon düşürücü bazı ilaçlar ise baş dönmesi ve kalp hızında artmaya neden olur. Kolesterol ilaçları karaciğer hasarına neden olabilir. Kansızlık için kullanılan bazı ilaçların kalp krizi ve felç gibi yan etkileri vardır. Ağızdan alınan demir ilaçları kabızlık ve ishal gibi sorunlara yol açabilir.

- İlaçlarınızı içmemeniz gereken sıvılarla alırsanız bu sıvılar ilacınızın etkinliğini azaltabilir veya yan etkilere maruz kalabilirsiniz.



Trankilizan ve sedatif dediğimiz sakinleştirici, uyku verici ve yatıştırıcı ilaçlarla birlikte alkol alınması koma ve ölüme neden olabilir. Bu nedenle kural olarak hangi ilacı kullanırsanız kullanın alkollü içeceklerden uzak durun.



İlaçlarınızı kola gibi gazlı içeceklerle, çay, süt veya meyve suyu gibi içeceklerle içmeyin. Ağızdan alacağınız ilaçlarınızı bol su yardımı ile yutunuz.

- İlaçlarınızı birbiri ile ve besinlerle alırken dikkatli olmalısınız. İlaçların birbiri ile etkileşime girmesi ilaçların etkilerini artırabilir, azaltabilir ya da yan etkileri ağırlaştırabilir.



Örneğin; Ağızdan alınan demiri, fosfat bağlayıcılar ile aynı anda almamalısınız. Bazı kalp ilaçları (digoksin) ile bazı antibiyotiklerin (klaritromisin) birlikte alınması hastalarda ilaç zehirlenmesi sıklığını arttırmaktadır.



İdrar söktürücü ilaçların bazıları, böbreklerden potasyum atılımını azaltır. Bu nedenle idrar söktürücü ilaçlar ile birlikte potasyumdan zengin muz, kayısı, turunçgiller, patates gibi besinleri tüketmeyin. Süt ve süt ürünleri, pekmez, susam, fındık, fıstık, kurutulmuş meyveler, kuru baklagiller, yeşil yapraklı sebzeler ile demir ilaçlarını aynı anda kullanmayın. En az 2 saat sonra tüketin.

İlaç aldığınız zamanlarda greyfurt tüketmeyin. Greyfurt ilacın vücutta dağılmasını önler ve kan ilaç düzeyini yükseltir. Böylece ilacın etkisi artar ve zehirlenmeler yaşanır. Sarımsak şeker ilaçları ile beraber alındığında kan şekerinde düşmeler meydana getirmektedir.



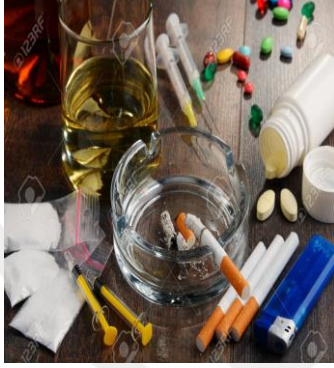
- İlaçlarınızı kullanırken uzak durmanız gereken durumlara uymazsanız ilacınızın etkinliği ve etki süresi değişebilir. Örneğin, insülini uyguladıktan hemen sonra egzersiz yapılması kan şekerinin aşırı düşmesine neden olur.



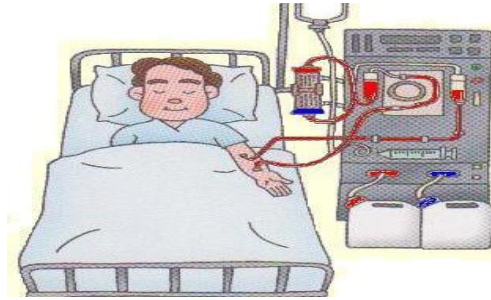
- Bazı ilaçlar alındıktan sonra uyku, sersemlik vb. etkiler meydana getirdiği için bu ilaçlar alındıktan sonra araç kullanılması sakıncalıdır. İlaçlarınızı kullanmadan önce, dikkat edilmesi gerekenleri ilaç talimatlarından öğrenin.



- İlaçlarınızı kullanırken sigara içerseniz ilacınızın etkinliğini azaltabilirsiniz. Sigara, solunum sisteminin rahatlatılması için kullanılan ilaçların etkisini hızla azaltır.



- İlaç yazdırmadan önce özel durumlarınızı (ilaç alerjisi, kronik böbrek yetmezliği) doktorunuza bildirmezseniz alerjik reaksiyonların gelişmesine, tedavi başarısının olumsuz etkilenmesine ve hayatı tehdit eden durumların (çoklu organ yetersizlikleri gibi) yaşanmasına neden olabilirsiniz.



Kullandığınız tüm ilaçları en az yılda bir kez doktorunuza kontrol ettirmezseniz gereksiz yere, yanlış veya eksik ilaç kullanma ihtimaliniz artar. Farklı doktorların verdiği ilaçların birbirlerini etkilemesi sonucu tedavi başarınız düşer, ilaç yan etkilerinden dolayı başka hastalıklara ve hayati tehlikelere maruz kalma ihtimaliniz artar.



- Doktora gitmeden ilaç kullanmak, başkasının tavsiye ettiği ilaçları kullanmak veya başkasına ilaç tavsiyesinde bulunmak yan etkilerin daha çok yaşanmasına, zehirlenmelerin artmasına, vücut direncinin ve ilaçlara karşı duyarlılığın azalmasına neden olur. İlaç tedavisi bireyseldir. Size iyi gelen bir ilaç, başkasında çok kötü sonuçlar doğurabilir.



- İlaçlarınızı size önerilen şekilde kullanmazsanız ilacın etkisinin çoğu kaybolur. Örneğin; Gripin gibi mide asidinden etkilenen kapsül şeklindeki ilaçlar açılarak içilirse etkisi kaybolur. Tok karnına alınması gereken bir ilaç aç karnına alınırsa mide ülseri riski artar.

- Son kullanma tarihi geçen ilaçları kullanırsanız ilaç zehirlenmeleri yaşayabilirsiniz



TARİHLERE DİKKAT

- İlaçlarınızı kullanma talimatında belirtilen koşullara uygun olarak taşımaz ve saklamazsanız ilaçlarınız son kullanma tarihi gelmeden bozulur. Son kullanma tarihi geçmiş ilacın kullanılması, insan hayatını tehdit eder.



- Her ilaç buzdolabında saklanmaz! İlaçların bazıları buzdolabında, bazıları ise oda sıcaklığında muhafaza edilmelidir. İlaçlarınızı muhafaza ederken kullanma talimatında belirtilen koşullara dikkat etmelisiniz.



- Kullanmadığınız ilaçları son kullanma tarihi gelene kadar saklarsanız birçok ilaç ziyan olur ve ihtiyacı olan bireylerin bu ilaçlara erişimleri engellenir.



- Gereksiz yere antibiyotik vb. ilaç kullanımı vücudun bakterilere karşı direncini azaltır, gerçekten gereksinim duyan bireylerin ilaca erişimlerini engeller ve ülke ekonomisine zarar verir.



- İlaçların fiyatlarını araştırmadan alırsanız gereksiz yere pahalı ilaç kullanırsınız. Bu durum ülkede ilaçlar için ayrılan bütçenin artmasına ve teşhis/tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine ayrılacak bütçenin azalmasına neden olur.

3. ALGILANAN YARAR

Akılcı İlaç Kullanımının Faydaları

- İlaçlar ancak zamanında, doğru miktarda, doğru yoldan ve yeterli sürede kullanıldığında etkilidir.
- Akılcı ilaç kullanımı ile iyileşmeniz kolaylaşır, ilaç kullanımı ile ilgili hatalar azalır ve ilaca bağlı yan etkiler daha az yaşanır.



- Akılcı ilaç kullanımı ile tedavi başarınız ve tedaviye olan uyumunuz artar. Örneğin;
 - Tansiyon düşürücü ilaçlar ile kan basıncı kontrol altında tutulur.
 - Demir ilaçları ile kansızlık ve yorgunluk gibi durumları daha az yaşarsınız.
 - Bulantı giderici ilaçlar ile bulantı ve kusma yaşamamanız sağlanır.
 - İdrar söktürücü ilaçlar ile sıvı elektrolit dengesinin bozulması engellenerek kan değerleri kontrol altında tutulur.
 - D ve E vitamini gibi vitamin destekleri ile kas krampları azalır, kemik sağlığı korunur.



- Uygun ve etkili ağrı kesiciler ile eklem ve göğüs ağrısı yaşama olasılığı azalır.
- Kolesterol ilaçları ile kalp damar hastalıklarına yakalanma riski azaltılır.
- Kalsiyum desteği sağlayan ve fosfor düzeyini düşüren ilaçlar ile kemik sağlığı korunur.
- Şeker hastalarında insülin ve ağızdan alınan şeker ilaçları ile kan şekeri düzeyi kontrol altına alınır.
- Akciğeri genişleten ilaçlar ile solunum güçlüğü yaşamanız engellenir.
- Kaşıntı için kullanılan ilaçlar ile cilt sağlığınız korunur.
- Akılcı ilaç kullanımı zaman alacakmış gibi görünse de uzun vadede getireceği faydalar düşünüldüğünde harcanan zaman aslında çok kısadır.
- Kullanacağınız ilaçların fiyatını araştırırsanız en uygun ilacı en ucuz yoldan elde edebilirsiniz.

İlaçlarınızın hangisinin ucuz hangisinin pahalı olduğunu bilerseniz ilaç israf etme ihtimaliniz azalır. Böylece hem kendi bütçenizi korumuş olur hem de ülke ekonomisine katkı sağlamış



**İLAÇ'TA ÜRÜKÜTEN RAKAM
%40'İ ÇÖPE GİDİYOR**

4. ENGEL ALGISI

Akılcı İlaç Kullanımında Karşılaşılan Engeller

- Akılcı ilaç kullanımı ilkelerini bilemeyebilirsiniz.
- Akılcı ilaç kullanım ilkelerinin yerine getirilmesini zor, sıkıcı, yorucu, zaman alıcı ve gereksiz bulabilirsiniz.
- Akılcı ilaç kullanımı için alabileceğiniz önlemlerin neler olduğunu bilemeyebilirsiniz.
- İlaçlarınızı akılcı kullandığınız halde hemodiyalize bağlı olumsuzlukları yine de yaşayacağınızı düşünebilirsiniz.
- İlaçların işe yaramadığına inanabilirsiniz.
- Karşılaştığınız veya duyduğunuz olaylar ilaçlara güvenmemenize neden olabilir.
- Akılcı ilaç kullanım ilkelerinin hepsini yerine getirmeye gücünüz yetmeyebilir ve bu işlemleri yapmak için yardım edecek kimseniz olmayabilir.
- İlaçların birbiri ile ve besinler ile kullanımı size karmaşık ve



➤ Kullanmadığınız ilaçları bir sağlık kuruluşuna teslim etmeyi gereksiz görebilirsiniz. Sağlık kuruluşuna bu nedenle gitmek için koşullarınız uygun olmayabilir.

➤ Alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıklarınızdan vazgeçmenizin mümkün olmadığına inanabilirsiniz.



➤ İlacınız pahalı ise ve sağlık güvenceniz karşılamıyorsa daha ucuz ilaca nasıl ulaşacağınızı bilemeyebilirsiniz.

➤ Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili kime danışacağınızı bilmeyebilirsiniz.

➤ İlacınız pahalı ise ve sağlık güvenceniz karşılamıyorsa daha ucuz ilaca nasıl ulaşacağınızı bilemeyebilirsiniz.

➤ Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili kime danışacağınızı bilmeyebilirsiniz.



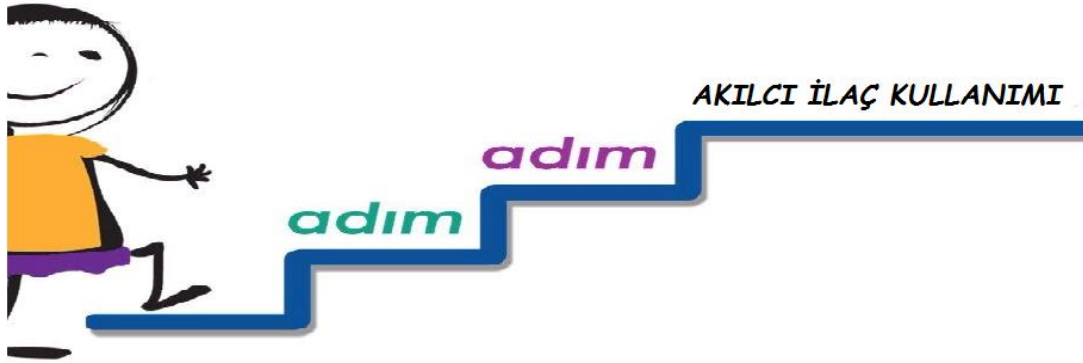
5. EYLEM İPUÇLARI (HAREKETE GEÇİREN ETMENLER)

Akılcı İlaç Kullanımında Karşılaşılan Engelleri Aşmanın Yolları

➤ İlaçlarınız ile ilgili eğitimler alarak, ilaca ait talimatları okuyarak, anlamadığınız yerleri uzmanına sorarak akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi edinebilirsiniz. Böylece tedavi sürecinize aktif olarak katılmış



➤ Akılcı ilaç kullanım ilkelerinin hepsini bir anda yerine getiremeseniz de zamanla hayatınıza yerleştirebilirsiniz. Bu ilkeleri adım adım uyguladığınızda bir süre sonra farkında olmadan tümünü hayata geçirdiğinizi göreceksiniz.



Akılcı ilaç kullanım ilkelerini adım adım hayatınıza geçirdiğinizde daha az güç ve zaman harcamış olacaksınız. En kolay yapabileceklerinizden başlayarak ve yardıma ihtiyaç duyduğunuzda bir sağlık çalışanından destek alarak akılcı ilaç kullanımını daha kolay bir şekilde hayata geçirebilirsiniz.

Uzmanına Sor

- Size yabancı gelen kavramları daha basit, sade ve anlayabileceğiniz şekilde anlatmaları için sağlık çalışanlarını uyarabilirsiniz.



Örneğin “ Bunun ne demek olduğunu anlamadım benim anlayabileceğim şekilde anlatıp yazılı olarak elime verebilir misiniz” diye talepte bulunabilirsiniz

- Akılcı ilaç kullanımı için sağlık çalışanlarından destek alarak ilaçlarınızın tüm özelliklerinin bir arada bulunduğu bir liste hazırlayabilirsiniz.

ECZANE	
Tel :	
Tok	Aç
Sabah	<input type="text"/>
Öğle	<input type="text"/>
Akşam	<input type="text"/>
Gece	<input type="text"/>
Not:	

Oluşturduğunuz bu liste her muayenede yanınızda olursa hem kontrol ettirebilirsiniz hem de yeni ilaçlar eklenirse hemen listeyi güncelleyebilirsiniz.

- İlaçlarınızı doğru kullanmak için üzerinde alınış saatlerinin ve miktarlarının bulunduğu özel kaplar kullanabilirsiniz. Ayrıca ilaç almayı unutmamak için alarm kurabilir ve kullanım alışkanlığı kazanana kadar alarm kurmaya devam edebilirsiniz.



- Seyahate çıkarken ilaçlarınızın bozulmaması için özel olarak üretilmiş çantaları kullanabilirsiniz. Böylece ilaç israfını ve bozulmuş ilaç alımına bağlı zehirlenmeleri engellemiş olursunuz.



- Kullanmadığınız ilaçları eczaneye, aile sağlığı merkezine, hastanelere ve ilaç toplama merkezlerine teslim edebilirsiniz. Her muayeneye gittiğinizde elinizdeki fazla ilaçlarınızı götürürseniz fazladan zamana ihtiyaç duymadan ve son kullanma tarihleri geçmeden ilaçları teslim etmiş



- Alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıklarınızdan kurtulmanız mümkündür. Birçok sağlık kuruluşu bu alışkanlıklarınızdan nasıl kurtulacağınız konusunda size yol gösterici olmaktadır.



Hemen her an ulaşabileceğiniz ALO 171 numaralı telefon ile sigarayı hayatınızdan nasıl çıkarabileceğinizi öğrenebilirsiniz.

- İlacınızın ucuz bir alternatifi varsa doktorunuza danışarak bu ilaçları tedaviniz için kullanabilirsiniz.
- İlacın pahalı olması bir kalite göstergesi değildir. Kullandığınız ilaca erişiminizin mümkün olmadığı durumlarda yardım kuruluşlarına ve derneklere başvurup destek isteyebilirsiniz.

- İlaçlarınıza yönelik bilgileri eczaneden, aile sağlığı merkezlerinden veya herhangi bir sağlık kuruluşundan öğrenebilirsiniz.
- İnternette, gazeteden vb. basın yayın organlarından duyduğunuz ilaçları uzmanına danışmadan kullanmayınız.



6. ÖZ-YETERLİLİK

Öz Yeterliliği Arttırma

Aldığınız eğitim sonucunda;



- Hemodiyaliz hastalarında akılcı ilaç kullanımının nasıl olacağını biliyorsunuz.
- Bu eğitimde edindiğiniz bilgiler sayesinde akılcı ilaç kullanımının önemini biliyor ve kendinizi daha yeterli buluyorsunuz.
- İlaçlarınızı akılcı olarak kullandığınız için tedavinizin daha başarılı bir şekilde ilerleyeceğine inanıyorsunuz.
- Akılcı ilaç kullanımı size zor, sıkıcı, yorucu, zaman alıcı ve gereksiz gelmiyor.
- İlaçlarınızı akılcı kullanabileceğiniz konusunda kendinize güveniyorsunuz.
- Sonraki tedavileriniz için akılcı ilaç kullanımını nasıl gerçekleştireceğinizi ve nasıl bilgi edineceğinizi biliyorsunuz.
- Akılcı ilaç kullanımınızı etkileyebilecek durumları fark edebilecek yeterliliğe sahipsiniz.



KAYNAKLAR

1. Yıldız E. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Beslenme. sbu.saglik.gov.tr 15 Mart 2016
2. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, 5. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2016: 373.
3. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 5. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011: 578.
4. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları. www.tsn.org.tr/folders/file 15 Mart 2016
5. Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ. Hemodiyalizin kronik komplikasyonları ve bakım. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2016, 1: 61-6.
6. Türk Böbrek Vakfı <http://www.tbv.com.tr> 15 Mart 2016
7. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz hastasında sık karşılaşılan sorunlar. www.tsn.org.tr 15 Mart 2016
8. Melo NCV, Elias RM, Castro MCM, Romao JE, Abensur H. Pruritus in hemodialysis patients: The problem remains. Hemodialysis International 2009, 13:38–42.
9. Akpolat T. Diyaliz Hastası El Kitabı 2. www.tekinakpolat.net/kitap/diyaliz2 25 Nisan 2016
10. Diyaliz Hemşireliği Rehberi tepecikeah.saglik.gov.tr/userfiles 20 Mart 2016.
11. Ulu MS, Ahsen A. Muscle Cramps During Hemodialysis. Eur J Gen Med 2015, 12:277-81.
12. Kronik Böbrek yetmezliği ve Beslenme sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar 25 Mart 2016.
13. Bozdağ Kaplan N. Hemodiyaliz Hastalarında Polifarmasi ve Fosfor Bağlayıcı Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2010.
14. S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; Akılcı ilaç kullanımı çalışmayı sonuç raporu, Ankara, 22-23 Aralık 2006: p: 9-20
15. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beger T. Yaşlıda İlaç Kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 1999; 2 : 33-38
16. Esengen S, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal Gökçe Y, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel -kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 2000; 3: 6-10

17. Nahcivan N ve Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak Sağlık İnanç Modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7:33-38
18. Redding CA, Rossi JS, Rossi, SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behaviour models. *The International Electronic Journal of Health Education*. 2000; 3(Special Issue): 180-93.
19. İlhan MN. Toplumda antibiyotik kullanımı sıklığı ve hekimlerin antibiyotik reçetesi yazma durumları ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Ankara. 2011. 4-50.
20. Ünsal A, Kaşıkçı M. Artritli bireylerde öz-etkililik ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11:40-50.