



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA TEDAVİYE
UYUMUN HASTANIN ALGI, TUTUM VE DAVRANIŞ
ÖZELLİKLERİ BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Lale ÇAPAR
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Abdullah CANATAROĞLU**

MERSİN-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana destek veren, bilgi ve deneyimlerini tüm içtenlikleriyle benimle paylaşan, asistanları olmaktan büyük onur duyduğum başta tez danışman hocam Prof. Dr. Abdullah Canataroğlu'na, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Engin Altıntaş'a ve onun nezdinde eğitimime katkısı olmuş İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli tüm değerli hocalarıma en içten dileklerle teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Tez çalışmalarımnda tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabrından dolayı değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Nurdan Oruçoğlu'na teşekkür ederim.

Tez çalışmamın istatistiksel değerlendirilmesindeki katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Yücel Uysal'a teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca büyük bir keyifle çalıştığım İç Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki tüm asistan ve uzman arkadaşlarıma, hemşirelerine ve personeline teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde, verdiğim her kararda, sevgi ve sabırla, koşulsuz yanımda olan aileme sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Lale Çapar

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
1. GİRİŞ ve AMAÇ	8
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Romatoid Artırt	
2.1.1. Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri	
2.1.2. Epidemiyoloji	
2.1.3. Etyopatogenez	
2.1.3.1. Otoantikörler	
2.1.3.2: Genetik Yatkınlık	
2.1.3.3: Enfeksiyöz Ajanlar	
2.1.3.4: Cinsiyet ve Hormonlar	
2.1.3.5: Yaşam Tarzı Faktörleri	
2.1.4. Patofizyoloji	
2.1.5. Klinik Bulgular	
2.1.5.1. Eklem bulguları	
2.1.5.2. Eklem Dışı Bulgular	
2.1.6. Laboratuvar	
2.1.7. Radyolojik Bulgular	
2.1.8. Hastalık Aktivasyon Değerlendirilmesi	
2.1.9. Tedavi	

- 2.2. Tedaviye Uyum
 - 2.2.1.Tanım
 - 2.2.2. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler
 - 2.2.3. Medikasyon Uyumunu Kontrol Etme Yöntemleri
- 2.3. Hastalık Algısı
 - 2.3.1. Hastalık Algısına Dair Genel Bilgiler
 - 2.3.2. Hastalık Algısının Bileşenleri
 - 2.3.2.1. Hastalığın kimliği
 - 2.3.2.2. Nedensel inanışlar
 - 2.3.2.3. Zamansal inanışlar
 - 2.3.2.5. Sonuçlar
 - 2.3.3. Hastalık Algısını Değerlendirmek
 - 2.3.3.1. Hastalık Algısı Ölçeğinin Gelişimi
 - 2.3.3.2. Hastalık Algısı Ölçeğinin Gözden Geçirilmesi
 - 2.3.4. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	37
4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
7. KAYNAKLAR	65
8. KISALTMALAR DİZİNİ	78
9. TABLOLAR DİZİNİ	80
10. EKLER	

ÖZET

Romatoid artrit (RA), etiyolojisi bilinmeyen kronik, enflamatuvar, otoimmün, multisistemik bir hastalıktır. Terapötik başarı, hem ilaç etkinliği hem de tedaviye bağlılık ile ilişkilidir. Klinik cevap almak için ilaç uyumu gereklidir. Bu nedenle RA'lı hastaların algı, tutum ve davranış özelliklerini tedaviye bağlılıklarını etkileyen faktörlerle araştırmayı amaçladık.

Çalışmaya, 18'i erkek, 102'si kadın olmak üzere 120 RA'lı hasta alındı. İlaç uyumu, görüşme anketi ile ölçüldü. Demografik ve klinik veriler "Kişisel Bilgi Formu" na kayıt edildi. Hastaların tedavi durumlarının uygunluğu motivasyon ve bilgi için "Modifiye Morisky Ölçeği (MMÖ)" ile; hastalığa ilişkin algı ise "Kısa Hastalık Algılama Ölçeği (KHAÖ)" ile ölçüldü. KHAÖ ve MMÖ skorları ile hasta verileri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, RA tanı süresi ve kullanılan ilaç sayısı) arasındaki ilişki değerlendirildi. Ortalama KHAÖ skoru ile MMÖ arasındaki ilişki (MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi alt ölçekleri) de değerlendirildi.

Vakaların MMÖ motivasyon skoru ve MMÖ bilgi skoruna göre dağılımları incelendiğinde;120 vakanın 105'inin (%87,5) yüksek motivasyon düzeyine, 120 vakanın 108'sinin (%90) yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görüldü. Vakaların hastalıktan etkilenme düzeyi ile hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyleri KHAÖ skoru ile değerlendirildi. RA tanı süresi uzadıkça ve eğitim seviyesi arttıkça KHAÖ skorunun azaldığı saptandı (Her biri için $p<0,05$). Kullanılan ilaç sayısı arttıkça KHAÖ skorunun arttığı gözlemlendi ($p<0,05$). Vakaların cinsiyet, medeni durum ve yaşı ile KHAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (Her biri için $p>0,05$).

Sonuç olarak, RA hastalarında ilaçlara uyumu etkileyen faktörleri değerlendirmek için farklı ölçekler kullanılmış ve uyum oranları değişik bulunmuştur. Çalışmamızda kullandığımız ölçekler, yeterli olmamasına rağmen tedaviye uyumu anlamada yararlı olabilir. Bu konuda yapılacak kapsamlı çalışmalar, RA'lı hastalarda ilaç uyumunun artmasını ve klinik sonuçların iyileşmesini sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: romatoid artrit, tedaviye uyum

ABSTRACT

Evaluation of Medication Adherence In Patients With Rheumatoid Arthritis In The Context Of Illness Perception, Attitude and Behavioral Characteristics

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, inflammatory, autoimmune, multisystemic disease with unknown etiology. Therapeutic success is associated with both drug efficacy and adherence to treatment. Drug compliance is necessary to obtain the clinical response. In this respect, we aimed to investigate the perception, attitude and behavioral characteristics of the patients with RA by the factors affecting their adherence to treatment.

A total of 120 patients with RA of whom 18 male and 102 female were included in the study. Medication adherence was gauged with interview questionnaire. Demographic and clinical data were collected with "Personal Information Form". The compliance of patients' treatment status was measured with "Modified Morisky Scale (MMS)" for motivation and knowledge; and with "Brief Illness Perception Scale (BIPS)" for perception of disease. The relation between BIPS and MMS scores and data of patients (gender, age, marital status, education status, duration of RA diagnosis and number of medication used) were assessed. The relationship between mean BIPS and MMS scores (MMS-motivation and MMS-information subscales) was also evaluated.

When the distribution of the cases according to MMS motivation score and MMS knowledge score was assessed, it was found that 105 (%87,5) of the 120 cases had high levels of motivation and 108 (%90) had a high level of knowledge. The level of affecting of the patients by the disease and their perception of the concerns on disease were evaluated with BIPS score. As the duration of RA diagnosis prolonged and the level of education status increased, the BIPS score was decreased ($p < 0.05$, for each). On the other hand, as the number of medication taken increased, BIPS score was found to be higher ($p < 0.05$). No statistically significant relationship was found between gender, marital status and age of the cases and BIPS scores ($p > 0.05$, for each).

In conclusion, different scales were used to evaluate the factors affecting compliance with drugs in RA patients and the compliance rates were found to be quite different. Although the scales we use in our study are inadequate, they may be useful in understanding compliance with treatment. Comprehensive studies on this

issue may lead to increased drug compliance and improved clinical outcomes in patients with RA.

Key words: rheumatoid arthritis, medication adherence



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Romatoid artrit (RA), etiyolojisi bilinmeyen, kronik, inflamatuvar, otoimmün, multisistemik bir hastalıktır¹. Agresif RA hastalarının yaklaşık %90'ı 20 yıl içinde klinik olarak sakatlanacaktır². Bu nedenle eklem hasarını önlemek ve kemik bütünlüğünü korumak için genellikle ömür boyu tedavi gereklidir. Hastalığı modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar (DMARD), kortikosteroidler (Ks) ve nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) RA tedavisinde yaygın olarak kullanılır ve rejimler çoğunlukla komplekstir³. Terapötik başarı hem ilaç etkinliği hem de tedaviye bağlılıkla ilişkilidir. Bu nedenle, ilaç uyumu, istenen klinik sonuçlar için gereklidir⁴.

Tedaviye uyum; kişinin uzun dönemde yaşam tarzını, davranışlarını, ilaç alma şeklini, tedaviye inanmasını ve sahiplenerek devam ettirmesini kapsayan algı, tutum ve davranışların bileşkesi ile belirlenir. Temelini hasta ve sağlık personeli arasındaki işbirliği oluşturur⁵.

Hastanın tedaviye uyumunda; bilgisi ve eğitiminin yanı sıra istek ve motivasyonu da önemli faktörler arasındadır⁶. Tedaviye uyum konusunda hastanın sosyal ve davranışsal yapısı ile ilgili özellikleri gitgide önem kazanmaktadır. Kişilerin sağlık davranışlarını belirlemede hastalıklarına ilişkin algıları önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle kişinin sağlık konusundaki algısını olumlu yönde etkileyen girişimler tedaviye uyumu artırmaktadır⁷.

Bireyin hastalık kavramına yönelik algısı, hastalığı nasıl yorumladığı, ona yüklediği anlamlar, hastalık dönemleri boyunca yaşadığı veya karşılaştığı deneyimler, içeri alınmış bilgiler, duygusal ve davranışsal tepki repertuarları, hastalık süreci, psikopatoloji ve baş etme mekanizmaları ile ilişkili olup tedaviye uyumu etkiler⁸.

Tedaviye uyumda fiziksel, psikolojik, ekonomik, demografik, kültürel ve sosyal faktörlerin rol oynayabileceği ve bu faktörlerin bilinmesinin tedaviye uyumun artırılmasına yönelik bireyselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmesine olanak sağlayabileceği düşünüldü. Bu nedenle ilaç kullanan RA'lı hastaların, tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri; algı, tutum ve davranış özellikleri bağlamında irdelemeyi amaçladık. Bu amaca yönelik; ilaç kullanan RA'lı hastalarda, ilaç alım davranışlarını öngörmek, motivasyon ve bilgi düzeyini ayrı ayrı değerlendirebilmek için Modifiye Morisky Uyum Ölçeğini (MMÖ) ayrıca

hastalıktan etkilenme ve hastalığı endiŐe verici olarak algılama dűzeyini değerlendirebilmek için Kısa Hastalık Algı leđini (KHAÖ) uygulamayı planladık.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Romatoid Artrit

RA, özellikle el ve ayaklardaki küçük eklemlerin çoğunda simetrik sinoviyal efüzyonla karakterize kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın primer lezyonu sinovittir. Görece aselüler olan sinoviyum dokusuna immun sistem hücrelerinin invaze olması sonucu 'pannus' oluşmaktadır. Hiperplastik ve invaziv özellikte olan pannus dokusu, kartilaj destrüksiyonuna, kemik erozyonlarına ve sonuç olarak da eklemlerde fonksiyon kaybına yol açmaktadır. RA hastalarında ateroskleroz riski ve lenfoma gelişme sıklığı sağlıklı popülasyona göre artmıştır. Bu nedenlerle bazı çalışmalarda hastalık aktivitesi kontrol altına alınamayan hastalarda yaşam beklentisinin 6- 7 yıl kadar azaldığı ortaya konulmuştur⁹.

RA hastalarında hastalığın hem erken hem geç dönemlerinde, hastalık aktivitesinin eklem destrüksiyonu ile yakın ilişkisi radyografik olarak ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemelerinde ortaya konulmuştur. Bundan dolayı RA hastasında tedavinin en önemli yanı hastalık başlangıcını takiben en erken dönemde DMARD başlanmasıdır. Erken DMARD tedavisi başlanabilmesi için hastaların erken dönemde tanı alabilmeleri büyük önem arz etmektedir. Erken tedavi başlanan hastalarda hastalığın remisyona girme ihtimali daha yüksek olmaktadır¹⁰.

2.1.1. Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri

Amerikan Romatizma Derneği'nin (ACR) 1987 yılında geliştirmiş olduğu RA tanı kriterleri; tanısı olan ve uzun süreli RA tanısı ile izlenmekte olan, romatoid faktör (RF) pozitif hastalarla yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konulmuştur. Bu sebeple ilerleyen dönemlerde RA gelişebilecek olan erken artritli olguları tanımlamakta yetersiz oluşu, hastalığın erken döneminde başlanması gereken yeterli ve etkin tedavinin gecikmesi gibi birçok sebepten ötürü 2010 yılında ACR ve Avrupa Romatizma Birliği'nin (EULAR) işbirliği ile yeni sınıflandırma kriterleri ortaya konulmuştur (Tablo 1)¹¹.

Tablo 1. 2010 ACR/EULAR Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri.

Eklem tutulumu	1 büyük eklem	0
	2-10 büyük eklem	1
	1-3 küçük eklem	2
	4-10 küçük eklem	3
	>10 küçük eklem	5
Seroloji	RF ve ACPA negatif	0
	RF ve ACPA düşük pozitif	2
	RF ve ACPA yüksek pozitif	3
Akut faz reaktanları	ESH ve CRP normal	0
	ESH veya CRP yüksek	1
Semptom süresi	<6 hafta	0
	≥6 hafta	1
<u>Skor ≥6 RA tanısı için anlamlıdır.</u>		

(RF: Romatoid faktör, ACPA: Anti-sitrüllemiş Peptit/Protein Antikor
CRP: C- reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı)

2.1.2. Epidemiyoloji

RA yaklaşık olarak tüm dünyada %0,5-1 oranında görülmektedir. Prevalansı Güney Avrupa ülkelerinde Kuzey Avrupa ülkelerine göre daha düşüktür, en yüksek oranlar Kuzey Amerika'da bildirilmiştir⁹. Kadınlarda erkeklerden üç kat daha sık görülür. Cinsiyetler arası fark yaş ilerledikçe azalır. Hastalık en sık dördüncü ve beşinci dekada başlar¹².

2.1.3. Etyopatogenez

RA; genetik, çevresel ve nedeni tam olarak bilinmeyen etkiler ile yatkınlık olduğu düşünülen multifaktöryel bir hastalıktır. Major histokompatibilite kompleks (MHC) genlerinin RA'ya yatkınlık oluşturmada en major etkiyi yaptığı gözlenmekle birlikte Human Lökosit Antijen (HLA) dışı genlerin de patogenezde rolü vardır. Kalıtsal faktörlerin RA'ya yatkınlığın yarısından fazlasını açıklamasına rağmen^{13,14} genetik ve çevresel etkenlerin birlikteliği ile ilişkili etyolojik hipotezlerin daha olası olduğu düşünülmüştür¹⁵. Ayrıca hastalığın

kadınlarda ve özellikle de premenopozal dönemde daha fazla gözlenmesi, hormonal ve reproduktif dönemle ilgili faktörlerin de rolü olduğunu düşündürmüştür. Doğurganlık, laktasyon, ekzojen hormon kullanımı, obezite, çevresel ve yaşam tarzı faktörleri, diyetteki antioksidan maruziyeti, sigara ve kahve tüketimi ve belli bazı meslek gruplarındaki kişilerdeki riskler etyopatogeneze sorumlu temel unsurları meydana getirmektedir. Enfeksiyonun etyolojideki rolünü ortaya koyacak kesin bir epidemiyolojik delil gösterilememiştir¹⁰.

Patogenez; otoantikolar, genetik yatkınlık, enfeksiyöz ajanlar, cinsiyet ve hormonlar, yaşam tarzı faktörleri başlıkları altında ele alınabilir.

2.1.3.1. Otoantikolar

RA hastalarının kanlarında insan immünglobulin G'sinin (IgG) Fc fragmanına karşı olan antikoların (romatoid faktörler) saptanmasıyla birlikte RA patogenezinde otoimmunitenin varlığı gösterilmiştir. Romatoid faktörlerin çoğu IgM-RF yapısında olmakla birlikte IgG ve IgA-RF yapısında olanlar da vardır. Romatoid faktörlerin eklem içinde immun kompleksler meydana getirerek komplemanı aktive ettikleri ve böylece eklem içinde damar geçirgenliğinin artışı, kemotaktik faktörlerin salınması ve immun sistemin efektör hücrelerinin eklemde toplanmasını sağladıkları düşünülmektedir. Romatoid faktörler RA'lı hastaların %80'inde pozitif bulunur¹⁰. Romatoid faktörler RA haricinde enfeksiyonlarda, diğer otoimmun hastalıklarda ve %15 oranında da sağlıklı insanlarda pozitif saptanabilir. RF %60-70 sensitivite ve %50-90 oranında spesifiteye sahiptir. RF yüksek titrelerinin (özellikle IgA-RF) RA'nın şiddeti ile (örn; radyolojik erozyonlar, daha hızlı hastalık progresyonu, romatoid nodül, vaskülit gibi eklem-dışı belirtiler) ilişkisi vardır bu nedenle de prognostik değere sahiptir. ACPA (Anti-sitrülenmiş Peptit/Protein Antikor) da otoantikolar arasında yer almaktadır ve değeri giderek artmaktadır. ACPA, tanı için daha spesifik ve sensitiftir, aynı zamanda progresif eklem harabiyeti açısından kötü prognoz göstergesi olarak daha değerli olduğu görülmüştür¹⁶. Klinik olarak artrit ortaya çıkmadan yıllar önce RA hastalarının serumlarında ACPA pozitif saptanabilmektedir¹⁷. Bu antikoların varlığı sınıflandırılmamış artrit tanısıyla takipli hastalarda ilerleyen zamanda RA gelişeceğinin işaretidir¹⁸.

Anti-Sa antikorları vimentin üzerindeki sitruline epitopları tanirlar, ACPA antikorlarının diğer bir alt grubunu meydana getirirler. Erken RA'lı grupta bu antikorlar %20 oranında bulunur ve prognostik değerleri oldukça yüksektir¹⁰.

RA'da kıkırdak bileşenlerine karşı otoantikorlar bulunmakla birlikte bunlar bu hastalık için spesifik olmamaktadır. RA'da antikollajen II antikorlarının prevalansı %30-70'tir ve hastalığın erken döneminde yüksek gibi görülmektedirler. Yapılan çalışmalarda kollajen II antikorları ile hastalığın şiddeti, aktivitesi ve süresi arasında bariz bir ilişki saptanamamış ve bundan dolayı antikollajen antikorlar faydalı tanısal belirteçler olarak kabul görmemişlerdir¹⁰.

Ayrıca RA hastalarında Anti-RA33, stres proteinlerine karşı antikorlar, glukoz-6 fosfat izomeraza karşı gelişen antikorlar ve kalpastatine karşı gelişen antikorlar da var olmakla birlikte düşük spesifite ve sensitiviteye sahiptirler¹⁰.

2.1.3.2. Genetik Yatkınlık

Yapılan çalışmalar genetik bir eğilimin olduğunu göstermektedir. Şiddetli RA, romatoid faktör ve otoantikor ile ilişkili hastalığı olan bireylerin akrabalarında beklenen oranın yaklaşık dört katı daha fazla izlenmektedir. Monozigotik ikizlerde RA olma ihtimali dizigotik ikizlere kıyasla en az dört kat daha yüksektir. Fakat monozigotik ikizlerin yalnızca %15-20'sinde RA birlikteliği vardır. Bu durum genetik dışında diğer etkenlerin de hastalık gelişiminde rol oynadığını ortaya koymuştur¹⁹.

Hastalıkla ilişkili genetik faktörlerin 6. kromozomda yer alan HLA genleri veya diğer adıyla MHC ile ilişkili olduğu ve bir tek genetik bozukluktan ziyade çok sayıda genin RA'yı etkilediği düşünülmektedir. HLA sınıf 1 allelleri ile RA arasında zayıf bir ilişki varken, HLA sınıf 2 allelleri ile kuvvetli bir ilişki olduğu gösterilmiştir. MHC sınıf 2 molekülleri fagositik hücrelerin yüzeylerinde yer alırlar. Bu moleküller fagositik edilen yabancı moleküllerin, CD4+ T hücrelere sunulmasında görevlidirler. Özellikle MHC sınıf 2 grubundan HLA DR4 (DRB1*0401) ile RA arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır²⁰.

Genetik çalışmalar neticesinde sağlanan veriler, siklik sitrülüne peptide karşı gelişen antikor düzeyindeki farklılıkların, HLA DRB1 allel sayısındaki farklılıklar ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur²¹. Bu HLA allelleri benzer yapılar paylaşmakta olup bu durum paylaşılmış epitop olarak belirtilmektedir.

Günümüzde arjinin amino asidinin sitriline post-translasyonel modifikasyonu sonucu antijenlerin HLA alelleri içinde yer almasının sağlandığı ve bu durumun paylaşılmış epitopa zemin hazırladığı düşünülmektedir. Anlatılan olayların neticesinde antijenlere karşı antikor oluşumuna tolerans gelişmektedir²².

Son zamanlarda HLA dışı genleri tanımlamak için genetik bağlantı yoluyla hem genom çaplı yaklaşımları, hem de aday gen yaklaşımlarını kullanan çalışmalar gerçekleştirildi. Bunlar hem geniş aile çalışmalarını hem de akrabalık ilişkileri olmayan olguları ve kontrol gruplarını da kapsamaktaydı. RA'nın PTPN22'deki (protein tirozin fosfataz 22) eş olmayan tek nükleotid polimorfizmi ile R620W ilişkisi çeşitli bağımsız kohortlarda gösterilmiştir²³. İnterlökin 1(IL-1) gen kümesi, tümör nekroz faktör (TNF) reseptörleri 1 ve 2 de RA ile ilişkili genlerdir²⁴.

2.1.3.3. Enfeksiyöz Ajanlar

İnsan sinoviyumundan spesifik ajanların izolasyonundan ve enfektif ajanların antijenik komponentleri ile sinoviyum ve kıkırdak arasındaki benzerliğin varlığından yola çıkılarak çeşitli spesifik enfeksiyon ajanlarının RA'yı tetiklemekteki yolları için mantıklı biyolojik mekanizmalar öne sürülmüştür²⁵. Mikoplazma, Epstein-Barr virüsü (EBV), sitomegalovirüs, parvovirüs ve rubella virüs gibi ajanlar suçlanmış fakat hiçbiri kesin olarak ispat edilememiştir¹⁹. Bir retrovirüs olan insan T-lenfotrofik virüs 1 (HTLV-1) transgenik farelerde sinovite yol açmıştır²⁶.

2.1.3.4. Cinsiyet ve Hormonlar

RA'nın kadınlar arasındaki insidansının yüksekliği ve özellikle de premenopozal dönemde daha belirgin olması, üreme ve hormonal faktörlerin etkilerini akla getirmektedir¹⁰. Bir çalışma, yeni başlangıçlı RA riskinin gebelik sırasında azaldığını fakat doğumdan sonraki 12 ay içinde arttığını ortaya koymuştur²⁷. RA'lı gebe kadınların %75'inde gebelik sürecinde spontan remisyon gözlenirken doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içinde alevlenmeler yaşanmaktadır. Bu korunmanın mekanizması belli olmamakla birlikte gebelik boyunca IL-10 gibi baskılayıcı sitokinlerin salınımı ile veya hücrel immünitedeki değişikliklerle ilişkili olabilir²⁸.

Cinsiyet hormonlarının, immün sistem üzerinde önemli rolleri vardır. Genelde östrojenin immün sistem üzerine aktive edici, androjenlerin ise baskılayıcı rol oynadıkları ortaya koyulmuştur. Östrojenler T lenfositlerin antijen stimülasyon etkilerini ve T hücrelerinin süpresör aktivitelerini baskılar, progesteron T hücre süpresör aktivitesini artırarak zıt etki gösterir²⁹.

RA'lı kadınlarda, düşük testosteron ve dehidroepiandrosteron düzeylerinin olduğu rölatif bir androjen eksikliği bulunmuştur. RA'lı erkeklerde de testosteron konsantrasyonları düşük saptanmıştır. Kadınlarda hastalığın ortaya çıkışından önce androjen düzeylerinin beklenenden daha düşük olması, olası bir nedensel ilişkiyi destekler niteliktedir³⁰.

2.1.3.5. Yaşam Tarzı Faktörleri

Çeşitli yaşam tarzı değişkenleri RA için olası risk faktörleri olarak incelemeye alınmıştır. Diyet ilişkili çalışmalarda zeytinyağı ve balık yağı tüketiminin RA gelişme riskine karşı koruyuculuğu gösterilmiştir³¹. Bununla birlikte vitamin C'den zengin diyetlerin hastalık riskinde azalmaya sebep olduğu görülmüştür³².

Yapılan çalışmalarda sigara kullanan bireylerde RA riskinde artış gösterilmiştir. İlişki en belirgin olarak ağır sigara içicilerde ve seropozitif hastalarda gözlenmektedir³³.

2.1.4. Patofizyoloji

RA'da immün aktivasyonun birincil hedefi sinoviyumdur³⁴. Sinoviyumun en önemli görevi sinoviyal sıvıyı salgılamaktır. Sinoviyal sıvı eklem kıkırdağının beslenmesini sağlar ve eklem sürtünmesiz hareketi için kayganlaştırıcı görevi görür. Hastalığın erken döneminde, mikrovasküler hasar ve sinoviyumun etrafındaki hücrelerin sayısında artış ile birlikte mononükleer hücrelerin perivasküler infiltrasyonu gözlenir. İlerleyen dönemde sinoviyum ödematöz hal alır ve sinoviyal membran eklem boşluğuna doğru ilerler¹⁹. Lokal invaziv sinoviyal doku oluşur. Bu görünüme pannus denir. Periartriküler yumuşak doku ödemi gelişir ve pannus komşu eklem kıkırdağını erozyona uğratar. Eklemde kalıcı fibrozise ve ankiloza neden olabilir³⁵.

Romatoid sinoviyum içerisinde aktive lenfositler, makrofajlar ve fibroblastlarca salgılanan çok sayıda ürünler bulunmaktadır³⁶. Bu sitokin ve

kemokinlerin lokal üretimleri, RA'nın çeşitli patolojik ve klinik bulgularının gelişmesine yol açmaktadır. Romatoid sinoviyum ve pannusun önemli bir diğer özelliği de neovaskülarizasyondur. Burada bulunan makrofaj, fibroblast ve lenfositler anjiogenezde rol oynarlar³⁷.

Romatoid sinoviyum gelişiminde hem hücreSEL hem de hüMORAL immun mekanizmalar rol oynar. HücreSEL immun mekanizmada tetikleyici antijen; antijen sunan hücre aracılığı ile T lenfositleri aktive eder ve böylelikle immun yanıt başlar. CD4+ T hücreleri, CD8+ T hücrelerine göre daha etkilidir ve sıklıkla HLA DR4+ makrofajlara ve dendritik hücrelere çok yakın yer alırlar^{19,38}. CD4+ T lenfositler uyarılınca interferon gama (INF- γ) ve IL-2 gibi sitokinleri salgılayarak diğer T lenfositleri, makrofajları ve fibroblastları aktive ederler. Eklem aralığına yönelen makrofajlar IL-1 ve TNF- α dahil olmak üzere birçok mediyatör salarlar. TNF üretiminin artışı, IL-1 ve IL-6 gibi diğer proinflatuvar sitokinlerin aşırı salınımını sağlar^{39,40}. IL-1, T hücrelerinin IL-2 salınımını ve IL-2'ye yanıtını sağlar. IL-6 salınımı ise akut faz proteinlerinin yapımını, prostasiklin salınımını, endotel hücrelerinin çoğalmasını, nötrofil-endotel yapışmasını, fibroblastların çoğalmasını, kollajen yapımı ve kemik rezorpsiyonunu artırır. TNF- α , Treg hücrelerini baskılar ve ağrı oluşumunu tetikler. Ayrıca makrofajlar, kıkırdağa doğrudan zarar veren; oksijen radikalleri, nitrik oksit (NO), metalloproteinaz ve prostoglandin (PG) olmak üzere çeşitli maddeler de üretirler. Makrofaj koloni stimüle edici faktör (M-CSF) önemli bir sitokin olup osteoklast gelişimine katkı sağlar⁴¹.

Fibroblastlar da özellikle dōşeyici tabakada ve kemik ile kıkırdak arasındaki yüzeyde belirgin olarak yer alır. Kollajenaz ve katepsinler gibi eklem matriks öğelerini dejenere edebilen bir dizi enzim üreterek aktivasyon gösterirler¹⁹.

2.1.5. Klinik Bulgular

RA kronik bir poliartrit olmakla birlikte klinik olarak birbirinden değişik başlangıç özellikleri sergilemektedir⁴². Hastalık tutulumu sadece eklemlerle sınırlı değildir. Kaslar, hematolojik sistem, akciğer, kalp, göz, böbrekler ve damarlar gibi birçok organ ve sistemi etkileyebilir⁴³.

Eklem bulguları akut, subakut veya kronik başlangıçlı olabilir. Hastaların yaklaşık %70'inde birkaç hafta ve ay arasında değişen sinsi bir başlangıç

gözlenmektedir. Klinik hastalık ortaya çıkmadan 5 yıl kadar önce RA hastalarının hemen hemen yarısında RF ve ACPA antikollarına rastlanmıştır. Bu durum hastalığın sinsi gelişiminin göstergesidir¹⁷. Hastaların bazılarında ateş, halsizlik, kilo kaybı, yorgunluk gibi konstitüsyonel semptomlar eklem bulgularına eşlik edebilir⁴⁴.

2.1.5.1. Eklem bulguları

RA sinoviyal eklemlerin herhangi birini tutabilen inflamatuvar bir hastalıktır. İlk zamanlarda eklemlerde hafif ağrı, şişlik ve hassasiyet olabilir. Eklemlerde ısı artışı olabilir ancak kızarıklık seyrekdir. Hastaların önemli bir yakınması sabah tutukluğudur. Bu belirti uyku ve uzun süren istirahat sonrası eklemler ve çevresinde gelişen tutukluk hissi olarak tanımlanır, eklem ağrısının inflamatuvar karakterde olduğunu gösterir. Sabah tutukluğu, bir saatten daha uzun, hatta günün geç saatlerine kadar sürebilir⁴⁵.

Hastalık çoğunlukla metakarpofalangeal eklem (MKF), proksimal interfalangeal eklem (PİF) ve metatarsofalangeal eklem (MTF) başta olmak üzere el bilekleri, ayak bilekleri, kalça ve omuz eklemlerini tutmaktadır. Erken tanı ve tedavi tutulan eklem sayısının azalmasını sağlar. Daha az sıklıkla geç dönemde temporomandibular, krikoaritenoid ve sternoklaviküler eklemleri tutabilir. Aynı zamanda RA hastaları osteoporoz açısından risk altında olup erken tanı ve tedavi açısından akılda bulundurulmalıdır. Esas tutulum bölgesi ellerdir ve RA'nın neden olduğu deformite ve eklem kısıtlılığının önemli bir oranı ellerdeki hasara ve fonksiyon kaybına bağlıdır. Tipik olarak hastalık PİF ve MKF eklemlerinde şişlik ile başlar. Distal interfalangeal (DİF) eklemler nadiren tutulurlar. DİF eklemlerde tutulum olması RA tanısından uzaklaştırır. El bileği ekleminin sinoviti RA'nın neredeyse olmazsa olmaz bulgusudur ve hareket kısıtlılığına, deformiteye ve median sinir sıkışmasına (karpal tünel sendromu) yol açabilir. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte klasik geç dönem deformiteleri gelişir. Bunlar; el sırtının kas atrofisi sonucu iç bükey bir görünüm kazanması, MKF eklemlerde subluksasyon, parmakların MKF eklemlerden itibaren ulnar tarafa doğru sapmaları (ulnar deviasyon), PİF eklemlerde hiperekstansiyon ve DİF eklemlerde fleksiyon ile kendini belli eden kuğu boynu deformitesi veya bunun tam tersi olan düğme iliği deformitesi ve baş parmakta Z deformitesi olarak tanımlanan şekil bozukluklarıdır⁴⁵.

Büyük eklemlerden; dizlerin, ayak bileklerinin, dirseklerin, kalçaların ve omuzların tutulumu sıktır. Dirsek eklemının sinoviti erken dönemde fleksiyon kontraktürüne neden olabilir¹⁹. Diz eklemi, hastaların %15'inde ilk olarak tutulur. İnflamasyonlu sinoviyum bazen popliteal fossaya doğru uzanarak burada şişlik geliştirir (Baker kisti)⁴⁵. Aksiyel tutulum sıklıkla üst servikal omurga ile sınırlıdır. Lomber omurga tutulumu görülmez¹⁹.

2.1.5.2. Eklem Dışı Bulgular

Eklem dışı hastalık belirtileri RA'lıların %40'ında görülür. RA popülasyonunda şiddetli eklem dışı hastalık insidansı tahmini olarak 1/100 hasta/yıldır. Özellikle vaskülit, perikardit, plörit, amiloidoz ve Felty sendromu gibi eklem dışı hastalık bulguları olan hastaların, eklem dışı bulguları olmayan hastalarla kıyaslandığında daha düşük hayat beklentisine sahip oldukları gözlenmektedir⁴⁶. Sigara içimi ve HLA DR4 geni varlığı eklem dışı bulguların gelişeceğinin işaretidir^{47,48}.

Subkutan Nodüller

Dirsek ekstansör yüzeyi, el sırtı, oksipital bölge, sakrum, aşil tendonu gibi bası noktalarında daha sık bulunan sert, ağrısız, birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişen boyutta olabilen ve sıklıkla alttaki periosta yapışık, az hareketli şişliklerdir⁴⁵. RA'lı hastaların %20-30'unda bulunur, hemen her zaman serumda RF(+) olan hastalarda bulunur¹⁹. Nodüller romatoid hastalığın düzeyinin ve şiddetinin göstergesidir⁴⁵.

Pulmoner Tutulum

Plevral tutulum yaygındır fakat asemptomatiktir. Erkeklerde kadınlara oranla etkilenme daha fazladır. Otopsi çalışmalarında RA'lı hastaların %50'den fazlasında plevral tutulum saptanmasına rağmen klinik bulgu veren sadece %10 civarındadır⁴⁷. RA'da gözlenen plevral efüzyon eksuda yapısındadır⁴⁹.

Romatoid nodüller akciğer parankiminin periferinde yerleşmeye meyillidir ve genelde semptomatik değildir. Seropozitif RA'lı hastalarda bulunmakla birlikte altta yatan romatoid hastalığın tedavisi ile pulmoner nodüllerde sıklıkla düzelme görülür¹⁰.

RA'da diffüz interstisyel pulmoner fibrozis; başlangıçta yama tarzında alveolar infiltrasyon olarak görülürken, hastalık ilerledikçe daha fazla retikülonodüler şekle dönmeye başlar. RA'daki akciğer komplikasyonları arasında çok nadir olarak pulmoner arterit, büzüşmüş akciğer sendromu ve primer pulmoner hipertansiyon gelişebilir⁵⁰.

Kardiyak Tutulum

RA'da perikardit en sık bulgudur ancak genellikle semptomatik değildir. RA'daki elektrokardiyografik değerlendirmeler ve otopsi çalışmaları hastaların %50'sinde perikardiyal inflamasyonun olduğunu ortaya koymuştur⁵¹.

Nonspesifik miyokardit genellikle asemptomatiktir. RA'da sistolik fonksiyon normal iken diyastolik fonksiyon bozukluğu görülmektedir⁵². Ayrıca ileti sistemini etkileyen fibrozis ve nodül gelişimi de görülebilir. Kapak tutulumu genellikle hemodinamik bozukluğa neden olmaz. Koroner arterlerde de romatoid vaskülitte bağlı olarak tutulum görülebilir¹⁰.

Göz Tutulumu

RA'da en yaygın göz tutulumu keratokonjunktivitis sikkadır ve genellikle hastaların %10'ununda görülür. Hastalık şiddeti ile ilişkili değildir. Semptomları gözlerde yanma, yabancı cisim hissi ve mukoid akıntıya kadar değişkenlik gösterir. Tedavisi semptomatiktir¹⁰.

Daha seyrek olarak sklerit görülür. Kötü seyirlidir ve görmeyi etkiler. RA'nın hastalık aktivitesi ile ilişkili bulunmuştur. Patolojisi RA nodülüne benzer ama aselülerdir. Tedaviye dirençlidir⁴⁵.

Nörolojik Tutulum

Diffüz sensorimotor nöropati veya mononöritis multipleks şeklinde oluşan periferik nöropati, RA'lı hastaların küçük bir alt grubunda görülür. Periferik tuzak nöropatileri, lokal sinovitin şiddeti ve derecesi ile ilişkilidir; ancak süresine, eklem-dışı bulguların şiddetine bağlı değildir. Median, ulnar, tibialis posterior ve radial sinirin posterior interosseöz dalı en çok etkilenen sinirlerdir¹⁰. C1-C2 vertebralardaki sinovit zamanla subluksasyona ve bunun sonucu olarak nörolojik bulgulara neden olur.

Hematolojik Tutulum

RA'daki anemi multifaktöriyel nedenlere bağlıdır. Demir kullanımı bozulmuştur, bu da serum demirinde ve transferrin saturasyonunda düşüşe yol açar. Kan kaybı, beslenmenin kötü oluşu, hemodilüsyon, araya giren enfeksiyonlar, ilacın indüklediği hemolitik anemi veya kemik iliği baskılanması gibi eşlik eden durumlar olmadıkça, genellikle anemi normokrom, normositerdir. Trombositoz aktif RA'nın sık görülen bir bulgusudur. Aktif RA'da lenfadenopati sık görülmekle birlikte normal popülasyonla karşılaştırıldığında, RA'da non-Hodgkin lenfoma riskinde artış izlenmektedir⁵³.

RA'lı hastalarda splenomegali ve lökopeninin birlikte bulunması Felty sendromu olarak tanımlanmaktadır. Bacak ülserleri, hepatomegali, lenfadenopati, trombositopeni eşlik edebilir. Bu hastalarda enfeksiyona yatkınlık vardır. HLA DR4 pozitif kişilerde daha yaygın gözlenmektedir⁴⁵.

Renal Tutulum

RA'da renal tutulum çok nadirdir. Renal biyopsi yapılan bir RA çalışmasında; nefrotik sendromlu hastalarda gözlenen en sık bulgu amiloidoz olmasına rağmen, RA'lı hastalarda en yaygın gözlenen histopatolojik bulgu mezangial glomerülonefrit olmuştur⁵⁴.

Romatoid Vaskülit

RF pozitifliği olan şiddetli RA hastalarında görülür, hemen hemen tüm organları etkileyebilir¹⁹. Romatoid vaskülitli olan hastalarda genellikle yüksek titrede RF, kriyoglobulin, dolaşımda immün kompleksler ve düşük kompleman düzeyi tespit edilmiştir⁵⁵. Klasik olarak küçük damar vaskülitidir. Sıklıkla tırnak dibi kapillerlerinde tromboz, parmak uçlarında infarktlar ve bacak ülserleri görülür¹⁰.

2.1.6. Laboratuvar

Tanı, klinik belirti ve bulgulara göre konulur; laboratuvar ise tanıyı desteklemede veya hastalığın seyrini değerlendirmede kullanılır⁴⁵.

RF varlığı RA için spesifik değildir. Sağlıklı popülasyonun %5'inde de pozitif saptanır. Yerleşmiş hastalığın tanımlandığı RA'lı hastaların %60-80'inde

RF pozitif bulunmaktadır. Yüksek titrede RF tespit edilen hastalarda RA seyri daha ağır olmakta ve eklem dışı belirtiler daha yaygın görülmektedir⁴⁵.

Birçok bağımsız çalışmada RA için ACPA'nın en spesifik serolojik belirteç olduğu kesin olarak kabul görmüştür. Hastalığın erken aşamasında mevcuttur ve klinik bulgular ortaya çıkmadan önce de saptanabilir⁵⁶. ACPA'nın varlığı ve titresini ile RA'nın aktivite ve şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Birçok çalışma ACPA'nın prognostik değerini ortaya koymuştur⁵⁷.

Aktif hastalıkta ESH'de yükselme, akut faz proteinlerinden özellikle CRP ve serum amiloid A düzeyinde artma, albumin düzeyinde azalma görülebilir. CRP yüksekliği kötü prognoz göstergesidir⁴⁵.

Sinoviyal sıvının vizkozitesinde sıklıkla azalma görülür. Protein içeriği artar, glukoz konsantrasyonu normal kalır veya hafifçe azalır. Lökosit sayısı 5000/µl ile 50000/µl arasında değişkenlik gösterir, polimorfonükleer lökositler hakimdir¹⁹.

2.1.7. Radyolojik Bulgular

Hastalığın erken dönemlerinde eklem grafileri ile tanı koymak genellikle mümkün değildir. Grafiler fizik muayenede saptadığımız simetrik yumuşak doku şişliğini gösterir. Ön-arka pozisyondaki düz grafilerde ellerde özellikle PİF ve MKF, ayaklarda ise MTF eklem çevrelerinde periartiküler osteopeni görülebilir. Kıkırdak hasarlanması nedeniyle eklem aralığında daralma izlenebilir. Hastadan hastaya değişmekle birlikte en erken triquetrum ve psiform kemikler ile ulnar stiloidde ve daha sonra MKF ve PİF eklem köşelerinde erozyonlar saptanabilir ve erozyonlar giderek büyüyerek ve bazen birleşerek kistler meydana getirebilir. Erken dönem erozyonları tespit etmekte ultrasonografi ve MRG direkt grafiden daha duyarlıdır. Kemik sintigrafisi; hastalığın tanısı ve dağılımını göstermede yararlıdır ancak rutin kullanımda yeri yoktur^{19,45}.

2.1.8. Hastalık Aktivasyon Değerlendirilmesi

RA tedavisinin planlanması ve tedavinin takibinde hastalık aktivitesinin belirlenmesi önemlidir. Klinik Hastalık Aktivite İndeksi (CDAI), Basitleştirilmiş Hastalık Aktivite Skoru (SDAI) ve Hastalık Aktivite Skoru (DAS-28) hastalık aktivitesini belirlemekte kullanılan ölçeklerdir⁵⁸. CDAI, hastalık aktivitesini belirlerken akut faz cevabını kullanmaz. Yapılan bir çalışmada CDAI, SDAI ve

DAS-28 düzeyleri birbirleriyle korele bulunmuştur⁵⁹. DAS28 (Disease Activity Score 28) RA hastalarında 28 eklem muayenesi sonucunda hassas ve şiş eklem sayılarının belirlenmesi, hastanın son 1 haftalık zaman zarfında hastalık ile ilgili olarak değerlendirdiği 0-100 arasındaki genel sağlık durumu ve ESH (mm/saat cinsinden) veya CRP değerlerinin özel bir formüle yerleştirilmesi ile hesaplanan RA hastalık aktivite ölçeklerinden biridir. DAS-28 skoru <2.6 olanlar remisyonda, $2.6 \leq \text{DAS-28} < 3.2$ olanlar hafif hastalık aktivitesi, $3.2 \leq \text{DAS-28} \leq 5.1$ olanlar orta hastalık aktivitesi, $\text{DAS-28} > 5.1$ olanlar yüksek hastalık aktivitesine sahip kabul edilmektedir.

2.1.9. Tedavi

Tedavinin amaçları; ağrıyı gidermek, eklemlerdeki ve diğer bölgelerdeki inflamasyonu baskılamak, eklem hasarını durdurmak veya yavaşlatmak, eklem fonksiyonlarını korumak ve sistemik tutulumu kontrol etmektir¹⁹.

Hastalığın erken döneminde tedavi yanıtı daha iyidir. Hastalık süresi bir yıldan az olanların %53'ü tedaviye daha iyi yanıt verirken, daha uzun süre hastalığı olanlarda yanıt oranı azalmıştır⁶⁰.

Tedavide etki mekanizmaları farklı olan pek çok ilaç hastanın kliniği, prognostik faktörleri ve kontrendike durumlar göz önünde bulundurularak tek başlarına veya kombine olarak kullanılır. Ancak henüz hastalığı tamamen yok eden bir tedavi şekli mevcut değildir. Süreğen seyirli bir hastalık olması nedeniyle tedavinin de süreğen olması gerekmektedir¹⁰.

Tedavide kullanılan ilaçlar 3 ana gruba ayrılır. Bunlar NSAİİ, Ks ve DMARD'dır.

RA tedavisinde kullanılan DMARD grubu ilaçlar Tablo 2'de belirtildiği şekilde sınıflandırılır⁶¹ :

Tablo 2. DMARD grubu ilaçların sınıflaması.

✓	Sentetik DMARD'lar; Metotreksat, Leflunomide, Hidroksiklorokin, Sulfasalazine, Altın tuzları, Cyclosporin A, Azathiopürin, Takrolimus
✓	Anti-TNF'ler; İnfliksımab, Etanercept, Adalimumab, Sertolizumab, Golimumab
✓	B hücreyi hedefleyen tedaviler; Rituksımab (Anti-CD20 MoAb)
✓	T hücrelerini hedefleyen tedaviler; Abatsept (CTLA-4 füzyon proteini)
✓	IL-6 reseptörünü hedef alan tedaviler; Tocilizumab
✓	Hedefe yönelik sentetik DMARD: Tofasitinib
✓	Biyobenzerler

2.2.Tedaviye Uyum

2.2.1.Tanım

Tedaviye uyum sergilenen davranış etkisinin, tedavinin beklenen standardına oranı olarak tanımlanır. Kompliyans terimi farmakolojik tedaviye uyumun yanı sıra hasta ve hastalıkla ilişkili değişkenler, tedavi süresi, diğer psikososyal özellikler gibi tedaviyi etkileyen diğer etmenlere uyumu da içine alır⁶². Literatürde tedaviye uyum genel olarak, “hastaya reçete edilmiş tıbbi tedavinin uygulanması” olarak belirtilir.

Tedaviye bağlılık; kişinin yaşam tarzını, davranışlarını, beslenmesini, ilaç alma şeklini sağlık çalışanlarının önerdiği şekilde yerine getirmesidir. Sağlık çalışanı-hasta ilişkisinin en optimum göstergesi olan bağlılık esas olarak hasta ve sağlık çalışanı arasındaki işbirliğine dayanır. Bağlılık hastanın tedaviyi benimseyip tedaviye devam etmesini ifade eder⁶.

İlaç rejimlerine uyumsuzluk (noncompliance) veya ilaca uzun dönemde bağlı kalmama (nonadherence) ise; hasta merkezli bir terimdir. Doktorun ifade ettiği şekliyle önerilere uyulmaması anlamına gelir. Tedavi uyumsuzluğu hastalığın şiddetinden ve çeşidinden bağımsız görülebilen yaygın bir sorundur⁶².

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2003 yılı verilerine göre kronik hastalıklarda uzun dönem ilaç tedavisine uyum yaklaşık %50'dir. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde daha da azdır. Bu durum uzamış ek hastalıklara sebep olmaktadır⁶. Günlük alınan ilaç sayısı ile tedavi bağlılığı arasında ters orantı vardır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 2002 verilerine göre ölüm sebepleri arasında 4.sırada tedaviye bağlı kalmama bulunmaktadır. Tedaviye uyumda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal faktörlerin rolü vardır. Tedaviye bağlılığı etkileyen faktörlerin bilinmesi uyumun artırılması açısından önemlidir⁶³. Bir hastalığın etkili tedavisi için tedavi rejimine uyum önemli bir yer tutar⁶⁴. Tedaviye uyum tedavi maliyetini düşürmekle birlikte hastalığın seyrini etkileyen bir faktör olarak kabul görmektedir⁶⁵.

İlaç uyumsuzluğu üç şekilde olabilir:

- 1) İlacı gereken miktardan daha fazla dozda kullanma
- 2) İlacı gereken miktardan daha az kullanma
- 3) Süresi dolmuş ilaçları kullanma

2.2.2. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Tedaviyi uygulayan hekim, sosyal çevre, tedavinin kendisi gibi birçok etmen tedaviye uyumu etkilemektedir.

Tedaviye uyumu zorlaştıran faktörler^{52,66,67}:

- Tedavi rejimlerindeki zorluklar (polifarmasi, günde birçok kere ilaç alımı)
- Yan etkiler (erken dönemde başlayan subjektif rahatsızlık hissine yol açan etkiler)
- Yararlı etkinin yavaş ve geç başlaması
- Hasta ve yakınlarına yeterince bilgi verilmemesi
- Psikopatolojik durumlar (zeka gerilikleri, organik mental bozukluklar, görme ve işitme bozuklukları, ümitsizlik, inkar)
- Hasta-hekim ilişkisinden kaynaklanan sorunlar
- Tedaviye birden fazla hekimin karışması
- İnsan hataları

Hastaya ilişkin faktörler: Hastanın yaşının, sosyal statüsünün ve iç görüsünün tedavi uyumunu etkilediği demografik verilerle ortaya konulmuştur.

İleri yaş ve kronik hastalık sayısında artış ile hastaların uyum problemlerinin arttığı gözlenmiştir. Polifarmasi ve yaşlılarda hafıza bozukluklarının bunda rolü olduğu düşünülmüştür. Hastalığın kendisi de uyumu bozan bir faktör olabilir⁶⁶. Hastanın tedaviye uyumunda bilgi, eğitim, istek ve motivasyon da önemli bir yer tutar⁶.

Hekime ilişkin faktörler: Hastaların çoğu hekimin otoriter ve hastanın endişelerini dikkate almayan tutumundan hoşnut değildir. Hastalar genellikle hekimlerin kendilerine ayıracak fazla zamanları olmadığını düşünürler bu nedenle tedavinin detaylarını sormaktan çekinirler. Tedavinin sürdürülmesinde hasta-hekim ilişkisi çok önemlidir. Bu nedenle hekimin sıcak, yumuşak ve soru sorulmasına izin verici bir tutum sergilemesi tedavi uyumu açısından önemli bir yer tutar. Hekimlerin hastalarına ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında yeterli bilgi vermesi, hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında eğitilmesi ile tedaviye uyumun artırıldığı saptanmıştır⁶⁷.

Hastanın çevresine ilişkin faktörler: Hastanın sosyal ve terapötik çevresinden kaynaklanan faktörlerdir. Hastanın yaşadığı çevrede "ilaç almanın problemleri çözmeyeceği" fikrine inanç varsa uyumsuzluk riski artar. Hastanın ailesinin tutumu, eski tecrübeleri ve dini inançları bu konuda belirleyicidir. Hastanede yatan hastalar evdekilere göre tedaviye daha iyi uyum gösteren hastalardır⁶².

Tedavinin kendisine ilişkin faktörler: Uygulama şekli ve yan etkiler gibi ilacın kendisinden kaynaklanan etkilerdir. Etkilerini çabuk gösteren ilaçlara uyum, geç gösterenlere göre daha fazladır. Tedavide basit doz uygulamaları seçilmelidir. Hastanın uyumunu sağlamada en garantili yol parenteral uygulama ve depo preparatların tercih edilmesidir.

İlaçla ilgili faktörler CMAG-1(Case Management Adherence Guidelines)'e göre şunlardır⁶:

- 1) Artan günlük doz sayısı ve polifarmasi
- 2) Aynı zamanda kullanılan ilaç sayısının artması
- 3) Gerçekten var olan ya da algılanan hoş olmayan yan etkilerin varlığı
- 4) Uzun dönem tedavi (özellikle önleyici tedavi)

Kompleks, tedavi süresinin uzun olduğu ve maliyetin yüksek olduğu rejimlerde ilaç uyumsuzluğu daha sıktır. Hastanın sağlıkla ilgili olan inançları da tedaviye bağlılık ile ilgili önemli faktörlerden biridir⁶⁴. Kronik hastalıkları ve

polifarmasisi olan hastaların ayaktan tedavilerinde hasta tedavi rejimini tam olarak anlamasa da, bu rejimin kendisine faydalı olacağına inanıyorsa tedaviye uyum oranının arttığı görülmüştür. Bu durum tedavi uyumunda sağlık inanışlarının ne kadar önemli olduğunun göstergesidir⁶⁸.

2.2.3. Medikasyon Uyumunu Kontrol Etme Yöntemleri

Hasta uyumunu izlemeye yönelik geniş kabul görmüş altın standart bir yöntem yoktur. Uyumu ölçebilen güncel yöntemlerin bazı kısıtlamaları vardır⁶⁹. Son zamanlarda yapılan araştırmalarla hasta uyumunu gözlemleyebilecek yeni yöntemler ortaya konulmuştur. Bu yöntemlerden biri de 'ilaç izlem sistemi' dir. Hasta uyumunu izlemede umutlandıran potansiyel bir yöntemdir^{70,71}. Hasta uyumunu izlemede kullanılabilen çeşitli yöntemler direkt ve indirekt yöntemler olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 3)⁷². Her metodun kendine has dezavantajları vardır. Bundan dolayı tedavi uyumunu değerlendirmek için birden çok yaklaşım kullanmak tek yöntem kullanmaktan daha yararlıdır.

İlaç uyumunu ölçmede kullanılan ilaçların sayılması, anket uygulama ve dispanserlerin elektronik ilaç hesaplarının kullanılması gibi birçok metod olmakla birlikte bunların hiçbirisi ilaç uyumunu değerlendirme tek başına yeterli değildir. Bilgisayardan sağlanan ilaç kayıtları ve anket verilerinin birlikte değerlendirmeye alınması en uygun yaklaşımdır⁷³.

Tablo 3. Medikasyon uyumunu kontrol etme yöntemleri⁷¹.

YÖNTEM	PROSEDÜR	AVANTAJ	DEZAVANTAJ
Biyokimyasal markerlar (Direkt Yöntem) ⁷⁴	İdrar ve serum gibi vücut sıvılarında ilaç konsantrasyonlarının analizi ^{75,76}	Daha doğru ve güvenilir yöntem ⁷⁴	Ayrı ayrı ilaç analizleri Pahalı Bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmaz. 24-48 saatlik ilaç uyum durumunu yansıtır. Yarılanma ömrü uzun olan ilaçları tespit eder ^{75,76}
İlaç sayımı (İndirekt yöntem) ⁷⁷	Sağlık hizmeti sunan tarafından kalan hapların veya boş striplerin sayımı ve kontrolü ⁷⁸	Ekonomik ve basit yöntem	İlaçların doz ve zamanına uyumu değerlendiremez. Hastalar vizit öncesi haplarını rejime uymuş görünmek için atabilir. Hasta yanlarında tüm ilaçları getirebilir bu da değerlendirmeyi kompleks veya imkansız hale getirir ⁷⁹
Reçetelerin takibi (indirekt yöntem) ^{72,80}	Yazılan ilaçların sıklığı ile yazılan güncel reçeteleri kıyaslama ^{72,80,81}	Ekonomik yöntem	Eğer hasta eczaneye ilaçlarını almaya gitmemişse hasta uyumsuz demektir. Doğru izleme ve belgeleme sistemine gereksinim duymaktadır ^{80, 81}
Terapötik sonuç ölçütleri (indirekt yöntem) ⁷⁶	Objektif ölçüm (antihipertansif alan hastalarda kan basıncının monitörizasyonu) ⁸²	Kolay değerlendirme	Güvenilir bir yöntem değildir. Özel bir tedaviye cevapta bireysel farklılıklar olduğundan iyi uyum olsa bile hastanın terapötik sonuçları iyi çıkmayabilir ⁷⁶ .

Hastanın kendi bildirimini (indirekt yöntem) ^{83, 84}	Hastalara doğrulanmış anketler kullanarak ilaç kullanımını hakkında sorular sormak	Ekonomik ve basit yöntemdir.	Uyum oranının yanlış yüksek hesaplanması. Bu yöntem uyumsuzluğu belirlemede uyumu belirlemeden daha yararlıdır ^{69,85} .
Günlük tutma (İndirekt yöntem) ^{83,86}	Hastalar ilaç alım aktivitelerini sağlık hizmeti verenlerin sağladığı profesyonel bir günlüğe kaydederler.	Direkt hastayı etkiler, basit ve ekonomiktir.	Uyum oranının yanlış yüksek hesaplanması Hasta bilgiyi değiştirebilir. Sosyokültürel düzeyi düşük toplumlarda uyumu değerlendiremez ⁸³
Medikasyon izlem sistemi (İndirekt yöntem) ⁸⁷	Bir mikroelektronik çip ilaç şişesinin açıldığı tarih ve saati kaydeder. Bu bilgi uyumu kontrol etmek üzere bilgisayara kaydedilir ^{88,72} .	Uyumun sürekli izlemi mümkündür. Doz aralık hataları ve kaçırılmış dozların sıklığı gibi tamamlayıcı davranışlar hakkında bilgi elde edilebilir ^{88,72} .	Şişenin her açılımı hastanın hapi alması olarak kabul edildiğinden hastanın ilacı alması veya atması noktasında garanti yoktur. Ekonomik bir yöntem değildir.
Klinisyenin kararı (İndirekt yöntem) ⁷⁶	Klinisyen hastanın uyumunu kendisi tespit	Basit yöntem	Klinisyen sıklıkla uyumu olduğundan fazla hesaplamaya eğilimlidir. Uyum sadece klinisyenin kararına ve tecrübesine bağlıdır ⁷⁶ .

Uygulanan ilaç uyum anketi, hastanın tedaviye uyumunu iyi değerlendirmesi için şu spesifik soruları kapsamalıdır:

- 1) Hastanın ilaçların kullanım talimatını anlayıp, anlamadığı
- 2) Unutkanlık olup, olmadığı
- 3) Hastanın tedaviyi niye aldığını bilip, bilmediği
- 4) Hastanın sağlık konusunda inançları ve sosyal desteği

Türkçe MMÖ kısa, kolay uygulanabilir, güvenilir bir testtir. Motivasyon ve bilgi düzeyini ayrı ayrı değerlendirebilme özelliğine sahiptir. Bu ölçeğin kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede oldukça

faydalı olduğu saptanmıştır. Orijinal MMÖ üç araştırmacı tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilerek sonuçta araştırmacıların üzerinde uzlaştıkları ve geri çeviri ile doğruluğu gösterilmiş olan Türkçe MMÖ'nün son hali oluşturulmuştur (Tablo 4)⁸⁹. Anket 6 sorudan meydana gelmektedir. Sorular Evet/Hayır olarak yanıtlanmış olup değerlendirmede; 2 ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini ifade etmektedir⁸⁹.

Tablo 4. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları.

Soru	Motivasyon	Bilgi
1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?	Evet(0) Hayır(1)	
2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?	Evet (1) Hayır(0)	
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?		Evet(0) Hayır(1)
4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?		Evet(0) Hayır(1)
5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?		Evet(1) Hayır(0)
6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?	Evet (0) Hayır(1)	

2.3. Hastalık Algısı

2.3.1. Hastalık Algısına Dair Genel Bilgiler

Algı, bireyin duyuları ve olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürmek amacı ile yorumlaması ve düzenlemesi olarak ifade edilir⁹⁰. Kişilerin hastalık kavramına ilişkin algısı birçok faktörle ilişkilidir. Bireylerin hastalığı yorumlama şekli, ona yüklediği anlamlar, hastalık süreci, hastalık dönemleri boyunca kazandığı tecrübeler, içeri alınmış veriler, psikopatoloji ve baş etme yolları gibi birçok etmen kişilerin hastalık algısının şekillenmesini sağlar⁸.

Hastalık algısı her bireye göre farklı şekillerde yaşanır ve bu farkı yaratan birçok etmenin kişinin tepkisinin oluşmasında belirleyici rolü vardır. Bireylerin hastalıklarına ilişkin algısının oluşmasında cinsiyet, yaş, kazanılmış tecrübeler, başa çıkma yolları, kültürel etkenler ve hastalığa yol açan genetik yatkınlık gibi birçok etmenin rolü vardır. Kişinin hastalığına yönelik değerlendirmeleri hastalık süreci boyunca devam eder. Bu değerlendirmeler içerisinde hastalığının mevcut durumu ve süreciyle alakalı baskın olan bir algısı yer alır⁸.

Hastalık algısı, hastalık halinin bilişsel görüntüsüdür. Kişiler, herhangi bir hastalık tanısı aldığı zaman, genellikle bu tehdide karşı bilişsel modeller üretirler ve bu durum zihinsel ifadelerin cevaplarını oluşturur⁹¹.

Bununla birlikte kişiler bazı mantık hataları yaparak kendisini ve yaşanan olayları değerlendirir. Böylece kendilik algısındaki “hak etmiyorum”, “yetersizim”, “hatalıyım” gibi çarpıtmalardan, çevrenin “beni reddediyorlar”, “benden çok şey istiyorlar”, “beni mahrum bırakıyorlar” gibi çarpık algılanmasından ve “her şey boş”, “anlamsız”, “umut yok” gibi geleceğe yönelik karamsar bir bakış açısından oluşan bilişsel üçgen meydana gelir⁹²⁻⁹⁴. Kişinin hastalığına dair fikri ya kendi ya da yakınlarının tecrübelerine dayanır, bu nedenle hastalıkla ilgili bu geçmiş tecrübeler mevcut hastalığa yanıtı etkiler. Geçmişteki tecrübeler sağlık ve hastalık hakkında beklentilere, bazı inançların gelişmesine neden olur. Hastayı ciddi ölçüde etkileyen hastalık hakkındaki inançların bazıları şunlardır;

- Fiziksel hastalıklar zamanla sınırlıdır ve genellikle süreleri kısadır.
- Rahatsızlıklar ilaç tedavisi ile hafifletilebilir.
- Hastalıkların çoğu tıbbi bakımı gerektirmez.

- Sağlık bakımı verenlere danışmak aşırı bir önlemdir.
- Hekimler daima bozukluğu önleyebilir ve hastalığı iyileştirebilir.
- Sağlıklı olmak kişinin herhangi bir özel çabasını gerektirmez.
- Sağlığın kötü olması kişinin hatasıdır⁹⁵.

Hastalığın aniden ya da yavaş başlaması, belirti süreci, oluş biçimi gibi etmenler kişinin hastalığa tepkisini etkileyen unsurlardır. Fiziksel hastalığa psikolojik cevapla ilgili ilk stres faktörü hastalığın belirtilerinin tanınması veya hastalığın teşhisidir. Bu durumda birey artık kendini hasta olan biri olarak tarif eder. Hazırlanmaya fırsat vermeden ortaya çıkan hastalık nedeniyle kişinin yaşam değişimleriyle başa çıkması güçleşir. Bazen de kişi bu hastalığa hazırlanma sürecinde ortaya çıkan belirtileri görmezden gelir. Tepkiyi etkileyen önemli etmenlerden biri de kişinin hastalığıyla ilgili bilgi düzeyidir. Çünkü hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olunması bireyin hastalık hakkındaki tepkilerini olumlu yönde etkiler hastalıkla baş etmesini kolaylaştırır. Buna karşın bilginin azlığı veya yokluğu anksiyete düzeyinin artmasına yol açarak hastanın tedaviye uyumunu zorlaştırır, sonuç olarak hastanın iyileşmesi gecikir⁹⁶.

2.3.2. Hastalık Algısının Bileşenleri

Hastaların mental modeller geliştirme yolu hakkında tutarlı modelleri bulunmaktadır. Önceki çalışmalar 5 ana bileşen saptamıştır:⁹⁷

- Hastalığın kimliği
- Nedensel inanışlar
- Zamansal inanışlar
- Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar
- Sonuçlar

Hastalık algısının etkileyici tarafı, benzer hastalıklara ya da sorunlara sahip olan hastaların birbirinden değişik algılarının olması ve bu algıların bazı hastaları yanlış yollara yönlendirebilmesidir⁹⁷.

2.3.2.1. Hastalığın kimliği

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarla olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar. İnsanların çoğu besin zehirlenmesi ya da

soğuk algınlığı gibi sık görülen hastalıklarla ilişkili çeşitli belirtileri bilmektedir fakat başka hastalıklara gelince fikirleri belirsizdir. Buna rağmen hastalar tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu belirtilerle ilgili zamanla inanışlar geliştirirler. Kimlik bileşeninin önemli yanı, hastalığın belirtileriyle ilgili bakış açısı, tedaviyi planlayan tıbbi elemanların bakış açısından çok farklı olabilir. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkilerini ya da hiç ilişki bile olmasa görülen belirtileri yanlış yorumlayabilirler⁹¹.

2.3.2.2. Nedensel inanışlar

Hastalar tanı konulmasının hemen ardından neden bu hastalığın görüldüğüne dair inanışlar geliştirmeye başlarlar. Hastalıklar ile ilgili sık yapılan yorumlar ise stres veya hava kirliliği gibi sağlığı olumsuz etkileyen durumlar üzerinedir⁹⁸.

Nedensel inanışlar, hastaların kendi durumları nedeniyle araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede veya mantıklı yollarla hastalığını kontrol altında tutması için yapılması gereken davranış değişikliklerinde önemli rol oynarlar. Örneğin; kalp hastası olan biri hastalığının sigara içmek ya da çok yağlı beslenmek gibi kötü sağlık koşullarıyla ilişkili olduğunu düşünüyorsa bu davranışlarını değiştirmek için çalışacaktır. Hastalığının stres ilişkili olduğunu düşünüyorsa işini bırakacaktır⁹⁹. Başka hastalıklarda özellikle kişi hastalığından ötürü kendini suçluyorsa nedensel inanışlar duygusal cevap üzerinde etkili olmaktadır. Nedeni bilinmeyen hastalıklar, kanser ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklarda kendini suçlamanın derecesi daha yüksek olabilir⁹⁸.

2.3.2.3. Zamansal inanışlar

Zamansal inanışlar akuttan kroniğe doğru değişim göstermektedir. Örneğin hipertansiyon hastalarında görüldüğü gibi hastalar hastalıklarını son zamanlarda yaşadıkları aşırı strese bağlayabilirler. İlaç alımı ile zamansal inanışlar arasındaki ilişki önemlidir. Akut hastalar ile kronik hastalar karşılaştırıldıklarında akut hastalar ilaçlarını ve tedavilerini daha erken bırakma eğilimi sergilemektedir⁹¹.

2.3.2.4. Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar

Zamansal ve nedensel ilişkiler kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlarla doğrudan bağlantılıdır. Kontrol inanışı genellikle hastanın kişisel kontrole ne kadar hassas olduğu ve tedavi ile ne kadar kontrol edilebileceğiyle ilişkilidir. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilidir⁹¹.

2.3.2.5. Sonuçlar

Hastanın hastalığının sonucu hakkındaki algısı son bileşeni oluşturur. Bu durum işte, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik durumunda yaşayacağı etkileri içermektedir. Çoğu zaman hastalığın sonucu hakkındaki fikirleri, hastalığın ciddiyeti hakkındaki objektif klinik belirteçlerle zayıf ilişkili subjektif algılamaya bağlıdır. Sonuçlar bileşeni; kişinin hastalığının şiddetine ilişkin inançları ile fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine muhtemel etkilerine ilişkin inançlarını araştırmaktadır⁹⁴.

2.3.3. Hastalık Algısını Değerlendirmek

2.3.3.1. Hastalık Algısı Ölçeğinin Gelişimi

Bireylerin hastalık algılarının incelenmesi, 1960'larda sağlık tehditlerinin iletilmesine ilişkin araştırmalardan kaynaklandı. Leventhal ve arkadaşları¹⁰⁰ bireylerin algılanan sağlık tehdidine cevap verme sürecini tanımlamak için özdenetim modelini geliştirmiştir.

Erken araştırmalar, hastalığın bilişsel temsilde beş boyut belirlemiştir: kimlik (hastalığın bir parçası olduğuna inanılan semptomlar), sonuçlar (beklenen etkiler ve hastalığın sonucu), neden (hastalığın sebebi hakkında kişisel fikirler), zaman çizelgesi (hastalığın ne kadar süreceğine dair inanç) ve tedavi veya kontrol (hastalığın algılanan kontrol edilebilirliği ve tedavinin etkinliği)^{100,101}. Hastalığa yüklenen anlamları anlamak, hastalığın oluşturduğu psikolojik bozuklukların tedavisinde bireysel ve kültürel olarak daha etkili olabilmek açısından Hastalık Algısı Ölçeği'nin kullanımı önemli rol oynar. Özellikle kanser tedavisi alan hastalarda bu veriler sayesinde psikiyatrik sorunlarda kullanılan bilişsel tedavinin etkinliği arttırılacak, klinisyenin hastayı daha iyi anlamasına ve hastaya daha fazla yardım etmesine olanak sağlayacak ve böylelikle hastanın hastalığa uyumu arttırılmış olacaktır.

2.3.3.2. Hastalık Algısı Ölçeğinin Gözden Geçirilmesi

Orijinal ölçeğin başarısının devamında Moss-Morris ve ark. (2002) Hastalık Algı Ölçeği (HAÖ)'nin içerdiği boyutlarda yenileme gerektiren önemli alanları belirlemişlerdir. Kimlik bölümünün, hastaların hastalıklarına verdikleri anlamları yeteri kadar temsil etmediği tespit edilmiştir. Orijinal akut/kronik zaman çizelgesi alt ölçeğinin güvenilirliğini artırarak ve ikinci olarak da bir döngüsel zaman çizelgesi alt ölçeğini ekleyerek algılanan hastalık zaman çizelgesini değerlendirme yeteneğini geliştirmiştir¹⁰². Yenilenen ölçeğe duygusal temsillerin ölçümünün eklenmesi HAÖ'nün yenilemesinde en önemli hususlardan biridir. Leventhal ve ark. (1984) kişilerin sağlıkla ilgili tehditlerde paralel bilişsel ve duygusal temsiller geliştirdiklerini ileri sürmüşlerdir. Ölçeğin orijinal haline duygusal durum dâhil edilmemiş, duygusal temsillerin duyguyla ilgili başa çıkma metotları ve sonuçları ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür¹⁰³.

Hastalık Algısı Ölçeğinin yeni haline 6 maddelik bir duygusal temsil ölçeği ilave edilmiştir. En son yenilenen ölçekte hastalık üzerindeki kişisel kontrol ve tedavi kontrolünün farkı da belirtilmiştir. Ölçeğin yapısı orijinal haline benzer kalmıştır ancak daha kapsamlı ve daha kolay anlaşılır bir dil kullanılmıştır. Moss-Morris ve ark. (2002) ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliğini birçok akut ve kronik durumda test etmiştir. Yapılan faktör çözümlenmesiyle yeni ilave edilen boyutların ve diğer boyutların (zamansallık-akut/kronik, zamansallık-döngüsel, ciddi sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller) yapı geçerliliğini desteklemiştir. KHAÖ dokuz maddeden oluşmaktadır (Tablo 5). Her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktadır. Katılımcılar her maddeye sıfır ile on arasında bir puan vermektedir. Ölçeğin ilk sekiz maddesi; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedaviye inanç, şikâyetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme şeklindeki algıları belirler. Bu sekiz maddeye verilen puanlar hesaplanarak hastalık algısı skoru sağlanır. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. KHAÖ'nün dokuzuncu maddesinde hastalara hastalıklarının nedeni olarak inandıkları faktörlerin ne olduğu sorulur^{104,105}.

Tablo 5. Kısa Hastalık Algı Ölçeği.

KISA HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:

Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç etkilemiyor										yaşamımı ciddi ölçüde etkiliyor	
Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
çok kısa süre										ömür boyu	
Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
kesinlikle hiçbir kontrolüm yok										tamamen kontrolüm altında	
Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yardımcı değil										oldukça yardımcı	
Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiçbir şikayetim olmuyor										çok ciddi şikayetlerim oluyor	
Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç endişeli değilim										çok endişeliyim	
Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç anlamadım										çok net anladım	
Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
duygusal olarak hiç etkilemiyor										duygusal olarak çok etkiliyor	
Lütfen hastalığınıza sebep olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü (olayı) düzenli bir şekilde listeleyin. Benim için en önemli sebepler :											
1.											
2.											
3.											

2.3.4. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar

Hastalık algısıyla hastalıkların ciddi sonuçlarının arasındaki ilişkinin giderek kuvvetlendiğine dair deliller mevcuttur. Negatif hastalık algısı olan hastalarda hiçbir patoloji olmasa bile bu durumun hastayı daha az rahatlattığı yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur. Spesifik hastalıklar için genetik risk faktörü olan hastalarda, risk durumlarının anlaşılmasında ve riski azaltma

olanaklarını sağlamada, durumlarıyla ilgili inanışları nedeniyle başarı sağlanamamıştır.

Hastalığın kazanç ya da fırsat olarak algılanmasında hastalık; bilinçli veya bilinçsiz olarak ekonomik sıkıntılardan, kişiler arası zor durumlardan, sosyal rollerin sorumluluklarından ve isteklerden muafiyet ve dinlenme manasına gelebilmektedir. Bu kavram hastalıktan birincil veya ikincil kazanç içerir ve bu durumda tedaviye uyumsuzluk oldukça sıktır. Bu gibi durumlarda kişinin hasta rolüne sınımsız sarıldığı görülür. Hastalık ceza olarak algılandığında sıklıkla depresyon, utanç, öfke biçiminde duygusal tepkiler ortaya çıkar. En önemli sorun suçluluk duygusunun varlığı ve derecesidir. Kayıp olarak algılayan birey ise hastalığını sağlığın, düzenin, bağımsızlığın, yaşamın kaybı ve yeti yitimi olarak algılar ve bu bireylerde sosyal izolasyon, içe çekilme, yas, depresyon gibi bulgular oluşabilir⁸.

Hastalık deneyimi kişiden kişiye farklılık gösterir. Farkı yaratan birçok unsurun kişinin tepkisinin oluşmasında belirleyici rolü vardır¹⁰⁶. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin algısı, yorumu ve değerlendirmeleri; ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkilerini, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişmesini, yaşam kalitesini belirleyen unsurdur. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla birçok araştırma yapılmıştır. Sonuç olarak iç kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalık seyrinin daha iyi olduğu gözlenmiştir¹⁰⁷. Kronik hastalıklar hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın neden olduğu zorluklara bağlı olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir¹⁰⁸.

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmamız Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı'nda Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22/02/2018 tarihli ve 2018/80 numaralı onayı alınarak prospektif bir çalışma olarak yapılandırıldı. Nisan 2018 - Aralık 2018 tarihleri arasında yürütüldü.

Vakalar; Nisan 2018 - Aralık 2018 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Romatoloji Polikliniğine başvuran 18 yaş üstü, 2010 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre RA tanısı almış, en az 6 aylık süre boyunca ilaç kullanan RA'lı hastalar arasından seçildi. Sözel iletişim kuramayan, anket formunu anlayıp yanıtlayabilecek düzeyde mental kapasiteye sahip olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya 102'si kadın ve 18'i erkek olmak üzere toplam 120 hasta dahil edildi. Veri toplama sürecinde "Kişisel Bilgi Formu", "Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ)" ve "Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)" kullanıldı. Çalışmanın uygulama yöntemi olarak "yüz yüze görüşme tekniği" benimsendi. Tüm çalışma süreçleri ve veri kayıtları tek yürütücüyle gerçekleştirildi.

Çalışmaya dahil edilen vakalara, önce araştırmacı tarafından literatür gözden geçirilerek geliştirilmiş, uzman görüşleri alınarak son hali oluşturulmuş ve 19 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK-1) uygulandı. Katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ekonomik durum, sağlık güvencesi gibi sosyodemografik bilgilerin yanı sıra RA tanı tarihi, birlikte yaşadığı kişi varlığı, kendi yaşında biriyle kıyasladığında sağlığını nasıl değerlendirdiği, sahip olduğu ek hastalıklar, RA hastalığına yönelik kullandığı ilaç sayısı ve adları, kullandığı ilaçların doktor önerisiyle olup olmadığı soruldu. Ardından yanlarında getirdikleri ilaç kutularına bakılarak sonuçlar kaydedildi. İlaçları doğru doz ve zamanda kullanıp kullanmadığı, oral alınan ilaçları birlikte içip içmediği sorularak ilaç kullanımı ile ilgili uygunsuzluklar ve ilaç kullanım hataları kaydedildi. İlaçların kullanımına, yan etkilerine yönelik bilgi alıp almadığı, ilaç prospektüsünü okuyup okumama durumu, reçete edilip evde kullanmadığı ilaçların olup olmadığı, ilaç kullanırken sorun yaşama ve yardım alma durumu, ilaç sağlamada sorun yaşayıp yaşamadığına yönelik sorular sorularak sonuçlar kaydedildi.

Daha sonra ilaç alım davranışlarını öngörmeye elverişli, motivasyon ve bilgi düzeyini ayrı ayrı değerlendirebilen kısa, kolay uygulanabilen güvenilir bir test olan MMÖ uygulandı (Tablo 4). MMÖ 6 soru içermektedir. Anketteki soru 1, 2 ve 6; unutkanlık ve dikkatsizliği ölçmektedir. Motivasyonun belirleyicisi olduğu ve bu nedenle uyum açısından motivasyonu etkileyeceği düşünüldü. Soru 3, 4 ve 5 ise hastaların ilacı kesip kesmediğini ve devamlı tedavinin uzun dönem yararlarını anlayıp anlamadığını değerlendirmektedir. Bu soruların bilginin belirleyicisi olduğu ve uyumu bilgi açısından etkileyeceği düşünüldü. MMÖ'deki tüm sorular "evet" "hayır" şeklinde cevaplanmaktaydı. Soru 1 ve 6 da "hayır" cevabı 1 puan, "evet" cevabı 0 puan almaktayken 2. soruda "hayır" cevabı 0, "evet" cevabı 1 puan almaktaydı. Bu da motivasyon alanı için 0-3 aralığında bir skora ulaşmaktaydı. Eğer hastanın toplam puanı 0-1 aralığında ise motivasyon alanı "düşük" olarak değerlendirildi. Eğer puan >1 ise motivasyon alanı "yüksek" olarak değerlendirildi. Bilgi alanında 3 ve 4. sorular için "hayır" cevabı 1 puan alırken, "evet" cevabı 0 puan aldı. 5. soruda "hayır" cevabı 0, "evet" cevabı ise 1 puan aldı. Bunun sonucunda bilgi alanı için 0-3 arası bir skor elde edildi. Bir hastanın toplam skoru 0-1 arası ise bilgi alanı "düşük", >1 ise "yüksek" olarak değerlendirildi.

Ardından bu vakalara KHAÖ uygulandı (Tablo 5). KHAÖ dokuz madde içermektedir. Her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktadır. Katılımcılar her maddeye sıfır ile on arasında bir değer verdi. Ölçeğin ilk sekiz maddesi; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedaviye inanç, şikâyetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme şeklindeki algıları belirliyordu. Bu sekiz maddeye verilen değerler hesaplanarak hastalık algısı skoru elde edildi. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. Kısa Hastalık Algı Ölçeği'nin dokuzuncu maddesinde vakalara hastalıklarının nedeni olarak inandıkları faktörlerin ne olduğu soruldu.

Anket verileri önce Microsoft Excel tablosuna kaydedildi, daha sonra SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile istatistiksel analizler yapıldı. Vakaların farklı parametreler bağlamındaki skor değerleri arasındaki ortalamalar ve korelasyon düzeyi eşleştirilmiş gruplar arasındaki farkların testi (Paired-Samples T Test) ile hesaplandı ve ortalamalar arasındaki

anlamlılık Pitman-Morgan testi ile kontrol edildi. Anlamlılık düzeyi olarak; 0,05'in altındaki p değerleri anlamlı kabul edildi. Ayrıca bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki toplu etkisi çoklu regresyon ve korelasyon analizleri ile değerlendirildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya çoklu ilaç kullanan 120 yetişkin vaka dahil edilmiş olup, bunların 102'si kadın 18'i erkekti. Tüm vakaların yaş ortalamasının; $55,7 \pm 11,9$ (18-85) yıl olduğu görüldü. Kadın vakaların yaş ortalaması $54,8 \pm 12,1$ (18-85) yıl, erkek vakaların yaş ortalaması ise $60,6 \pm 10,0$ (46-78) yıl olarak tespit edildi. Vakaların cinsiyete göre yaş dağılımları Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Vakaların cinsiyet ve yaş gruplarının dağılımı.

		Cinsiyet				TOPLAM	
		Kadın		Erkek			
		n	%*	n	%*	n	%*
Yaş grupları	18-65 yaş	84	82,4	13	72,2	97	80,8
	66-79 yaş	15	14,7	5	27,8	20	16,7
	≥80 yaş	3	2,9	0	0	3	2,5
TOPLAM		102	100	18	100	120	100

*sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyet ve medeni durumuna göre dağılımına bakıldığında kadın vakaların büyük çoğunluğunun (%83,3) erkek vakaların ise tamamının (%100) evli olduğu tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Vakaların cinsiyet ve medeni durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet				TOPLAM	
		Kadın		Erkek			
		n	%*	n	%*	n	%*
Medeni Durum	Evli	85	83,3	18	100	103	85,8
	Dul	8	7,8	0	0	8	6,7
	Bekar	9	8,8	0	0	9	7,5
TOPLAM		102	100	18	100	120	100

*sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyet ile eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında kadınların çoğunun (%43,1) ilkokul mezunu, erkeklerin ise çoğunun ilkokul (%38,9) ve üniversite (%38,9) mezunu olduğu görüldü (Tablo 8).

Tablo 8. Vakaların cinsiyet ve eğitim durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet				TOPLAM	
		Kadın		Erkek			
		n	%*	n	%*	n	%*
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	17	16,7	0	0	17	14,2
	İlkokul mezunu	44	43,1	7	38,9	51	42,5
	Ortaokul mezunu	13	12,7	0	0	13	10,8
	Lise mezunu	18	17,6	4	22,2	22	18,3
	Üniversite mezunu	10	9,8	7	38,9	17	14,2
TOPLAM		102	100	18	100	120	100

*sütun yüzdesi

Tüm vakaların ortalama RA tanı süresi $8,8 \pm 7,7(1-30)$ yıl olarak tespit edildi. Vakaların cinsiyete göre RA tanı süresi dağılımı Tablo 9'da belirtildi.

Tablo 9. Vakaların cinsiyet ve RA tanı süresi dağılımı.

		Cinsiyet				TOPLAM	
		Kadın		Erkek			
		n	%*	n	%*	n	%*
RA tanı süresi aralıkları	≤1 yıl	15	14,7	4	22,2	19	15,8
	2-5 yıl	28	27,5	5	27,8	33	27,5
	6-10 yıl	25	24,5	5	27,8	30	25,0
	≥11 yıl	34	33,3	4	22,2	38	31,7
TOPLAM		102	100	18	100	120	100

*sütun yüzdesi

Vakalarda; birlikte yaşanan kişilerin varlığının ilaç kullanım davranışı üzerine muhtemel etkisi “Birlikte yaşadığınız kişiler var mı?” sorusuyla

araştırıldı. Erkeklerin tamamında kadınların çoğunda birlikte yaşanan kişilerin mevcut olduğu tespit edildi (K:%94,1, E:%100) (Tablo 10).

Tablo 10. Vakaların 'cinsiyet' ve 'birlikte yaşadığı kişi' durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet				TOPLAM	
		Kadın		Erkek			
		n	%*	n	%*	n	%*
Birlikte yaşadığınız kişiler var mı?	Evet	96	94,1	18	100	114	95,0
	Hayır	6	5,9	0	0	6	5,0
TOPLAM		102	100	18	100	120	100

*sütun yüzdesi

Vakalarda; kendi sağlık durumlarına dair algılarının, ilaç kullanım davranışı üzerine muhtemel etkisi “Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuyla araştırıldı. Vakaların çoğunda (K:%48,0, E:%61,1) algılanan sağlık durumu iyi olarak belirtildi. Kadın vakaların %18,6’sı sağlığını kötü olarak değerlendirirken erkeklerde bu oran %0 olarak tespit edildi (Tablo 11).

Tablo 11. Vakaların cinsiyet ve sağlık algılamalarının dağılımı.

		Cinsiyet				TOPLAM	
		Kadın		Erkek			
		n	%*	n	%*	n	%*
Sağlık durumunuzu değerlendirirsiniz	Mükemmel	1	1,0	1	5,6	2	1,7
	İyi	49	48,0	11	61,1	60	50,0
	Pek iyi değil	33	32,4	6	33,3	39	32,5
	Kötü	19	18,6	0	0	19	15,8
TOPLAM		102	100	18	100	120	100

*sütun yüzdesi

Vakaların kullandığı ilaçların dağılımına bakıldığında; 69 hastanın metotreksat, 52 hastanın steroid, 52 hastanın hidroklorokin, 23 hastanın

sulfasalazin, 18 hastanın leflunomid, 5 hastanın anti-TNF, 4 hastanın azatioprin kullandığı görüldü (Tablo 12).

Tablo 12. Vakaların kullandığı ilaçların dağılımı.

	n	%*	% ⁺
Metotreksat	69	30,9	57,5
Steroid	52	23,3	43,3
Hidroksiklorokin	52	23,3	43,3
Sulfasalazin	23	10,3	19,2
Leflunomid	18	8,0	15
anti-TNF	5	2,2	4,2
Azatioprin	4	1,9	3,3
TOPLAM	223	100,0	

*toplam ilaçlar içerisindeki ilaç yüzdesi

⁺ toplam vakalar içerisindeki ilaç kullanım yüzdesi

Kullanılan ilaç sayısına bakıldığında vakaların 42'sinin bir adet ilaç, 55'nin iki adet ilaç, 17'sinin üç adet ilaç, 4'nün dört adet ilaç, 2'sinin ise beş adet ilaç kullandığı görüldü (Tablo 13).

Tablo 13. Kullanılan ilaç sayısı.

	n	%*
1	42	35,0
2	55	45,8
3	17	14,2
4	4	3,3
5	2	1,7
TOPLAM	120	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların kullandığı ilaçların doktor reçetesi ile alınma durumu sorgulandığında bütün vakaların doktor reçetesi ile ilaçlarını aldığı gözlemlendi (Tablo 14).

Tablo 14. Vakaların kullandığı ilaçların doktor reçetesi ile alınma durumu.

	Kullanılan ilaç miktarı	
	n	%*
Doktor Reçetesi Var	223	100,0
Doktor Reçetesi Yok	0	0,0
TOPLAM	223	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanma durumları sorgulandığında; vakaların sadece 9'u önerilen dozda kullanmadığını ifade etti (Tablo 15). İlaçları önerilen dozda kullanmama sebepleri sorgulandığında; 9 vakanın 5'i faydası olmadığını düşündüğü için, 4'ü ise yan etki nedeniyle ilaçlarını önerilen dozda kullanmadığını ifade etti (Tablo 16).

Tablo 15. Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanma durumu.

	Kullanılan ilaç miktarı	
	n	%*
Önerilen Dozda Kullanıyor	214	95,9
Önerilen Dozda Kullanmıyor	9	4,1
TOPLAM	223	100,0

*sütun yüzdesi

Tablo 16. Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanılmama nedenleri.

	Kullanılan ilaç miktarı	
	n	%*
Faydası Olmadığını Düşünüyor	5	55,6
Yan Etkisi Nedeniyle	4	44,4
TOPLAM	9	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların ilaçları önerilen zamanda kullanma durumuna bakıldığında %96,9 oranında önerilen zamanda kullanıldığı görüldü (Tablo 17). Önerilen

zamanda kullanmama nedenleri; %71,5 oranında faydalı olmadığı düşüncesi, %28,5 oranında unutkanlık olarak gözlendi (Tablo 18).

Tablo 17. İlaçların önerilen zamanlarda kullanılma durumu.

	Kullanılan ilaç miktarı	
	n	%*
Önerilen Zamanda Kullanıyor	216	96,9
Önerilen Zamanda Kullanmıyor	7	3,1
TOPLAM	223	100,0

*sütun yüzdesi

Tablo 18. İlaçların önerilen zamanda kullanılmama nedenleri.

	Kullanılan ilaç miktarı	
	n	%*
Unutkanlık	2	28,5
Faydalı Olmadığını Düşünüyor	5	71,5
TOPLAM	7	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların ilaç prospektüsünü okuma durumu sorgulandı. 120 hastanın 77'si ilaç prospektüsünü okuduğunu ifade etti (Tablo 19). İlaç prospektüsünü okumayan 43 vakanın okumama nedeni sorgulandığında; %51,2'si gerek duymadığını, %37,2'si anlamadığını, %9,3'ü görme problemi nedeniyle okuyamadığını, %2,3'ü doktoruna güvendiği için okumadığını ifade etti (Tablo 20).

Tablo 19. İlaç prospektüslerini okuma durumu.

	n	%*
Evet okurum	77	64,2
Hayır okumam	43	35,8
TOPLAM	120	100,0

*sütun yüzdesi

Tablo 20. İlaç prospektüslerini okumama nedenleri.

	n	%*
Gerek duymuyorum	22	51,2
Anlamıyorum	16	37,2
Görmüyorum (görme problemi)	4	9,3
Doktoruma güveniyorum	1	2,3
TOPLAM	43	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların ilaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin bilgi alma durumu sorgulandığında %63,3'ü bilgi aldığını, %36,7'si bilgi almadığını ifade etti (Tablo 21). Bilgi aldıklarını belirttikleri kaynakları sorgulandığında vakaların %80,3'ü doktordan, %7,8'i eczacıdan, %3,9'u bir yakınından, %3,9'u ilaç prospektüsünden, %2,7'si internetten, %1,3'ü hemşireden bilgi aldığını ifade etti (Tablo 22).

Tablo 21. İlaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin bilgi alma durumu.

	n	%*
Evet bilgi alıyorum	76	63,3
Hayır bilgi almıyorum	44	36,7
TOPLAM	120	100,0

*sütun yüzdesi

Tablo 22. İlaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin kimden bildiklerinin dağılımı.

	n	%*
Doktordan	61	80,3
Eczacıdan	6	7,8
Bir yakınımdan	3	3,9
Prospektüsten	3	3,9
İnternetten	2	2,7
Hemşireden	1	1,3
TOPLAM	76	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların ilaç kullanımı sırasında unutma sorunu yaşama durumlarına bakıldığında büyük çoğunluğunun (%81,7) unutma sorunu yaşamadığı görüldü (Tablo 23). Unutma sorunu yaşayanların bu soruna yönelik çözümleri Tablo 24'te gösterilmektedir.

Tablo 23. Vakaların ilaç kullanırken unutma sorunu yaşama durumu.

	n	%*
Unutma sorunu yaşıyorum	22	18,3
Unutma sorunu yaşamıyorum	98	81,7
TOPLAM	120	100,0

*sütun yüzdesi

Tablo 24. Vakaların unutma sorununa yönelik çözümleri.

	n	%*
Hatırlayınca içiyorum	7	31,8
Unuttuğum hapi ertesi gün içiyorum	6	27,3
Eşim hatırlatıyor	4	18,3
Hatırlatıcı saat kullanıyorum	1	4,5
Yanımda taşıyorum	1	4,5
Komşum hatırlatıyor	1	4,5
Çocuğum hatırlatıyor	1	4,5
Tarihli kutu kullanıyorum	1	4,5
TOPLAM	22	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların ilaç kullanımı sırasında fiziksel sorun ve/veya motor fonksiyon bozukluğu yaşama durumlarına bakıldığında %97,5'i sorun yaşamadığını belirtti (Tablo 25). Sorun yaşayanların tamamının bu soruna yönelik çözümleri; ilaçlarını yakınının vermesi şeklinde olduğu görüldü (Tablo 26).

Tablo 25. Vakaların ilaç kullanımı sırasında fiziksel/motor sorun yaşama durumu.

	n	%*
Evet	3	2,5
Hayır	117	97,5
TOPLAM	120	100,0

*sütun yüzdesi

Tablo 26. Vakaların fiziksel/motor soruna yönelik çözümleri.

	n	%*
İlacı yakınım veriyor	3	100,0
TOPLAM	3	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların ilaç kullanımı sırasında yan etki sorunu yaşama durumu irdelendiğinde vakaların 107'si sorun yaşamadığını ifade etti (Tablo 27). Sorun yaşayan vakaların soruna yönelik çözümleri Tablo 28'te belirtildi.

Tablo 27. Vakaların ilaç kullanımı sırasında yan etki sorunu yaşama durumu.

	n	%*
Evet	13	10,8
Hayır	107	89,2
TOPLAM	120	100,0

*sütun yüzdesi

Tablo 28. Vakaların yan etki sorununa yönelik çözümleri.

	n	%*
Çözümüm yok	3	2,5
Mide koruyucu kullanıyorum	3	2,5
İlacı bıraktım	3	2,5
Kendiliğinden geçti	1	0,8
Aç karına içiyorum	1	0,8
Tok karına içiyorum	1	0,8
Enjeksiyon formuna geçtim	1	0,8
TOPLAM	13	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların hastalık algılarını değerlendirmek için KHAÖ uygulandı. Tüm vakalar için KHAÖ skoru; ortalama $41,84 \pm 11,4$ (19-68) olarak tespit edildi. KHAÖ skoru; minimum skor 19, maksimum skor 68 olarak bulundu.

KHAÖ skoruna göre vakaların; 19-30, 31-40, 41-50, 51-60, 60-68 skor aralıklarına göre dağılımı Tablo 29’da sunuldu. Vakaların %30,8’i 31-40 skor aralığına sahipken; 60 üstü skor aralığına sahip vaka oranı en az (%6,7) olarak saptandı.

Tablo 29. Vakaların KHAÖ skor aralıklarına göre dağılımı.

Skor aralığı	n	%*
≤ 30	20	16,7
31-40	37	30,8
41-50	33	27,5
51-60	22	18,3
>60	8	6,7
TOPLAM	120	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların MMÖ motivasyon skoru ve MMÖ bilgi skoruna göre dağılımları Tablo 30 ve Tablo 31’te sunuldu. Vakaların %87,5’inin yüksek motivasyon düzeyine, %90’ının yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görüldü.

Tablo 30. Vakaların MMÖ motivasyon skoruna göre dağılımı.

	n	%*
Düşük motivasyon düzeyi (MMÖ motivasyon skoru ≤ 1)	15	12,5
Yüksek motivasyon düzeyi (MMÖ motivasyon skoru > 1)	105	87,5
TOPLAM	120	100,0

*Sütun yüzdesi

Tablo 31. Vakaların MMÖ bilgi skoruna göre dağılımı.

	n	%*
Düşük bilgi düzeyi (MMÖ bilgi skoru ≤ 1)	12	10,0
Yüksek bilgi düzeyi (MMÖ bilgi skoru > 1)	108	90,0
TOPLAM	120	100,0

*Sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyet, yaş ve medeni durumları ile KHAÖ skor ortalamalarının, MMÖ motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi durumlarının dağılımı Tablo 32'de sunuldu.

Tablo 32. Vakaların cinsiyet, yaş ve medeni durumları ile KHAÖ* skor ortalamaları, MMÖ** motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi durumlarının dağılımı.

	n (%) ⁺	KHAÖ skor ortalaması (ort.±SD ⁺⁺ (aralık))	MMÖ motivasyon düzeyi		MMÖ bilgi düzeyi	
			Düşük motivasyon düzeyi n (%) ⁺	Yüksek motivasyon düzeyi n (%) ⁺	Düşük bilgi düzeyi n (%) ⁺	Yüksek bilgi düzeyi n (%) ⁺
Cinsiyet		P > 0,05	P > 0,05		P > 0,05	
Kadın	102(85,0)	42,4±11,2(19-68)	13 (86,7)	89 (84,8)	9 (75,0)	93 (86,1)
Erkek	18(15,0)	38,9±12,7(19-62)	2 (13,3)	16 (15,2)	3 (25,0)	15 (13,9)
TOPLAM	120 (100,0)	41,8±11,4(19-68)	15 (100,0)	105 (100,0)	12 (100,0)	108 (100,0)
Yaş aralıkları		p > 0,05	p > 0,05		p > 0,05	
18-65	97 (80,8)	42,2±10,9(19-64)	14 (93,3)	83 (79,0)	8 (66,7)	89 (82,4)
66-79	20 (16,7)	39,4±13,5(20-68)	0 (0,0)	20 (19,9)	3 (25,0)	17 (15,7)
≥80	3 (2,5)	45,3±14,1(29-54)	1 (6,7)	2 (1,9)	1 (8,3)	2 (1,9)
TOPLAM	120 (100,0)	41,8±11,4(19-68)	15 (100,0)	105 (100,0)	12 (100,0)	108 (100,0)
Medeni durum		p > 0,05	p > 0,05		p > 0,05	
Evli	103 (85,8)	42,3±11,9(19-68)	13 (86,7)	90 (85,7)	10 (83,3)	93 (86,1)
Dul	8 (6,7)	38,9±8,2(28-52)	1 (6,7)	7 (6,7)	1 (8,3)	7 (6,5)
Bekar	9 (7,5)	39,6±7,5(29-51)	1 (6,7)	8 (7,6)	1 (8,3)	8 (7,4)
TOPLAM	120 (100,0)	41,8±11,4(19-68)	15 (100,0)	105 (100,0)	12 (100,0)	108 (100,0)

*KHAÖ: Kısa Hastalık Algı Ölçeği

**MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği

⁺ sütun yüzdesi

⁺⁺SD: Standart sapma

Çalışmamızda cinsiyete göre KHAÖ skor ortalaması kadınlarda 42,4±11,2, erkeklerde 38,9±12,7 bulundu. Kadın vakaların 89'unun, erkek vakaların 16'sının yüksek motivasyon düzeyine sahip olduğu görüldü. Kadınların 93'ü, erkeklerin ise 15'i yüksek bilgi düzeyine sahipti. Sonuçlarımız vakaların cinsiyet ile KHAÖ skor ortalaması, MMÖ motivasyon düzeyi ve bilgi düzeylerinin arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir (p>0,05).

Yaş aralıklarına göre bakıldığında KHAÖ skor ortalaması 80 yaş üstünde en yüksek olduğu (45,3±14,1) ve 66-79 yaş arasında en düşük olduğu

(39,4±13,5) saptandı. Yaş aralıkları ile KHAÖ skor ortalaması arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Tüm yaş aralıklarında yüksek motivasyon düzeyi ve yüksek bilgi düzeyine sahip kişi sayısı daha fazla olarak saptandı. Aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Medeni durum ile KHAÖ skor ortalaması dağılımına bakıldığında en yüksek puan (42,3±11,9) evli olan grupta saptandı. Evli, dul ve bekar grupların hepsinde yüksek motivasyon düzeyi ve yüksek bilgi düzeyine sahip kişi sayısı daha fazla olarak izlendi. Medeni durum ile KHAÖ skor ortalaması, MMÖ motivasyon düzeyi ve bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Vakaların eğitim durumu, RA tanı süresi ve kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ skor ortalaması, MMÖ motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi durumlarının dağılımı Tablo 33'te sunuldu.

Vakaların eğitim durumu ile KHAÖ skor ortalamasının dağılımına bakıldığında; skorun okuryazar olmayan grupta en yüksek olduğu (47,2±7,2), lise mezunu ve üniversite mezunu olan grupta ise en düşük olduğu (36,8±11,8 ve 38,6±11,4) görüldü. Aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Tüm mezuniyet gruplarında yüksek motivasyon düzeyi ve yüksek bilgi düzeyine sahip kişi sayısı daha fazla olarak izlendi. Eğitim durumu ile MMÖ motivasyon düzeyi ve bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

RA tanı süresi ile KHAÖ skor ortalamasının dağılımına bakıldığında ilk 10 yıl için hastalık süresi arttıkça KHAÖ skor ortalamasının azaldığı saptandı. Ancak 11 yıl ve üstü hastalık süresine sahip olanlarda KHAÖ skor ortalaması en yüksek saptandı (44,5±12,0). Aralarındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). RA tanı süresi ile MMÖ motivasyon düzeyi ve bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ skor ortalamasının dağılımına bakıldığında kullanılan ilaç sayısı arttıkça (1-4 ilaç kullananlar) KHAÖ skor ortalamasının arttığı saptandı. Ancak 5 ilaç kullananlarda KHAÖ skor ortalaması en düşük olarak (31,0±11,3) saptandı. Aralarındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Kullanılan ilaç sayısı ile MMÖ motivasyon düzeyi ve bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 33. Vakaların eğitim durumu, RA tanı süresi ve kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ* skor ortalamaları, MMÖ** motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi durumlarının dağılımı.

	n (%) ⁺	KHAÖ skor ortalaması (ort.±SD ^{**} (aralık))	MMÖ motivasyon düzeyi		MMÖ bilgi düzeyi	
			Düşük motivasyon düzeyi n (%) ⁺	Yüksek motivasyon düzeyi n (%) ⁺	Düşük bilgi düzeyi n (%) ⁺	Yüksek bilgi düzeyi n (%) ⁺
Eğitim durumu		P < 0,05	P > 0,05		P > 0,05	
Okuryazar değil	17 (14,2)	47,2±7,2(34-62)	2 (13,3)	15 (14,3)	4 (33,3)	13 (12,0)
İlkokul mezunu	51 (42,5)	42,4±11,8(19-68)	6 (40,0)	45 (42,9)	3 (25,0)	48 (44,0)
Ortaokul mezunu	13 (10,8)	41,3±10,6(21-62)	4 (26,7)	9 (8,6)	2 (16,7)	11 (10,2)
Lise mezunu	22 (18,3)	36,8±11,8(19-56)	2 (13,3)	20 (19,0)	0 (0,0)	22 (20,4)
Ünv. mezunu	17 (14,2)	38,6±11,4(20-64)	1 (6,7)	16 (15,2)	3 (25,0)	14 (13,0)
TOPLAM	120(100,0)	41,8±11,4(19-68)	15 (100,0)	105 (100,0)	12 (100,0)	108 (100,0)
RA tanı süresi (yıl)		P < 0,05	P > 0,05		P > 0,05	
≤1 yıl	19 (15,8)	43,1±13,4(19-62)	4 (26,7)	15 (14,3)	4 (33,3)	15 (13,9)
2-5 yıl	33 (27,5)	40,7±10,3(20-64)	5 (33,3)	28 (26,7)	1 (8,3)	33 (29,6)
6-10 yıl	30 (25,0)	39,0±9,9(20-60)	5 (33,3)	25 (23,8)	2 (16,7)	28 (25,9)
≥11 yıl	38 (31,7)	44,5±12,0(19-68)	1 (6,7)	37 (35,2)	5 (41,7)	33 (30,6)
TOPLAM	120(100,0)	41,8±11,4(19-68)	15 (100,0)	105 (100,0)	12 (100,0)	108 (100,0)
Kullanılan ilaç sayısı		P < 0,05	P > 0,05		P > 0,05	
1	42 (35,0)	37,7±10,6(19-56)	2 (13,3)	40 (38,1)	2 (16,7)	40 (37,0)
2	55 (45,8)	43,6±11,3(20-68)	8 (53,3)	47 (44,8)	5 (41,7)	50 (46,3)
3	17 (14,2)	45,6±10,7(25-63)	5 (33,3)	12 (11,4)	4 (33,3)	13 (12,0)
4	4 (3,3)	51,0±9,1(40-62)	0 (0,0)	4 (3,8)	1 (8,3)	3 (2,8)
5	2 (1,7)	31,0±11,3(23,39)	0 (0,0)	2 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,9)
TOPLAM	120(100,0)	41,8±11,4(19-68)	15 (100,0)	105 (100,0)	12 (100,0)	108 (100,0)

*KHAÖ: Kısa Hastalık Algı Ölçeği

**MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği

⁺ sütun yüzdesi

^{**}SD: Standart sapma

KHAÖ'de hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler sorgulandığında; stresin en sık (%36,1) hastalığa neden olan faktör olarak belirtildiği bunu sırasıyla genetik (%25,2), çok çalışmak (%7,1) beslenme alışkanlığı (%5,7) ve depresyonun (%5,2) izlediği görüldü (Tablo 34).

Tablo 34. Vakaların KHAÖ'de sorulan 'hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz faktör nedir' sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler	n	%*
Stres	56	%36,1
Genetik	39	%25,2
Çok çalışmak	11	%7,1
Beslenme alışkanlığı	9	%5,7
Depresyon	8	%5,2
İklim	6	%3,8
Nedeni yok	5	%3,2
Enfeksiyon	4	%2,5
Ev işleri	4	%2,5
Yaşlanmak	3	%1,8
Hormonal etki	2	%1,3
Komorbid hastalık	1	%0,7
Trafik kazası geçirmek	1	%0,7
Takıntılı olmak	1	%0,7
Çocuk bakmak	1	%0,7
Menopoz	1	%0,7
Ekonomik nedenler	1	%0,7
Çoklu ilaç kullanımı	1	%0,7
Sigara içmek	1	%0,7
TOPLAM	155	%100

*Sütun yüzdesi

Vakaların MMÖ motivasyon düzeyi, MMÖ bilgi düzeyi ile KHAÖ skorlarının dağılımı Tablo 35'te sunuldu.

Tablo 35. Vakaların MMÖ⁺ motivasyon düzeyleri, bilgi düzeyleri ve KHAÖ⁺⁺ skorlarına göre dağılımı

	Vaka sayısı n (%) *	KHAÖ skor ortalaması (ort. ± SD (aralık))
MMÖ Motivasyon Düzeyi		p < 0,05
Düşük motivasyon düzeyi (MMÖ motivasyon skoru ≤1)	15 (12,5)	48,4±9,9 (25-64)
Yüksek motivasyon düzeyi (MMÖ motivasyon skoru >1)	105 (87,5)	40,9±11,3 (19-68)
Toplam	120 (100,0)	41,8±11,4 (19-68) **
MMÖ Bilgi Düzeyi		p < 0,05
Düşük bilgi düzeyi (MMÖ bilgi skoru ≤1)	12 (10,0)	47,3±10,6 (30-62)
Yüksek bilgi düzeyi (MMÖ bilgi skoru >1)	108 (90,0)	41,2±11,3 (19-68)
Toplam	120 (100,0)	41,8±11,4 (19-68) **

⁺ MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği

⁺⁺ KHAÖ: Kısa Hastalık Algı Ölçeği

* Sütun yüzdesi

** Tüm vakaların KHAÖ skor ortalaması

Vakaların MMÖ motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi ile KHAÖ skorlarının dağılımına bakıldığında düşük motivasyon düzeyine sahip olan hastaların KHAÖ ortalama skoru (48,4±9,9) yüksek motivasyon düzeyine sahip hastaların KHAÖ ortalama skorundan (40,9±11,3) daha yüksek saptanmıştır. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p < 0,05). MMÖ düşük bilgi düzeyine sahip hastaların KHAÖ ortalama skoru (47,3±10,6) yüksek bilgi düzeyine sahip hastaların KHAÖ ortalama skoruna göre (41,2±11,3) daha yüksek saptanmıştır. MMÖ-bilgi düzeyi ve KHAÖ ortalama skoru arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0,05) (Tablo 35).

5. TARTIŞMA

WHO (World Health Organization; Dünya Sağlık Örgütü) raporuna göre zayıf tedavi uyumu; hem daha kötü sağlık sonuçları hem de artan sağlık bakım maliyetleri açısından kronik hastalık tedavisinin etkinliği üzerinde sorun yaratır¹⁰⁹. Düşük uyum, hastaların toplumdaki işlev yeteneğini etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Buna ek olarak, gerekli tıbbi müdahaleler, hastanede yatış oranları ve hekimlere ziyaretlerin artmasıyla ilişkili maliyetleri de arttırmaktadır¹⁰⁹⁻¹¹².

Kronik bir hastalık olan RA'da, ilaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi önemli olup böylece uygun müdahaleler geliştirilebilir. Hastalık algısı ve ilaçla ilgili düşünceler (hastalıkla ve tedavi için kullanılan ilaçlarla ilgili genel algı), tedaviye uyumu artırma çabalarında önemli stratejik faktörlerdendir.

Romatoid artrit (RA), etiyojisi bilinmeyen, kronik, inflamatuvar, otoimmün, multisistemik bir hastalıktır¹ Klinik olarak, agresif gidişat gösteren RA hastalarının yaklaşık %90'ının 20 yıl içinde klinik olarak sakat kalacağı beklenir². Bu nedenle eklem hasarını önlemek ve kemik bütünlüğünü korumak için genellikle ömür boyu tedavi gereklidir. DMARD, Ks ve NSAİİ; RA tedavisinde yaygın olarak kullanılır ve tedavi rejimleri çoğunlukla karmaşık sonuçlar doğurabilir³. Terapötik başarı, hem ilaç etkinliği hem de tedaviye bağlılıkla ilişkilidir. Bu nedenle; tedavi uyumu, istenen klinik sonuçlar için gereklidir⁴. Tedaviye uyum, tedavi maliyetini düşürmekle birlikte hastalığın seyrini etkileyen önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir⁶⁵.

Literatür gözden geçirildiğinde, RA hastalarında hastalık algısını ele alan yayınlardaki uyumu belirleyen ölçütlerin farklı olduğu gözlenmiş; bu nedenle, uyum oranlarında tutarsızlıklar olduğu saptanmıştır¹¹³⁻¹¹⁶. Huges ve ark.; hastalıktan etkilenme ve hastalığın endişe verici olarak algılanma düzeyini ölçen "Hastalık Algı Anketi"nin (IPQ, Illness Perception Questionnaire) bazı bileşenlerinin ilaç uyumu ile ilişkili olduğunu göstermiştir¹¹⁷. Y.S. Suh ve arkadaşlarının Kore'de yaptığı çalışmada ise hastalık algı anketinin sadece bir bileşeni kasıtlı uyuşmazlık ile ilişkilendirilmiştir. Bu bileşen; hastalığa daha yüksek duygusal cevap ve ilaç gerekliliğine daha düşük inançla ilişkilendirilmiştir. Spesifik olarak RA'ya verilen olumsuz duygusal tepkiler,

ilaçlara uyumsuzluğun nedenlerindedir; olumlu hastalık algısını teşvik etmek bu durumda ilaç uyumunu arttırabilir. Bu bağlamda yaptıkları yorumda; ilaç uyumunun, ilacın gerekliliği konusunda daha büyük bir inanç ve hastalığa daha az duygusal tepki vermenin bir ürünü olduğunu savunmaktadırlar. Bu nedenle de RA hastalarının tedavisinde, uyumu öngörmek için BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire)ve IPQ ölçeklerinin kullanımını önermişlerdir. Böylece hastaların ilaç tedavisi gerekliliği düşük veya hastalığa karşı duygusal tepkileri yüksek puan alırsa, mevcut ilaçların önemi hakkında eğitim vermek ve hastaların ilaçla ilgili inançlarını olumlu yönde değiştirmek için gerekli önlemler alınabileceğini belirtmişler; bu durumda eğitim yoluyla hastalığa duygusal tepkinin hafifletilebileceğini önermişlerdir¹¹⁸.

Çalışmamızda tüm ilaçlar arasında en çok kullanılanı metotreksat (%30,9) olarak saptandı. İkinci sırada hidroklorokin (%23,3) ve steroid (%23,3) yer aldı (Tablo 12). Retrospektif bir çalışmada, reçete edilen ilaçların bağlılık oranlarını etkileyip etkilemediği incelenmiş; ilaç bağlılık oranlarını belirlemek için dolaylı bir yöntem olan ilaç bulundurma oranları kullanılmıştır. İlaç bulundurma oranları, hastanın ilaç tedarik ettiği gün sayısı alınarak ve ilacın reçete edildiği gün sayısına bölünerek hesaplanmış; ilaç türünün ve ilaçların monoterapi (tek ilaç tedavisi) olarak veya diğer ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılmasının ilaç rejimine bağlılığı etkilediği sonucuna varılmıştır¹¹⁹. Sadece metotreksat alan hastalarda, monoterapi olarak sülfasalazin veya infliksimab alan hastalara kıyasla ilacı kesme veya yeni bir ilaca geçme eğilimi daha düşük oranda saptanmıştır¹¹⁹. Treharne ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kortikosteroid kullanımı, daha iyi ilaç uyumu ile ilişkilendirilmiştir¹²⁰. Y.S. Suh ve arkadaşlarının RA'lı hastalarda ilaç ve hastalık algısı konusunda inancın önemini araştırdığı çalışmada; RA'lı hastalarda ilaç uyum oranı %54,1 saptanmıştır. Kasıtlı olmayan uyumsuzluk metotreksat alan hasta grubunda en yüksek oranda saptanmıştır¹¹⁸. Bizim bulgularımızda metotreksat kullanan hasta sayısı 69 (%57,5) idi (Tablo 12); kullanılan ilaçlar arasında en fazla orana sahipti. Bu da hastalarımızda gerek etkinlik yüksekliği gerek yan etki azlığı gerekse kullanım kolaylığı ve sıklığı açısından metotreksatın uyum açısından en iyi potansiyele sahip ilaçlardan biri olduğunu gösterebilir.

Vakaların kullandığı ilaçları doktor reçetesi ile alınma durumu sorgulandığında bütün vakaların doktor reçetesi ile ilaçlarını aldığı gözlemlendi

(Tablo 14). Türkiye’de Esengen ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan yaşlı hastalarda yaptığı çalışmada reçetesiz ilaç kullanma oranı %14,4 olarak bulunmuştur. Bu çalışma spesifik bir hastalık grubunu kapsamamakla birlikte kullanılan ilaçlar kardiyovasküler sistem, sinir sistemi, sindirim sistemi-metabolizma, kas iskelet sistemi, duyu organları, hematolojik sistem, solunum sistemi, endokrin sistem, genitoüriner sistem, antibiyotikler, dermatolojik, antineoplastik ilaçlar olarak gruplandırılmıştır¹²¹. Bu konuda yapılmış diğer bir çalışmada ise, doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullanma oranı %20,0 olarak bulunmuştur¹²². Bu çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızdaki reçetesiz ilaç kullanan vakanın olmamasının nedeni hastaların tümünün sosyal güvencesinin bulunması olabilir.

Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanma durumları sorgulandığında; vakaların %95,9’u önerilen dozda kullanıyordu. Sadece 9 hasta önerilen dozda kullanmadığını ifade etti (Tablo 15). İlaçları önerilen dozda kullanmama sebepleri sorgulandığında; 9 vakanın 5’i faydası olmadığını düşündüğü için, 4’ü ise yan etki nedeniyle ilaçlarını önerilen dozda kullanmadığını ifade etti (Tablo 16). Vakaların ilaçları önerilen zamanda kullanma durumuna bakıldığında %96,9 oranında önerilen zamanda kullanıldığı görüldü (Tablo 17). Önerilen zamanda kullanmama nedenleri; 5 hastada faydalı olmadığı düşüncesi, 2 hastada unutkanlık olarak gözlemlendi (Tablo 18). Elizabeth ve ark.’nın yaptığı ve DMARD reçetelerine bağlılık oranlarının araştırıldığı bir derlemede 10 makale gözden geçirilmiş ve bağlılık oranlarının çalışmalar arasında oldukça değişkenlik gösterdiği saptanmıştır¹²³. Kesitsel çalışmalar, RA hastalarının sadece %58 ila %63.5’inin reçete edilen ilaç rejimlerine bağlı olduğunu bildirmiştir¹¹³⁻¹¹⁵. Buna karşılık, Taal ve arkadaşları, hastaların %93’ünün ilaç rejimlerine bağlı olduğunu bulmuşlardır¹¹⁶. Bu bağlamda Elizabeth ve ark., uyum oranındaki bu tutarsızlıkların yapılan çalışmalarda kullanılan farklı ilaç uyum ölçütlerine (idrar tahlilleri ve ilaç seviyelerinin veya ilacın ürün konsantrasyonlarının ölçümleri, hap sayımları, sağlık hizmeti sağlayıcısı değerlendirmesi ve kendi kendine raporlama, gibi) bağlı olabileceğini belirtmiştir¹²³. Bizim hastalarımızın büyük bir kısmının ilaçlarını önerilen dozda ve önerilen zamanda kullanması bulgusundan yola çıkarak hastalarımızın tedaviye uyumunun yüksek olduğu çıkarımı yapılabilir ancak bu tip ilaç uyumunun anket temelli olarak değerlendirildiği çalışmalarda hasta beyanına

dayanarak yorum yapıldığı için ve hastalar sağlık personeline doğru bilgi vermeyebileceğinden objektif olarak yorum yapmak zordur.

Çalışmaya alınan vakaların %35,8'i ilaç prospektüsünü okumuyordu (Tablo 19). Nedenleri sorgulandığında hastaların çoğu (%51,2) gerek duymadığını ifade etti (Tablo 20). Bazı araştırmacılar, sağlık sağlayıcıları ile iletişiminden memnun olan ve RA hakkında daha fazla bilgiye sahip olan hastalarda tedaviye bağlılığın geliştiğini saptamıştır^{120,124}. Bu bağlamda çalışmamızdaki hastaların prospektüs okumaya gerek duymamasının nedeni; takiplerinin düzenli yapılması, hastalıkları ve ilaç tedavisi etkinliği ile yan etkisi konusunda yeterli şekilde aydınlatılmaları, ilaçla ilişkili hastayı rahatsız edecek belirgin bir yan etki görülmemesi ve/veya teslimiyet duygusu ile ilgili olabilir. Vakalarımızın %63,3'ü ilaç etki ve yan etkileri hakkında bilgi alıyordu (Tablo 21). Bilgi aldıklarını belirttikleri kaynakları sorgulandığında vakaların %80,3'ü doktordan, %7,8'i eczacıdan, %3,9'u bir yakınından, %3,9'u ilaç prospektüsünden, %2,7'si internetten, %1,3'ü hemşireden bilgi aldığını ifade etti (Tablo 22). Ertemür ve Erdil'in yaptığı bir çalışmada; hastaların ilaçlarla ilgili bilgiyi %72,5 oranında hekimden, %18,3 oranında eczacıdan ve %5,3 oranında hemşireden aldığı saptanmıştır¹²⁵. Arslan ve Şemin'in (2005) sağlık ocağına başvuran yaşlı bireyler üzerinde yürüttüğü bir çalışmada ise katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili bilgiyi en fazla (%91,8) doktorlardan aldığı belirtilmiştir¹²⁶. Sonuçlarımız, Türkiye'de yapılmış literatür ile uyumluluk göstermektedir. Bulduğumuz bu sonuç, hastaların büyük çoğunluğunun kullandıkları ilaçlarla ilişkili bilgiyi hekimlerinden aldıklarını göstermektedir. Bu nedenle hekimlerin reçete ettikleri ilaçların muhtemel etki ve yan etkileri ile ilgili ve ilaç kullanırken dikkat edilmesi gereken durumlar hakkında hastalarını bilgilendirmesi önemlidir. Sonuç olarak hasta-hekim görüşmesinin bu bilgilendirmeye olanak sağlayacak şekilde planlanması, hastaların tedavi uyumu ve başarısını arttıracak önemli faktörlerdendir.

Çalışmamızda, hastalarımızın tedaviye uyumunu, motivasyon ve bilgi üzerinden de değerlendirdik. Bilginin belirleyicisi olarak; hastaların ilacı kesip kesmediğini ve devamlı tedavinin uzun dönem yararlarını anlayıp anlamadığını; motivasyonun belirleyicisi olarak unutkanlık ve dikkatsizliğini sorguladık. Vakaların MMÖ motivasyon skoru ve MMÖ bilgi skoruna göre dağılımları incelendiğinde;120 vakanın 105'inin (%87,5) yüksek motivasyon düzeyine

(Tablo 30), 120 vakanın 108'sinin (%90) yüksek bilgi düzeyine (Tablo 31) sahip olduğu görüldü. Bu bağlamda yüksek MMÖ-motivasyon düzeyi ve yüksek MMÖ-bilgi düzeyi RA hastalarında yüksek tedavi bağlılığının göstergesidir. Düşük bilgi düzeyi ve düşük motivasyon düzeyine sahip hastaların sayısının azlığından dolayı ilaç uyumuna etkisi araştırılan parametrelerin alt gruplarında istatistiksel analiz yapılamadı. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, RA tanı süresi ve kullanılan ilaç sayısından bağımsız olarak vakalarımızın çoğunun MMÖ bilgi ve motivasyon skorlarının yüksek olduğu sonucuna varıldı. Hastalara poliklinik şartlarında olabildiğince yeterli süre ayrılması, hastalık ve tedavi hakkında bilgi vermeye özen gösterilmesi, hastaların yakın takibi bilgi ve motivasyon düzeyinin yüksek saptanması ile ilişkili olabilir.

Vakaların yaş ile KHAÖ skor ortalamalarının dağılımı incelendiğinde yaş arttıkça KHAÖ skor ortalamasının azaldığı (hastalıktan daha az etkilendiği, hastalığı daha az endişe verici bulduğu) gözlenmekle beraber 80 yaş ve üstünde en yüksek oranda saptandı (Tablo 32). Aralarındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Ancak 80 yaş ve üstü hasta sayısının 3 olması gibi hastaların yaş gruplarına göre birbirine yakın oranlarda dağılımının olmaması bu duruma yol açmış olabilir. Türkiye'de bu konuda; Acehan ve ark., hipertansiyonlu hastalarda¹²⁷, Kayacan ve ark., diyabet hastalarında çalışma yapmışlardır¹²⁸. Bu çalışmalarda, yaşın Hastalık Algısı Ölçeği'nin herhangi bir alt boyutu ile ilişkili olmadığını göstermişlerdir (her biri için $p>0,05$). Michetti ve ark., tedaviyle ilgili düşüncelerin, kronik immünite ile ilişkili hastalıklarda tedaviye uyum üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada; ileri yaş ile yüksek ilaç uyumunu ilişkili bulmuşlardır¹²⁹. Yapılan farklı çalışmalarda, DMARD kullanan RA'lı hastalarda tedaviye bağlılıkta yaşın ilaca uyumu etkileyen önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir^{124,130}. Literatürde bu durumla ilgili sonuçlarda farklılıklar olup bizim çalışmamızda yaş arttıkça hastalığın daha az endişe verici olarak algılanması tedaviye uyumu arttıran bir faktör olarak düşünülebilir.

Vakaların eğitim durumu ile KHAÖ skor ortalamasının dağılımına bakıldığında; skorun okuryazar olmayan grupta en yüksek olduğu ($47,2\pm7,2$), lise mezunu ve üniversite mezunu olan grupta ise en düşük olduğu ($36,8\pm11,8$ ve $38,6\pm11,4$) görüldü (Tablo 33). Aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). DMARD kullanan RA'lı Çinli hastalarda tedaviye uyumu araştıran çalışmada eğitim, RA hastalarında ilaç uyumu için

bağımsız belirleyici olarak saptanmıştır¹³¹. Düşük eğitim seviyesi ve geliri olan, başlangıçta daha olumlu bir sağlık algısı olan, artan ilaç yan etkileri yaşayan ve daha yüksek ilaç maliyetleri ödeyen hastaların, reçeteli ilaçlarına bağlılıkta azalma olduğu görülmüştür^{132,133}. Çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça vakaların hastalıktan daha az etkilendiği, hastalığı daha az endişe verici bulduğu görülmüştür. Bunun nedeni eğitim seviyesi arttıkça hastaların hekimleri tarafından verilen bilgiyi daha iyi algılaması, hastalıkla ilgili broşür ve dökümanların daha iyi anlaşılması, internetten bilgilere daha kolay erişim sağlanması olabilir.

RA tanı süresi ile KHAÖ skor ortalamasının dağılımına bakıldığında ilk 10 yıl için hastalık süresi arttıkça KHAÖ skor ortalamasının azaldığı saptandı. Ancak 11 yıl ve üstü hastalık süresine sahip olanlarda KHAÖ skor ortalaması en yüksek saptandı ($44,5 \pm 12,0$) (Tablo 33). Aralarındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). İlk 10 yıllık süreçte hastalık süresi arttıkça hastalık daha az endişe verici olarak algılanırken, 10 yıllık hastalık süresinden sonra hastalığın daha çok endişe verici olarak algılandığı görülmüştür. Bu durum 10 yıllık süreçten sonra tedaviye inançlarının azalması, mevcut durumlarına alışma, sürekli ilaç kullanmaktan sıkılma gibi durumlarla ilişkili olabilir.

Kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ skor ortalamasının dağılımına bakıldığında kullanılan ilaç sayısı arttıkça (1-4 ilaç kullananlar) KHAÖ skor ortalamasının arttığı saptandı. Ancak 5 ilaç kullanan hasta grubunda, KHAÖ skor ortalaması en düşük olarak ($31,0 \pm 11,3$) (23,39) saptandı (Tablo 33). Aralarındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Beş adet ilaç kullanan grupta sadece 2 hasta olmasından dolayı KHAÖ skoru düşük saptanmış olabilir. Literatür ile benzer olarak çalışmamızdaki bulgulara göre kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastalık algı ölçeği skoru yükselmekte ve bireylerin hastalıktan etkilenme düzeyi ile hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyleri artmaktadır. Bu sonuç kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastaların hastalığının kontrol altında olmadığı inancına kapılabildikleri ve tedaviye inancını yitirdiği şeklinde yorumlanabilir. Kullanılan DMARD sayısının artması hastalığı endişe verici bulması dışında ilaç uyumu üzerine de etkili olabilir. Çalışmamıza benzer şekilde DMARD kullanan Çinli RA'lı hastalarda tedaviye uyumu araştıran çalışmada kullanılan DMARD sayısı arttıkça tedaviye uyumun azaldığı gözlenmiştir¹³¹. Ancak çalışmamızda etkisi araştırılan parametrelerin alt

gruplarındaki hastaların sayısının azlığından dolayı kullanılan DMARD sayısı ile ilaç uyumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak analiz edilememiştir.

KHAÖ'de hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler sorgulandığında; stresin en sık (%36,1) hastalığa neden olan faktör olarak belirtildiği gözlemlendiğinden (Tablo 34), RA hastalarının ilk konsültasyondan itibaren stres algılarının da değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda farmakolojik ya da davranışsal yöntemlerle stresle mücadele için destek verilmesi önemlidir.

Çalışmamızda vakaların MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi düzeyleri ile KHAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulundu (Tablo 35). Bu korelasyon bu iki ölçek arasındaki neden sonuç ilişkisini göstermemekle beraber; düşük MMÖ-motivasyon düzeyine ve düşük MMÖ-bilgi düzeyine sahip vakaların daha yüksek KHAÖ skorlarına sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu iki bağımlı değişken, onları etkileyen farklı parametrelerin etkisiyle farklı yönlerde değişime uğrayabilmektedir. Çalışmamızda bu bağımlı değişkenleri etkileyen parametrelerin tümü araştırılmamasına rağmen, bu iki ölçek arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki gözlemlendi. MMÖ ve KHAÖ arasındaki bağlantı ve ilişkiyi etkileyebilecek diğer faktörlerin de araştırıldığı çalışmalar yapılması tedavi hedeflerine ulaşmada fayda sağlayabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yirmi yıl içerisinde RA tedavisinde kullanılabilecek etkili ilaç sayısının artmasına rağmen; hastalarda tedavi hedeflerine ulaşılamamasında sadece ilaçların etkinliği veya hastalığın ağırlığı değil, yüksek orandaki tedaviye uyumsuzluğun da önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

MMÖ, kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede kullanılan ölçeklerden biridir. Çalışmamızın bulgularına bakıldığında 120 vakanın 105'inin (%87,5) yüksek MMÖ-motivasyon düzeyine, 120 vakanın 108'sinin (%90) yüksek MMÖ-bilgi düzeyine sahip olduğu görüldü. Dokuz maddeden oluşan ve her bir maddesi hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulayan KHAÖ'nin skor ortalaması arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. Çalışmamızda eğitim düzeyi, RA tanı süresi, kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ skor ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi, RA tanı süresi arttıkça ve kullanılan ilaç sayısı azaldıkça KHAÖ skor ortalamasının azaldığı görüldü. Hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi ile hastalıkla ilişkili bilgi ve motivasyon düzeyi hastalığa uyumu değerlendirmede ölçüt olarak kullanılabilir. Şu anda, RA'lı hastalarda ilaca uyumu etkileyen etkenlerin net bir anlayışı yoktur ve uyum oranları oldukça farklıdır. RA'lı hastalarda ilaç uyumu fenomeninin kapsamlı bir şekilde anlaşılması için daha fazla araştırma gereklidir.

KHAÖ'de hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler sorgulandığında; hastalar tarafından en sık hastalığa neden olan faktörün stres (%36,1) olduğu belirtilmiştir. RA hastalarının ilk muayeneden itibaren stres algıları da değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda farmakolojik ya da davranışsal yöntemlerle stresle mücadele için destek verilmelidir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bir diğer sonuç; ilaç kullanım etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirilen hastaların %80,3'ü bu bilgiyi doktordan almaktadır. Bu nedenle hekimlerin reçete ettikleri ilaçların muhtemel etki ve yan etkileri ile ilgili ve ilaç kullanırken dikkat edilmesi gereken durumlar hakkında hastalarını bilgilendirmesi oldukça önemlidir. Sonuç olarak hasta-hekim görüşmesinin bu bilgilendirmeye olanak sağlayacak şekilde planlanması, hastaların tedavi uyumu ve tedavi başarısını sağlayacak önemli faktörlerdendir.

Tedavi uyumunu arttırmak için birçok parametrenin değerlendirildiği hem hastalara hem de hekimlere yönelik bilinçlendirme programlarının uygulanmasına ihtiyaç vardır.

Bulgularımız değerlendirildiğinde vakaların MM-motivasyon ve MM-bilgi düzeyleri ile KHAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulundu. Çalışmamızda bu bağımlı değişkenleri etkileyen parametrelerin tümü araştırılmamasına rağmen, bu iki ölçek arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki gözlendi. MM ve KHAÖ arasındaki bağlantı ve ilişkiyi etkileyebilecek diğer faktörlerin de araştırıldığı çalışmalar yapılması tedavi hedeflerine ulaşmada fayda sağlayabilir. Vaka sayımızın tüm alt grupları değerlendirecek yeterlilikte olmaması ve bağımlı değişkenleri etkileyen parametrelerin tamamının araştırılmamış olması çalışmamızın sınırlılıkları olarak özetlenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Çalgüneri M. Romatoid Artrit. İn: Yasavul Ü Editör. Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı 1. baskı Ankara: Prestij Basımevi; 2003. p.1477-1495.
2. Buckley CD. Science, medicine, and the future: treatment of rheumatoid arthritis. BMJ 1997;315:236-238.
3. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis 2010; 69:631-637.
4. Harrold LR, Andrade SE. Medication adherence of patients with selected rheumatic conditions: a systematic review of the literature. Semin Arthritis Rheum 2009;38:396-402.
5. Besen D. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İzmir.
6. Guidelines from the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies June 1, 2004 Case Management Society of America.
7. Domaç M, Hayran O, Dülger GA ve ark. Türkiye’de hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve antihipertansif kullanım özellikleri. Türk Eczacılar Birliği Araştırma Yayınları Dizisi. Ankara, 2000; 3.
8. Küçükbakar, A. Kanser Tanısını Yeni Alan ve Hastalığı Tekrarlayan Bireylerin Hastalığı Algılamalarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara.
9. Padjen I, Gabay C, Aletaha D, Pathogenesis and Clinical Aspects of Rheumatoid Arthritis Eular Online Course on Rheumatic Diseases Module 3: 2018.
10. Buch MH, Nam JL. Management of early rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Gravallese EM, Silman AJ (eds), Rheumatology Textbook, 7th ed. Philadelphia: Elsevier. 2019;843-847.
11. Funovits J, Aletaha D, Bykerk V, et al. The 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: Methodological Report Phase I. Ann

- Rheum Dis. 2010;69(9):1589-1595.
12. Lipsky PE. Rheumatoid Arthritis. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al. (eds). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill. 2005;1968-1977.
 13. Harney S, Wordsworth BP. Genetic epidemiology of rheumatoid arthritis. *Tissue Antigens* 2002;60(6):465-473.
 14. Jawaheer D, Gregersen PK. Rheumatoid arthritis. The genetic components. *Rheum Dis Clin North Am*. 2002;28(1):1-15.
 15. Brennan P, Silman AJ. An investigation of gene-environment interaction in the etiology of rheumatoid arthritis. *Am J Epidemiol*. 1994;140(5):453-460.
 16. van der Linden MPM, van der Woude D, Ioan-Facsinay A, et al. Value of anti-modified citrullinated vimentin and third-generation anti-cyclic citrullinated peptide compared with second-generation anti-cyclic citrullinated peptide and rheumatoid factor in predicting disease outcome in undifferentiated arthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2009;60(8):2232-2241.
 17. Nielen MMJ, van Schaardenburg D, Reesink HW, et al. Specific autoantibodies precede the symptoms of rheumatoid arthritis: a study of serial measurements in blood donors. *Arthritis Rheum*. 2004;50(2):380-386.
 18. van Gaalen FA, Linn-Rasker SP, van Venrooij WJ, et al. Autoantibodies to cyclic citrullinated peptides predict progression to rheumatoid arthritis in patients with undifferentiated arthritis: A prospective cohort study. *Arthritis Rheum*. 2004;50(3):709-715.
 19. Lipsky PE, Braunwald E, Fauci AS et al. Rheumatoid Arthritis. In: Sarica Y, İnal TC, Canataroğlu A et al (eds). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill 2004;2;1928-1937.
 20. Nepom GT, Nepom B. Genetics of major histocompatibility complex in Rheumatoid Arthritis. In: Klippel JH, Dieppe PS (eds). 2 th ed. London: Mosby; 1998:5.7.1-12.
 21. Huizinga TWJ, Amos CI, van der Helm-van Mil AHM, et al. Refining the complex rheumatoid arthritis phenotype based on specificity of the HLA-DRB1 shared epitope for antibodies to citrullinated proteins. *Arthritis*

- Rheum. 2005;52(11):3433-3438.
22. Hill JA, Southwood S, Sette A et al. Cutting edge: the conversion of arginine to citrulline allows for a high-affinity peptide interaction with the rheumatoid arthritis-associated HLA-DRB1*0401 MHC class II molecule. *J Immunol.* 2003;171(2):538-541.
 23. Zvaifler NJ. Etiology and Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis: Arthritis and Allied Conditions. In:McCarty DJ, Koopman WJ (eds) 12 th ed. Pennsylvania:Lea&Febiger. 1993;723-736.
 24. Harney SMJ, Newton JL, Wordsworth BP. Molecular genetics of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Pharmacol.* 2003;3(3):280-285.
 25. Albert LJ. Infection and rheumatoid arthritis: guilt by association? *J Rheumatol.* 2000;27(3):564-566.
 26. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S et al. Textbook of rheumatology. 5 th ed. United States of America:WB Saunders Company. 1997;851-951.
 27. Silman A, Kay A, Brennan P. Timing of pregnancy in relation to the onset of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1992;35(2):152-155.
 28. Lin H, Mosmann TR, Guilbert L et al. Synthesis of T helper 2-type cytokines at the maternal-fetal interface. *J Immunol.* 1993;151(9):4562-4573.
 29. Cutolo M, Balleari E, Giusti M et al. Androgen replacement therapy in male patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1991;34(1):1-5.
 30. Masi AT, Chatterton RT, Aldag JC. Perturbations of hypothalamic-pituitary-gonadal axis and adrenal androgen functions in rheumatoid arthritis: an odyssey of hormonal relationships to the disease. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;876:53-62; discussion 62-3.
 31. Silman AJ, Hochberg MC. Epidemiology of the rheumatic diseases. 2 th ed. Oxford University Press;2001.
 32. Pattison DJ, Symmons DPM, Young A. Does diet have a role in the aetiology of rheumatoid arthritis? *Proc Nutr Soc.* 2004;63(1):137-143.
 33. Hutchinson D, Shepstone L, Moots R et al. Heavy cigarette smoking is strongly associated with rheumatoid arthritis (RA), particularly in patients without a family history of RA. *Ann Rheum Dis.* 2001;60(3):223-227.
 34. Paleolog EM, Miotla JM. Angiogenesis in arthritis: role in disease pathogenesis and as a potential therapeutic target. *Angiogenesis.*

- 1998;2(4):295-307.
35. Mitchell RN. İmmun Bozukluklar. Kumar-Robbins Temel Patoloji Türkçe 7. baskı, İstanbul:Nobel Tıp;2003:103-164.
 36. Minnock P, FitzGerald O, Bresnihan B. Women with established rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42(8):995-1000.
 37. Direskeneli H. Romatoid Artrit Etiyopatogenezi. In Hamuryudan V (eds). Romatoid artrit 5. baskı. Ankara:Fersa Matbaası. 2002;s.8-15.
 38. Buch MH. The aetiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Hospital pharmacist* 2002;9:5-10.
 39. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoid arthritis. *Lancet (London, England)*. 2010;376(9746):1094-1108.
 40. Klareskog L, Catrina AI, Paget S. Rheumatoid arthritis. *Lancet (London, England)*. 2009;373(9664):659-672. doi:10.1016/S0140-6736(09)60008-8
 41. Feldmann M, Brennan FM, Maini RN. Rheumatoid arthritis. *Cell*. 1996;85(3):307-310.
 42. Akar S, Akkoc N. Romatoid Artrit Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006;2:1-6.
 43. Porzio F, Minisola G, Porzio V. [Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis]. *Clin Ter*. 139(5-6):233-236.
 44. Rindfleisch JA, Muller D. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis. *Am Fam Physician*. 2005;72(6):1037-1047.
 45. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri;2012.s.2497-2505.
 46. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS et al. Occurrence of extraarticular disease manifestations is associated with excess mortality in a community based cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2002;29(1):62-67.
 47. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS et al. Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(8):722-727.
 48. Weyand CM, Xie C, Goronzy JJ. Homozygosity for the HLA-DRB1 allele selects for extraarticular manifestations in rheumatoid arthritis. *J Clin Invest*. 1992;89(6):2033-2039.

49. Anaya JM, Diethelm L, Ortiz LA, et al. Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1995;24(4):242-254.
50. Tanoue LT. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. *Clin Chest Med*. 1998;19(4):667-85.
51. Bonfiglio T, Atwater EC. Heart disease in patients with seropositive rheumatoid arthritis; a controlled autopsy study and review. *Arch Intern Med*. 1969;124(6):714-719.
52. Mustonen J, Laakso M, Hirvonen T, et al. Abnormalities in left ventricular diastolic function in male patients with rheumatoid arthritis without clinically evident cardiovascular disease. *Eur J Clin Invest*. 1993;23(4):246-253.
53. Gridley G, McLaughlin JK, Ekbohm A, et al. Incidence of cancer among patients with rheumatoid arthritis. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(4):307-311.
54. Helin HJ, Korpela MM, Mustonen JT et al. Renal biopsy findings and clinicopathologic correlations in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995;38(2):242-247.
55. Scott DG, Bacon PA, Allen C et al. IgG rheumatoid factor, complement and immune complexes in rheumatoid synovitis and vasculitis: comparative and serial studies during cytotoxic therapy. *Clin Exp Immunol*. 1981;43(1):54-63.
56. Jansen ALMA, van der Horst-Bruinsma I, van Schaardenburg D et al. Rheumatoid factor and antibodies to cyclic citrullinated Peptide differentiate rheumatoid arthritis from undifferentiated polyarthritis in patients with early arthritis. *J Rheumatol*. 2002;29(10):2074-2076.
57. Nell VPK, Machold KP, Stamm TA, et al. Autoantibody profiling as early diagnostic and prognostic tool for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(12):1731-1736.
58. Gavrilă BI, Ciofu C, Stoica V. Biomarkers in Rheumatoid Arthritis, what is new? *J Med Life*. 9(2):144-148.
59. Rintelen B, Sautner J, Haindl P et al. Comparison of three rheumatoid arthritis disease activity scores in clinical routine. *Scand J Rheumatol*. 2009;38(5):336-341.
60. Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC et al. Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis: the importance of disease duration.

- Arthritis Rheum.* 2000;43(1):22-29.
61. Smolen JS, et al. *Ann Rheum Dis* 2017;76:960–977.
 62. Seher Sofuoğlu, Tayfun Turan *Anadolu psikiyatri dergisi* 2000;1(2):100-106.
 63. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* Vol 53: december • décembre 2007 Nandini Natarajan MD CCFP R. Wayne Putnam MD Alexandra M. Yip.
 64. Veazie PJ, Cai S. A connection between medication adherence, patient sense of uniqueness, and the personalization of information. *Med Hypotheses.* 2007;68(2):335-342.
 65. Mauskopf JA, David K, Grainger DL et al. Annual health outcomes and treatment costs for schizophrenia populations. *J Clin Psychiatry.* 1999;60 Suppl 19:14-9; discussion 20-2.
 66. Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry.* 1996;169(4):444-450.
 67. Carrion PG, Swann A, Kellert-Cecil H et al. Compliance with clinic attendance by outpatients with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44(8):764-767.
 68. Michael Hite, Improving Adherence in the Polypharmacy Management of Disease, Formulator and Technical Writer for SCOLR™, Inc.
 69. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB et al. Assessing Medication Adherence Among Older Persons In Community Settings. *Can J Clin Pharmacol* 2005; 12: E152-E164.
 70. Matsui D, Hermann C, Braudo M et al. Clinical use of the Medication Event Monitoring System: a new window into pediatric compliance. *Clin Pharmacol Ther.* 1992;52(1):102-103.
 71. Cramer JA. Microelectronic systems for monitoring and enhancing patient compliance with medication regimens. *Drugs.* 1995;49(3):321-327.
 72. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-497.
 73. Tulner LR, Frankfort S V, Wesselius F et al. Do geriatric outpatients adhere to medication changes advised after assessment? An exploratory pilot study. *Curr Clin Pharmacol.* 2009;4(2):154-158.
 74. Weis SE, Slocum PC, Blais FX, et al. The Effect of Directly Observed

- Therapy on the Rates of Drug Resistance and Relapse in Tuberculosis. *N Engl J Med.* 1994;330(17):1179-1184.
75. Krueger KP, Felkey BG, Berger BA. Improving adherence and persistence: a review and assessment of interventions and description of steps toward a national adherence initiative. *J Am Pharm Assoc (2003).* 43(6):668-78; quiz 678-9.
 76. Dunbar J. Adhering to medical advice: A review. *Int J Ment Health* 1979; 9:70-87.
 77. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther.* 1999;21(6):1074-1090.
 78. Kenna LA, Labbé L, Barrett JS et al. Modeling and simulation of adherence: approaches and applications in therapeutics. *AAPS J.* 2005;7(2):E390-407.
 79. Cramer JA. Optimizing long-term patient compliance. *Neurology.* 1995;45(2 Suppl 1):S25-8.
 80. Miller NH, Hill M, Kottke T et al. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. *Circulation.* 1997;95(4):1085-1090.
 81. Wetzels GEC, Nelemans PJ, Schouten JSAG et al. All that glitters is not gold: a comparison of electronic monitoring versus filled prescriptions--an observational study. *BMC Health Serv Res.* 2006;6(1):8.
 82. Skoutakis VA, Acchiardo SR, Martinez DR et al. Role-effectiveness of the pharmacist in the treatment of hemodialysis patients. *Am J Hosp Pharm.* 1978;35(1):62-65.
 83. Caron HS. Compliance: the case for objective measurement. *J Hypertens Suppl.* 1985;3(1):S11-7.
 84. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med.* 2000;50(11):1599-1605.
 85. Wood W, Gray J. An Integrative Review of Patient Medication Compliance from 1990-1998. *Online J Knowl Synth Nurs.* 2000;7:1.
 86. Wiseman V, Conteh L, Matovu F. Using diaries to collect data in resource-poor settings: questions on design and implementation. *Health Policy Plan.* 2005;20(6):394-404.

87. Matsuyama JR, Mason BJ, Jue SG. Pharmacists' interventions using an electronic medication-event monitoring device's adherence data versus pill counts. *Ann Pharmacother.* 1993;27(7-8):851-855.
88. Arnsten JH, Demas PA, Farzadegan H, et al. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. *Clin Infect Dis.* 2001;33(8):1417-1423.
89. Vural B, Teberru Acar Ö, Topsever P ve ark. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Turkish family physician* 2012; 3(4):17-20.
90. Lindsay PH, Norman DA. Human information processing: an introduction to psychology. New York, Academic P. 1977.
91. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med.* 6(6):536-539.
92. Alsén P. Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. Institute Of Health And Care Sciences. Doctoral Theses, Göteborg, Göteborgs Universite:2009.
93. Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness representation of patients with systolic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2006;21(4):190-195.
94. Armay Z, Özkan M, Kocaman N ve ark. Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 2007, 10: 192-200.
95. Stuard GW, Sundeen SJ (1991) Principles And Practice Of Psychiatric Nursing. Fourth Ed., Mosby Year Book, St. Louis.
96. Birkhead G, Attaway NJ, Strunk RC et al. Investigation of a cluster of deaths of adolescents from asthma: evidence implicating inadequate treatment and poor patient adherence with medications. *J Allergy Clin Immunol.* 1989;84(4 Pt 1):484-491.
97. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R et al. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*, 1996, 11: 431-445.
98. Petrie KJ, Wessely S. Modern worries, new technology, and medicine. *BMJ.* 2002;324(7339):690-691.
99. Weinman J, Petrie KJ, Sharpe N et al. Causal attributions in patients and

- spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 2000, 5: 263–273.
100. Leventhal H, Nerenz D, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats Baum, A., Taylor, SE, Singer, JE *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health* 4 219–252 Hillsdale. 1984.
 101. Lau RR, Hartman KA. Common sense representations of common illnesses. *Health Psychol* 1983;2:167– 85.
 102. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ et al. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). 2002;17(1):1-16.
 103. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Heal*. 2003.
 104. Lechting et al., Evaluation of the Brief Illness Perception Questionnaire in SubAcute and Chronic Low Back Pain Patients: Data Quality, Reliability and Validity. *J Pain Relief* 2013, 2:3.
 105. <http://www.uib.no/ipq/index.html> Erişim tarihi:01.01.2016.
 106. Kayış, A. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
 107. Kocaman N, Özkan M, Armay Z ve ark. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 271-280.
 108. Karabulutlu E, Okanlı A Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011 14, 4.
 109. W H O Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. [Accessed June 23, 2017].
 110. van Mierlo T, Fournier R, Ingham M. Targeting Medication Non-Adherence Behavior in Selected Autoimmune Diseases: A Systematic Approach to Digital Health Program Development. Wallace GR, ed. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129364.
 111. De Vera MA, Mailman J, Galo JS. Economics of non-adherence to biologic therapies in rheumatoid arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2014;16(11):460.

112. Vangeli E, Bakhshi S, Baker A, et al. A Systematic Review of Factors Associated with Non-Adherence to Treatment for Immune-Mediated Inflammatory Diseases. *Adv Ther.* 2015;32(11):983-1028.
113. Doyle D V, Perrett D, Foster OJ et al. The long-term use of D-penicillamine for treating rheumatoid arthritis: is continuous therapy necessary? *Br J Rheumatol.* 1993;32(7):614-617.
114. Owen SG, Friesen WT, Roberts MS et al. Determinants of compliance in rheumatoid arthritic patients assessed in their home environment. *Br J Rheumatol.* 1985;24(4):313-320.
115. Pullar T, Peaker S, Martin MF et al. The use of a pharmacological indicator to investigate compliance in patients with a poor response to antirheumatic therapy. *Br J Rheumatol.* 1988;27(5):381-384.
116. Taal E, Rasker JJ, Seydel ER et al. Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns.* 1993;20(2-3):63-76.
117. Hughes LD, Done J, Young A. Patients that report high adherence to DMARDs show higher perceptions of serious consequences and negative emotional response to rheumatoid arthritis than patients with low self reported adherence. *Ann Rheum Dis* 2011;70(Suppl 3).
118. Suh YS, Cheon Y-H, Kim H-O, et al. Response to comment on "Medication nonadherence in Korean patients with rheumatoid arthritis: the importance of belief about medication and illness perception." *Korean J Intern Med.* 2018;33(6):1254-1254.
119. Grijalva CG, Chung CP, Arbogast PG et al. Assessment of adherence to and persistence on disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) in patients with rheumatoid arthritis. *Med Care.* 2007;45(10 Supl 2):S66-76.
120. Treharne GJ, Lyons AC, Kitas GD. Medication adherence in rheumatoid arthritis: Effects of psychosocial factors. *Psychology, Health & Medicine* 2004;9(3):337-349.
121. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P ve ark. Huzur Evinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel-Kognitif Değerlendirme Ve İlaçkullanımı. *Geriatrici* 3 (1): 6-10, Turkish Journal Of Geriatrics, 2000.
122. Arslan Gürol G, Eşer İ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005,

- 21: 147-157.
123. Salt E, Frazier SK. Adherence to disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis: a narrative review of the literature. *Orthop Nurs.* 2010;29(4):260-275.
 124. Viller F, Guillemain F, Briançon S et al. Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 year longitudinal study. *J Rheumatol.* 1999;26(10):2114-2122.
 125. Ertemür E, Erdil F. Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 2012, 15: 201-207.
 126. Arslan, S., Şemin, S., Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Reçetede Yazılan İlaçları Kullanımı ve Bunu Etkileyen Etmenler, *Sağlık ve Toplum*,15(1):57- 64 2005.
 127. Acehan O. Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Adana, 2011.
 128. Kayacan Ç. Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının ve Etkileyen faktörlerin Değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
 129. Michetti P, Weinman J, Mrowietz U, et al. Impact of Treatment-Related Beliefs on Medication Adherence in Immune-Mediated Inflammatory Diseases: Results of the Global ALIGN Study. *Adv Ther.* 2017;34(1):91-108.
 130. Park DC, Hertzog C, Leventhal H, et al. Medication adherence in rheumatoid arthritis patients: older is wiser. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(2):172-183.
 131. Xia Y, Yin R, Fu T, et al. Treatment adherence to disease-modifying antirheumatic drugs in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Patient Prefer Adherence.* 2016;10:735-742.
 132. de Klerk E, van der Heijde D, Landewé R et al. Patient compliance in rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatica, and gout. *J Rheumatol.* 2003;30(1):44-54.
 133. Lorish CD, Richards B, Brown S. Missed medication doses in rheumatic arthritis patients: intentional and unintentional reasons. *Arthritis Care Res.*

1989;2(1):3-9.



8. KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACPA:	Anti-sitrülenmiş Peptit/Protein Antikor
ACR:	Amerikan Romatizma Derneği
BMQ:	Beliefs about Medicines Questionnaire
CDAI:	Klinik Hastalık Aktivite İndeksi
CMAG:	Case Management Adherence Guidelines
CRP:	C- reaktif protein
DAS-28:	Disease Activity Score 28; Hastalık Aktivite Skoru
DİF:	Distal interfalangeal
DMARD:	Hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EBV:	Epstein Barr Virüsü
ESH:	Eritrosit sedimentasyon hızı
EULAR:	Avrupa Romatizma Birliği
HAÖ:	Hastalık Algı Ölçeği
HLA:	Human Lökosit Antijen
HTLV-1:	İnsan T-lenfotrofik virüs 1
Ig:	İmmünglobulin
IL:	İnterlökin
INF γ:	İnterferon gama
IPQ:	Illness Perception Questionnaire
KHAÖ:	Kısa Hastalık Algı Ölçeği
Ks:	Kortikosteroid
M-CSF:	Makrofaj koloni stimüle edici faktör
MHC:	Major histokompatibilite kompleks
MKF:	Metakarpofalangeal
MMÖ:	Modifiye Morisky Uyum Ölçeği
MRG:	Manyetik rezonans görüntüleme
MTF:	Metatarsofalangeal
NO:	Nitrik oksit

NSAİ:	Nonsteroid anti-inflamatuar ilaç
PG:	Prostoglandin
PİF:	Proksimal interfalangeal
PTPN22:	Protein tirozin fosfataz 22
RA:	Romatoid artrit
RF:	Romatoid faktör
SDAI:	Basitleştirilmiş Hastalık Aktivite Skoru
TNF:	Tümör nekroz faktör
WHO:	World Health Organization; Dünya Sağlık Örgütü



9. TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa no
Tablo 1 (2010 ACR/EULAR Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri)	11
Tablo 2 (DMARD grubu ilaçların sınıflaması)	23
Tablo 3 (Medikasyon uyumunu kontrol etme yöntemleri)	27
Tablo 4 (Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları)	29
Tablo 5 (Kısa Hastalık Algı Ölçeği)	35
Tablo 6 (Vakaların cinsiyet ve yaş gruplarının dağılımı)	40
Tablo 7 (Vakaların cinsiyet ve medeni durumlarının dağılımı)	40
Tablo 8 (Vakaların cinsiyet ve eğitim durumlarının dağılımı)	41
Tablo 9 (Vakaların cinsiyet ve RA tanı süresi dağılımı)	42
Tablo 10 (Vakaların 'cinsiyet' ve 'birlikte yaşadığı kişi' durumlarının dağılımı)	42
Tablo 11 (Vakaların cinsiyet ve sağlık algılamalarının dağılımı)	43
Tablo 12 (Vakaların kullandığı ilaçların dağılımı)	43
Tablo 13 (Kullanılan ilaç sayısı)	44
Tablo 14 (Vakaların kullandığı ilaçların doktor reçetesi ile alınma durumu)	44
Tablo 15 (Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanma durumu)	45
Tablo 16 (Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanılmama nedenleri)	45
Tablo 17 (İlaçların önerilen zamanlarda kullanılma durumu)	45
Tablo 18 (İlaçların önerilen zamanda kullanılmama nedenleri)	46
Tablo 19 (İlaç prospektüslerini okuma durumu)	46
Tablo 20 (İlaç prospektüslerini okumama nedenleri)	46
Tablo 21 (İlaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin bilgi alma durumu)	47
Tablo 22 (İlaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin kimden bilgi aldıklarının dağılımı)	47
Tablo 23 (Vakaların ilaç kullanırken unutma sorunu yaşama durumu)	47
Tablo 24 (Vakaların unutma sorununa yönelik çözümleri)	48
Tablo 25 (Vakaların ilaç kullanımı sırasında fiziksel/motor sorun yaşama durumu)	48
Tablo 26 (Vakaların fiziksel/motor soruna yönelik çözümleri)	48
Tablo 27 (Vakaların ilaç kullanımı sırasında yan etki sorunu yaşama durumu)	49

Tablo 28 (Vakaların yan etki sorununa yönelik çözümleri)	49
Tablo 29 (Vakaların KHAÖ skor aralıklarına göre dağılımı)	50
Tablo 30 (Vakaların MMÖ motivasyon skoruna göre dağılımı)	50
Tablo 31 (Vakaların MMÖ bilgi skoruna göre dağılımı)	50
Tablo 32 (Vakaların cinsiyet, yaş ve medeni durumları ile KHAÖ skor ortalamaları, MMÖ motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi durumlarının dağılımı)	51
Tablo 33 (Vakaların eğitim durumu, RA tanı süresi ve kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ skor ortalamaları, MMÖ motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi durumlarının dağılımı)	53
Tablo 34 (Vakaların KHAÖ'de sorulan 'hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz faktör nedir' sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı)	54
Tablo 35 (Vakaların MMÖ motivasyon düzeyleri, bilgi düzeyleri ve KHAÖ skorlarına göre dağılımı)	55

EK-1

Anket no:

Tarih:

Tanımlayıcı Özellikler:

1. Kaç yaşındasınız?:
2. Ne zaman romatoid artrit tanısı konuldu ? (ay /yıl)
3. Cinsiyet: Kadın Erkek
4. Medeni durumunuz nedir?:
5. Eğitim durumunuz nedir?:
6. Sizce ekonomik durumunuz nasıldır? Kötü Orta İyi
7. Sağlık güvenceniz var mı?:
8. Birlikte yaşadığınız kişiler var mı? Var Yok
9. Polikliniğe gelme nedeniniz nedir?: Kontrol (şikayet yok)
İlaç yazdırma
Hastalık şikayetleri (belirtiniz:)
Diğer (belirtiniz:)

10. Sahip olduğunuz hastalıklar nelerdir?:

KVS:

Endokrin:

GİS:

Solunum:

Renal:

Nörolojik:

Kas-iskelet:

Diğer (Yazınız):

11. Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırıldığında sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
Mükemmel İyi Pek iyi değil Kötü

12. Ağızdan (oral) İlaçlara Yönelik Bilgiler:

İlaç adı	Doktor önerisi/reçetesi		Doğru doz			Doğru zaman	
	Var	Yok	Evet	Hayır	Neden	Evet	Hayır
		1.Komşu		1.Önerilen dozdan↓			
		2.Akraba		2.Önerilen dozdan↑			
		3.Arkadaş					
		4.Eczacı					
		5.Diğer					
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

7.							
8.							

13. Ağızdan (oral) alınan ilaçları birlikte mi alırsınız?:

Evet: Birlikte alınan ilaçlar: Hayır

14. Ağızdan alınan (oral) ilaçları ne ile içersiniz?:

15. Kullandığımız ilaçların prospektüsünü okurmusunuz?:

Evet

Hayır (Neden: Görmüyorum Anlamıyorum Gerek duymuyorum Diğer.....)

16. İlaçlarımızın kullanımına ve etkilerine/yan etkilerine ilişkin bilgi aldınız mı?:

Evet

Doktor Hemşire Eczacı Diğer (belirtiniz:)

Hayır

17. Reçete edilip evde **kullanmadığınız** ilaçlar var mı ?:

Var:

İlacın/ilaçların adını belirtiniz:

Kullanmama nedenini belirtiniz:

Yok

18. İlaç kullanırken sorun yaşama ve yardım alma durumu:

Evet:

Hayır

Yaşadığınız sorun nedir?	Soruna yönelik uygulamanız nedir?	Sorunu çözmek için aldığımız kişi?
Unutma		
Fiziksel ve motor bozuklukları (Yürüme, yutma, ilaç alma vb)		
İlaça ait yan etkiler (Baş dönmesi, mide bulantısı vb)		

19. İlaç sağlamada sorun yaşıyor musunuz?:

Evet

Ekonomik sorunlar nedeniyle ilacı alamama

İlaç reçete ettirme

Sağlık kuruluşuna ve eczaneye ulaşım sorunu

Diğer (belirtiniz:)