



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÇOKLU İLAÇ KULLANAN ERİŞKİNLERDE TEDAVİYE
UYUMUN HASTANIN ALGI, TUTUM ve DAVRANIŞ
ÖZELLİKLERİ BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Damla DEMİRAY KARA
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ertan MERT**

MERSİN-2016

TEŐEKKÜR

İhtisasım süresince üstün bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim, çalışma disiplini, insani ve ahlaki değerlerini yaşamım boyunca örnek alacağım tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Ertan Mert'e,

Uzmanlık eğitimim süresince asistanı olmaktan mutluluk duyduğum, tez çalışmalarımda tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabrından dolayı değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Yücel Uysal'a,

Uzmanlık eğitimim süresince katkı ve desteğini bizlerden esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. İbrahim Başkan'a,

Üç yıl boyunca huzurlu ve aile sıcaklığında bir ortamda çalışmamda büyük katkıları olan birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan doktor, diyetisyen arkadaşlarıma ve Mersin Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği çalışanlarına,

Bugüne kadar varlıklarıyla bana hep güç veren, sonsuz sevgi ve özverileriyle güçlüklerin üstesinden gelmemde desteklerini esirgemeyen anneme, babama, ablama ve sevgili eşim Murat Kara'ya en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Damla Demiray Kara

İÇİNDEKİLER

ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
1. GİRİŞ ve AMAÇ	7
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Polifarmasi	
2.1.1. Tanım	
2.1.2. Polifarmasinin Epidemiyolojisi	
2.1.3. Polifarmasinin Etyolojisi	
2.1.4. Polifarmasi İçin Risk Faktörleri	
2.1.5. Polifarmasi Sonuçları	
2.1.6. Polifarmasiyi önlemek için geliştirilebilecek stratejiler	
2.1.7. Akılcı ilaç kullanım esasları	
2.2. Tedaviye Uyum	
2.2.1. Tanım	
2.2.2. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler	
2.2.3. Medikasyon Uyumunu Kontrol Etme Yöntemleri	
2.2.4. Tedaviye Uyumun Arttırılması	
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	
2.3.2.4. Kontrol veya tedavi hakkındaki 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	39

4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR	68
8. KISALTMALAR DİZİNİ	79
9. TABLOLAR DİZİNİ	80
10. EKLER	82



ÖZET

Bu çalışmada kronik hastalığı bulunan ve çoklu ilaç kullanan vakalarda tedaviye uyum; hastalık algısı, tutum ve davranış özellikleri bağlamında araştırılmış ve değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme için vakalara Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) ve Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ) uygulanmış ve sonuçlar vakaların farklı sosyodemografik, hastalık ve ilaç kullanım verileri bağlamında karşılaştırılmıştır.

Çalışma süresince toplam 159 vakanın verileri toplanmış, bu vakalardan kriterleri karşılayan 146'sının sonuçları analizlere dahil edilmiş ve değerlendirilmiştir. Vakaların 90'ı kadın (%61,6) ve 56'sı erkek (%38,4) idi. Yaş ortalaması 56,1 ($\pm 8,2$, 28-66 aralığında) olarak bulundu. Vakaların cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi durumu ve kullandığı ilaç sayısı verilerinin ortalama KHAÖ ve MMÖ skorları (MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi alt skorları) ile ilişkisi araştırıldı. KHAÖ skorlarının yaş arttıkça azaldığı gözlemlendi ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Ayrıca kullanılan ilaç sayısı arttıkça KHAÖ ve MMÖ-bilgi skorlarının arttığı, MMÖ-motivasyon skorlarının azaldığı ve bu sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Vakaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi durumu ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. MMÖ motivasyon ve bilgi düzeyi ile KHAÖ skorları arasındaki ilişkinin analizinde; düşük MMÖ-motivasyon ve düşük MMÖ-bilgi düzeyine sahip vakaların daha yüksek KHAÖ skorlarına sahip olduğu görüldü ve her ne kadar bir sebep sonuç ilişkisini göstermesede bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Özellikle kronik hastalığı olan vakalarda ilaç uyumunu değerlendirmede KHAÖ ve MMÖ'nin hastalık yönetiminde fikir verebilecek faydalı veriler sunduğu belirlenmiştir. Hedef değerlere ulaşmada sorun tespit edilen kronik hastalıklı vakalarda bu ölçeklerin rutin olarak uygulanarak tedaviye uyumun objektif olarak ortaya konması hastalık yönetiminde zayıf noktaların tespit edilmesini ve müdahale edilmesini olanaklı hale getirecektir.

Anahtar kelimeler: çoklu ilaç kullanımı, polifarmasi, tedaviye uyum

ABSTRACT

Evaluation of Medication Adherence In Patients Who Use Multiple Medications In The Context Of Illness Perception, Attitude and Behavioral Characteristics

In this study medication adherence was searched and evaluated in patients who have chronic disease and use multiple medications in the context of illness perception, attitude and behavioral characteristics. For this purpose Brief Illness Perception Scale (BIPS) and Modified Morisky Scale (MMS) were applied to patients and results were compared with sociodemographic, disease and medication consumption data.

The data of 159 patients were collected and data of 146 patients that meet the criteria were included to analysis. Of these 146 patients 90 (61,6%) were female and 56 (38,4) were male. Average age was 56,1(\pm 8,2, range 28-66). The relation between BIPS and MMS scores and data of patients(gender, age, marital status, education status, people living together status and number of medication used) was searched. It was observed that BIPS scores increased with olders ages and this result was statistically significant. Besides, BIPS and MMS-knowledge scores were increased and MMS-motivation scores were decreased with higher number of medication used, and these results were also statsitically significant. There was no statistically significant correlation between scale scores and other data or patients (gender, marital status, education, people living together status). In the analysis of corelation between MMS and BIPS scores it was found that; patients who have higher BIPS scores tend to have lower MMS-motivation and MMS-knowledge scores. Although this corelation is not a causal relationship it was found statistically significant.

It was found that BIPS and MMS introduced useful data especially in patients with chronic diseases during evaluation of medication adherence. Applying these scales routinely and making medication adherence more objective at chronic patients whose target values are unsuccessful would facilitate determination and intervention of weak points of disease management.

Key words: multiple medication use, medication adherence, polypharmacy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde modern tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması, mortalite hızının azalması, tıbbi bakımda kaydedilen yenilikler ve koruyucu hekimlik uygulamalarının etkinliğinin artması sonucunda giderek uzayan beklenen yaşam süresine bağlı olarak kronik hastalıkların insidans ve prevalansı giderek artmaktadır. Kronik hastalıklar; süreğen tıbbi kontrol, bakım ve tedavi gerektiren sağlık problemleri olup, genellikle çoklu ilaç tedavisi gerektirebilen durumlardır¹.

Polifarmasinin, diğer bir deyişle çoklu ilaç kullanımının, tanımı konusunda kesin fikir birliği olmamakla birlikte aynı anda genellikle birden fazla endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelmektedir². Çoklu ilaç kullanımı; yüksek morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir. Polifarmasi hem dünyada hem de ülkemizde özellikle yaşlıların sık karşılaştıkları önemli bir sorun olmasına rağmen, yapılan çalışmalarda reçetelenen ilaçların büyük çoğunluğunun 65 yaş altı bireylere verildiği saptamıştır. Çoklu ilaç kullanım sıklığı ilerleyen yaşla beraber artış eğilimindedir, ancak çalışmalar polifarmasi ile ilişkili sorunlara her yaş grubunda karşılaşılabileceğine işaret etmektedir^{3,4}. Özellikle kronik hastalıklarda ve süreğen ilaç tedavilerinde tedavi başarısını belirleyen en önemli faktörlerden birisi de tedaviye uyumdur⁵. Tedaviye uyumun artırılmasında bakımda süreklilik prensibine göre yapılandırılmış uzun soluklu hasta hekim ilişkisinin kalitesi belirleyici rol oynamaktadır⁶. Kronik hastalıklarda uzun dönem ilaç tedavisine uyum Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2003 yılı verilerine göre yaklaşık %50'dir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran daha da düşüktür⁷.

Tedaviye uyum; kişinin uzun dönemde yaşam tarzını, davranışlarını, ilaç alma şeklini, tedaviye inanmasını ve sahiplenerek sürdürmesini kapsayan algı, tutum ve davranışların bileşkesi ile belirlenir. Temelini hasta ve sağlık personeli arasındaki işbirliği oluşturur⁸.

Hastanın tedaviye uyumunda; bilgisi ve eğitiminin yanı sıra istek ve motivasyonu da önemlidir⁷. Tedaviye uyum konusunda hastanın sosyal ve davranışsal yapısı ile ilgili özellikleri giderek önem kazanmaktadır. Kişilerin sağlık davranışlarını belirlemede hastalıklarına ilişkin algıları önemli rol

oyunmaktadır. Bu nedenle kişinin sağlık konusundaki algısını olumlu yönde etkileyen girişimler tedaviye uyumu artırmaktadır⁹. Kişiler hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastaların, hastalıkları hakkındaki algı ve düşüncelerinin değişimi, tedaviye cevaplarında da değişimlere yol açan dinamik bir süreçtir. Bu hastalık algısı veya bilişsel ifadeler bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıt ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler¹⁰. Bu kadar önemli olmasına rağmen, tıbbi görüşmelerde kişilerin hastalıkları hakkındaki görüşleri nadiren sorgulanabilmekte ve bireyler hastalıkları hakkındaki inanışlarını nadiren doktorlarıyla paylaşma eğiliminde bulunmaktadır.

Rahatsızlığın algısı ve ifadesi hastadan hastaya değişikliler göstermektedir. Bu durum klinik değerlendirmede karşılaşılan problem çeşitliliğini artırmaktadır. Psikologlar bu problemleri anlamak ve cevap vermek için hastaların rahatsızlıklarına yönelik kendi ifadelerini ve modellerini oluşturduklarını göstermişlerdir. Bir semptom ya da tanı gibi yeni bir sağlık tehdidi ile karşılaşıldığında, bireyler bu tehdit karşısında bilişsel modeller geliştirirler. Bu durum mental ifadelerin yanıtlarını belirler. Bu modeller hastaların tıbbi bilgilerine veya aynı semptomlara ya da tanılara sahip olan aile bireylerinin kişisel deneyimlerine dayanır. Hastanın hastalık modeli, semptomların ya da hastalığın tehlikelerini azaltmak için hastaya rehber olur ve aynı zamanda tehlikeye karşı duygusal cevabını azaltmak için geliştirdiği başa çıkma stratejilerine de kılavuzluk eder¹¹.

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 etkiler¹².

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 düşünülerek, çoklu ilaç kullanan erişkinlerin, tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri, algı, tutum ve davranış özellikleri bağlamında

irdelemeyi amaçladık. Bu amaca yönelik; çoklu ilaç kullanan vakalara, ilaç alım davranışlarını öngörmek, motivasyon ve bilgi düzeyini ayrı ayrı değerlendirebilmek için Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ)'ni, ayrıca hastalıktan etkilenme ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyini değerlendirebilmek için Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ)'ni uygulamayı planladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Polifarmasi

2.1.1. Tanım

Polifarmasi tanımı konusunda kesin fikir birliği olmamakla birlikte aynı anda genellikle birden çok endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelmektedir^{2,13}. Literatüre bakıldığında polifarmasi için birçok farklı tanımlama kullanıldığı görülmektedir. Polifarmasinin diğer tanımları:

- 2 ya da daha fazla ilacın birarada kullanımı¹⁴
- 2 ya da daha fazla ilacın en az 240 gün süre ile bir arada kullanımı¹⁵
- 4 ya da daha fazla ilaç kullanımı¹⁶
- 5 ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımı^{17,18}
- İyatrojenik istenmeyen sekellere yol açan birbiriyle etkileşimi olan çoklu ilaç kullanımı¹⁶
- Klinik endikasyonundan daha fazla sayıda ilacın alınması, gereksiz ilaç kullanımı²⁰
- Tedavide en az bir gereksiz ilacın bulunması veya klinik olarak gerekli olandan daha fazla ilacın kullanılması veya kısaca aynı anda beş veya daha fazla ilacın kullanılması olarak tarif edilebilir²¹.

2.1.2. Polifarmasinin Epidemiyolojisi

Polifarmasi yüksek morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir. Ayaktan yaşlı hastalarda polifarmasi üzerine Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yapılan bir çalışmada 1990 yılında başvuran hastaların %17'sinde polifarmasi saptanmıştır. Aynı çalışmada 2000 yılında başvuran hastaların ise %19'unda polifarmasi görülmüştür. Bu çalışmadan anlaşılacağı üzere yaşlı populasyon artışı kontrol altına alındığında bile polifarmasi artışı önemini korumaktadır³. Polifarmasi hem dünyada hem de ülkemizde özellikle yaşlıların sık karşılaştıkları önemli bir sorundur. ABD'inde 2002 yılında yapılan bir çalışmada; 65 yaş ve üstü bireylerin oranı genel nüfusun %13'ünü oluşturur. Fakat

reçetelenen ilaçların %30'nun 65 yaş ve üstü bireylere verildiği saptanmıştır⁴. 2500 kişinin katıldığı bir başka çalışmada; çoklu ilaç kullanımının en fazla 65 yaş ve üzeri kadın bireyler arasında olduğu saptanmıştır. Bunların da %23'nün en az 5 ilaç, %12'nin ise en az 10 ilaç aldığı bildirilmiştir^{22,23}. Qato ve ark. 57-85 yaş arası 3005 kişinin alındığı bir çalışmada çoklu ilaç (en az 5 ilaç) kullanımının en çok 75-85 yaş arasındaki erkeklerde olduğu saptanmış olup oran olarak %37,1 değerini bulmuşlardır²⁴. Kutsal ve arkadaşlarının 2006 yılında çoklu ilaç kullanımını araştırdığı çalışmada; araştırmaya katılan 65 yaş ve üzeri yaşlıların %84,7'sinin sürekli kullandığı en az bir ilacı olduğunu belirtirken %15,3'ü hiç ilaç kullanmadığını belirtmiş. Çalışmaya katılanların %23,2'si sadece bir ilaç kullandığını; %17'si iki ilaç; %19,2'si üç ilaç; %38,2'si ise dört veya daha fazla ilaç kullandığını ifade etmiştir²⁵. Ondokuz Mayıs Üniversitesinde 1991 yılında yapılan çalışmada ise dahiliye polikliniğinde takipli hastaların kullandığı ilaç sayısı ortalama olarak 3,7 bulunmuştur²⁶.

2.1.3. Polifarmasinin etyolojisi

Yaşlanma ile beraber reçete edilen ilaç sayısının da arttığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir²⁷. Yaşlanmayla birden fazla ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalık sıklığı çoğunlukla artmaktadır. Bu nedenle polifarmasi gelişmesi için önemli bir etyolojik faktör de multiple komorbidedir²⁹. Diğer bir önemli faktörse multiple hastalığı olan bireylerin, farklı hekimlere başvuruları sırasında hekimlerin birbirinden habersiz birden fazla aynı içerikli muadil ilaçlar dâhil ilaç reçetelemeleri neticesinde çoklu ilaç kullanımı ortaya çıkmaktadır^{30,31}.

Reçete kaskadı, verilen bir ilacın yan etkisini tedavi etmek için başka bir ilaç verilmesi ile oluşur. Örneğin demans tedavisinde kolinesteraz inhibitörleri verilir. Yan etki olarak dispeptik yakınmalar ya da uykusuzluk yapar bu sebepten başka bir ilacın verilmesi reçete kaskadına neden olur bu da polifarmasinin diğer bir önemli nedenidir³².

Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlıların ilaç almalarında %52,6'sının doktor, %21,1'inin kendi isteği, %13,2'sinin arkadaş, %7,9'unun eczacı, %5,2'sinin komşu önerisi olduğunu bulmuşlardır³³. Ülkemizde doktor kontrolüne gitmeden ilaç kullanımı sık görülen bir durumdur.

Doktorların, ilaçların etkileri ve etkileşimleri konusunda yeterli dikkati

göstermemeleri, uygun olmayan şekilde ve fazla sayıda ilaç reçetelemeleriyle sonuçlanarak polifarmasiye neden olmaktadır. Ayrıca son altı ay içinde hastaneye yatarak tedavi görmüş olmak, hastaların fazla sayıda ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıdan çok semptoma yönelik ilaç kullanılması, kadın olmak, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlamaları, depresyonda olmak, görme problemleri, işitme problemleri, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, bilişsel disfonksiyonun olması, bakıcı yetersizliği, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta memnuniyeti de polifarmasiye neden olan diğer önemli faktörlerdir³⁴.

2.1.4. Polifarmasi İçin Risk Faktörleri

Birçok faktör polifarmasi gelişmesini kolaylaştırır:

- 1) Yaşın ileri olması: Yaşlanmayla birlikte kişide multiple komorbidite olasılığı arttığından ileri yaşlarda kullanılan ilaç sayısı artmakta ve polifarmasi ile daha sık karşılaşılmaktadır. Yapılan bir çalışmada 65 yaş üstünde kişilerde gençlere göre 2 kat daha fazla ilaç kullanıldığı saptanmıştır. Ayrıca reçete edilmemiş ilaç kullanımında yaşlılarda 7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır³.
- 2) Semptom ve kronik hastalık sayısında artış: Yakınmaların ve hastalık sayısının artması yaştan bağımsız olarak polifarmasiye yol açar. Hastada ne kadar fazla beden ile ilgili yakınma ve hastalık varsa polifarmasi olasılığı da bir o kadar artar. Shimp ve arkadaşları; tedavisi kompleks hastalardaki ilaca bağlı problemleri araştırmak için yaptıkları çalışmada kişilerin ortalama 5 aktif hastalığa sahip olduklarını ve kişi başı 11 ilaç kullanımı olduğunu bulmuşlardır. Bu da hastalık sayısı arttıkça kullanılan ilaç sayısının arttığını göstermektedir. Organik bir sebep olmadığında bile sadece semptomlar ve somatizasyonda gereksiz ve fazla sayıda ilaç kullanımına neden olur³⁵.
- 3) Farklı doktora başvuru sonucunda hastanın çok sayıda reçete alması
- 4) Reçetelere çok sayıda ilaç yazılması
- 5) Hastanın doktordan ilaç yazma beklentisi
- 6) Hastanın yakınmalarına yönelik ilaç yazılması
- 7) İlaç yan etkileri için hastaya yeni ilaçlar yazılması
- 8) Demans, bellek bozukluğu ve psikiyatrik hastalığı olan hastalar
- 9) Kontrolsüz, reçetesiz ilaç alınması

2.1.5. Polifarmasi Sonuçları

Çoklu ilaç kullanımı yaşlılarda bazı sorunların da ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Polifarmasi ile ilgili esas problem ilaca bağlı yan etkiler ve ilaç etkileşimleridir. Yaşlı popülasyonu, çok sayıda eşlik eden kronik hastalıkların varlığı ile birlikte yaşlanmayla oluşan fizyolojik değişiklikler ilaçların farmakodinamiği ve farmakokinetiğinin değişmesi gibi birçok faktör ilaç ilaç etkileşimlerine ve ilaç yan etkilerine daha duyarlı kılar³¹.

Kullanılan ilaç sayısı arttıkça ilaca bağlı istenmeyen etki riski de katlanarak artmaktadır. 2 ilaç kullanımında potansiyel istenmeyen etki riski %6 iken, 5 ilaç kullanımında bu oran %50'dir. 8 ve daha fazla ilaç kullanımında ise neredeyse %100'e ulaşmaktadır³⁶. Kullanılan ilaç sayısında artış ile sağlık sonuçları arasında negatif bir ilişki yapılan çalışmalarla saptanmıştır. Bu sağlık sonuçları; tedaviye kompliyansın azalması, tedavi için hastaneye yatırma riski ve ilaç kullanım hatalarının artmasıdır³.

Hastaların verilen tedavi protokolüne ne kadar uyum gösterdiğini araştıran bir çalışmada; günde tek ilaç alanlarda %87 uyum, 2 ilaç alanlarda %81 uyum olduğu saptanmışken, 4 ve üzeri ilaç alanlarda ise uyumun %39'a kadar düştüğü görülmüştür³⁷. Bu da polifarmasi ve tablet yükünün artmasının tedavi uyumunu bozan faktörlerden biri olduğunu göstermiştir.

Çoklu ilaç kullanan yaşlıların yaklaşık %50'sinde en az 1 ilaçta uyum problemi yaşanmaktadır bu da yaşlılarda tehlikeli sonuçlara neden olabilir⁵. Kullanılan ilaç sayısının fazla olması, tedaviye yeni ilaç eklenmesi ve tedavide sık değişiklik yapılmasının ilaç uyumunu azalttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Polifarmasinin arttırdığı maliyet yükü nedeniyle ilacın alınamaması da tedaviye uyumu azaltan diğer bir faktördür³⁸.

Hastane başvuruları ve hastane yatışlarının artması polifarmasinin önemli sonuçlarından. İlaça bağlı istenmeyen etki ile ilişkili hastaneye başvurular yaşlılarda gençlere göre 4 kat daha fazla olduğu yapılan bir meta analizde bulunmuştur³⁹. Yaşlılarda hastaneye yatışların %24'ünde neden ilaca bağlı ciddi istenmeyen etkilerdir. İlaça bağlı istenmeyen etkiler ve komplikasyonlar yatan hastalardaki başvuruların %18-24'ünü oluştururken ayaktan başvuruların %6-21'ini oluşturur^{40,41}. Kanada'da yaşlı popülasyona yapılan bir çalışmada polifarmasi nedeniyle oluşan iyatrojenik sendromlar

yaşlıların %19'unda hastane başvurusuna neden olmuştur⁴². Başka bir çalışmada hastane başvuruların yaklaşık %7'sinin ilaçla ilgili problemler nedeniyle olduğu saptanmıştır. Bunların 2/3'ünün önlenabilir nedenlerdir⁴³. 4 ve üzerinde ilaç alanlarda özellikle serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, nöroleptikler, benzodiazepinler, antikonvülzanlar, sınıf IA antiaritmik ajanlar, digoksin ve diüretik kullananlarda düşme vakaları daha sıktır. Deliryumun etyolojisinde de polifarmasinin olduğu kanıtlanmış olup özellikle 3'ten fazla ilaç alanlarda deliryumun daha sık olduğu gözlemlenmiştir^{44,45}.

Sonuç olarak; polifarmasi maliyeti arttırmakta, sağlık-sosyal güvenlik sistemleri açısından sorun oluşturmakta ve tedaviyi karmaşık hale getirmektedir. Uygunsuz şekilde çoklu ilaç reçeteleme ve çok sayıda ilaç kullanma alışkanlıkları yaşam kalitesini azaltmakta, ilaçlara bağlı morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır.

2.1.6. Polifarmasiyi önlemek için geliştirilebilecek stratejiler:

Polifarmasinin önemli bir özelliği de önlenabilir bir problem olmasıdır³.

- Sağlık çalışanlarının hastaları, hastalığı ve kullandığı ilaçlar hakkında bilgilendirmesi polifarmasiyi önlemede en önemli noktalardan biridir.
- Hastanın kullanacağı ilaçlar hekim, hemşire ve eczacı ile işbirliğince düzenlenmelidir.
- Reçetesiz ilaç kullanımı önlenmeye çalışılmalıdır.
- Hafif yakınmaların giderilmesi için ilaç kullanımı azaltılmalıdır.
- İlaç yan etkileri için yeni ilaçlar kullanmaktan kaçınılmalı, bunun yerine mevcut tedavide düzenlemeler yapılmalıdır³³.
- İlaçlar reçetelenirken bireylerin yaşam tarzı, alışkanlık ve alım gücüne göre uyarlanmalı tek ölçünün tüm hastalar için uygun olmayacağı hatırlanmalıdır^{46,47}.
- İlaç yükünü azaltmak için fiks ilaç kombinasyonları veya sürekli salınımlı preparatlar seçilebilir^{46,47}.
- Hastanın tedaviye uyumunu artırmak için kullanım takvimi hazırlanmalı, ilaç kutuları belirgin olarak etiketlenmelidir.

2.1.7. Akılcı ilaç kullanım esasları

Akılcı ilaç kullanım süresince hastanın probleminin tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, sonra da uygun bir reçete yazıp hastaya açık bilgiler vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan bir yaklaşım benimsenmelidir⁴⁸. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını; “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlar⁴⁹. Yaşlıların ilaç kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

- İlaç kullanımı sırasında hekimin tarif ve önerilerine uyulmalıdır.
- İlaçlar daima hekim kontrolünde kullanılmalıdır.
- İlaçlar, karışıklığa yol açmamak ve çevresel faktörlerden korumak için orijinal ambalajlarında saklanmalıdır.
- İlaç kullanımı sırasında hekimin tarif ve önerilerine uyulmalıdır.
- Hekime danışılmadan kullanılan ilaçlar kesilmemelidir.
- Daha önce tanı alınmış hastalıklar ve kullanılmakta olan tüm ilaçlar yeni bir şikayetle hekime başvurulduğu zaman hekime söylenmelidir.
- İlaçların kullanımı sırasında ortaya çıkan her türlü olumsuz belirti hekime danışılmalıdır.
- Verilen ilaçların tükettikleri gıdalarla muhtemel etkileşimleri hakkında bilgi verilmelidir.
- Oral ilaç kullanımı sırasında sadece bir bardak su kullanılmalıdır. Süt veya meyve suyu gibi sıvılarla ilacın yutulmasından sakınılmalıdır.
- Bitkileri veya bitkisel ürünleri kullanıp kullanmadığı belirlenmeli ve bu konuda hekim uyarılmalıdır.
- Akraba, komşu, arkadaş gibi çevrenin önerilerine dayalı ilaç kullanımından kaçınılmalıdır.
- İlaç kullanımı sırasında hekimin önerdiği maksimum doza özen gösterilmelidir.
- “Her hastalığın tedavisi için ilaç kullanılmalıdır” ve “ne kadar çok ilaç o kadar fayda” gibi yanlış düşüncelerden sakınılmalıdır⁵⁰.

2.2.Tedaviye Uyum

2.2.1. Tanım

Tedaviye uyum, “tedaviye bağıllık, terapötik işbirliği, uyum, gibi kelimeler birbirinin yerine kullanılmaktadır. Tedaviye bağıllık olarak ifade edilen bir diğer tanımda “reçetelenmiş tedavi rejimine uyma yeteneği, isteklilik duyma” olarak tanımlanırken bu terimler arasında ince farklılıklar olmakla birlikte genel olarak literatürde bu tanımların hepsini içine alan “tedaviye uyum” terimi tercih edilmektedir^{51,52}.

Tedaviye uyum gözlenen davranış etkisinin, tedavinin beklenen standartına oranı olarak ifade edilir. Daha yeni bir terim ile “tedaviyi destekleme” olarak ifade edilir. Kompliyans terimi hem farmakolojik tedaviye uyumu hem de tedavinin süresi, hasta ve hastalıkla ilişkili değişkenler ve diğer psikososyal özellikler gibi tedaviye karışan diğer faktörlere uyumu da kapsar⁵³. Literatürde tedaviye uyum genel olarak, “hastaya reçete edilmiş tıbbi tedavinin uygulanması” olarak tanımlanır. Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında ise güç ilişkisi de vurgulamaktadır⁵⁴.

Adherence; kişinin uzun dönemde yaşam tarzını, diyetini, davranışlarını, ilaç alma şeklini sağlık çalışanlarının önerdiği şekilde uygulamasıdır. Sağlık çalışanı-hasta ilişkisinin en ideal göstergesi adherencedir. Temelini hasta ve sağlık çalışanı arasındaki işbirliği oluşturur. Bu terminoloji hastanın tedaviyi sahiplenip tedaviye devam etmesini ifade eder⁷.

İlaç rejimlerine uyumsuzluk (noncompliance) veya ilaca uzun dönemde bağlı kalmama (nonadherence) ise; hasta merkezli bir terimdir. Doktorun söylediği şekliyle önerilere uyulmaması olarak tanımlanır. İlaç uyumsuzluğu kompleks ve dinamik bir davranışsal süreçtir. Nonkomplians hastalığın şiddetine ve çeşidine bakılmaksızın görülebilen hastalar arasında yaygın bir sorundur⁵³.

Kronik hastalıklarda uzun dönem ilaç tedavisine uyum DSÖ'nün 2003 yılı verilerine göre yaklaşık %50'dir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha da düşüktür. Bu da uzamış ek hastalıklara neden olur⁷. ABD'de 32 milyon kişi günde 3 ve üzeri ilaç almaktadır. Günlük alınan ilaç sayısı ile adherence ters orantılıdır. ABD'de 2002 verilerine göre ölüm sebepleri arasında 4.sırayı nonadherence almaktadır. Tahminen nonadherence'in sağlık harcamalarına

yaklaşık 100 billion dolar/yıl ek yük getirmektedir⁷. Her hastanın ilaca olan uyumunda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal faktörler rol oynar. Adherensi etkileyen faktörlerin bilinmesi uyumun artırılması açısından önemlidir⁵⁵. Bir hastalığın en etkili tedavisi için tedavi rejimine uyum önemlidir⁵. Tedaviye uyum hem tedavi maliyetini düşüren hem de hastalığın seyrini etkileyen bir faktör olarak kabul edilmektedir⁵⁶.

Hekimler genellikle uyumsuzluğu tedavinin başarısızlığını izah edebilecek bir faktör olarak görmezler. Fakat bazı hastalar uyumsuzluğa eğilimlidir. Hipokrat hekimleri "aldıkları ilaçla ilgili olarak yalan söyleyen hastalara dikkat edin, tedaviye uyumsuzluk sadece hastanın kusuru değildir" diyerek uyarılmıştır. Tedaviye uyumsuzluk genellikle gözden kaçır bu da ilaç çalışmalarında sonuçları çarpıtabilir. Bu durumda kompliyansın ilacın plazma seviyelerini etkileyeceği dikkate alınmalıdır. Son yıllarda "tedaviye uyum" (compliance) kavramının yerini "tedaviyi destekleme" (adherence) kavramının alması gerektiği de ileri sürülmektedir⁵⁷.

İlaç uyumsuzluğu üç şekilde olabilir:

- 1) İlacı gereğinden fazla dozda kullanma
- 2) İlacı gerektiğinden daha az kullanma
- 3) Süresi dolmuş ilaçları kullanma

Nonkomplians kasıtlı yapılan ve farkında olmadan yapılan nonkomplians olarak değerlendirilir.

Kasıtlı yapılan nonkomplians; hastanın tedaviyi reddetmesi, tedaviyi devam ettirmeyi başaramaması, tedaviden sapması şeklindedir. Farkında olmadan yapılan nonkomplians ise; kişinin sağlık eğitiminin az olması ve bilgileri anlama ve elde etmede eksikliklerinin olması nedeniyledir.

2.2.2. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Tedaviyi uygulayan hekimden sosyal çevreye ve tedavinin kendisine kadar birçok faktör tedaviye uyumu etkilemektedir.

Tedaviye uyumu zorlaştıran faktörler^{53,58,59}:

- Tedavi rejimlerinin zor olması (polifarmasi, günde birçok kere ilaç alımı)
- Yan etkiler (erken dönemde başlayan subjektif rahatsızlık hissine yol açan etkiler)

- Faydalı etkinin yavaş ve geç başlaması
- Psikopatolojik durumlar (organik mental bozukluklar, zeka gerilikleri, görme ve işitme bozuklukları, ümitsizlik, inkar ve karşıt duyguları aynı anda taşıma)
- Hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmemiş olmaları
- Hasta-hekim ilişkisinde sorunlar
- Tedaviye birden fazla hekimin karışması
- İnsan hataları

CMAG-1'e (Case Management Adherence Guidelines) göre ise nonadherensin nedenleri⁷:

- 1) Mental hastalıklar ve unutkanlık
- 2) Hastanın tedaviye inanmaması
- 3) Mali nedenler
- 4) Hastanın ilacı alınca kendini daha hasta hissetmesi
- 5) Nadiren kendini iyi hissetmesi
- 6) Hastanın sağlık erişiminin sınırlı olması
- 7) Hastanın dozaj hakkında kafasının karışması
- 8) Sosyal desteğinin olmaması
- 9) Yan etkilerin tedavinin etkinliğini geçmesi
- 10) Hastanın ilacı keserse hastalığının devam edip etmediğini anlamak istemesi
- 11) Hastanın hastalığına karşı hassasiyet algısının düşük olması
- 12) Hastanın ilaç rejimini takip etmenin önemli olduğuna inanmaması
- 13) Tedavinin önemli davranışsal değişiklikler gerektirmesi gibi faktörlerdir.

Bu faktörler:

Hastaya ilişkin faktörler: Hastanın yaşının, sosyal statüsünün ve iç görüsünün uyumu etkilediği demografik verilerde gösterilmektedir. Yaş ilerledikçe ve kronik hastalık sayısı arttıkça hastaların uyum probleminin daha fazla olduğu görülmüştür. Diğer hastalıkları sebebiyle birden fazla ilaç almanın ve yaşlılarda hafıza bozukluklarının bunda rolü olduğu düşünülmüştür. Hastalığın kendisi de uyumu bozan bir faktör olabilir⁵⁸. Hastanın tedaviye uyumunda bilgi ve eğitimle birlikte istek ve motivasyon da önemlidir⁷.

Hekime ilişkin faktörler: Hastaların çoğu hekimin otoriter ve hastanın endişelerini dikkate almayan tutumundan rahatsızdır. Hastalar genellikle hekimlerin kendilerine ayıracak fazla zamanları olmadığını düşünerek tedavinin detaylarını sormaktan çekinirler. Tedavinin sürdürülmesinde hasta-hekim ilişkisi çok önemli olduğundan hekimin sıcak, yumuşak ve soru sorulmasına izin verici "empatik" tutum sergilemesi gerekmektedir. Hekimler hastalarına ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında yeterli bilgi vermesi hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında eğitilmesinin tedaviye uyumu arttırdığı gösterilmiştir⁵⁹. Hasta tedavinin başlangıcında ilaç hakkında mutlaka bilgilendirilmeli ve "risk/kazanç oranı" kendisi ile tartışılmalıdır.

Hastanın çevresine ilişkin faktörler: Hastanın sosyal ve terapötik çevresinden kaynaklanırlar. Hastanın yaşadığı çevrede "ilaç almanın problemleri çözmeyeceği" fikrine inanılıyorsa, uyumsuzluk riski yüksektir. Hastanın ailesinin tutumu, eski tecrübeleri ve dini inançları bu konuda önemlidir. Hastanede yatan hastalar evdekilere göre tedaviye daha iyi uyum gösteren hastalardır⁵³.

Tedavinin kendisine ilişkin faktörler: Aksiyon şekli, uygulama şekli ve yan etkilerinden gibi ilacın kendisinden kaynaklanan etkilerdir. Etkilerini çabuk gösteren ilaçlar, geç gösterenlere göre daha az uyum problemi oluştururlar. Tedavide basit doz stratejileri tercih edilmelidir. Hastanın uyumunu sağlamada en garantili yol parenteral uygulama ve depo preparatların tercih edilmesidir. Bu yolun seçilmesi özellikle tedavi süresinin uzadığı dönemde azalan uyumu arttırmada faydalıdır. Hastalar tedavide zaman geçtikçe daha uyumlu olma eğilimindedirler⁵³.

İlaçla ilgili faktörler CMAG-1'e göre şunlardır⁷:

- 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)

İlaç uyumsuzluğu özellikle kompleks, tedavi süresinin uzun olduğu ve maliyetin yüksek olduğu rejimlerde daha sık görülür. Hastanın sağlıkla ilgili olan inançları da adherence ile ilgili önemli faktörlerden biridir⁵. Kronik hastalıkları ve polifarmasisi olan hastaların ayaktan tedavilerinde görülmüştür ki: hasta tedavi rejimini tam olarak anlamasa da, bu rejimin kendisine iyi geleceğine inanıyorsa

bu hastaların tedaviye uyumu daha fazladır. Bu da bize tedavi uyumunda sağlık inanışlarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir⁶⁰.

2.2.3. Medikasyon Uyumunu Kontrol Etme Yöntemleri

Hasta uyumsuzluğu sağlık hizmetleri için büyük bir problem olmakla birlikte hasta uyumunu gözlemeye yönelik geniş kabul görmüş bir altın standart bir yöntem bulunmamaktadır. Uyumu ölçebilen güncel yöntemlerin birtakım sınırlamaları bulunmaktadır⁶¹. Son zamanlarda yapılan araştırmalar hasta uyumunu izleyebilecek yeni yöntemler sunmuşlardır. Bu yaklaşımlardan biri de 'İlaç İzlem Sistemi' dir. Hasta uyumunu izlemede ümit verici potansiyel bir metoddur^{62,63}. Hasta uyumunu izlemede kullanılabilen çeşitli yöntemler direkt ve indirekt yöntemler olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 1,2)⁶⁴. Hasta uyumunu izlemede etkinliği ispat edilmiş bir tek yaklaşım bulunmamaktadır. Çünkü her metodun kendine has dezavantajları bulunmaktadır. Bu nedenle medikasyon uyumunu değerlendirmek için multiple veya kombine yaklaşımlar kullanmak tek yöntem kullanmaktan daha yararlıdır. Kültürel farklılıklar, hastanın sosyoekonomik durumu ve uygulanan tedavi özelliklerinden dolayı ülkeler arasında uyum ölçme çalışmaları arasında farklılıklar vardır^{65,66}.

İlaç uyumunu ölçmenin kullanılan ilaçların sayılması, anket uygulama ve dispanserlerin elektronik ilaç hesaplarının kullanılması gibi birçok yöntemi olmasına rağmen bu yöntemlerin hiçbirisi tam olarak uyumu ölçemez. Hem bilgisayardan elde edilen ilaç kayıtları hem de anket bilgilerinin bir arada değerlendirilmesi en optimal yöntemdir. Anket yönteminde direk olarak soruyla uyumu tespit etmek uyumsuzluk oranlarını örtbas edebilir. Buna rağmen yapılan çalışmalarda, uyumsuz olduğunu ankette itiraf eden hastaların gerçekten uyumsuz olduğu ortaya konmuştur⁶⁷.

Tablo 1. Medikasyon uyumunu kontrol etme yöntemleri.⁶⁴

YÖNTEMLER	PROSEDÜR	AVANTAJLAR	DEZAVANTAJLAR
Biyokimyasal markerlar (Direkt Yöntem) ⁶⁹	İdrar ve serum gibi vücut sıvılarında ilaç konsantrasyonlarının Analizi ^{65,70}	Daha doğru ve güvenilir yöntem ⁶⁹	Ayrı ayrı ilaç analizleri Pahalı bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmaz. 24-48 saatlik ilaç uyum durumunu yansıtır. yarılanma ömrü uzun olan ilaçları tespit eder ^{65,70} .
İlaç sayımı (İndirekt yöntem) ⁷¹	Sağlık hizmeti sunan tarafından kalan hapların veya boş striplerin sayımı ve Kontrolü ⁷²	Ekonomik ve basit Yöntem	İlaçların doz ve zamanına uyumu değerlendiremez. Hastalar vizit öncesi haplarını rejime uyumu görünmek için atabilir. Hasta yanlarında tüm ilaçları getirebilir, bu da değerlendirmeyi kompleks veya imkânsız hale getirir ⁷³ .
Reçetelerin takibi (İndirekt yöntem) ^{64,74}	Yazılan ilaçların sıklığı ile yazılan güncel reçeteleri Kıyaslama ^{64,74,75} .	Ekonomik yöntem	Eğer hasta eczaneye ilaçlarını almaya gitmemişse hasta uyumsuz demektir. Doğru izleme ve belgeleme sistemine gereksinim duymaktadır ^{74,75} .
Terapötik sonuç ölçütleri (indirekt yöntem) ⁷⁰	Objektif ölçüm (antihipertansif alan hastalarda kan basıncının monitörizasyonu) ⁷⁶	Kolay değerlendirme	Güvenilir bir yöntem değildir. Özel bir tedaviye cevapta bireysel farklılıklar olduğundan iyi uyum olsa bile hastanın terapötik sonuçları iyi çıkmayabilir ⁷⁰ .

Hastanın kendi bildiri (indirekt yöntem) ^{77,78}	Hastalara doğrulanmış anketler kullanarak ilaç kullanımı hakkında sorular sormak	Ekonomik ve basit yöntemdir.	Uyum oranının yanlış yüksek hesaplanması. Bu yöntem uyumsuzluğu belirlemede uyumu belirlemeden daha yararlıdır ^{61,79} .
Günlük tutma (İndirekt yöntem) ^{77,80}	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 ⁷⁷ .
Medikasyon izlem sistemi (İndirekt yöntem) ⁸¹	Bir mikroelektronik çip ilaç şişesinin açıldığı tarih ve saati kaydeder. Bu bilgi uyumu kontrol etmek üzere bilgisayara kaydedilir ^{82,64} .	Uyumun sürekli izlemi mümkündür. Doz aralık hataları ve kaçırılmış dozların sıklığı gibi Tamamlayıcı davranışlar hakkında bilgi elde Edilebilir ^{82,64} .	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) ⁷⁰	Klinisyen hastanın uyumunu kendisi tespit eder.	Basit yöntem	Klinisyen sıklıkla uyumu olduğundan fazla hesaplamaya eğilimlidir. Uyum sadece klinisyenin kararına ve tecrübesine bağlıdır ⁷⁰ .

Tablo 2. Medikasyon uyumu ölçüm anketleri.

Uyum ölçüm anketi	Geçerlilik ve güvenilirlik	Kaynak
Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği	İyi geçerlilik İyi güvenilirlik	Vural B ve ark. ⁶⁸
Kısa Medikasyon Uyumu Anketi	İyi geçerlilik İyi güvenilirlik	Svarstad BL ⁸³
İlaçlar Hakkındaki İnanışlar Anketi	İyi geçerlilik İyi güvenilirlik	Horne R ve ark. ⁸⁴
Uyum Kompliyans Skalası Hakkındaki İnanışlar	İyi geçerlilik İyi güvenilirlik	Bennett ve ark. ⁸⁵
Genel Uyum Skalası	Geçerlilik hakkında herhangi bir bilgi yok	DiMatteo MR ⁸⁶
Hill-Bone Kompliyans Skalası	İyi geçerlilik İyi güvenilirlik	Wood K. ve ark. ⁸⁷
Uzun Dönem Medikasyon Davranışları Oto-Etkinlik Skalası	İyi geçerlilik İyi güvenilirlik	De Geest ⁸⁸
Morisky Medikasyon Uyum Skalası	İyi geçerlilik İyi güvenilirlik	Morisky DE ve ark. ⁸⁹

Yapılan ilaç uyum anketi, hastanın tedaviye uyumunu iyi yansıtabilmesi için şu spesifik soruları içermelidir:

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

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği kısa, kolay uygulanabilir, motivasyon ve bilgi düzeyini ayrı ayrı değerlendirebilen güvenilir bir test olduğu saptanmıştır. Bu ölçeğin kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede kullanılmasının yararlı olacağı tespit edilmiştir. Orijinal Modifiye Morisky Ölçeği üç araştırmacı tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilerek sonuçta araştırmacıların üzerinde uzlaştıkları ve geri çeviri ile doğruluğu gösterilmiş olan Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'nin son hali ortaya çıkmıştır (Tablo 3)⁶⁸. Anket 6 sorudan

oluşmaktadır. Sorular Evet/Hayır olarak yanıtlanmış olup değerlendirilmedi; 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 göstermektedir⁶⁸.

Tablo 3. 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)	

2.2.4. Tedaviye Uyumun Arttırılması

Tedaviye uyumu artırma birkaç basamakta gerçekleştirilebilir:

- 1- Doktor-hasta ilişkisi iyi kurulmalı ve hasta yeterince dinlenmelidir.
- 2- Hastaya tedavi planı ve muhtemel yan etkileri hakkında yeterli, net ve açık bilgiler mümkün olduğunca tıbbi terimleri kullanmadan verilmelidir. Anahtar noktaları tekrarlamak ve hastaya kendi kendini takip konusunda eğitim vermek önemlidir.

3- Hastanın "sağlık ile ilgili inanç sistemindeki" yanlışlarının düzeltilerek hastalığının farmakolojik tedavisi hakkında gerçeğe uygun kavramlar oluşturulmalıdır.

4- Hastanın bireysel tolerabilitesinin farklı olabileceği dikkate alınarak benzer terapötik etkiye sahip olan ilaçlardan yan etkileri nispeten az olanlar seçilmelidir.

5- Yan etkiler ciddiye alınmalı ve dikkatle giderilmeye çalışılmalıdır.

Sonuçta hekimler tedaviye uyum ile ilgili problemleri ciddiye almalı, tedaviye uyumsuzluğun her zaman hastanın kusuru olmadığı hatırlamalıdır. Uyum araştırmaları her ne kadar metodolojik zorluklar arz ediyor ise de, çalışmaların sonuçları tedaviye uyumsuzluğun sebeplerinin erken ortaya çıkarılmasının ve giderilmesinin hastanın prognozunu ve tedavi maliyetini önemli oranda etkileyeceğini göstermektedir⁹⁰.

2.3.Hastalık Algısı

2.3.1.Hastalık Algısına Dair Genel Bilgiler

Psikoloji ve bilişsel bilimlerde duyuşsal bilginin alınması, seçilmesi, yorumlanması ve düzenlenmesine algı denir⁹¹. Bireyin hastalık kavramına yönelik algısı, hastalığı nasıl yorumladığı, ona yüklediği anlamlar, hastalık dönemleri boyunca yaşadığı veya karşılaştığı deneyimler, içeri alınmış bilgiler, duyuşsal ve davranışsal tepki repertuarları, hastalık süreci, psikopatoloji ve baş etme mekanizmaları ile ilişkilidir¹².

Hastalık algısı, kişinin hastalığı nasıl anlamlandırıldığı ve hastalık durumunun bilişsel yapılanması ile ilişkili bir kavram olmakla birlikte her kişiye göre farklı yaşanır. Kişinin hastalığına yönelik algısı yaş, cinsiyet, yaşanmış deneyimler, baş etme mekanizmaları, kültürel değerler ve hastalığa olan genetik yatkınlık gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Kişinin hastalığına yönelik değerlendirmeleri hastalık süresi boyunca devam ederken bu değerlendirmeler içinde hastalığının durumu ve gidişatı ile ilgili baskın olan bir algısı bulunur¹². Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar.

Psikoloji alanındaki daha geniş değişikler çerçevesinde hastalık algısı yaklaşımı değerlendirilerek daha iyi anlaşılabilir. Çağdaş bilişsel psikolojinin

oluşmasından beri, bilişsel yaklaşımlara odaklanan araştırma, kuram ve uygulamalar psikolojide hakim duruma gelmişlerdir. Mesela; sosyal bilişsel kuramlar sosyal psikolojide yaygın iken bilişsel davranışçı yöntemler de klinik psikolojide oldukça geniş yer tutmuştur⁹². Benzer olarak sağlıkla ilgili davranışları anlamaya yönelik araştırmalarda sosyal bilişsel modeller ön plana çıkarak sağlık psikolojisinde de merkezi konuma gelmişlerdir⁹³. Bilişsel yaklaşım bireylerin yeni deneyimleri anlamlandırmak ve davranışlarını planlamak için geçmiş deneyimlerini yansıtan modeller, zihinsel temsiller ya da şemalar geliştirdikleri esasına dayanır. Bilişsel yaklaşıma göre kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkında olumsuz duygular geliştirmesine benlik saygısı ve beklentilerle ilgili olarak oluşmuş şemalar neden olur. Kişi geçmişine bağlı olarak oluşturduğu akılcı olmayan şemalarla yaşantılarını toparlar, formüle eder ve çözümler kendisini ve olayları değerlendirirken bazı mantık hataları yapar. 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 oluşan bilişsel üçgen oluşur. Kişi hastalığın doğası hakkında ya kendi ya da yakınlarının deneyimlerine dayanan bir fikre sahip olduğu için hastalıkla ilgili bu geçmiş deneyimler mevcut hastalığa da cevabı etkiler. Geçmişteki deneyimler sağlık ve hastalık hakkında beklentilere, bazı inançların gelişmesine yol açar. 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 hatasıdır⁹⁴.

Hastalık kendisinin yaşlı olduğunu düşünmeyen kişi için beklenmedik bir durum olduğu için özellikle kronik hastalığa uyumu zorlaştırır. Geçmişteki hastalıklar orta düzeyde ve hızlı bir şekilde iyileşmişken, kişi uzun süre tedavi

gerektiren kronik bir hastalıkla karşılaşırsa kendini engellenmiş hissetmesine karşın kişinin hastalıkla ilgili deneyimi “asla tamamıyla iyileşmez” olarak yaşanmışsa, minör bir hastalıkta bile anksiyete düzeyi artabilir. Çocukluk çağı hastalıkları sırasında aşırı şımartılan yetişkinler kolayca hastalığı kabul edebilirler ve bakım verenlere güvenirken çocukluk çağında “hasta olmak zayıflıktır” diye mesaj alan kişiler hastalığı kabul etmekte zorlanırlar. Çocukluk döneminde hastaneye yatmış kişiler veya yanlış davranışları için enjeksiyon yapılmasıyla tehdit edilenler hastaneleri ve hemşireleri tehdit olarak görebilirler. Bireyin önceki hastalık deneyimleri onun şu anki hastalığı ile baş etmesini etkiler. Hemşireler hastaların hastalıkla ilgili geçmiş deneyimlerini öğrenmelidirler⁹⁵. AIDS ve kanser gibi bazı hastalıklar hastalar tarafından sıklıkla “kirlil”, “temiz değil”, “bulaşıcı” gibi kelimeler kullanılarak stigmatize edilmektedir. Özellikle cinsel içerikli davranışlar, alışkanlıklar, içki, sigara ile bağlantı kurulan hastalıklarda stigma daha fazladır. Stigma var olduğunda, arzu edilmeyen, istenmeyen özellikler hastaya yüklenir. Bu atıf, kişinin gerçek davranışı ile ilgili olmasa da kişinin hak ettiği bir ceza olarak değerlendirilmesine yol açar. Bu stigma, hastayla ilişkili olan diğer kişileri de etkiler⁹⁴.

Bireyin hastalığına tepkisini etkileyen önemli faktörler hastalığın aniden ya da yavaş başlaması, belirti süreci, oluş biçimidir. Hastalığın belirtilerinin tanınması veya hastalığın teşhisi fiziksel hastalığa psikolojik cevapla ilgili ilk stressördür. Bu noktada kişi kendini hastalığı olan biri olarak tanımlar. Hastalık, hazırlanmaya fırsat vermeden ortaya çıktığında kişi yaşam değişimleriyle baş etmede zorlanır. Bazen de kişi kendisini hastalığa hazırlayana kadar ortaya çıkan belirtileri görmezden gelir. Hastanın hastalık hakkında bilgisi tepkiyi etkileyen önemli bir faktördür. Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması hastalıkla baş etmesini kolaylaştırarak felaketçi algılamayı engeller ve hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkiler. Bilginin yetersiz olması ya da bilgi verilmemesi anksiyete düzeyinin artmasına neden olarak hastanın tedaviye uyumunu güçleştirir. Dolayısıyla hastanın iyileşmesini geciktirir (Birkhead, 1989). Hastalığın anlamı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Ciddi bir hastalıkla karşılaşan kişi genellikle “Neden ben?”, “Niçin şimdi?”, “Bunun olması için ne yaptım?” gibi sorular sorarak ona açıklama bulmaya çabalar. Hastalar bilgileri, kişisel deneyimleri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında bunu açıklamaya çalışırlar⁹⁶.

Lipowski (1981) hastalığın anlamını 4 kategoride tanımlamıştır;

- Meydan okuma-mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit
- Kayıp
- Kazanç veya rahatlama
- Ceza

Hastalıklar birçok kişi için meydan okuma-mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit anlamına gelir. Bu anlamda değişimin normal ve uyarıcı olduğuna inanılır ve kişi hastalıkla aktif olarak uğraşır. Hastalığı meydan okuma olarak algılayan kişi ağrının, acının, bozukluğun etkisini ne inkâr eder, ne de abartır ve hastalıkla baş etme gerçekçi ve esnek olma eğilimindedir. Konuyla ilgili obsesif bilgi aramadan ziyade kaybedilen işlevleri telafi etme çabalarından amaçlı, fiziksel aktivitede değişiklik yapma, vakitlice öneri, tedavi ve işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterir. Böyle bir tutum ve anlam çoğunlukla arzu edildiğinden teşvik edilmelidir. Hastalık tehdit olarak görüldüğünde anksiyete, korku ve zaman zaman öfke duyguları açığa çıkar. Birçok kişi hem somut ve sembolik olarak, hem de duygusal ve eylemsel olarak hastalığı kayıp biçiminde görür. Somut kayıplar bedeninin işlevlerinin ve parçalarının kaybını içerirken sembolik kayıplar güvenlik, memnuniyet, benlik saygısı gibi önemli değerler ve gereksinimleri içerir. Kayba verilen duygusal tepki üzüntü, cesaretin kırılması, umutsuzluk, hipokondriasis, ilgide azalma, iş yaşantısında yetersizlik, memnuniyette azalma ve kaybedilen şey hakkında olumsuz düşüncelerle karakterize olan yastır. Bazı hastalar için hastalık ekonomik zorluklardan, kişiler arası güç durumlardan, sosyal rollerin sorumluluklarından ve isteklerden muaf olma, dinlenme anlamına gelebilmektedir. Bu kavram hastalıktan primer veya sekonder kazancı içerir. Böyle bir hasta iyi olma arzusuna itiraz edebilir ve yardım çabalarını geri çevirebilir. Bu durumda tedaviye uyumsuzluk yaygındır. Bu durumda genellikle kişi hasta rolüne sınıksız sarılır sonuçta konversiyon belirtileri de açığa çıkarabilir. Bu hastalar karşısında sağlık elemanları kendilerini çaresiz, etkisiz hissederler. Düşmanca ilişkiler, çatışmalar ortaya çıkabilir. Hasta hastalığı hak ettiği ya da etmediği bir ceza olarak algılayarak sıklıkla depresyon, öfke veya utanç biçiminde duygusal tepkiler ortaya çıkarabilir. Suçluluk duygusunun varlığı ve derecesi buradaki en önemli sorundur. Hasta hastalığı günah işlemenin cezası olarak algılsa genellikle

pasif konumda olup, iyileşme girişiminde bulunmazken hak edilmemiş bir ceza olarak görürse, öfke ve kin içeren, kavgacı, şüpheli davranışlar sergileyebilir. Klinik uygulamada hastanın bu anlamlardan birini niçin geliştirdiğini daha iyi anlamak gereklidir. Neden olan faktörler; kişilik, geçmiş deneyimler, ruhsal durum gibi kişisel, aile üyelerinin desteği, tedavi ekibiyle ilişki gibi kişilerarası hastalıkla ilgili faktörler, sosyokültürel ve ekonomik olarak sınıflandırılabilir. Hastanın hastalığa duygusal tepkisi onun hastalığa yüklediği anlama bağlıdır. Duygusal tepki biçimi de yüklenen anlamı etkiler. Bazı hastalar etkisiz başa çıkma yöntemlerini kullanarak duygusal güçlükleri azaltmaya çalışırlar. Sonuçta bu, hastalığın süresini ve sonucunu etkiler⁹⁷.

Hastalık başlangıcı, kişiden kişiye değişen bir dizi sorunu da beraberinde getirir. Psikologlar hastaların bu sorunları anlamlandırmak ve onlarla baş etmek için kendi hastalık temsili modellerini geliştirdiklerini son zamanlarda göstermişlerdir. Bu alanda en etkili olan modellerden biri Leventhal ve arkadaşlarının (1980) “hastalık temsili” modelidir. Bu model hastaların zihinlerinde yer alan hastalık temsillerinin değişik bölümlerden oluştuğunu ileri sürer. Leventhal'e göre hastaların modelleri baş etmeyi belirleyen çeşitli faktörlere dayanmaktadır^{98,99}. Bu model her hastanın, hastalığının kimliği, süresi ve sonuçları ile kendi düşüncesi olduğunu önermektedir. Lau ve arkadaşları (1989) hastaların yarattıkları zihinsel modellerinin tedavi ve durumun kontrol edilebilirliği ile ilgili inançları da içerdiğini saptamışlardır¹⁰⁰. Hastalık algısı yaklaşımına göre kişinin hastalık deneyimi merkezi önem taşır. En fazla önem hastanın durumu ile ilgili kendi oluşturduğu modele verilir. Kişilerin dış dünyadaki olayları açıklamak ve göz önünde tutmak için oluşturdukları zihinsel temsiller gibi, hastalarda geçici ya da daha uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili bilişsel modeller geliştirirler. Hastalık algısı modeline göre kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik olarak beş alanda değerlendirir. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılırken geri kalan iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur. Kişinin kendini algılaması ve yaşama bakışı da hastalığa tepkisini etkiler. Genel olarak yaşamını kontrol altında tutabilen ve yeterli hissedilen, olumlu bakış açısına sahip, iyimser olan kişi, kontrol altında tutamayan ve kötümser olan kişiye göre hastalığa ve sonuçlarına daha olumlu yaklaşabilir.

Eğer etkili baş etme becerileri gelişmiş ise hastalığa daha hızlı uyum sağlayabilir. Siegel (1997), kanserli hastalarla yaptığı çalışmada yaşam ve iyileşme için olumlu ve iyimser tutumun önemli olduğunu saptamıştır¹⁰¹. Fiziksel hastalığı olan kişilerde hastalık algısının, hastalığın seyri, sonlanımı, tedaviye uyumu, yaşam kalitesi üzerinde etkileri ile ilgili ilk çalışmalar, Leventhal ve Contrada'nın (1998), fiziksel hastalığı olan kişilerde başa çıkma tepkilerinin ve duygusal, fonksiyonel sonlanım üzerinde geliştirdikleri kendini ayarlama kuramına dayandırılmıştır. Leventhal'in yaptığı çalışmalar lenfomalı hastaların kemoterapi aldıktan sonra tümör boyutunun küçülmesi ile ilgili duygusal tepkilerinin kendi hastalık modelleri ile yakından bağlantısı olduğunu göstermiştir⁹⁹. Leventhal bu bulgular sonucunda hastaların kendi baş etme mekanizmalarını geliştirdikleri bir hastalık temsili modeli oluşturduklarını iddia etmiştir. Hastalık algısının baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalara göre, hastalığın gidişinin iyi olmasının yüksek içsel kontrol algısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur¹⁰². Bu sonuçlar fiziksel hastalık yaşayan kişilerin optimum tedavisi için hastalığa yükledikleri anlamı öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır.

Kendini ayarlama kuramına göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan edinilen bilgilerin ışığında zihinlerinde yaşamı tehdit eden durumlarla ve hastalık ilgili şematik temsiller oluştururlar¹⁰³. Kendini ayarlama modeline göre içsel uyarılar (belirtilerin nasıl yaşandığı) ve dış uyarılar (risk bilgisi, bir yakının hastalanmasına şahit olmak) bilişsel ve duygusal tepkileri tetikleyebilir. Bu temsillere dayanarak kişiler algıladıkları tehditle baş etmek için belirli bir plan yaparlar. Baş etme stratejisinin başarısı değerlendirilir ve değiştirilebilir. Doktorlar hemşireler gibi sağlık çalışanlarının yanı sıra sosyal ortamlardan, medyadan ya da kişilerin kendi deneyimlerinden elde edilen bilgiler bu temsillerin oluşmasında rol oynar⁹⁸. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Rosenstock' a göre model, bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini ve kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklar. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır¹⁰⁴. Bu

açından kendini ayarlama kuramı kanser hastalarının tepkilerini anlama konusunda oldukça uygun bir çerçeveye sağlamaktadır. Hastalığa karşı verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler ve hastalık algısı arasındaki ilişki kendini ayarlama kuramı ve hastalık algısı üzerine yapılan çalışmalarda çoğu kez gösterilmiştir. Örneğin; hastalık algısının kronik yorgunluk hastalarında psikososyal iyilik halinin belirleyicisi olduğu diyabet ve osteoartrit hastalarında kendini idareyi etkilediği astım ve hemofili hastalarında ilaca uyumun belirleyicisi olduğu ve myokard enfarktüs hastalarında daha sonraki yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu bulunmuştur^{105,106,107,108}.

Meme kanseri ile ilişkili olarak, Taylor ve ark. (1984) hastalık algısının, objektif hastalık şiddetine oranla tedaviye verilen psikososyal tepkiyi daha fazla belirlediğini bulmuştur. Aynı çalışmada, meme kanseri ile ilgili nedensel algılar aynı zamanda hastanın hastalığa uyumu ile ilişkili bulunmuştur¹⁰⁹.

Geniş kapsamlı yarı yapılandırılmış soru formları, açık uçlu sorulardan oluşan görüşmeler ve faktör analiz çalışmaları hastalık temsillerinin çok boyutlu olduğunu ve farklı hastalıklarda gözlemlendiğini ortaya koymuştur (örneğin; Turk ve ark.1986). Bu alanda yapılan faktör analizi çalışmalarına dayanarak Implicit Models of Illness Questionnaire (IMIQ; Turk ve ark, 1986) ve Illness Perception Questionnaire (IPQ; Weinman ve ark, 1996) gibi hastalık temsillerini ölçen ölçekler geliştirilmiştir¹¹⁰. Bu ölçekler hastalık temsillerini birbirleriyle alakalı fakat kavramsal ve deneye dayalı olarak farklı beş faktörde ölçmektedirler.

Bu faktörler:

- Kimlik,
- Süre,
- Neden,
- Ciddi sonuçlar
- Tedavi/kontrol edilebilirliktir.

Hastalığın türüne göre içeriğin düzeyi ve seviyesi değişebilir olmasına rağmen bu boyutların tüm hastalıklarda hastalık temsili oluşumunda önemli olduğu düşünülmüştür¹⁰⁵. Kimlik boyutu hastalığın tanımını ve hastalıkla alakalı olarak algılanan belirtileri içerir. Süre; kişinin hastalığın göreceli kroniklik algısını içerir.

2.3.2. Hastalık Algısının Bileşenleri

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

- 1) Hastalığın kimliği
- 2) Nedensel inanışlar
- 3) Zamansal inanışlar
- 4) Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar
- 5) Sonuçlar

Hastalık algısının ilgi çekici yönü, aynı hastalıklara sahip olan hastaların oldukça farklı algılarının olması ve bu algıların bazı hastaları yanlış yollara yönlendirebilmesidir.

2.3.2.1. Hastalığın kimliği

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar. Çoğu insan soğuk algınlığı ya da besin zehirlenmesi gibi sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilirler ama başka hastalıklara gelince fikirleri belirsizdir. Buna rağmen hastalar tanı konulduğunda hastalığın neden olduğu semptomlar hakkında zamanla inanışlar geliştirirler. Kimlik bileşeninin önemli yanı, hastalığın semptomları hakkındaki bakış açısı, tedaviyi düzenleyen sağlık elemanlarının bakış açısından çok farklı olabilir. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da tedaviyle alakasız bile olsa görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler.

2.3.2.2. Nedensel inanışlar

Hastalar tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığın görüldüğüne dair kendilerince inanışlar geliştirirler. Sık görülen hastalıklar hakkındaki yorumları ise stres veya hava kirliliği gibi hissedilen sağlığa zararlı durumlar üzerine yapılmaktadır.

Nedensel inanışlar, hastaların kendi durumlarından dolayı araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede veya mantıklı yollarla hastalığını kontrol altında tutması için yapılması gereken değişikliklerde önem kazanır. Örneğin; kalp hastalığı olan birisi hastalığının sebebinin sigara içmek veya çok yağlı beslenmek gibi kötü sağlık alışkanlıklarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır. Hastalığına stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini

birakacaktır. Başka hastalıklarda özellikle hasta kendini suçluyorsa nedensel inanışlar duygusal cevabı da etkilemektedir. Nedeni bilinmeyen hastalıklarda olduğu gibi kanser ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklarda da kendini suçlamanın derecesi daha yüksek olabilir.

2.3.2.3. Zamansal inanışlar

Zamansal inanışlar akuttan kroniğe değişmektedir. Mesela hipertansiyon hastalarında olduğu gibi hastalar hastalıklarını son zamanlarda ne kadar fazla stres altında olduklarına bağlayabilirler. İlaç alımı ile zamansal inanışlar arasında önemli bir ilişki vardır. Kronik hastalara göre akut hastalar ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimi gösterirler.

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 duyarlı olduğuna ve tedavi ile ne kadar kontrol edilebileceğine bağlıdır. Yüksek düzeydeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilidir.

2.3.2.5. Sonuçlar

Hastanın hastalığının sonucu hakkındaki algısı da son bileşendir. Bu durum iş, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik olarak yaşayacağı etkileri kapsamaktadır. Çoğu zaman, hastalığın sonucu hakkındaki görüşleri hastalığın ciddiyeti hakkındaki objektif klinik belirteçlerle zayıf ilişkili subjektif algılamaya bağlıdır. Kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine muhtemel etkileriyle ilgili inançları sonuçlar alt ölçeğinde araştırılmaktadır.

2.3.3. Hastalık Algısını Değerlendirmek

2.3.3.1. Hastalık Algısı Ölçeğinin Gelişimi

Hastalık Algısı Ölçeği ilk olarak 1996 yılında Weinman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bilimsel olarak Leventhal' in hastalık temsili kuramına dayanmaktadır.

Hastalık Algısı Ölçeği kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik gibi hastalık temsilinin beş alanının kantitatif ölçümünü gerçekleştirmek için geliştirilmiştir. Ölçek yapı olarak 3 bölümden oluşmaktadır. Bunlar; algı, belirtiler(kimlik) ve nedenlerdir. Kanseri, HIV, kalp hastalıkları, diyabet, astım gibi birçok hastalık için kullanılmıştır. 2002 yılında gözden geçirilmiş olup eklemeler yapılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeğinin orijinali İngilizcedir. Bunun dışında Almanca, İspanyolca, Yunanca, İtalyanca, Portekizce, Sri Lankaca ve Norveççe sürümleri bulunmaktadır. Bununla birlikte, ölçeğin kısa şekli geliştirilmiş ve esas ölçek diyabet, hipertansiyon, kronik yorgunluk sendromu ve AIDS gibi birçok farklı fiziksel hastalığa yönelik olarak kullanılıp değiştirilmiştir.

Hastalığa atfedilen anlamları anlamak, hastalığın yarattığı psikolojik bozuklukların tedavisinde bireysel ve kültürel olarak daha etkin olabilmek açısından Hastalık Algısı Ölçeğinin kullanımı çok önemlidir. Özellikle kanser hastalarında psikiyatrik sorunlarda kullanılan bilişsel tedavinin etkinliğini arttıracak bu veriler klinisyenin hastayı daha iyi anlamasına ve hastaya daha fazla yardım etmesine neden olarak hastanın hastalığa uyumunu arttıracaktır.

2.3.3.2. Hastalık Algısı Ölçeğinin Gözden Geçirilmesi:

Hastalık Algısı Ölçeğinin gözden geçirilme çalışmasıyla kendini ayarlama kuramı ile ilgili kavramlardaki gelişme ve bu kavramların ölçümü amaçlanmıştır. 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 yeterince temsil etmediği belirlenmiştir. Süre boyutu hastalığın göreceli kroniklik derecesi ile ilgili inançlar ve belirtilerin değişkenliği ile ilgili inançlar olarak iki bölüme ayrılmış olup yeni ölçekte süre boyutu süre-akut/kronik ve süre-döngüsel olarak adlandırılmıştır¹¹¹.

Yenilenen ölçeğe duygusal temsillerin ölçümünün eklenmesi HAÖ'nin yenilemesinde en önemli noktalardan biridir. Leventhal ve ark. (1984) kişilerin sağlıkla ilgili tehditlerde paralel bilişsel ve duygusal temsiller oluşturduklarını öne sürmüşlerdir. Ölçeğin orijinal haline duygusal boyut dâhil edilmemiş olup duygusal temsillerin duyguyla ilgili baş etme yöntemleri ve sonuçları ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür¹¹².

Hastalık Algısı Ölçeğinin yeni şekline 6 maddelik bir duygusal temsil

ölçeği eklenmiştir. En son yenilenen ölçekte hastalık üzerindeki kişisel kontrol ve tedavi kontrolünün ayırımı da yapılmaktadır. Ölçeğin yapısı orijinali ile aynı kalmıştır fakat daha kapsamlı ve daha anlaşılır bir dil kullanılmıştır.

Moss-Morris ve ark. (2002) ölçeğin güvenilirliği ve geçerliğini birçok akut ve kronik durumda test edip yapılan faktör analizi ile yeni eklenen boyutların ve diğer boyutların (zamansallık-akut/kronik, zamansallık-döngüsel, ciddi sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller) yapı geçerliğini desteklemiştir. Kısa hastalık algı ölçeği (KHAÖ) dokuz madde içermektedir (Tablo 4). Her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktadır. Katılımcılar her maddeye sıfır ile on arasında bir değer 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 değerler hesaplanarak hastalık algısı skoru elde edilir. Hastalık algı skoru arttıka kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. KHAÖ'nin dokuzuncu maddesinde hastalara hastalıklarının nedeni olarak inandıkları faktörlerin ne olduğu sorulur^{113,114}.

Tablo 4. Kısa Hastalık Algı Ölçeği.

Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç etkilemiyor								ciddi ölçüde etkiliyor	
Hastalığınız ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Çok kısa süre								ömür boyu	
Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kesinlikle hiçbir kontrolüm yok								tamamen kontrolüm altında	
Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç yardımcı değil								oldukça yardımcı	
Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz ?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiçbir şikayetim olmuyor								çok ciddi şikayetlerim oluyor	
Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç endişeli değilim								çok endişeliyim	
Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?									
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?)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Duygusal olarak hiç etkilemiyor								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 ilişkisinin giderek arttığına dair kanıtlar vardır. Negatif hastalık algısı geliştiren hastalarda hiçbir patolojinin bulunmamasına rağmen, bu durumun hastayı daha az rahatlattığı yapılan araştırmalarda gösterilmiştir. Spesifik hastalıklar için genetik risk faktörüne sahip hastalarda, risk durumlarının anlaşılmasında ve riski azaltma olanaklarını sağlamada, durumları hakkındaki inanışlarından dolayı başarısızlığa uğranmıştır.

Hastalıkları hakkında negatif algı geliştiren hastalarda (örneğin durumlarıyla ilişkili bir çok semptom, daha ciddi sonuçlar, uzun zamansal inanışlar), başlangıçtaki durumun tıbbi ciddiyetinden bağımsız olarak, gelecekteki yetersizlikleriyle ve daha yavaş iyileşmeleriyle ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Örneğin, yeni bir sağlık problemi bulunan 1000 kişiden fazla poliklinik hastasıyla yapılan çalışmada, güçlü hastalık kimliği, uzun zaman, durumun hissedilen ciddi sonuçları ilerdeki sağlık bakımı kullanımını ile ilişkili bulunmuştur. Fakat önceki sağlık bakımı kullanımından ve doktorun sağlık probleminin ciddiyetini belirlemesinden bağımsız bulunmuştur.

Kalp krizi geçiren ve standart bakım alan hastaların farklı algılarına yönelik uygulanan bilişsel ve davranışsal müdahaleleri karşılaştırarak iyileşmenin gelişimi 2002 yılında yapılan bir çalışmada araştırılmıştır. Müdahalenin hastaların hastanede kaldığı süre içerisinde hastalık inanışlarında belirgin pozitif değişikliklere neden olduğu saptanmış olup kontrol grubuna göre işe geri dönüşlerinin belirgin olarak daha erken olduğunu bulunmuştur. Bu da hastalık algısının kısa bilişsel müdahale ile başarılı bir şekilde değiştirilebileceğini öne sürmüştür. Bu yaklaşım kendini alıştırma ve işlevselliği artırmak için diğer hastalıklarda da yararlı olabileceğini akıllara getirmiştir. Şu anda yanlış hastalık inanışlarını erken evrelerde düzenleyebilmek için efektif ve verimli yöntemler geliştirmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Neticede hastalık tanısı alan ya da bir yaralanmadan dolayı acı çeken hastalar hastalıklarını anlamlandırabilmek için bilişsel modeller geliştirirler. Bu hastalık algıları tedaviye bağlılık gibi hastalığa özel davranış geliştirmede ve hastalıkla başa çıkma stratejileri geliştirmede önemlidir. Hastalık algıları bir kaç psikometrik belge ile ölçülebilmektedir. Hastaların hastalıkları hakkındaki inanışları değerlendirmek için hasta çizimleri gibi daha yenilikçi değerlendirme yaklaşımları geliştirmektedir. Negatif hastalık görüşüne sahip hastaların hastalık seyri incelendiğinde daha kötü hastalık sonuçlarına sahip olacağı saptanmıştır. Son çalışmalarda hastanın hastalığa uyumunu artırmak için önemli fırsatlar sunmanın hastalık algısını olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmaktadır.

Hastalığın kazanç ya da fırsat olarak algılanmasında hastalık; bilinçli veya bilinçsiz olarak ekonomik zorluklardan, kişiler arası zor durumlardan, sosyal rollerin sorumluluklarından ve isteklerden muaf olma, dinlenme anlamına gelebilmektedir. Bu kavram hastalıktan birincil veya ikincil kazanç içerir. Bu

durumda tedaviye uyumsuzluk yaygındır. Kişinin hasta rolüne sınımsız sarıldığı gözlenir. Hastalık, ceza olarak algılandığında sıklıkla depresyon, utanç öfke biçiminde duygusal tepkiler ortaya çıkarken en önemli sorun suçluluk duygusunun varlığı ve derecesidir. Kayıp olarak algılayan birey ise hastalığı sağlığın, düzenin, bağımsızlığın, yaşamın kaybı ve yeti yitimi olarak algılar ve bu bireylerde içe çekilme, sosyal izolasyon, yas, depresyon gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir¹².

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır. Farkı yaratan birçok faktör, kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar¹¹⁵. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin algısı, yorumu ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişmesini, yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan araştırmalarda, iç kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişinin daha iyi olduğu gösterilmiştir¹⁰. Kronik hastalıklar hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir¹¹⁶.

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmamız Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28/05/2015 tarih ve 2015/164 numaralı onayı alınarak prospektif bir çalışma olarak yapılandırıldı ve Temmuz 2015 - Temmuz 2016 tarihleri arasında yürütüldü.

Vakalar; Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve birden fazla ilaç kullanan 18-65 yaş arası 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 90'ı kadın ve 56'sı erkek olmak üzere toplam 146 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 alınan vakalara, önce araştırmacı tarafından literatür gözden geçirilerek geliştirilen, uzman görüşleri alınarak son şekli verilen ve 14 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu (Bkz. EK-1) uygulandı. Katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi sosyodemografik bilgilerin yanı sıra sahip olduğu hastalıklar, birlikte yaşadığı kişi varlığı, kendi yaşında biriyle kıyasladığında sağlığını nasıl değerlendirdiği, günlük kullandığı ilaç sayısı, 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 ilaç kullanım hataları kaydedildi. Bu çalışmada birden fazla ilaç kullanımı polifarmasi kabul edildi. İlaçların kullanımına, yan etkilerine ilişkin 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 Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ) uygulandı (Tablo 3). MMÖ 6 soru içermekteydi. Anketteki soru 1,2 ve 6; unutkanlık ve dikkatsizliği

ölçmekteydi. Motivasyonun belirleyicisi olduğu ve bu nedenle uyum açısından motivasyonu etkileyeceği düşünülürdü. Soru 3,4 ve 5 ise; hastaların ilacı kesip kesmediğini ve devamlı tedavinin uzun dönem yararlarını anlayıp anlamadığını değerlendirmekteydi. Bu soruların bilginin belirleyicisi olduğu ve uyumu bilgi açısından etkileyeceği düşünülürdü. 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 sağlanmaktaydı. Eğer hastanın toplam puanı 0-1 aralığında ise motivasyon alanı "düşük" olarak skorlandı. Eğer puan >1 ise motivasyon alanı "yüksek" olarak skorlandı. 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 skora elde edildi. Bir hastanın toplam skoru 0-1 arası ise bilgi alanı "düşük", >1 ise "yüksek" olarak değerlendirildi.

Ardından çoklu ilaç kullanan vakalara Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) uygulandı (Tablo 4). KHAÖ dokuz madde içermekteydi. Her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktaydı. 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. KHAÖ'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 146 yetişkin vaka dahil edilmiş olup, bunların 90'ı kadın (%61,6), 56'sı erkekti (%38,4). Vakaların yaş ortalamasına bakıldığında 56,1 ($\pm 8,2$, 28-66 aralığında) yıl olduğu görüldü. Kadın vakaların yaş ortalaması 55,8 ($\pm 8,3$, 28-65 aralığında) yıl, erkek vakaların yaş ortalaması ise 56,6 ($\pm 8,0$, 28-66 aralığında) yıl olarak tespit edildi. Vakaların cinsiyete göre yaş dağılımları dekatlara bölünerek Tablo 5' te gösterilmektedir.

Tablo 5. Vakaların cinsiyet ve yaş gruplarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
Yaş Grupları	28-37 yaş	5	5,6	2	3,6
	38-47 yaş	5	5,6	4	7,1
	48-57 yaş	30	33,3	21	37,5
	58-66 yaş	50	55,6	29	51,8
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

*sütun yüzdesi

Her iki cinsiyette de çoklu ilaç kullanan erişkin sayısının en sık 58-66 yaş aralığında (K:%55,6, E:%51,8) olduğu görüldü.

Vakaların cinsiyet ve medeni durumuna göre dağılımına bakıldığında her iki cinsiyette de çoğunun evli (K:%78,9, E:%91,1) olduğu tespit edildi. (Tablo 6)

Tablo 6. Vakaların cinsiyet ve medeni durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
Medeni Durum	Evli	71	78,9	51	91,1
	Eşi ölmüş	12	13,3	0	0
	Bekar	5	5,6	4	7,1
	Boşanmış	2	2,2	1	1,8
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyet ile eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında kadınların çoğunun (%45,6) ilkokul mezunu, erkeklerin ise çoğunun (%39,3) lise mezunu olduğu görüldü. (Tablo 7)

Tablo 7. Vakaların cinsiyet ve eğitim durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	2	2,2	0	,0
	İlkokul mezunu	41	45,6	16	28,6
	Orta okul mezunu	12	13,3	7	12,5
	Lise mezunu	24	26,7	22	39,3
	Üniversite mezunu	11	12,2	11	19,6
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

*sütun yüzde

Vakalarda; birlikte yaşanan kişilerin varlığının ilaç kullanım davranışı üzerine muhtemel etkisi “Birlikte yaşadığınız kişiler var mı?” sorusuyla araştırıldı. (Tablo 8)

Tablo 8. Vakaların 'cinsiyet' ve 'birlikte yaşadığı kişi' durumlarının dağılımı

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
Birlikte yaşadığınız kişiler var mı?	Evet	79	88,8	50	89,3
	Hayır	10	11,2	6	10,7
TOPLAM		89	100,0	56	100,0

* sütun yüzdesi

Her iki cinsiyete de bakıldığında, çoğunda birlikte yaşanan kişilerin mevcut olduğu tespit edildi. (K:%88,8, E:%89,3)

Vakalarda; kendi sağlık durumlarına dair algılarının, ilaç kullanım davranışı üzerine muhtemel etkisi “Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuyla araştırıldı. (Tablo 9)

Tablo 9. Vakaların cinsiyet ve sağlık algılamalarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
Sağlığınızı değerlendiriniz	Kötü	12	13,3	10	17,9
	Pek iyi değil	16	17,8	11	19,6
	Orta	33	36,7	14	25,0
	İyi	25	27,8	18	32,1
	Mükemmel	4	4,4	3	5,4
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

* sütun yüzdesi

Vakaların yarısından çoğunda (K:%64,5, E:%57,1) algılanan sağlık durumu orta ve iyi olarak belirtildi.

Vakaların ilaçlarını doktor önerisiyle/reçetesiyle alıp almadığı sorulduğunda; 146 vakanın 6'sı (%4) en az bir ilacını doktor reçetesi veya önerisi olmadan kullandığını ifade etti.

Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanma durumları sorgulandığında; kadınların %44,4'ünün erkeklerin, %41,1'inin ilacını önerilen dozda kullanmadığı saptandı (Tablo 10). İlaçları önerilen dozda kullanmama sebepleri sorgulandığında; vakaların %28,9'u çok şikayeti olmadığı için, %20,5 i ise unutmaması nedeniyle ilaçlarını önerilen dozda kullanmadığını ifade etti. Diğer önerilen dozda ilaç kullanmama nedenleri Tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 10. Vakaların cinsiyet ve ilaçları önerilen dozda kullanma durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
Önerilen dozda kullanmadığınız ilacınız var mı?	Evet	40	44,4	23	41,1
	Hayır	50	55,6	33	58,9
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

* sütun yüzdesi

Tablo 11. Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanmama nedenlerinin dağılımı.

Daha düşük veya daha yüksek dozda kullanma nedenleri	n	%*
Çok şikayetim olmadığı için düşük dozda kullanıyorum	24	28,9
Unutuyorum	17	20,5
Mide ağrısı yaptığı için düşük dozda kullanıyorum	13	15,7
Başka ilaçlar da kullandığım için düşük dozda kullanıyorum	9	10,8
Rahatlamak için fazla dozda kullanıyorum	6	7,2
Baş dönmesi olunca kullanıyorum	4	4,8
Mide şikayetim olursa kullanıyorum	2	2,4
Şekerli gıdalar yediğim zaman kullanıyorum	2	2,4
Kolesterolün çok zararlı olmadığını düşündüğüm için düşük dozda kullanıyorum	1	1,2
Çarpıntım fazla olursa kullanıyorum	1	1,2
Kan şekeri çok düşerse kullanıyorum	1	1,2
Kanı çok sulandırır diye düşük dozda kullanıyorum	1	1,2
Uykuya neden olduğu için düşük dozda kullanıyorum	1	1,2
Ağrılarımı geçirmediği için fazla dozda kullanıyorum	1	1,2
TOPLAM	83	100

* sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyet ve ilaçları önerilen zamanda kullanma durumlarının dağılımı Tablo 12’de gösterilmektedir.

Tablo 12. Vakaların cinsiyet ve ilaçları önerilen zamanda kullanma durumlarının dağılımı.

Önerilen zamanda kullanmadığınız ilacınız var mı?	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	n	%*	n	%*
Evet	34	37,8	20	37,5
Hayır	56	62,2	36	64,3
TOPLAM	90	100,0	56	100,0

*sütun yüzdesi

Kadınların %37,8'i erkeklerin ise %35,7'si ilacını önerilen zamanda kullanmamaktaydı (Tablo 12). İlaçlarından bir ya da daha fazlasını önerilen zamanlarda kullanmadığını ifade eden vakaların tamamı bunun nedeni olarak "unutkanlığı" belirtmişlerdir.

Vakaların ilaç prospektüsünü okuma durumu sorgulandı. Cinsiyete göre ilaç prospektüsünü okuma durumunun dağılımı Tablo 13'te gösterilmektedir.

Tablo 13. Vakaların cinsiyet ve ilaç prospektüsünü okuma durumunun dağılımı.

İlaç prospektüsünü okumusunuz?	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	n	%*	n	%*
Evet	48	53,3	27	48,2
Hayır	42	46,7	29	51,8
TOPLAM	89	100,0	56	100,0

*sütun yüzdesi

Her iki cinsiyette de ilaç prospektüsünü okuma ve okumama oranları birbirine benzer bulundu. Erkeklerin %51,8'i, kadınların %46,7'si prospektüsü okumadıklarını ifade etti. Nedenlerini sorgulandığında; prospektüsü okumayanların %39,4'ü gerek duymadığını, %28,2'si anlamadığını, %25,4'ü ise görme problemi nedeniyle okuyamadığını ifade etti. Diğer sebepler ise; strese girdiği için ve okur yazar olmadıkları içindi (Tablo 14).

Tablo 14. Vakaların ilaç prospektüslerini okumama nedenlerinin dağılımı.

İlaç prospektüslerini okumama nedenleri	n	%*
Gerek duymuyorum	28	39,4
Anlamıyorum	20	28,2
Okuyamıyorum (görme sorunu nedeniyle)	18	25,4
Strese girdiğim için okumuyorum	3	4,2
Okumayı bilmediğim için	2	2,8
TOPLAM	71	100

* sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyet ile ilaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin bilgi alma durumlarına dağılımına bakıldığında her iki cinsiyette de ilaç kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin bilgi alma ve almama oranları birbirine benzer bulundu (Tablo 15).

Tablo 15. Vakaların cinsiyet ve ilaçların kullanım, etki, yan etkilerine ilişkin bilgi alma durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
İlaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin bilgi aldınız mı?	Evet	43	47,8	29	51,8
	Hayır	47	52,2	27	48,2
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

* sütun yüzdesi

Kadınların %47,8'i erkeklerin %51,8'i ilaç kullanım etki ve yan etkileri hakkında bilgi aldıklarını ifade etti. Bilgi aldıklarını belirttikleri kaynakları sorguladığımızda vakaların % 65,3 ü doktordan,% 19,4'ü eczacıdan, %8,3'ü sağlık personeli olan yakınından, %5,6'sı hemşireden, %1,4'ü ise ilaç prospektüsünden bilgi aldığını belirtti (Tablo 16).

Tablo 16. Vakaların ilaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin bilgi aldığı kaynaklar.

Bilgi alınan kaynaklar	n	%*
Doktordan	47	65,3
Eczacıdan	14	19,4
Sağlık personeli olan yakınından	6	8,3
Hemşireden	4	5,6
İlaç prospektüsünden	1	1,4
TOPLAM	72	100

* sütun yüzdesi

Vakaların ilaç kullanım davranışlarının değerlendirilmesi için evinde reçete edilen fakat kullanmadığı ilaç varlığı sorgulandı. Çoğunun evinde kullanmadığı reçeteli ilacın olmadığı (K:%73,3, E:73,2) tespit edildi (Tablo 17).

Tablo 17. Vakaların cinsiyet ve kullanmadıkları reçeteli ilaçları bulundurma durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
Evinizde reçete edilen fakat kullanmadığınız ilaçlar var mı?	Evet	24	26,7	15	26,8
	Hayır	66	73,3	41	73,2
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

* sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyetleri ile ilaç kullanımı sırasında unutma sorunu yaşama durumlarına bakıldığında kadınlarda unutma sorununun nispeten daha yüksek (K:%61,1, E:%50) olduğu tespit edildi (Tablo 18).

Tablo 18. Vakaların cinsiyet ve ilaç kullanımı sırasında unutma sorunu yaşama durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
İlaç kullanımı sırasında unutma sorunu	Evet	55	61,1	28	50,0
	Hayır	35	38,9	28	50,0
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

* sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyetleri ile ilaç kullanımı sırasında fiziksel sorun ve/veya motor fonksiyon bozukluğu yaşama durumlarına bakıldığında; her iki cinsiyetin de büyük çoğunluğunun (K:%93,3, E:%96,4) ilaç kullanım sırasında fiziksel sorun ve/veya motor fonksiyon bozukluğu yaşamadığı tespit edildi (Tablo 19).

Tablo 19. Vakaların cinsiyetleri ile ilaç kullanımı sırasında fiziksel/motor fonksiyon sorunu yaşama durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
İlaç kullanımı sırasında fiziksel sorun ve/veya motor fonksiyon bozukluğu yaşama	Evet	6	6,7	2	3,6
	Hayır	84	93,3	54	96,4
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

* sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyetleri ile ilaç kullanımı sırasında yan etki sorunu yaşama durumlarına bakıldığında kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğunun (K:%68,9, E:%78,8) yan etki sorunu yaşamadığı tespit edildi (Tablo 20).

Tablo 20. Vakaların cinsiyetleri ve ilaç kullanımı sırasında yan etki sorunu yaşama durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
İlaç kullanımı sırasında yan etki sorunu	Evet	28	31,1	3	21,2
	Hayır	62	68,9	53	78,8
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

* sütun yüzdesi

Vakaların cinsiyetleri ile ilaç sağlamada sorun yaşama durumlarının dağılımı incelendi. Her iki cinsiyetin de büyük çoğunluğunun birbirine benzer oranda (K:%92,2, E:%92,9) ilaç sağlamada sorun yaşamadığı saptandı (Tablo 21).

Tablo 21. Vakaların cinsiyetleri ile ilaç sağlamada sorun yaşama durumlarının dağılımı.

		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	%*	n	%*
İlaç sağlamada sorun yaşıyor musunuz?	Evet	7	7,8	4	7,1
	Hayır	83	92,2	52	92,9
TOPLAM		90	100,0	56	100,0

*sütun yüzdesi

Vakaların hastalık algılarını değerlendirmek için KHAÖ uygulandı. KHAÖ dokuz madde içermektedir. Her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktadır. 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. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır.

Ayrıca vakaların tedaviye uyumlarını değerlendirmek için MMÖ ölçeği uygulandı. MMÖ'de 6 soru sorulmaktadır. 1,2 ve 6 motivasyonun belirleyicisi, 3,4 ve 5 ise bilginin belirleyicisi olup, tedaviye uyumu etkilemektedir. Bir hastanın MMÖ'den aldığı toplam skor 0-1 arası ise bilgi/motivasyon alanı "düşük", >1 ise "yüksek" olarak değerlendirilmiştir.

Vakaların cinsiyet, yaş ve medeni durumları ile KHAÖ, MMÖ motivasyon, MMÖ bilgi skorlarının dağılımı Tablo 22'de sunuldu.

Tablo 22. Vakaların cinsiyet, yaş ve medeni durumları ile KHAÖ*, MMÖ-motivasyon** ve MMÖ-bilgi skorlarının dağılımı.

	n	% ⁺	KHAÖ skoru (ortalama±SD ⁺⁺)	MMÖ-motivasyon skoru (ortalama±SD)	MMÖ-bilgi skoru (ortalama±SD)
Cinsiyet			(p > 0,05)	(p > 0,05)	(p > 0,05)
Kadın	90	61,6	41,9 ± 14,1	2,13 ± 0,85	2,19 ± 0,98
Erkek	56	38,4	40,4 ± 14,2	2,11 ± 0,93	2,23 ± 1,02
Yaş aralıkları			(p < 0,05)	(p > 0,05)	(p > 0,05)
28-37 yaş arası	7	4,8	45,8 ± 13,5	1,81 ± 0,95	1,89 ± 1,10
38-47 yaş arası	9	6,2	44,0 ± 7,8	2,11 ± 0,78	2,22 ± 1,09
48-57 yaş arası	51	34,9	43,0 ± 12,7	2,02 ± 0,86	2,27 ± 1,04
58-66 yaş arası	79	54,1	39,5 ± 15,4	2,15 ± 0,74	2,22 ± 0,91
Medeni durum			(p > 0,05)	(p > 0,05)	(p > 0,05)
Evli	122	83,5	41,3 ± 14,1	2,08 ± 0,81	2,25 ± 0,94
eşi ölmüş	12	8,2	46,4 ± 13,2	2,09 ± 0,90	2,33 ± 0,77
Bekar	9	6,2	37,2 ± 12,4	2,22 ± 0,66	2,00 ± 1,31
Boşanmış	3	2,1	35,0 ± 22,6	2,00 ± 0,57	1,00 ± 1,73

* KHAÖ: Kısa Hastalık Algı Ölçeği

** MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği

⁺ sütun yüzdesi

⁺⁺ SD: standart sapma

Çalışmamızda cinsiyete göre KHAÖ ortalama skoru kadınlarda 41,9 ± 14,1, erkeklerde 40,4 ± 14,2 bulundu. MMÖ motivasyon skoru kadınlarda 2,13 ± 0,85, erkeklerde 2,11 ± 0,93 bulundu. MMÖ bilgi skoru ise kadınlarda 2,19 ± 0,98, erkeklerde 2,23 ± 1,02 bulundu. Sonuçlarımız vakaların cinsiyet ile KHAÖ ve MMÖ motivasyon ve bilgi skorları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığına işaret etmektedir (p>0,05).

Yaş aralıklarına göre bakıldığında KHAÖ ortalama skorunun 28-37 yaş arasında en yüksek olduğu (45,8±13,5) ve 58-66 yaş arasında en düşük olduğu (39,5±15,4) saptandı. Yaş arttıkça KHAÖ ortalama skorunun azaldığı görüldü. Yaş aralıkları ile KHAÖ skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

Yaş gruplarında MMÖ motivasyon ve bilgi skorlarının birbirine yakın değerlerde olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p>0,05).

Medeni durum ile KHAÖ ortalama skoru dağılımına bakıldığında en yüksek puanı ($46,4 \pm 13,2$) eşi ölmüş olan grup almış olup evli olan grupta da yakın puanlar ($41,3 \pm 14,1$) gözlenmekteydi. Medeni durum ile MMÖ motivasyon ve bilgi skorunun dağılımına bakıldığında MMÖ-motivasyon skorlarının birbirine yakın olduğu görüldü. MMÖ-bilgi skoru eşi ölmüş olan grupta ($2,33 \pm 0,77$) en yüksek değerde görülmekteyken boşanmış grupta ($1,00 \pm 1,73$) en düşüktü. Medeni durum ile KHAÖ, MMÖ motivasyon ve bilgi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Vakaların eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi durumu, kullandığı ilaç sayısı ile KHAÖ, MMÖ-motivasyon, MMÖ-bilgi skorlarının dağılımı Tablo 23'te sunuldu.

Tablo 23. Vakaların eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi durumu, kullandığı ilaç sayısı ile KHAÖ*, MMÖ-motivasyon** ve MMÖ-bilgi skorlarının dağılımı.

	n	% ⁺	KHAÖ skoru (ortalama \pm SD ⁺⁺)	MMÖ-motivasyon skoru (ortalama \pm SD)	MMÖ-bilgi skoru (ortalama \pm SD)
Eğitim durumu			($p > 0,05$)	($p > 0,05$)	($p > 0,05$)
okur yazar değil	2	1,4	$47,5 \pm 19,0$	$2,00 \pm 0,00$	$0,50 \pm 0,70$
ilk okul mezunu	57	39	$42,1 \pm 14,2$	$2,05 \pm 0,83$	$2,14 \pm 1,00$
orta okul mezunu	19	13	$43,8 \pm 10,5$	$2,05 \pm 0,62$	$2,11 \pm 0,93$
lise mezunu	46	31,5	$43,0 \pm 13,6$	$2,11 \pm 0,76$	$2,22 \pm 1,03$
üniversite mezunu	22	15,1	$33,1 \pm 15,5$	$2,14 \pm 1,03$	$2,68 \pm 0,56$
Birlikte yaşadığı kişi durumu			($p > 0,05$)	($p > 0,05$)	($p > 0,05$)
Evet	130	89	$41,7 \pm 14,4$	$2,10 \pm 0,80$	$2,22 \pm 0,93$
Hayır	16	11	$37,0 \pm 11,2$	$2,00 \pm 0,81$	$2,19 \pm 0,96$
Kullandığı ilaç sayısı			($p < 0,05$)	($p < 0,05$)	($p < 0,05$)
2-3 ilaç kullananlar	68	46,6	$38,1 \pm 15,3$	$2,23 \pm 0,82$	$1,94 \pm 0,82$
4-5 ilaç kullananlar	47	32,2	$42,1 \pm 11,8$	$2,09 \pm 0,73$	$2,18 \pm 0,75$
6-8 ilaç kullananlar	31	21,2	$45,7 \pm 13,2$	$1,84 \pm 0,89$	$2,38 \pm 0,86$

* sütun yüzdesi

** KHAÖ: Kısa Hastalık algı Ölçeği

+ SD: standart sapma

++ MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği

Vakaların eğitim durumu ile KHAÖ, MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi skorlarının dağılımına bakıldığında KHAÖ ortalama skorunun okur yazar

olmayan grupta en yüksek olduğu ($47,5 \pm 19,0$) üniversite mezunu olan grupta ise en düşük olduğu ($33,1 \pm 15,5$) görüldü. Ancak, aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Eğitim durumu ile MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi skorlarının dağılımına bakıldığında okur yazar olmayan grup haricinde birbirine benzer skorlar elde edilmiş olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$). Okur yazar olmayan grupta ise MMÖ-bilgi skoru diğer gruplara göre düşük saptanmış olmakla beraber, gruptaki vaka sayısının düşük olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilemediği düşünüldü.

Vakaların birlikte yaşadığı kişi durumu ile KHAÖ skor dağılımına bakıldığında 'Birlikte yaşadığınız kişiler var mı?' diye sorduğumuz soruya 'evet' diye cevap verenlerin ortalama KHAÖ skoru $41,7 \pm 14,4$ olup 'hayır' diyenlerin ortalama KHAÖ skoru ise $37,0 \pm 11,2$ olarak nispeten daha düşük bulundu. Aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Vakaların birlikte yaşadığı kişi durumu ile MMÖ-motivasyon skor dağılımına bakıldığında 'evet' cevabını verenlerin MMÖ-motivasyon skoru ortalamasıyla ($2,10 \pm 0,80$) 'hayır' cevabı verenlerin MMÖ-motivasyon skoru ortalaması ($2,00 \pm 0,81$) birbirine benzer olup aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Vakaların birlikte yaşadığı kişi durumu ile MMÖ-bilgi skorlarının dağılımına bakıldığında 'evet' cevabı verenlerin MMÖ-bilgi skoru ortalamasıyla ($2,22 \pm 0,93$) 'hayır' cevabı verenlerin MMÖ-bilgi skoru ortalaması ($2,19 \pm 0,96$) birbirine benzer olup aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Vakaların kullandığı ilaç sayısı ile KHAÖ, MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi skorlarının dağılımına bakıldığında; KHAÖ ortalama skorunun günde 6-8 ilaç kullanan grupta en yüksek ($45,7 \pm 13,2$) olduğu ve 2-3 ilaç kullanan grupta en düşük ($38,1 \pm 15,3$) olduğu saptandı. Günlük kullanılan ilaç sayısı arttıkça KHAÖ ortalama skoru artmakta olup kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ ortalama skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$).

MMÖ-motivasyon ortalama skorunun günde 2-3 ilaç kullanan vakalarda en yüksek ($2,23 \pm 0,82$) olduğu ve 6-8 ilaç kullanan grupta en düşük ($1,84 \pm 0,89$) olduğu saptandı. Günlük kullanılan ilaç sayısı artarken MMÖ-motivasyon ortalama skoru azalmakta olup kullanılan ilaç sayısı ile MMÖ-motivasyon ortalama skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

MMÖ-bilgi ortalama skorunun günde 6-8 ilaç kullanan vakalarda en yüksek ($2,38 \pm 0,86$) olduğu ve 2-3 ilaç kullanan vakalarda en düşük ($1,94 \pm 0,82$) olduğu saptandı. Günlük kullanılan ilaç sayısının artmasıyla MMÖ-bilgi ortalama skoru da artmaktaydı. Kullanılan ilaç sayısı ile MMÖ-bilgi ortalama skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0,05$) (Tablo 23).

Tablo 22 ve 23'te gösterilen parametrelerden 'yaş' ve 'kullanılan ilaç sayısının' KHAÖ skorlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur. Bu bağımsız parametrelerin KHAÖ skorları üzerindeki toplu etkisini araştırmak amacıyla yapılan çoklu regresyon analizinde elde ettiğimiz katsayılar göstermiştir ki; 'kullanılan ilaç sayısı' 'yaş'a kıyasla KHAÖ skorları üzerinde çok daha yüksek etkiye sahiptir.

Vakaların MMÖ-motivasyon, MMÖ-bilgi düzeyi ile KHAÖ skorlarının dağılımı Tablo 24'te sunuldu.

Tablo 24. Vakaların MMÖ* motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi ile KHAÖ** skorlarının dağılımı.

	n	% ⁺	KHAÖ skoru (ortalama \pm SD ⁺⁺)
MMÖ motivasyon düzeyi			($p < 0,05$)
düşük motivasyon düzeyi (skor \leq 1)	28	19,2	46,4 \pm 14,5
yüksek motivasyon düzeyi (skor $>$ 1)	118	80,8	40,1 \pm 12,8
MMÖ bilgi düzeyi			($p < 0,05$)
düşük bilgi düzeyi (skor \leq 1)	37	25,3	46,7 \pm 15,1
yüksek bilgi düzeyi (skor $>$ 1)	109	74,7	39,5 \pm 13,3

* MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği

** KHAÖ: Kısa Hastalık algı Ölçeği

⁺ sütun yüzdesi

⁺⁺ SD: standart sapma

Vakaların MMÖ motivasyon düzeyi ve MMÖ bilgi düzeyi ile KHAÖ skorlarının dağılımına bakıldığında düşük motivasyon düzeyi olanların KHAÖ ortalama skoru ($46,4 \pm 14,5$) yüksek motivasyon düzeyi olanların KHAÖ ortalama skoruna göre ($40,1 \pm 12,8$) daha yüksek olup aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p < 0,05$). MMÖ düşük bilgi düzeyi olanların KHAÖ ortalama skoru ($46,7 \pm 15,1$) yüksek bilgi düzeyi olanların KHAÖ ortalama skoruna göre ($39,5 \pm 13,3$) daha yüksek olduğu saptandı. MMÖ-bilgi

düzeyi ve KHAÖ ortalama skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 24). Tablo 24'de sunulan bu veriler MMÖ alt ölçek düzeyleri ile KHAÖ ortalama skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyonu gösterebilir. Bu korelasyon bir neden-sonuç ilişkisini belirtmemektedir. Başlangıç hipotezinde; KHAÖ skorları ve MMÖ skorları bağımlı değişkenler olarak ele alındığı ve bu değişkenleri etkileyen parametreler araştırıldığı için, bu iki bağımlı değişken arasındaki korelasyon bu değişkenleri etkileyen parametrelerin farklı etkileri olarak düşünülebilir. Başka bir ifadeyle çalışmadaki mevcut veriler ve analizlerle; düşük MMÖ-motivasyon düzeyinin veya düşük MMÖ-bilgi düzeyinin daha yüksek KHAÖ skorlarına neden olduğunu söylemek doğru bir çıkarıma olmayacaktır.

KHAÖ'de son olarak hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler sorgulandığında; stresin en sık (%33,3) hastalığa neden olan faktör olarak belirtildiği bunu sırasıyla beslenme alışkanlığı (%13,2), genetik (%12,9), hareketsiz yaşam/egzersiz yapmamanın (%6,3) izlediği görüldü (Tablo 25).

Tablo 25. Vakaların KHAÖ'de sorulan 'hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz faktör nedir' sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler	n	%*
Stres	108	33,3
Beslenme alışkanlığı	44	13,2
Genetik	43	12,9
Hareketsiz yaşam/egzersiz yapmama	21	6,3
Kilolu olmak	18	5,4
Sigara	15	4,5
Yorgunluk	13	3,9
Maddi yetersizlik	12	3,6
Alkol	9	2,7
Yalnızlık/bekarlık	6	1,8
Hava kirliliği	5	1,5
Ayrıntıcılık	5	1,5
Yaşlanmak	4	1,2
Uyku düzensizliği	4	1,2
İhmal	4	1,2
Doktor hatası	4	1,2
Alüminyum kap kullanma	3	0,9
Mevsimsel	2	0,6
Trafik kazası	2	0,6
Tuzlu yemek	2	0,6
Erken emeklilik	1	0,3
Mesleksel	1	0,3
Terlemek	1	0,3
Doğum yapmak	1	0,3
Allerji	1	0,3
Kader	1	0,3
Cinsel yolla bulaş	1	0,3
Çok su içmek	1	0,3
Sürekli klimalı yolculuk yapmak	1	0,3
TOPLAM	334	100

* sütun yüzdesi

5. TARTIŞMA

Günümüzde; bilim ve teknoloji alanlarında katedilen gelişmeler, koruyucu hekimlik uygulamalarının yaygınlığının ve etkinliğinin giderek artması, enfeksiyon hastalıklarının daha etkin kontrol ve tedavisinin sağlanabilmesi sonucu beklenen yaşam süresi de giderek uzamaktadır¹. Ancak, uzun yaşam süresine bağlı olarak, kronik hastalıkların insidans ve prevalansında da belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Kronik hastalıkların yönetimi ve tedavi başarısı açısından, modern tedavi yöntemleri ve ilaçları kadar tedaviye uyum da belirleyici rol oynamaktadır⁵. Tedaviye uyum; kişinin yaşam tarzı, davranışları, ilaç alma şekli, tedaviyi sahiplenmesi, tedaviye devam etme motivasyonu tarafından belirlenen ve hem tedavi maliyetini düşüren hem de hastalığın seyrini etkileyen bir faktör olarak kabul edilmektedir⁷. Tedaviye uyumun artırılmasında bakımda süreklilik prensibine göre yapılandırılmış uzun soluklu hasta hekim ilişkisinin kalitesi de önem arz etmektedir⁶. Günümüzde kronik hastalıkların yönetimi için genellikle çoklu ilaç tedavileri uygulanmaktadır. Kronik hastalıklarda uzun dönem ilaç tedavisine uyum Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2003 yılı verilerine göre yaklaşık %50'dir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran daha da düşüktür⁷. Çoklu ilaç kullanan bireylerin tedaviye uyumlarını etkileyen biyopsikososyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin irdelenmesi ile tedavi başarısını arttırmaya yönelik bağlamsal stratejiler geliştirilebilir.

Kronik hastalıkları nedeniyle çoklu ilaç kullanımı olan hastalarda görülmüştür ki; hasta tedavi rejimini tam olarak anlamasa da, kendisine iyi geleceğine inanıyorsa tedaviye uyumu daha fazladır. Bu durum tedaviye uyumda sağlık inanışlarının önemine işaret etmektedir⁶⁰. Bireyin hastalık algısı; hastalığı nasıl yorumladığı, ona yüklediği anlamlar, hastalık süreci ve baş etme mekanizmaları ile ilişkili olup, hastanın tedaviye uyumunu etkiler¹².

Tedaviye uyumda fiziksel, psikolojik, ekonomik, demografik ve sosyal faktörlerin rol oynayabileceği ve bu faktörlerin bilinmesinin uyumun artırılmasına yönelik bireyselleştirilmiş yaklaşımlar ile yeni stratejiler geliştirilmesine olanak sağlayabileceği düşünülerek, çoklu ilaç kullanan vakalarımızda tedaviye uyum derecesi, yaygınlığı ve bunları etkileyen biyopsikososyal faktörler ile diğer sosyokültürel özellikler araştırıldı.

Çoklu ilaç kullanan ve çalışmaya alınan 146 vakanın 90'ı kadın (%61,6) ve 56'sı erkekti (%38,4). Vakaların yaş ortalamasına bakıldığında 56,1±8,2 yıl olduğu görüldü. Çoklu ilaç kullanan erişkin sayısının en sık 58-66 yaş aralığında olduğu ve vakaların çoğunun evli (K:%78,9, E:%91,1) olduğu tespit edildi (Tablo 5,6). Kadınların çoğunun (%45,6) ilkokul mezunu, erkeklerin çoğunun ise (%39,9) lise mezunu olduğu görüldü (Tablo 7). Çoklu ilaç kullanan vakaların büyük çoğunluğunda (K:%88,8, E: %89,3) birlikte yaşadığı kişi vardı (Tablo 8). Verilerimiz özellikle kadınların kilo verme ve komorbid durumları nedeniyle beslenme tarzını değiştirme konusunda, erkeklere göre daha istekli olduğunu ve daha fazla başvuru yaptığını düşündürdü.

Çoklu ilaç kullanan vakaların sağlık algılarının dağılımına bakıldığında; yarısından çoğunda (K:%64,5, E:%57,1) algılanan sağlık durumu orta ve iyi olarak belirtildi (Tablo 9). Bu durumun polikliniğimize akut hastalık ve/veya ağır sağlık problemi nedeniyle başvuruların az olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çoklu ilaç kullanan ve çalışmamıza alınan vakaların büyük çoğunluğu ilaçlarını doktor önerisiyle almaktayken, %4'ü en az bir ilacını doktor reçetesi veya önerisi olmadan kullanıyordu. Esengen ve arkadaşlarının bir çalışmasında reçetesiz ilaç kullanma oranı %14,4 olarak belirtilmiştir¹⁷. Bu konuda yapılmış diğer bir çalışmada ise, doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullanma oranı % 20,0 olarak bulunmuştur¹⁸. Bu çalışmalarda reçetesiz ilaç kullanımının fazla olmasının nedeni, bireylerin yüksek olan muayene ücretini ödememek için muayene olmaksızın doğrudan eczanelerden elden ilaç alımı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu sonuçlar reçetesiz ilaç kullanımının önemli bir sorun olduğunu ve önlemler alınması gerektiğini düşündürmektedir. Literatüre göre bizim çalışmamızdaki reçetesiz ilaç kullanma oranının daha düşük olmasının nedeni başvuran hastaların sosyoekonomik düzeyinin daha yüksek olması ve vakaların hemen hepsinin sosyal güvencesi bulunması olabilir.

Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanma durumlarının dağılımına bakıldığında çoklu ilaç kullanan vakaların yaklaşık yarısı (K: %44,4, E:%41,1) ilacını önerilen dozda kullanmıyordu (Tablo 10). İlaçları önerilen dozda kullanmama sebepleri sorgulandığında; vakaların %28,9'u çok şikayeti olmadığı için, %20,5 i ise unuttuğu için ilaçlarını önerilen dozda kullanmadığını ifade etti (Tablo 11). Ayrıca vakaların üçte birinden fazlası (K: %37,8, E:%35,7) ilacını

önerilen zamanda kullanılmamaktaydı (Tablo 12). Esengen ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada yaşlı bireylerin yaklaşık yarısının reçete edilen ilaçlarını düzenli kullanmadığı bulunmuştur. Bu çalışmaya alınan vakaların ilaçlarını düzenli kullanmama sebepleri sorgulandığında, ilaçlardan yarar görmeyeceklerini düşünme (%51,5) başlıca sebep olarak belirtilmiştir¹¹⁷. Bizim oranlarımızın nispeten düşük bulunmasının nedeninin; çalışma grubumuzda daha genç vakaların bulunması ve yaş ortalaması düştükçe bireylerin hastalıklarına verdikleri önemin artması ve tedavi uyumlarının yükselmesi ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çoklu ilaç kullanan ve çalışmamıza alınan vakaların yaklaşık yarısı (E:%51,8'i, K:%46,7) ilaç prospektüsünü okumuyordu. Nedenlerini sorguladığımızda; prospektüsü okumayanların %39,4'ü gerek duymadığını, %28,2'si anlamadığını, %25,4'ü ise görme problemi nedeniyle okuyamadığını ifade etmişlerdir. Neafsey ve Shellmann (2001)'in çalışmasında, yaşlıların %38,3'ü prospektüste yer alan yazıların küçük olduğunu ve %15,0'i ise yazıların anlaşılabilir olmadığını belirtmişlerdir¹¹⁹. Yazılan yazıları göremediği için okuyamama ve anlayamama her iki çalışma için de ortak sorundur. Bu bulgular prospektüsteki yazıların hastaya yönelik değil de sağlık çalışanına yönelik hazırlanmış olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamıza alınan vakalar, en sık ilaç prospektüsünü okumama nedeni olarak "gerek duymadıklarını" belirtmişlerdir. Bu durum kendilerini takip eden hekimin gerekli açıklama ve uyarıları yaptığını inanma ve teslimiyet duygusu ile ilişkili olabilir.

Vakalarımızın yaklaşık yarısı ilaç kullanım etki ve yan etkileri hakkında bilgi alıyordu. Bilgi aldıklarını belirttikleri kaynakları sorguladığımızda vakaların % 65,3'ü doktordan, %19,4'ü eczacıdan ve %8,3'ü sağlık personeli olan yakınından bilgi aldığını ifade etmiştir (Tablo 16). 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 saptanmıştır¹²⁰. 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 belirtilmiştir¹²¹. Sonuçlarımız literatür ile uyumluluk göstermektedir. Vakaların büyük çoğunluğunun kullandıkları ilaçlarla ilişkili bilgiyi hekimlerinden alıyor olması, hekimlerin önerdikleri tedavi doğrultusunda, reçete ettikleri ilaçların muhtemel etki ve yan etkileri ile ilaç kullanırken dikkat

edilmesi gereken durumlar hakkında hastalarını bilgilendirmelerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hasta hekim görüşmesinin bu bilgilendirmeye olanak sağlayacak şekilde planlanması, hastaların tedavi uyumu ve tedavinin başarısı açısından önemlidir.

Vakaların ilaç kullanımı sırasında unutma sorunu yaşama durumlarına bakıldığında; vakaların yaklaşık yarısında (K:%61,1, E:%50) unutma sorununun olduğu tespit edildi (Tablo 18). Solmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların %70,7'si ilaç almayı unuttuğunu belirtmiştir¹²². Arslan ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise yaşlıların %65'i ilaçlarını zamanında almayı unuttuğunu bildirmiştir¹¹⁸. Çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Hastaların ilaç alma zamanını hatırlatan yöntemler (alarm kurma, bir yakını tarafından ilaç alımının takibi, ilaç kullanım çizelgesi oluşturma gibi) geliştirilmeli ve kişinin yaşına, eğitimine, dikkatine ve yaşam tarzına uygun olarak bireyselleştirilmelidir.

Vakaların ilaç kullanımı sırasında fiziksel sorun ve/veya motor fonksiyon bozukluğu yaşama durumlarına bakıldığında; her iki cinsiyetin de büyük çoğunluğunun (K:%93,3, E:%96,4) ilaç kullanım sırasında fiziksel sorun ve/veya motor fonksiyon bozukluğu yaşamadığı tespit edildi (Tablo 19). Ayrıca çalışmaya alınan vakaların büyük çoğunluğu (K:%68,9, E:%78,8) ilaç kullanımı sırasında yan etki sorunu ile de karşılaşmadıklarını belirtmişlerdi (Tablo 20). Yaşlılar üzerinde yürütülen bir çalışmada; yaşlıların %90,8'i kullandığı ilaçlarla ilgili yan etki yaşadığını ifade etmiştir¹²³. İlaçların yan etkileri hastaların ilaca olan uyumunu azaltabilir ve ilaçların yarattığı sorunlardan dolayı hastanın ilacı bırakma düşüncesi olabilir. Bizim çalışmamızda daha az yan etki yaşanmasının sebebinin, vakalarımızın daha genç hasta popülasyonundan olması ve yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere bağlı sistemik sorunların daha az görülmesi ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Vakaların ilaç sağlamada sorun yaşama durumlarının dağılımına bakıldığında; vakaların büyük çoğunluğu (K:%92,2, E:%92,9) ilaç sağlamada herhangi bir sorun yaşamıyordu (Tablo 21). Hem hastaların hekilere daha rahat ulaşabilmesi, hem de son yıllarda artan muadil ilaçlarla beraber ucuzlayan ilaç fiyatları ve eczanelerin hasta takip politikalarından dolayı, günümüzde ilaçların kolaylıkla sağlanabildiği görülmektedir.

Vakaların KHAÖ skorlarının dağılımına bakıldığında sonuçlarımız cinsiyet ile KHAÖ arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığına işaret etmektedir ($p > 0,05$). Alsén'in myokard enfarktüsü geçiren hastalarla yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak hastalık algısı puanı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur¹²⁴. Kültürel farklılıkların cinsiyetlere göre hastalık algısına etkili olabileceği düşünüldü.

Vakaların yaş aralıkları ile KHAÖ skorlarının dağılımına bakıldığında; Yaş arttıkça KHAÖ ortalama skorunun azaldığı görüldü. Yaş aralıkları ile KHAÖ skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Acehan'ın hipertansiyonlu hastalar üzerine yaptığı bir çalışmada; yaşın Hastalık Algısı Ölçeğinin herhangi bir alt boyutu ile ilişkisi ($p > 0,05$) anlamlı bulunmamıştır¹²⁵. Ayrıca Kayacan'ın (2012) diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada da yaşın Hastalık Algısı Ölçeğinin herhangi bir alt boyutu ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Literatürde belirtilen çalışmalar genellikle belli bir hastalık grubunda yapılmış olup, bizim çalışmamıza daha geniş yelpazede hastalık grupları dahil edilmiştir. Spesifik bir hastalığa odaklanması ve sıkı periyodik sağlık kontrolleri yapılması sonucunda bilgilendirme ve bilinçlendirmede sürekliliğin sağlanmış olabileceği ve sonuçta yaşın ilerlemesi ile hastalık algı skorunda anlamlı bir düşüşün izlenmemiş olabileceği düşünüldü.

Çoklu ilaç kullanan ve araştırmamıza katılan vakaların medeni durum, eğitim durumu ve birlikte yaşadığı kişi varlığı ile KHAÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Gündüz'ün hastalık algısını değerlendirdiği bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin alt boyut puanları ile medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı kişi değişkenleri karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)¹²⁶. Acehan'ın hipertansiyonlu hastalar üzerine yaptığı çalışmada medeni durum, eğitim durumu ile Hastalık Algısı Ölçeğinin herhangi bir alt boyutu ile anlamlı bir ilişkisi ($p > 0,05$) bulunmamıştır¹²⁵. Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanları birlikte yaşadığı kişi değişkenine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$)¹²⁷. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki en somut bulgulardan birisi; kullanılan ilaç sayısı arttıkça KHAÖ ortalama skoru artmakta olup, kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ skoru arasındaki bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı saptanmasıdır ($p < 0,05$). Çoklu

ilaç kullanan kişiler, genellikle komplike ve/veya çoklu kronik hastalığı olan bireylerdir. Kısa hastalık algı ölçeği kişide hastalığa ilişkin etkilenme, süre, tedaviye inanç, hastalığı anlama, duygusal etkiler gibi parametreleri sorgular ve negatif yöndeki cevaplar toplam skoru artırmaktadır. Bu açıdan ele alındığında kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastalık algı ölçeği skoru yükselmekte ve bireylerin hastalıktan etkilenme düzeyi ile hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyleri artmaktadır.

KHAÖ'de hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler sorgulandığında stres en sık (%33,3) hastalığa neden olan faktör olarak belirtilmiştir. Bunu 2. sırada beslenme alışkanlığı (%13,2) takip ediyordu. Hastalar tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığın görüldüğüne dair inanışlar geliştirirler. Hastalığının sebebini kötü sağlık koşullarına bağlıyorlarsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaklardır.

Çoklu ilaç kullanan ve çalışmamıza alınan vakaların tedaviye uyumunu motivasyon ve bilgi üzerinden değerlendirdik. Bilginin belirleyicisi olarak; hastaların ilacı kesip kesmediğini ve devamlı tedavinin uzun dönem yararlarını anlayıp anlamadığını; motivasyonun belirleyicisi olarak unutkanlık ve dikkatsizliğini sorguladık.

Çalışmamıza alınan vakaların cinsiyet ile MMÖ motivasyon ve bilgi skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Çoklu ilaç kullanan vakalarımızda yaş gruplarında MMÖ motivasyon ve bilgi skorlarının yaş ilerledikçe artma eğiliminde olup aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0,05$). 2010 yılında Kayseri'de 400 hipertansif hastada yapılan tedaviye uyum çalışmasında 60 yaş ve üzerinde daha fazla uyum saptanmıştır¹²⁸. Çin'de birinci basamağa başvuran 1114 hipertansif hastada yapılan uyum çalışmasında benzer şekilde 60 yaş üzerinde uyum oranı en fazla saptanmıştır¹²⁹.

Medeni durum ile MMÖ motivasyon ve bilgi skorunun dağılımına bakıldığında MMÖ-motivasyon skorlarının birbirine yakın olduğu görüldü. MMÖ-bilgi skoru eşi ölmüş olan grupta en yüksek değerde görülmekteyken boşanmış grupta en düşüktü. Medeni durum ile MMÖ motivasyon ve bilgi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Eğitim durumu ile MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi skorlarının dağılımına bakıldığında okur yazar olmayan grupta MMÖ-bilgi skoru diğer gruplara göre

düşük saptanmış olmakla beraber, gruptaki vaka sayısının düşük olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilemediği düşünüldü.

Vakaların birlikte yaşadığı kişinin varlığı ile MMÖ-motivasyon skoru ve MMÖ-bilgi skoru ortalamaları birbirine benzer saptanmış olup, aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı ($p>0,05$).

Çalışmamıza alınan vakaların %46,6'sı günde 2-3 ilaç, %32,2'si 4-5 ilaç, % 21,2'si de 6-8 ilaç kullanmaktadır. MMÖ-motivasyon ortalama skorunun günde 2-3 ilaç kullanan vakalarda en yüksek olduğu ve 6-8 ilaç kullanan grupta en düşük olduğu saptandı. Günlük kullanılan ilaç sayısı artarken MMÖ-motivasyon ortalama skoru azalmakta olup, kullanılan ilaç sayısı ile MMÖ-motivasyon ortalama skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Kullanılan ilaç sayısının çok fazla olması, hastanın tedavisine yeni ilaç eklenmesi, tedavide sık değişiklik yapılması hastanın tedaviyi sahiplenip sürdürme isteğini azaltıyor olabilir. MMÖ-bilgi ortalama skorunun günde 6-8 ilaç kullanan vakalarda en yüksek olduğu ve 2-3 ilaç kullanan vakalarda en düşük olduğu saptandı. Günlük kullanılan ilaç sayısının artmasıyla MMÖ-bilgi ortalama skoru da artmaktaydı. Kullanılan ilaç sayısı ile MMÖ-bilgi ortalama skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 23). Çoklu ilaç kullanan, multimorbiditesi ve/veya hastalığa bağlı ciddi semptomları olan hastalar hastalıklarını kontrol altında tutabilmek ve komplikasyonların gelişmesini önlemek için doktora danışmadan kendilerini iyi hissettiklerinde veya ilaca bağlı olduğunu düşünüp kendilerini kötü hissettiklerinde ilacı kesmemeleri gerektiğini bilirler. Eklenen komorbid durumlar ve semptomların artması tedaviyi hasta için kaçınılmaz hale getirmekte ve bu da hastaların ilaçlarını daha düzenli kullanmasına yol açabilmektedir.

Claxton ve arkadaşları ilaç uyumunun günlük alınan doz sıklığıyla ters orantılı olduğunu ve günlük dört kez ilaç alan hastalarda uyumun yaklaşık %50'lere kadar düştüğünü belirtmiştir¹³⁰. Hassan ve ark.(2006) tarafından yapılan araştırmada ise ilaç sayısının tedaviye uyumu etkilemediği ortaya konmuştur¹³¹. Literatürde hipertansif hastaların tedavi uyumunu değerlendiren çalışmalarda yalnız bir ilaç kullanan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek ya da tam tersi biçimde birden fazla ilaç kullananların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildiren araştırmalar da mevcuttur^{132,133}.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz en somut bulgulardan bir diğeri ise tedaviye uyumun, uyumu etkileyen diğere parametrelerle (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi durumu) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmayışı ve baktığımız parametrelerden sadece kişinin kullandığı ilaç sayısı ile tedaviye uyumun istatistiksel olarak anlamlı olduğudur.

Çalışmamızda vakaların MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi düzeyleri ile KHAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 24). 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, kendilerini etkileyen farklı parametreler tarafından farklı yönlere doğru değişim göstermektedirler. Her ne kadar çalışmamızda bu bağımlı değişkenleri etkileyen parametrelerin tamamı araştırılmamışsada bu iki ölçek arasındaki kuvvetli ve anlamlı korelasyon göstermektedir ki; tedaviye uyumu değerlendiren, tutum ve davranışları ölçmeye yardımcı "MMÖ" ile hastalığın vaka tarafından nasıl algılandığına ilişkin inanç, bilgi, endişe, emosyonel durum gibi düzeyleri belirlemeye yardımcı "KHAÖ" arasındaki bağlantıları ve ilişkiyi daha ayrıntılı araştırmanın, tedavi hedeflerine ulaşmada etkili olduğu düşünülen bu iki önemli bağlamsal kavramı daha iyi anlamaya ve değerlendirmeye katkısı olacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde ettiğimiz en somut bulgulardan birisi hastaların kullandığı ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyumlarının giderek azaldığı yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin saptanmasıdır. Kullanılan ilaç sayısı artarken MMÖ-motivasyon ortalama skoru azalmaktadır. Bu sebeple gereksiz ve kontrolsüz çoklu ilaç kullanımının minimize etmeye yönelik tedbirlerin alınması ve düzenlemelerin yapılması, tedavi başarısının artırılması açısından oldukça önemlidir. Bu konuda ilk ve en önemli adım; hastaların hastalıkları ve tedavi için kullanmak zorunda oldukları ilaçları hakkında aydınlatılmaları ve bilinçlendirilmeleridir. Hastaları tedavi süreci ve detayları hakkında bilgilendirilmede hekimlere, hemşirelere ve eczacılara önemli sorumluluklar düşmektedir. Hasta bilinçlendirmesine ek olarak; hafif semptomların giderilmesi için ilaç kullanımı azaltılmaya çalışılmalı, ilaç yan etkileri için yeni ilaçlar kullanılmıyorsa mevcut tedavide düzenlemeler yapılmalı ve reçete kaskadından kaçınılmalıdır. İlaç yükünü azaltmak adına ilaç kombinasyonları veya sürekli salınımlı ilaçlar seçilmesi faydalı olabilir. İlaçlar reçetelenirken tek ölçünün tüm hastalar için uygun olmayacağı hatırlanmalı, bu nedenle dozajlar bireylerin yaşam tarzı, alışkanlıkları ve alım gücüne göre uyarlanmalıdır.

Çalışmamızdaki en somut bulgulardan bir diğeri ise kullanılan ilaç sayısı arttıkça KHAÖ ortalama skoru artması olup, kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ skoru arasındaki bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı saptanmasıdır ($p < 0,05$). Kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastalık algı ölçeği skoru yükselmekte ve bireylerin hastalıktan etkilenme düzeyi ile hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyleri artmaktadır. Tedaviye uyumun artırılmasında ve hastaların sağlıkla ilgili inanç sistemlerindeki yanlışların düzeltilerek hastalığın medikal tedavisi hakkında gerçeğe uygun kavramlar oluşturulmasında bakımda süreklilik prensibi esas alınmalıdır. Kişinin hastalığı nasıl algıladığı; baş etme yöntemlerini, tedaviye uyumunu, dolayısıyla hastalığın sonuçlarını (iyileşmesi/ kötüye gitmesi) etkiler. Hekimler kronik hastalıkların takibinde periyodik sağlık kontrolünde hastayı dinlemeye yeterince süre ayırarak hastalık algı değerlendirmesini de yapmalıdırlar. Böylece hastaların olumsuz hastalık algılamaları yeniden yapılandırılabilir ve hastaya tedavi planı hakkında yeterli ve net bilgiler vererek olası pek çok problemlerin önüne geçilebilir. Daha kaliteli sağlık hizmetinin

verilebilmesi için bakımda sürekliliğin ne kadar uygulanabildiğinin belirlenmesi ve eksikliklerin giderilmesine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi gereklidir.

Çoklu ilaç kullanan vakalarımızın yaklaşık yarısının ilacını önerilen dozda, üçte birinden fazlasının ise önerilen zamanda kullanmadığı tespit edilmiştir. Tedaviye uyumu artırmak, ilaç dozunu gerektiğinden fazla veya az kullanmalarını önlemek için, hastalara ilaçlarını günlük/haftalık olarak ayırıp saklayabilecekleri özel kutular kullanmaları önerilebilir.

Çoklu ilaç kullanan ve çalışmamıza alınan vakaların yaklaşık yarısı ilaç prospektüsünü okumadığı saptanmıştır. Prospektüsü okumayanların yaklaşık 1/4'ü görme problemi nedeniyle okuyamadığını ifade etmişlerdir. İlaç prospektüsünün içerik olarak hastaların da anlayabileceği şekilde ve daha büyük puntoda yazılması bir çözüm olabilir.

Vakalarımızın yaklaşık yarısı ilaç kullanım etki ve yan etkileri hakkında bilgi aldığını belirtmiş olup, % 65,3'ü doktordan, %19,4'ü eczacıdan ve %8,3'ü sağlık personeli olan yakınından bilgi aldığını ifade etmiştir. Hastaların; tanı, tedavi, tedavinin etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirilmeleri ile hastaların korku ve endişelerinin azaltılması ve sonuçta tedaviye uyumlarının artırılması mümkün olabilir.

Vakaların yaklaşık yarısında ilaç kullanımı sırasında unutma sorununun olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ilaç alma zamanını hatırlatan yöntemler (alarm kurma, bir yakını tarafından ilaç alımının takibi, ilaç kullanım çizelgesi oluşturma gibi) geliştirilmeli ve kişinin yaşına, eğitimine, dikkatine ve yaşam tarzına uygun olarak bireyselleştirilmelidir.

Yaş arttıkça KHAÖ ortalama skorunun azaldığı görülmüştür. Yaş aralıkları ile KHAÖ skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Özellikle ilerleyen yaş ile beraber hastalıklara verilen önemde görülen bu azalma, tedavi başarısı açısından olumsuz bir faktör olarak gözükmektedir. Bu nedenle ileri yaştaki hastaların daha sık hastalık kontrolleri yapılarak, hastalıkları ile ilgili bilgi ve motivasyonları yüksek tutulmaya çalışılmalıdır.

KHAÖ'de hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler sorgulandığında; hastalar tarafından en sık hastalığa neden olan faktörün stres (%33,3) olduğu belirtilmiştir. Kronik hastaların periyodik sağlık kontrollerinde stres algıları da

gözden geçirilmeli ve gerekli durumlarda farmakolojik ya da davranışsal yöntemlerle stresle başetme süreçleri desteklenmelidir.

Çalışmamıza alınan vakaların %46,6'sı günde 2-3 ilaç, %32,2'si 4-5 ilaç, % 21,2'si de 6-8 ilaç kullanmaktadır. Günlük kullanılan ilaç sayısı arttıkça MMÖ-motivasyon ortalama skoru azalmaktadır. Aralarındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Günlük kullanılan ilaç sayısının artmasıyla MMÖ-bilgi ortalama skoru da artmıştır. Kullanılan ilaç sayısı ile MMÖ-bilgi ortalama skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tedaviye uyumda hastanın tedavi eden hekime güveni önemli bir belirleyicidir. Hekim bu durumda hastaya empatik yaklaşarak, değerlerini ve inançlarını göz önüne alarak bakım vermelidir. Hastaya, önerilere uymamanın sonuçları açıklanmalı ve tedavinin faydaları üzerinde durulmalıdır. Hastanın tedavisiyle ilgili kararlara katılmasının sağlanması pozitif destekleme yaparak davranışları motive etmek açısından önemlidir.

Çalışmamızda vakaların MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi düzeyleri ile KHAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve kuvvetli bir korelasyon bulunmuştur. Bu durum düşük MMÖ-motivasyon düzeyine ve düşük MMÖ-bilgi düzeyine sahip vakaların daha yüksek KHAÖ skorlarına sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Tedavi hedeflerine ulaşmada etkili olduğu düşünülen bu iki önemli bağlamsal kavramın arasındaki bağlantıları daha ayrıntılı araştırarak daha büyük vaka gruplarıyla yapılacak çalışmalar literatüre ışık tutacaktır. Çalışmamızın sınırlılıkları; spesifik alt gruplarla yapılmamış olması, vaka sayımızın tüm alt grupları irdelenecek yeterlilikte olmaması ve bağımlı değişkenleri etkileyen parametrelerin tamamının araştırılmamış olması şeklinde özetlenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Güç MO. İlaç tedavisinin temel ilkelerinin: Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (eds). Geriatri I, Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 1997: 65-75.
2. Wyles H, Rehman HU. Inappropriate polypharmacy in the elderly. Eur J Intern Med. 2005; 16: 311-313.
3. Colleen A Colley, Pharm D, Linda M, Lucas MD, The cure Becomes the Disease
4. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. JAMA 2002;287:337-44.
5. A connection between medication adherence, patient sense of uniqueness, and the personalization of information Medical Hypotheses (2007) 68, 335–342 Peter J. Veazie *, Shubing Cai.
6. Basak O. Sürekli Bakım: Aile Hekimliği Uygulamasında Ne Yapıyoruz, Neler Yapmalıyız? , Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2003;7(3):122-130.
7. Guidelines from the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies June 1, 2004 © 2004 Case Management Society of America.
8. Besen D. (2009) Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
9. Domaç M, Hayran o; Dülger GA, Balta E, Özkan O. Türkiye’de hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve antihipertansif kullanım özellikleri. Türk Eczacılar Birliği Araştırma Yayınları Dizisi. Ankara, 2000; 3.
10. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 271-280.
11. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychol Health 1996; 11:431-445.

12. Küçükbakar, A. (2011). Kanser Tanısını Yeni Alan ve Hastalığı Tekrarlayan Bireylerin Hastalığı Algılamalarının Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
13. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. Klinik Gelişim Dergisi Geriatri Özel Sayısı 2012;25:18-23.
14. Bjerrum L, Søgaaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen. A prescription database study. Eur J Clin Pharmacol 1998;54:197-202.
15. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM. The development of polypharmacy. A longitudinal study. Fam Pract 2000;17:261-7.
16. Medicines and older people: implementing medicines-related aspects of the NSF for older people. <http://www.gov.uk/nsf/olderpeople/htm>.
17. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. J Clin Epidemiol 2002;55:809-17.
18. Jörgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander MA, Svärdsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. Ann Pharmacother. 2001;35:1004-9.
19. Fillit HM, Futterman R, Orland BI, Chim T, Susnow L, Picariello GP, Scheye EC, Spoeri RK, Roglieri JL, Warburton SW. Polypharmacy management in Medicare managed care: changes in prescribing by primary care physicians resulting from a program promoting medication reviews. Am J Manag Care. 1999;5:587-94.
20. Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. Clin Geriatr Med. 1992;8:143-58.
21. Erdiñçler DS. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı. In: Geriatrik Hasta ve Sorunları. Beğler T, Erdiñçler DS, Altıparmak MR (eds). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi; İstanbul; 2011. 21-38.
22. LeSage J. Polypharmacy in geriatric patients. Nurs Clin North Am 1991;26:273-90.
23. Ther Clin Risk Manag. 2007 Mar;3(1):197-203 Corsonello A, Pedone C, Corica F, Incalzi RA. Polypharmacy in elderly patients at discharge from the acute care hospital.

24. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, et al. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *JAMA* 2008;300:2867-78.
25. Gökçe Kutsal Y, Barak A, Baydar T, et al. Polypharmacy in Turkish Elderly; A Multicenter Study *Turkish Journal of Geriatrics*. Geriatrics 2006 "International Congress of Elderly Health" Special Issue, 2006.
26. Eski ocak M. 19 Mayıs Üniv. Tıp Fak. Dahiliye polikliniğine başvuran hastaların değerlendirilmesi. *19 Mayıs Üni. Tıp Fak. Dergisi* 8(1) 1991.
27. Azad N, Tierney M, Victor G, Kumar P. Adverse drug events in the elderly population admitted to a tertiary care hospital. *J Healthc Manag* 2002;47:295-305.
28. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5:345-51.
29. Halil M. Yaşlı Hastalarda Polifarmasi. In: Arıoğul S (ed). *Geriatric ve gerontoloji*. MN Medikal & Nobel Tıp Kitapevleri; 2006. 393-400.
30. Green JL, Hawley JN, Rask KJ. Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5:31-9.
31. Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V, Tallis RC. Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing* 1992;21:294-300.
32. Rochon PA. Drug prescribing for older adults. In: Schmader KE, Sokol HN (eds). *UpToDate*. Last updated June 2011.
33. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Turk J Geriatrics* 2000;3:56-60.
34. Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımı boyutları. *Turk J Geriatr* 2006; Özel Sayı 19-27.
35. *Ann Pharmacother* 2000 Mar;34(3):360-5. Recent advances in geriatrics: drug-related problems in the elderly. Hanlon JT, Shimp LA, Semla TP.
36. Zagaria MAE. Pharmaceutical care of the older patient. *US Pharm* 2000; 25: 94-5.
37. Stewart RB, Cluff LE: A review of medication errors and compliance in ambulant patients *Clin. Pharmacolther* 13:463-468, 1972.

38. Coons SJ, Sheahan SL, Martin SS, et al. Predictors of medication noncompliance in a sample of older adults. *Clin Ther* 1994;16:110-7.- Kane SV, Cohen RD, Aikens JE, Hanauer SB. Prevalence of nonadherence with maintenance mesalamine in quiescent ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2929-33.
39. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci* 2002;24:46-54.)
40. von Renteln-Kruse W, Thiesemann N, Thiesemann R, Meier- Baumgartner HP. Does frailty predispose to adverse drug reactions in older patients? *Age Ageing* 2000;29:461-2.
41. Mannesse CK, Derkx FH, de Ridder MA, Man in 't Veld AJ, van der Cammen TJ. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. *Age Ageing* 2000;29:35-9.)
42. Grymonpre RE, Mitenko PA, Sitar DS, Aoki FY, Montgomery PR. Drugassociated hospital admissions in older medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:1092-8.
43. Winterstein AG, Sauer BC, Hepler CD, Poole C. Preventable drugrelated hospital admissions. *Ann Pharmacother* 2002;36:1238-48.
44. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:30-9.
45. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:40-50.
46. Sanson-Fisher RW, Campbell EM, Redman S and Henrikus DJ. Patient Provider Interactions and Patient outcomes. *The Diabetes Educator* 1989; 15:135-37.
47. Mahesh PA, Parthasarathi G. Medication adherence. In: Parthasarathi G, Karin Nyfort- Hansen, Milap Nahata, editors. *A textbook of clinical Pharmacy Practice*. Chennai: Orient Longman Private limited; 2004. p. 55.
48. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Çalı Ş, Oktay Ş. (2001). Pratisyen hekimlerin yaşlıların ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 4(3): 100-105.

49. Uluoğlu C. (2007). Psikiyatrik hastalıklarda polifarmasi ne zaman akılcıdır. Klinik Psikiyatri, 10: 157-170.
50. Aydos TR. (2011). Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı İçinde: Yaşlı Sağlığı Modülleri, Eds: Özvarış ŞB, Aslan D, Anıl Matbaacılık A.Ş., Ankara, s.413-428.
51. Balon R. (2002). Managing Compliance. Psychiatric Times. 19(5), 1-2.
52. Grisel JE, Rasmussen PR, Sperry L. (2006). Anxiety and Depression: Physiological and Pharmacological Considerations. The Journal of Individual Psychology, 62 (4).
53. Seher Sofuoğlu, Tayfun Turan Anadolu psikiyatri dergisi2000; 1(2):100-106
54. Playle JF, Keeley P. (1999). Non-compliance and Professional Power. Journal ofAdvanced Nursing, 27, 304-311.
55. Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien Vol 53: december • décembre 2007 Nandini Natarajan MD CCFP R. Wayne Putnam MD Alexandra M. Yip
56. Mauskopf JA,David K,Grainger DL ve ark:Annual health outcomes and treatment costs for schizophrenic populations. J Clin.Psychiatry 1999;(Suppl 19):14-19.
57. Marland GR: Atypical neuroleptics: autonomy and compliance J Adv Nurs 1999;29:615-622.
58. Kemp R,David A:Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patient.Br J Psychiatry carrion.
59. Carrion PG, Swan A,Cecil HK ve ark: Compliance with clinic attendence by outpatients with schizophrenia. American Psychiatric Press,Inc,1995.
60. Michael Hite, Improving Adherence in the Polypharmacy Management of Disease, Formulator and Technical Writer for SCOLR™, Inc.
61. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB, Patten SB, Johnson JA, Slack LR. Assessing Medication Adherence Among Older Persons In Community Settings. Can J Clin Pharmacol 2005; 12: E152-E164.
62. Matsui D, Hermann C, Braudo M, Ito S, Olivieri N, Koren G. Clinical use of the Medication Event Monitoring System: A new window into pediatric compliance. Clin Pharmacol Ther 1992; 52:102-3.
63. Cramer JA. Microelectronic systems for monitoring and enhancing patient compliance with medication regimens. Drugs 1995; 49: 321-7.

64. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353:488-97.
65. 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. *JAPA* 2003; 43: 668-78.
66. Becker MH. Patient adherence to prescribed therapies. *Medical care* 1985; 23:539-55.
67. Do geriatric outpatients adhere to medication changes advised after assessment? An exploratory pilot study. C.R. Tulner, S.V. Frankfort, F. Wesselius, J. P.C.M. van Campen, C.H.W. Koks, J.H. Beijnen.
68. Vural B, Teberu Acar Ö, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Turkishfamilyphysician* 2012; 3(4):17-20.
69. Weis SE, Slocum PC, Blais FX, King B, Nunn M, Matney GB et al. The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. *N Engl J Med* 1994; 330:1179-84.
70. Dunbar J. Adhering to medical advice: A review. *Int J Ment Health* 1979; 9:70-87.
71. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther* 1999; 21:1074-90.
72. Kenna LA, Labbe L, Barrett JS, Pfister M. Modeling and Simulation of Adherence: Approaches and Applications in Therapeutics. *AAPS J* 2005; 7:E390-407.
73. Cramer JA. Optimizing long-term patient compliance. *Neurology* 1995; 45: S25-S28.
74. Miller NH, Hill M, Kottke T and Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. *Circulation* 1997; 95:1085-90.
75. Wetzels G, Nelemans PJ, Schouten JS, Van Wijk BL and Prins MH. All that glitters is not gold: a comparison of electronic monitoring versus filled prescriptions – an observational study. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:8.
76. Skoutakis VA, Acchiardo SR, Martinez DR, Lorsch D, and Wood GC. Role-effectiveness of the pharmacist in the treatment of hemodialysis patients. *Am J of Hos Pharmacist* 1978; 35:62-5.
77. Caron HS. Compliance: the case for objective measurement *Journal of Hypertension* 1985; 3: 11–7.

78. Chesney MA, Morin M, Sherr L Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med* 2000; 50:1599-605.
79. Wood W and Gray J. An integrative review of medication compliance from 1990-1998. *Online J Knowl Synth Nurs* 2000; 7:1.
80. Wiseman V, Conteh L and Matovu F. Using diaries to collect data in resource-poor settings: questions on design and implementation. *Health Policy and Planning* 2005; 20: 394-404.
81. Matsuyama JR, Mason BJ and Jue SG. Pharmacists' interventions using an electronic medication-event monitoring device's adherence data versus pill counts. *Ann Pharmacother* 1993; 27: 851-55.
82. Arnsten J, Demas P, Farzadegan H, Grant R, Gourevitch M, Chang C, Buono D, Eckholt H, Howard A, Schoenbaum E. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. *Clinical Infectious Diseases* 2001; 33: 1417-23.
83. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling* 1999; 37:113-24.
84. Horne R, Sumner S, Jubraj B, Weinman J and Frost S. Hemodialysis patients beliefs about treatment: implications for adherence to medication and fluid-diet restrictions. *Int J Pharm Pract* 2001; 9:169-75.
85. Bennett SJ, Milgrom LB, Champion V, Huster GA. Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: an instrument development study. *Heart Lung* 1997; 26:273-79.
86. DiMatteo MR, Hays RD, Sherbourne CD. Adherence to cancer regimens: implications for treating the older patient. *Oncology* 1992; 6:50-7.
87. Wood K, Marie, Paul M, Jannu, Ann, Desalvo, Karen, Richard N. Reliability of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *American Journal of the Medical Sciences* 2005; 330:128-133.
88. De Geest S, Abraham I, Gemoets H, Evers G. Development of the long-term medication behaviour self-efficacy scale: qualitative study for item development. *J Adv Nurs* 1994; 19:233-38.
89. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.

90. Eitel P, Friend R, Griffin KW, Wadhwa NK: Cognitive control and consistency in compliance. *Psychology & Health* 1998, 13 (6): 953-973.
91. Spencer, M.S. Carver, S.C and Price, A.A. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation. J. C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (s.211-222). New York: Oxford University Press.
92. Beck AT, Emery G. (1985) *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
93. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark M (1989) *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.).
94. Stuard GW., Sundeen S.J (1991) *Principles And Practice Of Psychiatric Nursing*. Fourth Ed., Mosby Year Book, St. Louis.
95. Brickhead LM (1989). *Psychiatric Mental Health Nursing*. J.B. Lippincott Comp., Philadelphia.
96. Browne G.B, Byrne C, Roberts J, Streiner D, Fitch M. Corey P, Arpin K (1988) The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity, *Nursing Research*; 37(6): 368-373.
97. Lipowski Z. J (1981) Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine. *Comprehensive Psychiatry*, 22(6) :554-561.
98. Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds), *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health* (Vol. 4, pp. 219-252).
99. Leventhal H, M. Diefenbach, & E. A. Leventhal (1992) Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence. *Cognitive Therapy and Research*, vol.16, pp.143-163.
100. Lau R, T. M. Bernard, & K. A. Hartman (1989) Further explorations of common-sense representations of common illnesses *Health Psychol*, vol. 8, pp. 195-219. J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19–45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.)
101. Siegel K, Gorey E (1997) HIV infected women: Barriers to AZT use. *Social Sci. and Medicine* 45: 15-22.
102. Scharloo, M. and Kaptein, A. (1997). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illnesses: a review. In: Petrie, K.J. and Weinman,

- J.A. (Eds.), *Perceptions of Health and Illness*, pp. 103–154, Harwood Academic Publishers, Singapore.
103. Leventhal, Howard, Dan Meyer, and David Nerenz. "The common sense representation of illness danger." *Contributions to medical psychology 2* (1980): 7-30.
 104. Mikhail B (1994) The Health belief model: a review and critical evaluation of the model, research and practice. In Chinn PL (ed): *Developing substance mid-range theory in nursing*, Advances in Nursing Science Series, An Aspen Publication, Maryland, 74-92.
 105. Heijmans, M., & De Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature, *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485–503.
 106. Hampson, S.E., Glasgow, R.E. and Zeiss, A.M. (1994). Personal models of osteoarthritis and their relation to self management activities and quality of life. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 143–158.
 107. Jessop, D.C. and Rutter, D.R. (2003). Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychology & Health*, 18, 595–612.
 108. Petrie, K.J., Weinman, J., Sharpe, N. and Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191–1194.
 109. Taylor, S.E., Lichtman, R.R. and Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489–502.
 110. Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 453–474.
 111. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16.)
 112. Hagger, M. S., & Orbell, S. (2004). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141–184.
 113. Lechting et al., Evaluation of the Brief Illness Perception Questionnaire in Sub-Acute and Chronic Low Back Pain Patients: Data Quality, Reliability and Validity. *J Pain Relief* 2013, 2:3
 114. <http://www.uib.no/ipq/index.html> E:01.01.2016

115. Kayış, A. (2009). Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
116. Karabulutlu, E. & Okanlı, A. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 4.
117. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Yücel M, Huzur Evinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel-Kognitif Değerlendirme Ve İlaçkullanımı. Geriatri 3 (1): 6-10, Turkish Journal Of Geriatrics, 2000.
118. Arslan Gürol G, Eşer İ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, 21: 147-157.
119. Neafsey PJ ve Shellmann J (2001) Adverse Self-medication Practise of Older A Attending Blood Pressure Clinics: Adverse Self –Medication Practises, The Internet Journal ofAdvanced Nursing Practice, 5(1).
120. Ertemür E, Erdil F. Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2012, 15: 201-207.
121. Arslan, S., Şemin, S., Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Reçetede Yazılan İlaçları Kullanımı ve Bunu Etkileyen Etmenler, Sağlık ve Toplum,15(1):57- 64 2005.
122. Solmaz T. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ve Kendi Kendine İlaç Kullanım Yetisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2008.
123. Türkiyede Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>. E:01.07.2016
124. Alsén P. Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. Institute Of Health And Care Sciences. Doctoral Theses, Göteborg, Göteborgs Universite:2009.
125. Acehan O. Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Adana, 2011.

126. Gündüz F. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
127. Akgüç N. Tip 2 diyabet hastalarında hastalık algısı ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
128. Şarlı Ş. Hipertansiyon hastalığı olanlarda tedaviye uyum, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2011.
129. Lee GK, Wang HH et al. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. PLoS One. 2013; 8(4): 62775.
130. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther 2001; 23:1296-1310.
131. Hassan NB, Hasanah CI, Foong K, et al. Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. J Hum Hypertens. 2006; 20: 23–29.
132. Al-Mehza AM, Al Muhailije FA, Khalfan MM, Al-Yahya AA. Drug Compliance among Hypertensive Patients; an Area Based Study. Eur J Gen Med. 2009; 6(1): 6-10.
133. Akgöl C. Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2008.

8. KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
CMAG:	Case Management Adherence Guidelines
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HAÖ:	Hastalık Algı Ölçeği
IMIQ:	Implicit Models of Illness Questionnaire
IPQ:	Illness Perception Questionnaire
KHAÖ:	Kısa Hastalık Algı Ölçeği
MMÖ:	Modifiye Morisky Uyum Ölçeği
WHO:	World Health Organization; Dünya Sağlık Örgütü

10. TABLOLAR DİZİNİ

		Sayfa No
Tablo 1	(Medikasyon uyumunu kontrol etme yöntemleri)	21
Tablo 2	(Medikasyon uyumu ölçüm anketleri)	23
Tablo 3	(Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği anket soruları)	24
Tablo 4	(Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ))	36
Tablo 5	(Vakaların cinsiyet ve yaş gruplarının dağılımı)	41
Tablo 6	(Vakaların cinsiyet ve medeni durumlarının dağılımı)	42
Tablo 7	(Vakaların cinsiyet ve eğitim durumlarının dağılımı)	42
Tablo 8	(Vakaların cinsiyet ve birlikte yaşadığı kişi durumlarının dağılımı)	43
Tablo 9	(Vakaların cinsiyet ve sağlık algılamalarının dağılımı)	43
Tablo 10	(Vakaların cinsiyet ve ilaçları önerilen dozda kullanma durumlarının dağılımı)	44
Tablo 11	(Vakaların ilaçları önerilen dozda kullanmama nedenlerinin dağılımı)	45
Tablo 12	(Vakaların cinsiyet ve ilaçları önerilen zamanda kullanma durumlarının dağılımı)	45
Tablo 13	(Vakaların cinsiyet ve ilaç prospektüsünü okuma durumunun dağılımı)	46
Tablo 14	(Vakaların ilaç prospektüslerini okumama nedenlerinin dağılımı)	46
Tablo 15	(Vakaların cinsiyet ve ilaçların kullanım, etki, yan etkilerine ilişkin bilgi alma durumlarının dağılımı)	47
Tablo 16	(Vakaların ilaçların kullanım, etki ve yan etkilerine ilişkin bilgi aldığı kaynaklar)	47
Tablo 17	(Vakaların cinsiyet ve kullanmadıkları reçeteli ilaçları bulundurma durumlarının dağılımı)	48
Tablo 18	(Vakaların cinsiyet ve ilaç kullanımı sırasında unutma sorunu yaşama durumlarının dağılımı)	48

Tablo 19	(Vakaların cinsiyetleri ile ilaç kullanımı sırasında fiziksel/motor fonksiyon sorunu yaşama durumlarının dağılımı)	49
Tablo 20	(Vakaların cinsiyetleri ve ilaç kullanımı sırasında yan etki sorunu yaşama durumlarının dağılımı)	49
Tablo 21	(Vakaların cinsiyetleri ile ilaç sağlamada sorun yaşama durumlarının dağılımı)	50
Tablo 22	(Vakaların cinsiyet, yaş ve medeni durumları ile KHAÖ, MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi skorlarının dağılımı)	51
Tablo 23	(Vakaların eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi durumu, kullandığı ilaç sayısı ile KHAÖ, MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi skorlarının dağılımı)	52
Tablo 24	(Vakaların MMÖ-motivasyon düzeyi ve MMÖ-bilgi düzeyi ile KHAÖ skorlarının dağılımı)	54
Tablo 25	(Vakaların KHAÖ'de sorulan 'hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz faktör nedir' sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı)	56

EK-1

Veri Toplama Formu Tanımlayıcı Özellikler:

Anket no: Tarih:

1. Kaç yaşındasınız?:
2. Cinsiyet: Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?:
4. Eğitim durumunuz nedir?
5. Birlikte yaşadığınız kişiler var mı? Var Yok
6. Sahip olduğunuz hastalıklar nelerdir?
1. 2. 3.
7. Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırıldığında sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?
Mükemmel İyi Orta Pek iyi değil Kötü
8. Ağızdan(oral) ilaçlara Yönelik Bilgiler:

İlaç adı	Doktor önerisi/reçetesi		Doğru doz			Doğru zaman	
	Var	Yok	Evet	Hayır	Neden	Evet	Hayır
				1.Önerilen dozdan↓ 2.Önerilen dozdan↑			
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							

9. Ağızdan (oral) alınan ilaçları birlikte mi alırsınız?

Evet: [Birlikte alınan ilaçlar:]

Hayır

10. Kullandığınız ilaçların prospektüsünü okurmu sunuz?
Evet

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

11. İlaçlarınızın kullanımına ve etkilerine/yan etkilerine ilişkin bilgi aldınız mı?

Evet

Hayır

Doktor Hemşire Eczacı Diğer (belirtiniz:)

12. Reçete edilip evde **kullanmadığınız** ilaçlar var mı ?

Var: İlacın/ilaçların adını belirtiniz:

Kullanmama nedenini

belirtiniz:

Yok

13. İlaç kullanırken sorun yaşama ve yardım alma durumu:

Evet:

Hayır

Yaşadığınız sorun nedir?	Soruna yönelik uygulamanız/çözümünüz nedir?
Unutma	
Fiziksel ve motor bozuklukları (mobilite/hareket sorunu, yutma sorunu)	
İlaça ait yan etkiler (Baş dönmesi, mide bulantısıvb)	

14. İlaç sağlamada sorun yaşıyor musunuz?:

Evet

Hayır

- Ekonomik sorunlar nedeniyle ilacı alamama

- Hekime erişim sorunu

-Eczaneye erişim sorunu

-Diğer (belirtiniz:)