

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ-KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ORTAK YÜKSEK LİSANS
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(HEMŞİRELİK ESASLARI)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nigmet KAYA

DAHİLİ POLİKLİNİKLERE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN
HASTALARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ VE İLAÇ UYUMU

TEZ YÖNETİCİSİ
Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

YOZGAT 2019



**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI**

**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.


**İmza
Nigmet KAYA**



**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI**

**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

“Dahili Polikliniklere Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu” adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Nigmet KAYA

İmza

Danışman
Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

İmza

Prof. Dr. Sevinç POLAT
Ana Bilim Dalı Başkanı

İmza



YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
TEZ ONAY FORMU

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli yüksek lisans programı 90110116009 numaralı öğrencisi Nigmet KAYA'nın hazırladığı “**Dahili Polikliniklere Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu**” başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 18/06/2019 Salı günü saat 13:00'da yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN
(Danışman)

Jüri Üyesi : Dr.Öğr. Üyesi Emel GÜLNAR

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr.
Müdür

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

DAHİLİ POLİKLİNİKLERE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ VE İLAÇ UYUMU

Nigmet KAYA

Bu araştırma dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimlerini ve ilaca uyumlarını tespit etmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Yozgat ili merkezinde bulunan iki hastanenin dahili polikliniklerine başvuran, en az bir kronik hastalığa sahip olan 112 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın yapılması için Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmanın verileri tanıtıcı özellikler formu, Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G) ve İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Verilerin istatistiksel hesaplanmasında sayı, yüzdelik, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma, Shapiro Wilk, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve Dunn's kullanılmıştır.

Hastaların yaş ortalaması $61,55 \pm 16,66$, beden kitle indeksi ortalaması $27,55 \pm 4,38$ olup %53,6'sının kadın, %30,4'ünün çalıştığı ve %33,9'unun emekli olduğu saptanmıştır. Hastaların öz bakım toplam ölçek puanı (SCMP-G) ve alt ölçek puanları incelendiğinde; ölçek genel toplam puanının $121,72 \pm 13,84$ ve Öz Koruma alt ölçek puanının $73,33 \pm 8,51$, Sosyal Koruma alt ölçek puanının $48,39 \pm 7,04$ olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların, mesleğine, bir işte çalışma durumuna, sigara içme ve ameliyat olma durumuna göre öz bakım yönetimi ölçeğinden ve sosyal koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hastaların ölçek genel toplam puanının $10,99 \pm 2,91$, İlaça Uyum alt ölçek puanının $5,53 \pm 1,90$ ve Reçete Yazdırma alt ölçek puanının $5,45 \pm 1,37$ olduğu belirlenmiştir. Hastaların sigara içme, alkol içme durumu ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyine göre İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) genel ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma sonucunda hastaların öz bakım yönetimi ve ilaç uyumuna farkındalıklarının artırılması için hemşirelerin eğitici videolar, afişler ve broşürler hazırlaması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, öz bakım yönetimi, ilaç uyumu



ABSTRACT

Master's Thesis

SELF-CARE MANAGEMENT AND ADHERENCE TO REFILLS IN PATIENTS WHOHAVE CHRONIC DISEASE AND ADMITTED TO THE INTERNAL OUTPATIENT CLINICS

Nigmet Kaya

This research was conducted as cross-sectional and descriptive in order to determine the self-care management and adherence to refills in patients who have chronic disease and admitted to the internal outpatient clinics.

The research was conducted with 112 patients have at least one chronic disease and admitted to the internal outpatient clinics of two hospitals that are located in Yozgat. In order to conduct the research, permissions were taken from Yozgat Provincial Health Directorate and Bozok University, Faculty of Medicine Ethics Committee of Non-Invasive Clinical Studies. The data of the research were collected with face-to-face interview method by using descriptive characteristics form, self-care management process scale (SCMP-G) and adherence to refills and medications scale (ARMS-7). In the statistical calculation of the data, number, percentage, minimum and maximum values, mean and standard deviation, Shapiro Wilk, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and Dunn's were used.

The age average of the patients were determined as $61,55\pm 16,66$, body mass index average was $27,55\pm 4,38$, 53,6% of them were female, 30,4% of them were working and 33,9% of them were retired. When the self-care total scale and subscale scores of patients are examined, it was determined that self-protection subscale score was $73,33\pm 8,51$, social protection subscale was $48,39\pm 7,04$ and the total score of the scale was $121,72\pm 13,84$. A statistically significant difference was determined between the score averages of self-care management scale and social protection subscale according to their occupation, working in a job, smoking and surgery conditions ($p<0,05$). Adherence to Refills and Medications subscale of the patients was determined as $5,53\pm 1,90$, Prescription subscale score of them was $5,45\pm 1,37$ and the total score of the scale was $10,99\pm 2,91$. There was a statistically significant difference between the

score averages of overall of the scale and the subscales of the patients in adherence to refills and medication scale (ARMS) according to their addiction level in smoking, using alcohol and daily-life activities ($p<0,05$). At the end of the study, it is recommended that nurses prepare educational videos, posters and brochures to increase awareness of patients about self-care management and drug compliance.

Key Words: chronic disease, self-care management, adherence to refills and medication



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
TEZ ONAY FORMU	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
ÖNSÖZ	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Önemi	1
1.2. Alt Problemler.....	5
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kronik Hastalık Tanımı.....	6
2.2. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi	6
2.2.1. Dünyada kronik hastalıkların epidemiyolojisi	6
2.2.2. Türkiye’ de kronik hastalıkların epidemiyolojisi	7
2.3. Kronik Hastalıkların Özellikleri	8
2.4. Öz Bakım Tanımı	9
2.5. Öz Bakım Yönetimi	9
2.6. Orem’ e Göre Öz Bakım Yönetimi	10
2.7. Kronik Hastalıklarda Tedaviye Uyum	13
2.8. İlaç Uyumu	14
2.8.1. İlaç uyumunu etkileyen faktörler.....	14
2.9. Kronik Hastalıklarda Hemşirelerin Rolü	16
3. YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19

3.3.1. Araştırmanın evreni	19
3.3.2. Araştırmanın örnekleme.....	19
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	20
3.5. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5.1. Tanıtıcı özellikler formu	20
3.5.2. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği (ÖBYÖ)	20
3.5.3.İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği (İURYÖ)	21
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	22
3.7. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi	22
3.8. Araştırmanın Süresi	23
3.9. Olanaklar ile Etik Açıklamalar	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	45
6.1. Sonuçlar.....	45
6.2.Öneriler	47
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER	66
EK 1. Etik Kurul Kararı.....	66
EK 2. Kurum İzin Belgesi	68
EK 3.Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G) Kullanımına İlişkin İzin Belgesi.....	70
EK 4. İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7) Kullanımına İlişkin İzin Belgesi	71
EK 5. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖBYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	72
EK 6. Hastaların Öz Bakım Yönetimini ve İlaca Uyumunu Belirlemek Amacıyla Hazırlanan Anket Sorularına Verilen Cevaplara göre ÖBYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	75
EK 7. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre İURYÖ'den Aldıkları Puan OrtalamalarınınDağılımı	77

EK 8. Hastaların Öz Bakım Yönetimini ve İlaça Uyumunu Belirlemek Amacıyla Hazırlanan Anket Sorularına Verilen Cevaplara göre İURYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	81
EK 9. İURYÖ ve Alt Ölçekleri, ÖBYÖ ve Alt Ölçekleri ile Beden Kitle İndeksi, Yaş, Boy ve Kilo Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	82
EK 10. Gönüllü Onam Formu	83
EK 11. Anket Formu	85
9. ÖZGEÇMİŞ	91



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	25
Tablo 2. Hastaların ilaç uyumuna yönelik özellikleri	28
Tablo 3. Hastaların ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı	29
Tablo 4. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	30
Tablo 5. Hastaların İURYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı	33
Tablo 6. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre İURYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	34
Tablo 7. Hastaların ÖBYÖ ile İURYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	37

GRAFİKLER DİZİNİ**Grafik No****Sayfa No**

- Grafik 1.** Hastaların ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı 29
- Grafik 2.** Hastaların İURYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı 33



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	:Acquired immunodeficiency Syndrome\Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu
CCI	:Commission on Chronic Illness/Kronik Hastalıklar Komisyonu
CDC	:Centers for Disease Control/Hastalık Kontrol Merkezleri
DM	:Diyabetes Mellitus
GYA	:Günlük Yaşam Aktiviteleri
HIV	:Human Immunodeficiency Virus\İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
İURYÖ	: İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği
KKY	:Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	:Kardiyovasküler Hastalıklar
Max	:Maximum Değer
Min	:Minimum Değer
n	:Sayı
ÖBYÖ	:Öz Bakım Yönetimi Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	:Standart Sapma
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO/DSÖ	: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve bu çalışmanın yürütülmesi sırasında bilgilerinizi benimle paylaşan, bana kıymetli zamanınızı ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle faydalı olabilmek için elinden gelenin fazlasını yapan, tüm sorunlarımda çekinmeden ulaşabildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini esirgemediğiniz yol gösteren, mesleki hayatımda aydınlatıcı olarak bilgilerinizi ve tecrübelerinden faydalandığım, değerli ve kıymetli danışmanım Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN'e,

Hayatım boyunca sevgisini, ilgisini, maddi ve manevi tüm desteklerini esirgemeyen sevgili babama, anneme ve kardeşlerime,

Bu hayattaki en büyük şansım olan sevgili eşime,

Danıştığım, yardım ve desteklerinizi aldığım, iş birliği yaptığım aynı zamanda meslektaşım olan değerli arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda katılan ve destek veren tüm hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nigmet KAYA

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Araştırmanın Önemi

Kronik hastalıklar 21. yüzyılda sağlık sorunlarının başında yer almakta olup, yavaş ilerleme göstererek dünya genelinde ölümlerin en önemli nedenleri arasındadır. (Uysal, 2015; World Health Organization [WHO], 2011). Kronik hastalıkların en geçerli tanımı Kronik Hastalıklar Komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre, kronik hastalıklar “Genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklardır” (Bilir ve Subaşı, 2006). Bir başka tanıma göre ise; kronik hastalıklar ağır seyreden, 3 ay ve daha uzun süreli devam eden, bir çok risk etkeninin neden olduğu, genellikle komplike bir ilerleyiş gösteren ve bireyin yaşam kalitesini derinden etkileyen hastalıklar olarak tanımlanmıştır (Akalın, 2014).

Kronik hastalıklar dünyada, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde, ölüm sebeplerinin başında bulunmaktadır (Akalın, 2014). Dünyada 2005 yılında gerçekleşen 58 milyon ölümün 35 milyonu (%60) kronik hastalıklar sebebiyle meydana gelmiştir (Bilir ve Subaşı, 2006). Yine Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, kronik hastalıklar dünyadaki ölümlerinde %60’ını oluşturmaktadır. 2020 yılında kronik hastalıklara bağlı ölüm oranlarının %75’e yükselmesi beklenmektedir. Dünyada düşük ve orta gelirli ülkelerdeki ölümlerin %80’inin de kronik hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir (World Health Organization [WHO], 2001).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve bireylerin yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte hastalık yükü artmakta olup bu hastalıkların büyük bir kısmını kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Türkiye’de meydana gelen ölümlerin %85’ini kronik hastalıklara bağlı ölümler oluşturmaktadır. Bu oranında, %49’unu kardiyovasküler hastalıklar, %18’ini kanser, %9’unu akciğer hastalıkları, %2’sini diyabet ve %9’unu diğer kronik hastalıklar oluşturmaktadır (World Health Organization [WHO], September 2011). 2000 yılında Türkiye’de 60 yaş ve üzeri grupta yapılan bir araştırmada 10 hastalıktan 9’unda en çok görülen ölüm nedeninin kronik hastalık olduğu saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2005).

Kronik hastalıklar yaşam boyu devam ettiği için, sürekli olarak tıbbi bakım ve tedavi gerektirir. Bu sebeplerden dolayı bireylerin kendi bakım ve tedavilerinin farkında olup, bununla ilgili sorumluluklarını yerine getirmeleri büyük önem taşımaktadır. Günümüzde kronik hastalıklarla mücadelede bireyin kendi bakımına aktif katılımı istenmektedir. Bireyin hastalığı nasıl algıladığı, hastalığa yüklediği anlam ve tepkileri uyum ve tedavi sürecinde çok önemlidir. Bireyin hastalığa uyum sürecini; yaşı, emosyonel durumu, hastalığı inkar etmesi, kendine güvenmesi ve fonksiyonel yetersizlik düzeyi gibi özellikler etkilemektedir (Mete, 2008; Türkmen, 2012). Kronik hastalıklar bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına, sosyal izolasyonuna ve aile ilişkilerinin bozulmasına neden olur (Akdemir ve Akkuş, 2006; Türkmen, 2012). Bundan dolayı bireylerin kronik hastalık yönetiminde sürece aktif katılımı sağlık personeli ile iş birliği yaparak ortak hedefler belirlemesi istenmektedir (Eshah ve Bond, 2009; Jensen ve Petersson, 2003; Karmali vd., 2014; Kep, Kritpracha ve Thaniwattananon, 2013; Uzun, 2007). Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşamları boyunca gerekli tedaviyi uygulayabilmeleri için; öz bakım aktivitelerini öğrenmeleri tedavilerine uyumu kolaylaştırmaktadır. Bu da kronik hastalığı olan bireylerde gelişebilecek komplikasyonları önlemek için öz bakım yönetimiyle mümkündür (İnkaya, Düzalan ve Özpancar, 2016).

Öz bakım, insanın yaşamını, sağlık ve iyilik halini devam ettirebilmek için kendisi tarafından gerçekleştirilen eylemler olarak tanımlanmaktadır (Avdal ve Kızılcı, 2010; Berbiglia, 2014). Bir başka tanıma göre öz bakım, bireyin sağlığını sürdürmesi için bireyin sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneğidir. Bu yeteneğin geliştirilmesinde bilişsel, duyuşsal, motor faktörler ve kişilerarası özellikler etkili olmaktadır (Fadıloğlu, 2003). Orem'e göre öz bakım bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır (Berbiglia ve Banfield, 2014; Fawcett ve DeSanto-Madeya, 2013; Isenberg, 2001; Pearson, Vaughan ve Fitzgerald, 2005). Orem, hemşirenin birey adına davranma ya da yapma, rehberlik etme, destek olma, gelişmesini sağlayıcı bir çevre oluşturma ve eğitimi ile bireye yardım edebileceğini belirtir (Fawcett ve DeSanto-Madeya, 2013; Hartweg, 1991; Isenberg, 2001; Menekli ve Dorothea, 2017; Pearson vd., 2005).

Kronik hastalıkların yönetiminde öz bakım yönetimi önemlidir. Öz yönetim; kişinin kendisiyle ilgili bir görevi uygun şekilde yönetmesi için kararlar alma, gerçekçi tepkiler verme sürecidir. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi içinde; tedavinin sürekliliğini sağlama, diyetle uyuma ve hastalıkla ilgili yaşam aktivitelerini yapabilmeye yer almaktadır. Yeterli öz bakım gücüne sahip birey, öz bakım ihtiyaçlarını kendine yetecek şekilde karşılayabilecek, sağlığıyla ilgili sorumlulukları alabilecek ve başka bireylere bağımlı olmadan günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni yapabileceklerdir. Bireyin kronik hastalıklarla baş etmesi ve ona uyumunun sağlanması gerekmektedir. Bireylerin diyet uygulaması, fiziksel etkinliğinin artırılması, kilo verme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisine devam etmesi hastalığa uyumunu göstermektedir (Beswick vd., 2005; Hacıhasanoğlu, 2009; Kep vd., 2013; Uzun, 2007). Bireylerin uyumun artması aktif yaşamlarına tekrar dönebilmeleri, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamlarına devam edebilmeleri ile yakından ilişkilidir (Karmali vd., 2014; Kep vd., 2013).

Kronik hastalıkların yönetiminde yer alan ilaç uyumu, ilaç tedavisinin seyri için büyük önem taşımaktadır. Hastaların ilaçlara uyumu tedavinin amacına ulaşması için önemli bir zorunluluktur. Kronik hastalıkların tedavisinde yaşanan ilaç uyumsuzlukları sonucu hastaneye yatışların arttığı, hastalığın şiddetlendiği, hastaların yaşam kalitesinin ve mortalitenin arttığı görülmüştür (Karadakovan ve Aslan, 2010). Literatüre (Altuntaş, Akı ve Huri, 2015; Demirkol ve Tamam, 2016) bakıldığında kronik hastalıklarda ilaçlara uymama nedenleri arasında aynı anda birden fazla farklı tedaviler kullanma, zaman, ilaç yan etkileri, hastalık ve tedaviye ilişkin inançlar, reçete, düşük okur-yazarlık seviyesi, dil ve kültürel farklılıklar görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ilaçlar hakkında bilgiler hasta takibine bağlı olarak çoğu zaman hastaların kendi raporlarından elde edilmektedir. Bu yüzden hastaların kendilerinden öğrenilmesi kapsamlı olup, pratik ve ucuz gibi avantajları vardır (Baroletti ve Dell'Orfano, 2010; Hsu, Mao ve Wey, 2010; Jimmy ve Jose, 2011; Kripalani, Risser, Gatti ve Jacobson, 2009; Solomon ve Majumdar, 2010).

Kronik hastalığa sahip bireyler uzun yıllar boyunca bu hastalıkla yaşadıkları için hastalıkların yönetiminin öğretilmesi gerekir. Kronik hastalığı olan bireylerde diyet, egzersiz ve ilaç kullanımı bireylerin kendi kontrolleri altında olduğundan oldukça önemlidir. Bu sebeple kendi bakımının yöneticisi olan bireye düzenli bilgi verilerek ve

sosyal yönden destekleyerek bakımlarına aktif katılmaları sağlanır, bireyin eksiklikleri varsa ilerleyen zamanda takip edilerek düzenlenir (Barr vd., 2003; Landon vd., 2007; Wagner, Davis, Schaefer, Von Korff ve Austin, 1999). Bu nedenle kronik hastalıkların yönetiminde eğitim esastır. Birey eğitimde hekimler, hemşireler, diyetisyenler, fizyoterapistler ve psikologlar yer almalıdır. Hasta eğitiminde birey öncelikle çevresi ile birlikte ele alınmalı ve hastanın becerileri, inançları, tutum ve bilgileri değerlendirilmelidir (Sadeghi vd., 2013). Kronik hastalıkların yönetiminde göstermiş oldukları mesleki liderlik rolleri ile sağlık profesyonelleri içinde hemşireler önemli bir yer almaktadır. Hemşireler hastalıkları yönetmede etkin bir rol alarak kronik hastalığı olan bireylerin var olan sorunlarına yönelik bütüncül bakımı planlamalı, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmeti vermeli ve bireye özgü planlar yapmalıdır. Hemşireler tarafından hastalara hastalığı, öz bakımı ve tedavisine ilişkin eğitim verilmesi, bu doğrultuda hastaların öz bakım davranışlarının geliştirilmesi, verilen bilgilerin hastaların gereksinimlerine göre belirli aralıklarla tekrarlanması gerekir. Kronik hastalıklarda bireyler kendi bakımlarından sorumludur (Haskett, 2006; Sutherland ve Hayter, 2009).

Kronik hastalık yönetiminde bireylerin öz bakımları ile ilgili söz sahibi olmaları ve bilgi verilmesi esastır. Bireylerin kendi sağlığına katılımlarının değerlendirilmesi gerekir. Bu nedenle bu çalışma kronik hastalığı olan bireylerin ilaca uyumlarını ve öz bakım yönetimlerini etkileyen faktörleri ve bu doğrultuda uygulamada rehber olacak hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Literatüre baktığımızda (Çakmak, 2018; Karakurt, 2008; Korkmaz, 2019; Köseoğlu, 2016) kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi tek ele alınarak yapılan çalışmalara rastlanmaktadır. Ülkemizde genel olarak kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım yönetimini inceleyen kısıtlı sayıda çalışma (Doğan, Tosun ve Tek, 2018) vardır. Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimine ve ilaç uyumuna ilişkin bilgi verilmesi hastayı güçlendirici, iyileştirici ve sağlık harcamalarının azaltılması açısından önemlidir. Bu nedenle bu çalışmayla bireylerin öz bakım yönetimi ve ilaç uyumlarının belirlenerek bakımın kalitesini artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Alt Problemler

Bu araştırma, dahili polikliniklerine başvuran ve kronik hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimleri ile ilaç uyumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimi puanları nedir?
2. Hastaların bazı tanıtıcı özellikleri öz bakım yönetimi puanlarını etkiliyor mu?
3. Kronik hastalığı olan hastaların ilaca uyum puanları nedir?
4. Hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ilaç uyum puanlarını etkiliyor mu?
5. Hastaların ilaç uyumları öz bakım yönetim puanlarını etkiliyor mu?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada dahiliye polikliniklerine başvuran, en az bir kronik hastalığa sahip 18 yaş üzeri hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırmada 18 yaşından küçük ve hastanenin diğer birimlerine başvuran kronik hastalığı olan bireyler değerlendirilmemiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalıklarla ilgili çok çeşitli tanımlar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kronik hastalıklar, uzun süren ve yavaş ilerleyen, Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (National Center for Health Statistics)'ne göre de en az üç ay ve daha uzun süren hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Centers for Disease Control (CDC), 2009). Kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleyen, hastalığın derecesini azaltmak ve kişinin kendi bakımında işlevini ve sorumluluğunu en üst seviyeye çıkarmak için takip ve destek bakım gerektiren durumlardır (Gorman, Sultan ve Luna-Raines, 1996; World Health Organization [WHO], 2011).

Kronik hastalıklar genellikle yavaş ilerleme gösteren, düzenli olarak tedavi, bakım ve takip isteyen, uzun dönemde insan vücudunda fonksiyon bozukluklarına yol açarak yeti kaybına sebep olabilen sağlık sorunları olarak tanımlanmaktadır (Akdemir, 2001; Özdemir ve Taşçı, 2013). Kronik hastalık uzun yıllar boyunca devam eden, günlük yaşamı engelleyen, sürekli tıbbi tedavi ve bakım isteyen durum olarak tanımlanmaktadır (Akalin, Tanrıöver ve Sayran, 2012; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Kronik hastalıklar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde farklılıklar oluşturabilen, kalıcı sakatlıklara yol açabilen, geri dönüşümü zor olan patolojik değişikliklere neden olduğundan uzun süreli izlem ve bakım gerektirebilen hastalıkların bütünüdür (Global Strategy for the Diagnosis (2015); World Health Organization [WHO], 2014).

2.2. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi

2.2.1. Dünyada kronik hastalıkların epidemiyolojisi

Tüm dünyada kalp ve damar hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diyabet başlıca kronik hastalıkları oluşturmaktadır. Her yıl dünyada 38 milyon insan kronik hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Kronik hastalıklar nedeniyle 18 milyonun üzerindeki ölümlerin, %85'i gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (World Health Organization [WHO], 2014).

DSÖ 2010 yılı verilerine göre dünya genelindeki ölümlerin büyük bir kısmını kronik hastalıklar oluşturmaktadır. 2008 yılında meydana gelen 57 milyon ölümün %63'ünün kronik hastalıklardan kaynaklı olduğu bildirilmiştir. Bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (%48), kanserler (%21), kronik solunum hastalıkları (%12) ve diyabet (%3)' tir (World Health Organization [WHO], 2011). Kronik hastalıklardan bağlı ölümlerin 2010-2020 yılları arasında %15 (yaklaşık 44 milyon ölüm) oranında artış göstereceği tahmin edilmektedir (World Health Organization [WHO], 2011). Dünyada gerçekleşecek tüm ölümlerin %75'inin 2020 yılında kronik hastalıklardan kaynaklanacağı tahmin edilmektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2011; Pınar, 2010).

Kronik hastalıklar her yıl dünya genelinde 40 milyon insanı öldürmektedir ve bu sayı, meydana gelen tüm ölümlerin %70'i kadardır. Her yıl 30-69 yaş arasını kapsayan 15 milyon insan kronik hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %80'den fazlası genellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Kronik hastalıklardan olan kardiyovasküler hastalıklar yılda 17,7 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır. Bunu kanserler (8,8 milyon), solunum yolu hastalıkları (3,9 milyon) ve diyabet (1,6 milyon) izlemektedir. Bu dört hastalık grubu meydana gelen tüm ölümlerin %80'den fazlasını oluşturur (Global Burden of Disease [GDB], 2015).

2.2.2. Türkiye' de kronik hastalıkların epidemiyolojisi

Ülkemizde meydana gelen tüm ölümlerin %71'ini kronik hastalıklar oluşturmakta ve ölüme sebep olan ilk on hastalıktan yedisinin kronik hastalıklar olduğu belirtilmektedir (Erkoç ve Yardım, 2011). 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Hastalık Yükü Çalışması'nda, Türkiye'deki kronik hastalık dağılımları incelendiğinde, sırasıyla; %47,73 ile birinci sırada kardiyovasküler hastalıklar (serebrovasküler hastalıklar dahil) oluştururken, %13,07 ile kanserler, %8,84 ile üçüncü sırada HIV/AIDS hariç diğer enfeksiyon hastalıkları olduğu görülmektedir. %7,95 ile solunum sistemi hastalıkları dördüncü sırada iken, %2,22 ile diyabet sekizinci sırada yer almaktadır. Ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan 7 tanesi kronik hastalıklardır. Temel hastalık gruplarına göre hastalık yükünde; kardiyovasküler hastalıklar, erkekte %20, kadında %18 oranında olup birinci sırada yer almaktadır. Erkeklerde toplamda %34; kadınlarda %30 oranındaki hastalık yükünü kronik hastalıklar (kardiyovasküler

hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, kanserler) oluşturmaktadır (Ünüvar, Mollahaliloğlu ve Yardım, 2006).

Ülkemizdeki ölümlerin %86'sı kronik hastalıklar nedeniyle olmaktadır. Ülkemizde kalp ve damar hastalıkları her iki cinsiyet ve her yaşta görülen ölümlerin %47'sinden, kanserler %22'sinden, kronik akciğer hastalıkları %8'inden sorumludur (Sağlık Bakanlığı 2011, World Health Organization [WHO], 2014).

2.3. Kronik Hastalıkların Özellikleri

- Kronik hastalıklar ileri yaşlarda başlar, yaşam boyu sürer ve kalıcı sakatlıklara neden olur,
- Diğer kronik durumlara sebep olabilir,
- Bireyin hastalığın oluşmasındaki etkenlerle karşılaşma süresi ve miktarı hastalık sürecinde önemlidir,
- İlerleyen zamanla tekrarlamaların olması hastalığın durumunu daha da kötüleştirir,
- Hastalığa sebep olan etmenle karşılaşılması ve hastalığın ortaya çıkması arasındaki zaman çok uzun olabilir,
- Kronik hastalıkla baş etmede tedavi düzenine bağlılık hastalığın iyileşme seyri için önemlidir,
- Kronik hastalıklar bütün aileyi etkiler,
- Hastalığa sahip birey ve aileleri sorunlarla baş etmede gittikçe artan temel sorumlulukları vardır,
- Kronik hastalıklar ile baş etmede, yaşayarak öğrenme esas olup işbirliği gerektirir,
- Kronik hastalıklarla yaşamaya devam etmek; hayatın değişkenliği, belirsizliği, kararsızlığı demektir,
- Hastalar hastane ve toplumun bakımına gereksinim duyarlar,

- Kronik hastalıklarda tanı, tedavi ve bakım sürecinde ekonomik desteğe ihtiyaç fazladır (Akdemir, 2005; İrgil, 2006; Metintaş, Tayfur, Ünlüoğlu ve Akşit, 2002).

2.4. Öz Bakım Tanımı

Otonomi, kişisel sorumluluk ve öz yönelim ile ilişkili olan öz bakım yıllardır üzerinde durulan önemli bir kavramdır (Wilkinson ve Whitehead, 2009). Kendi kendine bakım, kendine bakım, kendine yardım öz bakım ile aynı anlamı taşıyan ifadelerdir (Kılıç, 2011).

1983'te DSÖ öz bakımı; sağlığı kazanmak, hastalıkları önlemek hastalıkları sınırlamak ve sağlığı iyileştirmek amacıyla toplumun, ailenin ve bireylerin yükledikleri aktiviteler olarak tanımlamıştır (Nazik, 2009).

Öz bakım; yaşamı devam ettirmek, bireylerin sağlığını ve iyilik halini olabilecek en üst seviyeye çıkarmak için gerçekleştirilen etkinlikler olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sağlıkları için yapmaları gereken faaliyetleri bir başkasına gerek duymaksızın kendi başına yapmaları ve bu konu çaba göstermeleridir (Kara, 2001).

Öz bakım, bireylerin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı yükseltmesi ve hastalıkları önlemesi için bakım aktivitelerine direkt olarak katılımları ve bireysel olarak performans gösterebilmeleridir. Öz bakım genel olarak tanımlanmasının yanında bireylerin kronik hastalıklarında daha çok sağlık bakımı, kararlar ve davranışların sonuçlandırdığı hastalık yönetim süreci, stabilitenin sürdürülmesi ve durumunda değişiklik fark edebilme olarak tanımlanır (Buck vd., 2014).

2.5. Öz Bakım Yönetimi

Öz bakım yönetimi, öz bakım girişimlerini değerlendirebilme kullanımını uyaran, semptom tanıma ve değerlendirme ile başlatılan bir süreç olarak karakterize edilir. Öz bakım, derinliği ve genişliği ile büyük bir teoridir, ancak doğrudan klinik uygulamalara çevrildiğinin kanıtlanması zor, kavramları belirsizdir. Fakat birçok bakımverenle beraber hastaların kendi bakımına katılımının temel düşüncesidir (Riegel ve Dickson, 2008).

Yeterli öz bakıma sahip bireyler daha iyi yaşam koşullarına sahip olmakta, hastane yatışları azalmakta ve sağ kalım oranları daha yüksek olmaktadır (Cocchieri

vd., 2015). Yapılan bazı çalışmalar hastaların öz bakımını gerçekleştirirken zorlandıklarını göstermiştir (Riegel, Dickson, Goldberg ve Deatrick, 2007; Riegel vd., 2009).

Öz bakım; öz bakım sürekliliği ve öz bakım yönetimi olmak üzere iki boyuttan oluşan karar verme sürecidir. Öz bakım sürekliliği hastalar tarafından gerçekleştirilen kronik hastalıkların fizyolojik stabilitesini elde edebilmede, semptomların izleminde ve tedavi uyumundaki davranışları içerir. Öz bakım yönetimi ise kronik hastalıkların belirtileri arttığında semptomları hafifletmek için tedavi (girişim) uygulama ve uygulanan girişimi değerlendirmedir (Graven ve Grant, 2013; Riegel ve Dickson, 2008; Zaveritnik, 2014).

Öz bakım teorisine göre öz bakım sürekliliği ve yönetimi öz yeterlilikten etkilenmektedir (Riegel vd., 2004; Riegel, Lee, Dickson ve Carlson, 2009). Öz bakım ve öz bakım yönetimi modelini hasta, ailesi ve sağlık bakım profesyonellerinden oluşan üç bileşen oluşturmaktadır. Sağlık bakım profesyonellerinin görevi; hasta bireyi saptamak, bakım gereksinimlerini belirlemek, bu gereksinimleri giderecek girişimlere karar vermek, girişimleri uygulamak, sonuç olarak da bireyin gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını değerlendirmektir (Abaan ve Altıntoprak, 2005; Türgay, 2011).

Öz bakım yönetimi süreci bireylerin hastalıklarının bakımında kendi başlarına sorumluluk almaya başlamaları ve öz bakımı yaşamları için daha anlaşılabilir ve çözülebilir yapmaya başladıkları zaman ortaya çıkar. Öz bakım yönetimi süreci profesyonelce tavsiye edilen tedavi düzenine uyumdan farklılık göstermektedir. Öz bakım yönetimi sürecini bazı bireyler tedavi rejimine daha etkin katılmak için bazıları ise kendilerine ait tedavi rejimini oluşturmak için kullanırlar (Jones, 2001).

2.6. Orem' e Göre Öz Bakım Yönetimi

Yaşamı ve sağlığı sürdürmek için gerekli evrensel bir kavram olan öz bakımda amaç bireyin kendi sağlığına ilişkin görev ve sorumluluklarını yerine getirmesidir (Orem, 2001).

Hemşirelik uygulamalarında en çok kullanılan kuramlardan olan Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramı; öz bakım, öz bakım eksikliği, öz bakım gücü, terapötik öz bakım gereksinimleri, hemşirelik gücü ve sisteminden oluşmaktadır (Fawcett, 2005;

Orem, 2001). Bu kuram genellikle diyabet, epilepsi gibi birden fazla kronik hastalığın yönetiminde kullanılmıştır (Orem, 1995; Öztürk ve Karataş, 2008; Samancıoğlu, Özel ve Esen, 2010).

Orem, öz bakım kavramını genel hemşirelik teorisinde “bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik durumunu korumak için gerekli aktiviteleri doğru şekilde başlatması ve uygulaması” olarak tanımlamaktadır. Orem’in öz bakım kuramında birey “öz bakım ajanı” olarak belirtilmektedir. Ajan ifadesi eylemi yapan kişiyi tanımlamaktadır. Öz bakım etkinliklerinin devamlı olarak yapılması alışkanlık haline gelmediği süre boyunca bireylere neyin ne şekilde yapılması gerektiğinin anlatılması gerekir. Öz bakımda bireyin işlevselliğinde güdülenme ve süreklilik önemli olduğundan bireyin öz bakım davranışını yansıtır. Ancak bu eylemler etkili şekilde gerçekleştiği zaman insanın gelişimine, işlevselliğine ve yapısal bütünlüğüne katkıda bulunur. Öz bakım düzenleyici bir fonksiyon olsa da öz bakımın çok önemli bir yönü bulunmaktadır. Öz bakım öğrenilmeli, bağımsız ve devamlı olarak uygulanmalıdır. Bu bireyin gereksinimi ile yakından ilişkilidir (Kara, 2001).

Orem’ in üç tip bakım gereksinimi vardır (Alligod ve Tomey, 2002).

Evrensel öz bakım gereksinimleri

İnsanın günlük yaşam aktivitelerinden oluşan temel ihtiyaç ve isteklerinden oluşmaktadır. Orem, evrensel öz bakım istemlerini; hava, su ve besin, atıklar, hareket ve dinlenme, yaşam ve iyiliğe yönelik tehditler, normal durumda olma, yalnızlık ve toplumsal etkileşim oluşturmaktadır (Alligod ve Tomey, 2002).

Sağlıktan sapsmalarda öz bakım gereksinimleri

Birey, kendi kişisel bakım gereksinimlerini yapamadığı zaman, sağlıktan sapma söz konusu olduğunda öz bakıma gereksinim duyacaktır. Sağlıktan sapma durumunda orem, öz bakımı “yalnızca rahatsızlık, sakatlık veya hastalık olaylarında duyulan ihtiyaç” şeklinde tanımlamaktadır (Alligod ve Tomey, 2002; Velioğlu, 2012).

Orem’e göre hemşireliğe olan ihtiyaç bireylerin sağlıklarıyla ilgili gereksinimlerini gidermedikleri zaman ortaya çıkmaktadır. Diğer bir ifadeyle bireyler kendilerini etkileyen sağlıktan sapma durumunda ihtiyaçlarını karşılamada herhangi bir

yetersizlikle karşılaşmadıkça hemşireliğe ihtiyaç duymayacaklardır. Sağlıktan sapma olduğunda bireylerin, gereksinimleri olan tıbbi bakıma katılmaları, “bireylerin öz bakım eylemlerini” meydana getirir (Alligod ve Tomey, 2002).

Sağlık durumlarında sapsmaları olan bireyler, kendilerinin öz bakım sistemini sürdürmede yeterli olurlarsa, bakımlarıyla ilgili kendi tıbbi, birikim ve becerilerine başvurabilirler. Bu durumda devreye giren hemşirelik girişimleri, öz bakım becerileri ile gereksinimler arasındaki dengeyi sağlamada yardımcı etkinlikleri oluşturur (Alligod ve Tomey, 2002).

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri

Bu gereksinim şekli, kuramın geliştirildiği ilk zamanlarda evrensel öz bakım gereksinimleri altında birleştirilmiştir. Gelişimsel gereksinimler, farklı gelişimsel dönemlerde olan ve bu dönemlere ait öz bakım davranışlarıdır. İnsan hayatındaki gelişimsel durumların (gebelik, doğum, ebeveyn ya da eş kaybı gibi) önemlerinden dolayı ayrı bir sınıflamada gösterilmiştir (Alligod ve Tomey, 2002).

Gelişimsel öz bakım yöntemleri bireyin gelişmesini etkileyebilecek eğitimsel yoksunluk, eş, akraba, arkadaş ve dost kaybı, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, terminal hastalık ya da ölüm tehdidi içinde olma gibi durumlardır. Bu durumlarla baş etmek için veya en az düzeyde atlatmak ve sağlığı korumak için bakımın olması gerekmektedir (Alligod ve Tomey, 2002; Velioğlu, 2012).

Orem, bireyi kendi bakımında aktif karar verip, bu kararları uygulayan kişi olarak sorumlu hale getirmenin; yani bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları yüklenmesinin öz bakımdaki temel hedef olduğunu (Karakurt, Aşıl ve Yıldırım, 2013) ve bir bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi içinde yeterli öz bakım gücüne sahip olması gerektiğini belirtmektedir (Avdal ve Kızılcı, 2010; Orem, 2001).

Öz bakım anlayışı içinde en önemli kavramlardan biri olan öz bakım gücü sağlığı geliştiren ve sürdüren öz bakım performansını açıklar. Öz bakım, bireylerin içsel ve dışsal etmenleri etkileyerek kendilerinin bakımı için harekete ya da eyleme geçme şeklinde ortaya çıkarken, öz bakım gücü bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneğidir. (Nahcivan, 1993; Orem, 2001; Velioğlu, 2012).

Öz bakım gücünün, öz bakım gücü güç bileşenleri olarak ifade edilen bireysel özelliklerle ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu güç bileşenleri; kendine güven ve saygı, fiziksel enerjisini kontrol etme ve başlatma becerisi, anlama yeterliliği, motivasyon, öz bakımı hakkında karar verebilme, teknik bilgi elde etme ve uygulama becerisi, algısal, bilişsel durumu ve iletişim becerisi, hedeflerine ulaşmak için öz bakım davranışlarını düzenleme ve öz bakım davranışlarını bireysel ve toplumsal yaşamına entegre etme becerisinden oluşmaktadır (Avdal ve Kızılcı, 2010). Birey bu özelliklere sahip olduğu takdirde öz bakım gücü yeterli olup gereksinimleri karşılayabilir, sağlığın sorumluluğunu alabilir, başkalarına da bağımlı kalmaz (Bakoğlu, Şekerci, Yaman ve Çevik, 2009; Samancıoğlu vd., 2010). Ayrıca bireyin yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu, gelişim durumu, sosyokültürel özellikleri, sağlık bakım sistemi, aile sistemi, yaşam şekli, çevresel durumu, kaynakların varlığı ve yeterliliği bireyin öz bakım gereksinimlerini ve öz bakım gücünü etkileyen faktörlerdir (Avdal ve Kızılcı, 2010). Orem'in öz bakım eksikliği kuramı hangi koşullar altında öz bakımı karşılamının mümkün olabileceğinden ve bakımı sağlamak için hemşireliğin neden gerekli olduğundan bahsetmektedir (Ringdon, 2010). Hemşireliğin amacı; insanların yaşam ve sağlığını koruması ve geliştirmesi, hastalık veya sakatlığının iyileşmesi veya etkileriyle başedebilmesi için öz bakım yeteneğinin gelişmesini sağlamaktır (Allgood ve Tomey, 2002; Fawcett, 2005; Orem, 2001). Öz bakım yeteneğini geliştirmede hemşirelerin bilgilerinin, tutumlarının, öz bakım kavramı ile ilgili hazırlık ve algılarının sağlık bakım uygulamalarına dahil edilmesi etkili olmaktadır (Astin ve Closs, 2007). Hemşireler kişinin öz bakımının ne düzeyde olduğunu ve sosyal, siyasal, ekonomik ve kişisel faktörlerin kişinin öz bakımını etkileyip etkilemediğini belirlemelidirler. Bunu belirlemek için kişinin sağlığını tanımlamasını, birey için sağlığın önemini, kişinin sağlık durumunu algılamasını, sağlık kontrollerinin kim tarafından nasıl yapıldığının algılanmasını, sağlığı geliştirici davranışları cazip hale getirmedeki engellerin ve sağlığı geliştirici davranışların yararlarının algılanmasını sorgulamalıdır (Wilkinson ve Whitehead, 2009).

2.7. Kronik Hastalıklarda Tedaviye Uyum

Uyum, “insanın kendisinden, başkalarından ya da çevresinden kaynaklanan istekler karşısında verdiği reaksiyon” olarak tanımlanmaktadır. İnsanın günlük yaşamda

bozulan dengelerin yeniden kurulabilmesi için birçok mekanizmaya sahip olmasıyla birlikte bu mekanizmaları geliştirme potansiyeli bulunmaktadır (Gençöz, 1998).

Uyum'un kısaca tanımı; hastanın sağlığıyla ilgili önerileri kabul etmesidir. Aynı zamanda uyum sözcüğü, terapötik ilişki kurarken hekimin rolüne ve hastanın katılımına önem yükler. Uyum tanımı, sağlıklı bir yaşam modeline tutunmayı ve kontrollere katılımı, aynı zamanda reçete edilen ilaçları uygun zamanda ve uygun dozlarda almayı da içine alır. Uyum tanımının zayıf yönü, “ya hep ya hiç” kuralı olduğunun bildirilmesi ve insanların önerilen tedaviye kısmen veya aralıklı olarak uyum göstermesidir (Ateş ve Algül, 2006). Birçok araştırma ilaçlara bağlılık konusu üstüne odaklanmış olsa da bağlılık reçete edilen ilaçları almanın ötesine uzanan birçok sağlıkla ilişkili davranışı kapsar. DSÖ'nün Haziran 2001'deki tedavi uyumu toplantısının katılımcıları tedaviye bağlılığı “hastanın tıbbi önerileri ne dereceye kadar takip ettiği” şeklinde tanımlamanın iyi bir başlangıç noktası olacağı sonucuna varmıştır (World Health Organization [WHO], 2003).

2.8. İlaç Uyumunu

İlaç uyumu, hastanın ilaç kullanım davranışlarının ilaçla ilgili sağlık tavsiyeleriyle örtüşme düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle ilaç uyumu, hastanın tedavi şemasını izleme derecesidir (Beers ve Berkow, 2000).

İlaç tedavisine bağlılık veya uyum genellikle hastaların ilaçlarını, kendilerine sağlık bakımı sağlayanlar tarafından reçete edildiği şekline ne derece uygun düzeyde kullandıkları olarak tanımlanır (Steiner ve Earnest, 2000).

2.8.1. İlaç uyumunu etkileyen faktörler

Kronik hastalığa sahip bireylerde ilaçlara yönelik uyumu etkileyen sosyal faktörler, yaş, cinsiyet, ırk, sosyal konum ve yaşam koşullarıdır. Psikolojik stres, sahip olunan kronik hastalıklar, komorbidite sayısı ise kronik hastalığı etkileyen tıbbi değişkenlerdir. Aynı zamanda ilacın tıbbi özellikleri ve ilaç sayısı gibi tedavi ile ilgili özellikler, ilacın neden olduğu maddi yük, hastanın ilacı karşılayabilme durumu gibi ekonomik nedenler ilacı uyumu etkileyen diğer faktörlerdir. Ayrıca hekim/hemşire-hasta etkileşimine ait hastanın primer hekiminin ve hemşiresinin olmaması, doktorların

ve hemşirelerin hastaları yeterince ziyaret etmemesi, hasta ile iletişimin özellikleri ve hastaların sağlık inançları gibi değişkenlerde ilaç uyumunu etkilemektedir (Cooney ve Pascuzzi, 2009).

Ayrıca literatürde, ciddi yan etkilerin varlığı, reçetelerin tekrarlanmasındaki zorluklar, ilaç fiyatlarının yüksek olması, karmaşık ilaç alma programı ve hastanın tedaviye inanmaması gibi nedenlerle bilinçli olarak ilaç kullanmama durumlarının kronik hastalığa sahip bireylerde tedaviye uyumsuzluk nedenlerinden olduğu belirtilmektedir (Akıcı, Kalaça, Uğurlu, Çalı ve Oktay, 2001). Kronik hastalığı olan özellikle ileri yaştaki bireylerin görme sorunları, yutma güçlüğü ve el becerilerindeki azalma nedeniyle ilaç etiketini okuyamama veya kapağı açamama gibi sorunlar yaşamasıda ilaç uyumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Diker, 2000; Esengen, vd., 2000).

Kronik hastalığı olan bireylerde ilaca uyumla ilgili sorunların önemli bir kısmının; ilaç kullanmayı unutma ve ilacı yutamama, ilaca maddi ve fiziksel koşullar nedeniyle ulaşamama, hastalık semptomlarının iyileşmesi ve ilacı maddi olarak karşılayamama gibi nedenlerle reçete edilen ilacı alamamaktan kaynaklandığı belirtilmektedir (Ertemür, 2009; Evcik ve Kızılay, 2001; Kuvvetlioğlu, 2011; Toprak vd., 2002). Kronik hastalığa sahip bireylerde ilaca uyumu etkileyen önemli faktörlerden biri de, kullanılan ilaç sayısıdır (Camargo, Ferreira ve Heineck, 2006; Ertürk, 2005; Topbaş, Yarış ve Çan, 2003). Hastaların kullandıkları ilaç sayısı arttıkça, ilaçların yanlış kullanılma oranı ve ters ilaç etkileşimi görülme sıklığı da artmaktadır (Camargo, Ferreira ve Heineck, 2006; Ertürk, 2005). Dolayısıyla kronik hastalığı olan bireylerde reçete edilen ilaç sayısının artması, kullanılan ilaçlara ilişkin bilgi düzeyini olumsuz etkileyerek, ilaca uyumsuzluğa neden olmaktadır (Topbaş, Yarış ve Çan, 2003).

Kronik hastalığı olan bireylerde ilaç uyumunu etkileyen diğer faktör ilaçların prospektüsünü okuma ve ilaçla ilgili verilen bilgiyi anlama durumudur (Ertemür, 2009; McDonald, Garg ve Haynes, 2002). Yapılan çalışmalarda (Kuvvetlioğlu, 2011; Topbaş, Yarış ve Çan, 2003) ilaç prospektüsünü okumanın ilaca ilişkin bilgi düzeyini artırarak olumlu ilaç kullanım davranışına neden olduğu bildirilmiştir. Ancak kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde hastanın bilişsel kapasitesindeki bozulma nedeniyle ilaç uyumunu artırmak için, sadece ilaç prospektüsü okumanın yeterli olmadığı; ilaç kullanımına

ilişkin anlaşılır bilgileri içeren görsel ve yazılı materyallerle eğitimin gerekli olduğu bilinmektedir (Ertemür, 2009). Kronik hastalığa sahip bireylerde ilaç uyumunu artırmak için kullanılan bilgi verme, danışmanlık, hatırlatıcılar, kendi kendine izlem ve aile desteği gibi yöntemlerin en etkili olanları bile tam anlamıyla ilaç uyumunu sağlayamamaktadır (McDonald, Garg ve Haynes, 2002). Bu nedenle bireylere ilaç uyumunu artırmaya yönelik girişimlerde bulunurken bireysel faktörlerle birlikte bireyin bilişsel ve fonksiyonel kapasitesini dikkate almak gerekmektedir.

Bireylerin tedaviye uyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri "fonksiyonel sağlık okur yazarlığı"dır. Bireyin sağlıkla ilgili bilgileri okuyabilme, anlayabilme ve davranışa geçirebilme yeteneği olarak tanımlanan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kapsamında, reçete okuyabilme ve anlayabilme ya da hastaya özel tedavi yönergelerini uygulayabilme bulunmaktadır (MacLaughlin vd., 2005). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktör, bireyin eğitim düzeyidir. Yapılan çalışmalarda bireyin eğitim düzeyi arttıkça, kullanılan ilaçlara ilişkin bilgi düzeyinin de artarak, ilaca uyumun olumlu etkilendiği; eğitim düzeyi yüksek bireylerde yanlış ilaç kullanma oranının azaldığı belirtilmiştir (Ertürk, 2005; Kuvvetlioğlu, 2011; Topbaş, Yarış ve Çan, 2003).

2.9. Kronik Hastalıklarda Hemşirelerin Rolü

Sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve korunması hasta ile yakınlarının yaşam kalitesiyle birlikte değerlendirilmesini gerektirmektedir. Hemşirelik bakımının amaçlarından biri de kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa ve tedaviye uyumunun artırılmasını sağlamaktır (Mollaoğlu, 2007).

Hemşirelerini tutumu; hasta bireylerin yaşam kalitesini fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak artırmak olmalıdır. Hemşirelerin bu yaklaşımında birey hem tedavi hem de uyum sürecinde kendisi ile ilgili kararlar alarak bu sayede kendi bakımıyla ilgili bazı sorumlulukları üstlenmiş olacaktır (Akdemir, 2003).

Kronik hastalıkların yönetimi, bireyin özyönetim becerisi kazanması için birden fazla eğitim ve öğretim yöntemleriyle hastanın desteklenmesini hedefleyen planlı bir süreci kapsamaktadır (Haskett, 2006). Kronik hastalık yönetimi bütüncül bakımın sürekliliğini sağlamada, bakımının kalitesinin geliştirilmesinde, profesyonel ekip

çalışmasının desteklenmesinde ve bakımın maliyetini azaltmada önemli bir yöntemdir (Rothman ve Wagner, 2003). Kronik hastalık yönetiminin başarılı ve etkin olabilmesi için ekibin profesyonel, disiplinli ve koordine olması gerekir (Wagner, 2000).

Kronik hastalıklar uzun süreli bakım gerektirdiğinden ve bireysel farklılık gösterdiğinden dolayı verilecek bakımın bireye özgü planlaması gerekmektedir. Kronik hastalığı olan bireylere uygulanan bakımda kuram ve modellerin kullanımı; hemşirelik bakımının sistemli olmasına, birey ve ailesine bütüncül bakım sağlanmasına ve yaşam kalitelerinin artırılmasına imkan sağlar (Ume-Nwagbo, DeWan ve Lowry, 2006).

Hemşire, hemşirelik sürecinden yararlanarak hasta ve ailesinin bakımını planlayabilir. Hemşire bakım sürecinin her basamağında etik karar verme becerisine, aynı zamanda kritik düşünme, bilimsel problem çözme süreci ve iletişim kurma becerisine sahip olmalıdır. Böylelikle hasta ve ailesine, bütüncül, bireyselleştirilmiş ve profesyonel bir hemşirelik bakımı sunulur (Abaan ve Altıntoprak, 2005; Türgay, 2011).

Hem toplum sağlığı hizmetlerinde hem de tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi ile ilgili rollerini benimsemesi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda daha etkin biçimde yer alabilmesi için mesleki örgütlere ve yönetici hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Uluslararası Hemşireler Birliği ulusal hemşirelik derneklerinin kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde ve toplumun farkındalık düzeyinin artırılmasında rol alması gerektiğini belirtmektedir (Mendis, Puska ve Norrving, 2011; World Health Organization [WHO], 2011). Yönetici hemşireler, kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde, öncelikle gerek tedavi gerek toplum sağlığı alanlarında hemşirelerin mevcut yaptıklarını gözden geçirmeli ve yapabileceği hizmetleri ortaya koymalıdır. Kronik hastalıkları önleme ve kronik bakım hizmetlerinin organizasyonu için gerekli alt yapının ve kaynakların sağlanması konusunda üst yöneticilerine projeler sunmalı, diğer disiplinler ile işbirliği yapmalı, hemşirelerin bilgi ve beceri yönünden güçlendirilmesini sağlamalı, kanıt dayalı uygulamaların aktif olarak yaşama geçirilmesi için hemşirelerin ulusal ve uluslararası kılavuzlara ulaşımını sağlamalı, kalite geliştirme ve araştırma faaliyetlerine önderlik yapmalı ve destek vermelidir. Bu kapsamda ayakta ve yatan hasta bölümlerine hizmet etmek üzere “kronik hastalıklarda rehabilitasyon, sigara bırakma, obezite, diyabet eğitimi” gibi alanlarda yetkin hemşireler yetiştirilmesini ve bu kişilerin aynı işte

tutulmasını sağlamak üzere önlemler alınmalıdır. Özellikle riski yüksek hastaların bakımını yönetmek üzere vaka yönetimi veya kronik bakım modelinde yer alan diğer uygulamaları kurumda yerleştirmek üzere çaba harcamalıdır (Türkmen, 2012).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Yozgat Şehir Hastanesi ve Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır. Yozgat Şehir Hastanesi 2017 yılında faaliyete geçmiş olup, 475 yatak kapasitesine sahiptir. Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 2018 yılında faaliyete geçmiş olup, 210 yatak kapasitesine sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığa sahip tüm hastalar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Örnekleme ise, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Araştırma, kurum izni alınan dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 112 hasta ile yapılmıştır.

Örneklem büyüklüğü hesaplamak için güç analizi G-power 3.1 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İki ölçek arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olduğu öngörüldüğü için etki büyüklüğü 0.30, Tip I hata 0,05, II. Tip hata 0,10 alınarak hesaplanmıştır. Buna göre toplam 112 hasta ile çalışılması planlanmıştır. Araştırmaya en az bir kronik hastalığa sahip olan, 18 yaşını dolduran, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim engeli olmayan hastalar dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu çalışmada 18 yaşını doldurmuş ve en az bir kronik hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimi ölçeği ve ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği total puan ortalamaları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; çalışmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik düzey, ameliyat durumu, mevcut sağlık durumu, düzenli kontrollere gitme, ilaç kullanma durumu ve reçete dışı ilaç kullanma gibi değişkenler olmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, çalışmaya alınma kriterlerine uyan hastalardan Tanıtıcı Özellikler Formu, Öz Bakım Yönetimi Ölçeği K' (SCMP-G) ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7) formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı özellikler formu

Bu form, çalışmacı tarafından literatür (İncirkuş ve Nahcivan, 2011; Hançerlioğlu, 2014) taranarak oluşturulmuş olup toplam 32 sorudan meydana gelmiştir.

3.5.2. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği (ÖBYÖ)

Kronik hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (ÖBYÖ) anketi, kronik hastalığı olan bireylere özgü olup, bir yaşam kalitesi anketidir. Kronik hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, Jones L.C. tarafından geliştirilmiştir. Kronik hastalıklarda Öz Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanmış hali olan ÖBYÖ'nün Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hançerlioğlu tarafından 2014 yılında yapılmış olup 35 sorudan oluşmaktadır.

ÖBYÖ'nün Öz Koruma (20 madde) ve Sosyal Koruma (15 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Öz Koruma alt boyutunu 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34 maddeleri ve Sosyal Koruma alt boyutunu 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35 maddeleri oluşturmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi 5 (Kesinlikle Katılıyorum) ve 1 (Hiç Katılmıyorum) şeklinde 5'li likert formdan geliştirilmiştir.

ÖBYÖ'deki 3, 15, 19 ve 28. sorular olumsuz soru formunda olup değerlendirmesi ters puanlanarak yapılmaktadır. ÖBYÖ'de puan arttıkça öz bakım yönetimi artmaktadır. Ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0,75, Öz Koruma alt boyutu için 0,78, Sosyal Koruma alt boyutu için 0,78'dir. Bu çalışmada ise ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0,898, Öz Koruma alt ölçeği için 0,872, Sosyal Koruma alt ölçeği için 0,798'dir.

3.5.3. İlaça uyum ve reçete yazdırma ölçeği (İURYÖ)

İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği; hastaların ilaç kullanma konusunda sağlık inanç algılarını değerlendirmek amacıyla Kripalani vd. tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek, bir ya da birden fazla kronik hastalığı olan (diyabet, dislipidemi, hipertansiyon vb.) ve ilaç kullanan bireylerin ilaca uyumlarını ve reçete yazdırma yeterliliklerini değerlendiren, hastaların öz bildirimlerine dayalı bir ölçektir. Ölçeğin 2017 yılında Gökdoğan ve Kes tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. 7 maddeden oluşan ölçeğin "İlaça Uyum" ve "Reçete Yazdırma" olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek dördümlü likert tipinde olup; Hiçbir zaman (1), Bazen (2), Çoğunlukla (3) ve Her zaman (4) şeklindeki seçeneklerden bir tanesi işaretlenmesi gerekmektedir. Gökdoğan ve Kes (2017) tarafından yapılan ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmasında; Cronbach alfa katsayısı 0,75'dir. Bu çalışmada ise ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri; 0,759, İlaça Uyum alt ölçeği için 0,771, Reçete Yazdırma alt ölçeği için 0,346'dir. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma ölçeğinin değerlendirmesine göre, ölçekten alınan puanın düşük olması hastaların ilaca uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ilk 6 maddesi şıklara göre işaretlenen puanların toplanmasıyla, 7. maddesi ise ters puanlandığı için çıkartılarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7-28 arasında değişmektedir. İlaça Uyum alt boyutundan alınabilecek puan 4-16; Reçete Yazdırma alt boyutundan alınabilecek puan 3-12 arasında değişmektedir. Ölçekteki 2, 3, 4 ve 6. sorular İlaça Uyum alt ölçek sorularını oluştururken; 1, 5 ve 7. sorular Reçete Yazdırma alt ölçek sorularını oluşturmaktadır.

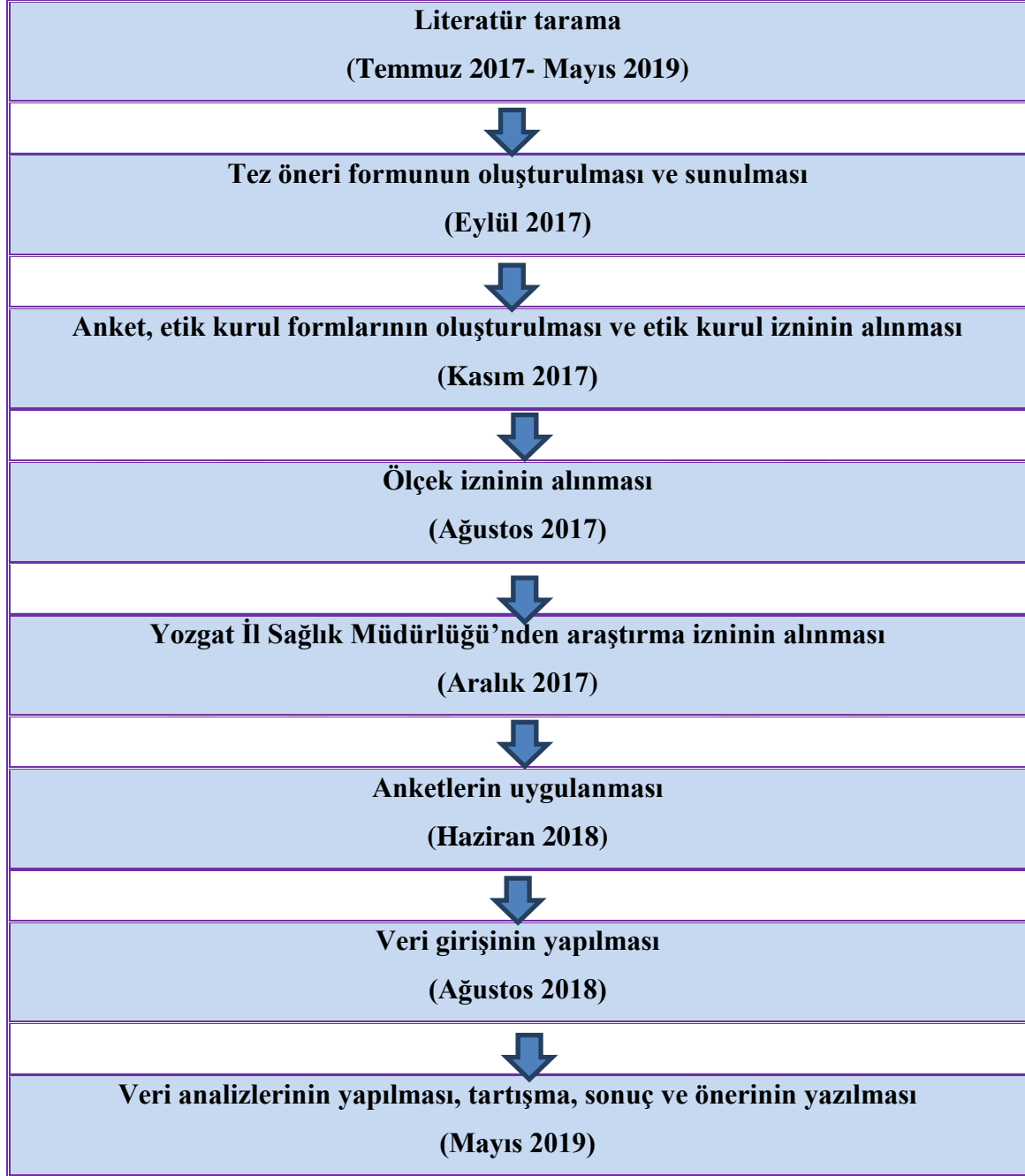
3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmacı, araştırmayı uygulamadan önce hastalara, araştırmanın amacı, yöntemi ve yararları açıklanarak çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve başkalarıyla paylaşılmayacağı konusunda bilgi vermiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar anket formunu, birbirlerini etkilememesi için araştırmacının da bulunduğu bir ortamda doldurmuştur. Anket formu gündüz mesai saatlerinde, hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Görüşme süresi 15-20 dakika arasında değişiklik göstermiştir.

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi

Veriler, değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için IBM-SPSS (Statistical Package for Social Science) (Version 25) programı kullanılmıştır. Çalışmadatanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, medyan ve frekans ölçümleri yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, verilerin normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis analizi sonucu fark bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn's testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Süresi



3.9. Olanaklar ile Etik Açıklamalar

Çalışmada verileri toplamak için, Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (Ek-1). Etik onayı alındıktan sonra, çalışmanın yapılacağı Sağlık Bakanlığı Yozgat Şehir Hastanesi ile Bozok Araştırma ve Uygulama Hastaneleri'nden kurum izni alınmıştır (Ek-2). Araştırma kapsamına alınan hastalar, araştırmaya ilişkin bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında; Öz Bakım Yönetimi Ölçeği için Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Sadık Hançerlioğlu'ndan (Ek-3), İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği için ise geliştirici araştırmacılardan olan Feray Gökdoğan'dan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-4).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özelliklerine, kronik hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (ÖBYÖ) ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği'nden (İURYÖ-7) aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=112)

Tanıtıcı Özellikleri	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max
Yaş	61,55±16,66	23-96
Beden Kitle İndeksi	27,55±4,38	18,78-39,06
	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	60	53,6
Erkek	52	46,4
Beden Kitle İndeksi		
Normal kilolu	33	29,5
Fazla kilolu	54	48,2
1. Derece obez	15	13,4
2. Derece obez	10	8,9
Medeni durumu		
Evli	76	67,9
Bekâr	12	10,7
Diğer*	24	21,4
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	14	12,5
İlkokul mezunu	64	57,1
Ortaokul mezunu	11	9,8
Lise mezunu	10	8,9
Üniversite mezunu	13	11,7
Bir işte çalışma durumu		
Evet	34	30,4
Hayır	78	69,6
Mesleği		
Ev hanımı	37	33,0
İşçi	11	9,8
Memur	16	14,4
Serbest meslek	10	8,9
Emekli	38	33,9
Sosyoekonomik düzeyi		
Düşük	16	14,3
Orta	69	61,6
Yüksek	27	24,1

*Boşanmış, ayrı yaşıyor

Tablo 1. Devamı... Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=112)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	%
Ameliyat durumu		
Evet	68	60,7
Hayır	44	39,3
Mevcut kronik hastalık durumu		
Bir kronik hastalığa sahip olanlar	74	66,1
Birden fazla kronik hastalığa sahip olanlar	38	33,9
Diyabet varlığı durumu		
Evet	62	55,4
Hayır	50	44,6
KKY varlığı durumu		
Evet	33	29,5
Hayır	79	70,5
KOAH varlığı durumu		
Evet	39	34,8
Hayır	73	65,2
Kanser varlığı durumu		
Evet	18	16,1
Hayır	94	83,9
Aile bireylerinde kronik hastalık durumu		
Evet	86	76,8
Hayır	26	23,2
Sigara içme durumu		
Hayır, hiç içmedim	64	57,1
Hayır, daha önce içiyordum bıraktım	26	23,2
Evet, halen içiyorum	22	19,7
Alkollü içecek içme durumu		
Hayır, hiç içmedim	93	83,0
Hayır, nadiren içerim	10	8,9
Eskiden içerdim, şimdi bıraktım	9	8,1
Düzenli kontrollere gitme durumu		
Evet	97	86,6
Hayır	15	13,4
Mevcut sağlık durumu		
Kötü	20	17,9
Orta	68	60,7
İyi	24	21,4
Yaşam kalitesini değerlendirme durumu		
Kötü	15	13,4
Orta	75	67,0
İyi	22	19,6
Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi		
Bağımlı	5	4,5
Bağımsız	50	44,6
Yarı bağımlı	57	50,9

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları $61,55 \pm 16,66$ ve beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması ise $27,55 \pm 4,38$ olup %53,6’sının kadın, %46,4’ünün erkek olduğu görülmüştür. Hastaların %8,9’unun beden kitle indeksi 2. derece obez iken %48,2’sinin fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %67,9’unun evli ve %10,7’sinin bekar oldukları görülmüştür. Hastaların %57,1’inin ilkokul mezunu %8,9’unun lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların %30,4’ünün çalıştığı, %69,6’sının çalışmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %33,9’unun emekli olduğu %8,9’unun serbest meslekle uğraştığı ve %61,6’sının sosyoekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %39,3’ünün ameliyat olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %66,1’i sadece bir kronik hastalığa sahip iken, %33,9’unun birden fazla kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların %55,4’ünün DM, %34,8’inin KOAH, %29,5’inin KKY ve %16,1’inin kanser tanısı aldığı belirlenmiştir. Hastaların %76,8’inin ise aile bireylerinde kronik hastalık olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların %19,6’sının halen sigara içtiği ve %57,1’inin hiç sigara içmediği saptanmıştır. Hastaların %83,0’ı hiç alkol içmediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %86,6’sının düzenli olarak kontrollere gittiği, %60,7’sinin sağlık durumunu orta algıladığı, %67,0’nın yaşam kalitesini orta olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Hastaların %50,9’unun günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir.

Tablo 2. Hastaların ilaç uyumuna yönelik özellikleri (n=112)

	Sayı	%
Herhangi bir ilaç kullanma durumu		
Evet	112	100,0
Hayır	0	0
İlaç almada zorluk yaşama durumu		
Evet	35	31,2
Hayır	77	68,8
Zorluk yaşama nedenleri* (n=35)		
İlaç almayı unutma nedeniyle		
Evet	20	17,9
Hayır	15	13,4
Rahatsızlık nedeniyle		
Evet	6	5,4
Hayır	29	26,1
Yüksek maliyet nedeniyle		
Evet	1	0,9
Hayır	34	30,6
Yan etkileri nedeniyle		
Evet	4	3,6
Hayır	31	27,9
İlaç kullanım durumunu değerlendirme durumu (n=112)		
Kötü	11	9,8
Orta	9	8,0
İyi	92	82,2
Son bir hafta içinde, herhangi bir dozu almama durumu (n=112)		
Evet	31	27,7
Hayır	81	72,3
Reçete dışı ilaç kullanma durumu(n=112)		
Evet	27	24,1
Hayır	85	75,9

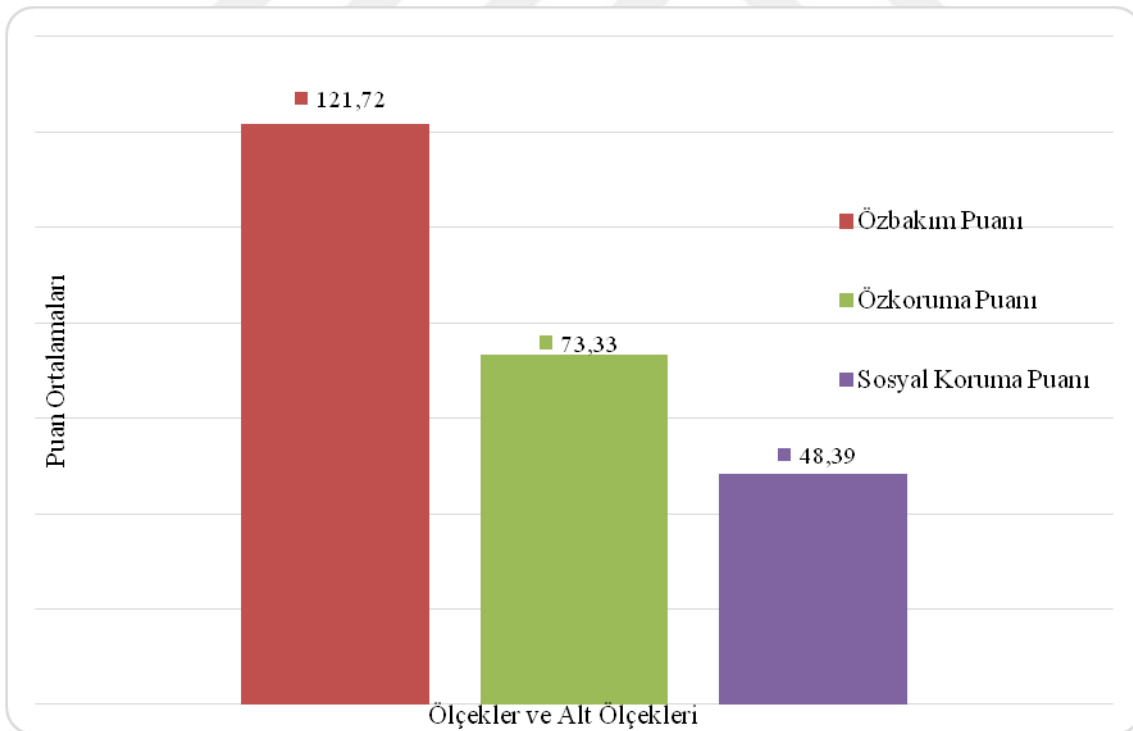
*Hastalar birden fazla cevap verdiği için yüzdelikler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 2’de hastaların ilaç uyumuna yönelik özellikleri yer almaktadır. Hastaların tümünün (%100,0) ilaç kullandığı saptanmıştır. Hastaların %31,2’sinin kullandıkları ilaçlardan herhangi birini almada zorluk yaşadığı görülmüştür. Hastaların %17,9’u ilaç almayı unuttuğu, %5,4’ü rahatsızlık verdiği, %0,9’u yüksek maliyeti olduğu, %3,6’sı yan etkileri olduğu nedeniyle ilaç almada zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %82,2’si ilaç kullanma durumunu iyi olarak değerlendirdiğini ve %27,7’sinin son bir hafta içinde ilaçlarını kullanmadıklarını ifade etmiştir. Hastaların %24,1’i ise reçete dışı ilaç kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 3. Hastaların ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (n=112)

Alt ölçekler	$\bar{x} \pm ss$	Min	Max
Öz Koruma	73,33 \pm 8,51	50	89
Sosyal Koruma	48,39 \pm 7,04	27	61
Toplam Puan	121,72 \pm 13,84	77	146

Tablo 3'te ve Grafik 1'de araştırma kapsamına alınan hastaların ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımları yer almaktadır. Araştırmada hastaların ÖBYÖ toplam puan ve alt ölçek puanları incelendiğinde; ölçek toplam puanının 121,72 \pm 13,84, Öz Koruma alt ölçek puanının 73,33 \pm 8,51 ve Sosyal Koruma alt ölçek puanının 48,39 \pm 7,04 olduğu belirlenmiştir.

**Grafik 1.** Hastaların ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (n=112)

Tablo 4. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=112)

Tanıtıcı Özellikleri	n	Öz Koruma		Sosyal Koruma		ÖBYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min-Max	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max
Bir işte çalışma durumu							
Evet	34	71,68±10,00	50 - 89	44,47±7,99	27 - 59	116,15±16,05	77-144
Hayır	78	74,05±7,73	50 - 87	50,10 ±5,86	34 - 61	124,15±12,09	93-146
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,096 p=0,273		Z=3,603 p<0,001		Z=2,463 p<0,014	
Mesleği							
Ev hanımı	37	72,03±8,34	54 - 85	49,86±5,73	35 - 61	121,89±12,75	77-146
İşçi	11	73,36±9,79	58 - 89	47,09±6,67	36 - 59	120,45±14,27	93-146
Memur	16	70,00±9,59	50 - 88	43,06±8,03	34 - 57	113,06±15,33	93 - 146
Serbest meslek	10	72,70±10,97	50 - 84	44,70±9,63	27 - 59	117,40±19,40	93 - 146
Emekli	38	76,16±6,50	60 - 87	50,55±5,71	34 - 59	126,71±10,55	93 - 146
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=7,563$ p=0,109		$\chi^2=14,115$ p=0,007		$\chi^2=11,617$ p=0,020	
Daha önce ameliyat durumu							
Evet	68	74,31±7,68	50 - 88	49,65±6,42	27 - 61	123,96±12,43	92 - 146
Hayır	44	71,82±9,55	54 - 89	46,45±7,57	34 - 59	118,27±15,30	77 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,279 p=0,201		Z=3,512 p=0,012		Z=2,038 p=0,042	
Mevcut kronik hastalık durumu							
Bir kronik hastalığa sahip olanlar	74	74,04±8,03	50 - 89	48,92±6,70	34 - 61	122,96±12,79	86 - 146
Birden fazla kronik hastalığa sahip olanlar	38	71,95±9,32	50 - 88	47,37±7,65	27 - 59	119,32±15,59	77 - 144
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,061 p=0,289		Z=0,806 p=0,420		Z=0,953 p=0,341	

Tablo 4. Devamı... Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=112)

Sigara içme durumu							
Hayır, hiç içmedim	64	73,83±8,14	50 - 89	49,02± 6,49	34 - 61	122,84±12,73	86 - 146
Hayır, daha önce içiyordum bıraktım	26	74,92±9,24	58 - 88	50,08±7,32	34 - 59	125,00±15,49	93 - 144
Evet, halen içiyorum	22	70,00±8,16	50 - 81	44,59±7,21	27 - 59	114,59±13,07	77 - 136
İstatistiksel değerlendirme		$x^2=5,112$ $p=0,078$		$x^2=10,173$ $p=0,006$		$x^2=8,985$ $p=0,011$	
Düzenli kontrollere gitme durumu							
Evet	97	73,70±8,43	50 - 89	48,30±7,10	27 - 61	122,0±13,90	77 - 146
Hayır	15	70,93±8,94	58 - 87	49,00±6,85	35 - 59	119,93±13,80	93-146
İstatistiksel değerlendirme		$Z=1,244$ $p=0,213$		$Z=0,227$ $p=0,821$		$Z=0,846$ $p=0,397$	
Yaşam kalitesi							
Kötü	15	69,13±8,74	57 - 84	49,33±5,89	34 - 59	118,47±13,44	94-141
Orta	75	73,45±8,1	50 - 89	49,59±7,19	34 - 59	122,04±13,77	77-146
İyi	22	75,77±9,04	50 - 88	47,09±7,35	27 - 59	122,86±14,66	86 - 144
İstatistiksel değerlendirme		$x^2=6,487$ $p=0,039$		$x^2=1,141$ $p=0,565$		$x^2=1,146$ $p=0,441$	
GYA bağımlılık düzeyi							
Bağımlı	5	66,80±5,76	59 - 75	47,00±3,16	42 - 50	113,80±7,79	105 - 124
Bağımsız	50	72,54±9,89	50 - 89	46,52±7,78	27 - 59	119,06±15,73	77 - 144
Yarı bağımlı	57	74,60±7,05	57 - 87	50,16±6,17	34 - 61	124,75±11,74	94 - 146
İstatistiksel değerlendirme		$x^2=4,426$ $p=0,109$		$x^2=7,654$ $p=0,022$		$x^2=5,142$ $p=0,056$	

Tablo 4'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ÖBYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Araştırmadaki hastaların Öz Koruma alt ölçeğinden bir işte çalışmayanların aldığı puan ortalaması, 74,05±7,73 çalışanların aldığı puan ortalaması 71,68±10,00 iken aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Yine bir işte

çalışmayanların Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $50,10 \pm 5,86$, çalışanların aldığı puan ortalaması ise $44,47 \pm 7,99$ olduğu görülmüş olup aralarındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür.

Hastaların mesleklerine göre ÖBYÖ ve Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları dağılımında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Yapılan ileri istatistiksel değerlendirmede farklılığı yaratan grubun emeklilerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların Öz Koruma alt ölçeğinden daha önce ameliyat olanların aldığı puan ortalaması $74,31 \pm 7,68$, daha önce ameliyat olmayanların aldığı puan ortalaması $71,82 \pm 9,55$ iken aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Yine daha önce ameliyat olanların Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $49,65 \pm 6,42$, ameliyat olmayanların aldığı puan ortalaması ise $46,45 \pm 7,57$ olduğu görülmüş olup aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların mevcut kronik hastalık durumuna göre ÖBYÖ ile Öz Koruma ve Sosyal Koruma alt ölçeklerinden aldıkları puan dağılımlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hastaların sigara içme durumuna göre ÖBYÖ ve Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Yapılan istatistiksel değerlendirmede farklılığı yaratan grubun 'hayır, daha önce içiyordum' diyenlerden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların düzenli kontrollere gitme durumuna göre ÖBYÖ ile Öz Koruma ve Sosyal Koruma alt ölçeklerinden aldıkları puan dağılımlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

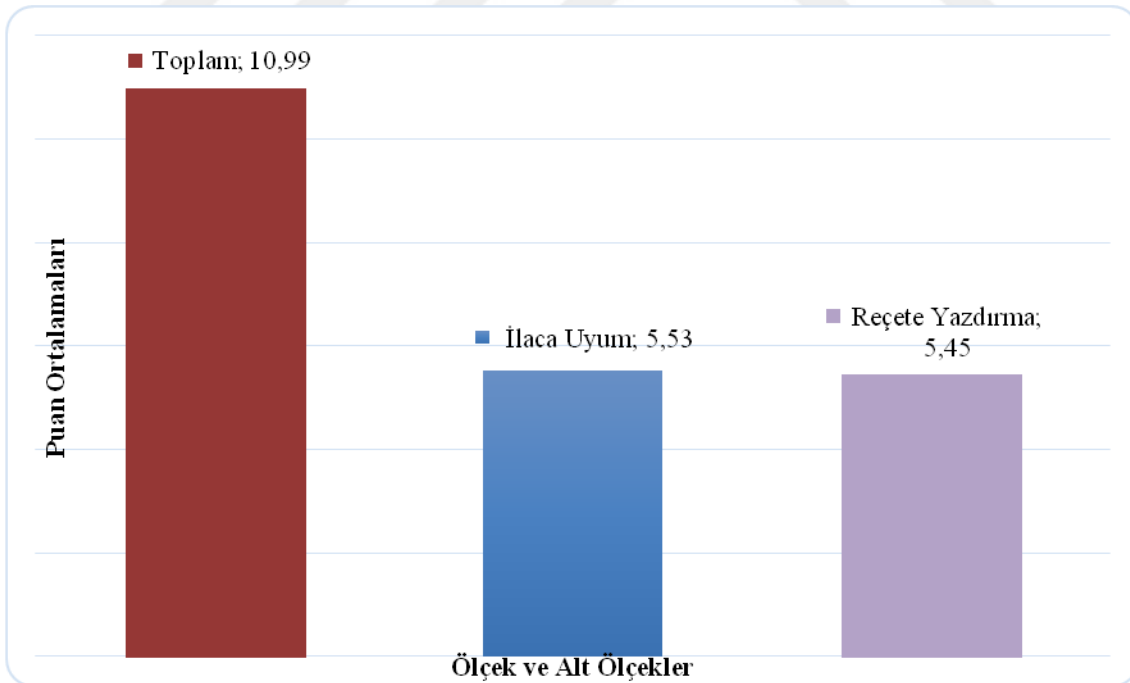
Hastaların yaşam kalitesi değerlendirme durumlarına göre ÖBYÖ ve Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ancak hastaların yaşam kalitesine göre Öz Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. ($p < 0,05$). Yapılan istatistiksel değerlendirmede farklılığı yaratan grubun yaşam kalitesini iyi olarak ifade edenler olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyine göre hastaların Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 5. Hastaların İURYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (n=112)

Ölçekler ve Alt ölçekleri	$\bar{x} \pm ss$	Min	Max
İlaça Uyum	5,53 \pm 1,90	4	12
Reçete Yazdırma	5,45 \pm 1,37	3	9
Toplam Puan	10,99 \pm 2,91	7	20

Tablo 5’te ve Grafik 2’de araştırma kapsamına alınan kronik hastaların İURYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımları yer almaktadır. Araştırmada hastaların İURYÖ toplam puanı ile alt ölçek puanları incelendiğinde; İlaça Uyum alt ölçek puanının 5,53 \pm 1,90, Reçete Yazdırma alt ölçek puanının 5,45 \pm 1,37 ve ölçek toplam puanının 10,99 \pm 2,91 olduğu belirlenmiştir.



Grafik 2. Hastaların İURYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (n=112)

Tablo 6. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre İURYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=112)

Tanıtıcı Özellikler	n	İlaça Uyum		Reçete Yazdırma	İURYÖ Toplam		
		$\bar{x} \pm ss$	Min-Max	$\bar{x} \pm ss$	Mi n- Ma x	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max
Sosyoekonomik düzey							
Düşük	16	7,06±2,3 5	4-12	6,13±1,26	4-8	13,19 ± 3,33	8 - 20
Orta	69	5,43±1,8 7	4-11	5,35±1,41	3-9	10,78 ± 2,88	7 - 20
Yüksek	27	4,89±1,1 2	4-7	5,33±1,24	3-7	10,22 ± 2,12	7 - 14
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=11,628$ p=0,003		$\chi^2=4,426$ p=0,109		$\chi^2=8,692$ p=0,013	
Mevcut kronik hastalık durumu							
Bir kronik hastalığa sahip olanlar	74	5,61 ± 1,85	4-11	5,45±1,41	3-9	11,05 ± 2,91	7-20
Birden fazla kronik hastalığa sahip olanlar	38	5,39 ± 2,02	4-12	5,47±1,31	3-8	10,87 ± 2,96	7-20
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,931 p=0,352		Z=0,050 p=0,960		Z=0,430 p=0,667	
Düzenli kontrollere gitme durumu							
Evet	97	5,46 ± 1,8	4-11	5,35±1,34	3-9	10,81 ± 2,76	7 - 20
Hayır	15	6,0 ±2,48	4-12	6,13± 1,41	4-8	12,13 ± 3,66	8 - 20
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,410 p=0,682		Z=1,942 p=0,052		Z=1,162 p=0,245	
İlaç almayı unutma							
Evet	20	6,05 ± 2,28	4-11	6,15±0,93	4-8	12,20 ± 2,84	8 - 17
Hayır	92	5,42±1,8	4-12	5,3±1,4	3-9	10,73 ± 2,88	7 - 20
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,042 p=0,297		Z=2,598 p=0,009		Z=2,250 p=0,024	
İlaç kullanım durumunu değerlendirme							
Kötü	11	4,55±1,04	4-7	4,91±1,58	3-7	9,45 ± 2,16	7 - 14
Orta	9	8,0±1,94	6-12	6,56±0,73	6-8	14,56 ± 2,46	12 - 20
İyi	92	5,41±1,8	4-11	5,41±1,34	3-9	10,83 ± 2,78	7 - 20
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=16,993$ p<0,001		$\chi^2=7,763$ p=0,021		$\chi^2=15,229$ p<0,001	

Tablo 6. Devamı... Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre İURYÖ ile alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=112)

Son bir hafta içinde, herhangi bir dozu almama durumu							
Evet	31	6,26±2,24	4-12	6,32±0,91	5-8	12,58 ± 2,84	9 - 20
Hayır	81	5,26±1,69	4-11	5,12±1,37	3-9	10,38 ± 2,72	7 - 20
İstatistiksel değerlendirme		$Z=2,409$ $p=0,016$		$Z=4,228$ $p<0,001$		$Z=3,793$ $p<0,001$	
Sigara içme durumu							
Hayır, hiç içmedim	64	5,14±1,7	4-11	5,54±1,9	4- 12	10,44 ± 2,67	7 - 20
Hayır, daha önce içiyordum bıraktım	26	5,81±2,0 4	4-11	5,3±1,34	3-9	11,15 ± 2,98	7 - 17
Evet, halen içiyorum	22	6,36±2,0 6	4-12	5,35±1,2	3-8	12,41 ± 3,16	7 - 20
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=9,074$ $p=0,011$		$\chi^2=6,140$ $p=0,046$		$\chi^2=7,089$ $p=0,029$	
Alkollü içecek içme durumu							
Hayır, hiç içmedim	93	5,3±1,82	4- 12	5,26±1,28	3-8	10,56±2,7 2	7 - 20
Hayır, nadiren içerim	10	6,3±1,42	4-8	6,0±1,33	3-7	12,30 ± 2,50	7 - 15
Eskiden içerdim, şimdi bıraktım	9	7,11±2,3 7	4-11	6,89±1,36	4-9	14,00 ± 3,39	9 - 20
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=11,314$ $p=0,003$		$\chi^2=12,984$ $p=0,002$		$\chi^2=12,057$ $p=0,002$	
Günlük Yaşam Aktivitelerinde bağımlılık düzeyi							
Bağımlı	5	6,6±3,44	4-12	5,6±1,82	4-8	12,20 ± 5,17	8 - 20
Bağımsız	50	5,96±1,8 5	4-11	5,82±1,44	3-9	11,78 ± 2,85	7 - 20
Yarı bağımlı	57	5,07±1,6 9	4-11	5,12±1,2	3-8	10,19 ± 2,55	7 - 17
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=9,607$ $p=0,008$		$\chi^2=7,512$ $p=0,023$		$\chi^2=9,865$ $p=0,007$	

Tablo 6’da hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre İURYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların İURYÖ ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; sosyo ekonomik düzeyi düşük olan hastaların İlaça Uyum alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 7,06±2,35, orta olan hastaların 5,43±1,87, yüksek olan hastaların 4,89±1,12 olduğu belirlenmiş olup aralarındaki istatistiksel farkın p=0,003 olduğu görülmüştür. Çalışmadaki hastaların Reçete Yazdırma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

incelendiğinde ise sosyo ekonomik durumu düşük olanların $6,13 \pm 1,26$, orta olanların $5,35 \pm 1,41$, yüksek olanların $5,33 \pm 1,24$ olduğu saptanmış olup aralarındaki farkın $p=0,109$ olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların mevcut kronik hastalık durumu ve düzenli kontrollere gitme durumuna göre İURYÖ ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma alt ölçeklerinden aldıkları puan dağılımında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların ilaç almada zorluk yaşama nedenlerinden olan ilaç almayı unutma durumuna göre İURYÖ ve Reçete Yazdırma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). İlaç kullanım durumuna göre hastaların İURYÖ'den aldıkları genel puan ortalamalarına bakıldığında, ilaç kullanım durumunu kötü olarak değerlendirenlerin $9,45 \pm 2,16$, orta olarak değerlendirenlerin $14,56 \pm 2,46$, iyi olarak değerlendirenlerin $10,83 \pm 2,78$ olduğu belirlenmiş olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İlaç kullanım durumunu değerlendirenlerin alt ölçek puan ortalamalarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Son bir hafta içinde, herhangi bir dozu almayan hastaların alan hastalara göre İURYÖ toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların sigara içme durumuna göre İURYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel değerlendirmede bu farklılığın “hayır, hiç içmedim” yanıtını veren grup ile “evet, halen içiyorum” yanıtını veren grup arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların alkollü içecek içme durumuna göre İURYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel değerlendirmede bu farklılığın “hayır, hiç içmedim” yanıtını veren grup ile “eskiden içerdim, şimdi bıraktım” yanıtını veren grup arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi incelendiğinde, İURYÖ toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 7. Hastaların ÖBYÖ ile İURYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

Ölçekler ve Alt Boyutları	İlaca Uyum	Reçete Yazdırma	İURYÖ Toplam Puan
Öz Koruma	-0,401*	-0,290*	-0,363*
Sosyal Koruma	-0,252*	-0,166*	-0,209*
ÖBYÖ Toplam Puan	-0,375*	-0,259*	-0,325*

Tablo 7’de hastaların İURYÖ’den aldıkları puanlar ile ÖBYÖ ve alt ölçekleri olan Öz Koruma ile Sosyal Koruma puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların İURYÖ’den aldıkları puanlar ile ÖBYÖ’den aldıkları puanlar arasında negatif yönde %32 oranında düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0,325$). Benzer şekilde ÖBYÖ’nin alt ölçekleri olan Öz Koruma ve Sosyal Koruma puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,363$; $r=0,209$).

5. TARTIŞMA

Kronik hastalıklarda komplikasyonların önlenmesi, belirtilerin azaltılması ve psikososyal iyilik halinin sağlanabilmesi için bireylerin tedaviye uyumu önemlidir. Kronik hastalıklarda tedavinin başarılı olabilmesi, hastaların öz bakım yönetimlerini benimsemelerine ve ilaç tedavisine uyum gösterebilmelerine bağlıdır (Garnefski vd., 2009; Mierzyńska, Kowalska, Stepnowska ve Piotrowicz, 2010; Tuomaala, Kurki, Rekiaro ve Paavilainen, 2012).

Çalışmada hastaların ÖBYÖ'den 175 puan üzerinden $121,72 \pm 13,84$ puan aldıkları bulunmuştur. Hastaların bu çalışmada en düşük 77, en yüksek 146 puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Bu bulgular bize hastaların puanlarının ortalamanın üzerinde olduğunu ve öz bakım yönetim puanlarının iyi olduğunu göstermektedir. Bu da bize hastaların kendi öz bakımını önemsediklerini, öz bakımlarına katıldıklarını, sorumluluk aldıklarını ve kendilerine verilen öz bakım tavsiyelerini daha iyi yönettiklerini göstermeleri açısından önemlidir. Hançerlioğlu'nun (2014) yaptığı çalışmada kalp yetmezliği olan hastaların öz bakım yönetimi puanının $124,00 \pm 12,44$ olduğu belirlenmiştir. Doğan, Tosun ve Tek'in (2018) yılında kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada öz bakım yönetimi puanını $128,34 \pm 12,52$ olarak bulmuşlardır. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların öz koruma alt ölçeğinden alabilecekleri en yüksek puan 89 iken, $73,33 \pm 8,51$ puan aldıkları, sosyal koruma alt ölçeğinden maksimum 61 puan üzerinden ise $48,39 \pm 7,01$ puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Bu bulgular öz koruma ve sosyal koruma puan ortalamalarının iyi olduğunu göstermektedir. Kronik hastalıkların öz bakım yönetiminde, öz koruma ve sosyal koruma tedavinin önemli bir parçasıdır (Hançerlioğlu 2014). Doğan, Tosun ve Tek'in (2018) yaptığı çalışmada Öz Koruma alt ölçeğinden $77,5 \pm 8,01$, Sosyal Koruma alt ölçeğinden ise $50,84 \pm 8,05$ olarak bulmuş olup çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada herhangi bir işte çalışmayanların Sosyal Koruma ve öz bakım yönetimi puan ortalaması çalışanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Çalışan bireylerin iş yerlerinde kendi öz bakımlarına iş yoğunluğundan dolayı yeterince vakit ayıramamaları öz bakım yönetim puanlarının düşük olmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu olan emekli hastaların öz bakım yönetimi puanlarının yüksek olması da bu durumu desteklemektedir. Emekli olan hastaların öz bakım puanının yüksek olmasının nedeni de, kendi öz bakımlarına ayıracak zamanlarının daha fazla olması olabilir. Yapılan çalışmalarda (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Karakurt, Aşlar ve Yıldırım, 2013) emekli olanların veya herhangi bir işte çalışanların öz bakım puanlarının düşük olduğu bulunmuştur.

Hastaların ameliyat olma durumlarına göre ÖBYÖ ve Sosyal Koruma alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4). Çalışmada Sosyal Koruma ve öz bakım yönetimi puan ortalamasının daha önce ameliyat olan hastalarda yüksek olmasının nedeni; bireylerin hastalığını daha fazla önemsemeleri ve kendilerine verilen öz bakım tavsiyelerine daha iyi uymalarından kaynaklanıyor olabilir. Uzun, Koçak, Önal, Ak ve Durak'ın (2009) yaptığı çalışmada lomber disk hernisi sebebiyle cerrahi geçiren hastaların yaşam kalitesi ile öz bakım gücü arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sunulan bu çalışmada sigarayı daha önce içip bırakanların Sosyal Koruma alt ölçeği ve öz bakım yönetimi puan ortalamasının hiç içmeyenlere ve halen içenlere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Bu sonuç sigarayı bırakanların kendi sağlığına ilişkin farkındalıklarını artırarak; sağlığının otokontrolünü sağlamada, kendi öz bakımına katılmasını etkilemiş olabilir. Literatürde de (Akduman, Bolışık ve Sönmez 2004; Clancy, Hallet ve Caress, 2009; Ergin vd., 2011) sigarayı bırakanların öz bakım puanlarının yüksek olduğu ya da daha fazla öz bakımına katıldıkları saptanmıştır.

Çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olan bireylerin Sosyal Koruma alt ölçek puanı bağımlı ve bağımsız olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Bu sonuç yarı bağımlı olan bireylerin öz bakım yönetiminde kendi sorumluluklarını almak için daha fazla çaba harcadıklarını göstermesi açısından önemlidir. Bireylerin öz bakım yönetimlerinde bağımlılık düzeyleri önemlidir. Bireylerin bağımlılık düzeyleri öz bakım yönetimlerini etkileyebilir. Bireyin öz bakım gücü yeterli olduğu sürece öz bakım gereksinimlerini yeteri kadar karşılayabilir, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilir ve günlük yaşam aktivitelerini karşılamada başkalarına bağımlı olmadan yapabilir (Bahar ve Parlar, 2007; Honjyo, 2001). Özkahraman, Ardahan ve Yıldırım (2010), yaşlıların %37,4'ünün günlük yaşam

aktivitelerini yaparken tam bağımsız, %35,2'sinin orta derecede bağımlı olduğunu; Sabancıoğulları, Tel ve Tel'in (2007) huzurevinde yaşayan bireylerle yaptığı çalışmada; yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yaptıkça öz bakım gücünün ve yaşam doyumunun arttığı bulunmuştur.

Sunulan bu çalışmada yaşam kalitesini iyi değerlendiren hastaların öz koruma puanları orta ve kötü değerlendirenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Bu bulgu yaşam kalitesi iyi olan hastaların öz koruma puanlarının yüksek olmasını göstermesi açısından olumlu bir bulgudur. Bu sonuç doğrultusunda bireyin yaşam kalitesinin iyi olması kendi öz bakım yönetimine aktif olarak katıldığını, bireyin öz bakım gücünü artırdığını göstermesi açısından önemlidir. Altıparmak, Fadiloğlu, Gürsoy ve Altıparmak'ın (2011) yaptığı çalışmada öz bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir. Elise, Karen, Norma ve Margaret'in (2001) meme kanserli bireylerde yaptığı çalışmada ise öz bakım gücünün yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir. Literatürde de (Akyol ve Karadakovan, 2002; Jaarsma vd., 2000; West ve Isenberg, 1997) hem kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda hem de diğer çalışmalarda öz bakım gücünün yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir. Pınar'ın (1995) ve Doğan, Tosun ve Tek'in (2018) yaptığı çalışmalarda; bireyin yaşam kalitesi arttıkça öz bakım gücünün de arttığını bulmuşlardır. Hastaların özbakım güçlerinin artırılmasının yaşam kalitelerini artırdığını söyleyebiliriz.

Kronik hastalarda bireyin uyum kapasitesi önemlidir. Kronik hastalıkların öz bakım yönetiminde ilaç uyumu önemli bir yer kaplamaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin sürekli kullandığı ilaçlar olduğu için reçete yazdırmaları önemlidir. İlaç tedavisinin doğru uygulanması ve tedaviye olan uyum kronik hastalığa sahip olan hastalarda tıbbi tedavinin başarılı olmasında etkindir (Ahmad vd., 2014).

Bu çalışmada hastaların İURYÖ'den 28 puan üzerinden $10,99 \pm 2,91$ puan aldıkları belirlenmiştir. Çalışmada hastaların ölçekten en düşük 7, en fazla 20 puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 5). İURYÖ'nün değerlendirmesine göre, ölçekten alınan puanın düşük olması hastaların ilaca uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir. Bu sonuç bize hastaların ilaç uyumlarının iyi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bu bulgu çalışma için istendik bir bulgudur. Natarajan, Putnam, Van Aarsen, Lawson ve

Burge'nin (2013) yaptığı çalışmada hastaların tedavi uyumu %77,0 olarak yüksek oranda bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Mert, Özçakar ve Kuruoğlu'nun (2011) %86,8, Şahin'in (2014) %66,5, Özbayram'ın (2008) %62,0 oranında hastaların ilaç tedavisine uyum gösterdikleri bulunmuştur. Hastaların İlaça Uyum alt ölçeğinden alabilecekleri en yüksek puan 16 iken $5,53 \pm 1,90$ puan aldıkları, Reçete Yazdırma ölçeğinden maksimum 12 puan alabilecek iken ise, $5,45 \pm 1,37$ puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Sunulan bu çalışmada hastaların reçete yazdırma alt ölçeği puanlarının düşük olması bireylerin düzenli olarak reçete yazdırmaya gittiklerini göstermektedir. Çalışmanın bir diğer bulgusu olan hastaların ilaç uyum puanının düşük olması reçete yazdırma puanının da düşük olmasını etkilemiş olabilir. Bu bulgular İURYÖ ortalamalarının iyi olduğu yorumunu yaptırmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin sürekli kullandıkları ilaçları olduğu için düzenli olarak reçetelerini yazdırmaları oldukça önemlidir. Kronik hastalığı olan bireylerin ilaçlarını zamanında alabilmeleri için düzenli olarak reçete yazdırmaları gerekmektedir. Reçete yazdırmaya gittikleri zaman hekim tarafından hastalıklarıyla ilgili verilen bilgiler ve hatırlatmalar ilaçlarını düzenli kullanmasını ve ilaç uyumlarını etkilemektedir. Literatürde benzer şekilde Hacıhasanoğlu'nun (2007, 2008) hipertansiyonu olan hastalarla yaptığı çalışmada ilaca uyumlarının iyi olduğu saptanmıştır. Köseoğlu ve Enç'in (2016) yaptığı çalışmada hastaların %40,0'inin ilaç kullanımına uyumlu olduğu belirlenmiştir. Aggarwal, Pender, Mosca ve Greenberger (2015) ile Riegel vd. (2012) çalışmalarında ilaç uyumunu %60,0, Hershberger vd. (2001) ise bu oranı %81,0 olarak saptamıştır. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin ilaç uyumlarının da düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Korkmaz'ın (2019) hipertansiyonu olan hastalarda ilaç uyumunu değerlendirdiği çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastalarda ilaç uyumunun da düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastaların ilaç uyumu düşük çıkmasına rağmen literatürde (Mekonnen, Gebrie, Eyasu ve Gelagay, 2017; Mert, Özçakar ve Kuruoğlu, 2011) sosyoekonomik düzeye dair farklı sonuçlar yer almaktadır. Kliniklerde kronik hastalığı olan bireylere hemşire eğitim verirken ya da planlarken hastalığın sosyoekonomik düzeyini göz önünde bulundurarak eğitim vermesi hasta yararına olabilir ve ilaç uyumunu artırabilir.

Çalışmada düzenli kontrollere giden hastaların ilaca uyum düzeyinin yüksek çıkmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır (Tablo 6). Ayrıca çalışmada hastaların %86,6'sının düzenli kontrollere gittiği bulunmuştur (Tablo 1). Hastaların bilinçli ve düzenli bir şekilde sağlık kontrolü yaptırılmaları öz bakım davranışları içinde istendik bir davranış olarak değerlendirilmektedir (Hançerlioğlu, 2014). Bireylerin düzenli doktor kontrolüne gitmesi ilaç uyumlarını artırmaktadır. Bu çalışmada düzenli kontrollere gitmenin hastaların ilaç uyumunu arttığı konusunda fark çıkmamasına rağmen literatürde (Al-Mehza, Al-Muhailije, Khalfan ve Al-Yahya, 2009; Karabulut, 2018; Köseoğlu ve Enç, 2016; Nabi, Boral, Mohanta, Mou ve Rokonuzzaman, 2016; Özbayram, 2008) düzenli kontrollere gitmenin hastaların ilaç uyumunu artırdığı belirlenmiştir. Kronik hastalarda düzenli kontrollere gidildiğinde hastalara hastalıkları hakkında bilgi verilmesi ve kontroller için teşvik edilmesi düzenli ilaç kullanımının önemini anlatılması bireylerin ilaç uyumunu artırmada etkili olabilir.

Sunulan bu çalışmada, birden fazla kronik hastalığa sahip olan bireylerin ilaca uyum alt ölçeğinden aldıkları puanın bir kronik hastalığa sahip olanlara göre daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6). Literatürde (Mert, Özçakar ve Kuruoğlu, 2011; Shaya vd., 2009; Tümer, Subaşı, Baybuğa, Dereli, Demir ve Uysal, 2016; Vatansever ve Ünsar, 2014) kronik hastalık durumunun ilaç uyumunu etkilediğine dair farklı sonuçlar yer almaktadır. Kronik hastalığının ilaç uyumunu etkilediğine dair farklı sonuçlar yer almaktadır. Shaya vd. (2009) yaptığı çalışmada birden fazla hastalığı olmayan kişilerin tedaviye uyumları yüksek bulunmuş olup hastalık sayısı arttıkça uyumun düştüğü görülmüştür. Mert, Özçakar ve Kuruoğlu (2011), Vatansever ve Ünsar'ın (2014) benzer şekilde Tümer, Subaşı, Baybuğa, Dereli, Demir ve Uysal'ın (2016) yaptıkları çalışmalarda birden fazla kronik hastalık varlığının olması hastaların ilaç uyumlarını etkilemediği saptanmıştır.

Çalışmada hiç sigara içmeyenlerin sigara içenlere ve daha önce içip bırakanlara göre ilaç uyum ve reçete yazdırma alt ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Bu bulgu bize sigara içmenin ilaca uyumunu etkilemede önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu sonuç çalışmamızda hastaların %57,1'inin sigara içmediğini belirtmesi ile tutarlıdır (Tablo 1). Tümer, Subaşı, Baybuğa, Dereli, Demir ve Uysal'ın (2016) yaptığı çalışmada sigara kullanmayan bireylerin ilaca uyum puanları yüksek olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamıza aksine

Mert, Özçakar ve Kuruoğlu'nun (2011) yaptığı çalışmada uyum puanı ilesigara içme alışkanlığı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çalışmada hiç alkol almayanların, alkolü bırakanlara ve nadiren içerim diyenlere göre ilaç uyum ve reçete yazdırma puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Benzer şekilde Tümer, Subaşı, Baybuğa, Dereli, Demir ve Uysal'ın (2016) yaptığı çalışmada alkol kullanmayan bireylerin ilaç uyum düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da alkol almayanların ilaç uyum ve reçete yazdırma düzey durumlarının da iyi olmasına karşın literatürde (Bovet, Burnier, Madeleine, Waeber ve Paccaud, 2002; Hacıhasanoğlu, 2009) farklı sonuçlar yer almaktadır.

Çalışmada herhangi bir nedenle ilaç almayı unutan hastaların ilaç uyum toplam puanı ve reçete yazdırma puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Bu bulgu bize bireylerin ilaca uyumunda ilaç kullanmayı unutmamalarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin ilaçlarını unutmadan ve zamanında almaları önemlidir. Bunun içinde hastaların düzenli sağlık kontrollerine ve reçete yazdırmaya gitmeleri gerekir. Bu kontrollerde bireyin sağlık personelleri tarafından hastalığı ile ilgili verilen bilgiler ve yapılan hatırlatmalar ilaç tedavisine uyumlarını artırması yönünde olacaktır. Gürçay, Ekşioğlu, Yüzer, Bal ve Çakıcı'nın (2006) yaptığı bir çalışmada hastaların tedaviye uyumsuzluk nedenlerinden birinin ilaç kullanmalarını unutmaları olduğu belirlenmiştir. Ayrıca literatürde (Ekinci, Tuncel, Coşkun, Akman ve Uzuner, 2017; Hall, Cole-Lewis ve Bernhardt, 2015; Şeker, 2018) iletişim teknolojileri kullanılarak ilaç almayı hatırlatmanın ilaç uyumunu artırmada etkili olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır. Ekinci, Tuncel, Coşkun, Akman ve Uzuner'in (2017) yaptığı bir çalışmada, hastalara 2 ay boyunca her sabah ilaçlarını almaları konusunda hatırlatma yapılmasının ilaç uyumunu artırdığı saptanmıştır. Şeker'in (2018) hipertansiyonlu hastalarda ilaç uyumunu değerlendirdiği çalışmasında, günlük hatırlatıcı kısa mesaj gönderiminin ilaç uyumunu %24,2'den %96,9'a yükselttiği belirlenmiştir.

İlaç kullanım durumunu orta olarak değerlendiren hastaların ilaç uyum ve reçete yazdırma ölçeği genel puanı ve alt ölçek puanları diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 6). Bu bulgu

doğrultusunda ilaç kullanım durumunu orta düzeyde değerlendirenlerin ilaca uyumlarının düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmada günlük yaşam aktivitelerine yarı bağımlı olan bireylerin ilaca uyum ve reçete yazdırma alt ölçeklerinden aldıkları puanların düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapmalarının ilaca uyumlarını artırması beklenmektedir. Bu çalışmada günlük yaşam aktiviteleri yarı bağımlı olan bireylerin ilaç uyumunun yüksek çıkmasına karşın literatürde (Ertürk 2005; McDonald, 2002) farklı sonuçlar yer almaktadır.

Hastaların öz bakım yönetimi puanları ile ilaca uyum ve reçete yazdırma puanı arasında negatif yönde %32 oranında düşük bir ilişki bulunmuştur (Tablo 7). Bu bulgu bize ilaç uyumunun öz bakım yönetimini artırmak için etkili bir yöntem olmadığını düşündürmektedir. Fakat literatürde bizim çalışmanın aksine (Agboola, Flanagan, Searl, Elfiky, Kvedar ve Jethwani, 2014; Compaci, Ysebaert, Obéric, Derumeaux ve Laurent, 2011; Craven, Hughes, Burton, Saunders ve Molassiotis, 2013; Molassiotis vd., 2009; Morgan, Mulneh, Deal ve Amerine, 2018; Morris ve Marshall-Lucette, 2017; Schneider, Adams ve Gosselin, 2014) ilaç uyumunu bireyin öz etkililiğini artırmada etkili bir yöntem olduğu, öz yönetim davranışlarını iyileştirdiğini belirten çalışmalar yer almaktadır.

Kronik hastalığı olan bireylerin sayısı artmakta olup ve bu hastaların bakımı da ev ortamında devam etmektedir. Bu nedenle bireylerin öz bakım yönetimi ve ilaç uyum problemleri ortaya çıkabilmektedir. Hastaların bu problemlerini ele almada hemşirelerin hasta ve ailesini eğitmesi, ilaçların yan etkilerinden ve doz değişikliklerinden kaynaklanan rahatsızlıkları en aza indirmesi gerekmektedir. Kronik hastalığı olan bireyleri güçlendirmek hastaların kendi kendilerine bakım davranışlarını artırmak dolayısıyla yaşam kalitesini yükseltmek hemşirelik bakımının temel amacı olmalıdır. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşire, kronik hastalıklarda öz bakımın gerekli olduğunu ve değişik faktörlerin öz bakımı etkilediğinin farkında olmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde dahili polikliniklerine başvuran kronik hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimini ve ilaç uyumunu belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları verilmiştir.

❖ Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalamalarının $61,55 \pm 16,66$, beden kitle indeksi (BKİ) ortalamalarının $27,55 \pm 4,38$ olup %53,6'sının kadın, %46,4'ünün erkek olduğu görülmüştür (Tablo 1).

❖ Araştırmaya katılan hastaların %67,9'unun evli ve %10,7'sinin bekar oldukları belirlenmiştir. Hastaların %57,1'inin ilkokul mezunu ve %8,9'unun lise mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

❖ Hastaların %30,4'ünün çalıştığı, %69,6'sının çalışmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %33,9'unun emekli olduğu, %8,9'unun serbest meslekle uğraştığı ve %61,6'sının sosyoekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

❖ Hastaların %66,1'i sadece bir kronik hastalığa sahip iken, %33,9'unun birden fazla kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların %55,4'ünün DM, %34,8'inin KOAH, %29,5'inin KKY ve %16,1'inin kanser tanısı aldığı belirlenmiştir. Hastaların %76,8'inin ise, aile bireylerinde kronik hastalık olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

❖ Araştırmaya katılan hastaların %19,6'sının halen sigara içtiği ve %57,1'inin hiç sigara içmediği görülmüştür. Hastaların %83,0'ı hiç alkol içmediğini ifade etmiştir. Hastaların %50,9'unun günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %86,6'sının düzenli olarak kontrollere gittiği, %60,7'sinin sağlık durumunu orta algıladığı, %67,0'nın yaşam kalitesini orta değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 1).

❖ Araştırmada hastaların ÖBYÖ toplam puan ve alt ölçek puanları incelendiğinde; ölçek toplam puanının $121,72 \pm 13,84$, Öz Koruma alt ölçek puanının

73,33±8,51 ve Sosyal Koruma alt ölçek puanının 48,39±7,04 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

❖ Araştırmaya katılan hastaların mevcut kronik hastalık durumu ve düzenli kontrollere gitme durumuna göre ÖBYÖ ile Öz Koruma ve Sosyal Koruma alt ölçeklerinden aldıkları puan dağılımlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 4).

❖ Hastaların mesleklerine göre ÖBYÖ'den ve Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları dağılımında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 4).

❖ Hastaların daha önce ameliyat geçirme durumlarına göre ÖBYÖ'den ve Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 4).

❖ Hastaların sigara içme durumuna göre ÖBYÖ ve Sosyal Koruma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 4).

❖ Hastaların tümünün (%100) ilaç kullandığı saptanmıştır. Hastaların %31,3'ünün kullandıkları ilaçlardan herhangi birini almada zorluk yaşadığı görülmüştür. Hastaların %17,9'u ilaç almayı unuttuğu, %5,4'ü rahatsızlık verdiği, %3,6'sı yan etkileri olduğu, %0,9'u yüksek maliyeti olduğu nedeniyle ilaç almada zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

❖ Hastaların %82,1'i ilaç kullanma durumunu iyi olarak değerlendirdiğini ve %27,7'sinin son bir hafta içinde ilaçlarını kullanmadıklarını ifade etmiştir. Hastaların %24,1'i ise reçete dışı ilaç kullandığını ifade etmiştir (Tablo 2).

❖ Araştırmada hastaların İURYÖ toplam puanı ile alt ölçek puanları incelendiğinde; İlaça Uyum alt ölçek puanının 5,53±1,90, Reçete Yazdırma alt ölçek puanının 5,45±1,37 ve ölçek toplam puanının 10,99±2,91 olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

❖ Hastaların sosyoekonomik düzeylerine göre İURYÖ ve İlaça Uyum alt ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 6).

❖ Hastaların sigara içme durumuna göre İURYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 6).

❖ Hastaların alkollü içecek içme durumuna göre İURYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 6).

❖ Araştırmaya katılan hastaların ilaç almada zorluk yaşama nedenlerinden olan ilaç almayı unutma durumuna göre İURYÖ ve Reçete Yazdırma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 6).

❖ Araştırmaya katılan hastaların ilaç kullanım durumunu değerlendirme durumuna göre İURYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 6).

❖ Son bir hafta içinde, herhangi bir dozu almayan hastaların alan hastalara göre İURYÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 6).

❖ Hastaların İURYÖ'den aldıkları puanlar ile ÖBYÖ'den aldıkları puanlar arasında negatif yönde %32,0 oranında düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0,325$, Tablo 7).

❖ ÖBYÖ'nin alt ölçekleri olan Öz Koruma ve Sosyal Koruma puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,363$, $r=0,209$, Tablo 7).

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar doğrultusunda;

❖ Kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım yönetimi ve ilaç uyumuna farkındalıklarının arttırılması için hemşirelerin Sağlık Bakanlığı ve diğer kuruluşlarla iş birliği yaparak eğitici videolar, broşürler ve afişler hazırlaması,

- ❖ Kronik hastalığı bireylerin hastalara sağlık personelleri tarafından ilaçlarını düzenli kullanmaları, düzenli kontrollere gitmelerinin sağlanması ve zamanında reçete yazdırmaları gerektiğinin öneminin vurgulanması,
- ❖ Türkiye genelinde kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım yönetiminin ve ilaç uyumunun etkileyip etkilemediğini gösteren daha kapsamlı çalışmanın yapılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

Abaan, S. ve Altıntoprak, A. (2005). Hemşirelerde problem çözme becerileri: Öz değerlendirme sonuçlarının analizi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 62-76.

Tümer, A., Subaşı Baybuğa, M., Dereli, Demir F. & Uysal, D. (2016). The compliance level of treatment of hypertensive patients. *Turk J Card Nur*, 7(13), 105-113.

Agboola, S., Flanagan, C., Searl, M., Elfiky, A., Kvedar, J. & Jethwani, K. (2014). Improving outcomes in cancer patients on oral anti-cancer medications using a novel mobile phone-based intervention: study design of a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 3(4), 2.

Aggarwal, B., Pender, A., Mosca, L. & Greenberger, H.M. (2015). Factors associated with medication adherence among heart failure patients and their caregiver. *Journal Nurse Education Practioner*, 5(3), 22-27. <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n3p22>

Ahmad, A., Mast, M.R., Nijpels, G., Elders, P.J.M., Dekker, J.M. & Hugtenburg, J.G. (2014). Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital. *Dove Press*, 8, 155–165.

Akalın, H.E. (2014). *Kronik Hastalıklarda Güncel Yaklaşımlar*, Erişim: Erişim Tarihi: 05.02.2019, http://saglikpolitikalari.omegacro.com/wp-content/uploads/2014/12/Kronik_Hastaliklar_Guncel.pdf

Akalın, E., Tanrıöver, M.D. ve Sayran, F. (2012). *Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü*. Tanıtım Hiz. Tic. Ltd.Şti. 25-73.

Akdemir, N. (2001). *Kronik hastalıklar ve sorunları*. N. Akdemir, L. Birol (Ed.). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset.

Akdemir, N. (2003). *Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar*. akdemir, n., birol, l. editörler, iç hastalıkları ve hemşirelik bakımı'nda. (1. Baskı). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC. 3-24.

Akdemir, N. (2005). *Kronik hastalıklar ve sorunları*. (İçinde N. Akdemir, L.Birol İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı). (2. Baskı). Ankara: Sistem Ofset.

Akdemir, N. ve Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), 82-91.

Akduman, S., Bolışık, B. ve Sönmez, S. (2004). Sağlıklı ergenlerin öz-bakım güçlerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(1), 17-21.

Akıcı, A., Kalaça, S., Uğurlu, M.Ü., Çalı, Ş. ve Oktay, Ş. (2001). Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 4, 100-5.

Akyol, D. ve Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41, 97-101.

Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2002). *Significance of theory for nursing as a discipline and profession*. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Nursing theorists and their work*; (5th ed.,pp. 14-31). St. Louis, MO: Mosby.

Al-Mehza, A.M., Al-Muhailje, F.A., Khalfan, M.M. & Al-Yahya, A.A. (2009). Drug compliance among hypertensive patients; an area based study. *Eur J Gen Med*, 6(1), 6-10.

Altıparmak, S., Fadiloğlu, Ç., Gürsoy, Ş.T. ve Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50(2), 95-102.

Altuntaş, O., Akı, E. ve Huri, M. (2015). Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(2), 79-86.

Astin, F. & Closs, S.J. (2007). Chronic disease management and self-care support for people living with long-term conditions: is the nursing workforce prepared? *Journal of Clinical Nursing*, 16 (7b), 105–106.

Ateş, M.A. ve Algül, A. (2006). Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2(29), 60-64.

Avdal, E.Ü. ve Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve öz bakım eksikliği hemşirelik teorisi'nin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(3), 164-168.

Bahar, A. ve Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Dergisi*, 2(4), 32-39.

Bakoğlu, E., Şekerci, K., Yaman, S. ve Çevik, M. (2009). Periton diyalizli hastalarda öz- bakım gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4, 65-78.

Bakoğlu, E. ve Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1, 41-9.

Baroletti, S. ve Dell'Orfano, H. (2010). Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation*, 121, 1455–1458. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.109.904003>.

Barr, V., Robinson, S., Link, B., Underhill L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. (2003). The expended chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Health care quarterly*, 7(1), 73-82.

Beers, M.H. & Berkow, R.M. (2000). The Merck Manual of Geriatrics (ISBN:0-911910-88-3). 3rd ed. New Jersey: Merck and Co, 165-211.

Berbiglia, V.A. ve Banfield, B. (2014). Self - Care Deficit Theory of Nursing. In: Alligood MR, editor. *Nursing Theorists and Their Work*. 8. ed. USA: Elsevier. p. 240 - 57.

Berbiglia, V.A. (2014). Orem's self-care deficit theory in nursing practice. *Nursing Theory Utilization & Application*. Alligood MR, Fifth ed, Mosby Year Books. p. 222.

Beswick, A.D., Rees, K., West, R.R., Taylor, F.C., Burke, M., Griebisch, I., Taylor, R.S., Victory, J., Brown, J. & Ebrahim, S. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *Journal of advanced nursing*, 49(5), 538-555.

Bilir, N. ve Subaşı, N.P. (2006). *Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kontrolü*. Güler, Ç., Akın, L.(Ed). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1032–1034.

Bovet, P., Burnier, M., Madeleine, G., Waeber, B. & Paccaud, F. (2002). Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(1), 33-39.

Buck, H.G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S.L., Cosman, T., Kaasalainen, S., Kryworuchko, J., McGillion, M., O’Keefe-McCarthy, S., Sherifali, D., Strachan, P. H. & Arthur, H.M. (2014). Caregivers’ contributions to heart failure self-care: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 79-89.

Camargo, A.L., Ferreira, M.B.C. & Heineck, I. (2006). Adverse drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 62(2), 143-149.

Centers for Disease Control (CDC). (2009). *Chronic Diseases The Power to Prevent, the Call to Control: At a glance 2009*. Atlanta: CDC, p.1-4.

Clancy, C., Hallet, C. & Caress, A. (2009). The meaning of living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Care of Chronic Illness*, 1(1), 78- 86.

Cocchieri, A., Riegel, B., D’Agostino, F., Rocco, G., Fida, R., Alvaro, R. & Vellone, E. (2015). Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 126-136.

Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Appendix 6C, page 79.

Compaci, G., Ysebaert, L., Obéric, L., Derumeaux, H. & Laurent, G. (2011). Effectiveness of telephone support during chemotherapy in patients with diffuse large B cell lymphoma: the Ambulatory Medical Assistance (AMA) experience. *International journal of nursing studies*, 48(8), 926-932.

Cooney, D. & Pascuzzi, K. (2009). Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension. *Clinics in geriatric medicine*, 25(2), 221-233.

Craven, O., Hughes, C.A., Burton, A., Saunders, M.P. & Molassiotis, A. (2013). Is a nurse-led telephone intervention a viable alternative to nurse-led home care and standard care for patients receiving oral capecitabine? Results from a large prospective audit in patients with colorectal cancer. *European journal of cancer care*, 22(3), 413-419.

Çakmak, H.S. (2018). *Oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın ilaç uyumu ve öz etkililiğe etkisi*. (doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Doğan, M.D, Tosun, E. ve Tek, A.D. (2018). Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 33-40.

Demirkol, M.E. ve Tamam, L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu treatment adherence in psychiatric disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(1), 85-93 doi:10.18863/pgy.49806.

Diker, J.K. (2000). 6 No'lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(3), 91-97.

Ekinci, F., Tuncel, B., Coşkun, D.M., Akman, M. ve Uzuner, A. (2017). Günlük ilaç hatırlatıcı kısa mesaj (SMS) göndermenin hipertansif hastalarda kan basıncı kontrolü ve ilaç uyumu üzerine etkisi. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 9(2), 136-141.

Elise, D., Karen, C., Norma, R. & Margaret, F. (2001). An Intervention to Increase Quality of Life and Self-Care Self-Efficacy and Decrease Symptoms in Breast Cancer Patients. *Research and Theory for Nursing Practice*, 15, 277-294.

Ergin, A., Hatipoğlu, C., Bozkurt, A.İ., Bostancı M., Atak, B.M., Kısaoğlu, S., Parasız, S., Kaygısız, H., Çınarlık, A. & Karasu, E. (2011). Tıp fakültesi öğrencilerinin

yaşam doyumu ve öz-bakım gücü düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 4(3), 144-151.

Erkoç, Y. ve Yardım, N. (Ed). (2011). *T.C. Sağlık Bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları*. Ankara: Anıl Matbaası.

Ertemür, E. (2009). *Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi* (yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Ertürk, A. (2005). *Huzurevindeki yaşlıların ilaç kullanım hataları ve etkileyen faktörler*. (yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.

Esengen, Ş., Seçkin, Ü., Borman, P., Bodur, H., Gökçe Kutsal, Y. ve Yücel, M. (2000). Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 3, 6-10.

Eshah, N.F. & Bond, A.E. (2009). Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: An integrative literature review. *International journal of nursing practice*, 15(3), 131-139.

Evcik, D. ve Kızılay, B. (2001). Geriatrik hastalarda el kavrama gücü ve günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlik düzeyi ile ilişkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 4, 11-4.

Fadıloğlu, Ç. (2003). *Kronik hastalıklar*. İçinde Ç. Fadıloğlu (Ed.). II. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II. İzmir. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri. 1-34.

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 3. Ed. Philadelphia: F.A.Davis Company.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (2th ed., pp. 223–319). USA: FA Davis Comp.

Global Burden of Disease Study (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: *The Lancet*, 388(10053), 1659-1724.

Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., Aarnink, J., van der Heijden, D. J., van Es, S.M., van Herpen, M. & Somsen, G.A. (2009). Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression. *Behavioral Medicine*, 35(3), 79-86.

Köseoğlu, N.G. (2016). *Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi*. (yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Gençöz, F. (1998). Uyum psikolojisi. *Kriz Dergisi*, 6(2), 1-7.

Global Strategy for the Diagnosis (2015). Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

Gorman, L.M., Sultan, D. & Luna-Raines, M. (1996). *Davis's manual of psychosocial nursing in general patient care*. FA Davis Company, 436-47.

Gökdoğan, F. & Kes, D. (2017). Validity and reliability of the turkish adherence to refills and medications scale. *International Journal of Nursing Practice*, e12566. <https://doi.org/10.1111/ijn.12566>

Graven, L.J. & Grant, J.S. (2013). Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 42(3), 183-194.

Gürçay, E., Ekşioğlu, E., Yüzer, S., Bal, A. ve Çakıcı, A. (2006). Ankilozan spondilitli hastalarda ilaç uyumunu ve uyumsuzluğunu etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 52(4).

Hacıhasanoğlu, R. (2007). *Birinci basamakta hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim ve evde izlemin ilaca uyum ve hipertansiyon yönetimine etkisi*. (yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2), 167-72.

Hall, A.K., Cole-Lewis, H. & Bernhardt, J. M. (2015). Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annual review of public health*, 36, 393-415.

Hançerlioğlu, S. (2014). *Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği ve uyum soru formu'nun Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği*. (yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi. İzmir.

Hartweg, D.L. (1991). *Notes on Nursing Theories. 1*. Ed. Mcquistion CM, Webb AA, editors. California: Sega Publications Inc.

Haskett, T. (2006). Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*, 18(6), 492- 496.

Hershberger, R. E., Ni, H., Nauman, D. J., Burgess, D., Toy, W., Wise, K., Dutton, D., Crispell, K., Vossler, M. & Everett, J. (2001). Prospective evaluation of an outpatient heart failure management program. *Journal of cardiac failure*, 7(1), 64-74.

Honjyo, K. (2001). Revision of the self-care agency questionnaire for patients with chronic illness. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 21(1), 29-39.

Hsu, Y.H., Mao, C.L. & Wey, M. (2010). Antihypertensive medication adherence among elderly Chinese Americans. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4), 297-305.

Isenberg, M. (2001). Self-care deficit nursing theory: Directions for advancing nursing science and professional practice. M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: FA Davis.

İncirkuş, K. ve Nahcivan, N.Ö. (2011). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu' nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 102-109. Erişim: 10.03.2019, http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/102-109_incirkusoz.pdf.

İrgil, E. (2006). *Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi*. Erişim: 05.02.2019, http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_3011/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf

Jaarsma, T, Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H.H., Dracup, K. & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung.*, 29, 319-30.

Jensen, B.O. & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Educ Couns*, 51, 123–131.

Jimmy, B. & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Medical Journal*, 26(3), 155–115. <https://doi.org/10.5001/omj.2011.38>

Jones, L.C. (2001). *Measuring guarding as a self-care management process in chronic illness: The SCMP-G*. Strickland OL, Dilorio C. (Ed.). Measurement of nursing outcomes. New York: Springer Publishing Company, 150-158.

Kara, B. (2001). Özbakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Dergisi*, 13, 25-28.

Karabulut, İ. (2018). *Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi*. (yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi. Mersin.

Karadakovan, A. ve Aslan, F.E (2010). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri.

Karakurt, P., Aşilar, R.H. ve Yıldırım, A. (2013). Diyabetli hastaların öz bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 1-9.

Karakurt, P. (2008). *Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimin öz-bakım üzerine etkisi*. (doktora tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Karmali, K.N., Davies, P., Taylor, F., Beswick, A., Martin, N. & Ebrahim, S. (2014). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

Kep, A.S., Kritpracha, N.C. ve Thaniwattananon, P. (2013). Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: a literature review. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3, 541-556.

Kılıç, M. (2011). Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi. *TAF Prev Med Bull*, 10, 733-740.

Korkmaz, E. (2019). *Hipertansiyon hastalarında yaşam tarzı değişikliği ve ilaç uyumunun değerlendirilmesi*. (tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul.

Köseoğlu, N. ve Enç, N. (2016). Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(14), 162-168.

Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M. & Jacobson, T. (2009). Development and evaluation of the adherence to refills and medications scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value in Health*, 12 (1), 118–123. Erişim: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00400>.

Kuvvetlioğlu, K. (2011). *Yaşlı hastaların ilaç kullanım davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. (yüksek lisans tezi). Yakındoğu Üniversitesi.Lefkoşa.

Landon, B.E., Hicks, L.S., O'Malley, A.J., Lieu, T.A., Keegan, T., McNeil, B. J. & Guadagnoli, E. (2007). Improving the Manager of Chronic Disease at Community Health Centers. *The New England Journal Medicine*, 356, 921-934.

MacLaughlin, E.J., Raehl, C.L., Treadway, A.K., Sterling, T.L., Zoller, D.P. & Bond, C.A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly. *Drugs & aging*, 22(3), 231-255.

McDonald, H.P., Garg, A.X. & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Jama*, 288(22), 2868-2879.

Mekonnen, H.S., Gebrie, M.H., Eyasu, K.H. & Gelagay, A.A. (2017). Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 18(1), 27.

Mendis, S., Puska, P. & Norrving, B. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Genava: World Health Organization (WHO).

Menekli, T. ve Dorothea, E.O. (2017). *Öz - bakım yetersizliği teorisi*. (In: A.N. Karadağ Çalışkan Z.G. Baykara (Ed.). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*). İstanbul: Akademi Basın.

Mert, H., Özçakar, N. ve Kuruoğlu, E. (2011). Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Aile Hemkimleri Dergisi*, 15(1), 7-12

Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.

Metintaş, S., Tayfur, M., Ünlüoğlu, A. ve Akşit, A. (2002). *Kronik Hastalıklar*. İçinde F. Akyürek (Ed.) Aile Sağlığı. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 1375, 213-217.

Mierzyńska, A., Kowalska, M., Stepnowska, M. & Piotrowicz, R. (2010). Psychological support for patients following myocardial infarction. *Cardiology journal*, 17(3), 319-324.

Molassiotis, A., Brearley, S., Saunders, M., Craven, O., Wardley, A., Farrell, C., Swindell, R., Todd, C. & Luker, K. (2009). Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(36), 6191-6198.

Mollaoğlu, M. (2007). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri özeti*, 9-11.

Morgan, K.P., Mulneh, B., Deal, A.M. & Amerine, L.B. (2018). Impact of an integrated oral chemotherapy program on patient adherence. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 24(5), 332-336.

Morris, M. & Marshall-Lucette, S. (2017). The experience of myeloma caregivers during home-based oral chemotherapy treatment: a qualitative study. *Seminars in oncology nursing*, 33(3), 362-71.

Nabi, G., Boral, P.K., Mohanta, D., Mou, F.T. & Rokonuzzaman, S.M. (2015). Non Compliance Pattern of Anti Hypertensive Treatment. *Journal of Dhaka Medical College*, 24(2), 108-116.

Nahcivan, N. (1993). *Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi*. (doktora tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Natarajan, N., Putnam, W., Van Aarsen, K., Lawson, K.B. & Burge, F. (2013). Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Canadian Family Physician*, 59(2), e93-e100.

Nazik, E. (2009). Öz-bakım modeli kullanılarak verilen bakımın postpartum komplikasyonların önlenmesi ve giderilmesine etkisi. *Atatürk University Institute of Women, Erzurum, Turkey (in Turkish)*.

Orem, D.E. (1995). (Ed.). *Nursing: concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby-Year Boks, 1-333.

Orem, D.E. (2001). *Self-care deficit theory of nursing: concept sand applications* (7th ed.) USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc, 99-135.

Özbyram, A. (2008). *Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler*. (yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. İstanbul.

Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psiko- sosyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 57-69.

Özkahraman, Ş., Ardahan, M. ve Yıldırım, J.G. (2010). Yaşlılarda düşme risk faktörlerinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, Özel Sayı (Poster Sunum) 13: 58.

Öztürk, C. ve Karataş, H. (2008). Orem'in öz bakım yetersizlik kuramı ve post travmatik epilep-side hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniv., Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11(2), 85-91.

Pearson, A., Vaughan, B. & Fitzgerald, M. (2005). *Nursing Models for Practice*. 3. Ed. Edinburg: Butterworth Heinemann.

Pınar, R. (1995). *Diyabetes mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Pınar, R. (2010). Türkiye'de evde bakımda mevcut durum. *Akademik Geriatri*, 26-30. Erişim Tarihi: 16.12.2018 http://www.engelsizengelliler.org/wpcontent/uploads/2012/01/T%C3%BCrkiye_de_Evde-Bak%C4%B1mda-Mevcut-Durum.pdf/.

Riegel, B., Lee, C., Ratcliffe, S. J., Geest, S., Potashnik, S., Patey, M., Sayers, S.L., Goldberg, L.R. & Weintraub, S.W. (2012). Predictors of Objectively Measured

Medication Nonadherence in Adults With Heart Failure, *Circulation Heart Failure AHA Journals*, 5: 430-436.<http://dx.doi.org/10.1161/11.965152>

Riegel, B. & Dickson, V.V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196.

Riegel, B., Carlson, B., Moser, D.K., Sebern, M., Hicks, F.D. & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of cardiac failure*, 10(4), 350-360.

Riegel, B., Dickson, V.V., Goldberg, L.R. & Deatricks, J.A. (2007). Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. *Nursing research*, 56(4), 235-243.

Riegel, B., Driscoll, A., Suwanno, J., Moser, D.K., Lennie, T.A., Chung, M.L., Mu, J., Dickson, V.V., Carlson, B. & Cameron, J. (2009). Heart failure self-care in developed and developing countries. *Journal of cardiac failure*, 15(6), 508-516.

Riegel, B., Lee, C.S., Dickson, V.V. & Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of cardiovascular nursing*, 24(6), 485.

Ringdon, S.A. (2010). Development of patient education for older adults receiving chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 433-441.

Rothman, A.A. ve Wagner, E.H. (2003). Chronic illness management: what is the role of primary care?. *An Med Intern*, 138(3), 256- 261.

Sabancıoğulları, S., Tel, H. ve Tel, H. (2007). Evde ve kurumda yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve depresyon yaşama durumu. *Sağlık ve Toplum*, 17, 85-94.

Sadeghi, M., Shiri, M., Roohafza, H., Rakhshani, F., Sepanlou, S. & Sarrafzadegan, N. (2013). Developing an appropriate model for self-care of hypertensive patients: first experience from EMRO. *ARYA Atheroscler*, 9(4), 232-40.

Sağlık Bakanlığı (2011). *Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Samancıoğlu, S., Özel, F. ve Esen, A. (2010). Orem'in öz bakım teorisine göre sistemik lupus eritematozuslu hastanın bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15), 85-101.

Schneider, S.M., Adams, D.B. & Gosselin, T. (2014). A tailored nurse coaching intervention for oral chemotherapy adherence. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 5(3), 163.

Shaya, F.T., Du, D., Gbarayor, C.M., Frech-Tamas, F., Lau, H. & Weir, M.R. (2009). Predictors of compliance with antihypertensive therapy in a high-risk medicaid population. *Journal of the National Medical Association*, 101(1), 34-9.

Solomon, M. & Majumdar, S. (2010). Primary non-adherence of medications: Lifting the veil on prescription-filling behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 280-281.

Steiner, J.F. & Earnest, M.A. (2000). The language of medication-taking. *Annals of internal medicine*, 132(11), 926-930.

Sutherland, D. & Hayter, M. (2009). Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *Journal of clinical nursing*, 18(21), 2978-2992.

Şahin, N.Ş. (2014). *Hipertansiyon yönetiminde hasta uyumu ve hastaların sağlık anlayışlarına yönelik bir girişimin uyum üzerine etkisi.* (uzmanlık tezi). Adnan Menderes Üniversitesi. Aydın.

Şeker, S. (2018). *Hipertansiyon hastalarında hatırlatıcı kısa mesaj göndermenin ilaç uyumu üzerine etkisi.* (uzmanlık tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2005). Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Araştırması, Hastalık Yüğü Final Raporu. Ankara.

Topbaş, M., Yarış, F. ve Çan, G. (2003). Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi? Trabzon'da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. *Ege Tıp Dergisi*, 42, 85-90.

Toprak, İ., Soydal, T., Bal, E., İnan, F., Aksakal, N., Altinyollar, H. ve ark. (2002). *Yaşlı Sağlığı* (ISBN: 978-975-590-255-5). (1. Baskı). Ankara: Sağlık Bakanlığı Pelin Ofset.

Tuomaala, M.S., Kurki, A., Rekiaro, M. & Paavilainen, E. (2012). Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction-a grounded theory approach. *Nurs Res Pract* :674783.

Türgay, A.S. (2011). Hasta bakım süreci. (Akça F.A, Editör). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul. 90-103.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Erişim tarihi: 30.09.2018: http://www.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/kronik_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf.

Türkmen, E. (2012). *Kronik hastalıklar ve önemi*. Z.Durna (Ed.). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 37-49.

Ume-Nwagbo, P.N., DeWan, S.A. & Lowry, L.W. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nurs Sci Quart*, 19(1), 31-35.

Uysal, H. (2015). Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Arch Turk Soc Cardiol*, 6(9), 1-14.

Uzun, Ö., Koçak, A., Önal, S.Ç., Ak, E. ve Durak, M.A. (2009). Lomber disk cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 19, 233.

Uzun, M. (2007). Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyol Derg.*,7, 298-304.

Ünsal Avdal, E. ve Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*,3(3), 164-168.

Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S. ve Yardım, N. (Ed.) (2006). *Türkiye hastalık yükü çalışması2004*. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. veTic Ltd. Şti.

İnkaya, B.V., Düzalan, Ö.B. ve Özpancar, N. (2016). Diyabetli hastalarda hastalığı kabulün özbakım aktivitelerine etkisi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 8(2), 1-8.

Vatansever, Ö. ve Ünsar, S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(8), 66-74.

Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. (Yenilenmiş 2. Basım). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 319-343.

Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff M. & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 7(3), 56-66.

Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ.*, 320 (7234), 569-572.

West, P. & Isenberg, M. (1997). Instrument Development: The mental health-related self-care agency scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 126-132.

Wilkinson, A. ve Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of nursing studies*, 46(8), 1143-1147.

World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action, geneva, switzerland*, Accessed: 12.04.2019, http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

World Health Organization [WHO]. (2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Burden: Mortality, Morbidity and Risk Factors. Accessed: 26.08.2018, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

World Health Organization [WHO]. (September 2011). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Accessed: 26.08.2018, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9_789241502283_eng.pdf

World Health Organization [WHO]. (2001). Adherence to long term therapies: Policyforaction. *Meeting report*. WHO/MNC/ CCH/01.02, 1–21.

World Health Organization [WHO]. (2014). *Noncommunicable diseases country profiles 2014*. Geneva: World Health Organization.

Zavertnik, J.E. (2014). Self-care in older adults with heart failure: an integrative review. *Clinical Nurse Specialist*, 28(1), 19-32.

8. EKLER

EK 1. Etik Kurul Kararı



T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı : 99219772-050.99-
Konu : Etik Kurul Başvurusu

23/11/2017

Sayın Yrd.Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru dosyası incelenmiş ve değerlendirme sonucu ekte sunulmuştur. Bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla,


Yard. Doç. Dr. Ayça ÇAKMAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

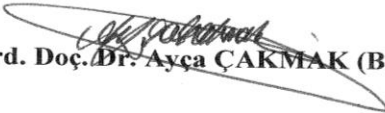


T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

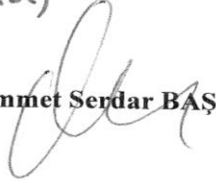
TOPLANTI TARİHİ : 22.11.2017
TOPLANTI SAYISI : 8
DOSYA KAYIT NUMARASI : 2017-11-36
KARAR NUMARASI : 2017-KAEK-189_2017.11.22_08
ARAŞTIRMA YÜRÜTÜCÜSÜ : Yard. Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR : Hemşire Yüksek Lisans Öğrencisi Niğmet
ALPAĞUT

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard. Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN'in sorumluluğunda yürütülecek olan "**Dahili Polikliniklerine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi Ve İlaç Uyumu**" başlıklı çalışma dosyası "İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik", "İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu" ve "Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi" ne göre değerlendirilmiştir. Çalışmanın etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verilmiştir.


Yard. Doç. Dr. Ayça ÇAKMAK (Başkan)

Doç. Dr. Murat KORKMAZ (Üye)
(KATILMADI)


Yard. Doç. Dr. Yunus KANTEKİN (Üye)


Yard. Doç. Dr. Muhammet Serdar BAŞÇIL (Üye)


Yard. Doç. Dr. Rıza ÇITIL (Üye)


Ziraat Yük. Müh. Harun ASLAN (Üye)


Av. Fatih DEMİRCİ (Üye)

EK 2. Kurum İzin Belgesi

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92198657/771
Konu : Anket Çalışması Hk.

BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 10/12/2017 tarihli ve 68447441-044-E.4251 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Nigmet ALPAĞUT' un Dahiliye Polikliniğine başvuran hastalara yönelik “Dahiliye Polikliniklerine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu” konulu anket çalışmasını 01 Ocak- 01 Aralık 2018 tarihleri arasındaki çalışmalarının, sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ankete katılacak hastaların rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Sağlık Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Birliğimize bağlı Yozgat Şehir Hastanesinde anket çalışması yapılması İl Sağlık Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uz. Dr. Cahit Bekir KAYHAN
İl Sağlık Müdürü V.

EK:
Bilimsel araştırma Talepleri Değerlendirme Formu (1 Sayfa)

Karatepe Mah.Ofis Üstü Yozgat Devlet Hastanesi Ek Bina:4 YOZGAT

Bilgi için:Şule ARIKAN

Faks No:0354 217 60 07

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta: sule.arikan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ş.ARIKAN

Telefon No:354 217 50 70 / 1254

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 193e7ab0-be24-4ded-8865-1f1393f69e61 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

 T.C. Sağlık Bakanlığı Tuzluca Kamu Hastaneleri Kurumu	YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Nigmet ALPAĞUT
Kurumu / Üniversitesi	Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Araştırma Yapılacak İller	Yozgat
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Yozgat Şehir Hastanesi
Araştırmanın Konusu	Dahiliye Polikliniklerine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu
Araştırmanın Statüsü	Anket
Ön İzin Formu	(*)Var / () Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (*) Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi (*) Var / () Yok Araştırma Yöntemi Örneği (*) Var / () Araştırma Detay Formu (*) Var / () Yok Kurumsal Kimlik Belgesi (*) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	01 Ocak 2018 – 01 Aralık 2018
Görüş İstenilecek Birimler	-
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Yozgat Şehir Hastanesinden alınacak ön izin formu, araştırma çalışmaları başvuru formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından anket çalışmasının yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

/ /2018

KOMİSYON


Komisyon Başkanı
İl Sağlık Müdürü



Üye Başkan Yardımcısı
Dr. Bekir KAYHAN
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı



Üye Başkan Yardımcısı
Dr. Abdullah CEŞUR
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yardımcısı



Üye Hastane Yöneticisi
Op. Dr. İbrahim AKKURT
Başhekim Vekili



Üye Başkan Yardımcısı
Dr. Murat BAŞKAL
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 193e7ab0-be24-4ded-8865-1f1393f69e61 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G) Kullanımına İlişkin İzin Belgesi



Niğmet Alpagut <nimetalpagut92@gmail.com>

(konu yok)

4 ileti

Niğmet Alpagut <nimetalpagut92@gmail.com>
Alıcı: s_hancerlioglu@hotmail.com

28 Ağustos 2017 12:01

"Merhabalar ben Bozok-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik D. Y. L. öğrencisi Niğmet ALPAĞUT

'Dahiliye Kliniklerinde Yatan ve Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu' adlı tez çalışmamda, geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz, Jones LC. tarafından geliştirilen SCMP-G (Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği-K) ölçeğini kullanabilmem için gerekli izni tarafıma vermenizi rica ediyorum. Bu konuda bana yardımcı olursanız sevinirim."

sadık hancerlioglu <s_hancerlioglu@hotmail.com>
Alıcı: Niğmet Alpagut <nimetalpagut92@gmail.com>

28 Ağustos 2017 22:50

Merhabalar

Kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Adres: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 35100 Bornova/İzmir

Tel : +90 232 311 56 07

+90 543 254 40 90

Faks : +90 232 388 63 74

web: www.ege.edu.tr

e-posta: s_hancerlioglu@hotmail.com

EK 4. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ-7) Kullanımına İlişkin İzin Belgesi



Niğmet Alpagut <nimetalpagut92@gmail.com>

(konu yok)

5 ileti

Niğmet Alpagut <nimetalpagut92@gmail.com>

25 Ağustos 2017 23:14

Alıcı: fgokdogan@ciu.edu.tr

Feray Hanım merhabalar ben Bozok-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik O.Y. L. öğrencisiyim. 'Dahiliye Kliniklerinde Yatan Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Tedavisi' adlı tez konumda 7 sorudan oluşan (TURKISH FORM OF ADHERENCE TO REFILL AND MEDICATIONS SCALE—ARMS-7-TR) ölçeğinizin türkçesini ve değerlendirmesini göndermenizi rica ediyorum. Bu konuda bana yardımcı olursanız sevinirim.

Feray Gokdogan <fgokdogan@ciu.edu.tr>

26 Ağustos 2017 04:23

Alıcı: Niğmet Alpagut <nimetalpagut92@gmail.com>

Cc: duygukes1478 <duygukes1478@gmail.com>

Sayın Niğmet ALPAGUT

Bozok-Kırıkkale Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yükseklisans Öğrencisi

'Dahiliye Kliniklerinde Yatan Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Tedavisi' Yüksekisans tez çalışmanızda geçerlilik güvenilirliği tarafımızdan yapılan İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği-7 (İURYÖ-7) kullanırken kaynak gösterdiğiniz (aşağıda belirtilmiştir), aşamaları ve sonuçları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, İURYÖ-7 Ölçeğini çalışmanızda kullanmanız bilgiyi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyada geçerlik güvenilirlik çalışması ile ölçek ve değerlendirmesi yer almaktadır.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz.

İyi çalışmalar ve iyi günler..

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN

Arş.Gör. Duygu KES

Kaynak: Feray Gökdoğan¹, Duygu Kes² (2017). Validity and reliability of the Turkish Adherence to Refills and Medications Scale.pp: 1-7. (DOI: 10.1111/ijn.12566)

EK 5. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖBYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri	n	Öz Koruma		Sosyal Koruma		ÖBYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max
Cinsiyet							
Kadın	60	72,45±8,67	50 - 89	48,25±6,85	34 - 61	120,70±13,57	86 - 146
Erkek	52	74,35±8,28	50 - 88	48,56±7,31	27 - 59	122,90±14,20	77 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,267 p=0,205		Z=0,172 p=0,863		Z=1,065 p=0,569	
Beden Kitle İndeksi							
Normal kilo	33	73,06±7,98	50 - 84	47,88±5,88	36 - 59	120,94±12,06	86 - 139
Fazla kilo	54	73,98±9,01	50 - 89	49,30±7,44	27 - 61	123,28±15,07	77 - 146
1.derece obez	15	74,67±7,21	61 - 85	47,47±8,25	34 - 58	122,13±13,46	105- 143
2.derece obez	10	68,7 ± 8,83	57 - 81	46,60±6,70	35 - 55	115,30±12,86	93 - 132
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=3,625$ p=0,305		$\chi^2=2,604$ p=0,457		$\chi^2=3,828$ p=0,281	
Medeni durumu							
Evli	76	74,14±8,41	50 - 89	48,55±6,92	27 - 61	122,7 ± 14,02	77 - 146
Bekâr	12	71,25±11,11	50 - 84	46,33±8,38	36-57	117,58±17,65	86 - 141
Diğer	24	71,79 ± 7,27	54 - 82	48,92±6,83	34 - 59	120,71±11,04	93 - 138
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=2,227$ p=0,328		$\chi^2=0,557$ p=0,749		$\chi^2=1,532$ p=0,465	

EK 5. Devamı.... Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖBYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri	n	Öz Koruma		Sosyal Koruma		ÖBYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max
Eğitim durumu							
Okur-yazar değil	14	68,86±6,09	57 - 80	47,14±6,14	34 - 59	116,00±9,70	94 - 132
İlkokul mezunu	64	74,94±7,73	50 - 87	49,47±6,54	27 - 61	124,41±12,80	77 - 146
Ortaokul mezunu	11	71,73±10,86	54 - 89	47,27±6,92	36 - 58	119,00±16,16	93 - 139
Lise mezunu	10	74,80±8,98	58 - 85	50,20±7,57	40 - 59	125,00±14,66	98 - 143
Üniversite mezunu	13	70,46±10,36	50 - 88	44,00±8,79	34 - 57	114,46±16,80	86 - 144
İstatistiksel değerlendirme		$x^2=7,128$ $p=0,064$		$x^2=6,506$ $p=0,164$		$x^2=6,920$ $p=0,058$	
Sosyoekonomik düzey							
Düşük	16	69,88 ± 9,02	50 - 81	48,06±5,45	36 - 59	117,94±11,94	86 - 135
Orta	69	73,28 ± 8,76	50 - 89	48,26±7,52	27 - 61	121,54±14,79	77 - 146
Yüksek	27	75,52 ± 7,00	58 - 88	48,93±6,79	34 - 58	124,44±12,12	92 - 144
İstatistiksel değerlendirme		$x^2=3,758$ $p=0,153$		$x^2=0,771$ $p=0,680$		$x^2=2,595$ $p=0,273$	
Alerji durumu							
Yok	95	73,17±8,80	50 - 89	48,08±7,01	27 - 59	121,25±14,19	77 - 146

EK 5. Devamı... Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖBYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Var	17	74,24±6,82	59 - 85	50,12±7,16	37 - 61	124,35±11,73	105 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,312 p=0,755		Z=0,991 p=0,322		Z=0,600 p=0,548	
Aile bireylerinde kronik hastalık durumu							
Hayır	26	73,69±9,11	57 - 88	48,40±7,14	27 - 61	121,62±13,89	77 - 146
Evet	86	73,22±8,37	50 - 89	48,38±6,84	36 - 59	122,08 ±13,96	94 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,217 p=0,828		Z=0,224 p=0,823		Z=0,134 p=0,893	
Mevcut sağlık durumu							
Kötü	20	9,55±9,10	54 - 84	47,70±7,45	34 - 59	117,25±14,86	93 - 141
Orta	68	73,84±7,91	50 - 89	49,24±6,97	27 - 61	123,07±13,22	77 - 146
İyi	24	75,04±9,09	50 - 85	46,58±6,78	34 - 59	121,63 ± 14,51	86 - 143
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=5,601$ p=0,061		$\chi^2=3,907$ p=0,142		$\chi^2=2,592$ p=0,274	

EK 6. Hastaların Öz Bakım Yönetimini ve İlaça Uyumunu Belirlemek Amacıyla Hazırlanan Anket Sorularına Verilen Cevaplara göre ÖBYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	n	Öz Koruma		Sosyal Koruma		ÖBYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max
İlaç almada zorluk yaşama durumu							
Evet	35	74,09±8,56	57- 85	49,86±5,95	35 - 59	123,94±13,25	93 - 143
Hayır	77	72,99±8,52	50- 89	47,73±7,42	27 - 61	120,71±14,07	77 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,876 p=0,381		Z=1,446 p=0,148		Z=1,353 p=0,176	
Zorluk yaşama nedenleri							
İlaç almayı unutma nedeniyle							
Evet	20	73,60±7,39	58- 83	49,15±5,95	35- 59	122,75±11,21	93 - 141
Hayır	92	73,27±8,77	50- 89	48,23±7,27	27 - 61	121,50±14,40	77 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,076 p=0,939		Z=0,228 p=0,819		Z=0,239 p=0,811	
Rahatsızlık nedeniyle							
Evet	6	67,17±12,22	57- 85	46,50±7,69	37- 58	113,67±19,58	94 - 143
Hayır	106	73,68 ± 8,19	50- 89	48,50±7,03	27- 61	122,18 ± 13,43	77 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,448 p=0,147		Z=0,776 p=0,437		Z=1,235 p=0,217	
İlaç kullanım durumunu değerlendirme							
Kötü	11	74,27±10,16	58- 89	47,18±7,64	35- 58	121,45±16,56	93 - 139
Orta	9	67,33±7,35	58- 76	46,78±8,36	34- 59	114,11±11,45	92 - 127
İyi	92	73,80±8,27	50- 88	48,7±6,88	27- 61	122,50 ±13,63	77 - 146
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=5,169$ p=0,075		$\chi^2=0,896$ p=0,639		$\chi^2=3,456$ p=0,178	

EK 6. Devamı... Hastaların Öz Bakım Yönetimini ve İlaça Uyumunu Belirlemek Amacıyla Hazırlanan Anket Sorularına Verilen Cevaplara göre ÖBYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	n	Öz Koruma		Sosyal Koruma		ÖBYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max
Son bir hafta içinde, herhangi bir dozu almama durumu nedeniyle							
Evet	31	73,23±7,40	58-84	47,84±6,54	34-59	121,06±12,33	92 - 141
Hayır	81	73,37±8,94	50-89	48,60±7,25	27-61	121,98±14,44	77 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z =0,205 p=0,838		Z =0,869 p=0,385		Z =0,413 p=0,680	
Reçete dışı ilaç kullanma							
Evet	27	74,44±7,88	57-88	48,81±6,60	34-59	123,26 ± 13,51	93 - 144
Hayır	85	72,98 ± 8,72	50-89	48,26±7,20	27-61	121,24 ± 13,99	77 - 146
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,626 p=0,531		Z=0,484 p=0,629		Z=0,674 p=0,500	
Alkollü içecek içme durumu							
Hayır, hiç içmedim	93	73,80±8,61	27-61	48,76±7,02	27-61	122,56 ± 14,01	77-146
Hayır, nadiren içtim	10	72,90 ± 8,03	34-58	45,50±6,93	34-58	118,40 ± 13,91	92-143
Eskiden içtim, şimdi bıraktım	9	69,00±7,48	34-59	47,78±7,41	34-59	116,78 ± 11,56	103-136
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=3,490$ p=0,175		$\chi^2=2,883$ p=0,237		$\chi^2=3,661$ p=0,160	
Stresli yapı durumu							
Evet	78	73,10 ± 8,68	50-89	49,04 ± 6,70	34-59	122,14 ± 13,73	86-146
Hayır	34	73,85 ± 8,20	50-88	46,91 ± 7,67	27-61	120,76 ± 14,27	77-146
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,361 p=0,718		Z=1,451 p=0,147		Z=0,598 p=0,550	

EK 7. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre İURYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri	n	İlaca Uyum		Reçete Yazdırma		İURYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min-Max	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max
Cinsiyet							
Kadın	60	5,55±1,86	4-11	5,52±1,44	3-9	11,07±2,86	7-20
Erkek	52	5,52±1,97	4-12	5,38±1,29	3-8	10,90±3,00	7-20
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,277 p=0,782		Z=0,561 p=0,574		Z=0,570 p=0,569	
Beden kitle indeksi							
Normal kilo	33	5,39±1,92	4-11	5,36±1,56	3-9	10,76±3,21	7-20
Fazla kilo	54	5,48±1,97	4-12	5,35±1,42	3-8	10,83±3,00	7-20
1.derece obez	15	5,4±1,99	4-11	5,8±0,86	4-7	11,20±2,37	8-17
2.derece obez	10	6,5±1,18	4-8	5,8±1,03	4-7	12,30±2,00	9-15
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=5,966$ p=0,113		$\chi^2=2,260$ p=0,520		$\chi^2=5,007$ p=0,171	
Medeni durum							
Evli	76	5,49±1,81	4-12	5,33±1,28	3-8	10,82±2,74	7-20
Bekâr	12	5,83±2,41	4-11	5,83±1,9	3-9	11,67±3,92	7-20
Diğer	24	5,54±1,98	4-10	5,67±1,34	3-8	11,21±2,98	7-17
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=0,083$ p=0,959		$\chi^2=1,940$ p=0,379		$\chi^2=0,526$ p=0,769	
Eğitim durumu							
Okur-yazar değil	14	6,36±2,17	4-11	5,64±0,93	4-7	12,00±2,80	8-17
İlkokul mezunu	64	5,43±1,67	4-9	5,39±1,29	3-8	10,78±2,74	7-20
Ortaokul mezunu	11	5,27±1,35	4-8	5±1,67	3-8	10,27±2,53	7-14
Lise mezunu	10	5,6±2,07	4-10	4,9±1,66	3-7	10,50±3,63	7-17
Üniversite mezunu	13	5,92±2,22	4-11	6±1,68	3-9	11,92±3,50	7-20
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=6,169$ p=0,290		$\chi^2=4,669$ p=0,458		$\chi^2=4,710$ p=0,318	

EK 7. Devamı.... Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre İURYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri	n	İlaça Uyum		Reçete Yazdırma		İURYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min-Max	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max
Bir işte çalışma durumu							
Evet	34	5,82±2,29	4-12	5,44±1,8	3-9	11,26±3,74	7-20
Hayır	78	5,41±1,71	4-11	5,46±1,15	3-8	10,87±2,49	7-17
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,651 p=0,515		Z=0,045 p=0,964		Z=0,022 p=0,982	
Meslek							
Ev hanımı	37	5,54±1,8	4-11	5,54±1,14	4-8	11,08±2,51	8-17
İşçi	11	5,27±2,45	4-12	4,64±1,75	3-8	9,91±3,70	7-20
Memur	16	6,13±2,16	4-11	5,94±1,61	3-9	12,06±3,47	7-20
Serbest meslek	10	5,9±2,08	4-10	5,6±1,78	3-8	11,50±3,63	7-17
Emekli	38	5,26±1,69	4-9	5,37±1,17	3-8	10,63±2,55	7-16
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=4,391$ p=0,356		$\chi^2=5,986$ p=0,200		$\chi^2=5,503$ p=0,239	
Alerji varlığı							
Yok	95	5,52±1,83	4-11	5,45±1,35	3-9	10,97±2,82	7-20
Var	17	5,65±2,32	4-12	5,47±1,5	3-8	11,12±3,48	7-20
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,043 p=0,986		Z=0,050 p=0,960		Z=0,118 p=0,906	

EK 7. Devamı.... Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre İURYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri	n	İlaça Uyum		Reçete Yazdırma		İURYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max
Ameliyat durumu							
Hayır	44	5,93±2,28	4-12	5,45±1,59	3-9	11,39±3,4	7-20
Evet	68	5,28±1,58	4-10	5,46±1,21	3-8	10,74±2,5	7-17
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,348 p=0,178		Z=0,034 p=0,9,73		Z=0,735 p=0,462	
Mevcut kronik hastalık							
Bir kronik hastalığa sahip olanlar	74	5,61±1,85	4-11	5,45±1,41	3-9	11,05±2,91	7-20
Birden fazla kronik hastalığa sahip olanlar	38	5,39±2,02	4-12	5,47±1,31	3-8	10,87±2,96	7-20
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,931 p=0,352		Z=0,050 p=0,960		Z=0,430 p=0,667	
Aile bireylerinde kronik hastalık durumu							
Hayır	26	5,77±2,32	4-12	5,46±1,61	3-9	11,23±3,66	7-20
Evet	86	5,47±1,77	4-11	5,45±1,3	3-8	10,92±2,67	7-17
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,338 p=0,735		Z=0,067 p=0,947		Z=0,024 p=0,981	

EK 7. Devamı... Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre İURYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri	n	İlaça Uyum		Reçete Yazdırma		İURYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max
Yakınlık derecesi							
Anne/Baba	30	5,67±1,56	4-9	5,7±1,29	3-8	10,43±2,50	7-16
Kardeş	29	4,97±1,64	4-11	5,14±1,19	3-8	11,21±3,00	7-17
Akraba	18	5,44±1,85	4-10	5,17±1,34	3-7	10,22±2,34	7-15
Anne/Baba ve Kardeş	8	6,63±2,45	4-10	6,13±1,36	4-8	12,88±4,19	7-20
Anne/Baba, Kardeş ve Akraba	1	-	5-5	-	7-7	-	15-15
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=6,243$ $p=0,182$		$\chi^2=7,630$ $p=0,106$		$\chi^2=5,349$ $p=0,253$	
Düzenli kontrollere gitme durumu							
Evet	97	5,46±1,8	4-11	5,35±1,34	3-9	10,81±2,71	7-20
Hayır	15	6±2,48	4-12	6,13±1,41	4-8	12,13±3,66	8-20
İstatistiksel değerlendirme		$Z=0,410$ $p=0,682$		$Z=1,942$ $p=0,052$		$Z=1,162$ $p=0,265$	
Mevcut sağlık durumu							
Kötü	20	6±2,05	4-11	5,45±1,85	3-9	11,45±3,56	7-20
Orta	68	5,43±1,94	4-12	5,31±1,2	3-8	10,74±2,83	7-20
İyi	24	5,46±1,67	4-10	5,88±1,33	3-8	11,33±2,60	7-17
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=2,130$ $p=0,345$		$\chi^2=3,689$ $p=0,158$		$\chi^2=1,718$ $p=0,424$	
Yaşam kalitesi							
Kötü	15	6,4±2,47	4-12	5,73±1,91	3-9	12,13±4,02	7-20
Orta	75	5,29±1,72	4-11	5,28±1,26	3-8	10,57±2,63	7-17
İyi	22	5,77±1,95	4-10	5,86±1,25	3-7	11,64±2,79	7-17
İstatistiksel değerlendirme		$\chi^2=3,455$ $p=0,179$		$\chi^2=4,299$ $p=0,117$		$\chi^2=4,087$ $p=0,130$	

EK 8. Hastaların Öz Bakım Yönetimini ve İlaça Uyumunu Belirlemek Amacıyla Hazırlanan Anket Sorularına Verilen Cevaplara göre İURYÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	n	İlaça Uyum		Reçete Yazdırma		İURYÖ Toplam	
		$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max	$\bar{x} \pm ss$	Min- Max
İlaç almada zorluk yaşama							
Evet	35	5,83±2,23	4-12	5,74±1,24	3-8	11,57±3,05	7-20
Hayır	77	5,4±1,73	4-11	5,32±1,41	3-9	10,73±2,83	7-20
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,626 p=0,531		Z=1,565 p=0,118		Z=1,477 p=0,140	
Rahatsızlık							
Evet	6	7±2,68	4-12	5,83±1,72	3-8	12,83±4,26	7-20
Hayır	106	5,45±1,83	4-11	5,43±1,35	3-9	10,89±2,81	7-20
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,732 p=0,083		Z=0,714 p=0,475		Z=1,263 p=0,207	
Yan etkiler							
Evet	4	7,25±2,87	4-11	4,5±1,73	3-6	11,75±4,27	7-17
Hayır	108	5,47±1,85	4-12	5,49±1,35	3-9	10,96±2,88	7-20
İstatistiksel değerlendirme		Z=1,448 p=0,148		Z=1,252 p=0,211		Z=0,379 p=0,705	
Reçete dışı ilaç kullanma							
Evet	27	5,37±1,67	4-9	5,7±0,99	4-7	11,07±2,23	8-16
Hayır	85	5,59±1,98	4-12	5,38±1,46	3-9	10,96±3,11	7-20
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,434 p=0,664		Z=1,135 p=0,256		Z=0,740 p=0,459	
Stresli yapı							
Evet	78	5,58±1,93	4-12	5,41±1,45	3-9	10,99±3,06	7-20
Hayır	34	5,44±1,86	4-11	5,56±1,16	3-7	11,00±2,58	7-17
İstatistiksel değerlendirme		Z=0,327 p=0,744		Z=0,661 p=0,509		Z=0,459 p=0,646	

EK 9. İURYÖ ve Alt Ölçekleri, ÖBYÖ ve Alt Ölçekleri ile Beden Kitle İndeksi, Yaş, Boy ve Kilo Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek puanları		BKI	Yaş	Boy	Kilo
İURYÖ Puanı	r_s	0,137	-0,022	-0,227	0,005
	p	0,149	0,820	0,016	0,957
İlaca Uyum Puanı	r_s	0,088	-0,124	-0,162	-0,008
	p	0,356	0,191	0,087	0,933
Reçete Yazdırma Puanı	r_s	0,088	0,037	-0,216	-0,034
	p	0,357	0,699	0,022	0,720
ÖBYÖ Puanı	r_s	-0,006	0,145	0,104	0,041
	p	0,951	0,127	0,273	0,671
Öz Koruma Puanı	r_s	-0,050	0,087	0,153	0,019
	p	0,600	0,362	0,107	0,840
Sosyal Koruma Puanı	r_s	0,062	0,188	-0,002	0,053
	p	0,514	0,047	0,986	0,582

EK 10. Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirme Bölümü

Sevgili Katılımcı,

‘Dahili Polikliniklere Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu’ başlıklı bu araştırma, Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, **dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimlerini ve ilaca uyumlarını belirlemek** amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla **kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım yönetiminin ve ilaç uyumuna olan etkisi** planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. 72 soruluk, 15-20 dk. zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı

Adı Soyadı: Nigmet KAYA

Telefon: 0507 147 94 02

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

Gönüllü Oluru Bölümü

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, sorumlu araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ya da araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”.

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”.

Gönüllünün, Sorumlu Araştırmacı,

Adı-Soyadı: Ad-Soyadı:

Tarih ve İmza: Tarih ve İmza:

EK 11. Anket Formu**DAHİLİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN
HASTALARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ VE İLAÇ UYUMU****Anket no:**

Sayın Katılımcı,

Dolduracağınız anket, kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimini ve ilaca uyumunu belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yard. Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN

Hemşire: Nigmet KAYA

Tanıtcı Özellikler Formu

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3.Boy: Kilo: BKİ:

4.Medeni Durumunuz: Evli () Bekar () Diğer ()

5.Eğitim durumunuz: () Okuryazar değil () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu
() Lise mezunu () Üniversite Mezunu

6. Bir işte çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

7. Mesleğiniz: Ev hanımı () İşçi () Memur () Serbest () İşsiz ()
Emekli ()

8.Kendinizi hangi sosyo-ekonomik düzeyde görüyorsunuz?

() Düşük () Orta () Yüksek

9.Herhangi bir ilaç, besin vb. alerjiniz var mı? Var () Yok ()

Varsa belirtiniz.....

10. Daha önce bir ameliyat geçirdiniz mi? Evet () Hayır ()

11. Mevcut Kronik Hastalık\Hastalıklarınız:

	Süre	Tedavi
() Diyabet
() KKY
() KOAH
() KANSER

12. Herhangi bir başka kronik hastalığınız var mı? () Evet () Hayır

13. Aile bireylerinden herhangi bir kronik hastalığa sahip olan var mı? : Evet () Hayır () Evet ise 14. Soruya geçiniz.

14. Yakınlık derecesi: 1. Anne /Baba () 2. Kardeş () 3. Akraba ()

15. Hastalığınıza yönelik olarak düzenli kontrollere gidiyor musunuz? : Evet () Hayır () Evet ise 16. Soruya geçiniz.

16. Ne sıklıkta gidiyorsunuz? () 1 ay () 3 ay () 6 ay () 1 yıl () 5 yıl () hiçbir zaman gitmiyorum

17. Mevcut sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Kötü () Orta () İyi ()

18. Yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Kötü () Orta () İyi ()

19. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Evet ise 20-27 arasındaki soruları cevaplayınız.

20. İlacın Adı İlacın Dozu İlacın Sıklığı

.....

21. Bunlardan herhangi birini almada bir zorluk yaşadınız mı? Evet () Hayır ()

Evet ise 22. Soruya geçiniz.

22. Nasıl bir zorluk yaşadınız ?

() ilaç almayı hatırlama () rahatsızlık () yüksek maliyet () yan etkiler

23. Bahsi geçen ilaçlar için, son bir hafta içerisinde ilaç kullanım durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

() Kötü () Orta () İyi

24. Son bir hafta içinde, herhangi bir dozu almadığınız oldu mu? Evet () Hayır ()
Evet ise 25. Soruya geçiniz.

25. Kaç kere ?.....

26. Reçete edilen ilaç dışında ilaç kullanıyor musunuz?: Evet () Hayır ()
Evet ise 27. Soruya geçiniz.

27. Kullanılan ilaç/ilaçları belirtiniz.....

28. Özel bir diyetiniz var mı? () Var () Yok Var ise belirtiniz.....

29. Sigara içiyor musunuz? () Hayır, hiç içmedim () Hayır, daha önce içiyordum bıraktım

() Evet, halen içiyorum.....tane günde/haftada

30. Alkollü içecek içiyor musunuz? () Hayır, hiç içmedim () Hayır, nadiren içerim
() Sürekli içerim () Eskiden içerdim, şimdi bıraktım

31. Stresli bir yapınız var mıdır? () Evet () Hayır

32. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyiniz nasıldır?

() Bağımlı () Bağımsız () Yarı bağımlı

Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi

SCMP-G ANKETİ

Yönergeler: Bir hastalık hayatınızda birçok değişiklikler yapılmasını gerektirebilir. Bu soruların amacı, farklı insanların hastalıkları ile nasıl başa çıktıklarını öğrenmektir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Her cümle için, düşüncelerinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

SORULAR	Hiç katılmıyorum			Kesinlikle katılmıyorum	
	1	2	3	4	5
1.Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum	1	2	3	4	5
2.Hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
3.Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor	1	2	3	4	5
4.Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir	1	2	3	4	5
5.Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
6.Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım	1	2	3	4	5
7.Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum	1	2	3	4	5
8.Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım	1	2	3	4	5
9.Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi	1	2	3	4	5
10.Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor	1	2	3	4	5
11.Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum	1	2	3	4	5
12.Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum	1	2	3	4	5
13.Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
14.Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye	1	2	3	4	5

çalışım					
15. Aktiviterimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum	1	2	3	4	5
16. Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim	1	2	3	4	5
17. Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
18. Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor	1	2	3	4	5
19. Günlük aktiviterimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum	1	2	3	4	5
20. Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım	1	2	3	4	5
21. Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın	1	2	3	4	5
22. Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
23. Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim	1	2	3	4	5
24. Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmek istemiyorum	1	2	3	4	5
25. Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim	1	2	3	4	5
26. Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
27. Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim	1	2	3	4	5
28. Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var	1	2	3	4	5
29. Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum	1	2	3	4	5
30. Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir	1	2	3	4	5
31. Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek	1	2	3	4	5

hastalığımı kontrol altında tutuyorum					
32.Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim	1	2	3	4	5
33.Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor	1	2	3	4	5
34.Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir	1	2	3	4	5
35.Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum	1	2	3	4	5

İLACA UYUM VE REÇETE YAZDIRMA ÖLÇEĞİ (İURYÖ-7)

Şimdi size ilaçlarınızı hangi sıklıkta almayı atladığınızı soracağım.Burada yanlış ya da doğru cevap yoktur. Her bir soru için lütfen ‘hiçbir zaman’ ‘bazen’ ‘çoğunlukla’ ya da ‘her zaman’ şeklinde cevap veriniz.

SORULAR	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
1. İlacınızı almayı ne sıklıkta unutuyorsunuz?	1	2	3	4
2. İlacınızı almamaya ne sıklıkta karar veriyorsunuz?	1	2	3	4
3. Ne sıklıkta reçete yazdırmayı unutuyorsunuz?	1	2	3	4
4. Ne sıklıkta ilaçsız kalıyorsunuz?	1	2	3	4
5. Kendinizi iyi hissettiğinizde ne sıklıkta ilaç almayı aksatıyorsunuz?	1	2	3	4
6. Kendinizi hasta hissettiğinizde ne sıklıkta ilaç almayı aksatıyorsunuz?	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta önceden planlayıp ilaçlarınız bitmeden yenisini yazdırıyorsunuz?	1	2	3	4

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Nigmet KAYA

Uyruğu: T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 20.11.1992/Kocasinan

Medeni Hali: Evli

Telefon: 0507 147 94 02

Fax: -

e-mail: nimetalpagut92@gmail.com

Eğitim

Derece

Lise (2006-2010)

Lisans (2010-2014)

Yüksek Lisans (2016-2019)

Eğitim Birimi

Özel Hisarcıklıoğlu Fen Lisesi

Ahi Evran Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Ortak

Yüksek Lisans Programı Hemşirelik Esasları

Anabilim Dalı

İş Deneyimi

Yıl

2015-2017

2017-2018

Eylül 2018-Halen

Yer

Yozgat Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Hemşiresi

Yozgat Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Hemşiresi

Kayseri Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Hemşiresi

Yabancı Dil

İngilizce