



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARDA GENEL İLAÇ  
UYUMU ÖLÇEĞİ' NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK  
ÇALIŞMASI**

Nazime KARADAMAR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL -2022

# TEZ ONAY FORMU

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Nazime KARADAMAR  
Tez Başlığı : Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Genel İlaç Uyumu  
Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 27.10.2022

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Dr.Öğr.Üyesi Esra K. ÇAMDEVİREN	İstanbul Medipol Üniversitesi	
<u>Sınav Jüri Üyeleri</u>		
Prof.Dr. Sema KUĞUOĞLU	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Doç.Dr. Gülcan BAĞÇIVAN	Koç Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.**

## ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar olan bütün durumlarda etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucunda elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Nazime KARADAMAR



## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince yardım ve desteğini esirgemeyen, değerli bilgileriyle beni yönlendiren değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'e sonsuz saygılarımı sunar ve teşekkür ederim.

Çalışmamda bana yardımcı olan, her zaman destek olan çok değerli çalışma arkadaşlarım Gözde İNAL'a, Merve DARENDELİ'ye Ebru TUTAK'a ve Zeynep ALTINGÜL'e yüksek lisans eğitim sürecim boyunca bana verdikleri desteklerden dolayı teşekkür ederim.

Çalışmamda bana yardımcı olan, çalışmaya gönüllü olarak katılıp vakit ayıran, bilgilerini benimle paylaşıp, verilerin toplanmasına katkı sağlayan kıymetli hastalara, desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Hayatım boyunca hep yanında olan maddi manevi desteklerini esirgemeyen, eğitimim süresince yanımda bulunup sabırla ve güvenle bana destek olan her daim dualarımı benden esirgemeyen başta annem Adile KARADAMAR'a, sevgili babam Faik KARADAMAR'a, sevgili abime, ablama, kardeşime ve yengeme sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim ve özel hayatımda bana her zaman destek veren ve yanımda olan sevgili arkadaşım Ayşe Yekta İNECİK'e ve sevgili Ayşegül TÜRKÖĞLU'na saygı ve sevgilerimi sunar teşekkürü borç bilirim.

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU .....	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ .....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	ix
1. ÖZET .....	1
2. ABSTRACT .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	8
4.1 Kronik Hastalık Tanımı.....	8
4.2 Kronik Hastalıklar ve Epidemiyoloji .....	9
4.2.1 Dünyada kronik hastalıkların epidemiyolojisi .....	9
4.2.2 Türkiye’de kronik hastalıkların epidemiyolojisi .....	10
4.3 Kronik Hastalıklarda Tedaviye Uyum .....	11
4.3.1 Tedaviye uyumun tanımlanması .....	11
4.3.2 İlaç tedavisi uyumu ve önemi.....	11
4.3.3 İlaç uyumunu etkileyen faktörler .....	12

4.4 İlaç Uyumunun Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçüm Araçları .. 14

4.5 Tedaviye Uyumda Hemşirenin Rolü..... 15

**5. MATERYAL VE METOD ..... 17**

5.1 Araştırmanın Amacı ve Türü..... 17

5.2 Araştırma Soruları ..... 17

5.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı..... 17

5.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ..... 17

5.4.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri ..... 18

5.4.2 Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri ..... 18

5.5 Araştırmanın Etik Yönü ..... 18

5.6 Uygulama ..... 19

5.7 Veri Toplama Araçları ..... 19

5.7.1 Hasta tanıtım formu (Ek-1) ..... 20

5.7.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği (GIUÖ Ek-2) ..... 20

5.7.3 İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği (Ek-3) ..... 20

5.8 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Aşamaları..... 21

5.8.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe geçerlik çalışması ..... 21

5.8.1.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin dil geçerliliği..... 21

5.8.1.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin kapsam/içerik geçerliliği..... 23

5.8.1.3 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin yapı geçerliliği .....	23
5.8.1.3.1 Doğrulayıcı faktör analizi .....	23
5.8.1.4 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin yakınsak ve ayrışma geçerliliği .	24
5.8.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe güvenirlik çalışması.....	24
5.8.2.1 Güvenirlik ve madde analizi.....	24
5.9 Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
5.10 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	25
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>26</b>
6.1 Birinci Bölüm.....	26
6.2 İkinci Bölüm.....	28
6.2.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin geçerlik çalışması .....	28
6.2.1.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin içerik/kapsam geçerliliği.....	29
6.2.1.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin yapı geçerliliği .....	30
6.2.1.3 Ayırt edicilik .....	32
6.2.1.4 Yakınsak geçerlilik ve ayrışma geçerliliği .....	32
6.2.1.5 Parelel (Eşdeğer) form geçerliliği .....	33
6.2.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin güvenirlik çalışması.....	33
6.2.2.1 Güvenirlik ve madde analizi.....	33
6.2.2.2 İç tutarlık .....	34

6.2.2.3 Test-tekrar test güvenirligi .....	35
6.2.2.4 Genel İlaç Uyumu Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular.....	36
6.2.2.4.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin son yapısı ve değerlendirilmesi	36
6.2.2.4.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular .....	37
6.3 Üçüncü Bölüm.....	37
6.3.1 Genel İlaç Uyumu puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması .....	38
<b>7.TARTIŞMA.....</b>	<b>43</b>
7.1 Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerinin Tartışması.....	43
7.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması .....	45
7.3 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve ilaç uyumu sonuçlarının tartışması.....	48
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>52</b>
<b>9.KAYNAKLAR .....</b>	<b>53</b>
<b>10.EKLER .....</b>	<b>62</b>
EK-1. Hasta Tanıtım Formu.....	62
EK-2. Genel İlaç Uyumu Ölçeği .....	63
EK-3. İlaç Uyum Bildirim Ölçeği .....	64
EK-4. Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu .....	65
EK-5. Genel İlaç Uyumu Ölçeği İzni.....	66



EK-6. İlaç Uyum Bildirim Ölçeği İzni.....	67
EK-7. Uzman Görüşü Anket Formu .....	68
EK-8. Kurum İzni.....	71
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>72</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>74</b>



## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**BOH:** Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

**CCI:** Commission on Chronic Illness

**CFI:** Comperative Fit Index

**DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi

**DM:** Diabetes Mellitus

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**GIUÖ:** Genel İlaç Uyum Ölçeği

**GFI:** Goodness of Fit Index

**GMAS:** The General Medication Adherence Scale

**HT:** Hipertansiyon

**ICN:** International Council of Nurses

**KAH:** Kroner Arter Hastalığı

**KGİ:** Kapsam Geçerlilik İndeksi

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**RMR:** Root Mean Square Residual

**RMSEA:** Root Mean SquareError of Approximation

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

**TÜİK:** Türk İstatistik Kurumu

**THD:** Türk Hemşireler Derneği

**WHO:** World Healt Organization

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 6.1.1</b> Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=545).....	26
<b>Tablo 6.2.1</b> Kapsam Geçerliliği.....	29
<b>Tablo 6.2.2</b> Genel İlaç Uyumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri .....	30
<b>Tablo 6.2.3</b> Genel İlaç Uyumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Yükleri .....	31
<b>Tablo 6.2.4</b> Genel İlaç Uyumu Ölçeği Puanlarının Alt %27 ve Üst %27 Gruplarına Göre Farklılaşma Durumu.....	31
<b>Tablo 6.2.5</b> CR, AVE, Korelasyon Analizi.....	32
<b>Tablo 6.2.6</b> Paralel Form Korelasyon Analizi .....	33
<b>Tablo 6.2.7</b> Güvenirlik Analizi .....	34
<b>Tablo 6.2.8</b> Genel İlaç Uyumu Ölçeği Madde Analizi .....	34
<b>Tablo 6.2.9</b> Test-Tekrar Test Güvenirliği (n=82) .....	35
<b>Tablo 6.2.10</b> Araştırma Değişkenlerinin Normal Dağılım Değerleri .....	36
<b>Tablo 6.2.11</b> Genel İlaç Uyumu Ölçeği Puan Ortalamaları.....	32
<b>Tablo 6.3.1</b> Genel İlaç Uyumu ve İlaç Uyumu Bildirim Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu .....	38

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.1 Araştırmanın Akış Şeması.....	22
Şekil 6.2.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram.....	31



## 1. ÖZET

### KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARDA GENEL İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bu çalışma, kronik hastalığı olan hastalarda Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğini saptamak amacı ile metodolojik bir araştırma olarak planlanmıştır. Genel İlaç Uyumu Ölçeği, hasta davranışına bağlı uyumsuzluk, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyumsuzluk, ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyumsuzluk olmak üzere üç boyutu ölçmektedir. Araştırmanın evrenini 4 Nisan 2022-20 Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir şehir hastanesinin dahiliye polikliniklerine başvuran ve kronik hastalığı olan hastalar oluşturmuştur. Örneklemeye, araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini taşıyan toplam 545 hasta dahil edildi. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan 'Hasta Tanılama Formu', 'Genel İlaç Uyumu Ölçeği' ve 'İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği' kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS for Windows 22.0 programı ve AMOS 21 programı kullanılmıştır. Ölçeğin dil geçerliliği için 3 uzman tarafından Türkçe'ye çevirisi ve 3 uzman tarafından İngilizceye geri çevirisi yapıldı. Aynı zaman da 10 farklı uzman görüşü alınıp, uzman görüşleri dil ve kapsam açısından incelendi. Bu çalışmada kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) 0.899 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach's Alpha Katsayısı 0.809 olarak bulunmuştur. GİÜÖ'nin zamana göre değişmezliğini belirlemek için test tekrar test yöntemi kullanıldı. İki hafta arayla tekrar test için 82 hastayla tekrar görüşüldü. Test-tekrar test güvenilirlik analizi sonucunda, test-tekrar test ölçek puanları arasında ileri derecede anlamlı ve pozitif bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, GİÜÖ'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve Türk toplumunda kullanılabilir bir ölçek olduğu belirlendi.

**Anahtar kelimeler:** Geçerlik ve Güvenirlik, Genel İlaç Uyumu Ölçeği, Kronik hastalıklarda İlaç Uyumu

## 2. ABSTRACT

### **TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE GENERAL MEDICATION ADHERENCE SCALE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE**

This study was planned as a methodological study to determine the Turkish Validity and Reliability of the General Medication Adherence Scale in patients with chronic diseases. The General Medication Adherence Scale measures three dimensions: incompatibility due to patient behavior, incompatibility due to comorbidity and multiple medication use, and incompatibility due to economic constraints. The population of the study consisted of patients with chronic diseases who applied to the internal medicine outpatient clinics of the city hospital in Istanbul between 4 April 2022 and 20 May 2022. A total of 545 patients who agreed to participate in the study and met the conditions were included in the sample. 'Patient Identification Form', 'General Medication Adherence Scale' and 'Medical Adherence Report Scale' prepared by the researcher were used as data collection tools. SPSS for Windows 22.0 program and AMOS 21 program were used in the statistical analysis of the data obtained in the study. For language validity, the scale was translated into Turkish by 3 experts and into English by 3 experts for language validity. At the same time, 10 different expert opinions were taken and expert opinions were examined in terms of language and scope. In this study, the content validity index was found to be 0.899. The Cronbach's Alpha Coefficient of the scale was found to be 0.809. The test-retest method was used to determine the time invariance of the GMAS. 82 patients were interviewed again for retesting at two-week intervals. As a result of the test-retest reliability analysis, it was found that there was a highly significant and positive correlation between the test-retest scale scores. As a result, it was determined that GMAS is a valid and reliable scale and it can be used in Turkish society.

**Keywords:** Validity and Reliability, General Medication Adherence Scale, Medication Adherence in Chronic Diseases

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler'in 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımladığı kronik hastalıklar, genellikle yavaş ilerleme gösteren, sürekli ve düzenli takip tedavi ve bakım gerektiren, sistemlerde geri dönüşü olmayan yapı ve fonksiyon bozukluklarına yol açabilmektedir (1,2). Günümüzde tüm toplumu etkileyen; kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserler sağlığı etkileyen en önemli bulaşıcı olmayan hastalıklardandır (3). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaş artışı ile beraber kronik hastalıkların da artış gösterdiği ve 65 yaş üzeri her üç kişiden ikisinde en az iki kronik hastalık görüldüğü tespit edilmiştir (4).

Kronik hastalıklar her yıl 41 milyon insanın ölümüne neden olup dünya çapında küresel bir tehdit oluşturmaktadır (5,6). Kronik hastalıklar dünya genelinde gerçekleşen ölüm vakalarının en önemli nedenleri arasında gösterilmekte olup ölüm vakalarının %74'ini oluşturmaktadır (6,7). Aynı zamanda bütün dünyada düşük ve orta gelirli ülkelerde, meydana gelen ölümlerin %80'inin bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir (7). Kronik hastalıklar kavramı bazı bulaşıcı hastalıkların kronikleşmesi nedeni ile DSÖ tarafından "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar" (BOH) kavramı tercih edilmiştir. Birçok kuruluşun kronik hastalıklar ile ilgili tanımları farklılık gösterse de uluslararası alanda yetkin ve saygın kuruluşlar olması nedeniyle, yapılan tanımlar bilimsel anlamda kabul edilen ifadelerdir (8).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre (TÜİK 2019); Türkiye de tüm ölümlerin %76.4'ü kronik hastalıklardan kaynaklanmakta olup en çok ölüm nedeninin sıralaması, %36.8 dolaşım sistemi hastalıkları, %18.4 kanserler, %12.9 solunum sistemi hastalıkları ve %4.4 endokrin hastalıkları olarak belirtilmiştir (9).

Kronik hastalıklar ölüme yol açabilmesiyle beraber hastalık yüküyle yaşam kalitesinde bozulmalara da neden olmaktadır (5,10). Kişinin bir kronik hastalığa sahip olması; hastalık belirtileri ile başa çıkma, tedavinin getirdiği problemler, yaşamında meydana gelen değişikliklere uyum sağlama, hastalıkla beraber yaşamayı öğrenme ve geleceğe dair kaygılar gibi fiziksel bilişsel ve sosyal sorunlarla ilgili pek çok olumsuz

durum bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (10,11). Sağlık profesyonelleri tarafından hasta ve aileye verilen eğitim ve danışmanlık, bireyin ve ailesinin, hastalığın getirdiği sorunlar ile baş etmesine, hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmasına katkı sağlamaktadır. Bu sayede hastanın fiziksel yeterliliği artırılıp kendi bakımını üstlenmesi sağlanmış olup bu süreç içerisinde de yaşam kalitesi en üst düzeye çıkarılmış olmaktadır (11). Sonuç olarak, bireylerin uzun vadeli sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmesi ve sürdürülmesi konusunda eğitim alabilmesi, kronik hastalığın ilerlemesini önleme ve yaşam kalitesinde iyileştirilme çabası dünya çapında devam eden bir ihtiyaç olmaktadır (12). Yapılan birçok çalışmada kronik hastalıkların bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve kronik hastalığın evresinin ilerlemesiyle beraber yaşam kalitesinde kötüleşme olduğu bulunmuştur. Kaya O.'un KOAH tanısı almış 91 hasta ile yaptığı bir çalışmada hastalık evresi ilerledikçe hastaların yaşam kalitelerinde ve prognozlarında kötüleşme olduğu tespit edilmiştir (13).

Kronik hastalıklar ülke ekonomisini olumsuz etkilemekte ve büyük finansal risk oluşturmaktadır. Olumsuz ekonomik koşullar sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte aynı zamanda üretim kaybına da sebep olmaktadır (14,15). Kronik hastalıklardan kaynaklı bu üretim kaybı, sağlık maliyetinden dört kat daha yüksektir (15). Kronik hastalığı olan kişi zaman zaman işe devam edememekte, daha erken emekli olmakta, daha fazla işsiz kalmakta ve cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır. Günümüzde kronik hastalıklar Avrupa sağlık sistemini ciddi şekilde tehdit etmektedir. Avrupa Halk Sağlığı İttifakı'na (European Public Health Alliance-EPHA) göre, Avrupa'da sağlık bakım maliyetlerinin %70-80'i kronik bakım hizmetlerine harcanmaktadır (16). Avrupa Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, yaklaşık 120 milyon Amerikalının bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu ve kişilerin sağlık harcamalarının %70 ile %80'i bulunduğu tespit edilmiştir (15). Görüldüğü gibi kronik hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ekonomilerinde büyük finansal ekonomik risk oluşturmaktadır (17). Ülkemizde de durum benzerlik göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu raporuna göre (TÜİK 2020), 2020 yılında yapılan sağlık harcamaları 2019 yılına göre %24.3 oranında artış göstermiştir (18).



Kronik hastalıkların tedavisi ile ilgili yapılan klinik çalışmalar birçok etkili tedavinin mevcut olduğunu göstermektedir. Fakat dünya genelinde istenilen sonuçların beklendiği gibi olmadığı gözükmekte; bunun en büyük nedeninin de tedavi uyumsuzluğu olduğu kabul edilmektedir (19). Kronik hastalıklarda tedaviye uyum, tedavi başarısının en önemli faktörlerinden biridir. Tedaviye uyum, geniş bir kavram olup, sağlık profesyonelleri tarafından hastaya reçete edilen ilaçların uygun dozda ve uygun sıklıkta alınıp alınmadığı, yapılan önerilere uyumu ve önerilerin yaşam tarzı değişikliği yaratmasını da kapsamaktadır (3). DSÖ' nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklarda uzun dönem ilaç tedavisine uyumun yaklaşık olarak %50 olduğu ve bu oranın gelişmekte olan ülkelerde daha düşük olduğu bildirilmiştir (3,19). Medeni durum, ırk, düşük eğitim seviyesi ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanamaması tedavi uyumunu etkilemektedir. Ayrıca ilaca veya sağlık profesyonellerine güvenin az olması, psikolojik sorunlar, hastanın motivasyon düşüklüğünden kaynaklı davranış biçiminde meydana gelen eksiklikler ve düşük sosyoekonomik durum gibi hastalardan kaynaklı faktörlerden de olumsuz etkilenmektedir (3). Hastalığın ciddiyeti, hastalık süresi ve hastanın hastalık ile ilgili bilgisi, hastanın tedavisinin zor olması, ilaç yan etkileri, ilaç sayısı, uygulama sıklığı, uzun süreli tedavi ve ilaç maliyetleri de tedaviyi olumsuz etkileyen faktörlerdendir (3,20,21). Sağlık sigortasının ilaç uyumunu arttırdığı ve yüksek ilaç fiyatlarının ilaç uyumunu azalttığı gösterilmektedir (21).

Yaşlı nüfusun artması sonucu kronik hastalık prevalansında artış görülmekte ve ileri yaşa bağlı birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalığı olan ve çoklu ilaç kullanan yaşlı hastalarda ilacın alınmasından sonra yan etkilerinin görülme sıklığında artış, ilaç kullanımında uyumsuzluk ve maliyette artma gibi sorunlar yaşanmaktadır (22). Fialova ve ark.'nın sekiz farklı ülkede yaptığı çalışmada, Avrupa ülkesinde uygunsuz ilaç kullanımının olduğu 65 yaş ve üzeri bireylerin %95'inden fazlasının en az bir ilaç aldığı ve %51'inin altıdan fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir (23). Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı önemli bir sağlık sorunudur. Yapılan bir çalışmada, hastaların %70'inin ilaçlarını düzenli almadığı, %28,6'si nin doktorun bilgisi olmadan ilaç kullandığı, %24,5'inin kendisine reçete edilip kullandığı ilacı başka birine de tavsiye ettiği, %34,9'unun ilacın

prospektüsünü okuma gereği duymadığı, %28,3'ünün ilaçların son kullanma tarihlerine bakmadığı, %21'inin ilaçlarının son kullanma tarihlerinin geçtiği, ilaçların yaklaşık üçte birinin uygun şartlarda bulunmadığı belirtilmektedir (24). Kırsal alan ve kentsel alanlardaki sağlık sisteminin sosyolojik açıdan karşılaştırılması için yapılan bir çalışmada ise, kırsal alanda yaşamını devam ettiren bireylerin %68'inin ilaçlarının tamamını kullanmadığı, %30,3'ünün ise iyileştiğini hissedince kalan ilaçlarını devam ettirmeyip bıraktığı bulunmuştur (25).

Kronik hastalık yönetimi, profesyonel sağlık ekibi ile birlikte bilim ve teknoloji ışığında hastalara çok yönlü tanı takip ve tedavi yöntemi ile hizmet vermek, hastalığın beklenen kötü sonuçlarını iyileştirmede ve sağlık bakımındaki maliyeti azaltmada önemlidir. Profesyonel sağlık bakım ekibinin vazgeçilmez ekip üyesi olan hemşire; bilimsel temellere dayalı bilgisi ile hastanın sorunlarına yönelik danışmanlık yapmakta, hastaya rehabilitasyon hizmeti sunmakta ve bireye özgü eğitimler vererek hastanın hastalıkla baş etmesinde etkin rol oynamaktadır (26,27).

Hemşireler, hastalar için lider rolünü üstlenen sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır (28). Hemşire, hastaya uygulanacak ilaçların mevcut etkisi, olası yan etkileri ya da mevcut gereksinimleri gibi birçok faktörü beraber değerlendirebilmektedir (22). İlaçların sağlık sisteminde vazgeçilmez bir önemi olmakla beraber gerektiği zamanda, gerektiği dozda, gerektiği biçimde kullanılması gerekmektedir. İlaçlar uygunsuz kullanımı sonucunda kişiyi ölüme kadar götürebilmekte ve ciddi hasarlara neden olabilmektedir. İlaçların uygun dozda ve uygun biçimde kullanımı sağlığın sürdürülmesi için önemlidir (29). Hasta ve hasta yakını ile sürekli iletişimde olan hemşireler, ilaç tedavisi süresince oluşabilecek riskleri azaltmak ve yapılacak hataları önlemek için önemli bir pozisyonda olup eğitici rolünü yerine getirerek hastanın ilaçları doğru kullanmasına ve tedavi uyumuna katkı sağlayabilmektedir (29,30). Hastaları ve hasta yakınlarını ilaç tedavisinin olumlu yönlerine odaklamak, sosyal ve ekonomik destek sağlamak, tedavi süresince hasta ile beraber aileyi de sürece dahil etmek hastaların iç görülerini geliştirmek ve aile içinde sağlıklı bir ilişki kurmalarına yardımcı olmak ilaç tedavisine uyum için önemlidir (31).

Hemşire, kronik hastalığı olan bireyin sorunlarına yönelik danışmanlık yapmakta ve bireye özgü eğitimler vererek hastalığın yönetiminde etkin rol oynamaktadır (26). Hemşire, verdiği bakım uygulamaları ile hastanın bakım kalitesini arttırmış olup tedaviye uyumunu desteklemektedir. Hemşireler sağlık sistemi içerisinde kronik hastalıkların yönetiminde zamanla daha fazla lider rollerde yer almaktadır. Nitekim yapılan bazı çalışma sonuçları da hemşirelerin hastalık yönetiminde, hasta üzerinde olumlu bir iyileşme yarattığını göstermektedir (28). Sadur ve ark.'nın diyabet tanısı almış yetişkin bireyler üzerine yaptığı bir çalışmada, diyabet hemşiresi eğiticisinin yönettiği hasta grubunun HbA1c düzeylerinde azalma, öz yeterlilik ve hasta memnuniyetinde iyileşme ve sağlık hizmeti kullanımında belirgin bir azalma olduğu bulunmuştur (32). Becger ve ark.'nın koroner kalp hastalığı riski taşıyan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, hemşire tarafından eğitim verilip takibi yapılan grubun hedeflenen kolesterol seviyesine ulaşmasında diğer bireylere göre 2.5 kat daha etkili olduğu bulunmuştur (33).

Bu bilgiler doğrultusunda, kronik hastalığı olan bireylerin ilaç tedavisine uyum düzeyleri değerlendirilmelidir. Ulusal literatürde Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış sınırlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Bu çalışmada daha kapsamlı bir değerlendirme yapan ölçüm aracı olarak Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1 Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalıklar, üç ay veya daha fazla süren, birden fazla risk faktörünün neden olduğu, uzun ve yavaş ilerleme gösteren, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yapısal ve fonksiyonel bozulmalara neden olan, geri dönüşümsüz değişikliklere yol açan hastalıklar olarak tanımlanır (2,34). Kronik Hastalıklar Komisyonu'na (CCI; Commission on Chronic Illness) göre kronik hastalıklar genellikle iyileşmenin tam anlamıyla mümkün olmadığı, sürekli, yavaş ilerleme gösteren, çoğu zaman kalıcı sakatlığa neden olan, oluşmasının nedenleri arasında sosyo-ekonomik, kişisel ve kalıtsal faktörlerin gösterildiği, çoğunlukla non-enfeksiyöz yapıdaki hastalıklar olarak tanımlamıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sürekli tedavi ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyulduğu düşünülen kronik hastalıkların, uzun süreli olma eğiliminde olduğu ve genetik, çevresel, fizyolojik ve davranışsal faktörlerin birleşimi sonucu ortaya çıktığı bir sağlık problemidir (5). ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin (NCHS) tanımına göre de hastalığın süresinin üç aydan fazla sürmesi ile kronik adını almaktadır (8).

Kronik hastalıkları akut hastalıklardan ayıran en önemli özellik; kronik hastalıkların tamamen iyileşmemesi ve hastalığın ilerleyişinin kendisiyle sınırlı olmamasıdır (35). Kronik hastalıklar kalıcı yetersizlik ve fonksiyonel bozukluklara yol açabilmekte ve ölüme kadar götürebilmektedir (16,36). Kronik hastalıklar sadece ölümcül olma yönünden değil sebep oldukları hastalık yükü dünya çapında her geçen gün artan halk sağlığı ve kalkınma sorunu haline gelmektedir. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar, neden olduğu olumsuz yaşam şartları ve erken ölümler sonucunda iş gücünün üretkenliğini ciddi biçimde etkilemekte, bu ise sosyoekonomik kalkınma üzerinde olumsuz bir etkiye neden olmaktadır (36). Kronik hastalıklar sağlık hizmeti, bakım ve tedavi için gerekli maddi yük yönünden toplumlara ve ülkelere ekonomik ve finansal risk oluşturmakta ve fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir (36,37). Türkiye nüfus yapısı bakımından halen genç nüfus ağırlıklı olup, gelişmekte olan ülkelere benzemektedir. Ülkemizde ölüm nedenleri bakımından gelişmiş ülkelerdekine benzer şekilde olup kronik hastalıklardan kaynaklanan ölümler öne

çıkılmaktadır. Zamanla riskler kontrol altına alınmadığı takdirde, 10 yıl sonra yaşlı nüfusun artması ile kronik hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı ölümler arttığında, sağlık sistemine olumsuz etkileri sürekli artacak ve sosyo-ekonomik gelişmeyi tehdit edecektir. Ekonomik yük analizi, hükümetin bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilgili sağlık hizmeti harcamalarının buz dağıının yalnızca görünen yüzü olduğunu göstermiştir; verimlilik kaybından kaynaklanan ilave gizli maliyetler sağlık hizmeti harcamalarından fazladır. 2016 yılında bulaşıcı olmayan hastalıkların Türk ekonomisine toplam maliyeti 69,7 milyar TL bulunmuştur (38).

## **4.2 Kronik Hastalıklar ve Epidemiyoloji**

Dünyada eğitim düzeyindeki yükselme, gelir düzeyindeki artış, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, tedavi imkanlarının eskiye göre artması gibi etkenler hastalıklara bağlı ölümlerde görece azalmaya ve beklenen yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur (14). Sağlık alanında meydana gelen gelişmeler her ne kadar olumlu sonuçlar meydana getirirse de beraberinde getirdiği yaşam değişiklikleri ile de olumsuz sonuçlar doğurarak, kronik hastalıkların insidans ve prevalansında artışa neden olmaktadır (11). Yapılan çalışmalar, kronik hastalıkların ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal yapısına bakılmaksızın günden güne artması nedeniyle küresel düzeyde sağlık sistemini tehdit eden önemli bir yük olduğunu göstermektedir (14).

### **4.2.1 Dünyada kronik hastalıkların epidemiyolojisi**

Dünya Sağlık Örgütü her yıl milyonlarca insanın bulaşıcı olmayan hastalıklar yani kronik hastalıklardan öldüğünü ve bu ölümlerin dünyadaki tüm ölümlerin %71'ine eşit olduğunu vurgulamaktadır. Bu ölümler genellikle yaşlı nüfusla ilişkilendirilse de veriler her yıl kronik hastalıklardan kaynaklı ölümlerin 15 milyondan fazlasının 30 ila 69 yaşları arasında meydana geldiğini göstermektedir. Tüm bu erken ölümlerin %85'ini düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (7, 39). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 Global Hastalık Raporu'na göre 2019 yılında ilk 10 ölüm nedeni, dünya çapında 55,4 milyon ölümün %55'ini oluşturmaktadır. Bu rapora göre ilk 10 ölüm nedeninden 7'sinin kronik hastalıklardan kaynaklandığı

belirlenmektedir. Dünyadaki bu ciddi ölümlerin birinci sırasında kalp hastalıkları (%16), ikinci sırada İnme (%11), üçüncü sırada KOAH (%6), altıncı sırada trakea, bronş ve akciğer kanseri, yedinci sırada Alzheimer ve diğer demans formlar ve dokuzuncu sırada diyabet yer almaktadır (40).

Kronik hastalıklar genellikle çoklu sağlık problemi (Multimorbidite) olarak görülmektedir. Multimorbidite aynı kişide iki yada daha fazla kronik hastalığın bir arada görülmesi anlamına gelmektedir. İskoçya'da çoklu sağlık sorunu ile ilgili yapılan bir çalışmada tüm hastaların %42.2'sinde bir veya birden fazla hastalık %23.2'sinde de çoklu hastalık olduğu bulunmuştur (8). İngiliz Genel Uygulama Dergisinde yayımlanan başka bir çalışmada ise İskoçyalı 65-74 yaş grubundaki hastaların multimorbidite sıklığı %59 olarak sonuçlanmıştır. Bu oranın yaş ile birlikte arttığı, 75 yaş üzeri grupta ise bu oranın %76'e çıktığı bulunmuştur (41). Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp hastalığı, kanser ve diyabet gibi hastalıklar ölüm ve sakatlık nedenlerinin önde gelen nedenleri arasında gösterilmektedir (42). Kanada da her yıl ölümlerin %67'si kanser, diyabet, kardiyovasküler ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi dört ana kronik hastalıktan kaynaklanmaktadır. 20 yaş ve üzerindeki her beş Kanadalıdan üçünün kronik bir hastalığı var ve beş kişiden dördü risk altındadır (43).

#### **4.2.2 Türkiye'de kronik hastalıkların epidemiyolojisi**

Kronik hastalıklar dünya çapında olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Global Hastalık Raporu'nda Türkiye'de ölüm nedenleri içinde birinci sırada kalp hastalıkları, ikinci sırada inme, üçüncü sırada akciğer kanseri, dördüncü sırada KOAH ve beşinci sırada diyabet yer almaktadır (40). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK-2018) çalışmaları sonucu ortaya çıkan verilere göre ülkemizde tüm ölümlerin %76,4'ünün kronik hastalıklardan dolayı olduğu tespit edilmiştir. Ölüm vakaları sırası ile dolaşım bozukluğu (%37,8), kanserler (%19,3), solunum sistemi hastalıkları (%12,2), ve endokrin hastalıkları (%4,7) ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (44).

### **4.3 Kronik Hastalıklarda Tedaviye Uyum**

#### **4.3.1 Tedaviye uyumun tanımlanması**

Ülkemizde ve tüm dünyada gelişen teknoloji ve biliminle beraber; tanı ve tedavi yöntemleri gelişmiş, kronik hastalıklara bağlı ölümler azalmış ve beklenen yaşam süresi uzamıştır (3). Yaşam süresinin uzaması istenen bir şey olmakla beraber kronik hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olmaktadır (6).

Kronik hastalıklar uzun süreli ilaç tedavisi ve genellikle de çoklu ilaç tedavisi gerektirmektedir (3). Kronik hastalıkların tedavisinde ilaç tedavisi çok önemli olup tedavi başarısını belirleyen en önemli etken tedaviye uyumdur (3,45) Uyum; tüm tedavilerde başarının anahtarı olup, hasta bireyin sağlık personelleri tarafından kendisine yapılan önerileri kabul edip bunlara uyum göstermesi kişinin davranışlarını değiştirebilmesi olarak tanımlanmaktadır (46,47). Her birey yaşamı boyunca karşılaştığı farklı sorunlara belirli ölçülerde uyum sağlama yetisine sahip olmasına rağmen hastalığın ortaya çıkması ile bireyin uyumunu büyük oranda etkileyebilmektedir. Özellikle de yaşam biçiminde değişikliklere neden olan çok yönlü fonksiyonel kayıplara sebep olan ve başkalarına bağımlı olmayı gerektiren kronik hastalıklar, bireyin uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (46,48). Yapılan bazı çalışmalar uzun süreli ve çoklu ilaç tedavisi gerektiren kronik hastalıklarda ilaç uyumunun yaklaşık %40 ile %60 arasında olduğunu göstermektedir. Bu oranlar her iki reçete dozundan yaklaşık birinin reçete edildiği gibi kullanılmadığını düşündürmektedir (49). Hastane başvurularının %30'undan fazlası ilaca uyumsuzluk nedeniyle ortaya çıktığı bildirilmiştir (50).

#### **4.3.2 İlaç tedavisi uyumu ve önemi**

Kronik hastalıklarda tedaviye uyum tedavi başarısını belirlemektedir. Tedavi uyum kavramı sadece reçete edilen ilaçların alınması gibi dar bir kavram anlamına gelmemektedir. Tedavi uyumu, reçete edilen ilaçları uygun doz ve sıklıkta kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, belirlenen tarihte kontrole gelmek, sağlık önerilerine uyum ve yaşam tarzı değişikliklerini yürütmek gibi sağlıkla ilişkili davranışları da kapsayan geniş bir

kavramdır (3,46,51). Kronik hastalıklarda birçok tedavi mevcuttur. Ancak gerçek dünyadaki sonuçlar beklenildiği gibi değildir (19). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine uyumun gelişmiş ülkelerde yaklaşık %50 olduğunu ve bu oranın gelişmekte olan ülkelerde daha düşük olduğunu bildirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü de ülke ekonomisine zarar veren sağlığın gelişmesinde olumsuz etki yaratan kronik hastalıklara karşı tedaviye uyumu arttıran stratejilerin gelişmesini önermektedir (46).

Tedaviye uyumsuzluk ise, hastaların kendilerine yazılan, kullanımı önerilen ilaçları kullanmamaları ya da ilaçlarını düzensiz kullanmaları, kendisine reçete edilmeyen farklı ilaçları kullanmaları, takip ve tedavilerine devam etmemeleri gibi davranış ve tutumlarını kapsamaktadır. Tedaviye uyumsuzluk klinik uygulamalarda çok sık görülen bir durum olmakla beraber hastanın hastaneye tekrar yatışına neden olan, morbidite ve mortalite oranlarını arttıran ve sonuçta hastanın yaşam kalitesini düşüren önemli bir sağlık problemidir (46). İsveç'te inmeli hastalar üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların %25 ile %50'sinin inmeden sonraki iki yıl içerisinde ikincil önleyici ilaç tedavisini bıraktığı gösterilmiştir (52).

#### **4.3.3 İlaç uyumunu etkileyen faktörler**

Kronik hastalığı olan hastalarda sosyo-ekonomik faktörler, hastalık durumu, tedavi çeşidi ve sağlık sistemi gibi faktörler hastanın tedavi uyumunu etkilemektedir (53). Bireyin ilaç kullanma alışkanlıkları, kronik hastalığın varlığı, sosyo-demografik özellikler, eğitim durumu, maddi durumu, cinsiyet, sosyal güvencenin olup olmaması gibi birçok faktörden etkilenmektedir. İlaç kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda sosyo-demografik özelliklere bakıldığında; erkek hastaların, kadın hastalara göre olumsuz yönde tutum sergilediği görülmektedir. Ayrıca ilaç prospektüsünü okumama, kullandığı ilacın son kullanma tarihine bakmama ve arkada-komşu önerisiyle ilaç kullanmaya başlama olumsuz davranışların, erkek hastaların kadın hastalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Öğrenim düzeyi arasındaki farka bakıldığında; öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlık kuruluşuna gitme oranı artmakta ve evdeki duran ilaçları kullanma oranı azalmakta iken, öğrenim düzeyi azaldıkça da bilinçsiz ilaç kullanma durumu artmaktadır (24).



İlaçların tıbbi özellikleri, hastanın kullanması gereken ilaç sayısı, ilaç almak için gereken maddi güç, ilacı almak için hastanın ekonomik kısıtlılığı ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir (54). Hastaların geçmiş bilgileri, ilaçlar hakkındaki bilgi ve inançları ilaç uyumunu etkilemektedir (19). İlaç tedavisinde hastaların ilaçlar hakkındaki inançları uyumsuzluğun en önemli belirleyicisi olarak tanımlanmıştır. 18 ülkede 96 hakemli yapılan bir çalışmada, uyumsuzluğun ilaçlarla ilgili ve inançlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (55). Aynı zamanda hekim/hemşire-hasta arasındaki iletişim sorunları, hasta ile ilgilenen primer sağlık personelinin olmaması, doktor ve hemşirelerin hastaları yeteri kadar ziyaret etmemesi ilaç uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Ayrıca yapılan çalışmalarda, ilaçların ciddi yan etkilerinin olması, reçetelerin tekrarlanmasındaki zorluklar, hastanın ekonomik sıkıntıları, ilaç fiyatlarının yüksek olması, karmaşık tedavi planları ve hastanın tedaviye olan olumsuz inançlarının olması gibi nedenlerle hastanın bilinçli olarak ilaç kullanmama durumları olduğu belirtilmiştir (54).

Reçete edilen ilaçlara uyumsuzluk tüm yaş gruplarını olumsuz yönde etkilemektedir. Fakat yaşın ilerlemesiyle birlikte algılama ve düşünme hızında gerileme, dikkatsizlik, unutkanlık gibi meydana gelen değişiklikler kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırarak ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir. Özellikle de 65 yaş üstü bireylerde kullanılan ilaç sayısının artması ile beraber çoklu ilaç kullanımı, ilaç etkileşimlerine, yan etkilerin görülme sıklığının artmasına, ilaç dozunu almayı unutmaya ya da bilinçli olarak ilaç almamaya neden olmaktadır (56).

Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi, dünyada ve Türkiye’de önemli bir halk sorunudur. İlaçların doğru ve düzenli alınması tedavinin başarısını etkileyen en önemli faktörlerdendir. Türkiye’de 18 yaş üstü 61 yetişkin bireyle yapılan bir çalışmada, hastaların önemli bir oranının ilaçları düzenli kullanmadığı saptanmıştır. Kırsal kesimde yaşayan hastaların %27,9’unun doktor reçetesi dışında başlarının tavsiye ettiği ilaçları kullandığı, %50,8’inin ilaçların son kullanma tarihlerine bakmadığı, %55,7’nin ilaçlarının prospektüsünü okumadığı saptanmıştır (24).

Türkiye, yüksek düzeyde ilaç kullanımı olan ve aynı zamanda da ilaç üretiminde dışa bağımlılık göstermekte olan bir ülkedir. Türkiye 2017 yılında dünyadaki en büyük

17. ilaç pazarı olarak gösterilmektedir (24). İlaç tüketimi yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması ve bilinçsiz ilaç tüketimi gibi nedenlerle artış göstermektedir. (57). Dünyada ve ülkemizde ilaç kullanımı kapsamında en sık görülen yanlış davranışlar; gereksiz antibiyotik kullanımı, ilaçların gerekenden fazla reçete edilmesi, pahalı ilaç kullanımı, ilacın kullanım şeklinin yanlış olması ve hekim kontrolü dışındaki kullanımlardır. Bu durum sağlık ekonomisindeki yükü artırmakta ve sağlık hizmetleri kullanımında eşitsizliklerine neden olmaktadır (24).

#### **4.4 İlaç Uyumunun Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçüm Araçları**

İlaç uyumunun değerlendirilmesine yönelik ulusal literatürde Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış sınırlı sayıda ölçek bulunmaktadır (58-63). Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ), Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği, İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ve İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçekler ilaç uyumu değerlendirmek için geliştirilmiştir ölçüm araçlarıdır.

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği 2013 yılında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 59 hasta üzerinde yapılmıştır. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı almış hastaların tedaviye uyum düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Ölçek 4 soru iki seçenekli (evet/hayır) kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Antipsikotik tedaviye uyum için Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yılmaz tarafından yapılmıştır. Şizofreni hastaları üzerinde ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını da Muslu yapmıştır (58). Yine Morisky İlaça Uyum Ölçeği Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hipertansiyon tanısı almış 196 hastaya uygulanıp Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Hipertansiyon tanısı alan hastaların ilaç uyumunu ölçmek amaçlı yapılmıştır (59).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş ve üstü 768 hasta üzerinde yapılmıştır. 21 sorudan oluşan ölçek bireylerin akıllı ilaç kullanım bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlamıştır. Çalışmanın iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alpha) 0.79 bulunmuştur (60).

İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği 2003 yılında Ogedegbe ve ark. tarafından geriatrik HT hastalarının antihipertansifleri düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulamak amaçlı geliştirilmiş olup 2008 yılında 13 maddelik olarak revize edilmiştir. Ölçek 2012 yılında Hacıhasanoğlu ve ark. tarafından Türkçe diline uyarlanmıştır (61).

İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği, Horne ve Hankins (2001) tarafından geliştirilmiş, 2019 yılında Esin Temeloğlu ve ark. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. 5 maddeden oluşan ve 5'li likert tipinden oluşan ölçek ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (62,63).

#### **4.5 Tedaviye Uyumda Hemşirenin Rolü**

Kronik hastalık yönetimi, bütüncül bakım koordinasyonu ve tedavide sürekliliği sağlamada profesyonel ekip çalışmasının desteklenmesinde, kronik hastalık bakımının geliştirilmesinde, hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde ve bakımın maddi yükünü azaltmada önemli bir yere sahiptir. Başarılı ve etkin bir kronik hastalık yönetimi profesyonel, disiplinli ve koordineli olan bir sağlık bakım ekibini gerektirmektedir (1). Hemşireler hasta ile ilk iletişime geçen sağlık çalışanı olarak, sağlık hizmeti ortamlarının çoğunda yer aldıkları, hastalara fiziksel olarak yakın oldukları ve hastalar ile doktorlar arasında ara yüz görevi gördükleri için bir sağlık bakım planı uygulamak ve koordine etmek için önemli bir pozisyona sahiptirler (64,65).

Hemşire, sağlık profesyonelleri içinde kronik hastalıkların bakım yönetiminde sergiledikleri mesleki liderlik rolleriyle ekibin önemli ve vazgeçilmez bir üyesidir. Aynı zamanda hemşire, kronik hastalığı olan bireyin hastalığına yönelik bütüncül bakım planlayarak, hasta için danışmanlık, rehabilitasyon ve bireye özgü eğitim planlarını yaparak hastalıkları yönetmede, toplumsal ve bireysel sağlık düzeyinin yükselmesinde etkin rol alır (1,66).

Hemşireler kronik hastalığı olan bireylere bakım verirken hastanın ve ailesinin; yaşam kalitesini fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden artıracak bir tutum sergileyerek, bireyin hem tedavi hem de tedaviye uyum sürecinde kendisi ile ilgili kararlar almasını kendi bakımıyla ilgili sorumluluk üstlenmesini sağlamaktadır (67). Hemşireler,

hemşirelik süreci yoluyla, sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme, hastalık varlığı durumunda bozulan sağlığı düzeltme, bireyin sağlık problemleriyle baş etmesine yardımcı olmak amacıyla bütüncül bakım vermektedirler (68).

Kronik hastalıklar uzun süreli bir bakım ve tedavi gerektirdiğinden ve bireysel farklılıklar olduğundan, bireye özgü planlanması gerekmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerde uygulanan bakımda kuram ve modellerin kullanımı; hemşirelik bakımında yapılan bakımın sistemli olmasına, birey ve ailesine bütüncül bakım sağlamasına ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olur (54).

Hemşire planladığı ve uyguladığı bakım sürecinin her basamağında etik karar verme, kritik düşünme, oluşabilecek bir problemde bilimsel çözüm odaklı ve iletişim kurma becerisine sahip olmalıdır. Böylelikle hasta ve yakınına bütüncül, bireyselleştirilmiş ve profesyonel bir bakım sunmuş olmaktadır (54).

## **5. MATERİYAL VE METOD**

### **5.1 Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu çalışma, kronik hastalığı olan hastalarda Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türk diline uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacı ile yapılmış metodolojik bir çalışmadır.

### **5.2 Araştırma Soruları**

1. Kronik hastalığı olan hastalarda “Genel İlaç Uyumu Ölçeği” Türk toplumu için geçerli bir ölçek midir?
2. Kronik hastalığı olan hastalarda “Genel İlaç Uyumu Ölçeği” Türk toplumu için güvenilir bir ölçek midir?
3. Kronik hastalığı olan hastalarda ekonomik kısıtlılık ilaç uyumunu etkiler mi?

### **5.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı**

Araştırma 4 Nisan 2022-20 Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir şehir hastanesinin dahiliye polikliniklerine başvuran hastalar ile yapılmıştır. Şehir hastanesinde günlere göre açık olan poliklinik sayısı değişmekle beraber 12 poliklinik bulunmaktadır. Dahiliye poliklinikleri randevu sistemi ile çalışmakta olup, hafta içi 5 gün 8.30-16.20 mesai saatleri arasında hizmet vermektedir. Randevu sistemi her 10 dakikaya 1 hasta düşecek şekilde planlanmıştır. Hizmet veren her poliklinik günlük ortalama 50 hasta karşılamaktadır. Dahiliye polikliniklerinde çalışmak üzere toplamda 20 uzman hekim ve 82 asistan hekim bulunmaktadır. Dahiliye polikliniklerine gelen hastalar için de kan alma ünitesinde 4 hemşire, EKG odasında 2 hemşire ve 1 diyabet hemşiresi görev yapmaktadır.

### **5.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

4 Nisan 2022-20 Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir şehir hastanesinin dahiliye polikliniklerine başvuran kronik hastalığı olan hastalar

araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma örnekleme ise, ölçek uyarlama çalışmalarında kabul edilen örneklem büyüklüğü belirleme yöntemine göre hesaplanmıştır. Bu yöntemle göre ölçek çalışmalarında örneklem sayısı ölçeğin içerdiği madde sayısının en az 5-10 katı olmalıdır (69). Genel İlaç Uyumu Ölçeği 11 maddeden oluşmaktadır. Bu durumda örneklem büyüklüğünün en az 55-110 ( $11 \times 5 = 55$ ,  $11 \times 10 = 110$ ) arasında bir sayı olması gereklidir.

04 Nisan 2022-20 Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir şehir hastanesinin dahiliye polikliniklerine başvuran ve araştırma kriterlerine uygun 618 hasta ile görüşülmüştür. Bu hastaların 65'i çalışmaya katılmayı reddettiği ve 8 hasta da çalışmadan çekildiği için araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun toplam 545 hasta örnekleme oluşturmuştur.

#### **5.4.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri**

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- ✓ En az 6 ay önce tanı konulmuş kronik hastalığı bulunan hastalar,
- ✓ En az 6 aydır kronik hastalığına yönelik ilaç kullanan hastalar,
- ✓ Türkçe anlayıp konuşan ve okuyabilen
- ✓ 18 yaş ve üzeri olanlar

#### **5.4.2 Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri**

- ✓ Gebe hastalar
- ✓ Ameliyat planlanan hastalar
- ✓ 4 ve daha fazla kronik hastalığı bulunanlar
- ✓ Bilişsel bozukluğu olanlar
- ✓ İletişim engeli olanlar

#### **5.5 Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı'ndan 07/09/2021 tarihinde 905 karar numarası ile onay alındı (Ek-9). Çalışmanın ilgili hastanede yürütülmesi için kurum izni ve İl Sağlık

Müdürlüğü'nden 25/01/2022 tarihinde onay alındı (Ek-8). Araştırmacı tarafından hastalara veri toplama formları uygulamadan önce çalışmanın amacı, ölçeğin yanıtlanması için gereken süre, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri takdirde ölçek sorularına yanıt vermeyi bırakabilecekleri açıklandı. Hastaların sözel ve yazılı onamları alındı (Ek-4). Araştırmada kullanılan Genel İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği'nin Türk diline uyarlanması için ölçeği geliştiren araştırmacılardan izin alındı (Ek-5). Çalışmada paralel ölçek olarak kullanılan İlaç Uyumu Ölçeği'nin çalışmada kullanılması için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan izin alındı (Ek-6). Araştırmada elde edilen tüm veriler sadece bu çalışma için kullanıldı.

## **5.6 Uygulama**

Çalışma, araştırma kriterine uygun 545 hasta da elde edilen veriler ile gerçekleştirildi.

Veri toplama, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle, katılımcılara araştırmaya dair bilgi verildikten sonra sözel ve yazılı onamları alınarak yapıldı. Veri toplama süresi her bir hasta için yaklaşık olarak 10-15 dakika sürdü.

Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğini belirlemek için tekrar test yöntemi kullanılmıştır (70). Bu amaçla araştırmaya katılan hastalara ilk gün bilgilendirme yapılırken test tekrar test uygulaması anlatıldı ve kabul eden hastalardan daha sonra görüşmeye çağrılabilmesi için iletişim numaraları alındı. Katılımcılardan 82 hastaya 2 hafta sonra ölçek tekrar uygulandı. Uygulama yüz yüze görüşme ve telefonla görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi.

## **5.7 Veri Toplama Araçları**

Veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde “Hasta Tanıtım Formu” (Ek-1), ikinci bölümde “Genel İlaç Uyumu Ölçeği” (Ek-2), üçüncü bölümde “İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği” (Ek-3) kullanılmıştır.

### **5.7.1 Hasta tanıtım formu (Ek-1)**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış hasta tanıtım formu hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, kronik hastalıkları, kronik hastalık süresi ve kronik hastalıkları için kullandığı ilaç sayısı ile ilgili 11 soru bulunmaktadır.

### **5.7.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği (GIUÖ Ek-2)**

Atta Abbas Nagvi ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilen ve orijinal adı “The General Medication Adherence Scale (GMAS)” olan ölçek kronik hastalığı olan hastalar için gerçekleştirilmiştir. Ölçek 11 maddeden oluşmakta ve her zaman 0, sıklıkla 1, nadiren 2, hiçbir zaman 3 olacak şekilde 4'lü likert tipindedir. Ölçekte “Hasta davranışı nedeniyle uyumsuzluk kasıtlı- kasıtsız” (1-5 arasındaki maddeler), “Ek hastalık ve ilaç yükü nedeniyle uyumsuzluk” (6-9 arasındaki maddeler), “Ekonomik kısıtlamalar nedeniyle uyumsuzluk (10 ve 11. Maddeler) olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar ilaç uyumunun yüksek olduğunu düşük puanlar ise ilaç uyumunun düşük olduğunu gösterir. Orijinal ölçekte kesim noktaları 30-33 puan yüksek uyumu, 27-29 puan iyi uyumu, 17-26 puan kısmi uyumu, 11-16 puan düşük uyumu, 0-10 puan zayıf uyum olarak değerlendirilmektedir (71). Bu çalışmada kesim noktaları belirlenmemiştir. Toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Ölçeğin orijinalinin Cronbach's Alpha değeri 0.84 bulunmuştur (71).

### **5.7.3 İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği (Ek-3)**

Horne ve Hankins (2001) tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek için geliştirilen orijinal adı “Medication Adherence Report Scale (MARS)” olan ölçek jenerik bir ölçektir (62).

Esin Temeloğlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında, İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği hastalarda ilaç uyumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır (63). Ölçek 5 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert tipi olan ölçek



için katılımcılardan her maddede yer alan durum için kendilerinde görülme sıklığını ifade etmeleri istenmektedir. Maddelerden elde edilen puan toplamı da testin toplam puanını göstermektedir. Elde edilen puanların toplamının yüksek olması uyumluluğu, puanların toplamının düşük olması da uyumsuzluğu göstermektedir (62). Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach's Alpha değeri 0.78 bulunmuştur (63).

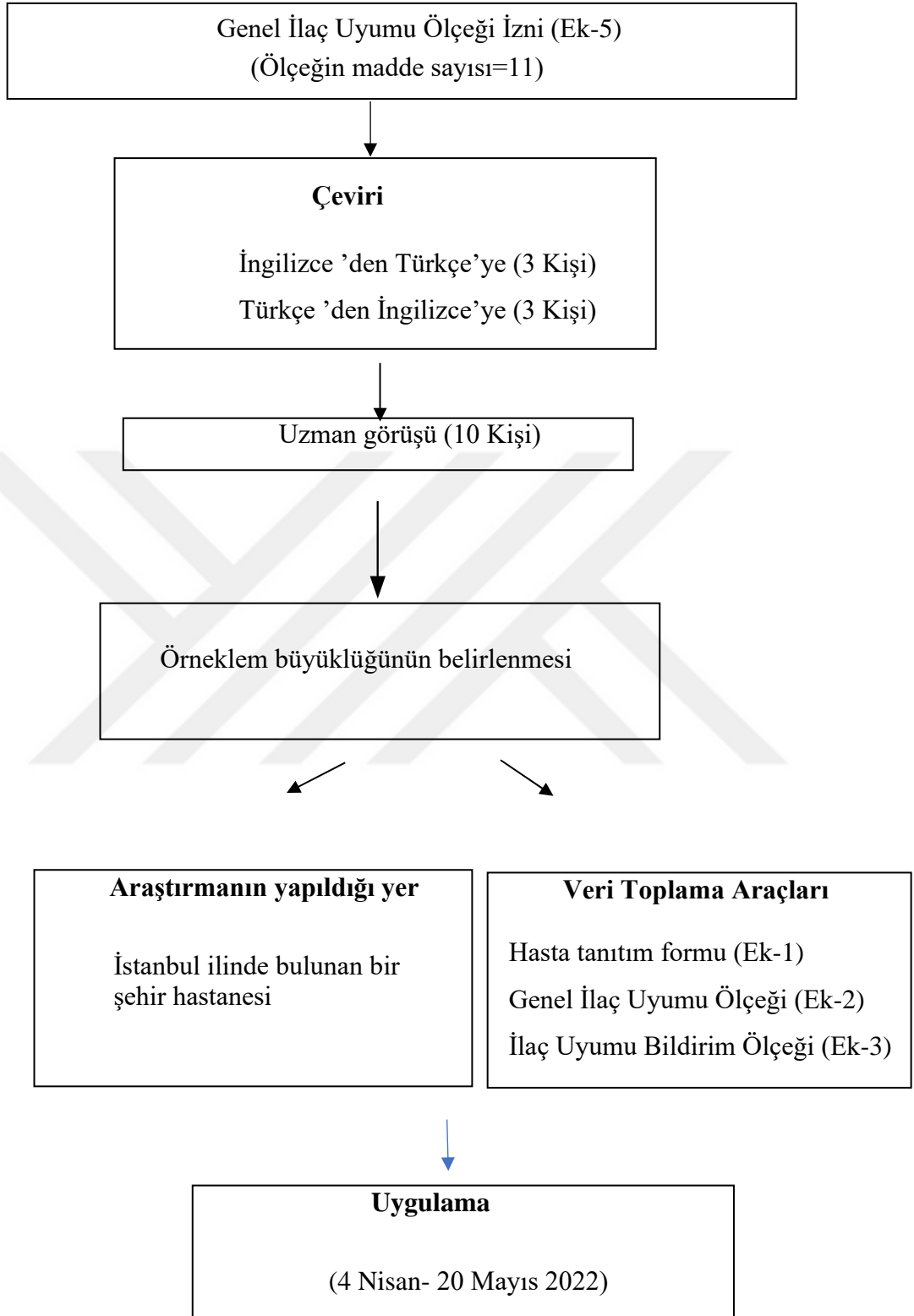
## **5.8 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Aşamaları**

### **5.8.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe geçerlik çalışması**

Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin geçerlilik çalışmasında; dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, madde ayırt edicilik işlemi, yakınsak geçerliliği ve ayrışma geçerliliği ve değerlendirildi.

#### ***5.8.1.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin dil geçerliliği***

Ölçeğin dil geçerliğini sağlamak için ana dili Türkçe olan ve ileri düzeyde İngilizce bilen alanlarında uzman 3 farklı çevirmen tarafından birbirlerinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrildi. Türkçe'ye çevrilmiş olan 3 farklı ölçekten araştırmacı tarafından en uygun ifadeler seçilerek tek bir Türkçe ölçek oluşturuldu. Elde edilen Türkçe ölçek tekrar ileri düzey İngilizce bilen üç farklı kişi tarafından İngilizce'ye çevrildi. İngilizce çevirilerden en uygun ifadeler seçilip tek bir İngilizce ölçek elde edildi. Bu İngilizce ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırılarak anlam açısından fark olmadığı belirlendi.



Şekil 5.1 Araştırmanın Akış Şeması

### **5.8.1.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin kapsam/içerik geçerliliği**

Yapılan ölçeğin kapsam geçerliliği belirlemek için alanında uzman 10 kişiden görüş alındı. Uzmanlardan ölçeğin Türkçe maddelerini açıklık, yalınlık, dilin Türkçe'ye uygun kullanımı ve anlaşılabilirliği açısından görüş belirtmeleri istendi. Uzman kişilerden ölçekteki her madde için “tamamen uygun (4)”, “uygun (3)”, “kısmen uygun (2)” ve “uygun değil (1)” ifadelerinden en uygun olanı seçerek 1-4 arasında puanlama yapması istendi. Puanlama haricinde ek öneri yazmak isteyen uzman kişiler öneri kısmında öneri ve görüşlerini bildirdi. Uzman kişilerden alınan öneriler doğrultusunda ölçekten herhangi bir madde çıkarılma gereği duyulmadı. Orijinal ölçekteki tüm maddeler kullanıldı. Uzman kişilerden alınan önerilerden yola çıkılarak tek bir form oluşturuldu ve daha sonra oluşturulan ölçeğin son hali yazara gönderilerek onayı alındı. Kapsam geçerlilik indeksi'nin 0.80 olması indeksin kabul edilebilir bir düzeyde olduğunu gösterir (72,73).

### **5.8.1.3 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin yapı geçerliliği**

Araştırmada yapı geçerliliği saptamak için doğrulayıcı faktör analizleri hesaplandı.

#### **5.8.1.3.1 Doğrulayıcı faktör analizi**

Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin değerlendirilmesinde Doğrulayıcı Faktör Analizi yöntemleri kullanıldı. Doğrulayıcı faktör analizi, daha önceden tanımlanmış ve sınırlandırılmış bir yapının bir model olarak doğrulanıp doğrulanmadığını test etmek için kullanılan bir analiz yöntemidir.

Doğrulayıcı faktör analizi için  $\chi^2/sd$  değeri, GFI (Uyum İyiliği İndeksi), AGFI, CFI (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), RMR uyum indeksleri değerlendirildi. Araştırmanın modeli yapısal eşitlik yol (path) analizi ile test edildi.

#### **5.8.1.4 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin yakınsak ve ayırışma geçerliliği**

Ölçüm modelinde yer alan değişkenlerin yapı geçerliliğini test edebilmek için yapı güvenirliğini (CR-composite reliability) ve Ortalama Açıklanan Varyans (AVE-average variance extracted) değerleri incelenmiştir. AVE değeri standardize edilmiş faktör yüklerinin karelerinin toplamının madde sayısına bölünmesiyle bulunur. Bu koşulun sağlanması yakınsak geçerliliğin sağlandığı anlamına gelmektedir (74). Yakınsak geçerliliği gösteren diğer bir gösterge de, CR değerinin 0,7 den büyük olmasıdır (75). Yakınsak geçerlilik için, ölçeğe ilişkin CR değerinin AVE değerinden büyük olması ve AVE değerinin de 0,5'ten büyük olması beklenmektedir (74).

#### **5.8.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe güvenirlik çalışması**

Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenirliğinin belirlenmesinde iç tutarlılık, madde toplam korelasyon katsayısı, test-tekrar test güvenirliği hesaplandı.

##### **5.8.2.1 Güvenirlik ve madde analizi**

Güvenirliğin değerlendirilmesi için iç tutarlılık hesaplanmıştır. Güvenirlik analizi ölçekte bulunan maddelerin birbirleriyle ve ölçek geneli ile tutarlı olup olmadığını göstermektedir. Araştırmacılar tarafından aynı anlaşılıp anlaşılmadığını da belirlemektedir. Ölçeğin güvenirliği Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlendi.

#### **5.9 Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı ve AMOS 25 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodları olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Verilerin analizinde, geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapıp, analiz türleri olarak dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, madde ve ayırt edicilik işlemi, yakınsak geçerlilik ve ayırışma geçerliliği kullandı. Geçerlik analizleri kapsamında, dil geçerliliği için dil uzman görüşü alındı. Kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik oranı (KGO) ve kapsam geçerlilik indeksi

(KGI) hesaplandı. Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi kapsamında, düzeltilmiş ki kare istatistiği ( $\chi^2/sd$ ), uyum indeksi (GFI), düzeltilmiş uyum indeksi (AGFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), yaklaşık hataların karekökü (RMSEA) ve artık kareler ortalama karekökü (RMR) kullanıldı. Madde ayırt edicilik işlemi için bağımsız gruplar t-testi (%27'lik Alt ve Üst Gruplar) kullanıldı. Yakınsak geçerlilik ve ayrışma geçerliliği için AVE ve CR değerlerine bakıldı. Güvenirlik analizleri kapsamında, iç tutarlılık için Cronbach's Alpha güvenirlilik katsayısı bulundu. İç tutarlılık ve madde analizi için madde-korelasyon değerleri, zamana karşı tutarlılık içinde test tekrar test yöntemi ve sınıf içi korelasyon katsayısı kullanıldı.

### **5.10 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmamız kapsamında, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında İstanbul ilinde bir şehir hastanesinin dahiliye polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul edip onay formunu (EK-4) imzalayan hastalardan elde edilen bulgular ile sınırlıdır. Araştırma da orijinal ölçek dikkate alınarak 4 ve üzeri kronik hastalığı olan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde kronik hastalığı olan hastalar ile Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya ait verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verildi.

### 6.1 Birinci Bölüm

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik özelliklerine ait bulgulara yer verildi.

**Tablo 6.1.1** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=545)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş (Ort: 50,061±13,740)</b>		
30 ve altı	59	10,8
31-40	71	13,0
41-50	127	23,3
51-60	144	26,4
60 Üzeri	144	26,4
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	358	65,7
Erkek	187	34,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	434	79,6
Bekar	111	20,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	46	8,4
İlkokul Mezunu	223	40,9
Ortaokul Mezunu	75	13,8
Lise Mezunu	101	18,5
Üniversite Mezunu	100	18,3
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	163	29,9
Hayır	382	70,1
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	231	42,4
Çalışan Memur	38	7,0
Emekli	123	22,6
İşçi	57	10,5
Diğer	96	17,6

<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir Giderden Az	230	42,2
Gelir Gidere Eşit	279	51,2
Gelir Giderden Fazla	36	6,6
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	524	96,1
Yok	21	3,9
<b>Kronik Hastalıklar*</b>		
Astım	34	6,2
Diyabetes Mellitus	218	40,0
Hipertansiyon	242	44,4
KOAH	16	2,9
Tiroid	106	19,4
Koroner Arter Hastalığı	70	12,8
Kronik Böbrek Yetmezliği	18	3,3
Diğer**	123	26,8
<b>Hastalık Süre</b>		
1 yıl ve altı	43	7,9
2-5 Yıl	162	29,7
6-10 Yıl	135	24,8
11-15 Yıl	71	13,0
16-20 Yıl	80	14,7
20 Yıl Üzeri	54	9,9
<b>Kullanılan İlaç Sayısı</b>		
Tek İlaç	176	32,3
2-5	308	56,5
5 Üzeri	61	11,2

\*Birden fazla seçilen maddeler

\*\*Gastrit, migren, epilepsi, gut, bronşit, ankilozan spondilit vb.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgulara yukarıda yer almaktadır.

Hastaların %67,7'si (358) kadın hasta idi. Hastaların %10,8'i (59) 30 ve altı, %13,0'ü (71) 31-40 yaş arası, %23,3'ü (127) 41-50 yaş arası, %26,4'ü (144) 51-60 yaş arası %26,4'ü (144) 60 yaş üzeri dağılım gösterdi. Yaş ortalaması  $50,061 \pm 13,740$  (Min=19; Maks=86) olarak saptandı. Hastaların %79,6'sı (434) evli ve hastaların %29,9'u (163) çalışan hasta idi.

Hastalar eğitim durumuna göre %8,4'ü (46) okuryazar, %40,9'u (223) ilkokul mezunu, %13,8'i (75) ortaokul mezunu, %18,5'i (101) lise mezunu, %18,3'ü (100) üniversite mezunu olarak dağıldı.

Hastalar mesleğe göre %42,4'ü (231) ev hanımı, %7,0'i (38) memur, %22,6'sı (123) emekli, %10,5'i (57) işçi, %17,6'sı (96) diğer olarak dağılım gösterdi. Hastalar aylık gelire göre %42,2'si (230) gelir giderden az, %51,2'si (279) gelir gidere eşit, %6,6'sı (36) gelir giderden fazla olarak bulundu. Hastaların %96,1'inin (524) sosyal güvencesi vardı.

Hastaların %6,2'si (34) astım, %40,0'ı (218) DM, %44,4'ü (242) HT, %2,9'u (16) KOAH, %19,4'ü (106) tiroid, %12,8'i (70) KAH, %3,3'ü (18) KBY hastası olarak dağılım gösterdi.

Hastalar en uzun kronik hastalık süresine göre %7,9'ü (43) 1 yıl ve altı, %29,7'si (162) 2-5 yıl, %24,8'i (135) 6-10 yıl, %13,0'ü (71) 11-15 yıl, %14,7'si (80) 16-20 yıl, %9,9'u (54) 20 yıl üzeri olarak dağılım gösterdi "En uzun kronik hastalık süresi" ortalaması  $10,809 \pm 8,913$  (Min=0.5; Maks=45) olarak saptandı.

Hastalar kullanılan ilaç sayısına göre %32,3'ü (176) tek ilaç, %56,5'i (308) 2-5, %11,2'si (61) 5 üzeri olarak dağılım gösterdi.

## **6.2 İkinci Bölüm**

Bu bölümde Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik bulgularına yer verilmiştir.

### **6.2.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin geçerlik çalışması**

Kronik hastalığı olan hastalarda çalışılan Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin geçerlik çalışmasında; dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve paralel form geçerliliği değerlendirildi.



### 6.2.1.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin içerik/kapsam geçerliliği

Kapsam geçerliliğini saptamak için alanında uzman 10 dil bilimcisinden görüş alındı. Türkçe çevirisi yapılan ölçek hakkında dilin uygun kullanımı, anlaşılabilirlik ve yalınlık açısından değerlendirmeleri istendi. Uzmanlar her bir madde için “4=tamamen uygun”, “3=uygun”, “2=kısmen uygun”, “1=uygun değil” şeklinde 1-4 arasında puanlama yaparak değerlendirdi. Ayrıca her bir madde için ek öneride bulunmak isteyen uzmanların öneriler kısmında gerekli açıklamaları yapmasıyla görüşleri alındı (Ek-7). Kapsam geçerlilik indeksi Davis tekniği kullanılarak hesaplandı. Çalışmada elde edilen verilere göre kapsam geçerliliği oranının 0,8 ile 1 arasında değiştiği kapsam geçerlilik indeksinin (KGİ) 0,899 olduğu bulundu.

**Tablo 6.2.1** Kapsam Geçerliliği

	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	Uzman 7	Uzman 8	Uzman 9	Uzman 10	I-CVI
<b>Başlık</b>	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	0,909
<b>Likert</b>	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	0,909
<b>Ara başlık</b>	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ1</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ1</b>	3	4	2	4	4	4	4	4	3	4	0,818
<b>GIUÖ1</b>	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ1</b>	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ1</b>	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	0,909
<b>Ara başlık</b>	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ6</b>	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ7</b>	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ8</b>	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ9</b>	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,909
<b>Ara başlık</b>	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	0,909
<b>GIUÖ10</b>	3	4	2	4	3	4	4	4	4	4	0,818
<b>GIUÖ11</b>	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	0,909
										<b>S-CVI</b>	<b>0,899</b>

### 6.2.1.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin yapı geçerliliği

Genel İlaç Uyumu Ölçeği faktörlerin yapı geçerliliğine ilişkin doğruluğunu belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen uyum iyiliği kriterleri aşağıda tabloda verilmektedir.

**Tablo 6.2.2** Genel İlaç Uyumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Değer
$\chi^2/sd$	<2	<5	4.32
GFI	>0.95	>0.90	0.93
AGFI	>0.95	>0.90	0.90
CFI	>0.95	>0.90	0.90
RMSEA	<0.05	<0.08	0.07
RMR	<0.05	<0.08	0.03

Tablo 6.2.2'e göre;

$\chi^2/sd$ : Ki Kare/Serbestlik derecesi değeri 4.32,

GFI: Uyum iyiliği indeks değeri 0.93,

AGFI: Düzeltilmiş uyum iyiliği indeks değeri 0.90,

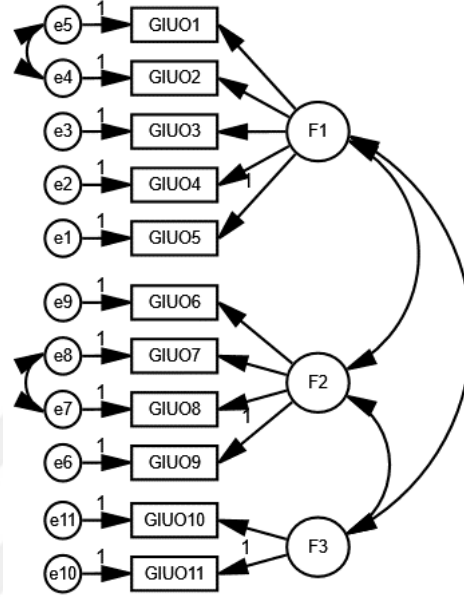
CFI: Karşılaştırılmalı uyum indeks değeri 0.90,

RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama karekökü indeks değeri 0.07,

SRMR: Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamalarının karekök değeri 0.03 olarak bulundu.

Analiz sonuçları, doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan uyum istatistiklerinin ölçeğin daha önceden belirlenen faktör yapısı ile kabul edilebilir seviyede uyumlu olduğu bulundu.

Genel İlaç Uyumu Ölçeği'ne göre ilişkin doğrulayıcı faktör analize ilişkin diyagram aşağıda verilmektedir.



Şekil 6.1.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram

Tablo 6.2.3 Genel İlaç Uyumu Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Yükleri

Maddeler ve Faktörler			B	Std. B	S.Hata	t	p
GIU05	<---	F1	1,000	0,787			
GIU04	<---	F1	0,902	0,617	0,079	11,422	p≤0,001
GIU03	<---	F1	1,262	0,729	0,094	13,359	p≤0,001
GIU02	<---	F1	0,680	0,397	0,094	7,274	p≤0,001
GIU01	<---	F1	0,834	0,464	0,098	8,525	p≤0,001
GIU09	<---	F2	1,000	0,676			
GIU08	<---	F2	0,582	0,406	0,086	6,790	p≤0,001
GIU07	<---	F2	0,778	0,503	0,094	8,258	p≤0,001
GIU06	<---	F2	0,521	0,505	0,063	8,311	p≤0,001
GIU011	<---	F3	1,000	0,479			
GIU010	<---	F3	0,718	0,711	0,156	4,592	p≤0,001

Tablo 6.2.3'te Genel İlaç Uyumu Ölçeği faktör yüklerine göre standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri verilmiştir. Buna göre standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı olduğu belirlendi. Bu sonuçlara göre faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliği doğrulanmaktadır.

### 6.2.1.3 Ayırt edicilik

Ölçek güvenilirliğinde kullanılan diğer bir yöntem de ölçeğin toplam puanının Alt %27 ve Üst %27 olarak gruplara ayrılarak bu gruplar arasında anlamlı bir fark belirlemektir (76).

**Tablo 6.2.4** Genel İlaç Uyumu Ölçeği Puanlarının Alt %27 ve Üst %27 Gruplarına Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Alt %27 (n=147)		Üst %27 (n=147)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Genel İlaç Uyum Toplam	24,157	3,757	32,694	0,463	-23,437	<b>p≤0,001</b>
Hasta Davranışına Bağlı Uyum	10,000	2,246	14,806	0,398	-21,890	<b>p≤0,001</b>
Ek Hastalık ve Çoklu İlaç Kullanımına Bağlı Uyum	9,232	1,883	11,954	0,211	-14,934	<b>p≤0,001</b>
Ekonomik Kısıtlılık Nedeniyle Uyum	4,926	1,221	5,935	0,247	-8,422	<b>p≤0,001</b>

Tablo 6.2.4'de verilen ayırt ediciliğe göre ölçeğin alt ve üst %27'lik kesimleri arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p < 0,05$ ). Bu sonuçlara göre ölçeğin farklılıkları ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı saptandı.

### 6.2.1.4 Yakınsak geçerlilik ve ayırma geçerliliği

**Tablo 6.2.5** CR, AVE, Korelasyon Analizi

	CR	AVE	F1	F2	F3
<b>F1</b>	0,813	0,542	0,736*		
<b>F2</b>	0,824	0,535	0,621	0,732*	
<b>F3</b>	0,859	0,589	0,709	0,643	0,767*

\*Köşegendeki değerler AVE değerinin karekökünü ifade etmektedir

Tablo 6.2.5'te görüldüğü gibi CR değerleri AVE değerlerinden büyük ve AVE değerleri 0,5'ten büyük idi. Ölçeğe ilişkin yakınsak geçerlilik sağlandı. Her bir faktörün AVE değerlerinin karekökü söz konusu faktörün diğer faktörlerle olan korelasyon değerlerinden büyük çıktı. Buna göre ayrımsal geçerliliğin söz konusu olduğu da söylenebilir.

#### 6.2.1.5 Paralel (Eşdeğer) form geçerliliği

**Tablo 6.2.6** Paralel Form Korelasyon Analizi

		<b>İlaç Uyum Bildirim Toplam</b>
<b>Genel İlaç Uyum Toplam</b>	r	0,817**
	p	p≤0,001
<b>Hasta Davranışına Bağlı Uyum</b>	r	0,786**
	p	p≤0,001
<b>Ek Hastalık Ve Çoklu İlaç Kullanımına Bağlı Uyum</b>	r	0,720**
	p	p≤0,001
<b>Ekonomik Kısıtlılık Nedeniyle Uyum</b>	r	0,743**
	P	p≤0,001

Tablo 6.2.6'te Genel İlaç Uyumu ölçeğinin paralel form geçerliliğine ilişkin İlaç Uyum Bildirim puanıyla yapılan korelasyon analizleri verilmektedir. Genel İlaç Uyumu Ölçeği puanlarının İlaç Uyum Bildirim puanları ile pozitif korelasyona sahip olduğu saptandı (p<0,05). Bu bulgular ölçeğin benzer ölçekle paralel ölçüm yaptığını göstermektedir.

#### 6.2.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması

##### 6.2.2.1 Güvenirlik ve madde analizi

Ölçeğin iç tutarlılığını bulmak için güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizi ölçek maddelerinin birbirleriyle ve ölçek geneliyle tutarlılığını göstermektedir. Aynı zamanda katılımcılar tarafından da maddelerin aynı anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemektedir. Güvenirlik, katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılığı ifade etmektedir (77).

**Tablo 6.2.7** Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
0,809	11

Çalışmada kullanılan ve 11 maddeden oluşan ölçeğin güvenirligi Cronbach's alpha değeri 0,809 olarak bulundu.

### 6.2.2.2 İç tutarlık

**Tablo 6.2.8** Genel İlaç Uyumu Ölçeği Madde Analizi

	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde cronbach alpha
<b>GIU01</b>	,541	,786
<b>GIU02</b>	,513	,790
<b>GIU03</b>	,568	,783
<b>GIU04</b>	,466	,794
<b>GIU05</b>	,593	,784
<b>GIU06</b>	,423	,800
<b>GIU07</b>	,541	,786
<b>GIU08</b>	,444	,796
<b>GIU09</b>	,517	,789
<b>GIU010</b>	,369	,804
<b>GIU011</b>	,315	,806

Tablo 6.2.8'de maddelerin iç tutarlılığa etkisine yönelik madde analizi verilmektedir.

Maddelere verilen cevapların maddeler arasında ve ölçek toplamı ile pozitif korelasyona sahip olması beklenir. Pozitif korelasyona sahip olması katılımcıların maddeleri doğru anladıklarını ve verilen cevapların nesnel olduğunu göstermektedir. Ölçekteki her maddenin, maddeler toplamı ile korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması ayırt ediciliğin yüksek olduğunu göstermektedir (76,78)

Yapılan çalışmaya göre, madde toplam korelasyon değeri incelendiğinde 0,3 'ün altında madde olmadığı ve değerlerin 0,31 ile 0,56 arasında değiştiği bulundu.

### 6.2.2.3 Test-tekrar test güvenilirliği

Belirli zaman aralığında çalışmaya katılan aynı katılımcılara tekrar uygulanması ile elde edilen puanlar arasında korelasyon ve değişmezlik ile test tekrar test güvenilirliği belirlendi.

**Tablo 6.2.9** Test-Tekrar Test Güvenirliği (n=82)

	Pearson Korelasyon		ICC	p	%95 Güven Aralığı	
	r	p			Alt	Üst
<b>Genel ilaç uyum toplam</b>	0,907	p≤0,001	0,947	p≤0,001	0,936	0,959
<b>Hasta davranışına bağlı uyum</b>	0,895	p≤0,001	0,925	p≤0,001	0,914	0,937
<b>GIU01</b>	0,766	p≤0,001	0,936	p≤0,001	0,925	0,948
<b>GIU02</b>	0,707	p≤0,001	0,908	p≤0,001	0,897	0,920
<b>GIU03</b>	0,857	p≤0,001	0,944	p≤0,001	0,933	0,956
<b>GIU04</b>	0,743	p≤0,001	0,952	p≤0,001	0,941	0,964
<b>GIU05</b>	0,872	p≤0,001	0,928	p≤0,001	0,917	0,940
<b>Ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum</b>	0,869	p≤0,001	0,927	p≤0,001	0,916	0,939
<b>GIU06</b>	0,763	p≤0,001	0,924	p≤0,001	0,913	0,936
<b>GIU07</b>	0,941	p≤0,001	0,939	p≤0,001	0,928	0,951
<b>GIU08</b>	0,774	p≤0,001	0,933	p≤0,001	0,922	0,945
<b>GIU09</b>	0,761	p≤0,001	0,937	p≤0,001	0,926	0,949
<b>Ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum</b>	0,723	p≤0,001	0,941	p≤0,001	0,930	0,953
<b>GIU010</b>	0,713	p≤0,001	0,928	p≤0,001	0,917	0,940
<b>GIU011</b>	0,735	p≤0,001	0,917	p≤0,001	0,906	0,929

Tablo 6.2.9’de test-tekrar test güvenilirliği korelasyon ve ICC katsayıları verilmektedir. Bu araştırmada ölçek test-tekrar test güvenilirliğine ilişkin iki hafta ara ile 82 kişiden veri toplandı. Test- tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin sınıf içi korelasyon katsayılarının yüksek olduğu, test-tekrar test korelasyon değerlerinin 0,7 ve üzeri olduğu bulundu. Bu bulguya göre ölçeğin kısa zamana bağlı olarak güvenilir bir ölçüm yaptığı söylenebilir.

Çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde yüzde ve frekans analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma

istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerlerine incelenmiştir.

**Tablo 6.2.10** Araştırma Değişkenlerinin Normal Dağılım Değerleri

	N	Basıklık	Çarpıklık
Genel İlaç Uyumu Toplam	545	0,765	-1,110
Hasta Davranışına Bağlı Uyum	545	0,877	-1,103
Ek Hastalık ve Çoklu İlaç Kullanımına Bağlı Uyum	545	0,496	-1,002
Ekonomik Kısıtlılık Nedeniyle Uyum	545	0,842	-0,899
İlaç Uyumu Bildirim Toplam	545	0,903	-0,487

Tablo 6.2.10'da araştırma değişkenlerinin normal dağılım değerleri verilmiştir. Değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1.5 ile -1.5 (36), +2.0 ile -2.0 (37) arasında bir değerde olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Genel İlaç Uyumu Toplam basıklık değeri 0.76, Çarpıklık değeri -1.11 olarak bulundu. Bu değerlere bakarak normal dağılım gösterdiği saptandı.

Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t- testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Turkey, LSD) analizlerinden faydalanıldı.

T-testi ve anova analizlerinde etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare( $\eta^2$ ) katsayıları kullanıldı. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2: küçük, 0.5: orta, 0.8: büyük olarak, eta kare değeri 0.01: küçük; 0.06: orta, 0.14: büyük olarak değerlendirilmektedir (76).

#### **6.2.2.4 Genel İlaç Uyumu Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular**

##### **6.2.2.4.1 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin son yapısı ve değerlendirilmesi**

Genel İlaç Uyumu Ölçeği, hasta davranışına bağlı uyumsuzluk (1-5. Maddeler), ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyumsuzluk (6-9. Maddeler), ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyumsuzluk (10-11. Maddeler) olmak üzere üç boyutu ölçmektedir. İlaça uyum, her alan için ayrı ayrı ve genel olarak da ölçüldü. Tüm



maddeler 4 farklı derecelendirme ile puanlanıp, yani her zaman, çoğunlukla, bazen ve hiçbir zaman derecelendirmeleri sırasıyla 0, 1, 2 ve 3 olarak puanlandı. Hastalar 11 soruya cevap verdi ve 0 ile 33 puan üzerinden değerlendirildi. Orijinal ölçekte, genel ilaç uyumu için derecelendirme; 30-33 puan yüksek uyum, 27-29 puan iyi uyum, son puan 17-26 ise kısmi uyum, 11-16 puan ise düşük uyum olarak değerlendirilip nihai puanı 0 ile 10 arasında olan hastalar zayıf uyum olarak sınıflandırılmıştır. Bu çalışmada kesim noktası belirlenmemiş olup toplam puan üzerinden değerlendirme yapıldı.

#### 6.2.2.4.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular

**Tablo 6.2.11** Genel İlaç Uyumu Ölçeği Puan Ortalamaları

	Ort±Ss	En az - En çok	Ölçek Min- Maks.	Cronbach's Alpha
<b>Genel İlaç Uyum Toplam</b>	29,15±3,86	12-33	0-33	0,809
<b>Hasta Davranışına Bağlı Uyum</b>	12,747±2,320	3-15	0-15	0,802
<b>Ek Hastalık Ve Çoklu İlaç Kullanımına Bağlı Uyum</b>	10,877±1,558	3-12	0-12	0,816
<b>Ekonomik Kısıtlılık Nedeniyle Uyum</b>	5,527±0,876	1-6	0-6	0,806

Hastaların “genel ilaç uyum toplam” ortalaması 29,151±3,864 (Min=12; Maks=33), “hasta davranışına bağlı uyum” ortalaması 12,747±2,320 (Min=3; Maks=15), “ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum” ortalaması 10,87±1,55 (Min=3; Maks=12), “ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum” ortalaması 5,527±0,876 (Min=1; Maks=6) olarak saptandı.

### 6.3 Üçüncü Bölüm

Bu bölümde hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Genel İlaç Uyumu Ölçeği ve İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

### 6.3.1 Genel İlaç Uyumu puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması

**Tablo 6.3.1** Genel İlaç Uyumu ve İlaç Uyumu Bildirim Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	N	Genel İlaç Uyumu Toplam	Hasta Davranışına Bağlı Uyum	Ek Hastalık Ve Çoklu İlaç Kullanımına Bağlı Uyum	Ekonomik Kısıtlılık Nedeniyle Uyum
<b>Yaş</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 Ve Altı	59	29,35±4,09	12,81±2,34	10,94±1,58	5,5±0,95
31-40	71	29,23±3,89	12,71±2,56	11,02±1,58	5,49±0,96
41-50	127	29,22±4,18	12,82±2,39	10,96±1,51	5,42±1,08
51-60	144	29,36±3,77	12,88±2,18	10,87±1,60	5,60±0,68
60 Üzeri	144	28,74±3,68	12,52±2,28	10,69±1,51	5,52±0,81
F=		0,53	0,37	0,56	0,74
p=		0,71	0,82	0,68	0,56
<b>Cinsiyet</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	358	28,78±4,24	12,54±2,43	10,76±1,68	5,47±0,95
Erkek	187	29,85±3,07	13,13±2,05	11,09±1,25	5,62±0,74
t=		-2,81	-2,51	-2,35	-1,62
p=		<b>0,002</b>	<b>0,009</b>	<b>0,012</b>	0,08
<b>Medeni Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	434	29,19±3,88	12,78±2,30	10,87±1,54	5,53±0,88
Bekar	111	28,98±3,91	12,60±2,38	10,87±1,56	5,50±0,88
t=		0,44	0,54	0,27	0,03
p=		0,66	0,58	0,78	0,97
<b>Eğitim Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Okuryazar	46	29,04±3,88	12,56±2,30	10,91±1,47	5,56±0,86
İlkokul Mezunu	223	28,86±3,97	12,58±2,34	10,82±1,61	5,45±0,90
Ortaokul Mezunu	75	29,44±3,33	13,12±2,03	10,72±1,42	5,60±0,77
Lise Mezunu	101	29,59±3,70	13,00±2,38	10,99±1,50	5,60±0,70
Üniversite Mezunu	100	29,18±4,14	12,65±2,38	10,99±1,64	5,54±1,02
F=		0,76	1,16	0,53	0,74
p=		0,55	0,32	0,71	0,55
<b>Çalışma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	163	29,49±3,49	12,88±2,20	10,94±1,46	5,66±0,81
Hayır	382	29,00±4,03	12,68±2,36	10,84±1,58	5,46±0,90
t=		0,96	0,59	0,31	2,12
p=		0,33	0,55	0,75	<b>0,02</b>
<b>Meslek</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ev Hanımı	231	28,52±4,42	12,37±2,54	10,68±1,74	5,46±0,95
Çalışan Memur	38	28,73±3,96	12,10±2,39	10,94±1,37	5,68±0,95
Emekli	123	29,81±3,20	13,17±2,05	11,13±1,14	5,49±0,82
İşçi	57	29,96±3,92	13,15±2,49	11,10±1,59	5,70±0,70
Diğer	96	29,50±3,07	13,09±1,74	10,85±1,59	5,55±0,86
F=		2,35	2,94	1,28	0,90

p=		0,05	<b>0,02</b>	0,27	0,45
PostHoc=		3>1, 4>1, 5>1 (p<0.05)	3>1, 4>1, 5>1, 3>2, 4>2, 5>2, 3>1, 5>1, 3>2 (p<0.05)		
<b>Aylık Gelir</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Giderden Az	230	28,13±4,47	12,37±2,53	10,48±1,87	5,27±1,03
Gelir Gidere Eşit	279	29,93±3,11	13,06±2,10	11,16±1,21	5,71±0,67
Gelir Giderden Fazla	36	29,52±3,54	12,66±2,19	11,13±1,12	5,72±0,77
F=		14,62	5,57	13,33	17,55
p=		<b>0,000</b>	<b>0,004</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
PostHoc=		2>1, 2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 2>1 (p<0.05)	2>1, 2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1, 2>1, 3>1 (p<0.05)
<b>Sosyal Güvence</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	524	29,10±3,88	12,71±2,31	10,85±1,55	5,52±0,89
Yok	21	30,33±3,93	13,47±2,20	11,33±1,52	5,52±0,71
t=		-1,04	-1,00	-0,93	-0,33
p=		0,29	0,31	0,35	0,73
<b>En Uzun Süre</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1 Yıl Ve Altı	43	29,18±3,620	12,53±1,95	11,14±1,62	5,51±1,05
2-5 Yıl	162	29,37±3,644	12,77±2,13	11,04±1,51	5,55±0,86
6-10 Yıl	135	29,35±3,499	12,83±2,32	10,91±1,23	5,60±0,81
11-15 Yıl	71	29,74±3,438	13,14±2,41	10,85±1,39	5,74±0,49
16-20 Yıl	80	28,23±4,574	12,42±2,59	10,40±1,97	5,41±0,85
20 Yıl Üzeri	54	28,50±4,725	12,55±2,54	10,81±1,74	5,13±1,18
F=		1,73	0,90	2,16	3,74
p=		0,12	0,47	0,05	<b>0,002</b>
PostHoc=					4>5, 2>6, 3>6, 4>6, 4>5, 1>6, 2>6, 3>6, 4>6 (p<0.05)
<b>Kullanılan İlaç Sayısı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Tek İlaç	176	29,56±3,92	12,84±2,37	11,08±1,53	5,64±0,85
2-5	308	28,98±3,92	12,59±2,36	10,85±1,54	5,53±0,87
5 Üzeri	61	28,78±3,55	13,23±1,75	10,41±1,57	5,14±0,97
F=		1,13	2,75	2,19	4,14
p=		0,32	0,06	0,11	<b>0,017</b>
PostHoc=				1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3, 1>3, 2>3 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yaşa göre hastaların genel ilaç uyum toplam, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum, ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum, ilaç uyum bildirim toplam puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Cinsiyete göre, kadınların genel ilaç uyum toplam puanları ( $x=28,785$ ), erkeklerin genel ilaç uyum toplam puanlarından ( $x=29,850$ ) düşük bulundu ( $t=-2,815$ ;  $p=0.002<0.05$ ;  $d=0,274$ ;  $\eta^2=0,014$ ).

Kadınların hasta davranışına bağlı uyum puanları ( $x=12,545$ ), erkeklerin hasta davranışına bağlı uyum puanlarından ( $x=13,134$ ) düşük bulundu ( $t=-2,518$ ;  $p=0.009<0.05$ ;  $d=0,255$ ;  $\eta^2=0,012$ ).

Kadınların ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum puanları ( $x=10,763$ ), erkeklerin ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum puanlarından ( $x=11,096$ ) düşük bulundu ( $t=-2,350$ ;  $p=0.012<0.05$ ;  $d=0,215$ ;  $\eta^2=0,010$ ).

Hastaların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Hastaların medeni duruma göre genel ilaç uyum toplam puanı, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum, ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum toplam puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Hastaların eğitim durumuna göre genel ilaç uyum toplam, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum, ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum toplam puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Çalışanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları ( $x=5,669$ ), çalışmayanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarından ( $x=5,466$ ) yüksek bulundu ( $t=2,124$ ;  $p=0.027<0.05$ ;  $d=0,231$ ;  $\eta^2=0,008$ ).

Hastaların genel ilaç uyum toplam, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum toplam puanları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0.05$ ).

Mesleğe göre hastaların davranışa bağlı uyum puanlarında anlamlı farklılık mevcut ( $F=2,942$ ;  $p=0.02<0.05$ ;  $\eta^2=0,029$ ). Bu anlamlı farklılığın nedeni emekli hastaların hasta davranışına bağlı uyum puanlarının çalışan, memur ve ev hanımı olan hastaların hasta davranışına bağlı uyum puanlarından yüksek olması idi ( $p<0.05$ ). İşçi olanların ve diğer meslek sahiplerinin hasta davranışına bağlı uyum puanlarının ev hanımlarının hasta davranışına bağlı uyum puanlarından yüksek olması idi ( $p<0.05$ ). Emekli ve işçi olan hastaların hasta davranışına bağlı uyum puanlarının çalışan ve memur hastaların hasta davranışına bağlı uyum puanlarından yüksek olması idi ( $p<0.05$ ). Diğer meslek sahiplerinin hasta davranışına bağlı uyum puanlarının çalışan, memur ve ev hanımı olan hastaların hasta davranışına göre uyum puanlarından yüksek olması idi ( $p<0.05$ ).

Hastaların genel ilaç uyum toplam, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum, ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları mesleğe göre anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Aylık gelire göre hastaların genel ilaç uyum toplam puanlarında anlamlı farklılık saptandı ( $F=14,627$ ;  $p=0<0.05$ ;  $\eta^2=0,051$ ).

Hastaların hasta davranışına bağlı uyum puanları aylık gelire göre anlamlı farklılık saptandı ( $F=5,575$ ;  $p=0.004<0.05$ ;  $\eta^2=0,020$ ).

Hastaların ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum puanları aylık gelire göre anlamlı farklılık saptandı ( $F=13,336$ ;  $p=0<0.05$ ;  $\eta^2=0,047$ ).

Hastaların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları aylık gelire göre anlamlı farklılık saptandı ( $F=17,550$ ;  $p=0<0.05$ ;  $\eta^2=0,061$ ).

Hastaların genel ilaç uyum toplam, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum, ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum toplam puanları sosyal güvencesine göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0.05$ ).

İlaçların kullanım sürelerine göre bakıldığında, hastaların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları en uzun kronik hastalık süresine göre anlamlı farklılık

saptandı ( $F=3,740$ ;  $p=0.002<0.05$ ;  $\eta^2=0,034$ ). Farkın nedeni 11-15 yıl olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarının 16-20 yıl ve 20 yıl üzeri olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarından yüksek olması idi ( $p<0.05$ ). 2-5 yıl olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarının 20 yıl üzeri olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarından yüksek olması idi ( $p<0.05$ ). 6-10 yıl olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarının 20 yıl üzeri olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarından yüksek olması idi ( $p<0.05$ ). En uzun süre 1 yıl ve altı ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarının 20 yıl üzeri olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarından yüksek olması ( $p$  idi  $<0.05$ ).

Hastaların genel ilaç uyum toplam, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum, ilaç uyum bildirim toplam puanları en uzun kronik hastalık süresine göre anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Hastaların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları kullanılan ilaç sayısına göre anlamlı farklılık saptandı ( $F=4,142$ ;  $p=0.017<0.05$ ;  $\eta^2=0,020$ ). Farkın nedeni kullanılan ilaç sayısı tek ilaç olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarının kullanılan ilaç sayısı 5 üzeri olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarından yüksek olması idi ( $<0.05$ ). Kullanılan ilaç sayısı 2-5 olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarının kullanılan ilaç sayısı 5 üzeri olanların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarından yüksek olması idi ( $p<0.05$ ).

Hastaların genel ilaç uyum toplam, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum puanları kullanılan ilaç sayısına göre anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

## 7.TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde kronik hastalığı olan hastaların Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nden elde edilen bulguların tartışması sunulmuştur.

### 7.1 Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerinin Tartışması

Ülkemizde ve tüm dünyada yaşlanmakta olan nüfus ve değişmekte olan yaşam şekline bağlı olarak kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (3). Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan verilere göre ülkemizde yaklaşık 22 milyon yetişkine bir kronik hastalık tanısı konmuş ve ilaç tedavisi başlanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerin bilinmesi hastaya takip ve tedavisine planlanacak eğitimler ve girişimler için önemli veri sağlamaktadır (79).

Araştırmaya toplamda 545 hasta alınmış olup, katılan bireylerin yaş ortalaması  $50,061 \pm 13,740$  (Min=19; Maks=86) olarak bulunmuştur. Hastaların yaşa göre dağılımına bakıldığında en çok yaş ortalaması %26,4'ü (144) 51-60 ve %26,4'ü (144) 60 üzeri olarak dağılım göstermektedir (Tablo 6.1.1). Naqvi ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen ve farklı birçok dilde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, bizimde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız ölçeğin orijinali olan Genel İlaç Uyumu Ölçeği 161 Pakistanlı hasta üzerinde yapılmış ve çalışmada hastaların ortalama yaşı 54 olduğu bildirilmiştir (71). Aynı ölçeğin suudi hastalar üzerinde yapılmış Arapça versiyonu da 282 hasta üzerinde yapıp yaş ortalaması  $43.1 \pm 15.8$  olarak bulunmuştur (80). Bir araştırma makalesinde Demirbaş N, Kutlu R. (2020) tarafından yapılan kronik hastalık tanısı konmuş çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumlarının değerlendirildiği çalışmada 275 hastanın %39,62'si (n=109) erkek, %60,38'i (n=166) kadın, yaş ortalaması  $67,42 \pm 11,5$  yaş olarak belirlenmiştir (3). Çalışmaya dahil edilen hasta sayısı ve hastaların yaş ortalaması literatür ile benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda daha fazla hasta sayısına ulaşılmış ve daha geniş yaş grubu dahil edilmiş olup riskli grupların belirlenmesi ve yaş gruplarına özel politikaların geliştirilmesi kronik hastalıkların yönetiminde ve gereksinimlere özel planlamasında katkı sağlayacaktır.

Çalışmaya katılan hastaların %65,7'sinin (358) kadın ve çalışmaya katılan hastaların %79,6'sının (434) evli olduğu bulunmuştur. Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Arapça çevirisi ve doğrulanması için 282 hasta üzerine yapılan çalışmada hastaların çoğu kadın (N=156, %55.3) ve evli (N=210, %74.5) olarak bulunmuştur (81). Çalışmamızdaki cinsiyet ve medeni durum oranları Arapça çevirisi ile benzerlik göstermektedir. Evli hastaların ilaç uyumlarının fazla olması aile bireyleri tarafından desteklenmesi ile ilgili olarak önemli bir gösterge olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna bakıldığında, en fazla ilkokul mezunu olduğu ve örneklemin %40,9'unu (223) oluşturduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, %62,5'inin ilkokul ve ortaokul olduğu tespit edilmiştir (79). Çalışmamızda eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir. Aynı zamanda literatür incelendiğinde araştırmalara katılan hastaların eğitim durumuna bakıldığında büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur (3,79).

Çalışmaya katılan hastaların %29,9'unun (163) çalıştığı, %70,1'inin (382) çalışmadığı tespit edilmiştir. Hastaların sosyal güvencelerine bakıldığında, 524'ü (%96,1) sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Güngör G.'nin (2022) 200 kronik hasta üzerine yaptığı tez çalışmasında hastalardan 191 'inin sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur (79). Hançerlioğlu S. 'ın (2014) kronik hastalar üzerine yaptığı çalışmada hastaların %88,1'inin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (2). Literatüre bakıldığında çalışma sonucumuz diğer araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Kronik hastalığı olan hastaların sosyal güvence varlığı hastaneye düzenli gitmesi, tedavisini aksatmaması ve ilaçlarını düzenli alması için önemlidir.

Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalık dağılımları, %44,4' ün HT, %40,0' ın DM, %19,4'ün Tiroid , %12,8' in kalp damar hastalığı ve %6,2' nin Astım olduğu bulunmuştur. Baysal B. (2021) yaptığı çalışmada, kronik hastalığı olan katılımcıların %71,8'inde HT, %46,0'ında endokrinolojik hastalık, %28,2'sinde kalp-damar hastalığı, %16,2'sinde solunum yolu hastalığı, %14,0'ında romatolojik hastalığı olduğu belirlenmiştir (82). Temeloğlu Ş.E. ve ark.'nın (2019), 234 hasta üzerine yaptığı, İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında,



ilk 3 kronik hastalık dağılımları; %28 'si kas ve iskelet sistemi hastalıkları, %25'i dolaşım sistemi bozuklukları hastalıkları, %25'i endokrin hastalıklardır (63). Literatür incelendiğinde çalışma sonucumuz diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermiştir.

Hastaların en uzun kronik hastalık süresine göre en çok dağılım gösteren 162'si %29,7'si (162) 2-5 yıl olduğu bulunmuştur. "En uzun kronik hastalık süresi" ortalaması  $10,809 \pm 8,913$  (Min=0.5; Maks=45) olarak saptanmıştır. Değirmenci GA. 'nın (2019) kronik hastalık tanısı olan 200 hasta üzerine yaptığı çalışmada en uzun hastalık süresine göre, %30,0'u (60) 8-16 yıl olarak bulunmuştur (83). Literatüre bakıldığında çalışma sonucumuz araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların kullanılan ilaç sayısına göre %32,3'ü (176) tek ilaç, %56,5'i (308) 2-5, %11,2'si (61) 5 üzeri olarak dağılım göstermektedir. Baysal B. (2021), yaptığı çalışmada, katılımcıların %30,4'ü günde 1 ilaç, %19,7'si günde 2 ilaç, %14,5'i günde 3 ilaç ve kalan %35,3'ü günde 4 ve üzeri ilaç kullandığı bulunmuştur (82). Dişçiğil ve ark.'nın çoklu ilaç kullanımına yönelik yaptıkları çalışmada, 127 yaşlı hastanın ortalama aldığı ilaç sayısı  $4.5 \pm 2.8$  arasında olduğu bulunmuştur (84). Literatür incelendiğinde hastaların kullanılan ilaç sayıları paralellik göstermektedir.

## **7.2 Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması**

Genel İlaç Uyumu Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenirliliğinin belirlenmesi için dil geçerliliği ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Dil geçerliliği için birbirinden bağımsız ileri düzey İngilizce bilen 3 kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiş ve çeviriler karşılaştırılarak tek bir ölçek elde edilmiştir. Elde edilen ölçek yine birbirinden bağımsız dil veya alanlarında uzman 3 farklı kişi tarafından İngilizce'ye çevrilmiş ve çeviriler karşılaştırılarak tek bir ölçek elde edilmiştir. İngilizce ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırılıp anlam bakımından farklılık olmadığı saptanmıştır.

Ölçeğin kapsam geçerliliği için alanında uzman 10 kişinin görüşüne başvurulmuştur. Ölçek 11 maddeden oluşmaktadır. Uzman kişiler tarafından alınan öneriler doğrultusunda ölçekten herhangi bir madde çıkarılmayıp 11 madde olarak tek

bir form oluşturuldu. Kapsam geçerlilik oranlarının 0,50 ile 0,99 arasında değiştiği saptandı. Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi (KGI) 0,899 olarak bulundu.

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılıp doğrulayıcı faktör analizi sonucunda da uyum indeksleri incelenmiştir. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), gözlenen (observed) değişkenler ile gizli (Latent) değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçebilen yapısal eşitlik modellerinin (YEM) bir türüdür (85). Doğrulayıcı faktör analizi, faktör yapısı belirli bir ölçeği doğrulamak için test edildiği bir analizdir. Doğrulayıcı faktör analizi sonrası uyum iyiliği indekslerine göre karar verilir (86).

Uyum iyiliği değerleri ile birlikte faktörler arasında korelasyon katsayısının 0.85'ten küçük olması gerekmektedir. Faktörlerin birbirinden ayrı olduğuna ilişkin ayırım geçerliliği sağlanmalıdır. Ayrıca faktör yüklerinin yüksek, hata varyanslarının düşük, maddelerin faktör üzerinde oluşturduğu açıklayıcılık (R2) değerlerinin yüksek olması gereklidir (87).

Uyum indeksleri;  $\chi^2/sd=4,32$ , GFI=0,93, AGFI=0,90, CFI=0,90, RMSEA=0,07 ve RMR=0,03 olarak bulunmuştur (tablo 6.2.2). Bu sonuçlara göre, uyum istatistiklerinin kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır.

Uyum iyiliği indeksleri  $\chi^2/sd$ : 5 ten az olması ölçeğin uyum iyiliği indeksinin iyi olduğu anlamına gelmektedir (88). Bizim çalışmamızda bu değer 4,32 olarak bulunmuş ve kabul edilebilir değerde olduğu saptanmıştır.

GFI: Tamamlayıcı uyum indeksi olarak da bilinen GFI değeri 0-1 aralığında olmalı ve 1'e yaklaşması ölçeğin iyi uyum olduğunu göstermektedir (88). Çalışmamızda GFI değeri 0,93 olarak bulunmuş ve bu değerde geçerli düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır.

AGFI: Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi olarak da bilinir. 0-1 aralığında olması beklenip 1'e yaklaşması iyi uyum olduğunu göstermektedir (88). Bizim çalışmamızda AGFI değeri 0,90 olarak bulunmuş olup kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır.

CFI: karşılaştırılmalı uyum indeksi 0-1 aralığında olması iyi uyumu göstermektedir (88). Bizim çalışmamızda CFI değeri 0,90 olarak bulunmuş ve geçerli düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır.

RMR kök artık kareler ortalaması olarak bilinen değer 0 ile 1 arasında yer almaktadır. Değerin 0'a yaklaşması iyi uyumu göstermektedir (88). Bizim çalışmamızda RMR değeri 0,03 olarak bulunmuştur.

RMSEA tahmini kök hata kareler ortalaması, kötü uyum indeksi olarak da bilinmektedir. Bu değer 0 değerinin mükemmel uyum olduğu anlamına gelmektedir. Aynı zamanda 0,05'in altındaki değer iyi uyum ve 0,08'in altındaki değer ise geçerli değer olarak kabul edilmektedir (88). Bizim çalışmamızda bu değer 0,07 olarak bulunmuş ve geçerli düzeyde uyum olduğu saptanmıştır.

Güvenirlilik analizi, ölçekte bulunan maddelerin birbirleri ve ölçek geneli ile tutarlı olup olmadığını göstermektedir. Aynı zamanda da ölçek ifadelerinin de çalışmaya katılan kişiler tarafından aynı anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemektedir. Güvenirlilik, çalışmaya katılan hastaların ölçek sorularına verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılıktır (76). Maddelere verilmiş olan cevapların maddeler arasında ve ölçek toplamı pozitif korelasyona sahip olması beklenilmektedir. Bu durum çalışmaya katılan hastaların maddelerdeki ifadeleri doğru anladıkları ve objektif cevapladıklarını göstermektedir. Ölçekteki bir maddenin, maddeler toplamı ile korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (76,78). Literatüre bakıldığında ölçeğin güvenirliliği (iç tutarlılık) genellikle Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlenmektedir. Cronbach's Alpha katsayısının değerlendirme kriterleri; “ $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ölçek güvenilir değil”, “ $0,60 \leq \alpha < 0,80$  ölçek oldukça güvenilir” ve “ $0,80 \leq \alpha < 1,00$  ölçek yüksek derecede güvenilir” olarak belirlenmektedir (77). Kronik hastalığı olan hastalarda Genel İlaç Uyumu Ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,809 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Çalışmamıza bakıldığında tablo 6.2.8'de madde korelasyon değerlerinin 0,31 ile 0,56 arasında değiştiği görülmektedir.

Ölçek güvenirliliğinde kullanılan diğer bir yöntemde, ölçek toplam puanının Alt %27 ile Üst %27 olarak gruplara bölünerek gruplar arasında önemli farkın

saptanmasıdır. Oluşturulan bu iki grubun karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir fark olup olmadığını saptamak amacıyla t testi hesaplanmıştır. Genel İlaç Uyumu Ölçeği puanlarına bakıldığında Alt %27 puanı 24.5 Üst %27 puanı 32.6 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre ölçeğin farklılıkları ayırt edebilecek duyarlı bir ölçüm yaptığı bulunmuştur.

Test- tekrar testi ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin sınıf içi korelasyon katsayılarının yüksek olduğu, test-tekrar test korelasyon değerlerinin 0,7 ve üzeri olduğu bulundu. Bu bulguya göre ölçeğin kısa zamana bağlı olarak güvenilir bir ölçüm yaptığı söylenebilmektedir.

Sonuç olarak Genel İlaç Uyumu Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak belirlenmiştir.

### **7.3 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve ilaç uyumu sonuçlarının tartışması**

Kronik hastalığı olan bireyin tedaviye uyup uymaması ve ilaçlarını düzenli kullanması önemlidir. İlaç tedavisinin doğru kullanımı ve bireyin tedaviye uyumu tedavinin de başarılı olması demektir (58). Hastaların ilaç kullanırken uyumlarını kendi kendilerine değerlendirip belgelemek, ilaç uyumunu değerlendirmenin en yaygın, etkili ve daha ucuz yollarından biridir (89). Daha öncede ilaç uyum ölçekleri geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Bununla beraber yapılan çalışmalar ölçeklerin tek başına ilaç uyumunu ölçmek için bir standart olarak kabul edilemeyeceğini bildirmiştir. Geliştirilen ölçeklere bakıldığında maliyete bağlı uyumsuzluk yer almamaktadır. (80,89). Genel İlaç Uyumu Ölçeği sadece hasta davranışına bağlı uyumsuzluk değil diğer ölçeklerden farklı olarak ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımı ve özellikle de ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyumsuzluğu ölçmektedir. Ölçek; hastaların ilaç uyumunu değerlendirmek, farklı grup kronik hastalıklarda uyumsuzluğu daha iyi anlayabilmek ve maliyete bağlı uyumsuzluğu fark edebilmek için yardımcı olabilir ve uyumsuzluğu bulup ilaç uyumunu arttırmaya yönelik girişimler için temel oluşturabilir. Ölçek farklı grup kronik hastalığı olan hastalarda da kullanılabilir. Bu

nedenle kronik hastalığı olan hastalarda Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldı.

Çalışmamızda Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin “genel ilaç uyumu toplam” puan ortalaması  $29,151 \pm 3,864$  (Min-12; Maks-33) olarak bulunmuştur. Ölçeğimizin “hasta davranışına bağlı uyum” ortalaması  $12,747 \pm 2,320$  (Min-3; Maks-15), “ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum” ortalaması  $10,877 \pm 1,558$  (Min-3; Maks-12), “ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum” ortalaması  $5,527 \pm 0,876$  (Min-1; Maks-6) olarak saptanmıştır.

Hastaların genel ilaç uyumu puanları yaşa göre anlamlı bir farklılık saptanmadı. Park ve ark'nın (2018) kronik hastalığı olan hastalarda yaptığı çalışmada yaşın ilaç uyumu ile arasında bir ilişki bulunmamıştır (90). Çalışmamızın sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Genel ilaç uyumuna göre erkek hastaların davranışa bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum puanları kadın hastaların davranışa bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum puanlarından yüksek bulundu. Turhan ve ark.'nın (2014) yaptığı çalışmada hastaların cinsiyete bağlı ilaç uyumunun değişiklik gösterdiğini erkek hastaların kadın hastalara göre ilaç uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur (91). Çalışmamızın sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Hastaların genel ilaç uyum toplam puanı, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum ve ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık saptanmadı. Polanska et al'un (2016) Polonyalı hastalarda yaptığı çalışmada medeni durumuna göre ilaç uyumunda anlamlı farklılık saptanmamıştır (92). Hastaların medeni durumları ilaç uyumunu etkilememiştir.

Eğitim durumu ile ilaç uyum arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar olduğu gibi anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda hastaların genel ilaç uyum toplam puanı, hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum ve ekonomik kısıtlılık nedeniyle

uyum toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık saptanmadı. Brezilya da 147 kronik kalp hastalığı olan hastalarda yapılan çalışmada ilaç uyumunun eğitim durumu ile anlamlı ilişki bulunamamıştır (93). Vatansever ve Ünsar'ın (2014) yaptığı çalışmada hastaların öğrenim düzeyi ve ilaç tedavisine uyumları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (94). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar çalışma sonucumuz ile benzerlik göstermektedir.

Çalışan hastaların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları çalışmayan hastaların ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanlarından yüksek bulunmuştur.

Mesleğe göre hastaların davranışa bağlı uyum puanları anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu anlamlı farklılığın nedeni emekli hastaların hasta davranışına göre uyum puanlarının çalışan, memur ve ev hanımı olan hastaların hasta davranışına bağlı uyum puanlarından yüksek olmasıdır. İşçi olanların ve diğer meslek sahiplerinin hasta davranışına bağlı uyum puanlarının ev hanımı, çalışan ve memurların ilaç uyum bildirim toplam puanlarından yüksek olmasıdır.

Hastaların ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum puanları aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hastaların ilaç kullanım sürelerine göre ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları en uzun kronik hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Alhewiti'nin (2014) Suudi Arabistan'da 18 yaş üstü kronik hastalığı olan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların tanı süresi ile tedaviye uyumları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (19). Dikeç ve Kutlu'nun (2015) çoklu ilaç kullanan hastalar üzerine yaptıkları çalışmada tanı süresi artan bireylerin tedaviye uyum düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur (46). Özer'in (2019) kronik hastalığı olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastaların tanı süreleri ile tedaviye uyumları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (95). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçlarında, hastalık süresinin artması ile ilaç kullanma davranışlarında ve öz yönetim davranışlarında iyileşme beklenmekteydi.

Hastaların genel ilaç uyum toplam puanı hasta davranışına bağlı uyum, ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyum puanları kullanılan ilaç sayısına göre anlamlı bir farklılık saptanmadı. Fakat ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyum puanları ilaç sayısına göre anlamlı farklılık saptandı. Demirbaş ve Kutlu'nun (2020) yaptığı çalışmada ekonomik kısıtlılık dikkate alınmamasından ilaç sayısı arttıkça ilaç uyumunda azalma olduğu bulunmuştur (3). Turhan ve ark'nın (2014) yaptığı çalışmada 4 ve üzerinde ilaç kullanan hastaların ilaç uyumlarının düşük olduğu görülmüştür (91).

Çalışmamızın sonuçları genel olarak literatür ile benzerlik göstermekle beraber, tedaviye uyumda farklılığın sebebi sosyodemografik özellikler, ekonomik durum, kültürel farklılıklar, hastalık ve ilaçlarla ilgili inançlar, hastalığın ciddiyetinin farkında olamama gibi nedenlerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. İlaç uyumsuzluğuna neden olan faktörlerin tespit edilip tedaviye uyumun iyileştirilmesine yönelik girişimlerde bulunmak önem taşımaktadır.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde kronik hastalığı olan hastaların genel ilaç uyum ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının sonuçları verilmiştir.

Çalışmada kullanılan Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0.806 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğimizin yüksek düzeyde güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Araştırma bulgularına göre ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği yüksek bulunmuştur. Bu nedenle Genel İlaç Uyumu Ölçeği kronik hastalığı olan hastalarda kullanılabileceği sonucuma varılmıştır.

Hastaların genel ilaç uyumunda yaşa göre anlamlı farklılık olmadığı,

Kadınların genel ilaç uyum toplam puanlarının erkeklerin genel ilaç uyum toplam puanlarından düşük olduğu,

Medeni durumun genel ilaç uyumda anlamlı bir farklılığın olmadığı,

Hastaların genel ilaç uyumlarının mesleğe göre farklılık göstermediği,

Geliri giderden fazla olanların genel ilaç uyum toplam puanlarının geliri giderden az olanların genel ilaç uyum toplam puanlarından yüksek olduğu,

Hastaların ilaç uyumunun sosyal güvencelerine göre bir farklılık olmadığı,

Kullanılan ilaç sayısının ve kronik hastalık süresinin hastanın ilaç uyumuna anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi.

### **Öneriler;**

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda, ölçeğin Türkçe formunun kronik hastalığı olan hastaların ilaç uyumlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılabileceği önerilmektedir. Hastaların ekonomik kısıtlılığı düşünülerek, gelir düzeylerinin net bir şekilde belirlenip, tespit edilmesi alternatif çözümler bulunması ve hastanın ilaç kullanımının önemi hakkında bilinçlenmesi önerilebilir.



## 9.KAYNAKLAR

1. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin Kullanımı: sistematik derleme. HEMAR-G 2017; 19(2): 57-74.
2. Hañçerliođlu S, Aykar ŞF. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, araştırma makalesi, GÜSBD 2018; 7(1): 175-183.
3. Demirbaş N, Kutlu R. Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. Ankara Medical Journal, 2020; 20(2): 269-280.
4. Bayer N, Uzuntarla Y. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve geleneksel tıp tutumlarının belirlenmesi. Journal of Social and Analytical Health. 2022; 2(1): 21-27. DOI: 10.5281/zenodo.6342695.
5. WHO. Noncommunicable Disease Keys Facts. World Health Organisation. 2022 Erişim: 05.10.2022
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026). Ankara, 2021.
7. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Health topics (2021). [Noncommunicable diseases \(who.int\)](https://www.who.int/noncommunicable-diseases).
8. Hayran O. Kronik/Bulaşıcı olmayan hastalıklarda politikalar ve hastalık yönetimi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2019; 51:6-9. <https://www.researchgate.net/publication/335881426>
9. TÜİK (2019). Türkiye Ölüm Nedeni İstatistikleri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu, 2020. Erişim: 02.05.2022.
10. Acaray A, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 8(1).
11. Kumsar AK, Yılmaz FT. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2014; 2(2), 62-70.
12. Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to support behavioral self management of chronic diseases. Annual Review of Public Health, 2019; 40: 127-146. DOI: 10.1146/annurev pubhealth-040218-044008.

13. Kaya O. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Farklı Gold Evrelerine Göre Yaşam Kalitesi ve Bode İndeksi. P.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 2014, Denizli.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020, Basım 2015 Ankara.
15. Eser U. Kronik hastalıklar ve aile hekimliği. Smyrna Tıp Dergisi 55, İzmir, 2014, 9.
16. Nilay BA, Merve AC. Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2019; 3(2); 140-152.
17. Erkoç Y, Yardım N. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara: Anıl Matbaası; 2011; 15-7.
18. TÜİK (2019). Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık harcamaları istatistikleri 2020. Erişim Tarihi: 15.05.2022
19. Alhewiti A. Adherence to long-term therapies and beliefs about medications. *International Journal of Family Medicine*, 2014;1-8. <https://doi.org/10.1155/2014/479596>.
20. Lemay J, Waheedi M, Al-Sharqawi S, Bayoud T. Medication adherence in chronic illness: Do beliefs about medications play a role? *Patient Preference and Adherence*, 2018; 12, 1687- 1698. DOI: 10.2147/PPA.S169236.
21. Kalpalı YE. İstanbul ili adalar ilçesinde ikamet eden yaşlıların öz bakım gücü ile ilaç uyumu ilişkisinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2019.
22. Kaya H, Turan N, Çulha Y, Aydın ÖG. Yaşlı bireylerde ilaç yönetiminde hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 2018; 4(2):120-126.
23. Fialova D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, Schroll M, Onder G, Sørbye LW, Wagner C, Reissigová J, Bernabei R. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 2005; 293(11):1348-1358. DOI:10.1001/jama.293.11.1348

24. Haney MÖ, Kudubeş AA. Determination of medication use habits of adults living in rural area. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2017; 11(4):213- 220.
25. Kızılcılık S. Kırsal kesim ve kentsel kesimdeki sağlık sisteminin sosyolojik açıdan karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: 1995;265-266.
26. Özdelikara A, Gürkan TA, Atasayar ŞB. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020;5(1):42-49.
27. Aydemir GE. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2018; 5 (2): 253-258. DOI: 10.17681/hsp.358458
28. İncirkuş K, Nahcivan ÖN. Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: kronik bakım modeli, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015; Cilt 23-Sayı 1: 66-75.
29. Şahingöz M, Balcı E. Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(1): 57-64.
30. O'Shea E. Factors contributing to medication errors: a literature review. Journal of clinical nursing, 1999; 8(5):496-504.
31. Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, Robson D, Born A, Helm H, Nose M, Goss C, Thornicroft G, Gray RJ. Medication adherence in schizophrenia: Exploring patients', carers' and professionals' views. Schizophrenia Bulletin, 2006; 32(4): 786–794. DOI:10.1093/schbul/sbl011.
32. Sadur CN. ve ark. Diabetes management in a Health Maintenance Organization efficacy of care management using cluster visits. Diabetes Care, 1999; 22: 2011-2017.
33. Becker DM. ve ark. Nurse-mediated cholesterol management compared with enhanced primary care in siblings of individuals with premature coronary disease. Arch Intern Med, 1998;158: 1533-1539.
34. World Health Organisation. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2010. Erişim: 10.05.2022. Available from: [http:// www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en)
35. World Health Organization (2014a). Erişim: 10.05.2022

<http://www.who.int/chp/en>.

36. Kontsevaya A, Farrington J, Balcılar M, Ergüler T. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için yatırım gerekçeleri raporu, 2018; (1-5).
37. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013 (1),1, 58-68.
38. T.C. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, Ankara, 2017.
39. Kronik hastalıkların yönetiminde dijital teknolojiler. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Multidisipliner Yaklaşımlar Kongresi. Erzurum. 2021; 188-195
40. WHO. Global Health Estimates 2019. World Health Organization. 2020. Erişim 15.01.2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
41. McLean G, Gunn J, WykeS, Guthrie B, Watt GC, vd. The Influence of Socio economic Deprivation on Multimorbidity at Different Ages: A Cross-sectional Study. Br J Gen Pract 2014; 64: 440-447.
42. Centers for disease control and prevention (CDC) Chronic disease Kronik Hastalıklar | Hakkında CDC. Kronik Hastalık Merkezi (NCCDPHP) | Cdc
43. Public Health Agency of Canada. Preventing chronic disease strategic plan (2013-2016). Public Health Agency of Canada, 2013. Erişim Tarihi: 10.05.2022.
44. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri 2018 (2019). Erişim Tarihi: 02.05.2022.
45. Ueno1 H, Yamazaki Y, Yonekura Y, Park M, Ishikawa H and Kiuchi T. Reliability and validity of a 12-item medication adherence scale for patients with chronic disease in Japan . Ueno et al. BMC Health Services Research, 2018; 18:592 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3380-7>
46. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. Journal of Psychiatric Nursing. 2015; 6(1): 40-46.
47. Pakgöz ÇS. Kronik hastalığa uyum değerlendirme ölçeği geliştirme ve uygulama. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Doktora tezi, 2019.

48. Pelin M. Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2017.
49. Stirratt MJ, Curtis JR, Danila MI, Hansen R, Miller MJ, Gakumo CA. Advancing the science and practice of medication adherence. *Journal of General Internal Medicine*, 2018; 33(2), 216-222. DOI: 10.1007/s11606-017-4198-4.
50. Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: An overview. Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International. 2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/217047>.
51. Kara AM, Kara T. Tip 2 Diyabet tanılı hastalarda uygulanan tedavi yöntemi ile hastalardaki tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. *The Medical Bulletin of Haseki*, 2019; 57: 377-385. DOI: 10.4274/haseki.galenos.2019.4874.
52. Sjölander M, Ericsson M, Glader E. The association between patients' beliefs about medicines and adherence to drug treatment after stroke: A cross-sectional questionnaire survey. *BMJ Open*, 2013; 3: e003551. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003551.
53. Köseoğlu N, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(14):162-168. doi: 10.5543/khd.2016.03016.
54. Kaya N. Dahiliye Polikliniklere Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu. Yüksek Lisans Tezi. Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ortak tez çalışması, 2019.
55. Wei L, Champman S, Li X, Li Xi, Li S, Chen R, Bo N, Chater A, Horne R. Beliefs about medicines and nonadherence in patients with stroke, diabetes mellitus and rheumatoid arthritis: A cross-sectional study in China. *BMJ Open*, 2017; 7(10): e017293. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017293
56. Günel M. Kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı hastaların ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul, 2020, 31-40.

57. Ünal A, Bilginer E. Türkiye ilaç harcamaları üzerine bir değerlendirme. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Bodrum, 2018.
58. Bahar G, Savaş H, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014; 15(2): 141-149.
59. Aşilar RH, Gözüm S, Çapık C, Donald E. Morisky. Reliability and validity of the Turkish form of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 14(8), 692-700. Doi:10.5152/akd.2014.4982.
60. Demirbaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, Kılıç FS, Metinbaş S. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 3(3):37-47.
61. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C. Hipertansif hastalarda İlaç Uyum Özetkililik Ölçeği kısa formunun Türkçe'sinin geçerliliği. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 12(3), 241-248.
62. Horne R, Hankins M. The Medication Adherence report Scale (MARS), 2001. (manuscript submitted for publication).
63. Temeloğlu-Şen E, Sertel-Berk Ö, Sindel D. The validity and reliability study of the Turkish adaptation of the Medical Adherence Report Scale. *J Ist Faculty Med* 2019;82(1):52-61. doi: 10.26650/IUITFD.413637.
64. Verloo H, Chiolero A, Kiszio B, Kampel T, Santschi V. Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: A systematic review. *Age and Ageing*, 2017; 46: (747-754). DOI: 10.1093/ageing/afx076.
65. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 2000; 320: 569-572.
66. Gedük AE. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2018; 5 (2): 253-258. DOI: 10.17681/hsp.358458.
67. Akdemir N. Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar. *Vehbi Koç Vakfı SANERC*. İstanbul. 2003; (1) 3-24.

68. Erdil F. Yaşlıların ilaç kullanımında eczacı-hemşire iş birliğinin önemi. H.Ü. Hemşirelik yüksekokulu. 2009, Geriatri, yaşlı sağlığına multidisipliner yaklaşımı. Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, Ankara, 91-96.
69. Fraenkel JR, Wallen N, Hyun H. How To Design And Evaluate Research In Education(Eight edition). New York: McGraw-Hill.2012.
70. Ural A, Kılıç İ. Bilimsel araştırma süreci ve spss ile veri analizi. Ankara: Detay Yayıncılık. 2005.
71. Naqvi AA, Hassali MA, Rizvi M, Zehra A, Iffat W, Haseeb A and Jamshed S. Development and validation of a novel general medication adherence scale (GMAS) for chronic illness patients in Pakistan. *Front. Pharmacol.* 2018; 9:1124. Doi: 10.3389/fphar.2018.01124
72. Akduman GG, Cantürk G. The Way of Behaving Scala Against The Children Who Were Sexual Abuse: Acceptability and Reliability Study (University Student Sampling). *Turkish Journal of Forensic Medicine.* 2010; 24(2):22-29.
73. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2014; 40:39-49.
74. Fornell, Claes and David F. Larker (1981), "Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error," *Journal of Marketing Research*, 18 (February), 39-50).
75. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis: A global perspective (7th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
76. Büyüköztürk, Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı - İstatistik, Araştırma Deseni, Spss Uygulamaları ve Yorum*. 15. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2011.
77. Özdamar K. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. 1997.
78. Tavşancıl E. *Tutumlu ölçülmesi ve spss ile veri analizi*, Ankara: Nobel Yayıncı, 2002.
79. Güngör G. *Kronik hastalıklarda tedaviye uyum ile ilaç inançları ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2022.
80. Naqvi AA, Alshayban DM, Ghori SA, Mahmoud MA, Haseeb A, Faidah HS

- and Hassali MA. Validation of the general medication adherence scale in Saudi patients with chronic diseases. *Front. Pharmacol.* 2019; 4;10:633. doi: 10.3389/fphar.2019.00633. eCollection 2019.
81. Nagvi AA ve ark. Translation and validation of the Arabic version of the General Medication Adherence Scale (GMAS) in Saudi patients with chronic illnesses.,*Saudi Pharmaceutical Journal* 2020 Sep;28(9):1055-1061 <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2020.07.005>).
82. Baysal B. Kronik hastalığı ve çoklu ilaç kullanımı olan bireylerde uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. Antalya. 2021.
83. Değirmenci AG. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Geliştirme ve Uygulama. Manisa Celal Bayar Üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü. Doktora tezi. Manisa 2019; 29-55.
84. Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya-Oklay A. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. *Türk Geriatri Dergisi.* 2006; 9(3):117-21.
85. Brown T. (Confirmatory factor analysis for applied research). *Organizational Research Methods*, 2006; 3(1):214-217.
86. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş, Temel İlkeler ve Lisrel Uygulamaları. Ankara: Ekinoks; s.4-22, 2007.
87. Kline R. (Principles and Practice of Structural Equation Modeling). Guilford Publications, English, 2005.
88. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu Sy. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*;33(1), Syf. 210-223, 2013.
89. Forbes CA, Deshpande S, Sorio-Vilela F, Kutikova L, Duffy S, Gouni-Berthold I, et al. A systematic literature review comparing methods for the measurement of patient persistence and adherence. *Curr. Med. Res. Opin.* 2018; 34, 1613-1625.
90. Park, H. Y., Seo, S. A., Yoo, H., Lee, K. Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. *Patient Preference and Adherence.* 2018;12: 175–181. DOI: 10.2147/PPA.S151263



91. Turhan Ö ve ark. Yaşlılarda ilaç uyumu: üniversite hastanesi tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. *Evaluation*, 2014; 33:38.
92. Polanska BJ, Uchmanowicz I, Chudiak A, Dudek K, Morisky DE, Chabowska AS. Psychometric Properties of the Polish Version of the Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. *Patient preference and adherence*, 2016; 10, 1759.
93. Pedrosa RB dos S, Rodrigues RCM. Adaptation and Evaluation of the Measurement Properties of the Brazilian Version of the Self-efficacy for Appropriate Medication Adherence Scale. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24.
94. Vatansever Ö, Ünsar S. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2014; 5(8):66-74.
95. Özer E. Kronik hastalığa sahip hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*. 2019, İstanbul.

## 10.EKLER

### EK-1. Hasta Tanıtım Formu

#### EK-1. HASTA TANITIM FORMU

#### HASTA TANITIM FORMU

Tarih:.....

1.Yaşınız.....

2. Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

3.Medeni durumu: ( )Evli ( )Bekar

4.Eğitim durumu:

( )Okuryazar ( )İlkokul mezunu ( )Ortaokul mezunu

( )Lise mezunu ( )Üniversite mezunu ( )Yüksek lisans/doktora mezunu

5. Çalışma durumu: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

6. Mesleği:

( )Ev hanımı ( )Çalışan memur ( )Emekli ( )Öğrenci ( )İşçi ( )Diğer.....

7. Aylık aile geliri: ( ) gelir giderden az ( )gelir gidere eşit ( )gelir giderden fazla

8.Sosyal güvence durumu: ( ) var ( ) yok

9. Kronik hastalık/ları

1.....

2.....

3.....

4.....

10. Hastalık süresi:

1.Hastalık.....ay/yıl

2.Hastalık.....ay/yıl

3.Hastalık.....ay/yıl

4.Hastalık.....ay/yıl

11. Kronik hastalığı/larına bağlı kullandığı ilaç sayısı.....

## EK-2. Genel İlaç Uyumu Ölçeği

GENEL İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİ (GIÜÖ)				
Aşağıdaki ifadelere ne derece katılıyorsunuz?	Her zaman	Sıklıkla	Nadiren	Hiçbir zaman
<b>Hasta davranışına bağlı uyumsuzluk (kasıtsız ve kasıtlı)</b>				
1. İlaçlarımızı almayı hatırlamakta zorlanır mısınız?				
2. İlaçlarımızı seyahat, toplantı, ev etkinlikleri, parti, evlilik, dini kutlamalar gibi yoğun programlarınız nedeniyle almayı unutur musunuz?				
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç tedavinizi bırakır mısınız?				
4. İlaçlarımızın mide rahatsızlığı gibi yan etkiler yapması durumunda tedaviyi bırakır mısınız?				
5. Doktorunuzun bilgisi olmadan ilaç kullanmayı bırakır mısınız?				
<b>Ek hastalık ve çoklu ilaç kullanımına bağlı uyumsuzluk</b>				
6. İlaçlarımızı diğer hastalığımız için almanız gereken başka ilaçlar nedeniyle bırakır mısınız?				
7. Tedavi planı karışıklığı nedeniyle ilaçlarımızı hatırlamak zor gelir mi?				
8. Geçen ay boyunca, hastalığın ilerlemesi ve tedavinize yeni ilaçlar eklenmesi nedeniyle hiç ilaç almayı atladınız mı?				
9. Kendi başınıza tedavi düzenini, dozunu ve sıklığını değiştirir misiniz?				
<b>Ekonomik kısıtlılık nedeniyle uyumsuzluk</b>				
10. Harcadığımız paraya değmediğini düşündüğünüz için ilaçlarımızı kullanmayı bırakır mısınız?				
11. İlaçlarımızı pahalı olduğu için satın almakta zorlanır mısınız?				

### EK-3. İlaç Uyum Bildirim Ölçeği

İLAÇ UYUM BİLDİRİM ÖLÇEĞİ						
Burada, insanların söylediği bazı ilaç kullanma tarzları var. Lütfen her bir ifade için size en çok uyan kutucuğu işaretleyiniz.						
	İlaç kullanımınıza dair kendi tarzınız;	Her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Asla
1)	Almayı unuturum.					
2)	Dozunu değiştiririm.					
3)	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4)	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5)	Söylenenden daha az alırım.					

#### **EK-4. Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu**

### **GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Sayın katılımcı,

Katılmanızı istediğimiz bu çalışma ‘Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Genel İlaç Uyumu Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması’ dır.

Araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmada alınacak tüm kişisel bilgiler araştırma kapsamı dışında hiçbir kişi ya da kurumla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır Araştırmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve katılımınız karşılığında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Bu çalışmaya katılmayı edebilirsiniz ve çalışmadan istediğiniz zaman vazgeçebilirsiniz.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu form imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi ve telefon no:

Tarih ve İmza:


**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Adresi ve telefon no:

Tarih ve İmza:

## EK-5. Genel İlaç Uyumu Ölçeği İzni

**Nazime Karadamar**  **Nazime Karadamar**  
Alici: naqiattaabbas ▾ 26 Haz 2021 Cmt 19:34 ☆ ↶ ⋮

Hello there,  
I am a graduate student in nursing. I would like to conduct a Turkish validity and reliability study of a General Medication Adherence Scale (GMAS) for Chronic Illness Patients. Do you have confirmation? Where can I find the original scale?  
You wish you good work

respects...






**Atta Abbas Naqvi**  **Atta Abbas Naqvi**  
Hi, Thank you for your interest in using the GMAS in your study. Please register on the following link: <https://forms.gle/1Q4N5BcMH9SE1MnXA> Regards Dr Atta 26 Haz 2021 Cmt 19:43 ☆

**Nazime Karadamar**  **Nazime Karadamar**  
Hi, Thank you for your answer.Has the Turkish validity and reliability of the General Drug Adherence Scale for Chronic Disease Patients (GMAS) been investigated? 26 Haz 2021 Cmt 21:18 ☆

**Atta Abbas Naqvi**  **Atta Abbas Naqvi**  
Hi, No one has contacted me yet for translating it in Turkish. 26 Haz 2021 Cmt 21:39 ☆

**Nazime Karadamar**  **Nazime Karadamar**  
..... Forwarded message ..... Gönderen: Atta Abbas Naqvi <naqiattaabbas@gmail.com> Date: 26 Haz 2021 Cmt 21:39 Subject: Re: To: Nazime Karadamar <nazi...> 26 Haz 2021 Cmt 21:50 ☆

**Nazime Karadamar** <nazime.karadamar34@gmail.com> 27 Haz 2021 Paz 15:59 ☆ ↶ ⋮

 Gmail     

←  236 ileti dizisinden 14. < >

Approval for use of GMAS: #040821-N Gelen Kutusu x

**Atta Abbas Naqvi**  **Atta Abbas Naqvi**  
Alici: ben ▾  8 Ağustos Paz 07:34 ☆ ↶ ⋮

 İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [iletimi çevir](#) [İngilizce için kapat](#) x

Thank you for agreeing with terms and conditions for the use of the General Medication Adherence Scale (GMAS). I am pleased to allow you to use following version(s):

1. GMAS English

You may use these for the study titled, 'Turkish validity and reliability of the general medication adherence scale (GMAS) in patients with chronic disease'.

References are mentioned with the questionnaire.

• The GMAS® is copyrighted by Naqvi & Hassali, University Sains Malaysia. They will retain the copyright to translations of the GMAS.

Dr Atta Abbas Naqvi  
Pharm D, MSc., PhD

2 Ek  

## EK-6. İlaç Uyum Bildirim Ölçeği İzni



**Nazime Karadamar**

28 Ağu 2021 Cmt 23:05

Merhaba, Ben Nazime, Medipol Üniversitesi yüksek lisans öğrencisiyim. Tez aşamasındayım tezimde sizin İlaç Uymu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerli



**Esin Temeloğlu**

29 Ağu 2021 Paz 23:39 ☆ ↩

Alıcı: ben ▼

Merhaba Nazime hanım,

Bilimsel çalışmanızda ölçeği kullanmanız uygundur. Ekte ölçekle ilgili bilgileri ve soruları gönderiyorum. Süreç içerisinde aklınıza herhangi bir şey takılırsa ya da ölçekle alakalı danışmak istediğiniz bir konu olursa her zaman yazabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim

Sevgilerimle

Dr. Esin Temeloğlu Şen

İÜ Edebiyat Fakültesi

Klinik Sağlık Psikolojisi ABD

Windows için [Posta](#) ile gönderildi

**Kimden:** [Nazime Karadamar](#)

**Gönderilme:** 28 Ağustos 2021 Cumartesi 23:05

## EK-7. Uzman Görüşü Anket Formu

	Uygun Değil (1)	Kısmen Uygun (2)	Uygun (3)	Tamamen uygun (4)
<b>-THE GENERAL MEDICATION ADHERENCE SCALE (GMAS)</b> - GENEL İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ (GMAS) ÖNERİ:				
<del>Always</del> Her zaman ÖNERİ:	<del>Mostly</del> Çoğunlukla ÖNERİ:	<del>Sometimes</del> Bazen ÖNERİ:	<del>Never</del> Asla ÖNERİ:	
<del>Incompatibility due to patient behavior (un-intentional and intentional)</del> -Hasta davranışına bağlı uyumsuzluk (kasıtlı ve kasıtsız) ÖNERİ:				
<del>1. Do you have difficulty in remembering to take your medications?</del> 1. İlaçlarınızı almayı hatırlamakta zorlanır mısınız? ÖNERİ:				
<del>2. Do you forget to take your medications due to your busy schedule, travelling, meeting, events at home, party, marriage, religious celebrations, etc.?</del> 2. İlaçlarınızı dini kutlamalar, evlilik, parti, ev etkinlikleri, toplantı, seyahat etmek gibi yoğun programlarınız nedeniyle almayı unutur musunuz? ÖNERİ:				



<p><b>3- Do you stop taking your medications when you feel well?</b></p> <p>3. Kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç tedavinizi bırakır mısınız?</p> <p>ÖNERİ:</p>				
<p><b>4- Do you stop taking medications when you feel adverse effects such as gastric discomfort, etc.?</b></p> <p>4. Mide rahatsızlığı gibi yan etkiler hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bırakır mısınız?</p> <p>ÖNERİ:</p>				
<p><b>5- Do you stop taking medications without informing to your doctor?</b></p> <p>5. Doktorunuzu bilgilendirmeden ilaçlarınızı kullanmayı bırakır mısınız?</p> <p>ÖNERİ:</p>				
<p><b>- Incompatibility due to additional disease and over drug usage</b></p> <p><b>- Ek hastalık ve ilaç fazlalığına bağlı uyumsuzluk</b></p> <p><b>ÖNERİ:</b></p>				
<p><b>6- Do you stop taking your medications due to other medications that you have to take for your additional disease?</b></p> <p>6. İlaçlarınızı diğer hastalığınız için almanız gereken başka ilaçlar nedeniyle bırakır mısınız?</p> <p>ÖNERİ:</p>				
<p><b>7. Do you find it difficult to remember your medications due to medication regime complexity?</b></p> <p>7. Tedavi rejimi karışıklığı nedeniyle ilaçlarınızı hatırlamak zor gelir mi?</p> <p>ÖNERİ:</p> <p> </p>				

<p><b>8. During the last month, had there been any occasion when you missed your medications due to progression of disease and addition of new medications?</b></p> <p>8. Geçen ay boyunca, hastalığın ilerlemesi ve yeni ilaçların eklenmesi nedeniyle ilaçlarınızı kaçırdığımız bir durum oldu mu?</p> <p>ÖNERİ:</p>				
<p><b>9. Do you alter medication regimen, dose and frequency by yourself?</b></p> <p>9. Kendi başımıza tedavi düzenini, dozunu ve sıklığımızı değiştirir misiniz?</p> <p>ÖNERİ:</p>				
<p><b>- Incompatibility due to financial constraints</b></p> <p><b>- Mali kısıtlamalar nedeniyle uyumsuzluk</b></p> <p>ÖNERİ:</p>				
<p><b>10. Do you stop taking these medications because they are not worth of the money you spent on them?</b></p> <p>10. Bu ilaçları onlara harcadığımız paraya değmediği için bırakır mısınız?</p> <p>ÖNERİ:</p>				
<p><b>11. Do you find it difficult to buy your medications because they are expensive?</b></p> <p>11. İlaçlarınızı pahalı olduğu için satın almakta zorlanır mısınız?</p> <p>ÖNERİ:</p>				

## EK-8. Kurum İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM  
VE TESCİL BİRİMİ



Sayı : E-15916306-604.01.01  
Konu : Hemş. Nazime KARADAMAR'ın  
Başvurusu Hk.

İlgi : 13/01/2022 tarihli ve 96317027-604.01.01-01-1110 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Hastanenizde Hemşire olarak görev yapan, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında öğrenci olan Nazime KARADAMAR'ın, Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN danışmanlığında yapmayı planladığı "*Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Genel İlaç Uyumu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması*" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **25.01.2022 tarih ve 2022/02 sayılı** kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu: 3e51a959-47c1-45be-b07e-7ab4fde4a02c Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta: [iletisim@istanbul.gov.tr](mailto:iletisim@istanbul.gov.tr)

Bilgi için: Cemile ÖZASLAN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: [+902126383100](tel:+902126383100)



# 11. ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No:905</b>	<b>Tarih: 02/09/2021</b>				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACİHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur

\* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evragınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 04123F40X9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

---

---

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri  
Bilge KAYA

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 04123F40X9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.