



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPOTİROİDİ NEDENİYLE İLAÇ KULLANAN HASTALARIN HASTALIK
ALGILARI VE İLAÇ KULLANIMI BİLGİ DÜZEYLERİNİN TEDAVİ UYUMLARINA
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Emine Hilal ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

KONYA - 2026

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPOTİROİDİ NEDENİYLE İLAÇ KULLANAN HASTALARIN HASTALIK
ALGILARI VE İLAÇ KULLANIMI BİLGİ DÜZEYLERİNİN TEDAVİ UYUMLARINA
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Emine Hilal ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA – 2026

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, hayata karşı pozitif duruşunu, çalışma disiplini hep örnek alacağım, yapıcı geri bildirimleriyle çalışmamın şekillenmesinde büyük emeği bulunan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'na, bilgi birikimi, yol gösterici yaklaşımı ve desteğiyle her aşamada yanımda olan, tez sürecimde bana rehberlik eden güler yüze ve sabırla mesleki gelişimime önemli katkılar sağlayan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'a, uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen, eğitimimize katkı sağlayan Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra YAKA'ya çok teşekkür ederim.

Asistanlık sürecinde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, beraber yol arkadaşlığı yapan, tez hazırlık aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Elif Burcu DENİZLER'e, Sümeysra KENANOĞLU'na, Ummahan UMUT'a, Ahmet ÇELİK'e, SAHU eş kıdemlilerime ve tüm asistan arkadaşlarıma, sekreterimiz sevgili Birsen BATAŞ'a, uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde hoşgörü ve samimiyetle verdikleri destekler için Selçuklu 86 Nolu ASM'de birlikte çalıştığım sevgili Dr.Tuğba ÇAVUŞOĞLU'na, Dr.Ayşe BULUT'a ve tüm çalışma arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Dünya hayatında yoluma ışık tutan, hayatın manasını sayesinde öğrendiğim, her daim manevi desteğini hissettiğim, başımın tacı kıymetli büyüğüm Osman ZENGİN'e, hayatım boyunca sevgileri, emekleri ve sonsuz destekleriyle her zaman yanımda olan, zor koşullarda büyük özveriyle bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan kıymetli annem Gönül ÖZULUCAN'a ve babam Ahmet ÖZULUCAN'a; her koşulda bana güç veren, sevgisine ve varlığına şükrettiğim sevgili kardeşim Feridun Atalay ÖZULUCAN'a, hayat neşem bir tanecik yeğenim Gökalp ÖZULUCAN'a çok ama çok teşekkür ederim.Hayatımın her döneminde yanımda olan, en zorlu dönemlerde bana güç veren, en iyi arkadaşım, iki cihanda can yoldaşım sevgili eşim Mustafa ŞAHİN'e sevgisi, anlayışı ve desteği için sonsuz teşekkür ederim.

Emine Hilal ŞAHİN

2026

ÖZET

HİPOTİROİDİ NEDENİYLE İLAÇ KULLANAN HASTALARIN HASTALIK ALGILARI VE İLAÇ KULLANIMI BİLGİ DÜZEYLERİNİN TEDAVİ UYUMLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Emine Hilal ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2026

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hipotiroidi nedeniyle ilaç kullanan hastalarda hastalık algısı ve ilaç kullanım bilgisi düzeylerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma, Temmuz 2023–Temmuz 2024 tarihleri arasında, hipotiroidi nedeniyle tedavi alan 18 yaş ve üzeri bireylerle yürütüldü. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, hipotiroidi ve tedavi hakkında 10 ifadeden oluşan bilgi değerlendirme formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 151 hastanın yaş ortalaması $44,79\pm 12,52$ yıl (18–78) olup %90,1'i (n=151) kadındı. Katılımcıların %94,7'si ilaç kullanımının hekim tarafından anlatıldığını, %87,4'ü ilaç adını ve %96,7'si ilacın dozunu bildiğini belirtti. Bilgi değerlendirme formuna göre katılımcıların %35,8'inin hipotiroidi ve tedavisi hakkında bilgi düzeyi yüksekti. Tüm ifadelere doğru yanıt verenlerin oranı %3,3'tü (n=5). En yüksek doğru yanıt oranı %98,0 ile (n=148) “Tiroid ilacı kahvaltıdan en az 30 dakika önce aç karnına alınmalıdır” ifadesinde görülürken; “Bazı ilaçlar tiroid ilacının etkisini azaltabilir” ifadesi %35,8 ile (n=35) en düşük doğru yanıt oranına sahipti.

Katılımcıların %90,7'sinin (n=137) bilgi düzeyi, %72,8'inin (n=110) motivasyon düzeyi yüksek bulundu. Yüksek bilgi düzeyi kadınlarda anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,001). Sürekli ilaç kullanımını gerektiren ek hastalığı olanlarda motivasyon düzeyi daha yüksek bulundu (p=0,021). Bilgi düzeyi arttıkça olumlu hastalık algısı puanının (21,27±6,45) anlamlı şekilde yükseldiği görüldü (p=0,001). Tedaviye uyum motivasyon düzeyi yüksek grupta olumsuz hastalık algısı puanının (20,58±9,12) daha yüksek olduğu görüldü (p=0,013).

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları, hipotiroidi nedeniyle ilaç kullanan hastalarda hastalığa yönelik algıların ve ilaç kullanımına ilişkin bilgi düzeyinin tedavi uyumu üzerinde belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Katılımcıların önemli bir bölümünde hastalık ve levotiroksin kullanımıyla ilişkili bilgi düzeyinin yeterli, tedaviye uyumun ise yüksek olduğu saptandı. Ancak özellikle gıda/ilâç etkileşimleri ve kontrol günü ilâç kullanımı gibi klinik açıdan kritik alanlarda bilgi eksikliği belirlendi. Bilgi düzeyinin kadınlarda daha yüksek bulunması; erkek hastaların hastalıkları ve ilâç kullanımı konusunda hedefe yönelik biçimde bilgilendirilmesi ve kendi sağlık bakım süreçlerine etkin katılımlarının desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Birinci basamakta hasta merkezli izlem ve yapılandırılmış eğitim/danışmanlık yaklaşımları, tedavi uyumunun ve klinik sonuçların iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Bulgular, hipotiroidi yönetiminde birinci basamağın yalnızca takip eden değil, hastalığın anlamlandırıldığı, eğitimin verildiği ve davranış değişikliğinin desteklendiği temel bir merkez olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipotiroidi, tedavi uyumu, hastalık algısı, bilgi düzeyi, motivasyon.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE EFFECT OF ILLNESS PERCEPTIONS AND KNOWLEDGE LEVELS ABOUT MEDICATION USE ON TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS USING MEDICATION FOR HYPOTHYROIDISM

Dr. Emine Hilal ŞAHİN

THE MASTER THESIS

KONYA-2026

Aim: The aim of this study was to evaluate the effect of illness perception and the level of knowledge regarding medication use on treatment adherence in patients receiving pharmacological therapy for hypothyroidism.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between July 2023 and July 2024 among individuals aged 18 years and older who were receiving treatment for hypothyroidism. Data were collected through face-to-face interviews using a sociodemographic data form developed by the researchers, a knowledge assessment form consisting of 10 statements related to hypothyroidism and its treatment, the Illness Perception Questionnaire (IPQ), and the Modified Morisky Medication Adherence Scale. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 151 patients were included in the study, with a mean age of 44.79 ± 12.52 years (range: 18–78); 90.1% were female. Of the participants, 94.7% reported that medication use had been explained by a physician, 87.4% knew the name of their medication, and 96.7% knew the prescribed dose. According to the knowledge assessment form, 35.8% of the participants had a high level of knowledge regarding hypothyroidism and its treatment, while only 3.3% answered all statements correctly. The highest rate of correct responses was observed for the statement “Thyroid medication should be taken on an empty stomach at least 30 minutes before breakfast” (98.0%), whereas the lowest rate was found for the statement “Some medications may reduce the effectiveness of thyroid medication” (35.8%). Overall, 90.7% of participants had a high

level of knowledge, and 72.8% demonstrated high motivation for treatment adherence. A high level of knowledge was significantly more common among women ($p = 0.001$). Participants with comorbid conditions requiring continuous medication use had significantly higher motivation levels ($p = 0.021$). Increasing knowledge levels were significantly associated with higher positive illness perception scores ($p = 0.001$). Among participants with high motivation for treatment adherence, negative illness perception scores were also found to be significantly higher ($p = 0.013$).

Conclusion: The findings of this study demonstrate that perceptions of the disease and the level of knowledge regarding medication use play a decisive role in treatment adherence among patients using medication for hypothyroidism. A substantial proportion of participants were found to have an adequate level of knowledge about the disease and levothyroxine use, along with high treatment adherence. However, notable knowledge gaps were identified in clinically critical areas, particularly regarding food–drug interactions and medication use on follow-up (control) days. The higher level of knowledge observed among female participants suggests the need for targeted education of male patients concerning their disease and medication use, as well as support for their active involvement in their own healthcare processes. Patient-centered follow-up and structured education/counseling approaches in primary care may contribute to improving treatment adherence and clinical outcomes. Overall, the findings indicate that primary care in hypothyroidism management serves not only as a follow-up setting, but also as a fundamental center where the disease is interpreted, education is delivered, and behavior change is supported.

Keywords: Hypothyroidism, levothyroxine, treatment adherence, illness perception, knowledge level, family medicine, primary care

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hipotiroidi	3
2.1.1. Hipotiroidi Tanımı.....	3
2.1.2. Hipotiroidi Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. Hipotiroidi Etiyolojisi.....	3
2.1.4. Hipotiroidi Sınıflandırılması.....	4
2.1.5. Hipotiroidi Kliniği.....	4
2.1.6. Hipotiroidi Tarama ve Tanı.....	5
2.1.7. Hipotiroidi Tedavisi.....	7
2.2. Hastalık Algısı.....	8
2.3. Tedavi Uyumu.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	11
3.1. Araştırmanın Şekli.....	11
3.2. Araştırmanın Evreni.....	11
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	11
3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	11
3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam.....	11

3.6. Veri Toplama Araçları	12
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	12
3.6.2. Kısa Form Hastalık Algısı Ölçeği(KHAÖ).....	12
3.6.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği.....	13
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	13
4. BULGULAR	14
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi.....	14
5. TARTIŞMA	28
6. SONUÇLAR	35
7.ÖNERİLER	36
8. KAYNAKLAR	38
EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu	44
Ek 2. Morisky İlaç Uyum Ölçeği	46
Ek 3. Hastalık Algısı Ölçeği	47
EK 4. Etik Kurul Onay Formu	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hipotiroidi hastalarının takiplerini yapan hekimlerin dağılımı.....	15
--	----

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Hipotiroidizmde Belirti Ve Bulgular.....	5
Tablo 2. NHANES-III Verilerine Göre TSH Üst Sınırı.....	6
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	14
Tablo 4. Katılımcıların Hastalık Durumuna İlişkin Bilgiler.....	16
Tablo 5. Katılımcıların Hipotiroidi İlacı Kullanımına İlişkin Bilgileri.....	17
Tablo 6. Katılımcıların Bilgi Düzeyi.....	18
Tablo 7. Katılımcıların Bilgi Düzeyi Dağılımı.....	19
Tablo 8. Hastalık Algısı Ölçeği Ve Tedavi Uyum Ölçeği'nin Ortalama Puanları Ve Cronbach's Alpha Değerleri.....	19
Tablo 9. Sosyodemografik Bilgiler Ve Tedaviye Uyumun Karşılaştırılması.....	20
Tablo 10. Katılımcıların Hastalık Durum Bilgileri İle Tedavi Uyumunun Karşılaştırılması.....	21
Tablo 11. Katılımcıların İlaç Kullanımlarına İlişkin Bilgiler İle Tedavi Uyumunun Karşılaştırılması.....	22
Tablo 12. Sosyodemografik Verilerle Hastalık Algısının Karşılaştırılması.....	24
Tablo 13. Katılımcıların Hastalık Durum Bilgileri İle Hastalık Algısının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 14. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumu Bilgileri İle Hastalık Algısının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 15. Katılımcıların Tedavi Uyum Düzeyi İle Hastalık Algılarının Karşılaştırılması.....	27

SİMGELER VE KISALTMALAR

KHAÖ: Kısa Form Hastalık Algısı Ölçeği

BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

NHANES III: Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi III

TSH: Tiroid Stimulan Hormon- Tirotropin

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon

RAİ: Radyoaktif İyot

TEMD: Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği

sT4: serbest T4

US: Ultrasonografi

LT4: Levotiroksin

Ort±SD: Ortalama Standart Sapma

MİN: Minimum

MAKS: Maksimum

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hipotiroidi, doku düzeyinde tiroid hormonu yetersizliği veya nadiren etkisizliği sonucu ortaya çıkan metabolik yavaşlamaya yol açan, birinci basamak hekimlerinin sıklıkla karşılaştığı bir hastalıktır. Genel popülasyonda görülme sıklığı %5-8 civarındadır (1). Özellikle iyot eksikliğinin endemik olduğu bölgelerde daha fazla oranda görülen bir durumdur. Halsizlik, yorgunluk, unutkanlık, saç dökülmesi, soğuk intoleransı, kabızlık, kilo artışı, adet düzensizliği gibi semptomlara neden olabilir. İlk bakışta nonspesifik görünen bu semptomlar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Tedavi edilmeyen hipotiroidi, tiroid hormon yetersizliğinin derecesine göre asemptomatik olabileceği gibi hipotermi, bradikardi hatta miksödem koması gibi ağır durumlara da yol açabilir (2). Toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında ilk başvuru noktası olan aile hekimleri hipotiroidi ile sık karşılaşmakta, gerek tanı koyma, gerekse hastalığın yönetimi konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Hipotiroidi tedavisi için ömür boyu tiroid hormon replasman tedavisi gerekmektedir.

Tedaviye uyum, hastaların sağlık profesyonelleri tarafından verilen tıbbi önerilere ne ölçüde bağlı kaldıklarını ifade eder. Bu kavram; ilacın doğru dozda ve doğru zamanda alınmasının yanı sıra, beslenme düzeni, fiziksel aktivite gibi yaşam tarzına yönelik önerilere uyumu da kapsayan çok boyutlu bir süreçtir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre gelişmiş ülkelerde kronik hastalığı olan hastaların sadece %50'si tedavilerine uyum göstermektedir (4). Kronik hastalıklarda ilaç uyumunun yüksek olması hem hastalığa bağlı morbidite ve mortalitenin azalmasını hem de hospitalizasyon ve acil durumları azaltarak sağlık harcamalarının azaltılmasını sağlayan bir faktördür (5,6,7).

Kronik bir hastalık olan hipotiroidide ilaç uyumsuzluğu semptomların ortaya çıkmasına veya kötüleşmesine neden olabilir. Diğer hastalıklarda olduğu gibi hipotiroidide de hasta, hastalık veya hekim ile ilişkili ilaç uyumsuzluğu olabilir. Tedavisi genellikle basit olarak kabul edilse de tedaviye uyumsuzluk hastanın tedaviden fayda görmesini engelleyen önemli bir nedendir. Tedavideki başarısızlık hastada semptomların devam etmesine neden olacak, olumsuz etkilere yol açacaktır (8).

Bireylerin hastalığı nasıl algıladıkları, hastalığa ve semptomlara ilişkin inançları ile beklentilerinin bir yansımasıdır. Bu yaklaşım, Leventhal'in öz düzenleme modeline dayanmakta

olup, kişilerin farklı kaynaklardan edindikleri bilgiler doğrultusunda hastalıklar, yaşamı tehdit eden durumlar, tedaviye ilişkin düşünceler ve hastalığın yönetimine dair değerlendirmeleri kapsayan bilişsel şemalar geliştirdiklerini ileri sürer (9). Tedavinin hasta tarafından nasıl algılandığı, tedaviye uyumun oluşmasında önemli bir rol oynar. Bu çerçevede, kişinin hastalığına ilişkin bilinci, tedaviye yönelik yaklaşımı ve hekimle kurduğu iletişim, tedaviye uyum göstermesini anlamlı ölçüde etkiler (10).

Bu çalışmada, aile hekimliği pratiğinin temel ilkeleri olan hasta merkezlilik, bütüncül yaklaşım, süreklilik ve koordinasyon çerçevesinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipotiroidi tanısı ile izlenen ve tedavi alan erişkin bireylerde, hastalığa ve ilaç kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri ile hastalık algılarının tedaviye uyum üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda ortaya çıkan veriler, hipotiroidi hastalarının ilaç uyumlarının ne düzeyde olduğu, uyumu etkileyen faktörlerin neler olduğu, uyumun nasıl daha iyi hale getirileceği konularında yol gösterici olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipotiroidi

2.1.1. Hipotiroidi Tanımı

Hipotiroidi, tiroid hormonlarının yetersizliği sonucu ortaya çıkan ve vücuttaki birçok doku ile organ sisteminin fonksiyonlarını etkileyen yaygın bir endokrin bozukluktur. Tiroid hormonlarının üretimindeki azalma çoğunlukla primer tiroid bezi patolojilerine bağlı olarak gelişmekte, daha nadir olarak ise santral (hipotalamo-hipofizer) kaynaklı nedenlerle meydana gelmektedir (11).

2.1.2. Hipotiroidi Epidemiyolojisi

Hipotiroidinin toplumdaki görülme sıklığı, incelenen popülasyona ve kullanılan tanı ölçütlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yürütülen Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi III (NHANES III çalışması), 12 yaş üzeri bireylerde aşikâr hipotiroidi prevalansını yaklaşık %0,3 olarak bildirmiştir. Yıllık insidans incelendiğinde ise kadınlarda 1000 kişi başına 3,5, erkeklerde ise 0,6 vaka görüldüğü belirtilmektedir. Ayrıca hipotiroidinin kadınlarda erkeklere kıyasla yaklaşık 5–8 kat daha yaygın olduğu ifade edilmektedir (12,13).

2.1.3. Hipotiroidi Etiyolojisi

Hipotiroidi, etiyolojik nedenine göre primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç ana gruba ayrılmaktadır. Primer Hipotiroidi, tiroid bezinin yapısal veya fonksiyonel bozuklukları sonucu tiroid hormonlarının yetersiz sentezlenmesi ile karakterizedir. *Sekonder hipotiroidi*, hipofiz bezinden yeterli düzeyde tiroid stimulan hormon (TSH) salınımının olmamasıyla ortaya çıkarken, *tersiyer hipotiroidi* ise hipotalamustan tirotropin salgılatıcı hormon (TRH) salınımındaki yetersizlikten kaynaklanmaktadır. Hipotiroidi vakalarının yaklaşık %99'u tiroid bezinden kaynaklanan primer hipotiroidi olarak sınıflandırılmaktadır (1).

İyot eksikliği görülen bölgelerde hipotiroidinin en yaygın nedeni, yetersiz iyot alımıdır. İyot açısından yeterli bölgelerde hipotiroidinin en yaygın nedeni kronik otoimmün tiroidit (Hashimoto tiroiditi) olarak bilinmektedir. Bunun yanı sıra, tiroid cerrahisi öyküsü, radyoaktif iyot (RAİ) tedavisi, baş ve boyun bölgesine uygulanan radyoterapi, çeşitli tiroidit türleri gibi durumlar da hipotiroidiye neden olabilmektedir. Ayrıca, tiroid hormon sentezini bozan bazı ilaçlar ve maddeler

de hipotiroidi gelişiminde rol oynayabilir. Bu maddeler arasında lityum, tiyonamidler, perklorat, iyot ve iyot içeren kontrast maddeler, amiodaron, guaifenesin gibi ekspektoranlar, potasyum iyodür solüsyonları ve topikal antiseptikler yer almaktadır (14).

Hipofiz ya da hipotalamus düzeyindeki tümörler (örneğin kraniyofaringiyoma), inflamatuvar süreçler (lenfositik veya granülomatöz), infiltratif hastalıklar, hipofiz bezi hemorajik nekrozu (Sheehan sendromu), hipofiz cerrahisi ya da bu bölgeye uygulanan radyoterapi santral hipotiroidinin başlıca etiyolojik nedenleri arasında yer almaktadır (12).

2.1.4. Hipotiroidi Sınıflandırılması

Sınıflandırma etiyolojiye, hipotiroidi süresine ve klinik şiddetine göre yapılır. Hipotiroidi, daha önce bahsedildiği gibi etiyolojiye yönelik olarak primer, sekonder ve tersiyer hipotiroidi şeklinde sınıflandırılır. Hipotiroidi, klinik şiddetine göre subklinik ve aşikâr hipotiroidi olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Subklinik hipotiroidi, tiroid hormon düzeyleri (serbest T3 ve serbest T4) normal aralıkta iken, tirotropin (TSH) düzeyinin yüksek olmasıyla karakterize edilen biyokimyasal bir durumdur. Toplumda görülme sıklığı %5–10 arasında değişmektedir (15).

2.1.5. Hipotiroidi Kliniği

Hipotiroidi kliniği, tiroid hormon eksikliğinin derecesine bağlı olarak asemptomatik bir durumdan yaşamı tehdit eden miksödem komasına kadar uzanan geniş bir spektrumda seyredebilir. Tiroid hormonlarının pek çok fizyolojik süreçte rol alması nedeniyle, ortaya çıkan semptomlar genellikle özgül değildir. En sık karşılaşılan semptomlar arasında yorgunluk, halsizlik, soğuk intoleransı, kabızlık, depresif ruh hali, cilt kuruluğu, miyalji, artralji, kas krampları, konsantrasyon güçlüğü, hafıza problemleri, saç dökülmesi, menoraji ve kilo artışı yer almaktadır. Daha nadir olarak uyku apnesi ve karpal tünel sendromu da görülebilmektedir (Tablo 1). Semptomlar, hastanın yaşı ve cinsiyetine göre farklılık gösterebilir. Örneğin; infant ve küçük çocuklarda letarji ve gelişme geriliği ön planda olabilirken, kadın hastalar adet düzensizliği, infertilite ve depresyon gibi belirtilerle başvurabilir. Yaşlı bireylerde ise bilişsel yavaşlama, hastalığın tek belirtisi olabilir (12,16).

Hipotiroidizm ile ilişkili fizik muayene bulguları arasında guatr, ince ve kırılğan saç yapısı, kuru cilt ve periferik ödem yer almaktadır. Ayrıca bradikardi, diyastolik hipertansiyon, kaba yüz görünümü, hipotermi, kaşların lateral kısmında dökülme, makroglossi, periorbital ödem ile birlikte

plevral ve perikardiyal efüzyon gibi klinik bulgular da gözlenebilir. Özellikle uzun süre tedavisiz kalan ya da tedavisini hekim önerisi olmadan sonlandıran hastalarda, bilinç değişikliği, yaygın ödem ve genel durum bozukluğu ile seyreden miksödem koması gelişebilir. Miksödem koması, acil müdahale gerektiren tıbbi bir durumdur ve mortalite oranı %20–65 arasında değişmektedir (12,17).

Tablo 1. Hipotiroidizmde belirti ve bulgular (12)

Mekanizma	Belirtiler	Bulgular
Metabolik olaylarda yavaşlama	Halsizlik, yorgunluk, kolay üşüme, efor dispnesi, kilo alma, algılama zorluğu, unutkanlık, kabızlık, büyüme gecikmesi, el ve ayak içlerinin portakal rengi görünüm alması	Hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, tendon reflekslerinin gevşeme süresinde uzama, bradikardi, karotenemi
İntertisiyel dokuda madde birikimi	Cilt kuruluğu, Ses kısıklığı, Ödem	Kalın kaba deri, yüzde şişme, kaşlarda dökülme, göz çevresinde ödem, dilde büyüme
Diğerleri	İşitmede azalma, kas ağrıları, kramplar, uyuşmalar, depresyon, menoraji, eklem ağrısı, puberte gecikmesi	Diastolik hipertansiyon, pleural ve perikardiyal efüzyon, assit, galaktore

2.1.6. Hipotiroidi Tarama ve Tanı

Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) kılavuzuna göre, semptomu bulunmayan ancak otoimmün hastalık öyküsü, radyoaktif iyot tedavisi (RAİ) öyküsü, boyun bölgesine radyoterapi uygulanması ya da ailede tiroid hastalığı gibi risk faktörlerine sahip bireylerde hipotiroidi açısından tarama yapılması önerilmektedir (12). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın periyodik sağlık muayeneleri programına göre, ailede tiroid hastalığı öyküsü bulunan bireylerde ilk muayenede, diğer bireylerde ise 35 yaşından itibaren her beş yılda bir tiroid fonksiyon testleri kapsamında TSH ölçümü ile tarama yapılması önerilmektedir (18).

Hipotiroidi düşünülen hastalarda ilk yapılması gereken tetkik TSH ölçümüdür. TSH düzeyinde anormallik saptanması durumunda, tekrar TSH ve ek olarak serbest T4 (sT4) ölçümü yapılır. Primer hipotiroidide yüksek TSH, düşük sT4 düzeyi görülür. TSH'nın yüksek, sT4'ün normal olduğu durumlarda subklinik hipotiroidi düşünülür. Subklinik hipotiroidide serum TSH

konsantrasyonu geçici olarak yükselebileceğinden, tanıyı doğrulamak için 1-3 ay sonra TSH düzeyi tekrar ölçülmelidir. Düşük sT4 düzeyine rağmen TSH düzeyinin düşük veya normal olması, santral hipotiroidiyi düşündürür Bu durum da, tek başına TSH düzeyinin yanıltıcı olabileceğini göstermektedir (12).

Genel olarak, TSH'nin referans aralığı yaklaşık 0,4-4,5 mU/L olarak kabul edilir (19). Genç yetişkin ve orta yaş bireylerde normal TSH 0,5-2,5 mU/L arasında değişmektedir. Yaş arttıkça fizyolojik olarak TSH değerleri yükselir. Bu da hipotiroidi tanısı koymak ve tedavisini başlamak için yaş arttıkça farklı sınırların kullanılmasına neden olur (Tablo 2). Gebelikte ise bu aralıklar ilk trimester için 0,1-2,5 mU/L, ikinci trimester için 0,2-3 mU/L, üçüncü trimester için 0,3-3 mU/L'dir (12, 13).

Tablo 2. NHANES-III verilerine göre TSH üst sınırı

Yaş aralığı	TSH üst sınırı
20-29 yaş	3.5 mU/mL
50-70 yaş	4.5 mU/mL
80 yaş üzeri	7.5 mU/mL

Primer hipotiroidi tanısında otoimmün etyoloji düşünüldüğünde tiroid otoantikörlerinin değerlendirilmesi önemlidir. Tiroperoksidaz enzimine karşı gelişen Anti-TPO antikoru, Hashimoto tiroiditi için en güvenilir serolojik belirteç olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte Anti-TPO pozitifliğinin, subklinik hipotiroidinin aşikâr hipotiroidiye ilerleme riskini öngörmede prognostik değere sahip olduğu bildirilmektedir (20).

Hipotiroidi tanısı alan bireylerde fizik muayene bulguları normal ise görüntüleme zorunlu değildir. Ancak tanı aşamasında tiroid bezinin en az bir kez ultrasonografi (US) ile değerlendirilmesi önerilmekte, gerekli durumlarda takiplerde görüntülemenin tekrarlanması uygun görülmektedir.

2.1.7. Hipotiroidi Tedavisi

Aşikar hipotiroidi tanısı alan tüm vakalar levotiroksin replasman tedavisi almalıdır. Subklinik hipotiroidi olgularında ise tedavi kararı, hastanın klinik bulguları ve belirli kriterlerin varlığına göre verilmelidir. Subklinik hipotiroidi olguları, bazı durumlarda kendiliğinden düzelme eğilimi gösterebilmektedir. Bu nedenle tanı konulduktan sonra 1–3 ay içerisinde tanısal testlerin tekrarlanması ve tiroid fonksiyonlarının yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte, gebelik planlayan, infertilitesi bulunan veya hâlihazırda gebe olan bireylerde beklemeksizin tedaviye başlanması önerilmektedir. Subklinik hipotiroidi tanısı alan bireylerde, TSH düzeyinin 10 mU/L ve üzerinde olması durumunda tedaviye başlanması konusunda genel bir görüş birliği bulunmaktadır (20). Ancak TSH düzeyi 4,5–10 mU/L arasında olan olgularda, tedavi gerekliliği bireysel olarak değerlendirilmelidir (12).

LT4'nin günlük doz gereksinimi; yaş, cinsiyet ve vücut ağırlığı gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterir. Kısmi tiroid fonksiyon rezervine sahip hastalarda başlangıç dozu genellikle 1,2–1,6 µg/kg (yaklaşık 75–100 µg/gün) düzeyindedir. Tiroid dokusunun bulunmadığı olgularda veya santral hipotiroidisi olan bireylerde ise daha yüksek dozlara (100–250 µg/gün) ihtiyaç duyulabilmektedir (12).

Genç erişkinlerde tedaviye hedeflenen tam dozla başlanabilir. Altmış yaşın üzerindeki, koroner arter hastalığı öyküsü bulunmayan aşikâr hipotiroidi hastalarında başlangıç dozu 50 µg/gün olarak önerilirken, koroner arter hastalığı mevcut olanlarda 12,5–25 µg/gün gibi daha düşük bir başlangıç dozu tercih edilmelidir. Tedavi başlatıldıktan sonra doz ayarlamaları, 4–8 haftalık aralıklarla yapılan TSH ölçümlerine göre düzenlenmelidir. LT4 dozunun her artışta 12,5–25 µg/gün şeklinde artırılması ve doz değişikliğinden sonra yeniden değerlendirme için 6–8 hafta beklenmesi uygun kabul edilmektedir (12,21).

Tedavide temel amaç, hipotiroidiye bağlı semptomların giderilmesi ve TSH düzeyinin dar bir aralıkta tutulmasıdır. TSH hedef aralığı, hastanın yaşına ve klinik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Genç ve orta yaşlı bireylerde hedef TSH düzeyi 0,4–2,5 mU/L, yaşlı bireylerde (≥65–70 yaş) 3–6 mU/L, çok ileri yaşta (>80–85 yaş) ise ≤10 mU/L olarak önerilmektedir. Ayrıca, yaşlı hastalarda yalnızca hedef TSH değil, tedaviye başlama şekli de farklılık göstermektedir. Bu hasta grubunda tedaviye genellikle 12,5–25 µg/gün dozunda başlanmalı, 7–10 gün aralıklarla 12,5

$\mu\text{g/gün}$ 'lük artışlarla doz titrasyonu yapılmalı ve hastalar olası göğüs ağrısı açısından bilgilendirilmelidir (12).

Levotiroksin (LT4), sabah kahvaltıdan en az 30–60 dakika önce aç karnına alınmalıdır. Alternatif olarak, son öğünden 3–4 saat sonra gece yatmadan önce alınması da uygundur (22). Tiroid hormonu ile birlikte demir sülfat, kalsiyum karbonat gibi ilaçlar kullanılacaksa en az 4 saat ara bırakılmalıdır. H. pylori gastriti, atrofik gastrit, Çölyak hastalığı gibi bazı gastrointestinal sistem hastalıklarında doz gereksinmesi artabilir (12).

Piyasada farklı levotiroksin (LT4) preparatları bulunmaktadır. Hastada ötiroidi hangi preparat ile sağlanmışsa, tedaviye aynı preparatla devam edilmesi önerilir. Preparatlar arasında yaklaşık %15 oranında biyoyararlanım farklılıkları görülebilmektedir. Bu nedenle, ötiroidisi sağlanmış bir hastada LT4 preparatı değiştirildiğinde, bu durum doz değişikliği yapılmış gibi değerlendirilerek 6–8 hafta sonra yeniden kontrol edilmelidir (12, 16, 20).

2.2. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, bireylerin bir hastalığı nasıl kavradıklarını, anlamlandırdıklarını ve bu duruma nasıl tepki verdiklerini belirleyen bilişsel ve duygusal temsilleri içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bu temsiller, bireylerin hastalığı algılama biçimlerini şekillendirir ve bu algıya bağlı olarak geliştirdikleri sağlıkla ilgili davranışları önemli ölçüde etkiler. Bireylerin hastalık algılarını ve sağlıkla ilişkili davranışlarını açıklamaya yönelik teorik yaklaşımlar arasında Leventhal ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilen 'Öz-Düzenleme Modeli' önemli bir konuma sahiptir (9,23).

Hastalık algısı, birden fazla boyuttan oluşan çok yönlü bir kavramdır. Bu boyutlar arasında; kimlik inançları (bireyin semptomlarını hastalıkla ilişkilendirme düzeyi), nedensel inançlar (hastalığın ortaya çıkışına yönelik algılanan nedenler), zaman çizelgesi (hastalığın süresine ve seyrine ilişkin beklenti), kişisel kontrol ve tedavi kontrolü (hastalığın bireysel çaba veya tedavi yoluyla ne ölçüde yönetilebileceğine dair inanç), sonuçlar (hastalığın bireyin yaşamı üzerindeki algılanan etkileri), anlayış veya hastalık hakkında kavrayış düzeyi (hastalığın anlaşılma derecesi) ve duygusal temsiller (hastalığa yönelik kaygı, korku, öfke ya da sıkıntı gibi duygusal yanıtlar) yer almaktadır. Bu bileşenler, bireyin hastalığı algılama ve hastalıkla baş etme sürecinin temel yapı taşlarını oluşturmaktadır (24,25).

Hastalık temsillerinin sağduyu modeli hastalığın bilişsel temsillerinin yedi boyutunu tanımlar:

- 1.Kimlik; hastalığın etiketlendiği dair fikirler ve/veya semptomlarının nasıl tanımlandığı
- 2.Sebebe; bir hastalığın oluşmasına neden olan faktörlerle ilgili inançlar
- 3.Zaman çizelgesi; hastalığın ve/veya semptomlarının ne kadar süreceğine dair inançları
- 4.Sonuçlar; hastalığın bir kişinin genel yaşam kalitesi üzerindeki etkisine veya işlevsel kapasiteyi nasıl etkileyebileceğine ilişkin inançlar
- 5.Kontrol+tedavi; hastalığa yönelik başa çıkma davranışlarının performansına veya tedavinin etkinliğine bağlı hastalığa karşı güçlenme hissine yönelik inançlar son çalışmalar ise iki ek boyut getirmiştir;
- 6.Duygusal temsiller; hastalığa ve/veya semptomlara karşı geliştirilen duygusal tepkiler
- 7.Tutarlılık; bireylerin hastalıklarını anladıklarına ne kadar inandıklarına dair fikirler

Hastalıkla başa çıkma yaklaşımları, tedaviye uyum ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi süreçlerinin hastalık algısıyla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (26).

Hastalık algısının olumsuz olması, bireyin daha fazla semptomu hastalığıyla ilişkilendirmesine, hastalığın uzun süre devam edeceğine veya tekrarlayıcı bir seyir göstereceğine inanmasına yol açabilmektedir. Bu durum, hastalığın yaşam üzerinde ciddi ve olumsuz sonuçlar doğuracağına dair beklentileri artırmakta ve bireyde kaygı, endişe ve çaresizlik duygularının yoğunlaşmasına neden olabilmektedir (27,28). Ayrıca olumsuz hastalık algısına sahip bireylerde hastalıklarını kişisel veya çevresel etmenlere, yaşam tarzı alışkanlıklarına, kontrol edilemeyen biyolojik süreçlere ya da kaderci inançlara dayandırma eğiliminin arttığı bildirilmektedir. Buna karşılık olumlu hastalık algısına sahip bireylerin, tedavi sürecine yönelik daha yüksek kişisel kontrol algısına sahip oldukları, tedaviden yarar görebileceklerine dair inançlarının daha güçlü olduğu ve hastalıklarını daha anlamlandırılmış ve bütüncül bir şekilde değerlendirebildikleri belirtilmektedir (29). Olumlu hastalık algısına sahip bireylerde iyileşmeye yönelik beklenti ve umut düzeyinin daha yüksek olması, tedaviye uyumu artıran bir etken olarak değerlendirilmektedir. Buna karşılık olumsuz hastalık algısı, psikolojik iyilik hâlini olumsuz

yönde etkileyebilmekte; bu durum hem tedaviye uyumu hem de fiziksel iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyerek yavaşlatabilmektedir (30).

2.3. Tedavi Uyumu

Tedaviye uyum, hastaların sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tedavi planlarını ne ölçüde takip ettiklerini ifade eden önemli bir kavramdır. DSÖ, tedaviye uyumu; bireylerin ilaç kullanımı, diyet düzenlemeleri ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi tedaviye yönelik uygulamaları önerilen şekilde ve süreklilik içinde yerine getirmesi olarak tanımlamaktadır (31).

Tedaviye uyum, çok sayıda bireysel, hastalıkla ilişkili ve tedaviye özgü faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve sosyodemografik özellikler yer alırken; hastalığın tipi, süresi, şiddeti ve komplikasyonların varlığı gibi klinik özellikler de önemli rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra, ilacın dozu, türü, temin edilebilirliği ve olası yan etkileri gibi tedaviye ilişkin unsurlar tedaviye uyumu etkileyebilmektedir. Ayrıca sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki iletişimin niteliği, hastanın bilgi düzeyi, hastalığı anlama ve anlamlandırma biçimi, hastalık algısı ile tedaviye yönelik inançları da tedaviye uyum üzerinde belirleyici etmenler arasında yer almaktadır (32).

Levotiroksine düşük uyum, tedavi başarısızlığına yol açarak sonuçta sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına ve ciddi sağlık sonuçlarının ortaya çıkmasına neden olabilir(33). Hekimi ziyaret eden ve hastalığıyla ilgili hekimden bilgi alan hipotiroidi hastalarında bu durum tedaviye uyumu önemli ölçüde artırabilir. Buna karşılık, hipotiroidiye ek olarak başka bir hastalığın bulunması ve tıbbi randevuların iptal edilmesi, tedavi uyumunu belirgin şekilde azaltabilir (34). Birçok çalışmada, hastaların ilacın etkili olduğuna inandıklarında tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğer çeşitli faktörlerin yanında hastalık algısı, ilaç uyumunun en güçlü belirleyicilerinden biridir (35).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma Temmuz 2023- 2024 yılları arasında yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini hipotiroidi tanısı almış bireyler oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada evrendeki birey sayısı bilinmediği için, çalışmaya alınması gereken hasta sayısı $n=t^2.p.q/d^2$ formülü kullanılarak hesaplandı.

n =Çalışmaya alınacak katılımcı sayısı

t = Evrendeki birey sayısı bilinmediği için serbestlik derecesi ∞ olarak alındı. 0.05’de ∞ serbestlik derecesinde teorik t değeri tablodan bakılarak 1.96 bulundu.

p = Ülkemizde hipotiroidi prevalansı %8 kabul edildi. p değeri = 0,08 alındı.

q =Hipotiroidi görülme sıklığı $(1-p) 1-0,08=0,92$ ’dir.

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm standart sapma miktarı (\pm %5 sapma istediğimizden) $d=0,05$ alındı.

$$n= (1.96)^2 (0.08 \times 0.92) / (0.05)^2 = 120.$$

Ancak boş bırakılan ya da eksik doldurulan anketler olabileceği düşünülerek %10 artışla yaklaşık 135 kişi alınması planlandı.

3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- Ana dili Türkçe olmayan, Türkçe okuyup anlayamayanlar.
- Hipotiroidi için ilaç kullanmayanlar
- 18 yaşından küçükler

3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 07.07.2023 tarih ve 2023/4404 sayılı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi etik kurulu onaylıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen ve üç bölümden oluşan soru formları kullanıldı.

- 1- Sosyodemografik Bilgi Formu
- 2- Hastalık Algısı Ölçeği Kısa Form
- 3- Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

Anket formları araştırmacı tarafından yüz yüze olarak katılımcılara uygulandı (Ek-1).

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bilgi formu; katılımcıyı tanıtıcı sosyodemografik bilgiler ve hipotiroidi hastalıklarının takip, tedavi, ilaç kullanım rutinleriyle ilgili 25 soru ve hipotiroidi ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ölçmek için 6'sı doğru, 4'ü yanlış olmak üzere 10 adet ifadeden oluşuyordu. Her bir ifade için "Evet", "Hayır", "Bilgim yok" şeklinde cevap seçenekleri vardı. Anket formu konuyla ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlandı.

3.6.2. Kısa Form Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)

Ölçek 2006 yılında Broadbent ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (24). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kocaman ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır (36).İlgili ölçek kronik hastalığı olan bireyler ile yapılan çalışmalarda kullanılmaktadır. Hastalık algısının bilişsel ve emosyonel boyutunu ifade eden toplam sekiz maddeden oluşur. Ölçeğin ilk yedi maddesinde hastalık algısına ilişkin ifadeler bulunmakta, her bir madde 0 ile 10 arasında Likert tipi puanlanmaktadır. Son madde ile bireyin hastalığının nedeni olarak düşündüğü üç etkeni yazması istenmektedir (37). İlk yedi maddeye verilen puanlar hesaplanarak hastanın hastalık algısı puanı belirlenmektedir. Her alt boyuttan alınacak puan 0- 10 arasında, ölçekten alınabilecek toplam puan 0- 70 arasında değişmektedir. Ölçekte 2. , 3. ve 6. alt boyutlarda puan artışı olumlu algıyı, 1., 4., 5. ve 7. alt boyutlarda puan artışı olumsuz algıyı göstermekte ve her alt boyut 0-10 arasında puanlanabilmektedir. İstatistiksel değerlendirme yapılırken 1, 4, 5 ve 7. alt boyutlar tersine çevrilerek hesaplanır. Ölçek ve alt boyutlarından alınan yüksek puanlar bireyin hastalık algısında olumsuz tepkileri gösterir. Hastalık algısı skoru arttıkça bireyin hastalıktan etkilenme düzeyi artar (24,37).

3.6.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

İlaç uyumunu değerlendirmede öz-bildirim, pratik ve uygulanabilir bir yöntemdir. Morisky ve arkadaşları tarafından 1980'lerin ortalarında antihipertansif tedavilere bağlılığı değerlendirmek için 4 soruluk bir anket hazırlanmıştır (38). Orijinal ölçek ilaç kullanma alışkanlığı hakkında bilgi verse de, kronik hastalıkların uzun süreli tedavilerinde ilaç kullanımının sürekliliği konusunda yetersiz bulunmuştur. Ayrıca hastaların bilgi ve motivasyon düzeylerini sınıflandırmamaktadır. Sonuç itibariyle ölçeğe 2 yeni soru eklenmiş ve Modifiye Morisky Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Vural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (39). Türkçe Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği 6 sorudan oluşur. Ölçekte sorular “Evet” ve “Hayır” olarak yanıtlanır. 2 ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır 0 puandır. Diğer sorularda ise evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1.,2. ve 6. sorularda hastanın aldığı puan toplamı 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3., 4. ve 5. sorularda ise hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0” kullanıldı. Çalışmada yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulan anketler aracılığıyla elde edilen tüm veriler değerlendirilirken, sayısal verilerin ortalama, standart sapma değerleri hesaplandı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilecek, kategorik ve numerik yapıdaki veriler ki-kare, Student-t testi, One-Way ANOVA gibi uygun olan istatistiksel analizler ile karşılaştırıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik puanları Cronbach alfa ile hesaplanarak, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkileri saptamak için “Pearson” korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,000-0,249 arası ise zayıf, 0,250-0,499 arası ise orta, 0,500-0,749 arası ise güçlü, 0,750-1,000 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

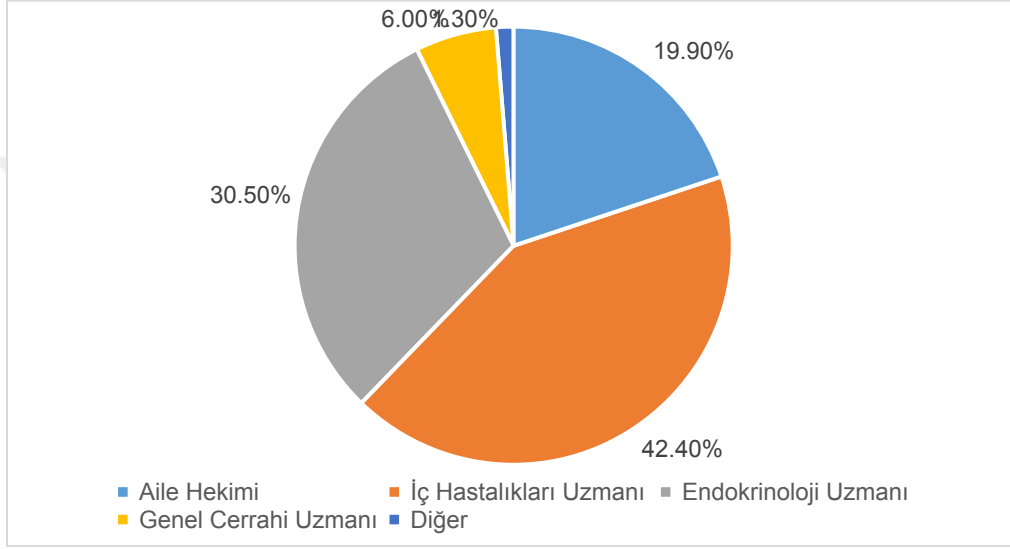
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen 151 anket analiz edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $44,79 \pm 12,52$ (min=18, maks=78) yılıdır. Katılımcıların %90,1'i (n=136) kadın, %82,8'i (n=125) evli ve %55,0'ı (n=83) ilköğretim eğitim düzeyine sahiptir. Çalışmaya katılan hastaların %51,7'sinin (n=78) geliri giderine eşit ve %82,1'i (n=124) çalışmıyordu (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Ort \pm SD	Min - Maks
Yaş (yıl)	44,79 \pm 12,52	18-78
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	136	90,1
Erkek	15	9,9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	27	17,9
Çalışmıyor	124	82,1
Eğitim durumu		
İlköğretim	83	55,0
Lise	26	17,2
Üniversite/Yükseköğretim	42	27,8
Gelir durumu		
Gelir giderden az	47	31,1
Gelir gidere eşit	78	51,7
Gelir giderden fazla	26	17,2
Medeni durum		
Evli	125	82,8
Bekar	26	17,2

Çalışmaya katılan hastaların %55,0'nun (n=83) yakın çevresinde hipotiroidi hastası vardı. 'Takiplerinizi hangi hekim yapıyor' sorusuna katılımcıların %42,4'ü (n=64) iç hastalıkları uzmanı, %30,5'i (n=46) endokrinoloji uzmanı ve %19,9'u (n=30) aile hekimi olarak yanıt verdi (Şekil 1).



Şekil 1. Hipotiroidi hastalarının takiplerini yapan hekimlerin dağılımı

Katılımcıların %43.0'nun hipotiroidi hastalığı için en son tahlil yaptırma zamanı 3 aydan önceydi. Hipotiroidi tanısı alma zamanı ortancası 8 (min=0,5, maks=42) yıl, kontrol sıklığı 6 (min=1, maks=24) ay, ilaç kullanım süresi 7 (min=0,5, maks=33) yıldır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Hastalık Durumuna İlişkin Bilgiler

	n	%	
Yakın çevrede hipotiroidi hastası olma durumu			
Evet	83	55,0	
Hayır	57	37,7	
Bilmiyorum	11	7,3	
En son tahlil zamanı			
3 aydan az	65	43,0	
3-6 ay	45	29,8	
6 aydan uzun	41	27,2	
	Ort ± SD	ortanca	Min - Maks
Tamı alma zamanı (yıl)	9,05±7,34	8	0,5-42,0
Kontrol sıklığı (ay)	6,52±4,30	6	1,0-24,0
İlaç kullanım süresi (yıl)	8,28±6,57	7	0,5-33,0

Çalışmadaki hastaların %68,2'sinin (n=103) en son ilaç dozu değişim zamanı altı aydan uzundu ve %94,7'sine (n=143) ilaç kullanımı doktor tarafından anlatılmıştı. Katılımcıların %87,4'ü (n=132) ilacının ismini, %96,7'si (n=146) ilacının dozunu biliyordu. Hastalar hipotiroidi ilacını alma zamanı olarak %99,3'ü (n=150) yemeklerden önce, %98,7'si (n=149) sabah aldığını belirtti. %53,0'ının (n=80) sürekli ilaç kullanımı gerektiren başka bir hastalığı, %83,4'ünün (n=126) hipotiroidi ilacı ile aynı anda kullandığı ilacı yoktu.

Katılımcıların hipotiroidi ilacı ile aynı anda kullandığı ilaçlar verilen cevaplara göre üç alt gruba ayrıldı. İlaçlar demir ilaçları, mide koruyucular ve diğer ilaçlar olarak sınıflandırıldığında %32,0'ı (n=8) mide ilacı, %24,0'ı (n=6) demir ilacı, %44,0'ı (n=11) diğer ilaçlar olduğu görüldü. Hastaların %93,0'ı (n=119) başka bir ilaç kullanması gerektiğinde önce hipotiroidi ilacını aldığını, %90,1'i (n=136) ilacını dışarıda sakladığını belirtti. Günlük kullanılan ilaç miktarı 1 (min=1, maks=8) adetti (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Hipotiroidi İlacı Kullanımına İlişkin Bilgileri

	n	%
İlaç dozunun en son değişim zamanı		
3 aydan az	27	17,9
3-6 ay	21	13,9
6 aydan uzun	103	68,2
İlaç kullanımının doktor tarafından anlatılması		
Evet	143	94,7
Hayır	8	5,3
Kullanılan ilacın isminin bilinmesi		
Biliyor	132	87,4
Bilmiyor	19	12,6
Kullanılan ilacın dozunun bilinmesi		
Biliyor	146	96,7
Bilmiyor	5	3,3
Kullanılan ilacın alınma zamanı		
Yemekten önce	150	99,3
Yemeklerle birlikte	1	0,7
İlacın günün hangi zamanında alındığı		
Sabah	149	98,7
Öğlen	1	0,7
Yatmadan önce	1	0,7
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren başka hastalık varlığı		
Evet	71	47,0
Hayır	80	53,0
Hipotiroidi ilacı ile aynı anda başka ilaç kullanım durumu		
Evet	25	16,6
Hayır	126	83,4
Hipotiroidi ile birlikte kullanılan ilaçlar		
Demir ilaçları	6	24,0
Mide koruyucular	8	32,0
Diğer	11	44,0
Hipotiroidi ilacı ile birlikte ilaç alırsa önce hangisini aldığı		
Hipotiroidi ilacını	22	88,0
Diğer ilaçları	3	12,0
Hipotiroidi ilacını nerede sakladığı		
Buzdolabında	14	9,3
Dışarıda	137	90,7

Çalışmaya katılan hastalara hipotiroidi ve ilaç kullanımını konusundaki bilgilerini ölçmek için 10 adet ifade yöneltildi. ‘Tiroid ilacı kahvaltıdan en az 30 dakika önce, aç karnına alınmalıdır’ ifadesi %98,0 ile en çok doğru bilinen ifadeydi. En az doğru bilinen ise % 35,8 (n=54) ile ‘Bazı ilaçlar tiroid ilacının etkisini azaltabilir’ ifadesiydi. Katılımcıların en çok yanlış cevap verdiği ifade % 21,9 (n=33) ile ‘Gıdalar tiroid ilacının etkisini azaltabilir.’ ve ‘Kontrole giderken ilaç içilerek gidilmelidir.’ ifadeleriydi (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Bilgi Düzeyi

	Evet	Hayır	Bilgim Yok
	n(%)	n(%)	n(%)
1. Hipotiroidi, tiroid bezinin az çalışması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır.	124(82,1)	5(3,3)	22(14,6)
2. Tiroid hormon ilacı bağımlılık yapabilir. *	15(9,9)	63(41,7)	73(48,3)
3. Tiroid hormon ilacı günün her saatinde alınabilir.*	18(11,9)	126(83,4)	7(4,6)
4. Gıdalar tiroid ilacının etkisini azaltabilir.	58(38,4)	33(21,9)	60(39,7)
5. Bazı ilaçlar tiroid ilacının etkisini azaltabilir.	54(35,8)	15(9,9)	82(54,3)
6. Tiroid ilacı kahvaltıdan en az 30 dakika önce, aç karnına alınmalıdır.	148(98,0)	1(0,7)	2(1,3)
7. Kontrole giderken ilaç içilerek gidilmelidir. *	33(21,9)	92(60,9)	26(17,2)
8. Mümkün oldukça hep aynı tiroid ilacı kullanılmalıdır.	85(56,3)	12(7,9)	54(35,8)
9. Tiroid ilacı hekimden izinsiz bırakılırsa komaya yol açabilen ciddi durumlar gelişebilir.	64(42,4)	22(14,6)	65(43,0)
10. Hipotiroidi hastaları gebe kalırsa ilacını kesmelidir, ilaç bebeğe zarar verebilir. *	23(15,2)	65(43,0)	63(41,7)

*yanlış ifadeler

Verilen doğru ifade sayılarına göre hastaların bilgi düzeyleri 3 gruba ayrıldı. Buna göre katılımcıların %24,5’inin (n=24,5) düşük (4 ve altı doğru) %60,2’sinin (n=60) orta (5–6

doğru), %35,8'inin (n=54) yüksek (7 ve üstü doğru) bilgi düzeyinde olduğu bulundu. Tüm ifadelere doğru cevap verenlerin oranı yalnızca % 3,3'd (n=5) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Bilgi Düzeyi Dağılımı

	n	(%)
4 ve altı (düşük)	37	24,5
5-6 (orta)	60	39,7
7 ve üstü (yüksek)	54	35,8
Toplam	151	100

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach's alpha değerleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hastalık Algısı leği Ve Tedavi Uyum leği'nin Ortalama Puanları Ve Cronbach's Alpha Değerleri

	Madde Sayısı	Min – Maks	Ort ± SD	Cronbach's alpha
Hastalık Algısı leği	7			0,784
Olumlu algı boyutu	3	4,0-30,0	19,37± 5,76	0,732
Olumsuz algı boyutu	4	2,0-40,0	19,49± 8,92	0,724
Tedavi Uyum leği	6			0,675
Bilgi	3	0,0-6,0	2,45± 0,78	0,638
Motivasyon	3	0,0-3,0	2,01± 0,86	0,644

Tedaviye uyum leği değerlendirildiğinde katılımcıların %90,7'sinin (n=137) bilgi düzeyi yüksek ve %72,8'inin (n=110) motivasyon düzeyi yüksek bulundu. Yüksek bilgi düzeyine sahip katılımcıların %92,7'si (n=127) kadındı (p=0,001). Yüksek motivasyona sahip hastaların %90,0'ı

(p=99) kadındı (p=0,964). Tedavi uyumunda yüksek motivasyona sahip hastaların % 82,7'si (91) çalışmıyordu (p=0,749) (Tablo 9).

Tablo 9. Sosyodemografik Bilgiler Ve Tedaviye Uyumun Karşılaştırılması

	Tedaviye Uyum Ölçeği			
	Motivasyon		Bilgi	
	Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Cinsiyet				
Erkek	4 (9,8)	11 (10,0)	5 (35,7)	10 (7,3)
Kadın	37 (90,2)	99 (90,0)	9 (64,3)	127 (92,7)
p*	0,964		0,001	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	8(19,5)	19(17,3)	4(28,6)	23(16,8)
Çalışmıyor	33(80,5)	91(82,7)	10(71,4)	114(83,2)
p	0,749		0,273	
Eğitim durumu				
İlköğretim	21(51,2)	62(56,4)	7(50,0)	76(55,5)
Lise	7(17,1)	19(17,3)	4(28,6)	22(16,1)
Üniversite/Yüksekokul	13(31,7)	29(26,4)	3(21,4)	39(28,5)
p	0,798		0,484	
Gelir durumu				
Gelir giderden az	10(24,4)	37(33,6)	2(14,3)	45(2,8)
Gelir gidere eşit	25(61,0)	53(48,2)	10(71,4)	68(49,6)
Gelir giderden fazla	6(14,6)	20(18,2)	2(14,3)	24(17,5)
p	0,371		0,266	
Medeni durumu				
Evli	32(78,0)	93(84,5)	12(85,7)	113(82,5)
Bekar	9(22,0)	17(15,)	2(13,3)	24(17,5)
p	0,347		0,760	
Toplam	41(100)	110(100)	14(100)	137(100)

*Ki-kare testi kullanıldı.

Motivasyon düzeyi yüksek olan katılımcıların %58,2'sinin (n=64) yakın çevresinde hipotiroidi hastası vardı. Yakın çevresinde hipotiroidi hastası olması tedavi uyum motivasyon düzeyini etkilemiyordu (p=0,394). Yüksek bilgi düzeyine sahip hastaların %55,5'inin (n=76)

yakın çevresinde hipotirodi hastası olduğu, %38,0'ının (n=52) yakın çevresinde hipotirodi hastası olmadığı görüldü (p=0,570) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Hastalık Durum Bilgileri İle Tedavi Uyumunun Karşılaştırılması

	Tedaviye uyum ölçeği			
	Motivasyon		Bilgi	
	Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Yakın çevrede hipotirodi hastası olma durumu				
Evet	19(46,3)	64(58,2)	7(50,0)	76(55,5)
Hayır	19(46,3)	38(34,5)	5(35,7)	52(38,0)
Bilmiyorum	3(7,3)	8(7,3)	2(14,3)	9(6,6)
p*	0,394		0,570	
Takibi yapan hekim				
Aile hekimi	10(24,4)	20(18,2)	3(21,4)	27(19,7)
Genel cerrahi	3(7,3)	6(5,5)	1(7,1)	8(5,8)
İç hastalıkları	20(48,8)	44(40,0)	5(35,7)	59(43,1)
Endokrinoloji	8(19,0)	38(34,5)	5(35,7)	41(29,9)
Diğer branşlar	0(0,0)	2(1,8)	0(0,0)	2(1,5)
p	0,372		0,967	
En son tahlil zamanı				
3 aydan az	14(34,1)	51(46,4)	5(35,7)	60(43,8)
3-6 ay	12(29,3)	33(30,0)	4(28,4)	41(29,9)
6 aydan uzun	15(36,6)	26(23,6)	5(35,7)	36(26,3)
p	0,236		0,734	
Toplam	41(100)	110(100)	14(100)	137(100)

* Ki-kare testi kullanıldı.

Yüksek motivasyona sahip bireylerin %96,4'üne (n=106) hipotiroidi ilacının kullanımının doktor tarafından anlatıldığı, %3,6'sına (n=4) ise hiç anlatılmadığı görüldü. (p=0,159). Yüksek bilgi düzeyine sahip katılımcıların %86,1'i (n=118) hipotiroidi ilacı ile aynı anda ilaç kullanmıyor, %13,9'u (n=19) ise kullanıyordu (p=0,005). Yüksek motivasyona sahip bireylerin %52,7'sinin (n=58) sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalığı vardı (p=0,021).

Hastalara yöneltilen ifadeye verilen cevaplara göre sınıflandırılan düşük, orta, yüksek bilgi düzeyleri ile tedaviye uyum motivasyon (p=0,527) ve bilgi düzeyi (p=0,195) arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların İlaç Kullanımlarına İlişkin Bilgiler İle Tedavi Uyumunun Karşılaştırılması

	Tedavi Uyum Ölçeği			
	Motivasyon		Bilgi	
	Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
İlaç dozunun en son değişim zamanı				
3 aydan az	5(12,2)	22(20,0)	2(14,3)	25(18,2)
3-6 ay	8(19,5)	13(11,8)	3(21,4)	18(13,1)
6 aydan uzun	28(68,3)	75(68,2)	9(64,3)	94(68,6)
p*	0,318		0,679	
İlaç kullanımının doktor tarafından anlatılması				
Evet	37(90,2)	106(96,4)	12(85,7)	131(95,6)
Hayır/ Hatırlamıyorum	4 (9,8)	4(3,6)	2(14,3)	6(4,4)
p	0,159		0,189	
İlacın isminin bilinme durumu				
Biliyor	36(87,8)	96(87,3)	11(78,6)	121(88,3)
Bilmiyor / Hatırlamıyor	5(12,2)	14(12,7)	3(21,4)	16(11,7)
p	0,930		0,211	
İlacın dozunun bilinme durumu				
Evet	38(92,7)	108(98,2)	13(92,9)	133(97,1)
Hayır	3(7,3)	2(1,8)	1(7,1)	3(2,9)
p	0,063		0,118	
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık				
Evet	13(31,7)	58(52,7)	7(50,0)	64(46,7)
Hayır	28(68,3)	52(47,3)	7(50,0)	73(53,3)

p	0,021		0,815	
Hipotiroidi ilacı ile aynı anda ilaç kullanım durumu				
Evet	7(17,1)	18(16,4)	6(42,9)	19(13,9)
Hayır	34(82,9)	92(83,6)	8(57,1)	118(86,1)
p	0,917		0,005	
Tiroid ilacının nerede saklandığı				
Buzdolabında	4(9,8)	10(9,1)	1(7,1)	13(10,2)
Dışarıda	37(90,2)	100(89,9)	13(92,9)	124(89,8)
p	0,824		0,909	
Toplam	41(100)	110(100)	14(100)	137(100)
Bilgi düzeyi				
Düşük	10(27,0)	27(73,0)	4(10,8)	33(89,2)
Orta	19(31,7)	41(68,3)	8(13,3)	52(86,7)
Yüksek	12(22,2)	42(77,8)	2(3,7)	52(96,3)
p	0,527		0,195	
Toplam	41(100)	110(100)	14(100)	137(100)

*Ki-kare testi

Erkek katılımcıların olumsuz hastalık algısı puan ortalamaları (21,08±8,67), kadın katılımcılardan (19,31±8,96) yüksek olmakla birlikte bu fark anlamlı bulunmadı (p>0,05). Evli (19,29±5,76) ve bekar (19,29±5,87) katılımcıların olumlu hastalık algısı puan ortalamalarının benzer olduğu görüldü (p=0,705). Öğrenim durumu açısından bakıldığında, eğitim seviyesi arttıkça olumlu hastalık algısı puan ortalamasının yükseldiği (ilköğretim 18,87±5,35; yüksekokul 20,59±6,25), ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü (p>0,05).

Tablo 12. Sosyodemografik Verilerle Hastalık Algısının Karşılaştırılması

	Hastalık Algısı	
	Olumlu Algı	Olumsuz Algı
	Ort ± SD	Ort ± SD
Cinsiyet		
Erkek	17,60±8,15	21,08±8,67
Kadın	19,57±5,44	19,31±8,96
p*	0,209	0,473
Medeni durum		
Evli	19,29±5,76	19,08±8,62
Bekar	19,29±5,87	21,46±10,19
p	0,705	0,217
Öğrenim durumu		
İlköğretim	18,87±5,35	20,56±8,47
Lise	19,00±6,12	16,65±9,79
Yüksekokul	20,59±6,25	19,11±8,92
p	0,273	0,142
Çalışma durumu		
Çalışıyor	20,66±6,67	20,81±8,92
Çalışmıyor	19,09±5,53	19,20±8,93
p	0,201	0,397
Gelir durumu		
Gelir giderden az	19,23±5,63	20,14±9,7
Gelir gidere eşit	19,23±5,46	18,92±8,16
Gelir giderden fazla	20,07±6,95	20,00±10,44
p	0,796	0,723
Toplam	19,37± 5,76	19,49± 8,92

*Bağımsız örneklem t testi- Oneway ANOVA testi

Yakın çevresinde hipotiroidi hastası bulunan katılımcıların olumlu hastalık algısı puan ortalaması 20,02±5,88, olumsuz hastalık algısı puan ortalaması ise 19,48±9,22 olarak bulundu ($p>0,05$). Takibi yapan hekime göre yapılan karşılaştırmada, endokrinoloji uzmanı tarafından takip edilen hastaların olumlu hastalık algısı puan ortalamasının (20,81±8,92) , aile hekimliğinde

takibi yapılan hastaların olumlu hastalık algısından (19,08±5,43) daha yüksekti. Ancak aralarındaki fark anlamlı değildi (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Hastalık Durum Bilgileri İle Hastalık Algısının Karşılaştırılması

	Hastalık algısı	
	Olumlu algı	Olumsuz algı
	Ort ± SD	Ort ± SD
Yakın çevrede hipotiroidi hastası olma durumu		
Evet	20,02±5,88	19,48±9,22
Hayır	18,64±5,61	20,59±8,66
Bilmiyorum	18,27±5,49	13,81±5,89
p*	0,309	0,069
Takibi yapan hekim		
Aile hekimi	19,08±5,43	18,93±9,03
Genel cerrahi	19,66±6,81	16,88±8,02
İç hastalıkları	18,40±5,74	20,18±8,49
Endokrinoloji	20,10±5,70	19,00±9,45
Diğer branşlar	26,00±5,65	28,50±14,84
p	0,251	0,490
En son tahlil zamanı		
3 aydan az	20,04±5,69	19,20±9,73
3-6 ay	19,64±5,50	19,11±9,25
6 aydan uzun	18,02±6,05	20,36±7,21
p	0,200	0,764
Toplam	19,37± 5,76	19,49± 8,92

*Bağımsız örneklem t testi- Oneway ANOVA testi

Katılımcıların ilaç kullanımına ilişkin özellikleri ile hastalık algısı düzeyleri arasındaki ilişki incelendi. İlaç kullanımının doktor tarafından anlatıldığı hastalarda hem olumlu (19,57±5,78), hem de olumsuz hastalık algısı (19,74±8,99), anlatılmayanlara göre daha yüksekti. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Kullandığı ilacın ismini hatırlayan katılımcıların olumlu hastalık algısı puan ortalaması daha yüksek olmakla birlikte, gruplar arasında hem olumlu hem de olumsuz hastalık algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$)

Hastalara yöneltilen ifadeler verilen cevaplara göre sınıflandırılan düşük, orta, yüksek bilgi düzeyleri ile hastalık algısı düzeyleri arasındaki ilişki incelendi. Yüksek bilgi düzeyine sahip hastalarda olumlu hastalık algısı anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,001$) Olumsuz hastalık algısı ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,290$) (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumu Bilgileri İle Hastalık Algısının Karşılaştırılması

	Hastalık algısı	
	Olumlu algı	Olumsuz algı
	Ort ± SD	Ort ± SD
İlaç dozunun en son değişim zamanı		
3 aydan az	19,18±1,07	17,66±7,47
3-6 ay	19,33±5,64	18,90±11,61
6 aydan uzun	19,43±5,88	20,08±8,66
p*	0,158	0,244
İlaç kullanımının doktor tarafından anlatılması		
Evet	19,57±5,78	19,74±8,99
Hayır	16,42±4,35	15,71±6,31
p	0,163	0,254
İlacın isminin hatırlanması		
Evet	19,67 ± 5,76	19,21 ± 9,07
Hayır	15,80 ± 8,16	21,60 ± 5,85
Hatırlamıyorum	17,85 ± 4,41	21,35 ± 8,55
p	0,198	0,604
İlacın dozunun hatırlanması		
Evet	19,41± 5,73	19,45 ± 8,98
Hayır	21,66 ± 6,42	21,00 ± 7,81
Hatırlamıyorum	13,0 ± 5,65	19,50 ± 10,60
p	0,232	0,958
Sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalık		
Evet	19,18 ± 5,39	20,11 ±8,51
Hayır	19,55 ± 6,10	18,93 ± 9,29
p	0,698	0,421
Hipotiroidi ilacı ile aynı anda ilaç kullanım durumu		
Evet	20,20 ± 4,28	18,36 ± 8,54
Hayır	19,21 ± 6,01	19,71 ± 9,01
p	0,437	0,490
Tiroid ilacını nerede sakladığı		
Buzdolabında	18,42 ± 5,44	16,50 ± 9,85
Dışarıda	19,44 ± 5,81	19,83 ± 8,82

p	0,534	0,185
Bilgi düzeyi		
Düşük ^a	16,89±5,18	20,27±7,65
Orta ^b	19,20±4,84	18,08±8,50
Yüksek ^c	21,27±6,45	20,51±10,07
p	0,001 ^{ac}	0,290
Toplam	19,37± 5,76	19,49± 8,92

*Bağımsız örneklem t testi- Oneway ANOVA testi

Katılımcıların tedavi uyum düzeyi ile hastalık algıları arasındaki ilişki incelendi. Motivasyon ve bilgi düzeyleri ile olumlu ve olumsuz hastalık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 15. Katılımcıların Tedavi Uyum Düzeyi İle Hastalık Algılarının Karşılaştırılması

Tedaviye Uyum Ölçeği		Hastalık Algısı	
		Olumlu Algı	Olumsuz Algı
		Ort ± SD	Ort ± SD
Motivasyon	Düşük	18,36±5,32	16,56±7,72
	Yüksek	19,75±5,89	20,58±9,12
	p	0,189	0,013
Bilgi	Düşük	16,71±4,54	17,00±8,42
	Yüksek	19,64±5,81	19,74±8,96
	p	0,069	0,275

5. TARTIŞMA

Birinci basamakta uzun dönem ve çoğu zaman yaşam boyu izlem gerektiren hipotiroidi gibi kronik hastalıklarda, biyokimyasal hedeflere ulaşmanın yalnızca ilaç tedavisine bağlı olmadığı; hastanın hastalığını nasıl algıladığı, tedavinin amacını ne ölçüde benimsediği ve ilacını doğru kullanma konusundaki bilgi ve farkındalığının tedavi sürecinin temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın bulguları, hipotiroidi nedeniyle ilaç kullanan hastalarda hastalığa yönelik algıların ve ilaç kullanımına ilişkin bilgi düzeyinin tedavi uyumu üzerinde belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Hipotiroidi tanılı hastaların yaş ortalamasının 45 olduğu ve olguların ağırlıklı olarak orta yaş grubunda yoğunlaştığı saptandı. Ülkemizde yürütülen çalışmalarda da benzer şekilde hipotiroidi hastalarının yaş ortalamasının 45–50 yaş aralığında olduğu bildirilmektedir (40,41). Bununla uyumlu olarak Winter ve arkadaşlarının Danimarka’da hipotiroidi tanılı hastaları değerlendirdikleri çalışmada ortalama yaş 47 olarak bulunmuştur (42). Mevcut literatür, hipotiroidi prevalansının yaşla birlikte arttığını ve hastalığın özellikle orta yaş ve sonrasında daha sık tanı aldığını göstermektedir (40,41,42)

Katılımcıların yaklaşık onda dokuzunun kadınlardan oluştuğu görüldü. İtalya’da gerçekleştirilen benzer bir çalışmada da katılımcıların çoğunluğunun kadın olduğu bildirilmiştir (43). Türkiye’de farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda da hipotiroidi tanılı kadın hasta sayısının erkeklere göre yaklaşık dört kat fazla olduğu rapor edilmiştir (41,44). Kadın hasta sayısının belirgin olarak fazla olmasının, hipotiroidinin kadınlarda erkeklere kıyasla 5–8 kat daha sık görülmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (12). Bu çalışmada saptanan cinsiyet dağılımı da hastalığın bilinen epidemiyolojik özellikleriyle uyum göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısının yakın çevresinde hipotiroidi tanısı almış bireylerin bulunması, özellikle otoimmün etiyolojiye sahip hipotiroidi formlarında bildirilen ailesel yatkınlıkla uyumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir. El Helou ve arkadaşlarının Lübnan’da hipotiroidi tanılı hastalarla yürüttükleri çalışmada da katılımcıların yarısının ailesinde hipotiroidi öyküsü bulunduğu bildirilmiştir (34). Benzer şekilde Suudi Arabistan’da yapılan geniş örneklemli bir çalışmada, hipotiroidili hastaların önemli bir bölümünde aile öyküsünün var olduğu ve bu durumun hastalık algısı ile tedavi uyumu üzerinde dolaylı etkilerinin olabileceği

vurgulanmıştır (45). Literatürde birinci derece akrabalarda hipotiroidi bulunmasının hastalık riskini artırdığı; bunun yanı sıra hastaların hastalık farkındalığını, sağlık hizmetlerine başvuru davranışlarını ve tanı sürecine daha erken dahil olmalarını etkileyebildiği belirtilmektedir (46). Bu bağlamda ailesel öykünün varlığı, hastalığa yönelik algının şekillenmesinde önemli bir belirleyici olarak öne çıkmaktadır.

Hipotiroidi takibinin en sık iç hastalıkları uzmanları tarafından yapıldığı, bunu endokrinoloji uzmanları ve aile hekimlerinin izlediği görüldü. Türkiye’de aile hekimliği ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yapılan çalışmalarda da benzer şekilde, tanı ve tedavi başlangıcının sıklıkla iç hastalıkları veya endokrinoloji uzmanlarınca yapıldığı, stabil hastaların izleminde ise aile hekimlerinin aktif rol aldığı bildirilmiştir. Rize’de yapılan bir çalışmada, hipotiroidili hastaların hem endokrinoloji hem de aile hekimliği polikliniklerinde takip edildiği ve bu durumun ilaç kullanım davranışlarını etkileyebildiği gösterilmiştir (44). Bu dağılım, aile hekimlerinin hipotiroidi hastalarının takibinde önemli rol oynayabileceğini göstermektedir.

Hipotiroidi hastalarının çoğunun doktor kontrolüne gitme ve ilaç dozunun ayarlaması altı ayda daha uzun zamanda yaptığı bulundu. TEMD kılavuzuna göre hipotiroidi hastalarında uygun tedavi dozuna ulaşıldıktan sonra izlem sıklığı 6-12 ay olarak önerilmiştir (12). Hastaların en son tahlil yaptırdığı zamanının üç aydan önce olmasına rağmen en son ilaç değişim zamanının altı aydan uzun olması, bilgi ve motivasyon düzeylerinin yüksek olmasına bağlandı. Kumar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli endokrinoloji kontrolüne giden hastaların ilaç uyum düzeyi anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (47). El Helou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da doktor ziyaretini ertelemeyenlerin ilaç uyum düzeyi daha yüksek bulunmuştur (34).

Tedaviye uyumun iki önemli bileşeni olan motivasyon ve bilgi düzeyi değerlendirildiğinde; dörtte üçünün motivasyon, onda dokuzunun bilgi düzeyi yüksek bulundu. Cinsiyetin motivasyon düzeyini etkilemediği buna karşın yüksek bilgi düzeyine sahip katılımcıların büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu görüldü. Benzer biçimde Eskişehir’de yapılan çalışmada cinsiyetin motivasyon ve bilgi düzeylerine bir etkisi olmadığı görülmüştür (40). Shakya ve arkadaşları da cinsiyet ve tedavi uyumu arasında ilişki bulamamışlardır (33). Bununla birlikte Kumar ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada erkeklerde uyum oranlarının daha yüksek bulunması, cinsiyetin toplumdan topluma değişen roller ve sağlık davranışları üzerinden uyumu etkileyebileceğini düşündürmektedir (47). Öte yandan, bu çalışmada bilgi düzeyinde kadınların

daha yüksek bulunması kadınların sağlık hizmetlerini daha sık kullanması, kronik hastalık yönetiminde daha aktif rol alması ve sağlık okuryazarlığına ilişkin farklılıklarla ilişkili olabilir.

Çalışmadaki katılımcıların tedaviye uyumda eğitim durumunun motivasyon ve bilgi düzeyini etkilemediği görüldü. Basım ve arkadaşlarının tiroid kanseri nedeniyle hipotiroidisi olan hastalarda yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyinin düşmesinin tedaviye uyumda azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (48). Dirikoç ve arkadaşlarının çalışmasında daha ileri eğitim düzeyi yüksek ilaç uyumu ile ilişkili bulunmuştur (41). Vaisman ve ark. Brezilya’da yaptığı bir çalışmada da eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanlarda, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre anormal TSH sonuçları görülmüştür (49). Bu çalışmada eğitim düzeyinin, tedavi uyumunu etkilememe nedeninin çalışma yapılan bölgede popülasyonun aile hekimlerine daha kolay erişiminin olmasına ve ilaç kullanımı konusunda, hekim tarafından verilen bilginin ve hasta–hekim iletişiminin tedavi uyumunda daha belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısının gelirinin giderine eşit olduğu ve gelir düzeyinin motivasyon ve bilgi düzeyine etkisi olmadığı görüldü. Kumar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların ilaçları satın alınabilirliği sorulmuş, ilaçlarının ücretini karşılayabilen hastalarda ilaç uyumu anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (47). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada hipotiroidi hastalarının büyük bölümünün orta gelir grubunda yer aldığı bildirilmiştir ve gelir düzeyleri ile motivasyon ve bilgi düzeyleri arasında bir ilişki görülmemiştir (40). El Helou ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada aylık geliri daha yüksek olan hastaların tedaviye daha yüksek düzeyde uyum sağladığı görülmüştür. Bu durum, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin ilaç masraflarını karşılayabilme olanaklarının, düşük gelirli bireylere kıyasla daha fazla olmasıyla açıklanmıştır (34). Bu sonuç ülkemizde yaşayan insanların büyük çoğunluğunun sağlık güvencesinin olmasından kaynaklanabilir düşüncesindeyiz.

Yakın çevresinde hipotiroidi hastası bulunmasının tedaviye uyumda motivasyon ve bilgi düzeyine anlamlı katkı sağlamadığı görüldü. Dirikoç ve arkadaşlarının levotiroksin tedavisine uyumu değerlendirdikleri çalışmada, ailede tiroid hastalığı varlığının tedavi uyumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (41). Yalnızca dolaylı deneyim aktarımının hastalık algısını ve tedavi davranışlarını değiştirmede yeterli olmadığını düşünülebilir.

Tedaviye uyumda yüksek motivasyona ve bilgi düzeyine sahip bireylerin tamamına yakınında hipotiroidi ilacının kullanımının doktor tarafından anlatıldığı görüldü. Özellikle

Lübnan'da yapılan çalışmada, hastalığı ve tedavisi hakkında hekim tarafından bilgilendirilen bireylerde tedaviye uyum olasılığının anlamlı düzeyde arttığı gösterilmiştir (34). Benzer şekilde Kumar ve ark., hastalık ve tedavi sürecinde kullanılan ilaca ilişkin olarak izlem yapan hekim tarafından bilgilendirilen hastalarda, tedaviye uyum düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bildirmiştir (47). Crilly ve arkadaşlarının hipotiroidi hastalarında tiroksin uyumunu artırmak için hipotiroidi eğitim kitapçığının etkinliğini araştırdıkları çalışmada, eğitim broşürlerinin ne tedaviye uyum ne de sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde klinik ve istatistiksel bir önem göstermediğini ifade etmişlerdir (50). Bu bulgu, tedaviye uyumun artırılmasında hekim-hasta ilişkisinin güçlendirilmesinin ve hastalara hastalıkları ile kullanacakları ilaçlar hakkında yeterli ve doğru bilgilendirme yapılmasının kritik önem taşıdığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, özellikle aile hekimlerinin hastalarıyla güvene dayalı bir ilişki geliştirmesi ve süreklilik arz eden etkili iletişim kurması önemli bir sorumluluk olarak öne çıkmaktadır.

Bu çalışmada hipotiroidi ilacı ile eş zamanlı başka ilaç kullanmayanların bilgi düzeyi, sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalığı olanların ise motivasyon düzeyi daha yüksekti. İğde ve arkadaşları düşük motivasyona sahip hastalarda ek hastalığı olanların sayısını daha yüksek bulunmuştur (40). Aksine Briesacher ve arkadaşlarının yedi farklı kronik hastalıkta tedavi uyumunu araştıran çalışmasında hipotiroidi hastalarında ek hastalık varlığının tedavi uyumunu etkilemediği görülmüştür (51). El Helou ve arkadaşları ek hastalığı olanların ilaç uyumu daha düşük bulunmuştur (34). Çoklu ilaç kullanan bireylerde yapılan bir çalışmada, ek hastalık varlığının tedaviye uyumu olumsuz etkileyebileceği, özellikle ilaç sayısının artmasının motivasyonu düşürebileceği belirtilmiştir (52). Bu çalışmada ek hastalığı bulunan bireylerde motivasyon düzeyinin daha yüksek bulunması, bu hastaların sağlık sistemiyle daha sık temas halinde olmaları ve ilaç kullanımına daha alışkın olmaları ile açıklanabilir.

Levotiroksinin emiliminin; demir preparatları, proton pompa inhibitörleri ve kalsiyum içeren ilaçlar tarafından olumsuz etkilenebildiği bilinmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, hastaların önemli bir kısmının bu ilaç etkileşimlerinden haberdar olmadığı ve levotiroksini etkileşime giren ilaçlarla birlikte kullandığı bildirilmiştir (53). Bu çalışmada bilgi düzeyi yüksek hastaların eş zamanlı ilaç kullanımından kaçınması, doğru bilgilendirmenin klinik pratiğe olumlu yansımaları göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastalara hipotiroidi ve ilaç kullanımını konusundaki bilgilerini ölçmek için yöneltilen ifadelerden en çok doğru bilineni ‘Tiroid ilacı kahvaltıdan en az 30 dakika önce, aç karnına alınmalıdır’ ifadesiydi. Bu sonuca uygun olarak hastaların neredeyse tamamı ilaçlarını sabah, kahvaltıdan en az 30 dakika önce aldığını belirtti. Goel ve arkadaşlarının hipotiroidi hastalarında hatalı uygulamalar ve yanlış bilinenleri araştırdığı çalışmada hastaların çoğunun levotiroksini aç karnına sabah erken saatlerde aldığı, ancak yalnızca üçte birinin ilacı almak ile yemek veya içecek tüketmek arasında yeterli süre bırakmadığı görülmüştür (54). Mcmillan ve arkadaşları hastaların beşte birinden fazlasının levotiroksini kahvaltıda veya günün ilerleyen saatlerinde ve yine beşte birinden fazlasının yemekten 30 dakikadan daha kısa bir süre önce aldığını bildirmektedir (55). Hipotiroidi tedavisinde istenilen TSH hedeflerine ulaşamamanın önemli nedenlerinden biri de LT4’ün uygun şekilde kullanılmamasıdır. Her sabah aç karnına ilaç kullanmak hastalar için zorlayıcı olabilir. Bolk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, levotiroksinin sabah yerine yatmadan önce alınmasının tiroid hormonu seviyelerini önemli ölçüde iyileştirdiği bulunmuştur. Bu araştırmacılar, klinisyenlerin levotiroksin alımını yatmadan önce reçete etmeyi düşünmelerini önermişlerdir (56).

Çalışmadaki hastaların büyük çoğunluğu hipotiroidi ilaçlarını sabah aç karnına almasına rağmen, en çok yanlış cevap verdikleri ifade ‘Gıdalar tiroid ilacının etkisini azaltabilir.’ ve ‘Kontrolde giderken ilaç içilerek gidilmelidir.’ ifadeleriydi. En az doğru bilinen ise ‘Bazı ilaçlar tiroid ilacının etkisini azaltabilir’ ifadesiydi. Serin ve ark. katılımcıların büyük çoğunluğunun LT4 ile gıda ve ilaç etkileşiminden habersiz olduğu tespit etmiştir (53). Hipotiroidinin biyokimyasal olarak kontrolü için yapılan tiroid fonksiyon testleri günün erken saatinde, o günkü LT4 dozu alınmadan önce yapılmalıdır (57).

Literatür incelendiğinde ülkemizde hipotiroidi hastalarında hastalık algısının tedaviye uyumu etkisini inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmadı. Bu çalışmada cinsiyetin hastalık algısı üzerine etkisi olmadığı görüldü. Kara ve arkadaşlarının çoklu ilaç kullanan hastalarda tedaviye uyum ve hastalık algısının incelendiği çalışmada cinsiyetin hastalık algısını etkilemediği bulunmuştur (58). Benzer şekilde Uysal ve ark. yaptığı tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısını incelediği çalışmalarında cinsiyetin hastalık algısına etkisi görülmemiştir (59).

Eğitim düzeyinin artmasının olumlu hastalık algısını arttırdığı görüldü. Milani ve arkadaşları multiple sklerozlu hastalarda, eğitim düzeyi arttıkça hastalık algısının arttığını bulmuşlardır (60). Yapar ve ark. tip 2 diyabetli hastaların eğitim durumlarının hastalık algısını etkilemediğini belirtmiştir (61). Hastalara verilen ifadelere göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip hastalarda olumlu hastalık algısı anlamlı olarak daha fazlaydı. Chew ve arkadaşları diyabetli hastalarda diyabet eğitiminin, bireylerin hastalık algısını iyileştirebileceğini ve eğitim almış kişilerde, hastalığa dair kaygı ve duygusal yükün hafifleyip, kontrol hissini güçlenebileceğini ifade etmiştir (62). Hasta eğitimi bireylerin hastalığa yönelik kaygılarını azaltmakta ve kontrol algısını güçlendirebilmektedir. Bu nedenle hipotiroidi hastalarında bilgi düzeyinin artması, hastalığın tehdit edici yönünden ziyade yönetilebilir yönünün ön plana çıkmasına katkı sağlamış olabilir.

Hastalık algısının tedaviye uyuma etkisi incelendiğinde olumlu ve olumsuz hastalık algısının, bilgi ve motivasyon düzeylerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü. Hipertansiyon hastalarında yapılan bir çalışmada, hastalık algısı daha olumlu olan bireylerin ilaç tedavisine uyumunun daha yüksek olduğu; buna karşılık hastalık algısı olumsuz olmasına rağmen tedavi kontrolüne ilişkin inancı güçlü olan hastalarda tedaviye uyumun daha düşük olduğu bildirilmiştir (63). Yaşlı hipertansiyon hastalarının katıldığı bir çalışmada daha olumlu hastalık algısına ve daha düşük algılanan hastalık yüküne sahip katılımcıların, olumsuz hastalık algısına sahip olanlara kıyasla ilaç tedavisine daha iyi uyum gösterme eğiliminde olduğu ortaya konmuştur(64). Bununla birlikte, Nepal'de yapılan bir çalışmada, hastaların tedaviye uyumu ile ilacın etkinliğine ilişkin algıları arasında ilişki bulunmamıştır (33). Özellikle bilgi düzeyi, ilaç kullanım davranışları, düzenli takip ve hekim–hasta iletişimi gibi faktörler, hastalık algısı tedavi uyumunu şekillendiren temel unsurlar olarak ne çıkmaktadır. Bu nedenle, hipotiroidi hastalarında tedavi uyumunu artırmaya yönelik girişimlerin yalnızca algıyı değil, algıyı davranışa dönüştüren eğitim ve izlem süreçlerini de hedeflemesi gerekmektedir.

Hipotiroidi nedeniyle levotiroksin kullanan hastalarda hastalık algısı, ilaç kullanımı bilgi düzeyi ve tedavi uyumu arasındaki ilişkinin çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ortaya konması bu çalışmanın bir diğer sonucudur. Türkiye'de hipotiroidi hastalarında tedavi uyumunu inceleyen çalışmalar olmasına karşın hipotiroidi tanılı hastalarda hastalık algısının tedavi uyumuna etkisini

araştıran çalışmalar sınırlıdır. Çalışmanın bulguları hipotiroidi gibi uzun dönem ve çoğu zaman yaşam boyu izlem gerektiren kronik bir hastalıkta, biyokimyasal hedeflere ulaşmanın yalnızca uygun dozda ilaç reetelenmesiyle sınırlı olmadığını; hastaların hastalıklarını nasıl algıladıkları, tedavinin amacını ne lde benimsedikleri ve ilacı doğru kullanmaya ilişkin bilgi ve farkındalıklarının tedavi sürecinde belirleyici rol oynadığını göstermektedir.

Çalışmanın sınırlılıkları da mevcuttur. Araştırmanın tek merkezde yürütülmüş olması ve örneklemin belirli bir coğrafı bölgeden seçilmesi elde edilen sonuçların tüm hipotiroidi hasta popülasyonuna genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Özellikle sosyokültürel özellikler, sağlık hizmetlerine erişim olanakları ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyişi bölgeden bölgeye farklılık gösterebileceğinden, sonuçlar farklı merkezlerde değişkenlik gösterebilir. Verilerin z-bildirim yöntemiyle toplanmış olması, sosyal beğenirlik yanlılığıyla ve katılımcıların bilgi düzeylerini ya da tutumlarını olduğundan farklı yansıtmasına neden olabilir. Diğer bir sınırlılık aynı amaçlara sahip çalışma sayısının az olması nedeniyle karşılaştırmanın kısıtlı kalmasıdır. Örneklem boyutunun küçük olması da sınırlılıklar arasında yer almaktadır.

6. SONUÇLAR

Bu araştırmada, hipotiroidi nedeniyle ilaç kullanan hastalarda hastalık algısı ve ilaç kullanım bilgi düzeyinin, tedavi uyumuna etkisi değerlendirildi. Çalışmanın temel bulguları, hipotiroidide biyokimyasal hedeflere ulaşmada yalnızca uygun dozda ilaç reçete edilmesinin yeterli olmadığını; hastanın tedaviyi benimsemesi, ilaç kullanımını doğru uygulaması ve hastalığı anlamlandırma biçiminin izlem sürecinin önemli bileşenleri olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların önemli bir bölümünde hastalık ve levotiroksin kullanımıyla ilişkili bilgi düzeyinin yeterli, tedaviye uyumun ise yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte, bilgi düzeyinin kadınlarda daha yüksek bulunması; kadınların sağlık hizmetlerine daha sık başvurması, kronik hastalıkların izlem ve yönetiminde daha aktif rol üstlenmesi ve sağlık okuryazarlığına ilişkin olası farklılıklarla ilişkili olabilir. Bu bulgu, erkek hastaların hastalıkları ve ilaç kullanımını konusunda hedefe yönelik biçimde bilgilendirilmesi ve kendi sağlık bakım süreçlerine etkin katılımlarının desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Hastaların neredeyse tamamı levotiroksini yemekten önce ve sabah aldığını belirtmiş, “tiroid ilacı kahvaltıdan en az 30 dakika önce aç karnına alınmalıdır” ifadesi en yüksek doğruluk oranına sahip olmuştur. Bununla birlikte bilgi testindeki dağılım, hastaların günlük pratikte doğru davranışı gösterse bile kritik ayrıntılarda bilgi boşluklarının sürdüğünü düşündürmektedir. Özellikle “bazı ilaçlar tiroid ilacının etkisini azaltabilir” ifadesinin en düşük doğru bilinen ifade olması ve gıda/ilacı etkileşimleri ile test günü ilaç alımı konusundaki yanlış inanışlar, klinik açıdan önemlidir. Bu durum, levotiroksinin emilimini etkileyebilecek ilaçlar (demir preparatları, mide koruyucular vb.) ve kullanım aralığı konusunda danışmanlığın güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Yüksek bilgi düzeyine sahip bireylerde olumlu hastalık algısının daha yüksek bulunması, bilginin yalnızca uyum davranışı değil, hastalığın yönetilebilirliği ve kontrol edilebilirliği algısı üzerinden hastalık algısını da şekillendirebileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, tedavi uyumu bileşenleri (motivasyon/bilgi) ile hastalık algısı arasında çoğu karşılaştırmada anlamlı ilişki

saptanmaması; hipotiroidide uyumun, yalnızca algı ile değil, aynı zamanda sağlık sistemi ile temas sıklığı, hekim bilgilendirmesi, eşlik eden hastalıklar ve eşzamanlı ilaç kullanım davranışları gibi faktörlerle birlikte şekillendiğini göstermektedir.

Aile Hekimliğinde öncelikli noktalardan biri olan 'kapsamlı bakım' bağlamında; vakaların hastalıklarının tanısı ve uygun şekilde tedavilerini planlamanın ötesinde, bireylerin hastalık algıları ve onlara önerilen tedaviye ne derece uyum gösterdiklerinin değerlendirilmesi ve takibi, hekimin hastalık yönetim başarısında belirleyici faktörler arasındadır. Bu çalışmanın en önemli katkılarından biri, Türkiye’de hipotiroidi tanılı hastalarda hastalık algısı ile tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi birinci basamak perspektifinden inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri olmasıdır. Bulgular, hipotiroidi yönetiminde birinci basamağın yalnızca takip eden değil, hastalığın anlamlandırıldığı, eğitimin verildiği ve davranış değişikliğinin desteklendiği temel bir merkez olduğunu göstermektedir.

7. ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipotiroidi izlemi, yalnızca biyokimyasal parametrelerin takibi ile sınırlı kalmamalı; hastaların hastalık algısı, bilgi düzeyi ve tedaviye yönelik tutumları da bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.

Hasta merkezli yaklaşım, hipotiroidi yönetiminin temelini oluşturmalıdır. Hastaların bilgi ihtiyaçları, yanlış inanışları ve bireysel algıları belirlenmeli; eğitim süreci standart, kısa bilgilendirmeler yerine hastanın anlayabileceği ve günlük yaşama uyarlanabilir bir şekilde yapılandırılmalıdır.

Hekim–hasta iletişiminin güçlendirilmesi, tedaviye uyumu artıran temel unsurlardan biri olarak ele alınmalıdır. Özellikle aile hekimlerinin süreklilik avantajı kullanılarak, hastalarla güvene dayalı ve uzun soluklu bir ilişki kurulması teşvik edilmelidir.

Hipotiroidi hastalarına yönelik yapılandırılmış eğitim programları (ilaç etkileşimleri, ilaç alma zamanı, kontrol öncesi ilaç kullanımı gibi konuları içeren) geliştirilerek birinci basamakta uygulanabilir hâle getirilmelidir.

Gelecekte yapılacak çalışmalarda, çok merkezli ve daha geniş örneklemlilerle araştırmalarla farklı sosyokültürel bölgelerdeki hastaların hastalık algısı ve tedavi uyumu karşılaştırılmalı; ayrıca uzun dönem izlem çalışmaları ile hastalık algısındaki değişimlerin tedavi sonuçlarına etkisi değerlendirilmelidir.

Hasta eğitimi yapılandırılmalı ve süreklilik kazanmalıdır.Hipotiroidi hastalarına verilen eğitimler yalnızca ilacın aç karnına alınması gibi temel bilgilerle sınırlı kalmamalı; ilaç–ilaç ve ilaç–gıda etkileşimleri, laboratuvar kontrolleri öncesi ilaç kullanımı ve uzun dönem tedavi hedefleri gibi konuları da kapsamalıdır. Eğitimlerin tek seferlik değil, periyodik olarak tekrarlanması sağlanmalıdır.

Hastalık algısı klinik değerlendirmeye entegre edilmelidir.Rutin takiplerde yalnızca biyokimyasal parametreler değil, hastaların hastalıklarına ilişkin algıları, kaygıları ve beklentileri de değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım, tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilecek bilişsel ve duygusal engellerin erken dönemde saptanmasını sağlayabilir.

Çoklu ilaç kullanan hastalara özel izlem stratejileri geliştirilmelidir.Ek kronik hastalığı olan ve birden fazla ilaç kullanan bireylerde, ilaç etkileşimleri ve tedavi karmaşıklığı nedeniyle uyum sorunları gelişebileceğinden, bu hasta grubuna yönelik bireyselleştirilmiş danışmanlık ve izlem planları oluşturulmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Chaker L, Bianco A, Jonklaas J, Peeters R. Hypothyroidism Lancet. 2017; 390 (10101): 1550–62. Article CAS.
2. Paul J, Matheny S, Lewis E. Current Aile Hekimliği: Tanı ve Tedavi. 4. baskı. 2019. s.390–395.
3. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World health organization; 2003.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003
5. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. Bmj. 2006;333(7557):15.
6. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. Patient education and counseling. 2016;99(7):1079-86.
7. Hepp Z, Lage MJ, Espaillat R, Gossain VV. The association between adherence to levothyroxine and economic and clinical outcomes in patients with hypothyroidism in the US. Journal of Medical Economics. 2018;21(9):912-9.
8. Vezzani S, Giannetta E, Altieri B, Barbonetti A, Bellastella G, Certo R, et al. An Italian survey of compliance with major guidelines for L-thyroxine of primary hypothyroidism. Endocrine Practice. 2018;24(5):419-28.
9. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. Handbook of psychology and health, volume IV: Routledge; 2020. p. 219-52.
10. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M, Cribb A, et al. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: NCCSDO. 2005;2005(40):6.
11. Dew R, Okosieme O, Dayan C, Eligar V, Khan I, Razvi S, et al. Clinical, behavioural and pharmacogenomic factors influencing the response to levothyroxine therapy in patients with primary hypothyroidism—protocol for a systematic review. Systematic reviews. 2017;6(1):60.
12. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Tiroid hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2025.

13. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, Gunter EW, Spencer CA, et al. Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2002;87(2):489-99.
14. Ross DS. Treating hypothyroidism is not always easy: When to treat subclinical hypothyroidism, TSH goals in the elderly, and alternatives to levothyroxine monotherapy. *Journal of internal medicine*. 2022;291(2):128-40.
15. Gilbert J. Hypothyroidism. *Medicine*. 2014;49(8):512–514.
16. Gaitonde DY, Rowley KD, Sweeney LB. Hypothyroidism: an update. *Am Fam Physician*. 2012;86(3):244–251.
17. Sharma M-P, Cetera B. Thyroid disease and surgery. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2020;21(11):558-71.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2015.
19. Chakera AJ, Pearce SH, Vaidya B. Treatment for primary hypothyroidism: current approaches and future possibilities. *Drug design, development and therapy*. 2011:1-11.
20. Almandoz JP, Gharib H. Hypothyroidism: etiology, diagnosis, and management. *Medical Clinics*. 2012;96(2):203-21.
21. Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS, et al. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *thyroid*. 2014;24(12):1670-751.
22. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid*. 2012;22(12):1200-35.
23. Lau RR, Hartman KA. Common sense representations of common illnesses. *Health psychology*. 1983;2(2):167.
24. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60(6):631-7.

25. Leventhal EA. self-regulation of health and. The self-regulation of health and illness behaviour. 2003;42.
26. Williams B, Healy D. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team:“explanatory model” or “exploratory map”? *Social science & medicine*. 2001;53(4):465-76.
27. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*. 2013(2):367-87.
28. Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2(3):271-84.
29. Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan KK, Tsang J, Lee V, et al. Illness perceptions among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2016;24(3):1295-304.
30. Boonsatean W, Carlsson A, Dychawy Rosner I, Östman M. Sex-related illness perception and self-management of a Thai type 2 diabetes population: a cross-sectional descriptive design. *BMC endocrine disorders*. 2018;18(1):5.
31. Yach D, Bengoa R, Sabaté E, RK JE. WHO Adherence Project: Toward Policies for Action.; 2001. 2019.
32. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drugs & aging*. 2005;22(3):231-55.
33. Shakya Shrestha S, Risal K, Shrestha R, Bhatta R. Medication adherence to levothyroxine therapy among hypothyroid patients and their clinical outcomes with special reference to thyroid function parameters. *Kathmandu Univ Med J*. 2018;62(2):129-37.
34. El Helou S, Hallit S, Awada S, Al-Hajje A, Rachidi S, Bawab W, et al. Adherence to levothyroxine among patients with hypothyroidism in Lebanon. *EMHJ*. 2019;25(3-2019):149-59.
35. Taibanguay N, Chaiamnuay S, Asavatanabodee P, Narongroeknawin P. Effect of patient education on medication adherence of patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Patient preference and adherence*. 2019:119-29.
36. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2007

37. Oflaz S, Yüksel Ş, Özdemiroğlu F, Kurt R, Oflaz H, Kaşıkçıoğlu E. Does illness perception predict posttraumatic stress disorder in patients with myocardial infarction? *Nöro psikiyatri arşivi*. 2014;51(2):103.
38. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;24(1):67-74.
39. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2012;3(4):17-20.
40. Igde ME, Balcioglu H. Aile hekimliği poliklinigine basvuran hipotiroidi tanili hastaların ilac uyumunun değerlendirilmesi. *Eskisehir Med J*. 2024;5(3):110-6.
41. Dirikoc A, Genc B, Ozdemir D, Tam AA, Topaloglu O, Ersoy R, et al. Adherence to levothyroxine treatment and factors related with adherence in patients with hypothyroidism. *Ankara Med J*. 2021;21(2):261-73.
42. Winther KH, Cramon P, Watt T, Bjorner JB, Ekholm O, Feldt-Rasmussen U, Groenvold M, Rasmussen AK, Hegedus L, Bonnema SJ. Disease-specific as well as generic quality of life is widely impacted in autoimmune hypothyroidism and improves during the first six months of levothyroxine therapy. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156925. doi:10.1371/journal.pone.0156925.
43. Cappelli C, Castello R, Marini F, Paoletta A, Marchetti M, Saullo M, Cristiano A, Pirola I, Gandossi E, Ferlin A, Castellano M. Adherence to levothyroxine treatment among patients with hypothyroidism: a northeastern Italian survey. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018;9:699. doi:10.3389/fendo.2018.00699.
44. Uzun K, Ardic C, Yazan Arslan A, Karakullukcu S. Evaluation of the correct use of levothyroxine in patients with hypothyroidism. *J Turk Fam Physician*. 2021;2:57-65.
45. Alluhayyan OB, Alsahly RJ, Aldawsari AA, Alghabawy KA, Alqaan RS, Almutairi AF, Alharbi SA. Illness perception and medication adherence among patients with primary hypothyroidism in Al Qassim, Saudi Arabia. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:1111-1117. doi:10.2147/PPA.S257703.
46. Kim HJ, Kazmi SZ, Kang T, Sohn SY, Kim DS, Hann HJ, Ahn HS. Familial risk of Hashimoto's thyroiditis among first-degree relatives: a population-based study in Korea. *Thyroid*. 2021;31(7):1096-1104. doi:10.1089/thy.2020.0213.

47. Kumar R, Shaukat F. Adherence to levothyroxine tablet in patients with hypothyroidism. *Cureus*. 2019;11(5):e4624. doi:10.7759/cureus.4624.
48. Basim P, Argun D, Ozdenkaya Y. Self-reported medication adherence in differentiated thyroid cancer survivors: role of illness perception and medication beliefs. *Head Neck*. 2021;43(2):428-437. doi:10.1002/hed.26488.
49. Vaisman F, Coeli CM, Ward LS, Graf H, Carvalho G, Montenegro R Jr, Vaisman M. How good is the levothyroxine replacement in primary hypothyroidism patients in Brazil? Data of a multicentre study. *J Endocrinol Invest*. 2013;36(7):485-488. doi:10.3275/8810.
50. Crilly M, Esmail A. Randomised controlled trial of a hypothyroid educational booklet to improve thyroxine adherence. *Br J Gen Pract*. 2005;55(514):362-368.
51. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy*. 2008;28(4):437-443. doi:10.1592/phco.28.4.437.
52. Demirbas N, Kutlu R. Treatment adherence and self-efficacy levels of adults using multiple drugs. *Ankara Med J*. 2020;20(2):269-280. doi:10.5505/amj.2020.16362.
53. Serin SO, Ilhan M, Ahci S, Okuturlar Y, Koc G, Eyupgiller T, Sivritepe R, Basat SU. Tiroid hastaliklarinda bilinc duzeyi. *Med Bull Sisli Etfal Hosp*. 2016;50(3):181-185. doi:10.5350/SEMB.20160412042738.
54. Goel A, Shivaprasad C, Kolly A, Pulikkal AA, Boppana R, Dwarakanath CS. Frequent occurrence of faulty practices, misconceptions and lack of knowledge among hypothyroid patients. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(7):OC15-OC20. doi:10.7860/JCDR/2017/29470.10196.
55. McMillan M, Rotenberg KS, Vora K, Sterman AB, Thevathasan L, Ryan MF, Mehra M, Sandulli W. Comorbidities, concomitant medications, and diet as factors affecting levothyroxine therapy: results of the CONTROL Surveillance Project. *Drugs R D*. 2016;16(1):53-68. doi:10.1007/s40268-015-0116-6.
56. Bolk N, Visser TJ, Nijman J, Jongste IJ, Tijssen JG, Berghout A. Effects of evening vs morning levothyroxine intake: a randomized double-blind crossover trial. *Arch Intern Med*. 2010;170(22):1996-2003. doi:10.1001/archinternmed.2010.436.
57. Schaffler A. Hormone replacement after thyroid and parathyroid surgery. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(47):827-834. doi:10.3238/arztebl.2010.0827.

58. Demiray Kara D, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Evaluation of Medication Adherence in Adults Who Use Multiple Medications in The Context of Illness Perception, Acknowledgement and Attitude Characteristics. *TJFMPC*. 2017;11(4):227-34.
59. Uysal Y, Yucel E, Akpinar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algisi ve depresyon. *Cukurova Med J*. 2013;38(1):31-40.
60. Milani MJ, Ashktorab T, Saeedi ZA, Majd HA. The effect of illness perception on physical health-related quality of life promotion in multiple sclerosis patients attending peer support groups. *Arch Adv Biosci*. 2012;3(2):31-37.
61. Yapar S, Özkan Tuncay F. Tip 2 Diyabet Tanılı Bireylerde Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyum. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2025;6(2):202-13.
62. Chew BH, Vos RC, Heijmans M, et al. Validity and reliability of the Malay version of the brief illness perception questionnaire for patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17:118. doi:10.1186/s12874-017-0394-5.
63. Miyazaki M, Nakashima A, Nakamura Y, Sakamoto Y, Matsuo K, Goto M, Uchiyama M, Okamura K, Mitsutake R, Urata H, Kamimura H, Imakyure O. Association between medication adherence and illness perceptions in atrial fibrillation patients treated with direct oral anticoagulants: an observational cross-sectional pilot study. *PLoS One*. 2018;13(9):e0204814. doi:10.1371/journal.pone.0204814.
64. Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(1):58-65.

EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Hipotiroidi Nedeniyle İlaç Kullanan Hastaların Hastalık Algıları ve İlaç Kullanımı Bilgi Düzeylerinin Tedavi Uyumlarına Etkisinin Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı,

Aşağıda size yönlendirilen sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamında; Hipotiroidi tanılı hastaların ilaç uyumunu değerlendirmek amacı ile sorulmaktadır. Ankette isminiz yer almayacaktır ve tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Soruları size uygun yanıtları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız (yıl olarak) :.....
2. Cinsiyetiniz: Erkek Kadın
3. Çalışma durumunuz:
4. Öğrenim durumunuz: İlköğretim Lise mezunu Yüksekokul/Üniversite
5. Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?
 Gelirimiz giderimizin altında Gelirimiz giderimize eşit Gelirimiz giderimizin üzerinde
6. Medeni Durum: Evli Bekar
7. Yakın çevrenizde hipotiroidi hastası var mı? Evet Hayır Bilmiyorum
8. Hipotiroidi tanısını ne zaman aldınız?.....
9. Takiplerinizi aşağıdakilerden hangi hekim/hekimler yapıyor?
 Aile hekimi Genel Cerrahi Uzmanı İç Hastalıkları Uzmanı
 Endokrinoloji Uzmanı Diğer (Belirtiniz)
10. Hipotiroidi hastalığınız için ne sıklıkta kontrole gidiyorsunuz?
11. Hipotiroidi hastalığı için en son ne zaman kan tetkiki yaptırdınız?
 <3 aydan az 3-6 ay arası 6 aydan uzun süredir yaptırmadım
12. Kaç yıldır hipotiroidi için ilaç kullanıyorsunuz?
13. Hipotiroidi ilacınızın dozu en son ne zaman değiştirildi?
 <3 aydan az 3-6 ay arası 6 aydan uzun süredir değişmedi
- 14.Sizi takip eden doktor tarafından hipotiroidi ilacınızı nasıl kullanacağınız anlatıldı mı?
 Evet Hayır Hatırlamıyorum

15. Yukarıdaki soruya cevabınız ‘Hayır’ ise hipotiroidi ilaç kullanımını kimden öğrendiniz?
 Aile hekimimden Eczacıdan Hipotiroidi ilacı kullanan tanıdıklarım
 Televizyon İnternet Diğer (Belirtiniz).....
16. Kullandığınız hipotiroidi ilacının ismini biliyor musunuz? Evet Hayır Hatırlamıyorum
17. Kullandığınız ilacın dozunu biliyor musunuz? Evet Hayır Hatırlamıyorum
18. Hipotiroidi ilacınızı ne zaman alırsınız?
 Yemekten önce Yemekten sonra Yemeklerle birlikte
19. Hipotiroidi ilacınızı günün hangi zamanı alıyorsunuz?
 Sabah Öğlen Akşam Yatmadan önce Herhangi bir zaman
20. Sürekli ilaç kullanmanız gerektiren başka bir hastalığınız var mı? Evet Hayır
21. Bir günde almanız gereken ilaç sayısı.....
22. Hipotiroidi ilacı ile aynı anda içtiğiniz ilaç var mı? Evet Hayır
23. Yukarıdaki soruya cevabınız ‘EVET’ ise hangi ilacı birlikte içiyorsunuz?.....
24. Bu ilaçları kullanmanız gerektiğinde öncelikle hangi ilacı alırsınız?
 Hipotiroidi ilacını Diğer ilaçları Bilmiyorum
25. Tiroid ilacınızı nerede saklıyorsunuz?
 Buzdolabında Dışarıda Herhangi bir yer

	Evet	Hayır	Bilgim Yok
1. Hipotiroidi, tiroid bezinin az çalışması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır.			
2. Tiroid hormon ilacı bağımlılık yapabilir.			
3. Tiroid hormon ilacı günün her saatinde alınabilir.			
4. Gıdalar tiroid ilacının etkisini azaltabilir.			
5. Bazı ilaçlar tiroid ilacının etkisini azaltabilir.			
6. Tiroid ilacı kahvaltıdan en az 30 dakika önce, aç karnına alınmalıdır.			
7. Kontrole giderken ilaç içilerek gidilmelidir.			
8. Mümkün oldukça hep aynı tiroid ilacı kullanılmalıdır.			
9. Tiroid ilacı hekimden izinsiz bırakılırsa komaya yol açabilen ciddi durumlar gelişebilir.			
10. Hipotiroidi hastaları gebe kalırsa ilacını kesmelidir, ilaç bebeğe zarar verebilir.			

Ek 2. Morisky İlaç Uyum Ölçeği

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

Ek 3. Hastalık Algısı Ölçeği

Aşağıda yer alan soruların her biri için, size en uygun olan cevabı lütfen daire içine alınız:

1- Hastalığınız yaşamınızı ne kadar etkiliyor? 0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10 Hiç etkilemiyor Çok fazla etkiliyor
2. Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz? 0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10 Hiç kontrolüm yok Çok fazla kontrolüm var
3. Tedavinizin hastalığınıza ne kadar iyi geleceğini düşünüyorsunuz? 0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10 Hiç iyi gelmeyecek Çok iyi gelecek
4. Hastalığınız ile ilgili ne kadar belirti yaşıyorsunuz? 0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10 Belirti hiç yok Belirti çok fazla
5. Hastalığınız hakkında ne kadar endişe duyuyorsunuz? 0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10 Hiç endişe duymuyorum Çok fazla endişe duyuyorum
6- Hastalığınızı ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz? 0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10 Hiç anlamıyorum Çok iyi anlıyorum
7- Hastalığınız sizi duygusal olarak ne kadar etkiliyor? (Örneğin; hastalığınız sizi üzüyor, korkutuyor, sinirlendiriyor ya da bunaltıyor mu?) 0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10 Hiç etkilemiyor Çok fazla etkiliyor
8- Lütfen hastalığınıza neden olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü sırasıyla yazınız. Benim için en önemli nedenler: 1..... 2..... 3.....