

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**KORONER STENT UYGULANAN HASTALARIN İLAÇ TEDAVİSİNE
UYUMU VE İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI**

Atiye MERTCAN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz HİSAR

Konya-2020

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Atiye MERTCAN'ın "Koroner Stent Uygulanan Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu ve İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA/ 25.08.2020

Tez Danışmanı	Prof. Dr. Filiz HİSAR	İmza
	Necmettin Erbakan Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL	İmza
	Necmettin Erbakan Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Alime SELÇUK TOSUN	İmza
	Selçuk Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun .../.../20.. tarih ve/.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

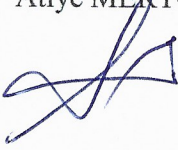
İmzası

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

25. 08. 2020

Atiye MERTCAN



BENZERLİK RAPORU

Tezin Tam Adı: Koroner Stent Uygulanan Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu ve İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları

Öğrencinin Adı Soyadı: Atiye MERTCAN

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı: 60

Koroner Stent Uygulanan Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu Ve İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları

ORIJINALLIK RAPORU

% **18**

BENZERLIK ENDEKSI

% **13**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **12**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%5

★ Submitted to The Scientific & Technological
Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Filiz HİSAR

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Çalışma sürecimde yol gösteren, desteğini esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Filiz HİSAR'a, araştırma boyunca yardımını esirgemeyen değerli hocam jüri üyesi Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL'e, tezime yaptığı değerli katkılarından dolayı jüri üyesi Dr. Öğr. Üyesi Alime SELÇUK TOSUN'a

Çalışmam boyunca her zaman destek olan değerli arkadaşlarım Seda KARAKAYA ERGÜN'e ve Ar. Gör. Deniz YORULMAZ'a,

Ders ve tez dönemi boyunca her zaman destek olan ve anlayış gösteren tüm servis arkadaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca beni destekleyen her türlü zorlu süreçte yanımda olan sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

Atiye MERTCAN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
BEYANAT	iii
BENZERLİK RAPORU	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kardiyovasküler Hastalık Tanımı.....	3
2.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri.....	3
2.3. Dünyada ve Ülkemizde Kalp Hastalıklarının Durumu.....	4
2.4. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri.....	4
2.5. Koroner Anjiyografi (KAG) ve Stent Uygulaması.....	6
2.6. İlaç Tedavisi ve Tedaviye Uyum.....	6
2.7. Sağlık İnanç Kavramı	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	9
3.1. Araştırmanın Tipi	9
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	9
3.3. Araştırmanın Evreni	9
3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi	10
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	10
3.6. Araştırma Soruları	10
3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	11
3.7.1. Veri Toplama Formu.....	11

3.7.2. İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnanç (İKİSİ) Ölçeği	11
3.7.3. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma (İURY) Ölçeği.....	12
3.8.Verilerin Toplanması.....	12
3.9.Araştırmanın Değişkenleri.....	13
3.10.Araştırmanın Etik Boyutu.....	13
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	13
3.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	13
3.13. İç Tutarlılıkların Değerlendirilmesi.....	15
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA	32
5.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile İKİSİ toplam puanına yönelik bulguların tartışılması.....	32
5.2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile İURY toplam puanına yönelik bulguların tartışılması.....	35
5.3. Katılımcıların İKİSİ ve İURY ölçeği korelasyonlarına ait bulguların tartışılması	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
6.1.Sonuçlar.....	38
6.2. Öneriler.....	39
7. KAYNAKLAR.....	40
8. ÖZGEÇMİŞ.....	46
8.1. Kişisel Bilgiler.....	46
8.2. Eğitim Düzeyi.....	46
8.3. İş Deneyimi	46
9. EKLER.....	47
9.1. EK 1.Stent Uygulanan Kişilerde Kişisel Bilgi Formu.....	47
9.2. EK 2.Stent Uygulanan Kişilerde İlaç Uyumuna Yönelik Sorular	49

9.3.	EK 3.İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnanç (İKİSİ) Ölçeği	51
9.4.	EK 4.İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnanç (İKİSİ) Ölçeği İzin Yazısı.....	55
9.5.	EK 5. İlaça Uyum Ve Reçete Yazdırma (İURY) Ölçeği.....	56
9.6.	EK 6. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma (İURY) Ölçeği İzin Yazısı	57
9.7.	EK 7. Etik Kurul Raporu	58
9.8.	EK 8. Kurum İzni	59
9.9.	EK 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu	60

KISALTMALAR LİSTESİ

AKD: Amerikan Kalp Derneği

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İKİSİ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnancı

İURY: İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma

KAG: Koroner Anjiyografi

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KKY: Kronik Kalp Yetmezliği

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

SİM: Sağlık İnanç Modeli

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk-W testi normallik varsayımı.....	14
Tablo 2. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ve İlaç Uyum Reçete Yazdırma Ölçeği İç Tutarlılık Değerleri.....	15
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulguları	18
Tablo 4. Katılımcıların Hastalık İle İlgili Bulguları	19
Tablo 5. Katılımcıların İlaç Uyumuna Yönelik Bulguları.....	20
Tablo 6. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları Ölçeğinin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguları.....	22
Tablo 7. İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğinin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguları.....	27
Tablo 8. Katılımcıların İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma İnançları ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Tutumları Arasındaki Korelasyon.....	30

ÖZET
T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Koroner Stent Uygulanan Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu ve İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları

Atiye MERTCAN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi / Konya-2020

Koroner stent uygulanan kişilerde, belirli bir süre kullanılması istenilen ilaçlarda tedaviye uyum sağlanması beklenmektedir. İlaç tedavisi, koroner stent uygulanan bireylerde taburculuk sonrası da devam eden bir süreçtir. İlaç uyumu, bireylerin sağlık inancından doğrudan etkilenmektedir. İlaç kullanımında yaşanan güçlükler, hastalığı algılama durumu, ilacın etkisine/yan etkisine göre aksatma durumu, kişilerin sosyo-demografik yapıları yine ilaç tedavisine uyumu etkilemektedir. Bu çalışmada koroner stent uygulanan kişilere taburculuk sonrası reçete edilen ilaçlara karşı uyumunu ve sağlık inançlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, araştırma yapılan tarihler arasında bu hastanede koroner stent uygulanıp taburculuk sonrası ilk poliklinik kontrolüne gelen 18-64 yaş aralığında bireyler oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek için evrenin bilindiği durumlarda kullanılan formülden yararlanılmıştır ve 230 birey örnekleme dâhil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak; kişisel bilgi formu, ilaç uyumuna yönelik soru formu, ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç (İKİSİ) ölçeği ve ilaca uyum ve reçete yazdırma (İURY) ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılan koroner stent uygulanan bireylerin %56.5'i 53-58 yaşları arasında, %64.3'ü erkek, %87'si evli ve %40'ı ilk ve ortaokul mezunudur. Katılımcıların, İURY ölçeğinden toplam ve alt boyutlarından alınan puanlara göre ilaç uyum düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Koroner stent uygulanan kişilerin, İKİSİ ölçeğinden toplam ve alt boyutlarından alınan puanlara göre ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Koroner stent uygulanan bireylerde sağlığın devamı için taburculuk sonrası ilaç uyumu önemlidir ve koroner stent uygulanan bireylerde ilaç uyumunun belirlenmesi ve ilaç uyumunun artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İlaç uyumu, koroner stent, sağlık inancı, ilaç kullanımı.

ABSTRACT

**REPUBLIC OF TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES**

Compliance of Patients with Coronary Stents to Drug Therapy and Health Beliefs Regarding Drug Use

Atiye MERTCAN

Nursing Department

Master's Thesis / Konya-2020

Patients with coronary stents are expected to comply with drug treatment which is required to be taken for a certain period of time. Drug therapy is a process that continues after discharge in individuals with coronary stents. Drug compliance is directly affected by the health beliefs of individuals. Difficulties in drug use, perception of the disease, noncompliance due to the effect/side effect of the drug, and sociodemographic characteristics of individuals also affect compliance with drug treatment. This descriptive and relational study was conducted at Konya Training and Research Hospital, Turkey, to determine the compliance of patients who underwent coronary stenting and were prescribed drugs after discharge and assess their health beliefs. The population of the study consisted of individuals aged 18–64 years, who underwent coronary stent implantation at our hospital and came for their first outpatient clinic follow-up after discharge during the study period. The sample size was calculated based on the formula for known populations, and 230 individuals were included in the sample. Personal information form, questionnaire for drug compliance, drug use health belief scale (DUHBS), and drug compliance and prescription (DCP) scale were used as data collection tools. Of the individuals participating in the study who underwent coronary stenting, 56.5% were aged 53–58 years, 64.3% were male, 87% were married, and 40% were primary and secondary school graduates. The drug compliance level of the participants was found to be low according to the scores obtained from the DCP scale and its subdimensions. It was found that patients who underwent coronary stenting had strong health beliefs related to drug use according to the scores obtained from the DUHBS and its subdimensions. Drug compliance after discharge is important for the maintenance of health in individuals undergoing coronary stenting, and it is recommended to determine and increase drug compliance in individuals undergoing coronary stenting.

Keywords: Drug compliance, coronary stent, health belief, drug use

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) dünyada en önde gelen ölüm nedenidir. Dünya çapında meydana gelen ölümlerin %70'inden BOH sorumludur ve bu ölümlerin büyük oranı kardiyovasküler hastalıklara (KVH) bağlıdır. (DSÖ 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre; KVH'nın küresel ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer aldığı, 2016 yılında 15.2 milyon kişinin bu hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybettiği belirtilmektedir (DSÖ 2018). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) ölüm verilerinde toplam ölümlerin içinde, kalp hastalıklarının payının gittikçe artma eğiliminde olduğu görülmektedir. 2018 yılında ölüm vakalarının %38,4'ünü oluşturan KVH ilk sırada yer almıştır (TÜİK 2018). KVH kapsamında yer alan koroner arter hastalığı (KAH); koroner arterin iç çeperinin plaklarla daralması veya tıkanması sonucu kalp kasında meydana gelen iskemi ve işlev bozukluğu sonucu gelişen klinik tablodur (Koplay ve Erol 2013). KAH tedavisindeki temel amaç kalp kasında meydana gelen iskemiye azaltmak ve buna bağlı gelişen kalp krizi ve ölümü engellemektir (Özen ve Çelik 2010).

Kronik hastalıklarda tıbbi tedavi hastalığın kontrolü ve seyrinde önemli yere sahiptir. Türkiye'de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı (2013) çalışmasında birinci basamak sağlık hizmeti çalışanı olan hekimlerin %61'ine göre kronik hastalıkların yönetimindeki en güç nokta hastaların ilaçlarına uyum göstermemesidir. Koroner stent uygulanan hastalarda girişim sonrası koroner olayın tekrar nüks etmemesi için özellikle antitrombositler ilaç uyumu tedavinin sürdürülebilirliği için önemlidir (Erkuş ve ark. 2015). Literatür incelendiğinde KAH tanısı alan hastalarda ilaca uyum çalışmaları oldukça fazla olmasına rağmen koroner stent uygulanan hastalarda ilaç uyumunun incelendiği çalışmalar oldukça sınırlıdır (Gün ve Korkmaz, 2014; Kumar ve ark. 2014; Teke ve Arslan 2018).

Moser ve ark. (2005) hastaneden yeni taburcu olmuş kalp yetmezliği olan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların uyumunun çok düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu durumun nedenleri arasında %57'si taburculuk sırasında anlatılanları anlamadıklarını, %22'si doktorlar tarafından farklı açıklamalar yapılmasını, %18'i maliyeti, %7'si yan etkilerinden korktuklarını, %9'u ise ilaç kullanımı ile ilgili yeterince ikna olmadıklarını söylemiştir. Amerikan Kalp

Derneği (AKD) 2020 yılına kadar Amerika'nın kardiyovasküler sağlığının % 20'sinin iyileştirilmesini ve KVH ve inme kaynaklı ölümlerin yine %20'sinin engellenmesini hedeflerken, riski azaltmada 7 parametre belirlemişlerdir. Dördü sağlık davranışı, üçü sağlık faktörü olarak bildirilmiştir (Go ve ark. 2014). Düzenli ilaç tedavisi bu parametrelerde sağlık davranışı içinde yer almaktadır.

Bireyin sağlıkla ilgili davranışları; sağlığına verdiği değer, hastalık ve hastalığın sonuçlarına ilişkin inançlarından etkilenir (Sağlık Bakanlığı 2011). Sorun olarak görülen inanç ve tutumlar saptanırsa, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişiye daha uygun olarak belirlenebilecektir (Mccord 1997). Bireyin sağlıkla ilgili davranış ve tutumları doğru anlaşılıp sağlığı geliştirici ve devam ettirici kazanımlar elde edilmesi koroner stent uygulanan bireylerde tedavinin etkinliğini artıracaktır. Koroner stent uygulanan bireylerde taburculuk sonrası reçete edilen ilaçlara uyum durumu ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları; bireyin sağlığını, sağlıkla ilgili memnuniyet düzeyini, hastalanma/ölümlülük oranlarını etkilemektedir. Bu nedenle koroner stent uygulanan bireylerde ilaç uyum durumu ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç durumlarının doğru olarak değerlendirilmesi bireysel ve küresel çapta büyük önem taşımaktadır.

Halk sağlığı hemşireliğinin amaçları arasında, kişilerin mevcut sağlık durumlarını koruma, sağlığı bozan etmenleri önleme, sağlık hizmetlerinin en iyi düzeyde geliştirilmesi gibi rolleri vardır. Bu doğrultuda KAH tanılı hastalarda mevcut sağlık durumunu korumaya yönelik önlenbilir risk faktörleri belirlenip varsa sağlığı bozan alışkanlık ve tutumlar önlenir. İlaç uyumu ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları da halk sağlığı hemşiresinin kronik hastalıklarla mücadelesinde ön planda yer almaktadır. Araştırmadan elde edilecek bulgular ışığında koroner stent uygulanan bireylerin ilaç uyumu ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ortaya konulabilecek, böylece sonuçlar stent uygulanan hastalara hizmet veren kurumları ve yöneticileri, meslek örgütleri, araştırma merkezleri gibi birimlerin planlamalarına katkıda bulunacaktır. Bu amaçla yapılan çalışmada koroner stent uygulanan kişilere taburculuk sonrası reçete edilen ilaçlara karşı uyumunu ve sağlık inançlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kardiyovasküler Hastalık Tanımı

Literatürde kardiyovasküler hastalık (KVH), kalp ve dolaşım sistemindeki hastalıkların genel bir tanımı olarak nitelendirilmiştir. Koroner kalp hastalığı (KKH), inme, periferik arter hastalığı ve romatizmal kalp hastalığı KVH'lar kapsamındadır (Achidi ve Tangoh 2010). KVH'lar arasında en sık KKH ve inme görülmektedir (Balcı ve ark. 2018).

Akut koroner sendromlar (AKS) koroner arterdeki plak ve trombozdan dolayı kan akımının azalması sonucu miyokardın perfüzyonunun bozulmasıdır. Bunun sonucunda miyokardın oksijen ihtiyacı ile kan akımı arasında uyumsuzluk meydana gelmekte ve bu durum KAH'a neden olmaktadır (Kumar ve ark. 2000). KAH sonucu ortaya çıkan sendromlar; anjina pectoris, akut miyokard enfarktüsü, ani kardiyak ölüm ve kronik iskemik kalp hastalığıdır (Güven ve Kantarcı 2018). KVH'lar çoğunlukla invaziv olmayan yöntemlerle tedavi edilen en yaygın kalp hastalıklarıdır (Doğru ve ark. 2017). KVH'lar sık hastane yatışlarına ve iş gücü kaybına neden olması sonucu sağlık bakım maliyetinin artışına, bireyin fiziksel, psiko-sosyal sağlığını etkileyerek, yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Mozaffarian ve ark. 2016).

2.2.Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri

KVH'larda değiştirilemez risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, ailede KVH öyküsü; değiştirilebilir risk faktörleri arasında ise fazla kilo, hipertansiyon, diyabet, düşük HDL ve yüksek LDL değeri, alkol, sigara kullanımı, fazla tuz tüketimi, stres ve hareketsiz yaşam gösterilmektedir.(Woodward ve ark. 2005, Güleç 2009). Depresyon ve anksiyete KAH için bilinen risk faktörleri arasında gösterilmektedir ve KAH tanısı alan kişilerde de bu tür psikolojik sorunların meydana geldiği bildirilmiştir (Akkaya ve ark. 2018). Bireyde birden fazla risk faktörü varlığı, gelecekteki KVH riskini arttırmaktadır (Dülek ve ark. 2019).

AKD (2002), 20 yaşın üzerindeki yetişkinlerde sigara kullanımı, sedanter yaşam, dengesiz vücut kitle indeksi ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarından

kaynaklanan yüksek risk düzeylerine dikkat çekmiştir. DSÖ'ne göre KVVH'lara bağlı ölümlerinin dörtte üçü yaşam tarzında yapılan değişikliklerle birlikte önlenabilir (Perk J. ve ark. akt. Göre 2012). KVVH engellenmesi ve ekonomiye olan yükün azaltılmasında toplumda yüksek riskli olanları tanımlamak etkili bir stratejidir (Parikh ve ark. 2013). Risk gruplarının belirlenmesi ile hastalıklar konusunda birey ve toplumun farkındalığını arttırma, yaşam tarzı değişiklikleri ve tedaviye teşvik etme sağlanabilir (Lloyd 2010). İşyerleri çalışanlara toplu olarak ulaşım sağlanması açısından sağlığı geliştirme programlarının planlanmasında önemli yere sahiptir (Quintiliani ve ark. 2008, Carnethon ve ark. 2009).

Sosyal davranış modeline göre istenilen yönde davranış değişikliği gerçekleştirmek için kişinin öncelikle davranışlarının neden olduğu olumsuz sonuçların farkında olmaları gerekmektedir. Bu model doğrultusunda kişinin KVVH açısından yaşam biçimi ve davranışlarındaki kontrol edilebilir risk faktörleri belirlenmelidir.

2.3.Dünyada ve Ülkemizde Kalp Hastalıklarının Durumu

2016 yılında ölümlerin en büyük nedeni KVVH olarak gösterilmiş ve dünya çapında 15.2 milyonun ölüm nedeni olarak belirtilmiştir (DSÖ 2018). KVVH, Ulusal Hastalık Yüğü (DALY 2013) çalışmasında da ilk sırada yer almaktadır. Ülkemizde %38.4 ile en önde gelen ölüm nedeni olarak belirtilmiştir (TÜİK 2018).

KVVH görülme oranı yaşa bağlı olarak artmaktadır. Türkiye genç nüfusa sahip ülke olmasına rağmen yüksek oranda KVVH bağlı ölümler görülmektedir. Önümüzdeki yıllarda genç nüfusun yaşlanmasıyla KVVH'lara bağlı ölümlerin daha da artacağı düşünülmektedir (Oğuz ve ark. 2019).

2.4.Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri

KAH tespitinde invazif bir tetkik olan koroner anjiyografi kullanılmakta olup üstün standart olarak kabul edilmektedir (Koplay ve Erol 2013).

Fonksiyonel görüntüleme yöntemlerinden miyokard perfüzyon sintigrafisi, yüksek tanısal doğruluğu ile en sık kullanılan yöntemlerdendir. Normal miyokard perfüzyon sintigrafisi bulguları koroner arter darlığı ve klinik hastalığın

olmadığının güçlü bir göstergesidir. Çok kesitli koroner anjiyografi, manyetik rezonans görüntüleme, pozitron emisyon tomografisi ve bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi KAH'ın değerlendirilmesinde kullanılabilen diğer fonksiyonel görüntüleme yöntemleridir. Kardiyak manyetik rezonans görüntüleme zaman alması, daha geniş alanı tarama eksikliği ve değişken protokoller nedeniyle kullanımı sınırlıdır. Pozitron emisyon tomografisi ve bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi yöntemleri ise koronerin anatomik yapısı ve koronerin plak oranı hakkında yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle KAH tanısında rutin olarak kullanılamamaktadır (Sun ve ark. 2011). Fakat yakın zamanda geliştirilen Pozitron emisyon tomografisi/manyetik rezonans hibrit görüntülemenin KAH'de tanı, takip ve tedavi planlamasında daha sık kullanılması konusunda ümit verici olduğu düşünülmektedir (Koplay ve Erol 2013).

Elektrokardiyografi, kalbin elektrofizyolojik çalışmasını incelemek amacıyla kalpten gelen elektriksel aktivitelerin kaydedilmesi işlemidir. Akut kalp krizlerinde ve iskemik kalp hastalıklarında Elektrokardiyografide çeşitli belirtiler görülebilmektedir. Ekokardiyografi, kalbin değişik yapı ve bozukluklarını ultrasonik ses dalgalarıyla incelemeyi sağlayan tanı ve inceleme yöntemidir. Ekokardiyografi ile kalp kapakları, mitral durum, ventrikül duvarının hareketleri, ejeksiyon fraksiyonu değerlendirilir (Cheitlin, 2003). Ekokardiyografinin, Transtorasik ekokardiyogram, Transözofageal ekokardiyogram, Stres ekokardiyogram gibi inceleme türleri vardır. Stres Ekokardiyografisi, kalbin klinik ortamda kalp atımını hızlandıran ilaçlarla veya egzersizle dış strese verdiği yanıtı ölçen noninvazif kardiyolojik testtir. Stres Ekokardiyografisi; uygulamaya başlamadan hemen önce ve hemen sonra veya egzersiz test cihazı yardımıyla egzersizin her aşamasında ekokardiyografik görüntülerin kaydedilmesi şeklinde yapılmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2019).

Kalp krizi sonucu kan markerları incelendiğinde en önemli gösterge kandaki troponin yüksekliğidir. Troponin kanda normal şartlarda çok az bulunmaktadır. Kalp krizi sonucu kalp kasında meydana gelen yıkımla kandaki değeri yükselmektedir. Myoglobin ve kreatin kinaz değerleri de kalp krizi belirteci olarak kullanılmaktadır fakat troponin kadar hassas sonuçlar vermemektedir (Thygesen ve ark. 2018).

2.5.Koroner Anjiyografi (KAG) ve Stent Uygulaması

KAH tedavisi; medikal, KAG ve cerrahi müdahale olmak üzere üç şekilde yapılmaktadır. KAG, KAH'ın tanı ve tedavisinde kullanılan invazif bir yöntemdir. KAH'ın teşhisi için non-invazif yöntemler de kullanılmaktadır ama koroner damar yapısı, damarların plaklar ile tıkanıklık yüzdesi ve kesin tanı KAG sonucu belirlenmektedir. KAG; sıklıkla kullanılan femoral veya radial arterler aracılığıyla fluoroskopi altında bir katater ile kontrast maddenin verilmesi sonucu oluşan görüntülemedir (Adalet, 2019). KAG, KAH tanısı koymada, patojenezini anlamada ve hastalığın seyrini takipte önemli bir girişimsel yöntem haline gelmiştir (Erol ve Atalar, 2014; Türk Kardiyoloji Derneği, 2018).

KAG işlemi için girişim yapılan artere sheat denilen plastik madde yerleştirilir ve bu madde içerisindeki kanaldan özel kataterler ile kalbe ulaşılır. Bu özel kataterler aracılığıyla; uygun görülen koroner artere, uygun görülen boyutlarda stent yerleştirme işlemi yapılmaktadır. Stent işlemindeki amaç koroner arterdeki mevcut tıkanma ve daralmayı açarak dolaşımı sağlamak ve miyokartta hipoksi sonucu oluşan iskemi durumunu iyileştirmektir (Aazami ve ark. 2016). KAG yöntemindeki gelişmeler ile birlikte kompleks koroner damar yapısı olan kişilerde de uygulanmaktadır. Hastaların mobilizasyonunun hızlı olması, ağrısız-acısız işlem olması ve genellikle anestezi gerektirmeyen bir işlem olması KAG işleminin avantajlarıdır. Ancak KAG işleminde; morbitide oranının %1,5 ve mortalite oranının %0,2 risk içermesi, invazif girişim olması, pahalı olması ve de kısa süre de olsa hastanede yatış gerektirmesi önemli dezavantajları olarak gösterilmektedir (Sun ve ark. 2008).

2.6.İlaç Tedavisi ve Tedaviye Uyum

İlaç, canlı organizma tarafından kullanıldığında canlı üzerinde değişiklikler meydana getiren maddedir (Çiftçi ve Aksoy 2017). DSÖ'ne göre ilaç "fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alıcının yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün"dür (DSÖ, 2017). İlaçlar; hastalık tedavisinde, profilaktik amaçla, cerrahi girişimleri kolaylaştırmada, hastalıklar için tanı koyma gibi amaçlarla kullanılmaktadır. İlaç tedavisinde kişilerin ilaçlarını uygun doz, uygun süre ve zamanda kullanımı hayati önem taşımaktadır. Kişiler ilaçlarını bilinçli

kullandığında hastalık tedavi edilebilirken bilinçsizce kullanılan ilaçlar ölüme dahi neden olabilmektedir. Bu sebepten kişilerin kullanılan ilaçlara uyumu toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

DSÖ'ye göre tedavi uyumu; sağlık önerilerini özümseme, ilaç alma, diyetle uyum sağlama ve yaşam tarzındaki değişiklikleri devam ettirme gibi davranışların kesişimidir (DSÖ 2010). Yine DSÖ verilerine göre kronik hastalıklarda ilaç uyumsuzluğu uzun vadede toplumun ekonomik ve sağlık düzeyini olumsuz olarak etkilemektedir. İlaç tedavisine uyum hastanın ilaçlarının ilk reçete edilmesinden başlar, ilk dozun alınması ve devam etmesi ile sürer ve ilacı sonlandırma sürecine kadar devam eder. Bu süreçte aldığı uygulama kararlarının tümüne ilaç tedavisine uyum denilmektedir (Ruppar ve ark. 2015).

Wu ve ark. (2008) ilaç uyumunu sağlık çalışanları tarafından hastanın kendisine verilen tedavi yönetimine uyma davranışı olarak tanımlamışlardır. Uyum, hem davranışı yerine getirmeyi hem de devam ettirmeyi gerektirir (Riegel ve ark. 2012). İlaç uyumunun dört bileşeni vardır. Bunlar; verilen ilacı her gün alma, her gün doğru dozda ilacı alma, zamanında (\pm iki saat içerisinde her gün alma) alma, doz atlamama (dozlar arası 48 saatten fazla olmaması) (Riegel ve ark. 2012). DSÖ, BOH'larda ilaç uyumsuzluğun küresel bir sorun olduğunu ve %50 hastanın ilaçlarına uyum göstermediğini rapor etmiştir (DSÖ 2003). Neihsel ve ark. (2014) 1998-2012 yılları arasında ilaç uyumu/uyumsuzluğu ile ilgili yayınlanmış 175 makaleyi incelediklerinde çalışmaların sıklıkla kronik hastalıklar ve mental hastalıklar üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Aynı çalışmada en yüksek uyum kanser hastalıklarında bulunurken, en düşük uyum KVH'larda bulunmuştur.

İlaç uyumsuzluğunu belirlemek için kullanılan direkt yöntemler; hastanın ilaç alımının gözlenmesi, hastada ilaç düzeyinin, plazma ya da idrardaki ölçümü ve ilacın içinde bulunan biyolojik belirteçlerin ölçümüdür. İndirekt yöntemler ise; hastanın kendi ifadesi, hasta anketleri, hastanın klinik cevabı, tablet sayılarının takibi, eczane verilerinin takibi, elektronik ilaç monitörleri ve hasta/bakım vericinin günlük not çizelgeleridir (Brown ve Shannon 2007).

Stent uygulaması sonrası hastalar kendilerini iyi hissedip tedavilerinin tamamlandığını düşünebilmektedirler ve bunun sonucu reçete edilen ilaçları aksatabilmektedirler. Halbuki stent uygulanan hastalarda tekrar koroner olayların yaşanmaması, komplikasyon gelişmemesi, tekrarlı hastane yatışlarının olmaması için reçete edilen ilaçlara uyum gereklidir.

2.7.Sağlık İnanç Kavramı

Sağlık inanç kavramı sağlık inanç modeli (SİM) kapsamında değerlendirildiğinde bireylerin tutum ve davranışlarının nedeni açıklanmaktadır (Mccord 1997). SİM'e göre inanç, değer ve tutumlardan bireyin sağlık davranışlarının etkileneceği öngörülmektedir (Öz, 2004). SİM sağlık taraması, hastalık, hastalık rolü ve hastalığı önleyici davranışları belirlemek için kullanılmaktadır (Bulduk ve ark. 2015). SİM'in temel bileşenlerini duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, yarar, engel, öz-etkililik alt boyutları oluşmaktadır (Champion ve Skinner 2008). Kişide istenilen yönde sağlık davranışı geliştirmek için altta yatan sağlık algısı ve bilgisi saptanıp buna uygun yaklaşım geliştirilmelidir. Bu tutumla kişilerde hastalıklara karşı önlem, erken tanı ve tedaviyi sağlamak amaçlanmıştır.

SİM İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnancı Ölçeği kapsamında uyarlanmıştır. Modelin alt boyutlarıyla kişilerde reçetesiz ve bilinçsiz ilaç kullanma durumları da değerlendirilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma koroner stent uygulanan bireylerin taburculuk sonrası ilk poliklinik kontrolünde reçete edilen ilaçlara karşı uyumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya il merkezinde bulunan Konya Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji yoğun bakım ve kardiyoloji servisinde stent uygulanan bireylere yapılmıştır. Kardiyoloji yoğun bakımda sekiz yatak, kardiyoloji servisinde 22 yatak bulunmaktadır. Kardiyoloji uzman doktor sayısı sekiz, kardiyoloji biriminde çalışan hemşire sayısı 16'dır. 2017 yılında kardiyoloji servisine 2465, kardiyoloji yoğun bakım servisine 964 hasta yatışı gerçekleştirilmiştir. Ayrıca 2017 yılı istatistiğine göre toplam 1107 hastaya koroner stent uygulanmıştır. Kardiyoloji birimine acil servise başvuran, sevkle gelen, 112'nin yönlendirdiği hastalar ve polikliniklerden yatış yapılan hastalar olmaktadır. Kardiyoloji servisine yatışı yapılan ve kardiyoloji yoğun bakımdan servise çıkarılan hastaların yanında mutlaka refakatçi bulunması istenir. Araştırma için bu hastanenin seçilmesi Konya merkezden, ilçelerden ve çevre illerden fazla sayıda başvuru alıyor olmasından kaynaklı çalışmanın genellenebilirliğinin arttırılabileceği düşünülmüştür. Kurumda koroner stent uygulanan kişilerin taburculuğu esnasında bir hafta, en geç bir ay içerisinde poliklinik kontrolü önerilmektedir ve taburculuk bilgilendirme formu doldurulup hastalara verilmektedir. Formda taburculuk sonrası ne zaman poliklinik kontrolüne gelineceği, reçete edilen ilaçların nasıl ve ne kadar süre ile kullanılacağı, beslenme düzeni ve günlük hayatta dikkat etmesi gereken davranışlar hakkında bilgilendirme yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji yoğun bakım ya da kardiyoloji servisinde tedavi görüp koroner stent uygulanan, bu hastaneden taburcu olan ve ilk poliklinik kontrolüne gelen kişiler araştırmanın evrenini

oluşturmaktadır. Kişiler taburculuğun ilk 30 günü içinde poliklinik kontrolüne gelmektedir.

3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnekleme; araştırmaya başlamadan önce “30” hastaya yapılan İURY ölçeği ön uygulama sonrası ortalama 13.6 ve standart sapma 2.187198 olarak belirlendi. Örneklem sayısı, 30 kişiden elde ettiğimiz ortalama standart sapmaya göre evrenin bilindiği durumlarda kullanılan $n = N \times \sigma^2 \times Z^2 / (N - 1) \times d^2 + Z^2 \sigma^2$ formülünden yararlanılarak hesaplandı. Formülde “d” değeri 0.30 olarak alındı. “Araştırmacı, sapma ve güven düzeylerini kendisi verir” (Karasar 2005) ifadesine dayanılarak “d” değeri 0.30 olarak alındı. Formülde % 95 güven düzeyi kabul edildi (Karasar 2005; Esin 2014). Formül sonucu en az 173 kişi hesaplandı ve 230 kişi çalışmaya dahil edildi. Formülde geçen; n:Örnekleme alınacak birey sayısını, N:Evrendeki birey sayısını, σ :Evren standart sapmasını, Z:Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değeri, d:Ortalamaya göre yapılmak istenen \pm sapmayı ifade etmektedir.

3.5.Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ Katılımcının 18-64 yaş aralığında olması
- ✓ Nörolojik/psikiyatrik hastalığı olmaması
- ✓ Konya Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisi ya da yoğun bakımda tedavi görüp taburcu olmuş olması
- ✓ Türkçe biliyor olması

3.6.Araştırma Soruları

- ✓ Koroner stent uygulanan kişilerde taburculuk sonrası ilaç uyum düzeyi nedir?
- ✓ Koroner stent uygulanan hastalarda ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları nedir?
- ✓ Sosyodemografik özellikler ile ilaç uyum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- ✓ Sosyodemografik özellikler ile ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç ölçeği toplam ve alt ölçek değerleri arasında ilişki var mıdır?
- ✓ İlaç uyum düzeyi ile ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

3.7.1. Veri Toplama Formu

Veriler kişisel bilgi formu, ilaç uyumuna yönelik soru formu, ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç (İKİSİ) ölçeği ve ilaca uyum ve reçete yazdırma (İURY) ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Kişisel bilgi formu içinde sosyo-demografik özelliklere ilişkin “dokuz” soru, hastalık ile ilgili özelliklere ilişkin “11” sorudan toplamda “20” sorudan oluşmaktadır. Koroner stent uygulanan hastalarda ilaç uyumuna yönelik “17” soru sorulmuştur. İKİSİ ölçeği toplamda “35” sorudan oluşmaktadır. İURY ölçeği “yedi” sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnanç (İKİSİ) Ölçeği

Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda Çiçek (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarını ölçen 35 madde ve altı alt başlıktan oluşmaktadır. Duyarlılık algısı altı madde (1.-6. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınabilecek minimum puan altı, maksimum puan 30’dur. Önemseme/ciddiyet algısı altı madde (7.-12. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınabilecek minimum puan altı, maksimum puan 30’dur. Sağlık motivasyonu alt ölçeği altı madde (13.-18. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınabilecek minimum puan altı, maksimum puan 30’dur. Yarar algısı alt ölçeği dört madde (19.-22. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınabilecek minimum puan dört, maksimum puan 20’dir. Engel algısı alt ölçeği altı madde (23.-28. maddeler) içermektedir bu alt ölçekten alınabilecek minimum puan altı, maksimum puan 30’dur. Öz-Etkililik alt ölçeği de yedi madde (29.-35. maddeler) içermektedir bu alt ölçekten alınabilecek minimum puan yedi, maksimum puan 35’dir. Tüm ölçek için alınabilecek minimum puan 35 ve maksimum puan 175’dir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından “5: kesinlikle katılıyorum, 4: katılıyorum, 3: kararsızım, 2: katılmıyorum, 1: kesinlikle katılmıyorum” şeklinde likert yapıda yanıtlanmıştır. Düşük puanlar ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inancının düşük, yetersiz olduğunu; yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği maddelerinin iç tutarlılığı ve homojenliğinin göstergesi olan Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur alt ölçeklerin alfa değerleri 0.80 ile 0.93 arasında değiştiiği belirlenmiştir. Kaiser-Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy (örneklem

yeterliliği) testi sonucu 0.904 ve Bartlett's Test of Sphericity Analizi (örneklem sınama büyüklüğü) testi sonucu 5.646 olarak saptanmış olup her iki test sonucunda $p < 0.001$ önem düzeyinde önemli bulunmuştur. İKİSİ ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.91, alt gruplarının α değerleri ise; 0.80 ile 0.93 arasında bulunmuştur. Ölçek madde toplam korelasyonu 0.63 ile 0.91 arasında değişmektedir. Çalışmamızda İKİSİ kapsamında Cronbach alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur.

3.7.3. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma (İURY) Ölçeği

Kripalani ve ark. (2009) tarafından on iki maddeli olarak geliştirilen ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği (Adherence to Refills and Medications Scale) (ARMS) BOH ve düşük okuryazarlık düzeyine sahip olan hastalara yönelik olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması; ölçeğin yedi maddesinde, Gökdoğan ve Kes tarafından (2017) yapılmıştır. Ölçek likert tipi yapıda olup hastanın kendi bildirimine dayalı yedi sorudan oluşmaktadır. İlaç kullanım davranışlarını ve reçete yazdırma durumlarını değerlendiren ve tedavi uyumsuzluğuna neden olabilecek engellerin değerlendirilmesine olanak sağlayacak sorular içermektedir. Düşük okuryazarlığı olanlarda; Cronbach $\alpha = 0.81$, genel iç tutarlılık değeri 0.79; yeterli düzeyde okuryazar olanlarda ise 0.82 olarak belirlenmiştir (Kripalani ve ark. 2009). Ölçeğin puanlaması ölçek sorularına verilen yanıtlarda; Hiçbir zaman (4), Bazen (3), Çoğunlukla (2) ve Her zaman (1) şeklinde ters olarak puanlanmıştır. Ölçek toplam puanında düşük puanlar iyi uyumu, yüksek puanlar daha iyi olmayan uyumu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7-28 arasında değişmektedir. İlaça uyum alt boyutundan alınabilecek puan 4-16; reçete yazdırma alt boyutundan alınabilecek puan 3-12 arasında değişmektedir. Çalışmamızda İURY ölçeği kapsamında Cronbach alfa değeri 0.59 olarak bulunmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak koroner stent uygulanan kişilerin ilk poliklinik kontrolüne geldiklerinde poliklinik önünde tek seferde toplanmıştır. Uygulama süresi 5-10 dk'dır. Bireylere çalışmanın amacı, uygulanacak anket ve ölçekler anlatılmıştır. Koroner stent

uygulanan kişiye; sosyodemografik tanılama formu, ilaç kullanımına ilişkin anket soru formu, İKİSİ ölçeği ve İURY ölçeği uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

- ✓ Bağımlı Değişkenler: İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç (İKİSİ) ölçeği ve ilaca uyum ve reçete yazdırma (İURY) ölçeği toplam ve alt ölçek puanı
- ✓ Bağımsız Değişkenler: Koroner stent uygulanan kişilerin sosyodemografik özellikleri, ilaç kullanımına ilişkin görüşleri.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

- ✓ Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 08.02.2019 tarihli ve 2019/1711 sayılı etik kurul izni (Bkz. EK-7) alınmıştır.
- ✓ Araştırmanın ilgili kurumlarda yürütülmesi için Konya İl Sağlık Müdürlüğünden 26.03.2019 tarihli 94723667-806.01.03 sayılı yazılı izin (Bkz. EK-8) alınmıştır.
- ✓ Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılarak sözel onam alınmıştır.
- ✓ Araştırmanın yapıldığı poliklinikteki hekim ve hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece çalışılan örnekleme genellenebilmektedir. İlaç uyum durumları katılımcıların beyanlarına dayalıdır ve ilaca uyum durumları sadece koroner stent uygulaması sonrası ilk poliklinik kontrolüne gelenlerde yapılmaktadır. 65 yaş ve üstü çalışmaya dahil edilmemiştir. İlaç uyum ve reçete yazdırma ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri düşük çıkmıştır.

3.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmada koroner stent uygulanan kişilerin, taburculuk sonrası ilk poliklinik kontrolünde reçete edilen ilaçlara karşı uyumunu belirlemek amacıyla SPSS paket programı kullanılmıştır. Araştırmada uygulanan testler şu şekilde belirlenmiştir. Bir parametrenin değerlendirilmesi aşamasında öncelikli olarak veri setinin normal dağılım gösterip göstermediği tespit

edilmiştir. Bu durum Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk-W testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk-W testi normallik varsayımı

İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutları	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Duyarlılık Algısı	,179	230	,000	,942	230	,000
Önemseme/ciddiyet Algısı	,125	230	,000	,954	230	,000
Sağlık Motivasyon Algısı	,132	230	,000	,923	230	,000
Yarar Algısı	,204	230	,000	,902	230	,000
Engel Algısı	,069	230	,010	,984	230	,013
Öz – Etkililik	,279	230	,000	,881	230	,000
İlaç Uyum Ve Reçete Yazdırma Ölçeği Alt Boyutları	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
İlaç Uyum	,243	230	,000	,930	230	,000
Reçete Yazdırma	,198	230	,000	,918	230	,000

KolmogorovSmirnov ve Shapiro-Wilk-W testi normallik varsayımı ile bulgular değerlendirildiğinde anlamlılık düzeyleri ölçeğin tüm alt boyutlarında anlamlıdır. Bu nedenle verilerin dağılımının normal olmadığına karar verilmiştir. Ve araştırma amacımızla ilişkili olarak bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, bağımsız üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H Testi uygulanmıştır. İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği ile ilaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek amacıyla spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.13. İç Tutarlılıkların Değerlendirilmesi

Tablo 2. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ve İlaça Uyum Reçete Yazdırma Ölçeği İç Tutarlılık Değerleri

İKİSİ Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Alınabilecek min-max puan	Ortalama	Cronbach's Alpha
Duyarlılık Algısı	6	6-30	23,58	0,86
Önemseme Ciddiyet Algısı	6	6-30	20,92	0,84
Sağlık Motivasyonu	6	6-30	24,87	0,82
Yarar Algısı	4	4-20	16,02	0,83
Engel Algısı	6	6-30	15,64	0,83
Öz-Etkililik	7	7-35	28,81	0,90
Toplam	35	35-175	129,86	0,80
İURY Ölçek Alt Boyutları				
İlaça uyum	4	4-16	7,48	0,65
Reçete yazdırma	3	3-12	5,55	0,62
Toplam	7	7-28	13,04	0,59

Tablo 2’de İKİSİ ölçeği ve İURY ölçeği iç tutarlılık değerleri verilmektedir. İKİSİ ölçeğinin alt boyutlarından alınan en yüksek üç alt başlık; öz-etkililik ($\bar{X}_= 28,81$), sağlık motivasyonu ($\bar{X}_= 24,87$) ve duyarlılık algısı ($\bar{X}_= 23,58$) ve alınan en düşük alt başlıklar ise engel algısı ($\bar{X}_= 15,64$), yarar algısı ($\bar{X}_= 16,02$) ve önemseme ve ciddiyet algısı ($\bar{X}_= 20,92$)’dır. İURY ölçeğinin alt başlıklarından en yüksek değer ilaca uyum ($\bar{X}_= 7,48$) ve düşük değer reçete yazdırma ($\bar{X}_= 5,55$)’dır.

İlaç kullanımına ilişkin Sağlık İnanç Ölçenin iç tutarlılığının bir göstergesi olan Cronbach’s Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach’s Alpha katsayısı “Duyarlılık Algısı” alt boyutunda 0,86 “Önemseme Ciddiyet Algısı” alt boyutunda 0,84 “Sağlık Motivasyonu” alt boyutunda 0,82 “Yarar Algısı” alt

boyutunda 0,83 “Engel Algısı” alt boyutunda 0,83 “Öz-Etkililik” alt boyutunda 0,90 olarak tespit edilmiştir. “Toplam Sağlık İnanç Ölçeği” Cronbach’s Alpha değeri 0,80 olarak tespit edilmiştir.

İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği’nin iç tutarlığının bir göstergesi olan Cronbach’s Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach’s Alpha katsayısı; “İlaca Uyum” alt boyutunda 0,65 “Reçete yazdırma” alt boyutunda 0,62 olarak tespit edilmiştir. Toplam İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Cronbach’s Alpha değeri 0,59 olarak tespit edilmiştir.

4. BULGULAR

Koroner stent uygulanan kişilere reçete edilen ilaçlara karşı uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada araştırma sorularına yönelik olarak yapılan analizler doğrultusunda aşağıdaki çizelgeler hazırlanmıştır.

- ✓ Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulguları (Tablo 3)
- ✓ Katılımcıların Hastalık İle İlgili Bulguları (Tablo 4)
- ✓ Katılımcıların İlaç Uyumuna Yönelik Bulguları (Tablo 5)
- ✓ İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları Ölçeğinin Sosyo Demografik Özelliklere İlişkin Bulguları (Tablo 6)
- ✓ İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğinin sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguları (Tablo 7)
- ✓ Katılımcıların İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma İnançları ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Tutumları Arasındaki Korelasyon Bulguları (Tablo 8)

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulguları

Değişken	Değişken düzeyleri	N	%
Yaş	18-52	25	10,9
	53-58	130	56,5
	59-64	75	32,6
Cinsiyet	Kadın	82	35,7
	Erkek	148	64,3
Medeni Durum	Evli	200	87,0
	Bekâr	30	13,0
Çocuk Sayısı	3 ve ↓	87	37,8
	4-5	84	36,5
	5 ve ↑	59	25,7
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	24	10,4
	Okur-yazar	67	29,1
	İlk ve ortaokul	92	40,0
	Lise	34	14,8
	Üniversite	13	5,7
Meslek	Memur	30	13,0
	İşçi	27	11,7
	Çiftçi	16	7,0
	Emekli	91	39,6
	Serbest Meslek	13	5,7
	Çalışmıyor	53	23,0
Sosyal Güvence	Var	197	85,7
	Yok	33	14,3*
Ekonomik durum	İyi	46	20,0
	Kötü	184	80,0
Toplam		230	100

*Bu oran yabancı uyruklu bireylerden kaynaklanmaktadır

Tablo 3’de koroner stent uygulanan kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, ekonomik durum açısından bulgular sunulmuştur. Koroner stent uygulanan kişilerden 148 kişi erkek (%64,3), 82 kişi (%35,7) kadındır. Yaş grupları incelendiğinde 130 kişi 53-58 yaş arası (%56,5), 75 kişi (%32,6) 59 yaş ve üzeri, 25 kişi (%10,9) 52 yaş ve altı olduğu tespit edilmiştir. Koroner stent uygulanan kişilerin 200’ü evli (%87,0), 30’u (%13,0) bekârdır. Eğitim durumları incelendiğinde 24 kişi (%10,4) okuryazar değil, 67 kişinin okur-yazar (%29,1), 92 kişinin ilk ve ortaokul (%40,0), 34 kişinin lise(%14,8), 13 kişinin üniversite (%5,7) seviyesinde olduğu

tespit edilmiştir. Katılımcıların meslekleri incelendiğinde 30 kişinin (%13,0) memur, 27 kişinin (%11,7) işçi, 16 kişinin (%7,0) çiftçi, 91 kişinin (%39,6) emekli, 13 kişinin (%5,7) serbest meslek ile meşgul olduğu 53 kişinin ise (%23,0) çalışmadığı tespit edilmiştir. Koroner stent uygulanan kişilerin sosyal güvenceye sahip olup olmadığı bulguları incelendiğinde 197 kişinin (%85,7) sosyal güvenceye sahip olduğu, 33 kişinin (%14,3) sosyal güvenceye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bu kişilerden 184 kişinin (%80) ekonomik durumunun iyi olduğu, 46 kişinin (%20) ekonomik durumu kötü olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Hastalık İle İlgili Bulguları

Hastalık ile ilgili bilgiler	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Hastalığın yaşamı olumsuz etkilemesi	211	%91,7	19	%8,3
Uyku düzeni	87	%37,8	143	%62,2
Sigara kullanma	119	%51,7	111	%48,3
Geçirilmiş kalp krizi öyküsü olma	137	%59,6	93	%40,4
Herhangi bir diyet uygulaması varlığı	137	%59,6	93	%40,4
Stent uygulaması aciliyet durumu	<u>Acil Yapıldı</u>		<u>Randevu alınarak yapıldı</u>	
	149	%64,8	81	%35,2
Taburculuğun kaçınıcı gün olduğu	<u><18gün</u>		<u>19-24 gün</u>	<u>≥25</u>
	78	%33,9	78	%33,9
			74	%32,2

Tablo 4.'de koroner stent uygulanan katılımcıların hastalık ile ilgili bulguları verilmiştir. Katılımcıların %91,7'si hastalığın yaşamını olumsuz etkilediğini, %37,8'i uyku düzen bozukluğu olduğunu, %51,7'si sigara kullanıyor olduğunu, %59,6'sı herhangi bir diyet uyguladığını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %64,8'i acil stent uygulandığını ve %67,8'i taburculuğun en fazla 24. gününde olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 5. Katılımcıların İlaç Uyumuna Yönelik Bulguları

Stent uygulanan kişilerde ilaç uyumuna yönelik sorular	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Taburcu olunacağında kullanılacak ilaçlara yönelik eğitim alma durumu	189	%82,2	41	%17,8
İlaç almak için yardımcı uygulama kullanma durumu	91	%39,6	139	%60,4
İlaç almak için kullanılan yardımcı uygulamaya “EVET” diyenler;				
Bu yardımcı uygulamalar nelerdir?			N	%
	Alarm kurma		35	%38,9
	Görünen yerlere not yapıştırma		3	%3,3
	Bir başkası hatırlatıyor		29	%32,2
	Diğer		3	%3,3
	Alarm kurma ve görünen yerlere notlar yapıştırma		18	%1,1
	Alarm kurma ve bir başkası hatırlatıyor		14	%15,6
	Alarm kurma ve görünen yerlere notlar yapıştırma ve bir başkası hatırlatıyor		3	%3,3
	Takvim tutma ve bir başkası hatırlatıyor		2	%2,2
Stent uygulanan kişilerde ilaç uyumuna yönelik sorular(devamı)	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
İlaçların günlük kullanım şeklini, dozunu bilme	212	%92,2	18	%7,8
İlaçların etkilerini bilme	151	%65,7	79	%34,3
İlaçların yan etkilerini bilme	74	%32,2	156	%67,8
İlaçların toplamda ne kadar sürede kullanılması gerektiğini bilme	117	%50,9	113	%49,1
İlaçların zamanında düzenli olarak kullanılmaya dikkat etme	119	%51,7	111	%48,3
Stent uygulandıktan sonra reçete edilen ilaçların isimlerini bilme	151	%65,7	79	%34,3
İlaç bittiğinde reçetelemeyi yaptırma	180	%78,3	50	%21,7
İlaçları temin etme konusunda zorluk yaşama	104	%45,2	126	%54,8
Reçete edilen ilaçların ne zaman alındığı		Hemen aldım		Bir süre sonra aldım
		142 %61,7		88 %38,3
Günde toplam kaç ilaç kullanıldığı		6 ve altı	7-8 arası	9 ve üstü
		107 %46,5	68 %29,6	55 %23,9

Tablo 5’de koroner stent uygulanan katılımcıların ilaç uyumuna yönelik sorular ile ilgili bulguları verilmiştir. Katılımcıların %82,2’si (189 kişi) hastaneden taburcu olduğunda kullanılacak ilaçlara yönelik eğitim verildiğini, % 39,6’sı ilaç almak için yardımcı uygulama kullandığını belirtmişlerdir. Alarm kurma bu yardımcı uygulamanın %38,9’unu (35 kişi) oluşturmaktadır. Katılımcıların %92,2’si (212 kişi) kullanılan ilacın günlük kullanım şekli/dozunu bildiğini, %65,7’si (151 kişi) kullanılan ilacın etkisini bildiğini, %32,2’si (74 kişi) yan etkilerini bildiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %50,9’u (117 kişi) ilaçlarını toplamda ne kadar sürede kullanması gerektiğini bildiğini, %51,7’si (119 kişi) ilaçlarını zamanında düzenli olarak kullanmaya dikkat ettiğini, %65,7’si (151 kişi) stent uygulandıktan sonra reçete edilen ilaçların isimlerini biliyor olduğunu, %78,3’ü (180 kişi) ilaç bittiğinde reçetelemeyi yaptırdığını, %45,2’si (104 kişi) ilaçları temin etmede zorluk yaşadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların %61,7’si (142 kişi) reçete edilen ilaçları hemen aldıklarını, %46,5’i günde 6 ve daha az (107 kişi) ilaç kullandığı belirtilmiştir.

Tablo 6. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları Ölçeğinin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguları

		İlaç kullanımına ilişkin sağlık inan ölçeği alt boyutları							
Sosyo-demografik özellikler		Duyarlılık Algısı	Önemseme Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	Yarar algısı	Engel algısı	Öz etkililik	Ölçek toplam	
		[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	
Yaş	<52	[23(19-24)]	[20(17-24)]	[24(22-28)]	[16(15-20)]	[14(12-17)]	[28(28-35)]	[130(119-136)]	
	53-58	[24(22-26)]	[20(18-24)]	[24(23-28)]	[16(14-17)]	[16(12-18)]	[28(27-32)]	[129(124-135)]	
	59 ve >	[24(22-25)]	[19(17-24)]	[24(23-28)]	[16(14-18)]	[17(12-20)]	[28(26-28)]	[128(120-135)]	
	KW	3,119	2,277	,419	2,265	3,429	7,212	,945	
	p	0,200	0,320	0,810	0,320	0,180	0,020	1>3	0,640
Cinsiyet	Kadın	[24(21-25)]	[21(18-24)]	[24(22-28)]	[16(15-19)]	[16(12-19)]	[28(26-31)]	[128(122-135)]	
	Erkek	[24(22-25)]	[29(17-24)]	[25(23-28)]	[16(14-17)]	[16(12-19)]	[28(28-31)]	[128(123-136)]	
	z	-,522	-2,702	-2,295	-,896	-,731	-1,646	-,448	
	p	0,600	0,00	1>2	0,020	2>1	0,370	0,460	0,100
Medeni durum	Evli	[24(22-25)]	[20(18-24)]	[24(23-28)]	[16(14-17)]	[16(12-19)]	[28(27-30)]	[129(123-135)]	
	Bekar	[24(20-30)]	[19(16-30)]	[24(22-28)]	[16(14-20)]	[16(10-19)]	[28(26-34)]	[127(118-141)]	
	z	-,552	-,004	-,604	-1,164	-,072	-,640	-,054	
	p	0,580	0,990	0,540	0,240	0,940	0,520	0,950	
Çocuk sayısı	3'e kad.	[24(21-26)]	[21(18-24)]	[24(23-29)]	[16(14-20)]	[14(11-19)]	[28(28-34)]	[130(124-137)]	
	4-5	[24(22-25)]	[19(18-24)]	[24(23-28)]	[16(14-16)]	[16(14-18)]	[28(27-28)]	[129(122-135)]	
	5'den faz	[24(21-26)]	[20(17-24)]	[24(22-26)]	[16(14-18)]	[16(12-19)]	[28(26-31)]	[127(120-135)]	
	KW	1,350	2,415	2,287	2,458	3,341	16,258	5,145	
	p	0,500	0,290	0,310	0,290	0,180	0,00	1>2,3	0,070
Ekonomik Durum	İyi	[26(24-29)]	[22(18-28)]	[26(24-30)]	[17(15-20)]	[12(9-17)]	[30(28-35)]	[135(124-150)]	
	Kötü	[24(21-25)]	[19(17-24)]	[24(22-28)]	[16(14-16)]	[16(14-19)]	[28(27-28)]	[128(121-134)]	
	z	-4,917	-2,891	-3,057	-2,960	-3,564	-3,676	-3,348	
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Tablo 7. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançları Ölçeğinin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguları (devamı 1)

		İlaç kullanımına ilişkin sağlık inan ölçeği alt boyutları						
Sosyo-demografik özellikler		Duyarlılık Algısı	Önemseme Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	Yarar algısı	Engel algısı	Öz etkililik	Ölçek toplam
		[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]
Eğitim durumu	Ok.Yz. değil	[24(21-24)]	[20(17-26)]	[24(22-25)]	[16(14-17)]	[16(13-21)]	[27(24-28)]	[125(120-133)]
	Okur yazar	[24(21-26)]	[20(18-24)]	[24(22-27)]	[16(14-18)]	[15(12-18)]	[28(27-30)]	[126(122-134)]
	İlk ve ort.	[24(21-25)]	[20(18-24)]	[24(22-28)]	[16(14-16)]	[16(14-20)]	[28(27-28)]	[129(122-135)]
	Lise	[24(21-26)]	[18(16-24)]	[27(23-29)]	[16(14-20)]	[14(12-18)]	[29(28-35)]	[130(124-137)]
	Üniversite	[29(22-30)]	[24(20-30)]	[30(28-30)]	[20(16-20)]	[6(6-11)]	[35(28-35)]	[137(128-150)]
	KW	5,424	9,851	17,191	11,289	28,954	42,613	9,768
	p	,24	,04	,00	,02	,00	,00	,04
		5>2,3,4	5>1,2,3	5>2,3	5<1,2,3,4	5>2,3	5>2	
Meslek	Memur	[24(22-29)]	[20(18-24)]	[27(23-30)]	[16(13-20)]	[13(10-15)]	[31(28-35)]	[130(126-136)]
	İşçi	[24(20-26)]	[20(16-25)]	[24(22-29)]	[16(15-20)]	[15(14-18)]	[28(27-32)]	[128(117-142)]
	Çiftçi	[24(21-25)]	[19(17-22)]	[24(24-26)]	[16(14-16)]	[15(12-20)]	[28(27-30)]	[127(122-135)]
	Emekli	[24(22-26)]	[19(18-24)]	[24(23-29)]	[16(14-18)]	[16(14-19)]	[28(28-30)]	[129(123-135)]
	Serbest	[24(21-24)]	[23(17-24)]	[24(20-25)]	[16(15-16)]	[19(14-20)]	[28(26-29)]	[129(121-135)]
	Çalışmıyor	[24(21-25)]	[21(18-24)]	[24(22-27)]	[16(15-18)]	[16(13-20)]	[27(25-28)]	[128(122-134)]
	KW	5,475	3,616	11,647	3,410	18,768	28,237	1,895
p	0,360	0,600	0,040	0,060	0,00	0,00	0,860	
			1>5,6 4>5,6		1<4,5,6	1>4,6		
Sosyal Güvençe	Var	[24(22-26)]	[20(18-24)]	[24(23-29)]	[16(14-19)]	[16(12-18)]	[28(27-32)]	[129(122-136)]
	Yok	[23(20-24)]	[20(17-24)]	[24(21-26)]	[15(13-16)]	[18(14-23)]	[28(27-29)]	[128(119-134)]
	z	-2,390	-,354	-1,637	-1,993	-3,456	-1,122	-,673
	p	0,010	0,720	0,100	0,040	0,00	0,260	0,500

İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği duyarlılık algısı: Tablo 6 incelendiğinde İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği alt boyutundan duyarlılık algısı ile ekonomik durum ve sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık sosyal güvencesi olanların ve ekonomik durumu iyi olanların lehinedir. İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği duyarlılık algısı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu ve meslek arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği önemseme ciddiye algısı: Tablo 6 incelendiğinde İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği alt boyutundan önemseme ve ciddiyet algısı ile cinsiyet, eğitim durumu ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık kadınların ve ekonomik durumu iyi olanların lehinedir. Aynı zamanda eğitim seviyesi üniversite düzeyinde olanların eğitim seviyesi okur yazar, ilk ve orta okul, lise olanlara göre ilaç kullanımına ilişkin önemseme algısı daha yüksektir. İlaç kullanımına ilişkin önemseme ciddiyet algısı ile yaş, medeni durum, çocuk sayısı, meslek ve sosyal güvence arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği sağlık motivasyon algısı: Tablo 6 incelendiğinde ilaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği alt boyutundan sağlık motivasyon algısı ile cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık erkeklerin ve ekonomik durumu iyi olanların lehinedir. Aynı zamanda eğitim seviyesi üniversite düzeyinde olanların okur yazar olmayan, okur yazar, ilk ve orta okul olanlara göre sağlık motivasyon algısı daha yüksektir. Mesleği memur olanların serbest meslek sahibi veya çalışmayanlara göre emekli olanların serbest meslek ve çalışmayanlara göre sağlık motivasyon algısı daha yüksektir. İlaç kullanımına ilişkin sağlık motivasyon algısı ile yaş, medeni durum çocuk sayısı ve sosyal güvence arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği yarar algısı: Tablo 6 incelendiğinde İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği alt boyutundan yarar

algısı ile eğitim seviyesi, sosyal güvence ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık sosyal güvencesi olanların ve ekonomik durumu iyi olanların lehinedir. Aynı zamanda eğitim seviyesi üniversite olanların okur yazar, ilk ve orta öğretim eğitim seviyesine sahip olanlara göre yarar algısı daha yüksektir. İlaç kullanımına ilişkin yarar algısı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve meslek arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği engel algısı: Tablo 6 incelendiğinde İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği alt boyutundan engel algısı ile eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, ekonomik durum arasından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık sosyal güvencesi olmayanların ve ekonomik durumu iyi olanların lehinedir. Aynı zamanda eğitim seviyesi üniversite olanların okur yazar olmayan, okur yazar, ilk ve orta öğretim ve lise eğitim seviyesine sahip olanlara göre engel algıları daha yüksektir. Mesleği memur olanların engel algısı emekli, serbest meslek ve çalışmayanlara göre daha yüksektir. İlaç kullanımına ilişkin engel algısı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği öz etkililik: Tablo 6 incelendiğinde İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği alt boyutundan öz etkililik ile yaş, çocuk sayısı, eğitim, meslek, ekonomik durum arasından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık ekonomik durumu iyi olanların lehinedir. 52< yaşından küçük olanlar 59 ve üzeri yaşa sahip olanlara göre 3 ve ↓ çocuğa sahip olanlar, 4-5 ve 5 ve ↑ çocuğa sahip olanlara göre, eğitim seviyesi üniversite olanlar okur yazar olmayan, okur yazar, ilk ve orta okul eğitim seviyesine sahip olanlara göre aynı zamanda eğitim seviyesi lise olanlar okur yazar olmayan, okur yazar, ilk ve orta okul eğitim seviyesine sahip olanlara göre öz etkililik algısı yüksektir. Mesleği memur olanların emekli ve çalışmayanlara göre öz etkililik algıları daha yüksektir. İlaç kullanımına ilişkin öz etkililik algısı ile cinsiyet, sosyal güvence arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği toplam puanları: İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği toplam puanları ile eğitim ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık ekonomik durumu iyi olanların lehinedir. Aynı zamanda eğitim durumu üniversite olanlar okur yazar olanlara göre ilaç kullanımına ilişkin sağlık inan algıları daha yüksektir. İlaç kullanımına ilişkin sağlık inanç ölçeği toplam puanları ile yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, meslek, sosyal güvence arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğinin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulguları

Sosyo-demografik özellikler		İlaça uyum ve reçete yazdırma ölçeği alt boyutlar		
		İlaça uyum [Q(Q ₁ -Q ₃)]	Reçete yazdırma [Q(Q ₁ -Q ₃)]	Ölçek toplam [Q(Q ₁ -Q ₃)]
Yaş	<52	[6(5-8)]	[5(4-6)]	[11(9-13)]
	53-58	[8(7-8)]	[5(5-6)]	[13(12-14)]
	59 ve >	[8(7-9)]	[6(5-6)]	[14(13-15)]
	KW	22,391	15,493	24,258
	P	0,00	0,00	0,00
		1<3,2 / 3>2	1<2,3 / 3>2	3>1,2
Cinsiyet	Kadın	[8(7-8)]	[5(5-6)]	[13(12-14)]
	Erkek	[8(6-8)]	[6(5-6)]	[13(12-14)]
	Z	-,716	-1,781	-,471
	P	0,470	0,070	0,630
Medeni durum	Evli	[8(6-8)]	[5(5-6)]	[13(12-14)]
	Bekar	[8(6-9)]	[6(5-6)]	[14(11-15)]
	Z	-2,008	-1,441	-1,811
	P	0,040 2>1	0,150	0,070
Çocuk sayısı	3 ve ↓	[7(6-8)]	[5(4-6)]	[13(10-14)]
	4-5	[8(7-8)]	[6(5-6)]	[13(13-14)]
	5 ve ↑	[8(7-9)]	[6(5-6)]	[14(13-15)]
	KW	14,360	16,033	19,482
	P	0,00	0,00	0,00
		1>2,3	1>2,3	1>2,3
Eğitim durumu	Ok.Yz. değil	[8(8-9)]	[6(5-6)]	[14(13-15)]
	Okur yazar	[8(6-8)]	[5(5-6)]	[13(12-14)]
	İlk	[8(7-8)]	[6(5-6)]	[14(12-15)]
	ve ort.			

Tablo 9. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğinin Sosyo Demografik Özelliklere İlişkin Bulguları (devamı 1)

Sosyo-demografik özellikler		İlaça uyum ve reçete yazdırma ölçeği alt boyutlar		
		İlaça uyum [Q(Q ₁ -Q ₃)]	Reçete yazdırma [Q(Q ₁ -Q ₃)]	Ölçek toplam [Q(Q ₁ -Q ₃)]
Eğitim durumu	Lise	[7(6-8)]	[6(4-6)]	[13(10-14)]
	Üniversite	[5(4-6)]	[4(3-5)]	[10(8-11)]
	KW	35,000	8,819	26,141
	P	0,00	0,060	0,00
		1>4,5 /5<2,3,4		3>1,2
Meslek	Memur	[6(5-8)]	[5(4-6)]	[12(10-14)]
	İşçi	[8(6-9)]	[5(5-6)]	[13(11-15)]
	Çiftçi	[8(6-8)]	[5(5-6)]	[13(12-14)]
	Emekli	[8(7-8)]	[6(5-6)]	[13(12-14)]
	Serbest	[8(7-8)]	[6(5-6)]	[14(12-14)]
	Çalışmıyor	[8(7-9)]	[5(5-6)]	[13(12-14)]
	KW	17,390	1,780	9,215
	P	0,00	0,87	0,10
	1<4,5,6			
Sosyal Güvence	Var	[8(6-8)]	[6(5-6)]	[13(12-14)]
	Yok	[8(7-9)]	[5(5-6)]	[14(13-15)]
	Z	-2,100	-,528	-2,007
	P	0,030	0,590	0,040
		2>1		2>1
Ekonomik durum	İyi	[7(6-8)]	[5(5-6)]	[13(10-14)]
	Kötü	[8(7-8)]	[6(5-6)]	[13(12-14)]
	Z	-2,208	-,127	-1,523
	P	0,020	0,890	0,120
	2>1			

İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği ilaca uyum: Tablo 7 incelendiğinde İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği alt boyutundan ilaca uyum alt boyutu ile yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık evli olanların, sosyal güvencesi olmayanların ve ekonomik durumu kötü olanların lehinedir.

53-58 yaş aralığına sahip olanlar ve 59 ve üzeri yaş aralığına sahip olanlar 52 ve altı yaş aralığına sahip olanlara göre ve 59 ve üzeri yaş aralığına sahip olanlar 53-58 yaş aralığına sahip olanlara göre ilaca uyum algıları yüksektir. 3'e kadar çocuğu alanlar 4-5 ve 5'den fazla çocuğu olanlara göre ilaca uyum algıları yüksektir, ve okur yazar olmayan katılımcılar lise ve üniversite eğitim seviyesine sahip olanlara göre ve okur yazar, ilk ve orta okul, lise düzeyine sahip olanlar üniversite eğitim seviyesine sahip olanlara göre ilaca uyum algıları daha yüksektir. Emekli, serbest çalışan ve çalışmayanların memurlara göre ilaca uyum algıları daha yüksektir.

İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği ilaca uyum alt boyutu ile cinsiyet arasında herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği reçete yazdırma: Tablo 7 incelendiğinde İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği alt boyutundan reçete yazdırma ile yaş ve çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

53-58 yaş aralığına sahip olanlar ve 59 ve üzeri yaş aralığına sahip olanlar 52 ve altı yaş aralığına sahip olanlara göre reçete yazdırma algıları düşüktür. Aynı zamanda 3'e kadar çocuğu alanlar 4-5 ve 5'den fazla çocuğu olanlara göre reçete yazdırma algıları yüksektir.

İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği reçete yazdırma alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve ekonomik durum arasında herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği toplam puanları: Tablo 7 incelendiğinde İlaca uyum ve reçete yazdırma ölçeği toplam puanları yaş, çocuk

sayısı, eğitim durumu, sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bu anlamlı farklılık sosyal güvencesi olmayanların lehinedir. Aynı zamanda 59 ve üzeri yaşa sahip olanlar 52 ve altı 53-58 yaş aralığında olanlara göre ilaca uyum ve reçete yazdırma algıları daha yüksektir. Üçe kadar çocuğu olanlar 4-5 çocuğu olanlara göre ve 5'ten fazla çocuğu olanlara göre ve İlk ve orta öğretim eğitim seviyesine sahip olan katılımcılar okur yazar olmayan ve okur yazar olanlara göre ilaca uyum ve reçete yazdırma algıları daha yüksektir.

Tablo 10. Katılımcıların İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma İnançları ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Tutumları Arasındaki Korelasyon

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutları		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Duyarlılık Algısı	1							
2	Önemseme/ Ciddiyet Algısı	0,373**	1						
3	Sağlık Motivasyonu	0,490**	0,177**	1					
4	Yarar Algısı	0,327**	0,420**	0,330**	1				
5	Engel Algısı	-0,316**	-0,212**	-0,224**	-0,329**	1			
6	Öz-Etkililik	0,205**	0,163*	0,338**	0,332**	-0,363**	1		
İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Alt Boyutları									
7	İlaça Uyum	-0,184**	-0,162*	-0,222**	-0,113	0,369**	-0,292**	1	
8	Reçete yazdırma	0,026	-0,199**	-0,075	-0,205**	0,226**	-0,209**	0,378**	1

Katılımcıların ilaca uyum ve reçete yazdırma inançları ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç tutumları arasındaki ilişki düzeyini belirlemek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Tabloda değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisini incelediğimizde İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarından “Duyarlılık algısı” “Önemseme ve ciddiyet algısı” “Yarar algısı” “Öz-etkililik” algısı ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği alt boyutu “İlaça uyum” arasında düşük düzeyde negatif bir ilişkiye rastlanmıştır. Aynı zamanda İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarından “Engel algısı” ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği alt boyutu “İlaça uyum” arasında orta düzeyde pozitif bir ilişkiye rastlanmıştır.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarından “Önemseme ve ciddiyet algısı” “Yarar algısı” “Öz-etkililik” alt boyutları ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği alt boyutu “Reçete yazdırma” arasında düşük düzeyde negatif bir ilişkiye rastlanmıştır. Aynı zamanda İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarından “Engel algısı” ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği alt boyutu “Reçete yazdırma” arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişkiye rastlanmıştır.

5. TARTIŞMA

Koroner stent uygulanan kişilere reçete edilen ilaçlara karşı uyum düzeylerini ve ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançlarını belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları puan ortalaması 129.86 bulunmuştur. İKİSİ ölçeğinden en yüksek alınabilecek puanın 175 puan olduğu dikkate alınırsa katılımcıların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ortalama puanlarının yüksek düzeyde olduğu düşünülebilir. Katılımcıların ilaca uyum ve reçete yazdırma puan ortalaması 13,04 olarak bulunmuştur. İURY ölçeğinden en yüksek alınabilecek puanın 28 puan olduğu dikkate alınırsa katılımcıların ilaca uyum ve reçete yazdırma durumları ortalama puanlarının düşük düzeyde olduğu düşünülebilir. Araştırma sorularına yönelik olarak yapılan istatistiksel analizler doğrultusunda koroner stent uygulanan kişilerden elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında literatürle birlikte tartışılmıştır.

- ✓ Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile İKİSİ toplam puanına yönelik bulguların tartışılması
- ✓ Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile İURY toplam puanına yönelik bulguların tartışılması
- ✓ Katılımcıların İKİSİ ve İURY ölçeği korelasyonlarına ait bulguların tartışılması

5.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile İKİSİ toplam puanına yönelik bulguların tartışılması

Araştırmamıza katılan katılımcıların yarıdan fazlası (%56,5) 53-58 yaşları arasındadır (Tablo 3). Yaş ile İKİSİ toplam puan arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 6). Beggi ve Aşık (2019) çalışmalarında 64 yaş ve altındaki katılımcıların ilaçlarını önerilen doz ve sürede kullandıkları tespit edilmiştir. Şahin ve ark. (2018) çalışmalarında 65 yaş ve üstü katılımcıların ilaç kullanım davranışlarının orta seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ercan ve Biçer (2019) ve Şendir ve ark. (2015) çalışmalarında yaş ile akılcı ilaç kullanımı konusunda yaş grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda yaş ile İKİSİ arasında istatistiksel olarak

anlamli farklılık olmamasının sebebi çalışmamızın 65 yaş üstü sınırlamasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan koroner stent uygulanan kişilerin %64,3'ü erkek bireylerden oluşmaktadır (Tablo 3). Cinsiyet ile İKİSİ toplam puan arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 6). Literatür taramalarında cinsiyet değişkeni ile ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Özyiğit ve Arıkan (2015)'in çalışmalarında erkeklerin %41,6'sının, kadınların ise %20,9'nun akılcı ilaç kullanım (AİK) davranışı gösterdiği, erkeklerde AİK davranışının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ercan ve Biçer (2019)'in çalışmalarında ise kadınların erkeklere göre ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dağtekin ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada akılcı olmayan ilaç kullanma davranışı için erkekler kadınlara göre 1.38 kat daha riskli olarak saptanmıştır. Çalışma sonucumuza benzer olarak Koçoğlu ve Ekenler (2016)'in araştırmalarında hekime danışmadan ilaç dozunu azaltma/artırma durumu ve ilaç saatlerine uyma davranışını gösterme oranlarının cinsiyete göre değişmediği tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılan koroner stent uygulanan kişilerin çoğunluğunun (%40,0) ilk ve ortaokul düzeyinde eğitim seviyesi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Eğitim durumu ile İKİSİ toplam puan arasında üniversite okuyanların lehine anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 6). Literatür taramalarında eğitim seviyesinin ilaç kullanımına ilişkin sağlık inancına etkili olduğunu gösteren çalışmaların yanında etkili olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Koçoğlu ve Ekenler (2016)'in araştırmalarında hekime danışmadan ilaç dozunu azaltma/artırma durumu ve ilaç saatlerine uyma davranışını gösterme oranlarının eğitim seviyesine göre değişmediği tespit edilmiştir. Yapıcı ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada lise ve üstü eğitim düzeyine sahip kişilerin %53,2'sinin ilaçları doktorun önerdiği süreden önce bıraktığı sonucuna ulaşılmıştır. Karakurt ve ark.(2010)' nın öğrenim seviyesi yüksek olan grupta yaptıkları çalışmada da akılcı olmayan ilaç kullanma davranışının sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Demiroğlu ve ark. (2017)'nin yaptıkları çalışmada en fazla lise ve üstü eğitim düzeyindekilerin doktorun verdiği ilaçları tedavi bitmeden bıraktıkları sonucuna ulaşılmıştır. Özyurt ve ark. (2018) hastaların akılcı ilaç

kullanımı hakkında bilgi tutum ve davranışlarını inceledikleri çalışmalarında eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını tespit etmişlerdir. Barutçu ve ark.(2017) çalışmalarında okuma-yazma bilmeyenler ile üniversite veya lisansüstü mezunların ilköğretim ve lise mezunlarına göre uzmanlara danışmadan daha az ilaç kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamız sonuçlarıyla benzerlik gösteren Ercan ve Biçer (2019), Beggi ve Aşık (2019), Şahin ve ark. (2018)'nin çalışmalarında da eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde ilaç kullanmaya ilişkin sağlık davranışlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi daha düşük olmasından kaynaklı ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inancının olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda koroner stent uygulanan kişilerin %39.6'sının emekli ve %23'ünün çalışmıyor olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3). Meslek ile İKİSİ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6). Ercan ve Biçer (2019)'in çalışmalarında meslek grubu ile akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde memurların akılcı ilaç kullanımında bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir. Yapıcı ve ark. (2011) ve Özçelikay ve ark. (1996)'nin yaptıkları çalışmalarda; meslek grupları ile akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Beggi ve Aşık (2019) çalışmalarında çalışan kişilerin ilaçlarını önerilen doz ve sürede kullandıkları tespit edilmiştir. Çalışmamız sonuçlarıyla benzer olarak Şahin ve ark. (2018)'nin çalışmalarında 65 yaş üstü kişilerin ilaç kullanım davranışlarında mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan koroner stent uygulanan kişilerin büyük çoğunluğunun (%80) ekonomik durumunu kötü olarak tanımladığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Ekonomik durum ile İKİSİ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 6). Şahin ve ark. (2018)'nin çalışmalarında gelir seviyesi yüksek olanlarda ilaç kullanım davranışlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dağtekin ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada akılcı olmayan ilaç kullanma davranışı için gelir düzeyi kötü olanlar, iyi olanlara göre 4,04 kat daha riskli olarak tespit edilmiştir. Gelir durumunun ilaç kullanma ve sağlık davranışını sürdürmede etkili olduğu düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile İURY toplam puanına yönelik bulguların tartışılması

Araştırma sonuçları incelendiğinde katılımcıların yaşlarının İURY toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 7). Yaş değişkeninin ilaç uyumu ile arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Teke ve Arslan (2018), Kamran ve ark. (2015), Kumar ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarda yaş ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik gösteren Lee ve ark. (2013) ve Mukora ve Chadambuka (2011) çalışmalarında artan yaş ile birlikte ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaş arttıkça bireylerde meydana gelen ilaç kullanım durumlarından kaynaklı ilaca uyum ve reçete yazdırma durumlarının arttığı düşünülebilir.

Araştırma sonuçlarımızda katılımcıların cinsiyete göre İURY toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 7). Cingil ve ark. (2009) çalışmalarında kadınlarda düzensiz ilaç kullanımının erkeklere göre daha fazla olduğu (%34.7) tespit edilmiştir. Kamran ve ark. (2015), Kumar ve ark. (2014) ve Ma (2015)'nin yaptıkları çalışmalarda ilaç uyumu ile cinsiyet arasında benzerlik olmadığı tespit edilmiştir. Yine, Gün ve Korkmaz (2014)'ın yaptıkları çalışmada hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği total ve medikal uyum skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını tespit etmişlerdir.

Araştırma sonuçlarımız incelendiğinde katılımcıların eğitim durumlarının İURY toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Kang ve ark. (2015), Kamran ve ark. (2015), Ma (2015), Wang ve ark. (2014), Hema ve Podmalatha (2014) ve Teke ve Arslan (2018)'in çalışmalarında eğitim durumuna göre ilaca bağlılık/uyum durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Vatansever ve Ünsar (2014)'in çalışmalarında da hipertansiyonlu bireylerin ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik durumu ile eğitim durumları arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır. Çalışmamız sonuçlarıyla benzerlik gösteren Demirbağ ve Timur (2012), Gün ve Korkmaz (2014)'in çalışmalarında eğitim seviyesinin yüksek olması ilaçları düzenli kullanmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitim seviyesinin

düşük olması, ilaç uyum ve reçete yazdırma durumunu olumsuz olarak etkilediği düşünülebilir.

5.3. Katılımcıların İKİSİ ve İURY ölçeği korelasyonlarına ait bulguların tartışılması

Çalışmamızda ilaca uyum ve reçete yazdırma ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları arasındaki ilişki düzeyini belirleyen korelasyon ilişkisinde (Tablo 8) “Duyarlılık algısı” “Sağlık Motivasyonu” “Önemseme ve ciddiyet algısı” “Yarar algısı” “Öz-etkililik” ile “İlaça uyum” arasında düşük düzeyde negatif bir ilişkiye rastlanmıştır. “Engel algısı” “ilaça uyum” arasında orta düzeyde pozitif ilişkiye rastlanmıştır. Demirbaş ve Kutlu (2020) ilaç kullanmaya ilişkin bilgi ve motivasyonlarını ölçtükleri çalışmalarında 65 yaş altı, evli, ilköğretim ve daha üstü mezun, geliri giderine eşit veya fazla ve il merkezlerinde eşi ile yaşayanların sağlık motivasyonunu daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir ($p<0,001$). Barutçu ve ark. (2017) akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi yaptıkları çalışmalarında kadınlar daha fazla uzmana danışmadan ilaç kullanma, evde fazla ağrı kesici bulundurma davranışı sergilerken, erkekler daha fazla prospektüs okuma ve tatile giderken yanlarına daha fazla ağrı kesici alma davranışı göstermektedirler. Kasar ve Kızılcı (2017)’nin çalışmalarında 61 yaş ve üzerindeki diyabetli kişilerde oral antidiyabetik ilaç kullanım hatası daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca benzer şekilde; Solmaz ve Akın (2009)’ın çalışmasında 75 yaş ve üstü bireylerde %91,8 olarak ilaç kullanım hata oranı bulunmuştur. Göçgeldi ve ark. (2009)’nın çalışmalarında katılımcıların %88.4’ü ilaçların son kullanma tarihi konusunda duyarlı olduğu tespit edilmiştir.

“Önemseme ve ciddiyet algısı” “Yarar algısı” “Öz-etkililik” ile “Reçete yazdırma” arasında düşük düzeyde negatif ilişkiye rastlanmıştır. Yapıcı ve ark. (2011) çalışmalarında katılımcıların %15.7’si doktorun reçeteye yazdığı ilaçların hepsini almadığı ve katılımcıların yaklaşık olarak yarısının ilacı kullanmaları gereken süreden önce bıraktığı tespit edilmiştir.

“Engel algısı” ile “Reçete yazdırma” arasında düşük düzeyde pozitif ilişkiye rastlanmıştır. Yapıcı ve ark. (2011) çalışmalarında, katılımcıların %17.0’ı

evre tavsiyesi ile ilaç kullandıklarını, %25.3'ü kendilerine iyi gelen ilacı çevrelerine tavsiye ettikleri tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Koroner stent uygulanan kişilere taburculuk sonrası reçete edilen ilaçlara karşı uyumunu ve sağlık inançlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, katılımcıların ilaca uyum ve reçete yazdırmaları düşük seviyede, ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançlarının ise yüksek seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İKİSİ ölçeği alt başlıklarından “Önemseme ve ciddiyet algısı” alt başlığında kadınların, “Sağlık Motivasyonu” alt başlığında ise erkeklerin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. “Öz-Etkililik” alt başlığında 52 yaş ve altı katılımcıların, 59 yaş ve üzeri katılımcılara göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İURY ölçeğinden alınan puanlara göre; cinsiyet değişkeni ile ilaca uyum ve reçete yazdırma algılarında anlamlı bir farklılık olmadığı ve 59 ve üzerindeki katılımcıların diğer katılımcılara göre ilaca uyum ve reçete yazdırma durumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İURY ölçeği ve İKİSİ ölçeğinden alınan puanlara göre katılımcıların eğitimlerinin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ve ilaca uyum ve reçete yazdırma konularındaki algılarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. İURY ölçeğinde okur-yazar olmayan katılımcılar eğitim durumu lise ve üniversite olan katılımcılara göre ilaca uyuma ilişkin inançlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İKİSİ ölçeğinde ise üç alt boyutta, üniversite eğitim seviyesine sahip kişilerin diğer eğitim seviyesine sahip kişilere ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Sağlık motivasyonu” algısının memur ve emekli katılımcılarda diğer katılımcılara göre ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının daha yüksek olduğu tespit edilirken “Engel algısı” alt boyutunda memurların daha düşük sağlık inancı olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal güvencesi olanların; “Duyarlılık algısı” “Yarar algısı” “Engel algısı” ve de “İlaça uyum” alt boyutlarında ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının ve ilaç uyumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Duyarlılık algısı” “Önemseme ve ciddiyet” “Sağlık motivasyonu” “Öz etkililik” alt boyutlarında ekonomik durumu iyi olanların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. İURY ölçeği “İlaça uyum” alt boyutunda ekonomik durumu kötü olanların ilaç uyumu daha yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Koroner stent uygulanan bireylerde taburculuk sonrası da devam eden tedavi sürecinde kişilerin ilaç uyum davranışları geliştirilmelidir.

İlaç uyum davranışlarını bireylerin sağlığı algılama durumu etkilediğinden koroner stent uygulanan bireylere ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarını geliştirecek eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler katılımcıların eğitim seviyesine göre düzenlenmelidir.

Taburcu olduktan sonra düzenli ilaç kullanması gereken bireylerin ilaç uyum düzeylerini araştıran çalışma sayısının artırılması, eksikliklerin tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması sağlığın sürdürülmesi için önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Aazami S, Jaafarpour M, Mozafari M. Exploring expectations and needs of patients undergoing angioplasty. *Journal of Vascular Nursing*, 2016, 34(3):93-9.
- Achidi EA, Tangoh DA. Risk Assessment of Cardiovascular Disease among Staff of the University of Buea, South Western Cameroon. *J Public Health Epidemiol* 2010; 2(9):251–61.
- Adalet K. Klinik Kardiyoloji cilt 1. İçinde:İskemik Kalp Hastalığı. Koylan N, Mercanoğlu F, Adalet K (çeviri editörleri), 2.baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2019;3- 563.
- Akkaya S, Polat C, Ede H, Öztürk Ö. Koroner Anjiyografi Laboratuvarına Sevki Yapılan Hastalarda; Depresyon Anksiyete ve Koroner Arter Hastalığı Ciddiyet İlişkisi.. *Bozok Tıp Derg.* 2018;8(3):40-5.
- Balcı A.S, Kolaç N, Şahinkaya D, Yılmaz E, Nırgiz C. Ofis Çalışanlarında Kardiyovasküler Hastalık Riski ve Bilgi Düzeyi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi.* 2018;9(18):1–6. DOI: 10.5543/khd.2018.84756.
- Barutçu İ, Tengilimoğlu D, Naldöken Ü. Vatandaşların Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi: Ankara İli Metropol İlçeler Örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2017; 1062-78.
- Beggi B, Aşık Z. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi. *Ankara Med J.* 2019; (1):251- 60 DOI: 10.17098/amj.582021.
- Brown SB, Shannon RP. Improving Medication Compliance in Patients With Heart Failure. *Enhancing Medication Compliance in Heart Failure.* 2007; US, 274-277.
- Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık Davranışı Modelleri. *Derg Journal of Duzce University Health Sciences Institute / J DU Health Sci Inst* ISSN: 2146-443: 2015; 5(1): 28-34.
- Carnethon M, Whitsel LP, Franklin BA, Kris-Etherton P, Milani R, Pratt CA, et al. Worksite Wellness Programs for Cardiovascular Disease Prevention: A Policy Statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009;120:1725.
- Champion VL & Skinner CS. The health belief model. *Health behavior and health education: theory, research, and practice.* Glanz K, Rimer BK & Viswanath K. San Francisco. Jossey-Bass; 2008.
- Cheitlin MD, Armstrong WF, Aurigemma GP, Beller GA. ACC/AHA/ASE 2003 guideline update for the clinical application of echocardiography: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2003, 108(9):1146-1162.
- Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2009;37(8):551-556.

- Çiçek Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi [Doktora Lisans Tezi]. [Erzurum (TR)]: Atatürk Üniversitesi; 2012.
- Çiftçi B, Aksoy M. Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. GÜSBD 2017; 6(3): 191-194.
- Dağtekin G, Demirtaş Z, Alaiye M, Sağlan R, Önsüz M, Işıklı B, Kılıç F & Metintaş S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Erişkinlerin Akılcı İlaç Kullanım Tutum ve Davranışları. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi. 2018; 3(1).
- Demirbağ B, Timur M. Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. ASHD. 2012; Cilt 11, Sayı 1.
- Demirbaş N, Kutlu N. Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Öz-Etkililik Düzeyi. Ankara Med J, 2020;(2):269-280 // 10.5505/amj.2020.16362.
- Demiroğlu T, Polat Y, Doğan U. Kilis Devlet Hastanesinde yatan yetişkin hastaların ilaç kullanımına yönelik davranış ve alışkanlıklarının belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(1):93-98.
- Dülek H, Vural Z.T, Gönenç I. Kardiyovasküler Hastalıklara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Kardiyovasküler Risk Skorlamalarının Karşılaştırılması. Dicle Tıp Dergisi . 2019; 46 (3) : 449 – 459.
- Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016; 3(3), 44-55.
- Ercan T, Biçer D. Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği. BMIJ 2019. 7(2): 998-1021. doi: <http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v7i2.1133>.
- Erkuş M.E., Altıparmak H, Demirbağ R. Akut koroner sendromlu bir hastada sirkumfleks distalinde çıkan sağ koroner arter anomalisi. Journal of Harran University Medical Faculty. Cilt:12;Sayı:1;2015. Geliş Tarihi/Received: 08.07.2014; Kabul Tarihi/Accepted: 23.08.2014.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL. Et al. Heart disease and stroke statistics-2014 Update a report from the American Heart Association. Circulation 2014;129:28- 292.
- Göçgeldi E, Uçar M, Açikel CH, ve ark. Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(2): 113-8.
- Gökdoğan F, Kes D. Validity and reliability of the Turkish Adherence to Refills and Medications Scale. International Journal of Nursing Practice. 2017.
- Güleç S. Kalp Damar Hastalıklarında Global Risk ve Hedefler. Türk Kardiyol Dern Arş. 2009;37(2):1–10.

- Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. DEUHYO ED. 2014; 7 (2), 98-108.
- Güven F, Kantarcı M. Miyokard Perfüzyonu ve İskemik Kalp Hastalıkları. Türk Radyoloji Seminerleri. Trd Sem 2018; 6: 152-169.
- Hema K, Padmalatha P. Adherence to medication among Hypertensive patients attending a tertiary care hospital in Guntur, Andhra Pradesh. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research; December 2014: Vol.-4, Issue- 1, P. 451- 456
- Kamran A, Sadeghieh AS, Ahari S, Biria M, Malepour A, Heydari H. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. Annals of Medical and Health Sciences Research. 2015 Nov-Dec; 4 (6), 922-7.
- Kang DC, Tsang PM, Li W, Wang HX, Liu K, Griffiths SM, et al. Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in hong kong: a cross-sectional study. International Journal of Cardiology. 2015, 82, 250–57.
- Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9(5): 505-12.
- Kasar K, Kızılcı S. Oral Antidiyabetik İlaç Kullanım Hataları ve Etkileyen Faktörler. GÜSB. 2017; 6(3): 128-137.
- Koplay M, Erol C. Koroner arter hastalığı. Türk Radyoloji Derneği Seminerleri 2013;1:57–69.
- Kripalani S, Risser J, Gatti M, & Jacobson T. Development and evaluation of the adherence to refills and medications scale (ARMS) among low- literacy patients with chronic disease. Value in Health, 2009; 12 (1), 118–123. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x>
- Kumar N, Unnikrishnan B, Thapar R, Mithra P, Kulkarni V, Holla R, et al. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment among patients attending a tertiary care hospital in mangalore, South India. International Journal of Current Scientific Research. 2014; 06 (10).
- Kumar V, Cotran RS, Robbins SL Kalp. Nobel tıp kitabevleri. Basic Pathology 2000; 308-339
- Lee D, Martini N, Moyes S, Hayman K, Zolezzi M, Kerse N. Potentially inappropriate medication use: The Beers' Criteria used among older adults with depressive symptoms. J Prim Health Care. 2013; 5(3):182–90.
- Lloyd-Jones DM. Cardiovascular Risk Prediction: Basic Concepts, Current Status, and Future Directions. Circulation 2010; 121(15):1768–77.
- Ma C. A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. Applied Nursing Research. 2015; doi: 10.1016/j.apnr.2016.01.004.
- Mccord AS. Knowledge, attitudes, health beliefs and locus of control of males related to prostate cancer prevention. Master Thesis. The University of Alabama.1997; Alabama.

- Moser DK, Doering LV, Chung ML. Vulnerabilities of Patients Recovering From an Exacerbation of Chronic Heart Failure. *American Heart Journal*. 2005; 150:84.
- Mukora FN, Chadambuka EM. Drug adherence behavior among hypertensive outpatients at a tertiary health institution in manicaland province, Zimbabwe. *Patient Prefer Adherence Journal*. 2011; 7, 65-70.
- Neiheisel MB, Wheeler KJ, Robert ME. Medication Adherence PartOne: Understanding and Assessing The Problem. *Journal of American Assosication of Nurse Practitioners*. 2014; 26:49-55.
- Oğuz S, Erguvan S, Ünal G, Bayrak B, Çamcı G. Üniversite Öğrencilerinde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. *MN Kardiyoloji* 2019;26(3):184-91
- Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara; 2004. İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş.
- Özçelikay G, Asil E, Köse KA. Study on seeing a physician and self-medication habits of the students of Ankara University. *J Fac Pharm*. 1996; 24(1):21-31.
- Özen A, Çelik S. Koroner anjiyoplasti ve intrakoronar stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13:2.
- Özyiğit F, Arıkan İ. Kütahya İlindeki Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. *Bozok Tıp Dergisi*. 2015;5(1):47-52.
- Özyurt E, Aydın İ, Aydın H, Erduran S, Uğurlu D, Akar Y, Aykutluğ M, Yörük S. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesinde'ki Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2018.
- Parikh S, Patel M, Tiwari H, Bala DV, Joshi B. Assessment of Cardiovascular Disease Risk by Using Framingham Risk Equation Amongst the Residents of Ahmedabad City. *Natl J Community Med*. 2013;4(3):392-7.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Version 2012). The Fifth Joint Task Force of The European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of Nine Societies and by Invited Experts). *Eur Heart J* 2012;33(13):1635-701.
- Quintiliani L, Sattelmair J, Sorensen G. The Workplace as A Setting for Interventions to Improve Diet and Promote Physical Activity. Geneva: World Health Organization 2008. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/Quintilianiworkplace-as-setting.pdf>.
- Riegel B, Lee C, Ratcliffe SJ, Geest S, Potashnik S, Patey M. ve ark. Predcitors of Objectively Measured Medication Nonadherence in Adults With Heart Failure, *Circulation Heart Failure*. AHA Journals. 2012; 5: 430-436.

- Ruppar TM, Dobbels F, Lewek P, Matyjaszczyk M, Siebens K, De Geest SM. Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for the Improvement of Medication Adherence. *Int J Behav Med* 2015;22:699-708.
- Solmaz T, Akın B. Evde Yaşayan Yaşlılarda İlaç Kullanımı ve Kendi Kendine İlaç Kullanım Yetisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2009; 12(2):72-81.
- Sun Z, Lin CH, Davidson R, Dong C, Liao Y. Diagnostic value of 64-slice CT angiography in coronary artery disease: A systematic review. *Eur J Radiol* 2008; 67: 78-84.
- Sun ZH, Cao Y, Li HF. Multislice computed tomography angiography in the diagnosis of coronary artery disease. *J Geriatr Cardiol* 2011; 8: 104-13.
- Şahin D, Özer Ö, Yanardağ M. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımına İlişkin Davranışlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg.* 2018, 6(1): 15-25.
- Şendir M, Çelik Z, Güzel E, Büyükyılmaz F. Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015;14(1):15-22.
- Teke N, Arslan S. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *DEUHFED*. 2018; 11 (2), 120-128.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*, 2018, 72(18):2231-2264.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018. 26.04.2019; 30626 http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083. Erişim Tarihi: 09.06.2019.
- Ünal B, Ergör G, Horasan G.D, Kalaça S, Sözman K. Türkiye’de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara 2013: 266-273.
- Vatansver Ö, Ünsar S. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 5(8):66-74.
- Wang W, Lau Y, Loo A, Chow A, Thompson DR. Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension. *Heart & Lung*. 2014; 43, 278-83.
- Woodward M, Huxley H, Lam TH. A Comparison of the Associations between Risk Factors and Cardiovascular Disease in Asia and Australasia. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005;12(5):484–91.

World Health Organisation, World Health Statistics 2018 reports; Available from:
<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Erişim Tarihi:
02.08.2020.

Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur . Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı
konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi. 2011;38(4):458- 65.

8. ÖZGEÇMİŞ

8.1. Kişisel Bilgiler

Adı	Atiye	Soyadı	MERTCAN
Doğum Yeri	Konya/Ereğli	Doğum Tarihi	04.07.1993
E-mail	atiyemert.42@gmail.com	Uyruğu	TC

8.2. Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Atatürk Üniversitesi	2015
Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi	Halen Devam Ediyor

8.3. İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4 yıl

9. EKLER

9.1. EK 1.Stent Uygulanan Kişilerde Kişisel Bilgi Formu

STENT UYGULANAN KİŞİLERDE KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sosyodemografik sorular

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: 1-Kadın() 2-Erkek()

3-Medeni durumunuz: 1-Evli() 2-Bekar()

4-Çocuk sayınız:

5-Eğitim durumunuz:

1-Okur-yazar değil 2-Okur-yazar 3-İlkokul

4-Ortaokul 5-Lise 6-Üniversite

6-Mesleğiniz:

1-Memur 2-İşçi 3-Çiftçi

4-Emekli 5-Serbest Meslek 6-Çalışmıyor

7-Sosyal güvenceniz:

1-Var 2-Yok

8-Kendinize göre ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1-Çok iyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü

Hastalık ile ilgili bilgiler

9-Hastalığınızın yaşamınızı olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

1-Evet

2-Hayır

10-Uykunuz düzenli midir?

1-Evet

2-Hayır

11-Sigara kullanıyor musunuz?

1-Evet

2-Hayır

12-Geçirilmiş kalp krizi öykünüz var mı?

1-Evet

2-Hayır

13-Herhangi bir diyetiniz var mı?

1-Evet

2-Hayır

14-Stent uygulaması nasıl yapıldı?

1-Acil yapıldı

2-Randevu olarak yapıldı

15-Taburculuğunuzun kaçınıcı günündesiniz?

7-İlaçlarınızı toplamda ne kadar sürede kullanmanız gerektiğini biliyor musunuz?

1-Evet

2-Hayır

8-İlaçlarınızı zamanında düzenli olarak kullanmaya dikkat ettiniz mi?

1-Evet

2-Hayır

9-Günde toplamda kaç ilaç kullanıyorsunuz?.....

10-Stent uygulandıktan sonra reçete edilen ilaçlarınızın isimlerini biliyor musunuz?

1-Evet

2-Hayır

11-İlaç bittiğinde reçetelemeyi yaptırdınız mı?

1-Evet

2-Hayır

12-Reçete edilen ilaçları ne zaman aldınız?

A-Hemen aldım

B-Bir süre sonra aldım

13-İlaçları temin etme konusunda zorluk yaşıyor musunuz?
(Pahalı,eczane ulaşım güçlüğü gibi.)

1-Evet

2-Hayır

İLAÇ KULLANMAYA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ

Ölçek Soruları	Kesinlikle Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Kararsızım(3)	Katılıyorum(4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
Duyarlılık Algısı					
1. Reçetesiz ilaç kullanmaktan zarar görme ihtimalim çok yüksek.					
2. Reçetesiz ilaç kullanmaktan dolayı ilaç alerjisi (zehirlenme) olma ihtimalim yüksektir.					
3. Reçetesiz ilaç kullanırsam ölebilirim.					
4. Reçetesiz ilaç kullanırsam vücudum, organlarım zarar görür.					
5. Başkalarının önerdiği ilaçlar bana zarar verir.					
6. Zarar vereceği için benim ilaçlarımı başkalarına önermem.					
Önemseme/Ciddiyet Algısı					
7. İlaç alerjisi (zehirlenme) beni korkutur.					

8. İlaçların vücuda verdiği zararları/yan etkileri düşündüğümde strese girerim.					
9. Reçetesiz ilaç alerjisini (zehirlenme) düşünmekten korkarım.					
10. Reçetesiz ilaç kullanmanın zararları/yan etkilerinde yaşayacağım problemler çok uzun bir süre devam edecek.					
11. Reçetesiz ilaç kullanmam çevremle olan ilişkimde bana olan güveni sarsar.					
12. Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanmam hayatımda ciddi değişiklikler yapabilir.					
Sağlık Motivasyonu					
13. Sağlık problemlerimi erkenden teşhis ettirmek isterim.					
14. Sağlıklı olmak benim için çok önemlidir.					
15. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
16. Doğru ilaç kullanmak için yeni bilgileri öğrenirim.					
17. Sağlığımı geliştirecek bilgi ve davranışları yapmamın önemli					

olduğunu düşünürüm.					
18. Reçeteli ilaç kullanırım.					
Yarar Algısı					
19. Reçeteli ilaç kullanmak benim yararımadır.					
20. Reçeteli ilaç kullanmak iyileşmemi sağlar.					
21. Reçeteli ilaç kullanmak ilaç zehirlenmelerini (alerjilerini) en aza indirebilir veya tamamen engeller.					
22. Reçeteli ilaç kullanmak yasal haklarımı korur.					
Engel Algısı					
23. Reçete ile ilaç almak prosedürlerden dolayı benim için çok zor.					
24. Reçeteli ilaç alma prosedürleri çok zamanımı alıyor.					
25. Reçeteli ilaç almada bana yardım edecek biri yok.					
26. Reçetesiz ilaçlar beni iyileştirdiği için sıkıcı prosedürlere uymam gerekmez.					
27. İlaç iyi geliyorsa reçeteli olması					

gerekmez.					
28. Reçeteli ilaç almak için zamanım yok.					
Öz-Etkililik					
29. Reçeteli ilaç almanın prosedürünü biliyorum.					
30. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanabilirim.					
31. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanarak iyileşebilirim.					
32. Bana anlatılanlardan bilgiler edinebilirim ve ilaçlarımı doğru kullanabilirim.					
33. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanmak için gerekli bilgileri edinebilirim.					
34. İlaçlarımı doğru dozlarda kullanabilirim.					
35.İlaçlarımı önerilen zaman aralıklarında kullanabilirim.					

9.4. EK 4.İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnanç (İKİSİ) Ölçeği İzin Yazısı

← 📧 📧 📧 📧 📧 📧 📧 📧 3 ileti dizisinden 3. < > 📧

sağlık inanç ölçeği Gelen Kutusu x ⌵

atiye Mrtcan <atiyemert.42@gmail.com> 29 Eyl 2018 Cmt 15:30 ☆
Alıcı: zeynep2420 ▾

Hocam merhaba. Ben Atiye Mertcan. Necmettin Erbakan Üniversitesinde Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksekisans yapmaktayım.tez danışmanım Filiz Hisar. Tezimde sizin geliştirmiş olduğunuz sağlık inanç ölçeğini kullanmak istiyorum. ölçeğin geçerlilik güvenilirliğini ve cronbach alpha değerini öğrenebilirim. Hocam ayrıca ben koroner stent takılan hastalarda çalışacağam bunun için öl kullanacağam.Acaba ölçek benim için de uygun mudur sizce?

Zeynep Çiçek <zeynep2420@hotmail.com> 30 Eyl 2018 Paz 20:54 ☆
Alıcı: ben ▾

Merhaba Atiye
Ölçeğe ait bilgileri yük'den tezdin alabilirsin. Kullanıp kullanmayacağınıza siz hocanızla karar verirsiniz daha iyi olur. Ölçek herkese uygulanabilir. Ben kullanmanıza izin veriyorum.
İyi çalışmalar dilerim.

Gönderen: atiye Mrtcan <atiyemert.42@gmail.com>
Gönderildi: 29 Eylül 2018 Cumartesi 12:30
Kime: zeynep2420@hotmail.com
Konu: sağlık inanç ölçeği

IV-İLACA UYUM VE REÇETE YAZDIRMA (İURY) ÖLÇEĞİ

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

9.6. EK 6. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma (İURY) Ölçeği İzin Yazısı



ölçek izni Gelen Kutusu x



duygu kes <duygukes1478@gmail.com>

Alıcı: ben, Feray ▾

Sayın Atiye Mertcan,

Ekte ölçekle ilgili talep etmiş olduğunuz bilgiler yer almaktadır. Çalışmanızda başarılar ve kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla,

2 Ek



atiye Mertcan <atiyemert.42@gmail.com>

Alıcı: duygukes1478 ▾

hocam çok teşekkür ederim sağ olun.

duygu kes <duygukes1478@gmail.com>, 6 Ara 2018 Per, 19:40 tarihinde şunu yazdı:

...

9.7. EK 7. Etik Kurul Raporu

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:82

Toplantı Tarihi: 08 Şubat 2019

Karar Sayısı:2019/1711:N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Filiz HİSAR' ın "Koroner Stent Uygulanan Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu ve İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 30.01.2019 tarihli düzeltme dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Atiye MERTCAN' ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Filiz HİSAR' ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Filiz HİSAR

Yardımcı Araştırmacı: Atiye MERTCAN

ASLI GİBİDİR
08.02.2019

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

9.8. EK 8. Kurum İzni



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 94723667-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma

Sayın Atiye MERTCAN
(Necip Fazıl mah. Akcağız sok. Fazilet s/4. 3/19 Meram/Konya)

İlgi : 28.2/2019 tarihli dilekçeniz.

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmza/İmza:
Uzm.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Ek:
Yazı (2 Sayfa)

Sağlık Hizmetleri, İzleme, Değerlendirme ve Denetim Birimi - Kazım Karabekir Cad.
No:14 Sıhhiye KONYA

Tel:0332 351831 - 0199 Faks No: 03323517208

e-Posta: mertece.cavdar@saqlik.gov.tr İnternet Adresi: mertece.cavdar@saqlik.gov.tr

Yeni bir elektronik belge için adresimiz: <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 49967044-004-4644-9623-907cc0155684 koda ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5479 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nerije ÇAVDAR

HENŞİRE

Tel:03323518361

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Sayın Katılımcı,

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. Bu çalışma Konya Eğitim Araştırma Hastanesinde koroner stent uygulanan 18-64 yaşları arasındaki kişilere taburculuk sonrası reçete edilen ilaçlara uyum durumunu belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu amaç doğrultusunda aşağıda sizinle ilgili bazı sorular sorulmaktadır. Her bir soruya kendinize en uygun yanıtı vermeniz çalışmanın doğruluğunu arttıracaktır. İsminiz herhangi bir yerde kullanılmayacak olup istediğiniz zaman araştırmadan vazgeçebilirsiniz. Verdiğiniz bilgiler sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacı
Prof. Dr Filiz HİSAR
Hemşire Atiye MERTCAN
Tel: 0544 585 67 77