

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROMATİZMAL HASTALIKLARDA HASTALIK
MODİFİYE EDİCİ İLAÇ TEDAVİSİ ALAN
BİREYLERİN TEDAVİYE İLİŞKİN
ALGILARININ UYUMA ETKİSİ**

DİLEK SEZGİN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR - 2009

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROMATİZMAL HASTALIKLARDA HASTALIK
MODİFİYE EDİCİ İLAÇ TEDAVİSİ ALAN
BİREYLERİN TEDAVİYE İLİŞKİN
ALGILARININ UYUMA ETKİSİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DİLEK SEZGİN

Danışman Öğretim Üyesi
Yard. Doç. Dr. Hatice MERT

“Romatizmal Hastalıklarda Hastalık Modifiye Edici İlaç Tedavisi Alan Bireylerin Tedaviye İlişkin Algılarının Uyuma Etkisi” konulu bu tez 19.08.2009 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı

Yard. Doç. Dr. Hatice MERT



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

İÇİNDEKİLER

	sayfa
İçindekiler	i
Tablolar dizini	iii
Şekiller dizini	iv
Teşekkür	v
Özet.....	1
Summary.....	3
BÖLÜM- I	
1.GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	8
BÖLÜM-II	
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaç (DMARD) Tedavisi.....	9
2.2. Tedaviye Uyum.....	15
2.2.1. İlaç Tedavisine Uyumun Önemi.....	17
2.2.2. İlaç Tedavisine Uyumsuzluk ve Nedenleri.....	18
2.2.3. DMARD Tedavisine Uyum.....	22
2.2.4. Uyumun Ölçülmesi.....	23
2.2.5. Tedaviye Uyum ve Hemşirelik.....	25
BÖLÜM-III	
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	28
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması.....	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	31
3.6. Araştırma Etiği.....	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.8. Araştırmanın Planı.....	31

3.9. Tezin Bütçesi.....	32
BÖLÜM-IV	
4. BULGULAR	
4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı ve Tedaviye Uyum Özellikleri.....	33
4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tedaviye İlişkin Algılarına Göre Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar.....	46
6.2. Öneriler.....	46
7. KAYNAKLAR.....	48
8. EKLER	
Ek-I: Görüşme Formu.....	55
Ek-II: Etik Kurul İzni.....	57
Ek-III: Kurum İzni.....	58

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	34
Tablo:3. Bireylerin Tedaviye İlişkin Özellikleri.....	35
Tablo:4. Bireylerin Hastalığı Modifiye Edici İlaç Tedavisine Uyum Durumu.....	36
Tablo:5. Bireylerin Tedaviye İlişkin Algılarına Göre Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Planı.....	31
--------------------------------------	-----------

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, anlayışını ve desteğini her zaman hissettiğim, tez danışmanım olarak tezimin her aşamasında beni yönlendiren, motivasyonumu artıran değerli hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Hatice Mert'e, tez çalışmamın planlama, yürütme aşamalarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Prof. Dr. Besti Üstün'e, Sayın Yard. Doç. Dr. Sevgi Kızılcı'ya, Sayın Yard. Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü'ye, Sayın Yard. Doç. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman'a, Sayın Yard. Doç. Dr. Saniye Çimen'e, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Ekibine, çalışmayı yürüttüğüm üniversite hastanesi yetkililerine, araştırmaya katılan tüm hastalara, her zaman yanımda olduklarını bildiğim aileme, bana sonsuz destek ve yardım sağlayan arkadaşlarım Çiğdem Öztürk ve Mustafa Küçük'e, teşekkür ederim.

Dilek Sezgin

ÖZET

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA HASTALIK MODİFİYE EDİCİ İLAÇ TEDAVİSİ (DMARD) ALAN BİREYLERİN TEDAVİYE İLİŞKİN ALGILARININ UYUMA ETKİSİ

Dilek Sezgin

Bu araştırma romatizmal hastalıklarda, hastalık modifiye edici ilaç tedavisi (DMARD) alan bireylerin tedaviye ilişkin algılarının uyuma etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini bir üniversite araştırma ve uygulama hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Polikliniği'ne başvuran, en az üç aydır romatizmal hastalığı nedeniyle DMARD tedavisi almakta olan, 18 yaş ve üzerinde 300 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından düzenlenmiş anket formu kullanılmıştır. Formda, bireye ilişkin özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyal güvence), hastalığa ilişkin özellikler (tanı, tanı alma süresi, diğer kronik hastalıklar), tedaviye ilişkin özellikler (kullanılan ilaçlar ve ne kadar süre kullanıldığı), ilaç tedavisine uyum ve tedaviye ilişkin algılar ile ilgili sorular yer almaktadır. Verilerin analizinde bireysel, hastalığa ve tedaviye ilişkin özellikler sayı, yüzde ile gösterilmiş; tedaviye ilişkin algıların, ilaç tedavisine uyumuna etkisi iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile değerlendirilmiştir.

Bireylerin uyum puan ortalamaları 7.85 ± 2.28 olarak bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediği, ilaçların yan etkileri olacağı, sürekli ilaç kullanımında bağımlı olma algısının uyumu etkilemediği belirlenmiştir. İlaç kullanmanın gerekli olduğu, ilaçların yan etkileriyle baş edebilme, kullanılan ilaçların yakınmaları azalttığı, kullanılan ilaçların yararlı olduğu, düzenli ilaç kullanımı ile hastalığın ilerlemeyeceği algısının uyumu etkilediği bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, bireylerin ve ailelerin tedavi ile ilgili algılarının değerlendirilmesi, birey ve ailelerin gereksinimleri doğrultusunda kullandıkları ilaçlar ve hastalıkları konusunda bilgi verilmesi, uyuma etki eden faktörlere yönelik kalitatif çalışmalar yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Uyum, bağlılık, tedaviye ilişkin inançlar, tedavi algısı, ilaç uyumu, ilaç uyumu ve hemşirelik, hastalığı modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar.

SUMMARY

EFFECTS OF MEDICATION PERCEPTIONS OF PATIENT WHO TAKE THE DISEASE MODIFYING ANTI- RHEUMATIC DRUGS IN RHEUMATIC DISEASE ON ADHERENCE

Dilek Sezgin

This is a descriptive study and was performed to the effects of medication perceptions of patient who take the disease modifying anti- rheumatic drugs in rheumatic disease on adherence.

The study sample included 300 patients, aged 18 years or over, presenting to the Outpatient Clinic of Rheumatology in the Department of Internal Diseases and receiving disease modifying antirheumatic drugs for at least three months. Data were collected with a questionnaire developed by the researcher. The questionnaire was composed of questions about general characteristics (age, gender, education, employment, marital status and health insurance), disease characteristics (diagnosis, duration of disease, and other chronic diseases), treatment given (drugs used and duration of treatment), adherence to treatment and perceptions regarding the treatment. Data about general characteristics, disease characteristics and treatment were analyzed with numbers and percentages and perceptions regarding treatment and data about the effects of the perceptions on adherence to treatment were analyzed with t test.

The mean score for adherence to treatment was 7.85 ± 2.28 . According to the results of the study, perception of effecting the daily life because of using the medicine all the time, perceptions of adverse effect the medicine, perceptions of being addict don't effect the adherence rate to medication. In addition, adherence to treatment was influenced by the following perceptions: "It is necessary to receive disease modifying antirheumatic drugs, "the drugs used decrease complaints and are useful, regular drug use prevents disease progression and perception of overcoming with adverse effect.

In the light of the results of this study, it can be recommended that patients' and their families' perceptions concerning treatment should be evaluated, that patients and their families should be offered information appropriate for their needs-about the patients' disease and the drugs they are given-and that qualitative studies about factors influencing adherence to treatment should be conducted.

Key Words: Adherence, compliance, beliefs about treatment, perceptions of treatment, adherence to treatment, adherence to treatment and nursing, disease modifying antirheumatic drugs.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Romatizmal hastalıklar, eklem tutulumu ile karakterize, ağrı, tutukluk ve önemli derecede deformitelere neden olabilen, kronik, ilerleyici, inflamatuvar hastalıklardır (Ruddy, Harris, Sledge ve Sergent 2001, Rapoff ve Bartlett, 2007). Romatizmal hastalıklar, tedavi edilemez olmasına karşın, kullanılan ilaçlar eklem hasarının önlenmesinde, fiziksel fonksiyonun iyileştirilmesinde, inflamatuvar sinovitin azaltılmasında, ağrının palyatif tedavisinde, uzun dönem komplikasyonların en aza indirilmesinde yarar sağlamaktadır (Hill, Bird ve Johnson 2001, Ruddy, Harris, Sledge ve Sergent 2001). Ancak bu ilaçlar uzun dönemde düzenli kullanıldığında etkili olmaktadır (Hill, Bird ve Johnson 2001, Rapoff ve Bartlett, 2007). Bu nedenle hastaların ilaç tedavisine uyumu önemlidir. World Health Organization (WHO) 2003 raporunda Haynes ve arkadaşları uyumu, bireyin sağlık önerilerine uyma davranışının bir ölçütü olarak tanımlarken aynı raporda Kelly bireyin terapötik hedeflerini gerçekleştirmek için kişinin verilen önerilere uyması olarak tanımlamıştır.

Tedaviye uyumsuzluk, tedavinin başarısızlığına, beklenmeyen semptomlara, sakatlıklara, gereksiz tanı testlerinin uygulanmasına, hastanede kalma süresinin uzamasına, tekrarlı yatışların ve maliyetin artmasına neden olmaktadır (Ruddy, Harris, Sledge ve Sergent 2001, Rapoff ve Bartlett, 2007). Ancak kronik hastalıkların tedavisinde ilaç uyumunu yüksek oranda elde etmek zordur (Vermiere, Hearnshaw, Royen ve Denekens 2001). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalığı olan bireylerin uyumsuzluk düzeylerinin önemli bir sorun olduğunu kabul etmiş, uzun dönem tedavi alan, kronik hastalığı olan bireylerin uyum düzeylerinin gelişmekte olan ülkelerde %50 den daha düşük olduğunu bildirmiştir (WHO 2003). Romatizmal hastalığı olan bireylerde ilaç uyumsuzluğu oranlarıyla ilgili çelişkili sonuçlar yayınlanmıştır. Çalışmalarda romatizmal hastalığı olan bireylerde tedaviye uyumun %16-84 arasında değiştiği belirtilmektedir (Hill 2005a, Rapoff ve Bartlett, 2007). Gürçay, Ekşioğlu, Yüzer, Bal ve ark. (2006) ankilozan spondilitli hastalarda ilaç uyumunu incelediği çalışmada, uyum oranlarını steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlara (NSAİ) %53, steroidlere %63, hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlara (DMARD) %60-100 olarak saptamışlardır.

Uyum, bireye, hastalık ve sağlık durumuna, tedaviye, terapötik çevreye ilişkin özellikler olmak üzere birçok faktörle ilişkilidir (Brus, Laar, Taal, Rasker ve ark. 1999, Horne, Weinman ve Hankins 1999, Vermiere, Hearnshaw, Royen ve Denekens 2001, Berry, Bradlow ve Bersellini 2004, Goodacre ve Goodacre 2004, Hill 2005a). Literatürde ilaç uyumu ile demografik özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları birbirinden farklıdır. Bazı çalışmalarda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi değişkenler uyumda etkili iken bazılarında bu değişkenlerle uyum arasında ilişki bulunmamıştır (Brus, Laar, Taal, Rasker ve ark. 1999, Vermiere, Hearnshaw, Royen ve Denekens 2001, Partridge, Avorn, Wang ve Winer 2002, Gürçay, Ekşioğlu, Yüzer, Bal ve ark 2006, Kara, 2007). Gürçay, Ekşioğlu, Yüzer, Bal ve ark. (2006) ankilozan spondilitli hastalarda uyumu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, uyumu olumlu etkileyen faktörler arasında doktorun hastayı yeterli bilgilendirmesi, hastalığın alevlenme korkusu ve semptomların azalması olduğunu, uyumsuzluğun en sık nedenlerinin gastrointestinal yan etkiler, organlara zarar verir düşüncesi ve unutkanlık olduğunu saptamışlardır.

İlaç tedavisine uyumun önemli bir belirleyicisi de tedaviye ilişkin algılardır. Tedaviye ilişkin algılar romatizmal hastalıklarda önemlidir ve tedaviye uyum için önemli değeri bulunmaktadır. Romatizmal hastalığı olan bireyler tedavinin gerekliliği konusunda olumlu düşünmekle birlikte ilaçların toksik etki riski ve uzun dönemdeki etkileri konusunda endişe duymaktadır (Vermiere, Hearnshaw, Royen ve Denekens 2001, Frankel, Bogardus, Concato ve Felson 2002). Fraenkel, Bogardus, Concato ve Felson (2002) yaptıkları çalışmada ilaçların yarar zarar durumunun ve oluşabilecek yan etkilerinin hastaların ilaç kullanmaya karar vermelerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Neame ve Hammond (2005) romatoid artritli (RA) hastaların tedavileri hakkındaki inançlarını inceledikleri çalışmada hastaların tedavilerine karşı pozitif inançları olduğunu, ağrı, yorgunluk ve yetersizlik yaşamının ilaç tedavisine uyumu arttırdığını saptamışlardır. Berry, Bradlow ve Bersellini (2004) RA'li hastaların tedaviye ilişkin yarar ve risk algılarını inceledikleri çalışmada yan etki ve ağrı yaşamının uyumda etkili olduğunu, tedaviyi keserlerse hastalıklarının kötüye gideceğine, daha fazla ağrı yaşayacaklarına inandıklarını belirtmişlerdir.

Romatizmal hastalıkların tedavisinde DMARD'lar önemli rol oynamaktadır. Bu ilaçlar inflamasyon sürecinin temel evrelerinde rol oynarlar ve eklem hasarının önlenmesinde, eklem bütünlüğünün ve fonksiyonunun sürdürülmesinde etkilidir. Genelde DMARD'lar toksiktir, yan etkileri fazladır ve semptomatik etkisi üç hafta ile üç ay

arasında görülmektedir. Yapılan çalışmalar DMARD alan hastaların tedaviye uzun süre devam etmediklerini göstermektedir (Hill 2005a, Rapoff ve Bartlett, 2007). Wong ve Mulherin (2007), DMARD tedavisi alan hastaların %29'unun ilk bir yıl içinde tedaviyi bıraktıklarını saptamışlardır. Goodacre ve Goodacre (2004) RA'li hastaların tedaviye ilişkin inançlarının DMARD tedavisi kullanımına etkisini kalitatif olarak inceledikleri çalışmada, hastaların, DMARD tedavisinin RA yönetiminde önemli olduğunu algıladıklarını ancak olası yan etkileri nedeniyle endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Kronik hastalığı olan bireylerin bakımında hemşirelerin karşılaştığı önemli klinik problemlerden birisi, önerilen tedaviye uyumsuzluktur. Romatizmal hastalığı olan bireylerin uzun süreli ilaç tedavisine uyum göstermeleri beklenmektedir. Klinik ortamda romatizmal hastalığı olan bireyler gözlemlendiğinde, bireylerin ilaç tedavisine uyumunda sorunlar olduğu dikkat çekmiştir. Bu sorunlar, ilaçların önerilen zamanlarda alınmaması, sağlık personelinin bilgisi dışında ilaç dozlarının atlanması, artırılması şeklindedir. Hastalar tarafından ilaç tedavisinin uygulanmasındaki eksiklikler bireylerin ilaç tedavisine uyum sağlayamadıklarını düşündürmüştür. Bu problemde yola çıkılarak, Türkiye'de romatizmal hastalığı olan bireylerin ilaç tedavisine uyum düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar incelenmiş ve çok az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır. Uyumu etkileyen önemli bir faktör, tedaviye ilişkin algılardır. Yurt dışında yapılan çalışmalarda bireylerin algılarının uyuma etkisi kalitatif çalışmalarla incelenmiş ve kantitatif yapılan çalışmalarda birbiriyle çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Ayrıca, bu sonuçların kültürel özelliklere göre farklılık gösterebileceği düşünülmüştür.

Hemşireler hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın ilaç tedavisine göstereceği uyumda çok önemli etkiye sahiptirler. Hemşire, hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilecek genel ve kişiye özel nedenleri saptamaya çalışmalı, bunları hastanın uyumunu arttıracak şekilde kullanmalı, uyumsuzluğa neden olabilecek olumsuz faktörleri ortadan kaldırmaya çalışmalıdır. Bu nedenle, hastaların tedaviye uyum durumu ve etkileyebilecek faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Böylece, uyumu etkileyebilecek faktörlere yönelik girişimler uygulandığında tedaviye uyum artabilir ve hastaların

yaşadıkları problemler azaltılabilir. Tedaviye uyumun artması ile bireylerin yaşam kaliteleri yükseltilerek toplum sağlığının gelişmesine katkıda bulunulabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, romatizmal hastalıklarda hastalık modifiye edici ilaç tedavisi alan bireylerin tedaviye ilişkin algılarının uyuma etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HASTALIK MODİFİYE EDİCİ ANTİROMATİZMAL İLAÇ TEDAVİSİ

Romatizmal hastalıklar eklemlerde hasar ve inflamasyona yol açan, eklemlerde kronik ağrı, katılık ve şişlikle seyreden oto immün hastalıklardır (Carter, Taylor ve Levenson 2003). Romatizmal hastalıkların tedavisinde hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) önemli rol oynamaktadır. DMARD'ların hemen ortaya çıkan ağrı kesici özellikleri yoktur, non steroid antiinflamatuvar ilaçlara (NSAI) göre inflamasyon sürecinin temel evrelerinde rol oynarlar ve eklem erozyonunu geciktirebilirler (Carter, Taylor ve Levenson 2003, Miller ve Simon 2007). Bu yüzden isimleri hastalığın seyrini modifiye eden ilaçlardır. DMARD'lar, kemik destrüksiyonuna ilişkin radyolojik bulguları azaltırlar. Eklem şişliğini azaltırlar, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein (CRP) ve romatoid faktör seviyelerini düşürürler, radyografik olarak kemik yıkım hızını yavaşlatırlar. DMARD'ların erken dönemde kullanılmaya başlanması eklem hasarını geciktirmekte ve işlev kayıplarını azaltmaktadır (Miller ve Simon 2007). Bu ilaçlar ile tedavi tamamlandıktan sonra, yeni bir alevlenme oluşuncaya kadar hastalık aylarca stabil kalabilmektedir (Balaban, Tan ve Alaca 2001).

Hastalar NSAI'leri ağrıları olmadığında, ilaç almadan ağrıyı yönetebildiklerinde ilacı almama, dozu azaltma eğiliminde olabilirler. Bu yaklaşımla hastalar otonomilerini kullanarak semptomlarını yönetebilmektedirler. DMARD'lar ise hastalığın ilerlemesinde önleyici etkileri olması nedeniyle uzun dönem düzenli kullanılması gereken ilaç grubudur. DMARD'lara uyumsuzluk hastalığın yönetiminde önemli bir sorun oluşturmaktadır (Carter, Taylor ve Levenson 2003). Genelde DMARD'lar toksiktir, NSAI'lara göre daha çok yan etkiye sahiptirler ve semptomatik etkisi ilacı kullanmaya başladıktan üç hafta ile üç ay sonra görülmektedir (Balaban, Tan ve Alaca 2001, Hill 2005a, Miller ve Simon 2007, Rapoff ve Bartlett 2007, Güzel 2008). NSAI ilaçlara göre daha pahalı olan bu ilaçlar istenmeyen etkilerinin izlenmesi için gerekli laboratuvar testleri bakımından da ayrıca ekonomik yük getirmektedirler (Balaban, Tan ve Alaca 2001, Miller ve Simon 2007, Top ve Terekeci 2008).

DMARD'lar;

a) Metotreksat (mtx),

- b) Leflunomid,
- c) Azatiopirin,
- d) Siklofosfomid,
- e) D-penisilamin,
- f) Anti malaryal ilaçlar (klorokin, hidroksiklorokin),
- g) Sulfasalazin,
- h) Altın tuzları

1) Kolşisindir (Balaban, Tan ve Alaca 2001, Miller ve Simon 2007, Top ve Terekeci 2008, Güzel 2008).

a) Metotreksat

Metotreksat (mtx) bir folik asit antagonistidir. Dehidrofolat redüktazı inhibe ederek, hücre proliferasyonunda önemli olan pürin metabolitlerinin sentezini azaltır. DNA, RNA ve protein sentezini baskılayarak hücre ölümüne yol açar. RA'daki etkisi daha çok antiinflamatuvar özelliği ile ilgilidir. Adenozin seviyesini ve antiinflamatuvar sitokinleri artırırken proinflamatuvar sitokinleri azaltır (IL6 ve IL 1B) (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Güzel 2008).

Aktif RA'li olgularda düşük doz haftalık mtx tedavisi uygulanmaktadır. Tedaviye haftada 7.5 mg ile başlanır ve haftada 20-25 mg'a kadar çıkılabilir (Balaban, Tan ve Alaca 2001). Mtx'in oral alımından sonra emiliminin %20 ile %95 arasında değiştiği gösterilmiştir. Oral dozların aç karına alınması önerilir. 15 mg/hafta dozundan daha yüksek dozlarda, emilim %30 oranında azalır ve parenteral kullanım daha uygun olabilir. İnamüsküler (İM) ve subkutan (SC) enjeksiyonlarda emilim benzer şekildedir (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Güzel 2008).

Yan etkiler genellikle ilk altı ay içinde kendini gösterir. Gastrointestinal sistem yan etkileri arasında bulantı, hazımsızlık, karın ağrısı, diyare, ülser ve kilo kaybı sayılabilir. Gastrointestinal sisteme ait yan etkilerin düzenli folik asit verilmesiyle azalabileceği genelde kabul edilmektedir (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Balaban, Tan ve Alaca 2001, Miller ve Simon 2007).

Mukozit, alopesi, gastrointestinal intolerans ve transaminaz yüksekliği gibi yan etkiler genellikle hafif özelliktedir, ancak kemik iliği süpresyonu, hepatotoksisite ve pulmoner toksisite gibi daha ciddi yan etkilerle de karşılaşılabilir. Mtx'in yan etkileri arasında üzerinde en çok durulan organlardan biri de karaciğerdir. Renal yetmezlik olması durumunda mtx alan hastalarda toksisite insidansı daha yüksektir. Bu yüzden artmış kreatinin seviyesi olan hastalarda doz azaltılmalıdır. Metotreksat tedavisindeki hastalarda akut pnömoni görüldüğü bildirilmiştir (Mycek, Harvey ve Champe 1998, American College of Rheumatology (ACR) Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines 2002, Miller ve Simon 2007). Tedavinin bırakılması ilacın etki etmemesinden çok yan etkilerle ilişkilidir. Tedavi başlangıcında akciğer grafisi, tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, hepatit serolojisi değerlendirilmelidir. Tedavi sırasında karaciğer fonksiyon testleri ile toksisite monitörizasyonu rutin olarak yapılmalıdır. İlaç ucuz olmasına rağmen bu izlem tedavi giderlerini artırmaktadır (ACR Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines 2002, Miller ve Simon 2007, Güzel 2008).

Chakravarty, Mcdonald, Pullar, Taggart ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada önceden hepatit B ve C, tüberküloz öyküsü olanlarda mtx tedavisinin dikkatle kullanılması, hamilelik ve emzirme dönemlerinde kullanılmaması, mtx kullanımından en az  ay sonra gebeliğin planlanması gerektiğini, lokal ve sistemik enfeksiyonlarda ilacın kontrendike olduğunu, mtx tedavisi sırasında minimal düzeyde alkol kullanılabilereğini bildirilmişlerdir. Hemşire, hastaları yan etkiler, toksik etkilerin önemi, tam kan sayımı, karaciğer enzim ve kreatin düzeylerinin aylık izlenmesi konularında bilgilendirmelidir (ACR Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines 2002, Grove 2004, Grace 2008).

b) Leflunomid

Pirimidin sentezini inhibe ederek T lenfositlerde antiproliferatif etkili antimetabolittir. Leflunomide aktif RA olan hastalarda sulfasalazin ve mtx kadar etkilidir ve iyi tolere edilir. Klinik yarar, tedavinin başlangıcından dört hafta içinde görülmektedir. Aktif metabolitinin uzun yarılanma ömründen dolayı (iki hafta) oral leflunomide tedavisine  gün boyunca günde bir kez 100 mg'lık yükleme dozuyla başlanmalı ve günde bir kez 20 mg ile devam edilmelidir. Tedavi süresince karaciğer fonksiyonları düzenli olarak takip edilmelidir. Gastrointestinal sistem şikyetleri, kilo kaybı, döküntü, allerjik reaksiyonlar,

solunum yolu enfeksiyonları, başağrısı ve reversibl alopesi ilaçla ilgili en çok bildirilen yan etkilerdir (Balaban, Tan ve Alaca 2001, Miller ve Simon 2007). Gebelik ve emzirme süresince kullanımın kontrendike olduğu ve ilaç kullanımı süresinde karaciğer fonksiyon testlerinin izlenmesi gerektiği bireylere anlatılmalıdır (ACR Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines 2002, Grove 2004, Chakravarty, Mcdonald, Pullar, Taggart ve ark. 2006, Grace 2008).

c) Azatioprin

İmmunosupresif ajandır. Bir pürin analogu olup, nükleik asit (DNA) yapımında pürin sentez inhibisyonuna neden olur. Azatioprinin sitotoksik etkisi immün yanıtın hızlı gelişimi, hücre bölünmesi için gerekli pürinlerin yeniden sentezi ve lenfositler üzerindedir. Hem T hem de B lenfositleri etkileyerek total lenfositopeniye yol açar. Azatioprin, genellikle mtx veya altın gibi ajanlarla tedavi edilen, ancak cevap alınamayan progresif RA'li hastalarda kullanılır. Tedaviye genellikle bir mg/kg/gün doz ile başlanır ve yavaş yavaş 2,5mg/kg/gün doza çıkılabilir. Yan etkiler gastrointestinal problemler, stomatit, reversibl kemik iliği supresyonu, ilaç ateşi ve artmış enfeksiyon riskidir. Azatioprin tedavisi ile ilgili önemli bir konu lenfoproliferatif malignansi görülme sıklığının artışıdır (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Balaban, Tan ve Alaca 2001, Miller ve Simon 2007). Bireyler her iki-dört haftada bir karaciğer enzim ve kreatin düzeylerinin izlenmesi konusunda bilgilendirilmelidir (ACR Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines 2002, Grove 2004, Grace 2008).

d) Siklofosamid

Nitrojen mustard türevi olan alkilleyici bir ilaçtır. Sitotoksik etkileri DNA guaninin alkilleşmesi sonucu, pürin halkasında destrüksiyon ve DNA replikasyonunda inhibisyon sonucunda gerçekleşir. T ve B hücreleri dâhil, lenfoid dokuların kaybı tedavi sırasındaki romatolojik etki mekanizmasıdır (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Balaban, Tan ve Alaca 2001). Siklofosamid, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve vaskülit tedavilerinin önemli bir parçasıdır (Miller ve Simon 2007). Bu ilaç ciddi toksisite nedeni ile RA'te nadiren kullanılır. Bulantı, ağız yaraları, saç dökülmesi, alyuvar sayılarında düşme ile sıklıkla karşılaşılır. Uzun süreli tedavilerde over ve testis işlevlerinde baskılanma meydana gelebilir. Siklofosamid ile ilgili özel bir problem de tahriş edici ilaç metabolitlerinin birikiminden

dolayı oluşan hemorajik mesane iltihabıdır. Hastalar ağrılı idrar yapma ve idrarda kan bildirebilirler (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Miller ve Simon 2007). Görülen yan etkilerden özellikle malign potansiyele sahip olması bu ilacın kullanımını kısıtlamaktadır (Balaban, Tan ve Alaca 2001). Bireylere ilacın toksik etkileri, uzun süreli tedavilerde over ve testis işlevlerinde baskılanma olabileceği, aylık tam kan ve idrar analizi yaptırmaları gerektiği anlatılmalıdır (ACR Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines 2002, Grove 2004).

e) D-Penisilamin (DPA)

D-penisilamin bir aminoasit olan sistenin analogudur. D-penisilaminin aktivasyonunun kesin mekanizması bilinmemektedir. Tedavi sinovyal dokudaki T hücre alt grupları üzerinde orantısız bir etki yaparak, T lenfositlerde belirgin bir azalmaya neden olur. Kemik hasarını ve RA ilerlemesini yavaşlatır (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Balaban, Tan ve Alaca 2001). Penisilamin oral olarak alınır. Günde bir kez 250 mg ile başlanır ve gereksinime göre günde üç kez 250 mg'a kadar yükseltilebilir. Penisilamin metal bağlayıcısı olduğu için boş mideye alınmalı, yeterli emilimden emin olmak için antiasit ve demir tuzları ile iki saat aralıklı kullanılmalıdır. Penisilaminin yan etkileri doza bağlıdır. Penisilaminin yan etkileri arasında bulantı, tat alma duyusu değişiklikleri ve nadiren oto immün sendromlar, ciddi hematolojik ve üriner yan etkiler yer almaktadır (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Miller ve Simon 2007). Bireyler iki-dört haftada bir kan ve idrar analizi yapılması konusunda bilgilendirilmelidir (ACR Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines 2002, Grove 2004, Grace 2008).

f) Anti malaryal ilaçlar (Klorokin, Hidroksiklorokin)

Hidroksiklorokin makrofajlar gibi hücrelerin sitoplazmik bölümlerindeki pH'ı artırarak antijenin yapısını bozarlar. Nükleik asit sentezini engelleyerek, lizozomların membranlarını stabilize ederek serbest radikallerin açığa çıkmasını önler. RA'in belirti ve bulgularının tedavisinde kullanılmaktadır. Etkinliği mtx'ten daha az olmasına karşın yan etkilerin ortaya çıkması açısından daha güvenilirdir. Hafif RA olgularının yanında SLE'nin eklem ve cilt belirtilerinin tedavisinde kullanılmaktadır. Yan etki olarak ara sıra bulantı ve baş dönmesine neden olabilir. En önemli sorun ilacın gözde oluşturabileceği toksisitedir, retinal hasara neden olabilir. Bu nedenle hastaların her altı ayda bir göz muayenelerini

yaptırmaları önemlidir. Yapılan muayenede retinal hasar kolayca tespit edilebilir ve bu yan etkiler erken devrede geri dönüşlü olabilmektedir (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Miller ve Simon 2007).

g) Sulfasalazin

IL-6, TNF α ve IL-12 seviyesini azaltır. IL-2 indüksiyonu ve proliferasyonu inhibe eder. İmmunglobulini azaltır. Apoptozisi indüklemeye yeteneklerini hızlandırır. Pürin sentezini inhibe eder ve adenozin seviyelerini artırır. İlaça başlama dozu genellikle 500 mg günde iki doz şeklindedir, birer hafta ara ile 500 mg'lık artışla iki-üç gr/gün dozuna erişilir. Bu şekilde ilacın yarattığı gastrointestinal intolerans azalır. Yan etkiler doza bağlıdır. Genellikle tedavinin ilk altı ayı içinde ortaya çıkar ve geri dönüşümlüdür. Tedavinin ilk haftalarında bulantı yakınması olur. Makülopapüler döküntü, ürtiker, fotosensitivite bildirilmiştir. Hematolojik toksisite; megaloblastik anemi, lökopeni, lenfopeni, nötropeni, trombositopeni veya kemik iliği baskılanması şeklinde olabilir. Hastalara sperm sayısında geri dönüşümlü bir azalma olabileceği söylenmelidir (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Balaban, Tan ve Alaca 2001, Miller ve Simon 2007).

Hastalar yeterli sıvı alımı konusunda bilgilendirilmelidir. Üç ayda bir tam kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testleri yaptırılması gerektiği anlatılmalıdır (ACR Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines 2002, Grove 2004, Grace 2008). Chakravarty, Mcdonald, Pullar, Taggart ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada, gebelik ve emzirme dönemi boyunca sulfosalazin kullanımının düşük risk taşıdığını bildirmiştir.

h) Altın tuzları

Altın bileşikleri mevcut doku hasarını tamamen düzeltmez, dokunun daha fazla hasar görmesini engeller. Altın tuzlarının makrofajlar tarafından tutulduğu ve bunun fagozitozu ve lizozomal enzimlerin aktivitesini azalttığı düşünülmektedir. Böylece kemik ve eklem hasarının ilerlemesi geciktirilmektedir. Altın tuzlarının iki parenteral formu, altın sodyum tiyomalat (suda çözülmüş preparat), altın sodyum aurotiyoglukoz (yağda çözülmüş preparat) ve bir oral formu olan auronorfin bulunmaktadır. Parenteral altın tuzları ile yapılan tedavide serum altın seviyesi yavaş yükselir ve altı- sekiz haftada platoya

erişir. Oral altın tedavisinde plato üç ayda oluşur. Altın sinoviyal sıvıda, karaciğer, böbrek, dalak ve korteksteki makrofajlarda birikir. Büyük ölçüde böbrekler yoluyla atılır. Parenteral altın tuzlarının yan etkileri böbrekler ve kemik iliği üzerinedir. Auranorfine bağlı yan etkiler diyare, dermatit, stomatit ve ağızda metalik tattır (Mycek, Harvey ve Champe 1998, Top ve Terekeci 2008).

ı) Kolşisin

Mikrotübüller üzerine etki ederek nötrofil işleyişini inhibe eder. Uzun süreli kolşisin kullanımı (günde bir veya iki tablet) genellikle gastrointestinal komplikasyonlar olmaksızın tolere edilebilir ve gut artritini önlemede yaygın olarak kullanılmaktadır (Miller ve Simon 2007).

DMARD tedavisi kullanan hastalar, tedavileri süresince hematolojik ve biyokimyasal analizlerini düzenli yaptırmalıdır, DMARD tedavisine başlanmadan önce aşılarını yaptırmalıdır (DMARD tedavisi başlandıktan sonra immün sistem etkileneceğinden aşı yapılması önerilmez), ilaç etkileşimlerini bilmelidir, gebelik ve laktasyon dönemlerinde DMARD tedavisine ara vermelidir, ilaç yan etkileri ve toksik etkilerin belirtileri konusunda kendi kendine izlem yapmalıdır (Grove 2004, Chakravarty, Mcdonald, Pullar, Taggart ve ark. 2006).

2.2. TEDAVİYE UYUM

Uyum, kelime anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen tarzda davranışı ifade etmektedir. Hedeflenen yönde davranış değişikliğinin kişide gözlenmesi uyumun göstergesidir (Okçin 2000).

Hemşire kuramcılardan Roy, bireyi çevresi ile sürekli etkileşim halinde olan ve yaşadığı değişikliklere uyum yapmaya çalışan bir sistem olarak ele almıştır. Roy'a göre insan davranışları uyumun bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Roy sağlığı bireyin değişikliklere sürekli olarak uyum yapabilmesi olarak tanımlar. Karşılaşılan her uyarın için uyum boyutlarının değişiklik gösterdiğini belirtir. Bireyin ortaya koyduğu değişik

tepkilere ise bireyin uyumu denir. Uyarıcı bireyin uyum sağlama beceri ve boyutlarında ise uyum sağlar, bunun üstündeyse uyum sağlayamaz (Veliöğlü 1999, Birol 2002).

Uyumun temelinde beklenen, hedeflenen yönde davranış değişikliğidir. Bundan dolayı sağlık alanında uyum, hasta açısından son derece önemlidir. Bu anlamda tedaviye uyum hasta davranışları ile tedaviye yönelik verilen önerilerin birbirine tutarlı olarak uymasının bir ölçütü olarak tanımlanmaktadır (Partridge, Avorn, Wang ve Winer 2002). WHO (2003) raporuna göre Haynes ve Rand uyumu (adherence) ilaç almada, diyet uygulamada, yaşam değişikliği oluşturmada sağlık ekibinin verdiği öneriler doğrultusunda kişinin davranışlarının bir ölçütü olarak tanımlamıştır. Hill'in (2005a) makalesinde Kelly uyumu önerilen tedavi seçeneklerinin tedavi hedefleri doğrultusunda etkili olarak uygulanması, başarılması olarak tanımlamıştır.

Uyumun tanımlanmasında bağlılık (compliance) yerine uyunç, uyumluluk (adherence) kelimesi tercih edilmektedir. "Adherence" ve "compliance" terimlerinin farklı anlamları olmasına karşın sıklıkla aynı anlamda kullanılmaktadır. Terimler arasındaki farklılıkların nedeni hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkiyi yansıtmadır. Compliance terimi negatif çağrışımları belirtir, zayıflık, hoşgörüyeye dayalı yaklaşım ve boyun eğmeyi ifade eder. Uyumlu hastalar doktorun önerilerine boyun eğerek sağlık ekibinin önerileri doğrultusunda tedavi alır. Adherence terimi uyumun tanımlanmasında daha geniş bir kullanıma sahiptir. Adherence terimi yargılama içermemekte, hasta ve sağlık profesyonellerine tedavideki başarı sorumluluğunu birlikte yüklemektedir. Bu nedenle adherence terimi işbirliğini de içine almaktadır (Wermiere, Hearnshaw, Royen ve Denekens 2001, WHO 2003, Horne, Weinman, Barber, Eliot ve ark. 2005, Rapoff 2006). Romatolojik hastalıkların yönetiminde otoriteler adherence teriminin kullanılmasını benimsemişlerdir (Hill 2005a). Bu nedenle bağlılık (compliance) yerine uyunç, uyumluluk (adherence) terimi daha çok kullanılır. Uyum kelimesi hastanın reçete edilenleri onaylama ve uygulamadaki aktif rolünü daha doğru yansıtmaktadır (Rapoff 2006, Treharne, Lyons, Hale, Douglas ve ark. 2006).

2.2.1. İlaç Tedavisine Uyumun Önemi

Hastalıkların tedavisinde, hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanması ve tıbbi önerilere uyması tedavinin başarısı için birinci derecede önem taşımakta olup; hasta açısından son derece önemlidir (Çam 1989). Uyum, vücutta etki yapan, biyolojik bir faktör değildir; ancak uyum sağlanamazsa tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olan önemli bir etkidir. Bu açıdan, hastanın tedaviye uyumu, doğru tanı konması, tedavinin doğru ve zamanında başlanması kadar önem taşımaktadır. İlaç tedavisine uyum, hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştigini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması ya da yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır (Akıncı ve Öz 2003). İlaçların uygunsuz kullanımı, hastaların ilaçlara hekim dışı yollarla ulaşabilmeleri (reçetesiz ilaç kullanımı), ilaçlarını düzenli kullanmamaları olarak belirtilebilir (Gökalp ve Mollaoğlu 2003).

Uyumsuz ilaç kullanımı insan sağlığında bozulmalara ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Gökalp ve Mollaoğlu 2003). Önerilen tedavi girişimlerine düşük uyum özellikle kronik hastalığı olan bireylerde karmaşık bir sorundur. Artan sayıda tedavinin önerildiği gibi alınmamasının yarardan fazla zararı olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle düşük uyum düzeyi tedavinin yararlılığını ciddi şekilde etkilemektedir ve bu durum büyüyen bir sorun durumuna gelmektedir (Wermiere, Hearnshaw, Royen ve Denekens 2001).

WHO 2003 raporuna göre tedaviye düşük uyum-uyumsuzluk sonucu karşılaşılan riskler, relapsların oluşması, bağımlılığın artması, yan etki yaşama oranında artma, tedaviye direnç gelişmesi ve toksisite riskidir. Uyumsuzluk ilacın tedavideki etkisinin gözleminde yanlış sonuçlara ulaşılmasına neden olabilir. Hatalı sonuçlar gereksiz tanı testlerinin uygulanmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, tedavideki ilaç dozunun ya da tedavi rejiminin değişimine neden olabilir (Partridge, Avorn, Wang ve Winer 2002). İlaçlar doğru şekilde kullanılmadıklarında sağlık için önemli bir tehdit oluşturabilirler (Gökalp ve Mollaoğlu 2003). Bunun sonucunda yaşam kalitesi ve sağlık bakım kalitesi etkilenir (Partridge, Avorn, Wang ve Winer 2002).

2.2.2. İlaç Tedavisine Uyumsuzluk ve Nedenleri

Uyum, hastalar ve sağlık personeli için önemli bir konudur. WHO 2003 raporuna göre gelişmiş ülkelerde kronik hastalığı olan bireylerin tedavilerine uyum düzeylerinin %50 olduğu bildirilmiştir. Uyum düzeyi gelişmekte olan ülkelerde daha da düşüktür.

Horne (2006) uyumsuzluğun isteyerek ve istemeyerek gelişebileceğini belirtmiştir. Uyumsuzluğun istemeyerek gelişmesi ilaç almayı unutma, tedavi rejimini kavrayamama, verilen önerileri hatırlayamama gibi bireylerin kontrolleri dışında gelişen durumlarda oluşur. Uyumsuzluğun isteyerek gelişmesi bireylerin tedavilerini almama kararıyla gerçekleşir. İsteyerek uyumsuzluk tedavi dozlarının, ilaç alma sıklığının doktorun bilgisi dışında değiştirilmesi ve bu uygulamanın tedavi rejimine uygun olduğunun düşünülmesi durumlarını içerir.

Literatürde çeşitli kronik hastalıklarda ilaç tedavisine uyum değerlendirilmiştir. Demirezen (2006), antihipertansif ilaç kullanan hastalarda ilaç tedavisine uyumu incelemiş, uyumsuzluk oranının %8 - %37.6 arasında olduğunu belirtmiştir. Meriç (2006) anksiyolitik ve antidepresan kullanan bireylerin tedaviye uyumlarını incelediği çalışmada çalışmaya katılan hastaların %60.7'sinin tedaviyi bırakma öyküsü olduğu, %30.4'ünün doz azaltma ve %9.8'inin doz artırma şeklinde uyumsuzluk davranışları gösterdiklerini belirtmiştir.

Ross, Walker ve Macleod (2004) hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunda hastalığa ve tedaviye ilişkin algıların etkisini incelediği çalışmalarında bireylerin %22'sinin tedaviye uyumlu olduğunu saptamışlardır. Chambers, Raine, Rahman, Hagley ve ark. (2008) Jamaica'da SLE hastalarının tedaviye uyumuna etki eden faktörleri inceledikleri çalışmalarında bireylerin %56 oranında tedaviye uyumlu olduğu belirlenmiştir. Koneru, Kocharla, Higgins, Ware ve ark. (2008) SLE hastalarının tedaviye uyumunu inceledikleri çalışmalarında prednison tedavisine uyumun %39, hidoksiklorokin tedavisine uyumun %51, diğer immünosüpresif tedaviye (metotreksat, azatioprin) uyumun %57 olduğunu bildirmişlerdir. Gürçay, Ekşioğlu, Yüzer, Bal ve ark. (2006) ankilozan spondilitli hastalarda ilaç uyumunu incelediği çalışmada, uyum oranlarını steroid olmayan

antiinflatuar ilaçlara (NSAİ) %53, steroidlere %63, hastalığı modifiye edici ilaçlara (DMARD) %60-100 olarak saptamışlardır. Tekin (2007) RA'li hastalarda tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların %49.1'inin ilaçlarını düzenli kullandığını belirtmiştir.

Esin, Bulduk, Dural, Şenolan ve ark (2007) erişkin bireylerin ilaç kullanma ile ilgili davranışlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada bireylerin %62.9'unun ilaç iyi gelmediğinde ilaç alımını kestğini, %57.9'unun doktor reçetesi olmadan ilaç kullandığını, %55.9'unun kendisini iyi hissettiğinde ilaç almayı kestğini, %47.1'inin ilaçları saatinde ve dozunda almayı unuttuğunu belirtmiştir.

Tedaviye uyumsuzluğu anlama çabaları 1970'lerde başlamış ve araştırmacılar başlangıçta daha çok hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgilenmiş ve ilaçlarını doktorun önerisine göre kullanmayan hastaları kantitatif olarak tanımlamaya çalışmışlardır. Ancak araştırmalar uyumsuz hastaların yalnızca temel demografik özelliklerine bakarak tanımlanamayacağını ortaya koyduğunda, araştırma sorusu “neden hastalar hekimlerin önerilerine uymuyorlar?” biçiminde değiştirilmiştir. Bu aşamadan sonra tedaviye uyumu/uyumsuzluğu açıklamak üzere hastanın psikososyal, davranışsal ve kişisel özelliklerine odaklanılmıştır (Yalçın 2006).

WHO (2003) raporunda uyuma etki eden faktörler beş grupta incelenmiştir.

Sosyo - ekonomik faktörler: Düşük sosyo-ekonomik düzey, yoksulluk, işsizlik, eğitim düzeyinin düşük olması, yeterli sosyal destek ağının olmaması, değişen yaşam koşulları, tedavi merkezlerine ulaşım durumu, tedavi maliyeti, çevresel değişimler, kültür uyumu etkileyen faktörler arasındadır.

Sağlık sistemi, sağlık ekibi ile ilgili faktörler: Hasta ve sağlık ekibi arasındaki iletişim, sağlık sigorta sisteminin etkinliği, sağlık ekibinin kronik hastalıkları tedavi etme ve hastalığın yönetimi konusundaki bilgi düzeyi, hasta izlemlerinin yeterliliği, sağlık ekibinin hastaya eğitim verme durumu, sağlık ekibinin uyum konusundaki bilgi durumu ve uyumun geliştirilmesine yönelik girişimler yapma düzeyleri uyumu etkiler.

Tedavi ile ilişkili faktörler: Tedavi rejiminin kompleks olması, tedavinin süresi, geçmişte yaşanan tedavi deneyimleri, tedavi rejiminde değişimlerin olması, tedavinin etkinliği, tedavinin yan etkileri uyumu etkileyen faktörler arasında yer alır.

Hasta ile ilişkili faktörler: Bireyin hastalığını algılama ve hastalığı konusunda bilgi düzeyi, motivasyonu, hastalığı yönetmede kendine olan güveni, tedaviden beklentileri tedaviye uyumu etkileyen etmenler arasındadır. Hasta ile ilgili uyumu etkileyen diğer faktörler unutkanlık, stres, olası yan etkiler nedeniyle anksiyete yaşama, düşük motivasyon durumu, tedavi ve hastalık semptomlarını yönetmede bilgi ve beceri eksikliği, tedavinin gerekli olduğunu algılamada güçlükler, tedavinin etkinliğinin algılanmasında güçlükler, tedavinin etkinliği konusunda olumsuz düşünceler, hastalığı kabullenmede güçlükler, tedavi etkinliği konusunda umutsuzluk yaşamadır.

Hastalığın durumu ile ilişkili faktörler: Hastalığın ve semptomların şiddeti, sosyal, psikolojik ve fonksiyonel kayıp durumu, hastalığın ilerleme durumu uyumu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (WHO 2003).

Uyumu etkileyen faktörler arasında yer alan demografik özellikler ile tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalarda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi değişkenler uyumda etkili olurken bazılarında ilişki saptanmamıştır (Brus, Laar, Taal, Rasker ve ark. 1999, Wermiere, Hearnshaw, Royen ve Denekens 2001, Partridge, Avron, Wang ve Winer 2002, Gürçay, Ekşioğlu, Yüzer, Bal ve ark 2006). Horne ve Weinman (1999) yaptıkları çalışmada uyumun değerlendirilmesinde ilaç tedavisine ilişkin algıların, demografik faktörler ve klinik faktörlerden daha etkili bir belirleyici olup olmadığını araştırmıştır. Çalışmada, örneklemin çoğunluğunun (%89) sağlığın yönetiminde ilaç tedavisinin gerekli olduğuna inandıkları, %36'sının ilaç tedavisinin yan etkisine ilişkin kaygı yaşadığı belirtilmiştir.

Yalçın (2006) diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri incelediği kalitatif çalışmasında sağlıkla ilgili inançların, tedavinin etkinliğine olan inancın, tedavinin günlük yaşantıya uyarlanabilir olmasının, tedavinin yan etkilerinin uyum düzeyini etkileyebileceğini belirtmiştir. Gürçay, Ekşioğlu, Yüzer, Bal ve ark (2006)

ankilozan spondilitli hastalarda uyumu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada uyumu olumlu etkileyen faktörler arasında doktorun hastayı yeterli bilgilendirmesi, hastalığın alevlenme korkusu, semptomların azalması olduğunu, uyumsuzluğun en sık nedenlerinin gastrointestinal yan etkiler, organlara zarar verir düşüncesi ve unutkanlık olduğunu saptamışlardır.

Chambers, Raine, Rahman, Hagley ve ark. (2008) Jamaica’da SLE hastalarının tedaviye uyumuna etki eden faktörleri incelemişlerdir. Bireylerin tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında maddi durum yetersizlikleri, yoğun çalışma koşulları, yan etki yaşama korkusu, yan etki deneyimleme, bitkisel tedaviler kullanma, kendini iyi hissettiği durumlarda tabletleri kullanmaya gerek olmadığı düşüncesi, hastalığın şiddetini algılama durumunun yer aldığını bildirmişlerdir. Çalışmada bazı hastaların bitkisel tedavi ile hastalıklarını kontrol edebildiklerini saptamışlardır. İlaç uyumuna en çok etki eden etmenlerin tedavi maliyeti ve yan etki yaşama korkusu olduğunu belirtmişlerdir. Fraenkel, Bogardus, Concato ve Felson (2002) RA’li hastaların tedavi yan etkilerini kabullenme durumlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların yan etkileri kabullenmekte güçlük yaşadıklarını saptamışlardır.

Berry, Bradlow ve Bersellini (2004) RA ve diğer kas- iskelet sistemi ağrısı sorunu yaşayan bireylerin ilaç tedavisine ilişkin risk ve yarar algısını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada algılanan temel riskin yan etki yaşama ve ilaca bağımlı olma algısı olduğunu belirtmişlerdir. Ho, Lavery ve Pullar (1998) yaptıkları çalışmada birçok hastanın tedavinin kabul edilebilir risklerinin gerçek tedavi risklerinden daha az olduğunu düşündüğünü belirtmişlerdir. Üstelik daha az yararlılığının olmasına rağmen hastaların cerrahi girişimlerin yüksek risklerini kabullenmede ilaç tedavisine oranla daha istekli olduklarını belirtmişlerdir.

Koneru, Kocharla, Higgins, Ware ve ark. (2008) SLE’li hastaların tedaviye uyumunu inceledikleri çalışmalarında uyumsuzluk için en önemli risk faktörlerinin tedavi şeklinin kompleks olması ve tedavi şekli ile ilgili yapılan açıklamaları anlamama olduğunu bildirmişlerdir. Uyumsuzluk nedenleri arasında ilaç almayı unutma, evde olmama, çalışma yaşamının yoğunluğu gibi nedenlerin yer aldığını bildirmişlerdir.

2.2.3. DMARD Tedavisine Uyum

Yapılan çalışmalar, DMARD alan hastaların tedaviye uzun süre devam etmediklerini göstermektedir (Hill 2005a, Rapoff ve Bartlett, 2007). Wong ve Mulherin (2007) DMARD tedavisi alan hastaların %29'unun ilk bir yıl içinde tedaviyi bıraktıklarını saptamışlardır. Gürçay, Ekşioğlu, Yüzer, Bal ve ark.(2006) ankilozan spondilitli hastalarda, DMARD tedavisine uyum oranını %60-100 olarak saptamışlardır. Koneru, Kocharla, Higgins, Ware ve ark. (2008) SLE'li hastaların tedaviye uyumunu inceledikleri çalışmada uyumsuzluk oranları hidrosiklorokin kullanan 37 hastada %51 (n:19), diğer immünosupresif tedavi alan 23 hastada %43 (n:10) olarak bulmuşlardır.

Wong ve Mulherin (2007) DMARD tedavisini bırakmada etkili olan faktörleri değerlendirmişlerdir. İlaç bırakma nedenleri arasında ilk olarak kan değerlerinde değişme, deri sorunları (döküntü), mide bulantısı, mide yanması, solunum sistemi ve karaciğer komplikasyonları gibi yan etkilerin olması yer almıştır. Goodacre ve Goodacre (2004) RA'li hastaların DMARD tedavisi hakkındaki inançlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları kalitatif çalışmada bireylerin DMARD tedavisini almak ya da almamak gibi seçeneklerinin olmadığını, eklem yapısının korunmasında, ağrının giderilmesinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bu ilaçların gerekli olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların uzun dönem ilaç tedavisinin etkili, güçlü olmasının yanında toksik etkilerinin de olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Yan etki yaşama riski korku verici ve kafa karıştırıcı olarak tanımlanmıştır. Bireylerin tedaviyi yararlı olarak algılamadıkları durumlarda yan etkilerle daha çok ilgilendiklerini, sıklıkla yan etki yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Fraenkel, Bogardus, Concato ve Felson (2002) yaptıkları çalışmada RA hastalarının 1/3'ünün RA tedavisi için kullanılan ilaçların yan etki risklerini kabul etmede isteksiz olduklarını belirtmişlerdir. Bazı hastaların tedavinin yan etki risklerine karşı, gerçekte yaşanan risk düzeyine bakmaksızın tedavinin kabul edilemez olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmada genel olarak geçici kozmetik rahatsızlıkların (alopesia, kilo alma, akne), geçici rahatsızlıklardan (isilik, stomatit, diyare, bulantı, kusma) daha kolay

kabullenildiğini belirtmişlerdir. Yan etki deneyimlemiş kişilerin tedavinin toksik risklerini yan etki deneyimlememiş gruba göre daha kolay kabullendiklerini bildirmişlerdir.

Brus, Laar, Taal, Raskel ve ark. (1999) RA'li hastalarda sulfosalazin tedavisine uyumun belirleyicilerinden öz etkililik algısının önemini araştırmışlardır. Öz etkililik algısı ile uyum arasında pozitif korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. Buna karşılık uyum ile sonuç beklentisi, algılanan durum, algılanan destek, demografik özellikler, hastalıkla ilişkili özellikler ve engel algısı arasında bir ilişki olmadığını saptamışlardır.

Brus, Laar, Taal, Raskel ve ark. (1998) RA'in başlangıç dönemlerinde sulfosalazin tedavisi alan bireylerde hasta eğitiminin tedaviye uyum ve sağlık durumuna etkisini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında deney ve kontrol grubunun uyum puanları arasında anlamlı fark olmadığını bulmuşlardır. Çalışmada verilen eğitimin hastaların tedaviye uyumunda etkili olmadığı belirtilmiştir. Hill, Bird ve Johnson (2001) tarafından DPA tedavisi alan 100 RA'li hasta ile yapılan randomize kontrollü çalışmada verilen eğitimin uyuma etkisini incelemişler, eğitim alan grubun uyum puanı ile almayan grubun uyum puanı arasında anlamlı fark olduğunu saptamışlardır. Hastalara verilen eğitimin uyumun artırılmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir.

2.2.4. Uyumun Ölçülmesi

Uyumun değerlendirilmesi, ölçüm yöntemlerinden kaynaklanan doğal nedenler sonucu karmaşık ve zordur. Günümüzde kullanılan mevcut ölçüm yöntemlerinin hiçbirisi hastaların önerilen tedaviye uyumunu göstermede yeterli değildir (Partridge, Avorn, Wang ve Winer 2002, Hill 2005b, Horne, Weinman, Barber, Eliot ve ark. 2005). Kusursuz bir ölçüm yönteminin yokluğu nedeniyle uyumun değerlendirilmesinde çok çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Her bir yöntemin avantaj ve dezavantajı bulunmaktadır. Literatürde uyumun değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler dört gruba ayrılmıştır.

Klinik ölçümler

Hasta bildirimleri

Dolaylı ölçümler

Doğrudan ölçümler (Partridge, Avorn, Wang ve Winer 2002, Hill 2005b, Horne, Weinman, Barber, Eliot ve ark. 2005, Rapoff ve Bartlett 2007).

Klinik ölçümler

Sağlık ekibinin görüşleri ve tedavi yanıtının değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Romatolojik hastalıklarda uyumun ölçülmesinde başvurulan bir yöntemdir (Hill 2005b).

Hasta bildirimleri

Uyumun değerlendirilmesinde en fazla kullanılan yöntemdir. Hasta bildirimleri, düşük olan uyum durumunu yüksek olarak gösterme eğilimindedir. Hastalar durumlarını değerlendirirken son dönemdeki uyum durumlarına yönelik cevaplar vermektedir. Bu durum, uyumun yanlış değerlendirilmesine neden olmaktadır. Sorulan soruların belirli bir dönemi kapsamaması, görüşme tekniğinin kalitesi ve yargılayıcı tutumdan uzak durma hasta bildirimlerinin doğruluğunu artırabilir (Hill 2005b, Horne, Weinman, Barber, Eliot ve ark. 2005, Rapoff ve Bartlett 2007).

Dolaylı ölçümler

Reçeteleme yöntemi: Eczane verileri, reçetelerin yenilenmelerine dayanan tahmini ilaç kullanma durumunu saptamak için bireylerin takiplerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak, hastalar ilaçlarını sistem dışında temin ettiklerinde bilgiler doğruyu yansıtmayacaktır. Bu yöntem, hastaların ilacını aldığını göstermemektedir (Rapoff ve Bartlett 2007).

Tablet sayma: Bu yöntem klinik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır, ancak güvenilirliği azdır. Doğruluk değeri klinisyen tahminleri ile benzerdir. Bu yöntemdeki en büyük eksiklik, kutusundan çıkarılan ilacın içildiğinin bilinmemesidir. Alınan dozların zamanı da doğru olarak saptanamaz (Hill 2005b, Rapoff ve Bartlett 2007).

Elektronik izlem: Mikroelektronik monitörlerin kullanımı uyumu değerlendirme yöntemlerinden birisidir. Elektronik izlem sürekli ve uzun süreli ilaç uyumunu

değerlendirmede kullanılabilir. Bu cihazlar, ilacın alındığı tarih ve saat ile ilgili bilgilerin birkaç ay süre ile kaydını ve depolanmasını sağlar. Ancak, elektronik izlemlili ilaç paketleri birçok uyum sorununu da ortaya çıkarabilir. Bunlar düşük doz, aşırı doz, gecikmeli doz, ilaç tatilleri ve beyaz önlük uyumu gibi sorunlardır. Elektronik izlemdaki temel sorun, şişenin açılması ile ya da ilacın blister paketten çıkarılması ile ilacın içildiği anlamına gelmemesidir (Hill 2005b, Horne, Weinman, Barber, Eliot ve ark. 2005 , Rapoff ve Bartlett 2007).

Anketler: Anketlerin değerlendirmede ucuz bir yol olması nedeniyle geniş kullanım alanı vardır. Anketler verilen cevapların standart olarak gruplandırılabilmesi özelliğiyle değerlendirme ve analizlerde bazı avantajlara sahiptir. Sorular önyargıdan uzak, doğru tümcelerle hazırlandığında değerlendirmede etkili bir yöntem olabilir. Ancak diğer indirekt ölçüm yöntemleri gibi ilaç alımının doğru olarak saptanmasında etkili değildir (Hill 2005b).

Doğrudan ölçümler:

Farmakolojik ölçümlerdir. İlaç düzeyleri, metabolitler ve ilaçlara gösterge olması için eklenen, farmakolojik değeri olmayan maddeler kan, idrar ve tükürük salgısında saptanabilir. Miktar ölçülebilirdir, doz ayarlanmasında fayda sağlar. Bununla birlikte bu ölçümler pahalı ve girişimseldir. Bu ölçümler aralıklı olarak elde edildiğinden en son alınan ilacın düzeyini göstermektedir. Ayrıca farmakokinetik farklılıklar, mide pH'ı gibi fizyolojik faktörler diğer ilaç ve gıdalarla etkileşim, hasta yaşı, sigara içme durumu gibi bireysel farklılıklar değerlendirmede sapmalara neden olabilir (Hill 2005b, Rapoff ve Bartlett 2007).

2.2.5. Tedaviye Uyum ve Hemşirelik

Hastanın iyileşmesinde, tedaviye uyumunda her bir sağlık disiplinine ayrı ayrı görev düşmekle birlikte uyumun sağlanmasında hemşirelerin sorumluluğu kaçınılmazdır (Okçin 2000). Hemşire, bireyin uyum sorunu olduğunu ya da uyum sağlamada desteğe gereksinimi olduğuna karar verir. Roy'un hemşirelik modeline göre de, hemşirelik uygulamaları uyumu kolaylaştırıcı nitelikte olmalıdır. Tespit edilen uyumlu davranışlar desteklenmeli, uyumsuz davranışların düzeltilmesi için hastaya yardımcı olunmalıdır (Biol 2002).

Hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için bireye, yaşamını hastalığı ile nasıl sürdüreceği, hastalığın yarattığı diğer yaşam sorunları ile nasıl başa çıkacağına öğretilmesi gerekir. Etkin ve kişiye özel yaklaşımlarla, hastanın kendisi ve ailesi, hastalık, bakım ve tedavi konusunda bilgilendirilmelidir. Çünkü hasta hastalığına ve tedaviye ilişkin aydınlatıcı bilgi almaz ya da tedavinin önemini kavramaz ise tedaviye uyumsuzluk gösterecektir (Okçin 2000).

Tedaviye uyum konusu; North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) hemşirelik tanıları içinde; fonksiyonel sağlık örüntüleri altında gruplandırılmış hemşirelik tanıları kapsamında yer almaktadır. Sağlığı Geliştirme başlığı altında “Terapötik Rejimi Etkili Yönetme” ve “Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme: Aile, Toplum” ile Değer-İnanç Başlığı altında “Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük” olarak sınıflandırmıştır (Erdemir 2005). Terapötik rejimi etkisiz yönetme; bir hastalığın tedavi programını, hastalığın sonuçlarını ve risk durumlarının azaltılmasına yönelik uygulamaları günlük yasama entegre etmekte güçlüğü olan ya da bu riski taşıyan birey, aile ve toplumdaki durum olarak tanımlanmıştır. Tedavi ile ilgili olarak tedavinin yan etkileri, önerilen tedaviyle ilgili daha önce başarısızlık deneyimi, tedavinin maliyeti, tedavinin karmaşık ve uzun süreli olması, sağlık bakım sisteminin karmaşıklığı, durumsal olarak kişinin bilgi eksikliği, aile içi çatışmalar, tedavi ve sağlık personeline güvenmeme, sağlığa ilişkin inançlarda çatışma yaşama, problemin ciddiyeti, tedavinin yararlılığı konularında şüphelerinin olması, tedaviyi etkisiz yönetmeye neden olabilmektedir. Etkili yönetmeye engel olabilecek; güvensizlik, kendine güven yetersizliği, bilgi eksikliği, tedavinin yaşam biçimine etkisi ve yan etkileri, hasta ve ailesinin tedaviden beklentileri gibi durumların tanımlanıp değerlendirilmesi, terapötik rejimi etkisiz yönetmede uygulanabilecek hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (Meriç 2006).

Ayrıca ilaç uyumunu arttırmak için ilaç kullananların spesifik gereksinimlerinin belirlenmesi, tedavileri hakkında kendilerini ifade etmelerinin sağlanması, uyumu olumsuz etkileyen nedenlerin belirlenmesi, bireylerin tedavilerini hatırlamaları için tablo, şekil, çizelge gibi yönergeler oluşturulması, bireylerin uyum durumlarını değerlendirmeleri için

grafik, çizelge oluşturmaya yönlendirerek tedavi kararlarına katılımlarının sağlanması uyumu arttırmada yardımcı olabilir (WHO 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, romatizmal hastalıklarda DMARD tedavisi alan bireylerin tedaviye ilişkin algılarının uyuma etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma, bir üniversite hastanesinin İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji polikliniğinde yürütülmüştür.

Romatoloji polikliniğinde günlük yaklaşık 50 birey izlenmektedir. Hastalığın ve tedavinin seyrinin değerlendirilebilmesi için kontroller düzenli olarak yapılmakta, izlem sıklığı tedavinin ve hastalığın durumuna göre planlanmaktadır. Genel olarak tedavi alan bireylerin kontrolleri üç aylık periyotlarda yapılmakta, tedavisi yeni başlayan bireylerin izlemleri aylık olarak sürdürülmektedir.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Romatoloji polikliniğine başvuran ve DMARD tedavisi alan hastalar oluşturmuştur. Romatizmal problemi olan bireylerin kontrole ortalama üç aylık periyotlarla gelmesi nedeniyle ve üç aydan sonra örneklemin kendini tekrarlayacağı düşünülmüş ve veri toplama süresi üç ay olarak planlanmıştır. Araştırma örneklemini, aşağıda belirtilmiş olan örneklem özelliklerine uyan 300 birey oluşturmuştur.

Bu çalışmada testin gücü bireylerin tedaviye ilişkin algılarına göre α güvenilirlik düzeyi %95 ve Tablo 5'te verilen n ve uyum puan ortalaması verilerine göre hesaplandığında; sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediğini düşünme, ilaçların yan etkilerinin olacağını düşünme, sürekli ilaç kullanıldığında bağımlı olacağını düşünme maddeleri için sırasıyla %49.3, %21.2 ve %10.2; ilaç kullanımına gerek olmadığını düşünme, ilaçların yan etkileriyle baş edemediğini düşünme, ilaçların yakınmaları

azalttığını düşünme, kullanılan ilaçların yararlı olduğunu düşünme ve ilaçların düzenli kullanımında hastalığın ilerlemeyeceğini düşünme maddeleri için sırasıyla %100, %93.3, %99.8, %100, %99.2 bulunmuştur (http://www.dssresearch.com/toolkit/spcalc/power_a2.asp).

Örnekleme Özellikleri

En az üç aydır romatizmal hastalığı nedeniyle DMARD tedavisi alıyor olmak: DMARD tedavisinin semptomatik etkisi üç hafta ile üç ay sonra ortaya çıkmaktadır (Rapoff ve Bartlett, 2007). Bu nedenle en az üç aydır DMARD tedavisi alan hastalar çalışmaya alınmıştır.

18 yaş ve üzeri olmak

Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından düzenlenmiş anket formu kullanılmıştır (EK1). Bu formda, bireye ilişkin özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyal güvence), hastalığa ilişkin özellikler (tanı, tanı alma süresi, diğer kronik hastalıklar), tedaviye ilişkin özellikler (kullanılan ilaçlar ve kaç yıldır kullanıldığı), ilaç tedavisine uyum ve tedaviye ilişkin algıları ile ilgili sorular yer almaktadır.

İlaç tedavisine uyum düzeyi ve uyuma etki eden algıların belirlenmesi için düzenlenen sorular literatür incelenerek hazırlanmıştır (Brus, Laar, Taal, Raskel ve ark.1999, Vermiere, Hearnshaw, Royen ve Denekns. 2001, Fraenkel, Bogardus, Concato ve Felson 2002, Goodacre ve Goodacre 2004, Eski ve Pınar 2005, Hill 2005a). İlaç tedavisine uyumun objektif olarak değerlendirilmesi güçtür ve uyumun değerlendirilmesinde “altın yöntem” olarak tanımlanabilecek ideal yöntem bulunmamaktadır (Hill 2005b, Rapoff ve Bartlett, 2007). Uyumun değerlendirilmesinde, her biri farklı avantaj ve dezavantaja sahip doğrudan ve dolaylı yöntemler, hasta bildirimleri kullanılmaktadır. Basit, pratik ve ekonomik olmasından dolayı hasta bildirimleri sık tercih edilmektedir Hasta bildirimleri, hastanın bireysel bildirimine göre uyum durumunun değerlendirilmesidir. Bilgiler doğrudan görüşmeler ya da bireysel raporlandırmaya göre bireyden alınmaktadır (Rapoff ve Bartlett, 2007). Bu

çalışmada, klinik olarak uygulanabilir olması nedeniyle anket formu yardımıyla hasta bildirimlerine göre uyum ölçülmüştür. Anket formunda doktorun önerdiği ilacı içme, ilacın önerilen dozda (miktar) alınması, ilaçların önerilen zaman aralığında alınması, ilaçların önerilen zamanda alınması (sabah-akşam, aç-tok), ilaç bittiğinde düzenlenmesi için doktora başvurma, herhangi bir nedenle ilacın alınmadığı günlerin olmasına yönelik altı madde bulunmaktadır. Anket formunda uyumu belirlemek için düzenlenen ilk beş maddeye evet yanıtını veren bireyler iki puan, bazen yanıtını veren bireyler bir puan, hayır yanıtını veren bireyler sıfır puan almışlardır. Anketin altıncı sorusu ters puanlanmıştır. Bu soruya evet yanıtı verenler sıfır puan, bazen yanıtını verenler bir puan, hayır yanıtını verenler iki puan almışlardır. Anketten alınan toplam puan sıfır ile on iki puan aralığındadır. Alınan puanın yüksek olması uyum durumunun yüksek, puanın düşük olması uyum durumunun düşük olduğunu göstermektedir.

Tedaviye ilişkin algı bölümünde, literatür ışığında hazırlanmış tedaviye ilişkin olumlu ve olumsuz ifadeler yer almaktadır. İfadeler evet-hayır şeklinde yanıtlanmış ve her bir ifade bir değişken olarak değerlendirilmiştir.

Anket sorularının içeriği konusunda, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan iki, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan iki, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Kliniğinde çalışan bir hemşire olmak üzere toplam altı kişiden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşü doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Oluşturulan görüşme formu Romatoloji Polikliniğinde 10 hastada uygulanmış, bu veriler örnekleme dahil edilmemiştir.

Anket formu araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek, poliklinikte hastalar muayene olmak için beklerken uygun bir ortamda doldurulmuştur. Hastalara çalışmanın amacı anlatılmış, çalışmaya katılmayı kabul edenlerin kullandığı ilaçları, doz ve sıklıkları doktor reçeteleri ya da heyet raporları ile karşılaştırılmıştır. Tedavisinde DMARD bulunan hastalar ile anket formu doldurulmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni: İlaç tedavisine uyum puan ortalamasıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni: DMARD tedavisi alan bireylerin tedaviye ilişkin algılarıdır.

3.6. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilirliğine yönelik Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulu ve araştırmanın yürütüleceği kurumdan izin alınmıştır. Çalışmanın amacı bireylere açıklanmış, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireyler çalışma kapsamına alınmıştır. Anket uygulaması sonrasında, bireylere gereksinimi olduğu konularda bilgi verilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama aracı ile toplanan veriler SPSS 15.0 programında analiz edilmiştir. Bireysel, hastalığa ve tedaviye ilişkin özellikler sayı, yüzde ile gösterilmiştir. Tedaviye ilişkin algıların, ilaç tedavisine uyma durumuna etkisi iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile değerlendirilmiştir (Akgül 2005, Aksakoğlu 2006).

3.8. Araştırmanın Planı



Şekil 1. Araştırma planı

3.9. Tezin Bütçesi

Araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, bir üniversite hastanesine başvuran, en az üç aydır romatizmal hastalığı nedeniyle DMARD tedavisi almakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 300 hastadan elde edilen verilere ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı ve Tedaviye Uyum Özellikleri

Bu bölümde, çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik, hastalığa ve tedaviye ilişkin özellikleri ile tedaviye uyum özellikleri sunulmuştur (Tablo 1-4).

Tablo 1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n:300)

<i>Bireye İlişkin Özellikler</i>		
	X ± SS	
Yaş Ortalaması	49.29 ± 13.44	
	Sayı (n)	%
Yaş Aralığı		
18-44	101	23.2
45-64	165	60.5
65 ve üzeri	34	16.3
Cinsiyet		
Kadın	231	77.0
Erkek	69	23.0
Eğitim Durumu		
Okur- yazar	14	4.7
İlköğretim	157	52.3
Lise	74	24.7
Yükseköğretim	55	18.3
Medeni Durum		
Evli	254	84.7
Bekâr	46	15.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	55	18.3
Çalışmıyor	245	81.7
Sosyal Güvence		
Var	297	99.0
Yok	3	1.0
Toplam	300	100

Tablo 1'e göre araştırmaya alınan bireylerin yaş ortalaması 49.29 ± 13.44 olup, %60.5'i 45-64 yaş grubundadır. Çalışmaya katılanların %77'si kadındır. Bireylerin yarısından fazlası ilköğretim mezunu olup, katılımcıların büyük çoğunluğu evlidir. Bireylerin %81.7'si çalışmamakta ve yaklaşık tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri (n:300)

<i>Hastalığa İlişkin Özellikler</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tanı		
Romatoid artrit	148	49.3
Ankilozan spondilit	25	8.3
Spondilartropati (SPA)	18	6.0
Ailesel akdeniz ateşi (FMF)	15	5.0
Diğer	94	31.4
Hastalık Süresi		
0-12 ay	67	21.1
13-60 ay	132	42.6
61-120 ay	53	18.9
121-180 ay	18	5.9
181 ay ve üzeri	30	11.5
Ek Kronik Hastalık Durumu		
Var	101	33.7
Yok	199	66.3
Toplam	300	100

Tablo 2'de çalışmaya alınan bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı RA, %8.3'ü ankilozan spondilit tanısı almıştır. Bireylerin tanı alma süreleri en çok 13-60 ay arasındadır. Katılımcıların kronik hastalık durumu değerlendirildiğinde, yaklaşık 2/3'sinin ek kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Bireylerin Tedaviye İlişkin Özellikleri (n:300)

<i>Tedaviye İlişkin Özellikler</i>	n	%
DMARD Kullanma Süresi		
0-12 ay	99	31.5
13-60 ay	155	51.9
61-120 ay	30	11.0
121-180 ay	9	3.0
181 ve üzeri ay	7	2.6
İlaç Adı		
Metotreksat	86	28.7
Sulfasalazin	41	13.7
Kolşisin	36	12.0
Hidroksiklorokin	21	7.0
Leflunomid	13	4.3
Azatiyoprin	13	4.3
Diğer(tek ilaç)	23	7.7
Metotreksat+ sulfasalazin	31	10.3
Metotreksat + leflunomid	16	5.3
Diğer (iki ve fazlası ilaç)	20	6.7
İlaç sayısı		
Bir ilaç kullanma	234	77.0
İki ve daha fazla ilaç kullanma	66	23.0
Toplam	300	100

Bireylerin tedaviye ilişkin özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Bireylerin DMARD tedavisi kullanma süreleri incelendiğinde yarısından fazlasının 13-60 ay arasında olduğu; %28.7'sinin metotreksat, %13.7'sinin sulfasalazin, %12'sinin kolşisin, %10.3'ünün metotreksat ve sulfasalazini birlikte kullandığı belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki bireylerin kullandıkları ilaç sayısı incelendiğinde %77 ile bir ilaç kullanmanın ilk sırada yer aldığı görülmektedir.

Tablo 4. Bireylerin Hastalığı Modifiye Edici İlaç Tedavisine Uyum Durumu (n:300)

Uyum puanı	X ± SS			
	7.85 ± 2.28			
	Evet n (%)	Bazen n (%)	Hayır n (%)	Toplam N (%)
Doktorun önerdiği ilacı içiyorum	256 (85.3)	38 (12.7)	6 (2.0)	300 (100)
İlaçlarımı önerilen dozda (miktar)da) alıyorum	189 (63.0)	81 (27.0)	30 (10.0)	300 (100)
İlaçlarımı önerilen zaman aralığında alıyorum	104 (34.7)	156 (52.0)	40 (13.3)	300 (100)
İlaçlarımı önerilen zamanda alıyorum (aç-tok)	186 (62.0)	27 (9.0)	87 (29.0)	300 (100)
İlacım bittiğinde düzenlenmesi için doktora gidiyorum	199 (66.4)	40 (13.3)	61 (20.3)	300 (100)
Herhangi bir nedenle ilacımı almadığım günler oluyor	221 (73.6)	14 (4.7)	65 (21.7)	300 (100)

Bireylerin hastalığı modifiye edici ilaç tedavisine uyum durumu Tablo4'te görülmektedir. Bireylerin uyum puan ortalamaları 7.85 ± 2.28 'dir. Hastalığı modifiye edici ilaç tedavisine uyum durumu incelendiğinde, bireylerin %85,3'ü doktorun önerdiği ilacı içtiğini, %63'ü ilaçlarını önerilen dozda aldığını, bireylerin yaklaşık yarısı ilaçlarını bazen önerilen zaman aralığında aldığını, %62'si ilaçlarını önerilen zamanda aldığını, %66.4'ü ilacı bittiğinde tedavisinin düzenlenmesi için doktora başvurduğunu, bireylerin yaklaşık dörtte üçü herhangi bir nedenle ilacını almadığı günler olduğunu ifade etmiştir.

4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tedaviye İlişkin Algılarına Göre Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Bireylerin Tedaviye İlişkin Algılarına Göre Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:300)

Tedaviye ilişkin algılar	Uyum Puan Ortalamaları			
	n (%)	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediğini düşünme				
Evet	208 (69.3)	7.71 \pm 2.28		
Hayır	92 (30.7)	8.17 \pm 2.25	-1.624	0.105
İlaç kullanımına gerek olmadığını düşünme				
Evet	117 (39)	6.91 \pm 2.46		
Hayır	183 (61)	8.45 \pm 1.94	-6.032	0.000
İlaçların yan etkilerinin olacağını düşünme				
Evet	249 (83)	7.81 \pm 2.33		
Hayır	51 (17)	8.08 \pm 2.02	0.774	0.440
İlaçların yan etkileri ile baş edemediğini düşünme				
Evet	118 (39.3)	7.33 \pm 2.44		
Hayır	182 (60.7)	8.19 \pm 2.11	-3.250	0.001
Sürekli ilaç kullanıldığında bağımlı olacağını düşünme				
Evet	160 (53.3)	7.81 \pm 2.22		
Hayır	140 (46.7)	7.91 \pm 2.35	-0.382	0.703
İlaçların yakınmaları (ağrı, sabah tutukluğu) azalttığını düşünme				
Evet	210 (70)	8.25 \pm 2.09		
Hayır	90 (30)	6.92 \pm 2.44	4.799	0.000
Kullanılan ilaçların yararlı olduğunu düşünme				
Evet	186 (62)	8.55 \pm 1.96		
Hayır	114 (38)	6.72 \pm 2.32	7.315	0.000
İlaçların düzenli kullanımında hastalığın ilerlemeyeceğini düşünme				
Evet	125 (41.7)	8.46 \pm 2.12		
Hayır	175 (58.3)	7.42 \pm 2.29	4.020	0.000

Tablo 5'te çalışmaya katılan bireylerin tedaviye ilişkin algılarına göre uyum puan ortalamaları yer almaktadır. Bireylerin tedaviye ilişkin algılarına göre uyum puan ortalamaları incelendiğinde; sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediğini düşünenlerin uyum puan ortalaması 7.71 ± 2.28 , etkilemediğini düşünenlerin uyum puan

ortalaması 8.17 ± 2.25 'tir. Sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediği algısına göre bireylerin uyum puan ortalamaları t testi ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 5).

İlaç kullanmaya gerek olmadığını düşünen bireylerin uyum puan ortalaması 6.91 ± 2.46 , ilaç kullanmaya gerek olduğunu düşünenlerin uyum puan ortalaması 8.45 ± 1.94 'tür. İlaç kullanmaya gerek olduğunu düşünenlerin uyum puan ortalamaları, ilaç kullanmaya gerek olmadığını düşünenlerin uyum puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.001$, Tablo 5).

İlaçların yan etkileri olacağını düşünen bireylerin uyum puan ortalaması 7.81 ± 2.33 , ilaçların yan etkileri olmayacağını düşünenlerin uyum puan ortalaması 8.08 ± 2.02 'dir. İki grubun uyum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 5).

İlaçların yan etkileriyle baş edemediğini düşünen kişilerin uyum puan ortalaması 7.33 ± 2.44 , baş edebildiğini düşünenlerin uyum puan ortalaması 8.19 ± 2.11 'dir. İlaçların yan etkileriyle baş edebileceğini düşünen bireylerin uyum puan ortalamaları, baş edemediğini düşünen bireylerin uyum puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0.001$, Tablo 5).

Sürekli ilaç kullandığında bağımlı olacağını düşünenlerin uyum puan ortalaması 7.81 ± 2.22 , bağımlı olmayacağını düşünenlerin uyum puan ortalaması 7.90 ± 2.35 'tir. İki grubun uyum puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 5).

Kullanılan ilaçların yakınmaları azalttığını düşünenlerin uyum puan ortalaması 8.25 ± 2.09 , kullanılan ilaçların yakınmaları azaltmadığını düşünenlerin uyum puan ortalaması 6.92 ± 2.44 'tür. Kullanılan ilaçların yakınmalarını azalttığını düşünen bireylerin uyum puan ortalaması, ilaçların yakınmaları azaltmadığını düşünen bireylerin uyum puan ortalamasından anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.001$, Tablo 5).

Kullanılan ilaçların yararlı olduğunu düşünen kişilerin uyum puan ortalaması 8.55 ± 1.96 , yararlı olmadığını düşünenlerin uyum puan ortalaması 6.72 ± 2.32 'dir. Kullanılan ilaçların yararlı olduğunu düşünen kişilerin uyum puan ortalaması, kullanılan ilaçların yararlı olmadığını düşünen bireylerin uyum puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$, Tablo 5).

İlaçların düzenli kullanımında hastalığın ilerlemeyeceğini düşünenlerin uyum puan ortalaması 8.46 ± 2.12 , hastalığın ilerleyeceğini düşünenlerin uyum puan ortalaması 7.42 ± 2.29 'dur. İlaçların düzenli kullanımında hastalığın ilerlemeyeceğini düşünenlerin uyum puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$, Tablo 5).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde elde edilen verilerin analiz sonuçları tartışılmıştır.

Bireylerin Hastalığı Modifiye Edici İlaç (DMARD) Tedavisine Uyum Durumu

Çalışmaya alınan bireylerin uyum puan ortalamaları 7.85 ± 2.28 olarak bulunmuştur. Çalışmada, bireylerin çoğunluğunun doktorun önerdiği ilaçları içtiği, önerilen dozda ve zamanda aldığı, ilacı bittiğinde tedavisinin düzenlenmesi için doktora başvurduğu, ancak yaklaşık dörtte üçünün herhangi bir nedenle ilaçlarını almadığı günler olduğu belirlenmiştir.

Literatürde uyumun değerlendirilmesinde, genellikle tedaviye uyum oranına bakıldığı görülmektedir. DMARD tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalarda ankilozan spondilitli hastalarda tedaviye uyum oranı %60-100 (Gürçay ve ark. 2006), SLE olan hastalarda %56 (Chambers, Raine, Rahman, Hagley ve ark. 2008) bulunmuştur. Koneru, Kocharla, Higgins, Ware ve ark. (2008) SLE hastalarının tedaviye uyumunu inceledikleri çalışmalarında prednison tedavisine uyumun %39, hidoksiklorokin tedavisine uyumun %51, diğer immünosüpresif tedaviye (metotreksat, azatioprin) uyumun %57 olduğunu bildirmişlerdir. Tekin (2007), RA'li hastaların tedaviye uyumunu incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların %49.1'inin ilaçlarını düzenli kullandığını belirtmiştir.

Kronik hastalıklarda ilaç tedavisine uyum düzeylerinin düşük olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada da, DMARD tedavisine uyumun tam olmadığı ve literatürle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediğini düşünenlerin tedavi uyumuna etkisi

Sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediğini düşünenlerin uyum puan ortalaması, günlük yaşamı etkilemediğini düşünenlere göre daha düşük bulunmasına karşın

uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.05$, Tablo 5).

Literatürde sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediği düşüncesinin tedavi uyumuna etkisini inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapılan çalışmalarda çoklu ilaç kullanımının günlük yaşamı, dolayısıyla uyumu etkilediği belirtilmektedir. Koneru, Kocharla, Higgins ve Ware ve ark. (2008) günde bir kezden fazla ilaç kullanmanın uyumu olumsuz etkilediğini, Horne, Weinman, Barber, Eliot ve ark. (2005) alınan ilaç sayısının az olmasının ve günlük ilaç alımının iki kezden az olmasının uyumu olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Romatizmal hastalıklar dışında diğer kronik hastalıklarda da benzer sonuçlar olduğu görülmektedir. Yalçın (2006) diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri incelediği kalitatif çalışmasında tedavinin günlük yaşantıya uyarlanabilir olmasının uyum düzeyini etkileyebileceğini belirtmiştir. Svensson, Kjellgren, Ahlner ve Säljö (2000) antihipertansif tedaviye uyum durumunu incelediği çalışmasında hastaların kullanılan ilaç miktarının azaltılmasıyla günlük yaşamı kolaylaştırabileceklerini düşündüklerini ve bu nedenle tedaviye uyum göstermediklerini bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamızda, hastaların bir günde aldığı ilaç sayısı 1-3 arasında değişmektedir. Hastaların çoğunluğu haftada bir gün kahvaltı öncesi aç olarak mtX, her gün yemekten sonra tok karnına diğer DMARD'ları almaktadırlar. Bireyler mtX tedavisini almaları gereken günde alamadıklarında ertesi gün alabilmekte, haftalık alınması gereken doz tamamlanabilmektedir. Yemek zamanı ile ilgili bu tedavi planının günlük yaşamda alışkanlık haline geldiği, bu nedenle olumsuz etkilenmedikleri düşünülebilir.

İlaç kullanımına gerek olmadığını düşünmenin tedavi uyumuna etkisi

Çalışmada ilaç kullanmanın gerekli olduğunu düşünenlerin uyum puan ortalamaları, gerekli olmadığını düşünenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 5). Önceki çalışmalarda, ilaçların sağlık için gerekli olduğuna inanan hastaların uyumunun yüksek olduğu (Carter, Taylor ve Revenson 2003, Horne ve

Weinman 1999, Ross, Walker ve MacLeod 2004), ilaca gereksinimi konusunda şüphe eden hastaların uyum oranının düşük olduğu (Neame ve Hammond 2005) saptanmıştır.

Bu çalışmanın sonucu literatürle uyumludur. Pek çok hasta ilacın etkisini gözleyerek ilacı durdurur ya da dozu değiştirir ve kendisi için gerekli olup olmadığını kontrol eder. Horne, Weinman ve Hankins (1999), gereklilik algısının kronik hastalığı olan hastalarda güçlü olduğunu ileri sürmüştür.

İlaçların yan etkilerinin olacağını düşünmenin tedavi uyumuna etkisi

Çalışmada, ilaçların yan etkileri olacağı algısının tedaviye uyumu etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 5). Literatürde bireylerin ilaçların yan etkileri olduğunu bilmesinin, yan etki yaşama korkusunun ve yan etki yaşamının uyumu olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar yer almaktadır (Cameron 1996, Horne, Weinman ve Hankins 1999, Horne 1999, WHO 2003, Fraenkel, Bogardus, Concato, Felson ve ark. 2004, Goodacre ve Goodacre 2004, Berry, Bradlow ve Bersellini 2004, Neame ve Hammond 2005, Horne, Weinman, Barber, Eliot ve ark. (2005), Chambers, Raine, Rahman, Hagley ve ark. 2008, Chambers, Raine, Rahman ve Isenberg 2009, Wong ve Mulherin (2007), hastaların DMARD tedavisini, ilaçların yan etkilerinin olması nedeniyle bıraktıklarını belirtmişlerdir. Meriç (2006) anksiyolitik ve antidepresan kullanan bireylerin tedaviye uyumlarını incelediği çalışmada bireylerin %14,3'ünün yan etki yaşadıkları için tedavilerini bıraktıklarını belirtmiştir.

Yan etki yaşamının uyumu olumsuz etkilediği belirtilmesine karşın, literatürde yan etkilere bağlı uyumsuzluk gelişme oranının %5-10 arasında olduğu belirtilmektedir (Jokisalo, Enlund, Halonen, Takala ve ark 2003, Gascón, Ortuño, Llor, Skidmore ve ark. 2004). Bu çalışmada ise bireylerin %83'ünün ilaçların yan etkilerinin olacağını düşünmelerine rağmen, ilaç tedavisini sürdürdükleri görülmektedir. Bu sonuç hastaların çoğunluğunun yan etkiler ile baş edebileceğine inanmaları, ilaçların yakınmaları azalttığı ve yararlı olduğuna ilişkin algıları ile ilişkili olabilir.

İlaçların yan etkileri ile baş edemediğini düşünmenin tedavi uyumuna etkisi

Tedavinin yan etkileriyle baş edebileceklerini düşünenlerin uyum puan ortalamaları, baş edemeyeceğini düşünenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 5). Çalışmadan elde edilen sonuç, yan etki ile baş edebilme algısının uyumu olumlu etkileyeceğini göstermektedir. Bir olayı kontrol edebilmenin temelinde kişinin baş edebileceğine ilişkin inancı yer almaktadır. Kişi yaşamındaki olaylarla baş edebileceğine inanıyorsa durumu tehdit olarak algılamaz ve önerilen ilacı alma gibi belli davranışları gösterebilir. Çünkü sağlıklarını etkileyebileceklerine inanırlar. Tam tersi kadere inanan kişiler bu eylemleri gerçekleştiremez (Partridge, Avorn, Wang ve Winer 2002). Cameron (1996) da, hastaların yaşamlarını değiştirme ya da kontrol etme yeteneklerinin farkında olmalarının tedaviye uyumlarını ya da gönüllülükleri etkilediğini belirtmektedir.

Sürekli ilaç kullanıldığında bağımlı olacağını düşünmenin tedavi uyumuna etkisi

Sürekli ilaç kullanıldığında bağımlı olacağını düşünen ve düşünmeyen bireylerin uyum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 5). Bu konuda yapılan çalışmalarda, ilaç kullanan hastaların tedaviye bağımlı olma korkusu yaşadığı belirtilmektedir (Berry, Bradlow ve Bersellini 2004, Horne, Weinman, Hankins 1999, Wong ve Mulherin 2007). Bu çalışma sonucu literatürü desteklememektedir.

Çalışmada hastaların yarısından fazlasının sürekli ilaç kullanımına bağlı bağımlılık gelişme düşüncesi bulunmasına karşın tedavilerini sürdürmeleri, tedavi rejimini yararlı olarak algılamaları, tedavinin yakınmalarını azalttığını ve yan etkilerle baş edebildiklerini düşünmeleri nedeniyle olabilir.

İlaçların yakınmaları (ağrı, sabah tutukluğu) azalttığını düşünmenin tedavi uyumuna etkisi

Kullanılan ilaçların yakınmaları azalttığını düşünen bireylerin uyum puan ortalaması, ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 5). Berry, Bradlow ve Bersellini (2004) RA ve diğer kas- iskelet sistemi ağrısı sorunu yaşayan

bireylerin ilaç tedavisine ilişkin risk ve yarar algısını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ağrının azalmasının %75 oranında yarar algısını oluşturduğunu belirtmiştir. Diğer yarar algılarını oluşturan etmenlerin sabah katılığının ve eklem şişliğinin azalması, kendini iyi hissetme, iyi uyuyabilme olduğunu belirtmiştir. Meriç (2006), anksiyolitik ve antidepresan kullanan bireylerin %96.4'ünün hastalığı için iyi olduğunu, %94.6'sının hastalık belirtilerini azalttığını düşünmeleri nedeniyle ilaçlarını uygun bir şekilde kullandıklarını belirtmiştir.

Bu çalışma literatürle benzerlik göstermektedir. Hastalar ilaçların ağrı, sabah tutukluğu gibi yakınmaları azalttığına inandıkları ve bu durumu deneyimledikleri için uyumu olumlu etkilenmiş olabilir.

Kullanılan ilaçların yararlı olduğunu düşünmenin tedavi uyumuna etkisi

Kullanılan ilaçların yararlı olduğunu düşünen bireylerin uyum puan ortalaması, olmadığını düşünenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 5).

Svensson, Kjellgren, Ahlner ve Säljö (2000), hastaların ilaçları doğal olmayan ve zararlı maddeler olarak değerlendirdikleri için ilaçları kullanmak istemediklerini ve bu durumun tedaviye uyumu olumsuz etkilediği belirtmiştir. Meriç (2006) çalışmasında, hastaların tedaviye yönelik engel algılarının olmasının tedaviyi bırakmada etkili olduğunu belirtmiştir.

Goodacre ve Goodacre (2004), tedaviyi yararlı olarak algılamamanın, tedaviyi kabullenmede olumlu etki oluşturduğunu, tedavinin yararlı olarak algılanmadığı durumlarda bireylerin yan etkilerle daha çok ilgilendiğini, sıklıkla yan etki yaşadıklarını belirtmiştir. Horne (1999), hastaların yaşadıkları semptomların ilaç tedavisiyle azaldığı ya da ortadan kalktığı durumlarda tedaviyi yararlı bulduklarını ve tedaviye uyumlu olduklarını belirtmiştir. Cameron (1996) hastaların; hastalıklarının kendilerine zarar vereceğini düşündüklerini, tedavinin alınmasıyla sağlıklarını düzeltereklerine inandıklarını, ilaçların hastalık komplikasyonlarını azaltacağını düşündüklerini belirtmiştir.

Yapılan çalışma sonucuna göre, bireylerin tedavinin etkili olduğuna inanmalarının uyumu artırdığı düşünülmektedir. Hastaların ilaç kullanmanın yararlarını algılamaya yönelik olumlu tutumlarının olması, hastaların desteklendikleri takdirde tedaviye uyumu olumlu yönde geliştirmeye yönelik çaba gösterebileceklerini düşündürmektedir.

İlaçların düzenli kullanımında hastalığın ilerlemeyeceğini düşünmenin tedavi uyumuna etkisi

Düzenli ilaç kullanımı ile hastalığın ilerlemeyeceğini düşünen bireylerin uyum puan ortalaması, hastalığın ilerleyeceğini düşünenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 5). Düzenli ilaç kullanımı ile hastalığın ilerlemeyeceğini düşünme uyumu olumlu etkilemektedir.

DMARD'ların ağrı kesici olarak düşünülmesinden çok, hastalığa ait ilaç olarak görülerek daha fazla güven vermesinin ve bireylerin tedaviyi yararlı olarak algılamalarının uyumu olumlu etkilediği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Romatizmal hastalıklarda hastalık modifiye edici ilaç tedavisi alan bireylerin tedaviye ilişkin algılarının uyuma etkisinin belirlenmesi amacıyla 300 kişi ile yürütülen çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Bireylerin uyum puan ortalamaları 7.85 ± 2.28 'dir. Hastalığı modifiye edici ilaç tedavisine uyum durumu incelendiğinde bireylerin %85.3'ü (n:256) doktorun önerdiği ilacı içtiğini, %63'ü (n:189) ilaçlarını önerilen dozda aldığını, %52'si (n:156) ilaçlarını bazen önerilen zaman aralığında aldığını, %62'si (n:186) ilaçlarını önerilen zamanda aldığını, %66.4'ü (n:199) ilacı bittiğinde tedavisinin düzenlenmesi için doktora başvurduğunu, %73,6'sı (n:221) herhangi bir nedenle ilacını almadığı günler olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmada, hastaların sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilediği, ilaçların yan etkileri olacağı, sürekli ilaç kullanımında bağımlı olma algısına göre uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hastaların tedaviye ilişkin algılarından ilaç kullanmanın gerekli olduğu, ilaçların yan etkileriyle baş edebilme, kullanılan ilaçların yakınmaları azalttığı, kullanılan ilaçların yararlı olduğu, düzenli ilaç kullanımı ile hastalığın ilerlemeyeceği algısına göre uyum puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ilaç tedavisine uyumda, bireylerin ilaçlarla ilgili algılarının etkili olabileceğini göstermiştir. Bu nedenle, DMARD kullanan bireylerin ilaç uyumunu arttırmak için, spesifik gereksinimlerinin karşılanması önemlidir.

6.2. Öneriler

Çalışma sonucuna göre, DMARD kullanan bireylere ve ailelerine, ilaçlarını düzenli ve uzun süre kullanmalarının gerekliliği, yan etkileri ile nasıl baş edebilecekleri ve hastalık ve

semptomları üzerine etkileri anlatılabilir ve ilaç kullanma konusundaki endişeleri tartışılabilir.

Çalışmada tedaviye uyuma etki eden etmenlerin bir kısmı incelenebilmiştir. Uyuma etki eden diğer etmenlerin belirlenebilmesi için kalitatif çalışmalara gereksinim vardır.

7. KAYNAKLAR

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, SPSS Uygulamaları. 3. Baskı. Emek Ofset, 2005; Ankara.

Akıncı F, Öz F. HIV/AIDS'li Hastaların Tedaviye Uyumunu Etkileyen Psikososyal Faktörler. HIV/AIDS Dergisi 2003; Ekim-Kasım-Aralık.

Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. 2.Baskı. D.E.Ü. Rektörlük Basımevi, 2006; Alsancak, İzmir.

American College of Rheumatology (ACR) Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines "Guidelines for The Management of Rheumatoid Arthritis 2002 Update". Arthritis & Rheumatism. Vol:46. No:2. 328- 346.

Balaban B, Tan K, Alaca R. Romatoid Artrit Tedavisinde Hastalığı Modifiye Eden Antiromatizmal İlaçlar. Romatizma 2001; 16:3. 177-186.

Berry D, Bradlow A, Bersellini E. Perceptions of The Risks and Benefits of Medicines in Patient With Rheumatoid Arthritis and Other Painful Musculoskeletal Conditions. Rheumatology 2004; 43:7. 901-905.

Biol L. Hemşirelik süreci. 5.Basım. Etki Matbaacılık 2002; İzmir. 75-80.

Brus HLM, Laar M, Taal E, Rasker JJ, Wiegman O. Effect of Patient Education on Compliance With Basic Treatment Regimens and Health in Recent Onset Active Rheumatoid Arthritis. Annals of Rheumatic Diseases 1998; 57:147- 151.

Brus H, Laar M, Taal E, Rasker J, Weigman O. Determinants of Compliance With Medication in Patients With Rheumatoid Arthritis: The Importance of Self- Efficacy Expectations. Patient Education and Counselling 1999; 36:57- 64.

Cameron C. Patient Compliance: Recognition of Factors Involved and Suggestions for Promoting Compliance With Therapeutic Regimens. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24:244–250.

Carter S, Taylor D, Levenson L. A Question of Choice-Compliance in Medicine Taking a Preliminary Review 2003.

Chakravarty K, McDonald H, Pullar T, Taggart A, Chalmers R, Oliver S, Money J, Somerville M, Bosworth A, Kennedy T. BSR/ BHPR Guideline For Disease- Modifying Anti-Rheumatic Drug (DMARD) Therapy in Consultation With The British Association of Dermatologists. *Rheumatology* 2006; 21:1-2.

Chambers S, Raine R, Rahman A, Hagley K, Ceulaer K, Isenberg D. Factor Influencing Adherence to Medications in a Group of Patients with Systemic Lupus Erythematosus in Jamaica. *Lupus* 2008; 17:761-769.

Chambers SA, Raine R, Rahman A, Isenberg D. Why Do Patients with Systemic Lupus Erythematosus Take or Fail to Take Their Prescribed Medications? A Qualitative Study in a UK Cohort. *Rheumatology* 2009; 48:266-271.

Çam F. Tüberkülozlu Hastaların Tedaviye Uyum Durumları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi 1989; Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Demirezen E. Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Antihipertansif İlaç Kullanan Türklerde İlaç Tedavisine Uyum. Doktora Tezi 2006; İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri 2005; 374-385.

Esin MN, Bulduk S, Dural Ç, Şenolan G, Temel E. Erişkin Bireylerin İlaç Kullanma İle İlgili Davranışları. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2007; 15:60. 139- 145.

Eski Ö, Pınar R. Kardiyovasküler Problemi Olan Yaşlılarda İlaç Kullanım Hatalarının İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2005; 8:3, 141-147.

Fraenkel L, Bogardus J, Concato J, Felson D. Unwillingness of Rheumatoid Arthritis Patients to Risk Adverse Effect. Rheumatology 2002; 41:253-261.

Fraenkel L, Bogardus J, Concato J, Felson D, Witting DR. Patient Preferences for Treatment of Rheumatoid Arthritis. Annals of Rheumatic Diseases 2004; 63:1372-1378.

Gascòn JJ, Ortuño MS, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ. Why Hypertensive Patients Do Not Comply with the Treatment. Family Practice 2004; 21:2, 125-130.

Goodacre LJ, Goddacre JA. Factor Influencing The Beliefs of Patients With Rheumatoid Arthritis Regarding Disease-Modifying Medication. Rheumatology 2004; 43:583-586.

Gökalp O, Mollaoğlu H. Uygunsuz İlaç Kullanımı. Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 10:2, 17-20.

Grove ML. North of Tyne DMARD Guidelines 2004; The Newcastle Upon Tyne Hospital.

Grace E. Therapeutic Principles and Goals. Johns Hopkins Advanced Studies in Nursing 2008; 6:2, 32-38.

Gürçay E, Ekşioğlu E, Yüzer S, Bal A, Çakçı A. Ankilozan Spondilitli Hastalarda İlaç Uyumunu ve Uyumsuzluğunu Etkileyen Faktörler. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2006; 52:163-167.

Güzel R. Romatoid Artrit ve Hastalığı Modifiye Edici Anti-Romatizmal İlaçlar. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2008; 54:1, 25-30.

Hill J. Adherence With Drug Therapy in The Rheumatic Diseases Part One: A Review of Adherence Rates. Musculoskeletal Care 2005a; 3:2, 61-73.

Hill J. 2005b Adherence With Drug Therapy in The Rheumatic Diseases Part Two: Measuring and Improving Adherence. *Musculoskeletal Care* 2005b; 3:143-156.

Hill J, Bird H, Johnson S. Effect of Patient Education on Adherence to Drug Treatment for Rheumatoid Arthritis: A Randomised Controlled Trial. *Annals of Rheumatic Diseases* 2001; 60:869- 875.

Ho M, Lavery B, Pullar T. The Risk of Treatment. A Study of Rheumatoid Arthritis Patients Attitudes. 1998; *British Journal of Rheumatology*. 37:459-460.

Horne R. Compliance, Adherence, and Concordance: Implications for Asthma Treatment. *CHEST* 2006; 130:65-72.

Horne R. Patients Beliefs About Treatment: The Hidden Determinant of Treatment Outcome?. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47:6, 491-495.

Horne R, Weinman J, Barber N, Elliot R, Morgan M. Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking, Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation 2005; R & D (NCCSDO)

Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs About Medicines Questionnaire: The Development and Evolution of a New Method for Assessing The Cognitive Representation of Medication. *Psychology and Health* 1999; 14:1-24.

Horne R, Weinman J. Patient Beliefs About Prescribed Medicines and Their Role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47:6, 555-567.

Jokisalo E, Enlund H, Halonen P, Takala J, Kumpusalo E. Factors Related to Poor Control of Blood Pressure with Antihypertensive Drug Therapy. *Blood Pressure* 2003;12:49-55.

Kara B. Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007; 49:132-136.

Koneru S, Kocharla L, Higgins GC, Ware A. Adherence to Medications in Systemic Lupus Erythematosus. *Journal of Clinical Rheumatology* 2008; 14:4, 195-201.

Meriç M. Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi 2006; Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Miller DR, Simon LS. Farmakolojik Girişimler: Küçük Moleküller. İçinde: Dinç A, Editör. Romatizmal Hastalıklarda Klinik Tedavi. 3.baskı. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği; 2007; 227-235.

Mycek MJ, Harvey RA, Champe PC. In: Zergeroğlu S, Zergeroğlu AM. Editors. Farmakoloji. 2.baskı. Lippincott; 1998; 401-417.

Neame R, Hammond A. Beliefs About Medications: A Questionnaire Survey of People With Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology* 2005; 44:762-767.

Okçin F. Koroner Stent Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Hastaların Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi 2000; Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Partridge AH, Avorn J, Wang PS, Winer EP. Adherence to Therapy With Oral Antineoplastic Agents. *Journal of The National Cancer Institute* 2002; 94:9. 652- 661.

Rapoff AM. Management of Adherence And Rheumatic Disease in Children and Adolescents. *Best Practise & Research Clinical Rheumatology* 2006; 20:2. 301- 314.

Rapoff MA, Bartlett SJ. Çocuk ve Erişkinlerde Uyunc. In:Dinç A. Editors. Romatizmal Hastalıklarda Klinik Tedavi. 3.baskı. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği; 2007; 279-284.

Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient Compliance in Hypertension: Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs. Journal of Human Hypertension 2004; 18:607-613.

Ruddy S, Haris ED, Sledge CB, Sergent JS. Kelley's Textbook of Rheumatology 2001; 6th ed. W.B. Saunders Company.

Statistical Power Calculator: http://www.dssresearch.com/toolkit/spcalc/power_a2.asp. Erişim Tarihi: 18.06.2009.

Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Säljö R. Reasons for Adherence With Antihypertensive Medication. International Journal of Cardiology 2000; 76:157-163.

Tekin M. Romatoid Artritli Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ve Uyum Artırma Önerileri. Uzmanlık Tezi 2007; İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. İstanbul.

Treharne GJ, Lyons AC, Hale ED, Douglas KNJ, Kitas DG. Compliance Is Futile But Concordance Between Rheumatology Patients and Health Professionals Attainable?. Rheumatology 2006; 45:1-5.

Top C, Terekeci H. Romatoid Artrit Tedavisinde Hastalığı Modifiye Eden Anti-Romatizmal İlaçlar. Türkiye Klinikleri J. Med. Sci. 2008; 28:387- 398.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar 1999; 372-399.

Vermiere E, Hearnshaw H, Royen PY, Denekens J. Patient Adherence to Treatment: Three Decades of Research. A Comprehensive Review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics . 2001; 26:331-342.

World Health Organization. Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action. 2003; Geneva, Switzerland.

Wong M, Mulherin D. The Influence of Medication Beliefs and Other Psychosocial Factors on Early Discontinuation of Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs. Musculoskeletal Care 2007; 5:3. 148-159.

Yalçın M. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi 2006; Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

8. EKLER

EK1. GÖRÜŞME FORMU

Ad-Soyad:

Bireye İlişkin Özellikler

1- Yaş:.....

2- Cinsiyet : K E

3- Eğitim durumu: Okuryazar İlköğretim Orta öğretim Yüksek öğretim

4- Çalışma Durumu: Çalışıyor Çalışmıyor

5- Medeni Durum: Evli Bekâr

6- Sosyal Güvence: Var Yok

Hastalığa İlişkin Özellikler

7- Tanı:

8- Tanı Alma Zamanı:

9- Diğer Kronik Hastalıklar:

Tedaviye İlişkin Özellikler

10. DMARD tedavisini kullanma süresi:

11. Kullanılan İlaçlar (Reçete edilen)

İlaç adı:-----

Dozu: -----

Alma zamanı:-----

Sıklığı: -----

HASTALIĞI MODİFİYE EDİCİ İLAÇ (DMARD) TEDAVİSİNE UYUM

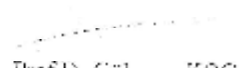
	Evet	Bazen	Hayır
Doktorun önerdiği ilacı içiyorum			
İlaçlarımı önerilen dozda (miktarında) alıyorum			
İlaçlarımı önerilen zaman aralığında alıyorum			
İlaçlarımı önerilen zamanda alıyorum (sabah-akşam, aç-tok)			
İlacım bittiğinde düzenlenmesi için doktora gidiyorum			
Herhangi bir nedenle ilacımı almadığım günler oluyor			

TEDAVİ İLE İLGİLİ ALGILAR

	Evet	Hayır
Sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamımı etkilediğini düşünüyorum		
İlaç kullanmama gerek olmadığını düşünüyorum		
İlaçların yan etkilerinin olacağını düşünüyorum		
İlaçların yan etkileri ile baş edemeyeceğimi düşünüyorum		
Sürekli ilaç kullanırsam bağımlı olacağımı düşünüyorum		
İlaçların yakınmalarımı (ağrı, sabah tutukluğu) azalttığını düşünüyorum		
Kullandığım ilaçların yararlı olduğunu düşünüyorum		
İlaçlarımı düzenli kullandığımda hastalığımın ilerlemeyeceğini düşünüyorum		

EK 2. ETİK KURUL İZİNİ



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI	
Sayı: B.30.2.DEU.0.82.00.00/533	Tarih: 14/03/2008
<p>Etik Kurul Üyeleri</p> <p>Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN (Başkan) Prof.Dr.Zöhal BAĞIACI (Başkan Yard.) Prof.Dr.Filizya OKUYUCU (Üye) Prof.Dr.Hesti ÜSTÜN (Üye)</p> <p>Etik Kurul Sekreteri Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÖRK</p>	<p style="text-align: center;">DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE</p> <p>Etik Kurulumuzun 14 Mart 2008 tarih ve 35/2/08 sayılı toplantısında, 302 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Hatice MERT'in danışmanlığını yürüten Dilek SEZGİN'in "Romatizmal Hastalıklarda Hastalığı Modifiye Edici İlaç Tedavisi Alan Bireylerin Tedaviye İlişkin Algılarının Uyuma Etkisi" konulu tez önerisinin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p style="text-align: right;"> Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN Etik Kurul Başkanı</p>

EK 3. KURUM İZİNİ



TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

04.04.2008-063462

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.70.10.00-
KONU :

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlg: 19.03.2007 tarih ve 914 sayılı yazınız.

Yüksek lisans programı öğrencisi Dilek SEZGİN ve Yrd.Doç.Dr.Hatice MERT'in 01.04.2008-30.06.2008 tarihleri arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalında uygulama yapması uygun görülmüştür.

Araştırma sonuçlarında kurum ismi kullanmadan ve araştırma sonuçlarının tarafımıza bildirilmesinin sağlanması hususunda gereğini bilgililerinize arz ederim.

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi : 04.04.2008
Kayıt No : 1184
Dosya No :

Prof.Dr.Sedef GÜDENER
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 Inciraltı İZMİR
Tel: (90) 232 412 23 26 Faks: 490 (232) 259 97 23
E-posta: sekiz@deu.edu.tr Elektronik ağı: www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için iritibat: A. ÖZ