T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

ROMATOİD ARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİT TANISI ALMIŞ BİREYLERDE HASTALIK ALGISI, İLACA UYUM DAVRANIŞI VE SAĞLIK SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER: ÖZ DÜZENLEYİCİ MODEL AÇISINDAN BİR İNCELEME

ESİN TEMELOĞLU ŞEN

Tez Danışmanı
DOÇ. DR. ÖZLEM SERTEL BERK

II. Tez Danışmanı
Prof. Dr. DİLŞAD SİNDEL

İstanbul-2019

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı	: ESİN TEMELOĞLU ŞEN	**Numarası**	: 2502140238
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı	: PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI	**Danışmanı**	: DOÇ.DR.ÖZLEM SERTEL BERK
Tez Savunma Tarihi	: 21.06.2019	**Saati**	: 14:00
Tez Başlığı	: "ROMATOİD ARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİT TANISI ALMIŞ BİREYLERDE HASTALIK ALGISI, İLACA UYUM DAVRANIŞI VE SAĞLIK SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER: ÖZ DÜZENLEYİCİ MODEL AÇISINDAN BİR İNCELEME"		

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin **50. Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜNE** ÖYBİRLİĞİ / OY~~ÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
PROF.DR.GÜLER BAHADIR		Kabul
PROF.DR.SEVİM CESUR		Kabul
DOÇ.DR.ÖZLEM SERTEL BERK		Kabul
DOÇ.DR.AYLİN REZVANİ		Kabul
DR.ÖĞR.ÜYESİ SENA TOLU		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
DR.ÖĞR.ÜYESİ AYŞE ELİF YAVUZ SEVER		
DR.ÖĞR ÜYESİ AYŞENUR AKTAŞ		

Versiyon: 1.0.0.2-64659050-302.14.06

Scanned by CamScanner

ÖZ

ROMATOİD ARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİT TANISI ALMIŞ BİREYLERDE HASTALIK ALGISI, İLACA UYUM DAVRANIŞI VE SAĞLIK SONUÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER: ÖZ DÜZENLEYİCİ MODEL AÇISINDAN BİR İNCELEME

Esin TEMELOĞLU ŞEN

Romatoid Artrit (RA) ve Ankilozan Spondilit (AS) hastaları için kritik bir sağlık davranışı olan ilaç uyumuna etki eden psikososyal bileşenlerin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu amaçla ortaya atılan Öz Düzenleyici Modelde (ÖDM) hastalık algısı ve ilaç uyumu arasındaki ilişkide ilaca ilişkin inançların aracılık rolü incelenmektedir. Bu çalışmada da öncelikle ilaç uyumunda ÖDM'nin RA ve AS hastalarına uygunluğunun test edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın bir diğer amacı kapsamında ise, birinci amacı ele almak için belirlenen ÖDM'ye hastanın sağlık sisteminden beklentisinin ürünü olan hasta memnuniyetinin etkisi değerlendirilmiştir. Ayrıca, çalışmada belirlenen sağlık davranışı olan ilaç uyumunun yordadığı değişken olarak psikolojik durum da oluşturulan modele eklenmiştir. Bu bağlamda ilaç uyumunda ÖDM'nin yordayıcı ve yordanan değişkenleri de ele alınmak suretiyle bu çalışmada öne sürülen Genişletilmiş Öz Düzenleyici Modelin (GÖDM) belirlenen örneklem üzerinde ne denli açıklayıcı gücü olduğu sınanmıştır.

Çalışmaya RA ve AS tedavisi gören ve 18-65 yaş aralığında, araştırmanın içleme ve dışlama kriterlerine uyan 112 RA ve 110 AS hastası katılım göstermiştir. Çalışmaya katılan hastaların hastalık algısını değerlendirmek için Kısa Hastalık Algısı Ölçeğini (KHAÖ), ilaca dair düşüncelerinin değerlendirilmesi amacıyla İlaçlar Hakkında İnançlar Anketini (İHİA), ilaç uyumunu değerlendirmek için İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeğini (İUBÖ), hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla Hasta Memnuniyeti Kısa Değerlendirme Formunu (HMKD), katılımcıların psikolojik durumlarını değerlendirmek amacıyla Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları (HSÖ-SADS) ve yaş, eğitim, gelir düzeyi ve

klinik özellikleri gibi bilgilere ulaşabilmek için ise Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formunu doldurmaları istenmiştir. Çalışmanın uygulama kısmına geçilmeden önce gerekli etik izinler alınmıştır.

Öncelikle yapılan betimsel analizlerle katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Daha sonrasında çalışmanın amaçları bağlamında yapılan yapısal eşitlik modellemelerinde araştırmanın birinci amacının doğrulandığı ancak ikinci amacının kısmen doğrulandığı görülmüştür. İkinci amaç kapsamında ele alınan hasta memnuniyeti ve psikolojik durum ilişkisinin ilaç uyumunda ÖDM aracılığıyla değil doğrudan kurulduğu bulgulanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular alandaki diğer çalışmalarla karşılaştırılarak ele alınmıştır. Ayrıca, çalışmanın klinik sağlık psikoloji paradigması açısından önemine yer verilmiştir. Bunun yanında çalışmanın bulgularının RA ve AS hastalığının tedavisinde biyopsikososyal müdahaleler oluşturmaya rehber niteliğinde olduğu ve uygulamaya dönük öneriler barındırdığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İlaç Uyumu, Hastalık Algısı, Hasta Memnuniyeti, İlaca İlişkin İnançlar, Psikolojk Durum, Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEPTION OF ILLNESS AND HEALTH OUTCOME IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND ANKYLOSIS SPONDYLITIS: A STUDY ON SELF-REGULATORY MODEL

Esin TEMELOĞLU ŞEN

It is very important to evaluate psychosocial components which influence in medication adherence that is critical health behavior for RA and AS patients. Therefore, the mediator role of beliefs of medicines between illness perception and medication adherence relationships are studied in the Self Regulatory Model (SRM). Firstly in this study, it is aimed to test appropriateness of SRM in medication adherence for RA and AS patients. Another purpose of the study is to evaluate the effect of patient satisfaction, which is the product of the expectation of patients from the health care system, in the SRM in medication adherence. Besides, the psychological status, which is predicted by the medication adherence that is determined as health behavior, is also added to model. In this respect, the explanation power of the Expanded Self Regulatory Model (ESRM) on the sample is examined by means of addressing predictor and predicted variables of SRM.

This studies' sample consists of 112 RA and 110 AS patients who were treated to medicines and whose age are between 18-65 years. The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) which was used to evaluate the illness perception, The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) to evaluate the thoughts about the medication, the Medication Adherence Report Scale to assess the adherence behavior of the patients, to evaluate the psychological status of the participants using Patient Health Questionnaire-Somatic Anxiety and Depression (PHQ-SAD), the Sociodemographic and Clinical Information Form in order to gain age, education, income level, and clinical characteristics are asked to fill out by patients. The necessary ethical permits were obtained before the implementation part of the study.

First of all, it is defined by descriptive analyses that socio-demographic traits resemble other studies in the literature. Then, it has occurred that the first aim of the study is verified, and second aim of the study is comparatively verified in the structural equation modellings that are set in the context of studies aim. It is discovered that patient satisfaction and psychological status are directly related to medication adherence, not by means of SRM.

Findings in the study are handled by comparing other studies in the field. Studies importance with respect of clinical health psychology' paradigm is also explained. Besides that, it is seen that the findings of the study are a kind of guide for generating biopsychosocial interference and includes applicable information for the treatment of RA and AS patient.

Keywords: Medication Adherence, Illness Perception, Patient Satisfaction, Beliefs about Medicines, Psychological Status, Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis.

ÖNSÖZ

Önümde uzun ve zorlu bir doktora sürecinin olacağını biliyordum doktoraya başlamadan önce. Ancak hiç şüphesiz bu kadar öğreneceğim, büyüyeceğim, değişeceğim ve gelişeceğim bir sürecin geleceğinden habersizdim. Bir öğleden sonra kapısını titreye titreye çaldığım Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'in beni programına ve ekibine kabul etmesinin neleri değiştirebileceğinden de habersizdim. Şimdi geçen 5 seneye ve bana kattıklarına bakıyorum her biri için minnet ve şükran doluyor içim.

Öncelikle karşısına oturup 'ben gerçek bir akademisyen olmak istiyorum' dediğim o günden bugüne ve ömrüm yettiği sürece öğrencisi olmaktan gurur duyacağım tez danışmanım Doç Dr. Özlem Sertel Berk'e, bana multidisipliner çalışmanın tılsımını hissettiren ve veri toplama sürecindeki desteğini asla unutamayacağım 2.tez danışmanım Prof. Dr. Dilşad Sindel'e, sadece akademisyenlik değil hoşgörü, şefkat, azim ve öğrenme arzusuyla beni büyüleyen Doç. Dr. Aylin Rezvani'ye, her tez izlememde yüreklendirici geri bildirimleriyle motivasyonumu arttıran, akademik bilgisini, kaynaklarını cömertçe açan ve paylaşan Prof. Dr. Sevim Cesur'a ne kadar teşekkür etsem eksik kalacak gibi… Ayrıca, tez jürimde yer alma ricamıza tereddütsüz olumlu yanıt veren hocalarım Prof. Dr. Güler Bahadır'a, Dr. Öğretim Üyesi Sena Tolu'ya, Dr. Öğretim Üyesi A. Elif Yavuz Sever'e ve Dr. Öğretim Üyesi Ayşenur Aktaş'a verdikleri değerli geri bildirimler için teşekkürü bir borç bilirim.

İstanbul Üniversitesi koridorlarına girdiğimden beri bir ekip olmanın işleri nasıl da kolaylaştırdığını hissettiren Klinik Sağlık Psikolojisi ekibi üyeleri Ayla, Nermin, Didem, Özge ve Zeynep'e; bu koridordaki her türlü zorluğu göğsümüzde yumuşattığımız canım iş arkadaşlarım başta Özgün, Kübra, Yasemin olmak üzere tüm İÜ Psikoloji bölümü araştırma görevlilerine, canım doktora ailem, ait olmaktan kıvanç duyduğum, her bir parçasıyla bir bütünün eşsiz ve ayrılmaz parçası olan sınıf arkadaşlarım Nuray, Buket, İrem, Duygu, Elit, Barış, Nermin ve Ayla bu 5 senedeki her türlü gelişimsel krizimde yanımda olduğunuz kalbinizi her daim açtığınız için sizlere çok ama çok teşekkür ederim..

Elbette annem ve babam.. Nasıl günlerden geçip bu günlere geldiğimi en iyi siz biliyorsunuz. Her türlü iniş ve çıkışlarımda elimi hiç bırakmadığınız, hala ders çalışırken meyvemi soyup getirmeyi düşünecek kadar desteğinizi hiç esirgemediğiniz, varlığınız için sadece şükran ve minnet duyabilirim. Eğer ortada bir başarı varsa bunun mimarı sizsiniz! Canım kardeşim Barış'ım senin ablan olmak hep çok gurur verici iyi ki varsın, senden yeni şeyler öğrenmek çok heyecan verici…

İlişkimizin 3.ayından beri benimle önce yüksek lisans sonra doktora eğitiminde, ödevlerde tezlerde işlerde güçlerde savrulan eşim, canım.. Yıllar geçiyor ve biz birbirimize destek olmayı daha da iyi öğreniyoruz sanırım. Her zorluğumda yanımda olduğun, verebileceğin hiçbir desteği esirgemediğin, tezin her aşamasındaki derdimi sabırla dinlediğin ama en çok da varlığın için çok teşekkür ederim. Sen varken hayattaki her zorluk daha baş edilebilir geliyor. Biz birlikteyken hallolmayacak şey yok gibi.. 29.05.15 tarihinde hayatıma girmeye karar veren, doktora sürecimin ana aktörü, önce içimde sonra kucağımda en son da yanı başımda olan can oğlum Ömerim Metem.... Beni anne yaptığın, hayatıma girip sihirli değneğinle tüm bakış açılarımı değiştirdiğin, küçücük halinle ve delici bakışlarınla bana kendime bakma cesareti verdiğin, doktoranın her aşamasındaki sabrın ve desteğin için sana minnettarım. Doğumundan tam da 4 sene sonra tamamına eren bu tez senin desteğin olmasaydı asla tamamlanamazdı. Şu hayatta en keyif aldığım şey seninle vakit geçirmek, arta kalan zamanlarda yaptığım işlerin tamamında adı geçmeyen gizli kahramanım olacaksın. Varlığına her gün şükrediyorum canım oğlum. Son olarak, akademisyenlik, ev içi ve annelik görevlerimde beni her zaman destekleyen hep yanımda olan Ömer'in anneanne ve babaneleri, siz benim kurtarıcı meleklerimsiniz! Yardım çığlıklarımı duyan ve yaşasın kadın dayanışması dedirten kalbi annelik ateşiyle yanan canım annelerim iyi ki varsınız.

Esin TEMELOĞLU ŞEN

MAYIS, 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZ iii
ABSTRACT v
ÖNSÖZ vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xiiii
ŞEKİLLER LİSTESİ xiii
KISALTMALAR LİSTESİ xiviv
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR

1.1.Sağlık Psikolojisi ve Kronik Fiziksel Hastalıklar 14
1.1.1. Romatoid Artrit 16
1.1.1.1. Tıbbi Açıdan Romatoid Artrit 17
1.1.1.2. Romatoid Artirit Hastalığının Tedavisi 20
1.1.2. Ankilozan Spondilit 23
1.1.2.1. Tıbbi Açıdan Ankilozan Spondilit 24
1.1.2.2. Ankilozan Spondilit Hastalığının Tedavisi 27
1.2. İlaç Uyumu 29
1.2.1. İlaç Uyumunun Ölçümü 33
1.2.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarında İlaç Uyumu 34
1.3. Öz Düzenleyici Model 37
1.3.1. İlaç Uyumunda ÖDM: Hastalık Algısı 40
1.3.1.1. Hastalık Algısının Ölçümü 45
1.3.1.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarında Hastalık Algısı 47
1.3.2. İlaç Uyumunda ÖDM: İlaca Yönelik İnançlar 50
1.3.2.1. İlaca Yönelik İnançların Ölçümü 52
1.3.2.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarının İlaca Yönelik İnançları 54
1.3.3. İlaç Uyumu ve Öz Düzenleyici Model İlişkisi 57

1.4. İlaç Uyumunda Öz Düzenleyici Modelin Yordayıcıları 61
1.4.1. Hasta Memnuniyeti 62
1.4.1.1. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi 65
1.4.1.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarında Hasta Memnuniyeti 67
1.5. İlaç Uyumunda Öz Düzenleyici Model: İlaç Uyumunun Sonuçları 700
1.5.1. Duygusal Sağlık Sonuçlarının Ölçümü 721
1.5.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarının Duygusal Sağlık Sonuçları 733
1.5.3. Psikolojik Zorlanmalara Etki Eden Faktörler: İlaç Uyumunda Öz Düzenleyici Model ve Hasta Memnuniyeti 755
1.6. Amaç ve Hipotezler 79

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar 843
2.2. Veri Toplama Araçları 854
2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu 865
2.2.2. Öz Düzenleyici Modelin Değerlendirilmesi 865
2.2.2.1. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) 865
2.2.2.2. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA) 887
2.2.2.3. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ) 89
2.2.3. Öz Düzenleyici Modelin Yordayıcı Değişkeninin Değerlendirilmesi 910
2.2.3.1. Hasta Memnuniyeti Kısa Değerlendirme Formu (HMKD) 910
2.2.4. Öz Düzenleyici Modelin Sonuçlarının Değerlendirilmesi 932
2.2.4.1. Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları (HSÖ-SAD) 932
2.3. İşlem 954
2.4. Verilerin Analizi 965

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Betimsel İstatistikler 987
3.2. Araştırmanın Temel Amaçlarına Yönelik Araştırma Sorularının Sınanması . 1032

3.2.1. Değişkenler Arası İlişkiler 1054
3.2.2. Modelin Sınaması 1098
3.2.2.1. Birinci Amaç Doğrultusunda: İlaç Uyumunda Öz Düzenleyici Modelin Test Edilmesi 11009
3.2.2.1.1. Ölçme Modeline İlişkin Sonuçlar: 1121
3.2.2.1.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi 1143
3.2.2.1.3. Yeni Modele İlişkin Ölçüm Modeli Sınama Sonuçları 1165
3.2.2.1.4. Yeni Yapısal Modelin Test Edilmesi 12019
3.2.2.2. İkinci Amaç Doğrultusunda: Genişletilmiş Öz Düzenleyici Modelin Sınanması 12120
3.2.2.2.1. Ölçme Modeline İlişkin Sonuçlar 1210
3.2.2.2.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi 1254
3.2.2.2.3. Alternatif Yapısal Modelin Test Edilmesi 1265

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ

4.1. Çalışmanın Sosyodemografik ve Klinik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi ... 13127
4.2. Araştırmanın Birinci Amacı Kapsamında: Öz Düzenleyici Modelin Değerlendirilmesi 14140
4.3. Araştırmanın İkinci Amacı Kapsamında: Genişletilmiş Öz Düzenleyici Modelin Değerlendirilmesi 1476
4.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları 1576
4.5. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Klinik Sağlık Psikolojisi Alanına Yönelik Öneriler 1632
KAYNAKÇA 1686
EKLER **195**
ÖZGEÇMİŞ **207**

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcılara Ulaşılan Yerlerin Dağılımı 84
Tablo 2: Örneklemin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Hastalık Özelliklerinin Tanı Gruplarına Göre Tanımsal İstatistikleri 100
Tablo 3: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Katılımcıların Tanı Gruplarına Göre t Testi Sonuçları..... 103
Tablo 4: Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler 104
Tablo 5: Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ile Değişkenlerin Aritmetik Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Katsayıları..... 108
Tablo 6: Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler 112
Tablo 7: Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri..... 113
Tablo 8: Revize Edilmiş Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri 113
Tablo 9: Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri 114
Tablo 10: Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri..... 116
Tablo 11: Modifikasyon Sonrası Ölçüm Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri..... 117
Tablo 12: Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri 120
Tablo 13: Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri..... 122
Tablo 14: Modifikasyon Sonrası Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri..... 122
Tablo 15: Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri 125
Tablo 16: Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri 127

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Öz Düzenleyici Model 39
Şekil 2: Genişletilmiş Öz Düzenleyici Model 81
Şekil 3: Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler 104
Şekil 4: Birinci Amaç Doğrultusunda Oluşturulan Modelin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenleri 111
Şekil 5: Yapısal Modele İlişkin T Değerleri 115
Şekil 6: Araştırmanın Birinci Amacı Çerçevesinde Oluşturulan Yeni Model 116
Şekil 7: Ölçüm Modelinin Tahmin Değerleri 118
Şekil 8: Ölçüm Modeline İlişkin T Değerleri 119
Şekil 9: Yeni Yapısal Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri 121
Şekil 10: Ölçüm Modelinin Tahmin Değerleri 123
Şekil 11: Ölçme Modeline İlişkin T Değerleri 124
Şekil 12: Yapısal Modele İlişkin T Değerleri 126
Şekil 13: Yapısal Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri 127
Şekil 14: Genişletilmiş Öz Düzenleyici Model 130

KISALTMALAR LİSTESİ

RA **:** Romatoid Artrit

AS **:** Ankilozan Spondilit

ÖDM **:** Öz Düzenleyici Model

GÖDM **:** Genişletilmiş Öz Düzenleyici Model

KHAÖ **:** Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

İHİA **:** İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi

İUBÖ **:** İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği

HMKD **:** Hasta Memnuniyeti Kısa Değerlendirme Formu

HSÖ-SADS: Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları

GİRİŞ

Zaman içerisinde her toplum, sağlığı ve hastalığı açıklamak dahası tedavi etmek için farklı yollara başvurmuştur. Eski zamanlarda insanlar hastalıklara şeytanların ya da kötü ruhların sebep olduğunu düşünürdü. Bir başka görüşe göre de hastalıklar ilahi gücün cezalandırma aracı olarak kullanılmaktaydı. Tedavide ise şifacılar, din adamları, büyücüler görev almaktaydı. Antik Yunan'da yavaş yavaş bedensel değişimlerin sağlığı etkilediği ile ilgili bilgiler elde edilse de Hipokrat'a kadar tam olarak bedensel değişimlerin sağlık üzerindeki etkisi dikkate alınmamaktaydı. Hipokrat'a göre beden ve ruh sağlığı için hormonlar ve kan, sarı safra, kara safra ve balgamdan oluşan 4 sıvı arasındaki dağılımın dengeli olması gerekmektedir. Bu dengenin korunması için kişinin uygun bir egzersiz planının, yeterli dinlenme zamanlarının, iyi bir diyet programının ve aşırılıklardan kaçacak yaşam tarzının olması gerektiği belirtilmektedir (Veith, 1993). Hipokrat'ın etkisi büyük bir zaman tıp dünyasında etkisini sürdürse de Orta Çağ'ı yaşayan Avrupa'daki din adamlarının etkinliğinin artmasıyla hastalıklara yönelik tinsel açıklamalar tekrar gündeme gelmiştir. Tedavide tekrar din adamları görev almaya başlamıştır (Straub, 2014).

Rönesans döneminin gelişi pek çok açıdan bir milat olmuştur. Mikroskop gibi hücrelerin detaylı incelenmesine olanak sağlayan bir aletin Anton van Leeuwenhoek (1632-1723) tarafından keşfi, otopsi çalışmaları, patoloji biliminin gelişmesi gibi sağlık alanında atılan önemli adımlarla hastalığa sebep olan fiziksel faktörler daha doğru değerlendirilebilmiştir. Ayrıca bu dönemde modern anlamda cerrahi müdahaleler denenmeye başlanmıştır (Sayek, 1989). Bu dönemde pek çok bilim adamı ve filozof bu ilerlemelere öncülük etmiştir. Ancak Rönesans döneminin düşünce iklimini de etkileyen Fransız matematikçi ve filozof Descartes'ın (1596-1650) bedenselliğe ve ruhsallığa yaptığı açıklamalara burada ayrıca değinilmesi gerekmektedir. Descartes'e göre beden bir makine gibi incelenmelidir. Tüm basit refleksler mekanik modellemelerle açıklanmalı ve hastalıklar makinelerdeki bozulmalar gibi değerlendirilmelidir. Tedavide ise doktorlar bir mühendis gibi sorunu tespit edip çözüm bulmalıdır. Descartes'in teorisi beden-zihin düalizmi

(ikiliği) adı ile de bilinmektedir. Teori, insan doğasının beden ve zihin adı verilen birbirinden ayrı iki yapıdan oluştuğu temeline dayanmaktadır. Bu yapıların birbirinden özerk süreçler sürdürdükleri, birbirleri ile minimum düzeyde iletişimde ve birbirinden farklı nedensellik yasalarına bağlı oldukları savunulmaktadır. Descartes ve diğer Rönesans düşünürleri mistisizmi ve onun etkilerini tamamen silmeyi hedeflemişler ve zihnin beden üzerindeki etkisi fikrine şiddetle karşı çıkmışlardır. Bu zamanlarda "biyopsikososyal" bakış açısıyla değerlendirildiğinde eksiklikleri oldukça fazla olan bu teori, uzun zaman bilim dünyasını etkilemiş ve "tıp" dünyasındaki gelişimin önünü açmıştır. Bunun yanında sağlık ve hastalık kavramlarını açıklamak üzere geliştirilen biyomedikal modelin de düşünsel arka planını oluşturmuştur (Straub, 2014).

Biyomedikal modelde zihnin bedensel fonksiyonlara etki edemeyeceği, çünkü zihin ile bedenin birbirinden ayrı yapılar olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında zihinsel yapıların değerlendirilmesinin imkânsız olması sebebiyle gözle görülebilen bedensel parametrelere odaklanılmasının daha doğru olacağı vurgulanmıştır (Straub, 2014). Biyomedikal modele göre hastalık, bedensel sistemlerde fiziksel değişiklikler yaratan virüsler ya da mikroplardan kaynaklanır. Zihinsel/ruhsal/psikolojik durumların hastalık ya da hastalık sürecine herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Biyomedikal model 300 yıldan fazla süre sağlık ve hastalık araştırmalarında betimsel parametrelerin oluşturulmasına yardımcı olmuştur. Ancak bu model bir süre sonra hastalık sürecine ve yaşantısına vurgu yapmaması sebebiyle sağlıklılığın bütünsel ele alınışını zorlaştırmıştır. Bu durum tedavide de bazı zorluklarla karşılaşılmasına sebep olmuştur. Bu nedenle hastalık ve sağlığı tanımlamada yeni modellere ihtiyaç duyulmuştur (Albery ve Munafò, 2008).

Psikosomatik tıp işte böyle bir ihtiyacın üzerine kurulmuş ve gelişmiştir. Biyomedikal modelin biyolojik bakışın tekliğine dair yaptığı atıflara rağmen bazı insanların hiçbir fiziksel neden olmaksızın tıpkı nörolojik bozukluğa benzer semptomlar gösterdikleri, örneğin kolları ya da bacaklarını ansızın hissetmeme şikayeti ile uzmanlara başvurdukları görülmüştür. Fiziksel bir neden bulunamayan bu hasta grubuna fizyolojik sistemi düzenleme amaçlı uygulanan tedaviler de fayda

gösterememiştir. Daha sonrasında "histerik felç" olarak da tanımlanan bu durumları aydınlatmak için pek çok araştırmacı çalışmıştır. Ancak, psikosomatik tıp Freud ve Breuer'in histeri üzerine yaptıkları çalışmalar ile gelişmiştir. Özellikle Freud'un Anna O. adını verdiği vakasında bilinç dışı duygusal çatışmalar sebebiyle ortaya çıkan fiziksel semptomlara dair detaylı incelemesi bedensel semptomların ruhsal açıklamalarına dair öncü bir metin olmuştur (Albery ve Munafô, 2008).

1940'ların ortalarında Franz Alexander bireylerin psikolojik çatışmalarının spesifik hastalıklara sebep olduğuna dair çalışmalar yapmıştır. O zaman da kesin bir nedeni bulunamayan romatoid artrit hastalığı üzerine kuramını şekillendiren Alexander, bu hastalık üzerindeki psikolojik faktörlerin altını çizmiştir. Alexander'a (1950) göre her fiziksel hastalığın altında çözümlenmemiş psikolojik bir çatışma yatmaktadır; örneğin öfkesini bastırma eğilimli, duygusunu ifade edemeyen "romatoid kişilik"li bireylerin artrit geliştirme eğilimleri yüksek olmaktadır. Alexander ruh anlamına gelen psike ve beden anlamına gelen soma kelimelerinden oluşan psikosomatik tıbba yönelik çalışmaların yaygınlaştırılmasına, dergilerin yayınlanmasına destek vermiş ve bu şekilde hipertansiyon, baş ağrısı, migren, ülser, tiroid ve bronşit astım gibi pek çok hastalığın psikosomatik tıp çerçevesinde değerlendirilmesini sağlamıştır (Straub, 2014). Ciddi bir zamanda tıp ve psikoloji dünyasını etkisi altına alan bu kuram, deneysel verilerle desteklenemediği için zaman içerisinde bilimsel dünyadaki etkinliğini yitirmiştir. Ancak bu kuram biyolojik faktörlere psikolojik ve sosyal değişkenlerin etkisinin ele alındığı ilk model olması bakımından oldukça önemlidir (Albery ve Munafô, 2008).

Güncel hastalık ve sağlık tanımlarımıza en fazla etkisi olan model ise biyopsikososyal modeldir. Bu modele göre biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçler hastalığın öncesinde, sürecinde ve tedavisinde eş değer olarak etkilidir ve birbirilerini etkilemektedir. Bu modelin en büyük katkısı, hastalık sürecinin bütünsel olarak ele alınmasının gerekliliğine yaptığı vurgudur. Modelin oluşumunda Engel'in (1959) yayınladığı "Ağrıya Yatkın Hastalar" makalesinin önemli katkıları bulunmaktadır. Engel (1959) makalesinde öncelikle klinik deneyiminde gördüğü ağrılı hasta

profillerini tanımlamış ve ardından hastalığın ele alınmasında eksik gördüğü alanları toplam 6 başlıkta değerlendirmiştir:

1. Hastaların biyokimyasal farklılıkları hastalığı açıklamada yetersiz kalabilmektedir, aynı anomalide benzer ağrının görülmediği durumlar da mevcuttur.
2. Doktorlar hastalığı ele almada sadece laboratuvar testlerine bağlı kalmamalı hastaları etkileyen psikolojik, kültürel ve sosyal değişkenler de ele alınmalıdır.
3. Hastalığın oluşumunda ve sürecinde kişinin içinde yer aldığı sosyal çevreye yönelik verdiği psikofizyolojik tepkiler etkilidir.
4. Hastanın içinde bulunduğu sosyal ve psikolojik durum tedaviye yönelik değerlendirmelerini de etkilemektedir.
5. Tedavide sadece biyokimyasal değişkenlerin ele alınması yeterli değildir; tedavinin başarıyla sonuçlanması için psikososyal etkenler de araştırılmalıdır.
6. Hastalığın tedavisinde hasta ve hekim ilişkisinin iyi kurulmuş olması oldukça önemlidir (Engel, 1959).

Engel makalesinde biyomedikal modelin katkılarının asla reddedilemeyeceğini ancak modelin hastalığın ele alınışında psikolojik, sosyal ve kültürel etmenleri eksik bıraktığını ifade etmiştir. Kendisi aslında bir psikosomatik tıp ekolü savunucusu olan Engel, her ne kadar bilinç dışı çatışmalar ve erken dönem travmalara vurgu yapsa da en mikro düzlem olan aileden makro düzeydeki toplumsal değişimlere kadar tüm travmatik deneyimlere ve bireylerin bu travmatik olayları değerlendirme stillerine vurgu yapması sebebiyle (Engel, 1959) biyopsikososyal modeli kapsamlı bir şekilde ele alan ilk araştırmacı olmuştur.

Biyopsikososyal model, sağlık ve hastalık yaşantılarını etkileyen faktörlerin birbiriyle etkileşim halinde olduğunu ve bu nedenle ‘gerçek’ nedensel yapının tek bir durumdan oluşmayacağını savunmaktadır. Bunun yanında model hastalığa sebep olan faktörlerin engellenmesi ve bireylerin hastalıktan korunması için müdahaleleri de ele almaktadır. Bu özelliği bakımından biyopsikososyal model ile ilk defa “koruyucu sağlık müdahaleleri”nin altı çizilmiştir (Albery ve Munafô, 2008). Bu

bakış açısı sağlığın sürdürülebilmesi amacıyla insanların yaşam biçimlerini değiştirecek davranış kalıpları öğrenmesi ve hastalıkların önlenmesinde aktif görev alması fikrinin oluşumuna zemin hazırlamıştır. Davranışçı tıbbın etkisinin artması ve tedavinin sadece aktif dönemde değil önleyici ve koruyucu hizmetleri de kapsamasının gerekliliği fark edildikçe günümüz sağlık tanımına yönelik önemli adımlar atılmaya başlanmıştır (Ogden, 2004). Biyopsikososyal değerlendirmeler tarihsel açıdan bakıldığında Hipokrat'tan beridir literatürde yer almakta ancak zaman içerisinde etkisini yitirdiği, kapsamının tam olarak tanımlanmasının 90'ların ortalarını bulduğu görülmektedir.

Biyopsikososyal model bugün 'sağlık psikoloji'si olarak adlandırılan alanın temellerinin atılmasına yardımcı olmuştur. Modelde yer alan, hastalığın bir yaşantı olarak ele alınması ve sadece tedavi değil sağlıklılığın devamlılığın sağlanılması vurgusu (Engel,1959) sağlık psikolojisinin genel çatısının oluşumuna katkı sağlamıştır. 1978 yılına gelindiğinde Amerikan Psikologlar Birliği'nce (APA) ilk defa "sağlık psikolojisi" alanının tanımlandığı görülmektedir. "Sağlık psikolojisi, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine, hastalığın önlenmesine ve tedavisine, sağlık ve hastalık ve ilgili fonksiyon yitiminin etiyolojik ve tanısal korelasyonlarının belirlenmesine yönelik özel eğitim, bilimsel ve profesyonel katkıların ve sağlık sisteminin analizi ve iyileştirilmesi ve sağlık politikası oluşumunun toplamı" şeklinde psikoloji disiplininin alt alanı olarak tanımlanmaktadır (Matarazzo, 1980). Matarazzo'nun önderliğinde yapılan tanımda sağlık psikolojisinin adeta bir şemsiye olarak sağlığın her alanında yaşanan psikososyal süreçlerin sağlık psikolojisinin aktif çalışma alanı olduğuna dikkat çekilmektedir (Albery ve Munafô, 2008). 1993 yılında ise APA tarafından "klinik sağlık psikolojisi" ilk defa sağlık psikolojisinin alt alanı olarak tanımlanmıştır (Belar ve Deardoff, 1995). Sağlığın bütünsel ele alımının öneminin anlaşılması sonucunda, Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını tekrar gözden geçirmiştir. Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tümden iyi olma hali olarak tanımlanmıştır (WHO, 1995).

Matarazzo (1982) sağlık psikolojisini ve psikolojideki yeni akımları ele aldığı makalesinde sağlık psikolojisini "yeni, disiplinlerarası (interdisciplinary), alt

uzmanlık. Özellikle sağlığın korunması ve şu anda sağlıklı olan kişilerde de hastalığın ve yeti yitiminin önlenmesi ile ilgili….” şeklinde açıklamıştır. Matarazzo henüz sağlık psikolojisinin kurulma aşamasında bu alanın birden çok disiplinli çalışma doğasının olacağına vurgu yapmıştır. Ancak zamanla Matarazzo’nun açtığı yolda ilerlemeler olmuş ve sağlık psikolojisinin disiplinlerarası (interdisciplinary) doğasının ötesinde çoklu disiplinli (multidisciplinary) bir uygulama alanını içerdiği vurgulanmıştır. Bir başka deyişle sağlık psikolojisinin ele aldığı kavramların, farklı farklı birçok disiplinin ortak çalışma ve uygulama alanını barındırdığı görülmüştür. Dahası, bu kavramların ele alınışının, değerlendirilmesinin ve tedavi/çözüm planının da çoklu disiplinli olması gerektiği savunulmaktadır (Freedland, 2017).

Disiplinlerarası ve çoklu disiplinli ekip çalışmaları tedavi sürecinde tek bir paradigmanın değil birden çok bakış açısının etkin rol oynamasına olanak sağlamaktadır. Her ikisi de birden çok disipline vurgu yapsa da aralarında bazı farklar bulunmaktadır (Körner, 2010). Çoklu disiplinli yaklaşım hastanın şimdiki durumu ve gelecekteki durumuna dair ekip içerisindeki her bir uzmanın kendi görüşünü paylaştığı ve tüm bunların hastanın olmadığı bir ortamda yapıldığı ekip çalışması türüdür. Disiplinlerarası yaklaşım ise, farklı uzmanların görüşlerinin tek bir düşünceye entegre edilmesi ve müdahalenin o anda orada olan hastaya uygulanması sürecine verilen isimdir (Jessup, 2007). Her iki yaklaşımın da uygulamada farklı artıları olsa da birinin diğerine üstünlüğünü gösteren çalışmalar bulunmamaktadır (Körner, 2010). Ancak psikolojinin çoklu disiplinli ekip çalışması ruhuna daha uygun olacağı düşünülmektedir (Freedland, 2017). Bütünsel bakış açısı öncelikle ağrı kliniklerinde ortaya çıksa da zamanla kronik ve akut hastalıkların ele alınışında ve tedavi planlamasında uygulanmıştır. Hala multidisipliner çalışmaların sayısı yeterli sayıya ulaşamasa da kronik hastalıkların ele alınmasında ve tedavisinde biyopsikososyal bakış açısı her geçen gün etkisini arttırmaktadır (Kaplan, 2009).

Tıp alanında yapılan çalışmalarla insanların sağlıklılık hallerinin arttırılması adına pek çok ilerleme kaydedilmiştir. Tüm bunlara rağmen modern çağın en önemli sorunlarından birisi kronik fiziksel hastalıklardır. Pek çok hastalığın patofizyolojisine yönelik bilgilerin artması yalnızca bireylerin yaşam süresini uzatmakta faydalı

olabilmiştir. Ancak bireylerin tamamen sağlığına kavuşamadığı pek çok hasalık halen daha vardır (Ayers ve ark., 2007). Bu nedenle uzun süren hastalık yaşantısının biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele alınması önemlilik arz etmektedir. Kronik hastalıkların, başlangıç, seyir ve tedavi olmak üzere tüm süreçleriyle biyopsikososyal bakış açısında ele alınması gerekliliği dikkat çekmektedir (Belar, Deardoff, 1995). Oysa zaman içerisinde biyopsikososyal yaklaşıma dair vurgusu artmasına rağmen uygulamada pek çok kronik hastalığın tedavisindeki temel paradigmanın biyomedikal model olması göze çarpmaktadır. Bu model hastalığın nedenini bedeni oluşturan anatomik parçalarla açıklamaktadır. Tedavide farmokoterapi ve teknolojik yardımlar kullanılmaktadır. Bununla birlikte sadece farmakoterapide dahi, doktorların verdiği ilaçlara hastaların uyum gösteriyor olması kritik önem taşımaktadır. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerde ilaç uyumunun dikkate değer bir kavram olduğu görülmektedir (Larsen ve Lubkin, 2013).

İlaç uyumu, hastanın ilaçlarının reçete edilme, ilaçlarına başlama (ilk dozun alınacağı zamanlama), devam etme (kullanıldığı zaman içerinde her dozun alınma özellikleri) ve ilaçlarını sonlandırma (ilacı almayı bırakma) sürecine yönelik değerlendirmelerinin bütününe verilen isimdir. Bunun yanında aslında başlı başına biyopsikososyal bileşenlerin bütününü kapsayan bir süreçtir. Hastaların tıbbi tedaviden yarar sağlamasının en temel şartı ilaç uyumunun gerçekleşmesidir (Ruppar ve ark., 2015). Dolayısıyla kronik hastalığı olan bireylerde ilaç uyumu, hastalığın tedavisi ve semptomların kontrolü için önemli bir sağlık davranışı olmaktadır. Kişilerin verilen ilaca uyum gösterip göstermemesi hastalığın seyrini etkilemektedir. Bunun yanında, ilaç uyumsuzluğu ülkelerin milli gelirine ciddi bir yük oluşturup kaynakların boşa harcanmasına sebep olmaktadır. Ülke ekonomisine ciddi bir etkisi olan ilaç harcamaları göz önüne alındığında, ilaçların uygun kullanılmasının global ve bireysel ölçekte faydalı olduğu görülmektedir. İlaç uyumsuzluğunun bir diğer sonucu ise, kişilerin sağlıklı olma şanslarını ellerinden kaybetmesi ve hastalanma ile ölümlülük oranlarının artması olmaktadır (Horne ve ark, 2013; Van Mierlo, Fournier ve Ingham, 2015). Öte yandan ilaç uyumunun değerlendirilmesinde farklı görüşler bulunmaktadır. Kimi çalışmacılar ilacın %80 ve üzerinde kullanımını uyumlu olarak nitelemekte, kimileri ise ilaç alımının en az %95 olması gerektiğini savunmaktadır.

Bazı çalışmalar ise ilaç uyumunun sürekli bir değişken olarak ele alınması ve bir kesme noktası konulmaması gerektiğini belirtmektedir (Gold ve Silverman, 2006).

Kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde hayati bir sağlık davranışı olarak karşımıza çıkan ilaç uyumuna yönelik çokça çalışma literatürde yer almaktadır. Bu alanda yapılan bir derleme çalışmasına göre, literatürdeki pek çok çalışmada ilaç uyumunun tek bir değişkenle ilişkisi üzerinden ele alındığı ancak bunun uyum davranışını açıklamak için yetersiz kaldığı belirtilmektedir (Kelly, Mccarthy ve Sahm, 2014). Hastaların ilaçlara uyum davranışını geliştirmesi psikolojik, sosyal ve kültürel pek çok durumdan etkilenebilmektedir. Bu nedenle ilaç uyumunun çok boyutlu bir model çerçevesinde değerlendirilmesinin, uyumun anlaşılabilmesi adına önemli olacağı düşünülmektedir (Altuntaş, Akı ve Huri, 2015; Kelly, McCarthy ve Sahm, 2014).

Sosyal Bilişsel Kuram (SBK) son yıllarda sağlık psikolojisi kavramlarını açıklamada ve sağlık davranışlarının yordayıcı değişkenlerini belirlemede dikkat çekici modellerin geliştirilmesinde bir kaynak rolü üstlenmektedir. SBK'nın modellerinden birisi olan Öz Düzenleyici Model (ÖDM) kişilerin sağlık davranışlarını gerçekleştirmede etkili olan bilişsel ve duygusal süreçlerini ve sağlık davranışlarına yönelik inançlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Horne ve Weinman, 1999; Leventhal, Meyer ve Nerenz, 1980). Model, hastalık tehdidinin objektif psikolojik algısının yanında tehdidin duygusal içeriğini de ele almaktadır. Tehdidin duygusal kökenlerine yaptığı vurgu onu SBK'nın diğer yapılarından farklı bir yere koymaktadır. Modelde sağlık davranışlarını açıklamada sadece bilişsel açıklamaların eksik kalacağını, bilişsel süreç ile etkileşim halinde olan duygusal süreçleri de görmek gerektiğinin altı çizilmektedir (Leventhal, Diefenbach ve Leventhal, 1992).

ÖDM, bireylerin kendi sağlık durumlarına yönelik bilgi toplayıp çözüm ürettiklerini, hastalık algısının hastalık sonuçlarını belirleyen temel bilişsel yapı olduğunu ve tıbbi yapıdan çok bireysel değerlendirmelerden etkilendiğini iddia etmektedir. Bir başka deyişle, hastalık algısı kişinin hastalığa yönelik öznel değerlendirmelerini açıklamakta ve sağlık sonuçlarını yordayan temel yapı olma

özelliğini hastalık tipinden bağımsız taşımaktadır (Diefenbach ve Leventhal, 1996). ÖDM, hastalığa yönelik zihinsel algıların sağlık davranışı ile ilişkili olduğunu ve hastalığa yönelik algının, hastalığın tipinin, süresinin, sonuçlarının, nedenlerinin ve kontrol edilebilirlik algısının hem bilişsel hem de duygusal içerikli değerlendirilmesinden oluştuğunu belirtmektedir (Weinman ve ark, 1996). Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan pek çok çalışma ÖDM'nin ilaç uyumu davranışını en iyi yordayan model olduğuna işaret etmektedir (örn., Hughes, 2011; Nicklas, Dunbar ve Wild, 2010).

Öte yandan hastalığın, tek başına ilaç uyum davranışını açıklamada yetersiz kalabildiği görülmektedir. ÖDM'nin bileşenlerinin bir sağlık davranışı olan ilaç uyumu üzerindeki rolüne dair çalışmalara bakıldığında bu bileşenlerin ilaç uyumundaki değişimin belli bir kısmını açıkladığı görülmekte (Gould ve ark., 2010; Hagger ve Orbell, 2003; Scharloo ve ark., 1999), açıklanmayan varyans ise arada başka değişkenlerin olabileceğini düşündürmektedir. (Kalyoncu, Dougados, Daurès ve Gossec, 2009). Literatür incelendiğinde ilaç uyumu ile ilişkili olduğu gözlenen önemli değişkenlerden birinin ilaca ilişkin inançlar olduğu gözlenmektedir (Anghel, Farcaş ve Oprean, 2018; Horne, Weinman ve Hankins, 1999; Horne ve ark., 2013). İlaca ilişkin inançlar, hastalığa dair ilaçlar (spesifik) ve genel ilaç kullanımına dair (genel) düşüncelerden ve duygusal tepkilerden oluşmaktadır. Burada da tıpkı hastalık algısında olduğu gibi bilişsel değerlendirmelerin yanında duygusal içeriğe de önem verilmektedir (Horne ve Weinman, 1999). İlaca ilişkin inançlar, hastanın ilaç uyumuna karar vermeden önce tedaviye dair yaptığı kar zarar analizi aşamasını temsil etmektedir. Bir başka deyişle hastaların tedavinin getirileri ve götürülerine dair bilişsel değerlendirmeleri ve duygusal tepkileri bu aşamada değerlendirilmektedir (Horne, Weinman ve Hankins, 1999).

İlaç uyumu ile ilişkili bir diğer önemli değişkenin de hasta memnuniyeti olduğu görülmektedir. Hasta memnuniyeti kişinin medikal tedaviye yönelik bilişsel değerlendirmelerini ve duygusal reaksiyonlarını kapsayan bir 'beklenti'nin ürünüdür (Crow ve ark, 2002). Son 40 yılda artan kronik hastalıklar, tedavide hasta doktor işbirliğinin önemi, hasta merkezli tedavi anlayışındaki artış ve sağlık politikalarının

oluşturulması aşamalarına hastaların da dahil edilmesi nedeniyle hasta memnuniyeti kavramının önemi her geçen gün artmaktadır (Hawthorne ve ark., 2014). Kavramın doğuşundan itibaren tanımlarda farklı bakış açıları dikkat çekmektedir. Ware ve arkadaşları (1983) kavramı hastanın öznel görüşü, Linder-Pelz (1982) hastanın tedavi beklentileri, Fox-Storms (1981) hastanın ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının görüşlerinin uyması, Donabedian (1980) tedavinin tüm basamaklarının kalitesine yönelik olumlu görüşleri, Fitzpatrick ve Hopkins (1983) hastanın sağlık hizmetleri aldığı çevresine dair algısı olarak değerlendirmektedir. Zaman içerisinde kavrama yönelik bakış açılarının 'algılanan' hasta memnuniyeti üzerinde geliştiği görülmektedir. Engel (1959) yazdığı makalesinde "hastalığın tedavisinde hasta ve hekim ilişkisinin iyi kurulmuş olması"nın önemine vurgu yapmaktadır. İlişkinin iyi kurulmuş olması ve karşılıklı oluşturulan güven, geçirilen zaman, zamanın kalitesi, ortak karar alma gibi değişkenlerin tümü günümüzde "hasta memnuniyeti" çatısı altında değerlendirilmektedir. Bu bağlamda hasta memnuniyetinin hastaların hastalığa yönelik değerlendirmelerini, sağlık davranışlarını ve sağlık sonuçlarını etkilediği görülmektedir. Ancak bireysel bir değerlendirmeyi içeren bu kavramın hastalığa yönelik zihinsel algılar ve ilaç uyumu ile ilişkisine yönelik literatürde çelişkili bulgular olduğunu da vurgulamak gerekir. Hasta memnuniyeti tanımının her çalışmada farklı ele alınması ve bununla ilişkili olarak kavramın değerlendirilmesinde jenerik ve geçerli/güvenilir ölçeklerin çok nadir kullanılması sebebiyle literatürdeki çelişkili bulgular netleşememektedir (Hawthorne, 2006). Ancak tüm bu çelişkili bulgulara rağmen hastaların sağlık ekibine ve sisteme dair beklentilerinin sağlık sonuçlarına etkisini gösteren pek çok çalışma literatürde yer almaktadır (Kjeken ve ark., 2006; Nunes ve ark., 2009; van den Berg ve Donyai, 2014). Bu nedenle sağlık sonuçlarına etki eden sosyal faktörlerin irdelenebilmesi için hasta memnuniyeti oldukça önemli bir değişken olduğu görülmektedir (Kjeken ve ark., 2006).

Engel (1977), ağrı hastaları ile yaptığı çalışmasında "hastanın içinde bulunduğu sosyal ve psikolojik durumdan tedaviye yönelik değerlendirmelerinden etkileneceğini" belirtmiştir. Literatürdeki pek çok çalışma da bu ilişkiyi ortaya koymaktadır (örn, Rezaei ve ark., 2014; Ulus ve ark., 2017). Kişilerin psikolojik

durumları, hastalık sürecini değerlendirmede gerçek dışı yorumlar yapılmasından, hastalık algılarında yüksek duygusal içerikten ve olumsuz bilişsel algılardan ve uygun sağlık davranışları geliştirilmesinden etkilenebilmektedir (örn., Rezaei ve ark., 2014, Matcham, Norton, Scott, Steer ve Hotopf, 2015). Kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde psikolojik zorlanmaların sıklıkla görülmesinden dolayı, bu ilişkinin detaylı incelenmesi ve tedavi sürecindeki hasngi bileşenlerden etkilendiğinin bir model içerisinde değerlendirilmesi önerilmektedir (Matcham, Norton, Scott, Steer ve Hotopf, 2015).

Buraya kadar kronik hastalıklara yönelik biyomedikal modelden biyopsikososyal modele geçiş süreci ile beraber kronik hastalıkların tedavilerinde ilaç uyumundan, ilaç uyumunun sonuçlarından ve ilaç uyumunu etkileyebilecek hastalık algısı, ilaca yönelik inançlar ve hasta memnuniyeti gibi psikososyal faktörlerden bahsedilmiştir. Tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmanın temel amacı kronik hastalığı olan ve ilaç ile tedavi edilen bireylerde ilaç uyumunun ÖDM bağlamında incelenmesi ve yine ÖDM bağlamında ilaca yönelik inançlar ile hasta memnuniyetinin ilaç uyumu ile ilaç uyumunun sonuçları üzerindeki rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Tam da bu noktada ilaç uyum süreçlerinin hangi kronik hastalıklar üzerinden incelenmesi gerektiği sorusu akla gelmektedir.

Alexander'ın da psikosomatik tıp modelini oluştururken temel aldığı romatoid artriti de içinde barındıran ve kronik fiziksel hastalıklar grubundan biri olan kas ve iskelet hastalıkları hem ortaya çıkışı hem de prognozu açısından biyolojik, psikolojik ve sosyal bir perspektifte ele alınması gereken kronik tıbbi durumlardır. Dolayısı ile kas ve iskelet hastalıklarının fiziksel bir tanı kategorisi olduğu kadar kişisel rahatsızlık oluşturması ve sosyal hayata olan etkileri açısından biyopsikososyal olarak değerlendirilmeye oldukça açık olduğu görülmektedir (Weiner, 2003). Bu sebeple bu çalışmada belirlenen hipotezlerin kas ve iskelet hastalıkları tanı kategorisinden romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hasta grupları üzerinden ele alınması hedeflenmektedir.

RA, eklemlerde görülen iltihaplanma ile karakterize olan bir oto immün hastalıktır (Weiner, 2003). Genç yaşlarda kadınlarda erkeklere oranla 2.5 kat daha

sık görülür ancak yaş ilerledikçe cinsiyetler arasında fark azalmaktadır (Atalay, 2016). Hastalık çok yavaş ilerlemektedir. Eklemlerdeki kasılmalar ve sabah tutulmaları başka nedenlere atfedilerek bir süre fark edilemeyebilir. RA tedavisinde eklem ağrılarını azaltmak ve enfeksiyonun düşürülmesi hedeflenmektedir. Tedavi iki koldan ilerlemektedir. İlk kolda semptomları azaltmak adına egzersiz ve psikososyal müdahaleler ikinci kolda ise hastalığın ilerleme hızını azaltmak hatta mümkünse durdurmak adına ilaç tedavisi yer almaktadır. RA hastaları için ilaç tedavisi vazgeçilmez olmaktadır. RA hastalarının ilaç uyumsuzluğu durumunda çok ciddi bedensel yakınmalar yaşadığı görülmektedir (Atalay, 2016; Hüner, Demirhan ve Atar, 2013).

AS ise arka sırt ve bel eklemlerini ve omurgayı etkileyen kronik ve inflamatuar bir hastalıktır. Genç yetişkin erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Yapısal ve fonksiyonel yetersizlikle birlikte bel ağrısı ve yaşam kalitesinde ciddi bir zorlanma ile karakterize olmaktadır. Hastalığın tedavisinde semptomları ve inflamasyonu kontrol altında tutmak ve fonksiyon kaybını en aza indirerek yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır. Bu amaçla tedavide farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır (Elbey, 2015).

Yaptığımız çalışmada kronik hastalıklardan RA ve AS hastalarının ilaç uyumları incelenecek ve ilaç uyumu sürekli bir değişken olarak ele alınacaktır. RA hastaları ile yapılan çalışmalarda ilaç uyumunun %30'dan %78'e kadar uzanan geniş bir ranjda olduğu dikkat çekmektedir (Gadallahve ark., 2015). Ancak literatürde AS hastaları ile yapılan ilaç uyumu çalışmalarının azlığı dikkat çekmekte ve genellenmiş bir bilgiye literatürden ulaşılamamaktadır (Gürçay ve ark., 2006). RA ve AS hastalarının ilaç uyumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ise AS hastalarının ilaç uyumlarının RA hastalarından anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (Arturi ve ark. 2013).

Görüldüğü gibi hem RA hem de AS kronik hastalıklar çerçevesinde ele alınabilmekte ve her ikisinin tedavisinde de farmakoterapi önemli bir yer tutmaktadır. Bu perspektiften ele alındığında, bu iki kronik hastalığın tanısını almış kişilerde ilaç uyumunu çalışmak elzem görünmektedir. Ancak bu iki grup arasında

ilaçla tedavi rutinleri açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. RA hastaları ilaç kullanmakla yükümlü oldukları halde AS tanısı almış olanlara ilaçlar lüzum halinde kullanılacak şekilde reçete edilmektedir (Moura ve ark., 2015; Sieper ve ark., 2015). Dolayısı ile her iki tanı grubu hem ilaç uyum düzeyi hem de ilaç uyumunu etkileyen yukarıda bahsi geçen faktörler hem de ilaç uyumunun sonuçları açısından farklılıklar gösterebilir. Bu sebeple ilaç uyumu ve yordayıcılarının, aynı tanı kümesinde yer alan fakat farmakolojik açıdan farklı pratikleri olan bu iki tanı grubu üzerinden ÖDM bağlamında incelenmesinin hastalığın doğasının ilaç uyum süreçleri üzerindeki rolünün de kavranması açısından bir fikir sunabileceği düşünülmüştür.

BİRİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR

Mevcut çalışmada romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının ilaç uyumlarını yordayan değişkenler Öz Düzenleyici Model (ÖDM) kapsamında ele alınacak ve daha sonra hastaların psikolojik durumları ile hasta memnuniyeti ilişkisinde, ilaç uyumu kapsamında ÖDM'nin aracılık rolü değerlendirilecektir. Bu amaç doğrultusunda literatür bölümünde öncelikle sağlık psikolojisi perspekitifinden kronik fiziksel hastalıklar kısaca tanımlanarak bu çalışmada ele alınacak olan kas iskelet hastalıklarından RA ve AS hakkında bilgiler sunulacaktır. Ardından ilaç uyumu değişkeni ve bu kapsamda belirlenen model olan ÖDM'nin bileşenleri tanıtılacak ve sonrasında da hasta memnuniyeti ve psikolojik iyilik hali ile tüm değişkenlerin birbirleriyle ilişkisini ele alan çalışmalara yer verilecektir.

1.1.Sağlık Psikolojisi ve Kronik Fiziksel Hastalıklar

Kronik hastalık, seyri yavaş, 3 ay ve daha uzun süren, birden fazla nedeni olan, kişinin yaşam kalitesini etkileyen, sürekli tıbbi hizmet almasını gerektiren ve bu sebeple kişinin gündelik hayatını kısıtlayan durum olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2010). Bir başka tanımda ise kronik hastalıklar tıbbi tedavi ve rehabilitasyona rağmen hastalığın, sakatlığın veya herhangi bir özrün giderilememesi, süreklilik arz etmesi ve kişinin çalışma kapasitesi dahası fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklar (kan hastalıkları, kalp- damar hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, ruhsal davranış bozuklukları, sinir sistemi hastalıkları, HIV) olarak ele alınmaktadır (Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002).

Kronik hastalıklar modern dünyanın en önemli sorunlarından birisidir. Sağlık alanındaki ilerlemeler kişilerin yaşam sürelerini uzatsa da bu durum sadece hastalık yaşantısı ile devam etme sürelerine etki edebilmektedir. Kronik fiziksel hastalıkların

yaygınlığı gün geçtikçe artmaktadır (Ayers ve ark., 2007). Larsen ve Lubkin'e (2013) göre bu artışın nedenleri;

- Hastalıkların nedenlerinin tanımlanması
- Virüs ve bakteriden kaynaklı hastalıkların tedavilerinin ilerlemesi (yani antibiyotiklerin ve aşıların kullanımının artması)
- Bulaşıcı hastalıkların azalması
- Enfeksiyona yönelik önlemlerin artması
- Yaşam süresinin artması
- Sanayileşmenin artmasıdır.

Kronik hastalıklar, uzun süre devam eden ve kişinin yaşamsal işlevselliğini etkileyen bozukluklardır. Bazı kronik hastalıklar (örneğin, diyabet, koroner kalp hastalıkları vb.) tıbbi olarak kontrol edilebilmesine rağmen hastaların hastalık yönetimi adına uygulanan rejimlere sıkı sıkıya bağlı kalması gerekmektedir. Bazılarında ise (örneğin, romatoid artrit, ankilozan spondilit vb.) uzun vadeli farmakolojik tedavi ihtiyacı ile birlikte sıklıkla ilerleyici fiziksel sakatlık ve ağrı görülmektedir. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin yaşamsal fonksiyonlarında kritik değişimler gerçekleşmektedir. Buna bağlı olarak kronik hastalığı olan kişilerin yaşam kalitesi ve refahında ciddi düşüşler gözlenmektedir (Ridder, Geenen, Kuijer ve van Middendorp, 2008).

Kas iskelet hastalıkları içerisinde yer alan romatizmal hastalıklar eklemlerde ve eklemlerin çevresindeki dokularda (kas, kemik, eklem, bağlar) görülen kronik ağrı, hareket kısıtlılığı bazen de şekil bozukluğu ve ilerleyici fiziksel boyutları ile tanımlanan hastalıklara verilen genel addır. Romatizmal hastalıklar eski Yunan'dan beri tanımlanan ve çare aranan hastalıklardandır. Eski Yunan'da genel olarak eklem inflamasyonu anlamına gelen 'artrit' olarak isimlendirilen romatizmal hastalıkların şu an tanımlanan pek çok türü bulunmaktadır. Günümüzde neredeyse 200'den fazla çeşitte romatizmal hastalık belirlenmiştir. Hastalığın nedenlerinin ve ilerleyişinin daha iyi takip edilebilmesi ve tedavisinde kolaylık sağlaması amacıyla romatizmal hastalıklar enflamatuvar (iltihabi olan) ve non-enflamatuvar (iltihabi olmayan) şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Non-enflamatuvar romatolojik hastalıklarda

inflamasyon sınırlı bölgede iken enflamatuvar türünde inflamasyonun kontrolsüzce vücutta ilerlediği görülmektedir (Dilsen, 1996). Her iki grubun içerisinde ise birden çok hastalık yer almaktadır. Romatoid artrit, skleroderma, sedef romatizması, gut, ankilozan spondilit, sistemik lupus eritematoz, polimiyozit enflamatuvar romatolojik hastalıklara; osteoartrit, osteoporoz, fibromiyalji, disk hernileri, lateral epikondilit non-enflamatuvar romatolojik hastalıklara örnek gösterilebilmektedir. Klinikte ise en sık osteoartrit, romatoid artrit, sistemik lupus eritematoz, ankilozan spondilit, skleroderma, gut ve fibromiyalji türü romatolojik hastalıklar görülmektedir (Dilsen, 1996).

Romatolojik hastalıklar, tüberküloz, kanser ve diyabet gibi kronik hastalıklardan bile on kat daha fazla görülmektedir (Dilsen, 1996). Bu kadar sık görülen bu hastalığın öncüllerini, sürecini ve sonuçlarını tanımlamak oldukça önemli olmaktadır. Geleneksel araştırmacılar, hastalığın etkisini anlamak için sadece hastanın iyileşmesine odaklanmaktadır (Symmons, 2002). Bununla birlikte, nesnel hastalık aktivitesi ile subjektif acı arasında bire bir uyumun olmaması, bu koşullara sıkı bir biyomedikal modelin uygulanmasının yararsızlığını göstermektedir. Bunun yerine, geleneksel biyomedikal faktörlere ek olarak hastalığın psikososyal görüngülerine odaklanmanın tedavi sonuçlarının etkinliğini arttırdığı görülmektedir (Weiner, 2003). Engels'in (1977) yaptığı çalışmada önerdiği biyopsikososyal model, bireylerin sağlığı ve iyi oluşu içindeki biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin rolünün eş zamanlı olarak dikkate alınmasının, tedavinin etkinliğini ve kişilerin "sağlık"lılığını arttıracağına vurgu yapmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada romatolojik hastalıklardan ikisi olan romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarının sağlıklılığını arttıracak sağlık davranışlarına uyumunun psikososyal bir model içerisinde incelenmesi hedeflenmektedir.

1.1.1. Romatoid Artrit

Romatoid artrit (RA), el ve ayak gibi küçük eklemlerin karşılıklı olarak tutulumu ile karakterize, uzun bir hastalık sürecini kapsayan enflamatuvar romatizmal hastalıklardan birisidir. RA hastalığı çoğunlukla küçük eklemleri etkisi altına alsa da bazı durumlarda omuz, diz gibi büyük eklemleri de etkileyebilmektedir.

Eski Yunan'dan beri tanımlanan bir hastalık türü olmasına rağmen hala hastalığın nedenleriyle ilgili yeterli bilgi birikimi sağlanamamıştır. Dünyada ve Türkiye'de en sık görülen iltihabi romatizmal hastalıktır. Öte yandan en fazla eklem tahribatı oluşturan ve şekil bozukluğunu oluşumuna yol açan romatizmal hastalıklardan da birisidir (Tokgöz, 2001).

1.1.1.1. Tıbbi Açıdan Romatoid Artrit

İnflamatuar romatolojik hastalıklardan birisi olan romatoid artrit (RA), kronik seyirli, birden fazla eklemi etkisi altına alabilen, nedeni henüz bilinmeyen, sistemik iltihabi otoimmün bir hastalıktır. Hastalık, sinovyal (eklem sıvısı ile ilgili) dokudaki immün hücrelerin sistemik ataklarının vücuttaki eklemleri kaplaması ile ortaya çıkmaktadır. Kronik inflamasyonun sonucu olarak, etkilenen eklemlerin sinovyal astarı lenfositler, sitokinler ve diğer yandaş olan hücreler ile doyurulur. Bu hücreler, iltihaplı yanıtları sürdüren maddeleri serbest bırakırlar. Etkilenen eklemlerdeki iltihap genel olarak şişlik ve hassasiyete neden olur. Zaman geçtikçe kronik iltihap kıkırdak çevresini, kemik ve bağları erozyona uğratır ve etkilenen eklemde fonksiyon kaybına neden olur (Harris, 1993).

RA'nın bel ağrısı ve hipertansiyondan sonra en sık görülen üçüncü sıradaki hastalık olduğuna dikkat çekilmiştir (TUİK, 2013). RA'nın dağılımı dünyada % 0.2-1 arasında değişmektedir. Örneğin İspanya'da görülme sıklığı oranı %0.5, Yugoslavya'da %0.2, Fransa ve İtalya da ise %0.3-0.5 iken İngiltere'de bu oran %0.8-1.1, Finlandiya ve İsveç'te ise %0.8'e çıkmaktadır (Alamanos ve Drosos, 2005; Symmons ve ark., 2002). 2013 yılında Türkiye'de sunulan sağlık istatistiklerine göre romatoid artrit kadınlarda %11.4, erkeklerde %4.2, toplamda %7.9 oranında görülmektedir. Türkiye'de yapılan prevelans çalışmalarından birisinde 4 bölgeden (Marmara, Ege, Akdeniz ve Karadeniz) seçilen şehirlerdeki sıklık oranları değerlendirilmiştir. RA hastalığı, İstanbul'da %0.22, İzmir'de %0.36, Antalya'da %0.35 ve Trabzon'da %0.35 oranında görülmektedir. Akkoç'un (2010) Türkiye'deki sıklığı değerlendirmek üzere yaptığı bir başka çalışmada ise RA prevelansının %0.36 olduğu ve bu özelliği ile diğer Akdeniz ülkelerinden edinilen oranlarla benzerlik gösterdiği belirtilmektedir. RA'nın Türkiye'de görülme sıklığı ile ilgili kapsamlı bir

epidemiyolojik çalışma Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği (TRASD) çatısı altında yürütülmekte olup henüz verileri kamuoyu ile paylaşılmamıştır (https://www.trasd.org.tr/hastalik/romatoid-artrit).

RA'da hastalığının sonucunda ortaya çıkan anormal durumlardan inflamasyon, eklem şişmesi ve hassasiyetin yanında diğer yaygın semptomların arasında ağrı, sabah tutukluğu ve yorgunluk bulunur (Harris,1993). RA'da en sık etkilenen eklemler proksimal interfalangeal (interfalangeal eklemlerden gövdeye yakın olanı-PIP), metakarpofalangeal (metakarpal kemikler ve parmak kemikleri-MCP) ve el bileği eklemleridir. İnflamatuar aktivitenin süresi arttıkça ve klinik görüngülerin ağırlığına göre eklemler, çevre dokular ve diğer organlarla sistemler de etkilenebilmektedir. RA'nın diğer bir özelliği de eklem iltihabının yaygın, simetrik tutulumudur. Eklem hassasiyeti ve şişkinlik başlangıçta asimetrik görünse de, hastalık ilerledikçe daha simetrik tutulum ortaya çıkmaktadır (Harris, 1993).

RA hastalığının etiyolojisine yönelik çalışmalar halen devam etmektedir. Yapılan çalışmalarda hastalıkta genetik yatkınlığın önemli bir rol oynadığı görülmektedir. RA, romatoid faktör ve otoantikor ile ilişkili bir hastalığı olanların akrabalarında neredeyse dört kat daha fazla görülmektedir (Huizinga, 2003). İkizlerle yapılan çalışmalarda RA, tek yumurta ikizlerinde ikiz olmayan kardeşlere oranla dört kat daha sık görülmektedir (MacGregor ve ark., 2000). Ancak tek yumurta ikizlerinde RA'nın birlikte görülme oranının %15-20 olması sebebiyle genetik faktörler dışında başka nedenlerin de RA'de etkili olduğu düşünülmektedir (Lipsky ve ark., 2004). Genetik geçişliliğin nasıl sağlandığına dair pek çok açıklama literatürde yer almaktadır. Bunlardan birisi RA hastalığının başlangıcını ve sürecini genetik faktörlerin hormonal ve immün sistem üzerinden etkilediğini belirtmiştir. RA'nın otoimmün yapısı nedeniyle, birçok genetik araştırma RA hastalarında immün hücrelerin spesifik yapısına odaklanmıştır. Wilson'un (1997) geliştirdiği modelde, RA hastalarında bağışıklık sistemindeki hücrelerin kalıtımsal gen yapısına çok benzeyen ajan virüsler veya bakteriler gibi enfeksiyöz hücrelerin üretildiği söylenmektedir. Ajan hücrelerin hastaların immün sistemini etkiledikleri ve sistemin enfeksiyon hücrelerini ayırt etmekte zorlandıkları dikkat çekmektedir (Wilson,

1997). Bir enfeksiyon meydana gelme durumunda ise, bağışıklık sisteminin enfeksiyöz maddeye karşı bir saldırı oluşturduğu, fakat aynı zamanda yanlışlıkla kendi bağışıklık hücrelerine, özellikle sinoviyal eklemlerinin dış hattına saldırdıkları görülmektedir (Ebringer ve Rashid, 2009). Bir diğer modelde ise RA'lı bireylerin kalıtımsal olarak stres ve inflamasyon durumlarında anormal hipotalamik-hipofiz-adrenal aks (HPA) üretmeye yatkın oldukları iddia edilmektedir (Sternberg ve ark., 1989). HPA yanıtlarının amacı inflamasyonu inhibe etmek olduğundan, HPA aksının düşük aktivasyonu inflamasyonu kontrol etmede başarısız olabilir. Bu nedenle, genetik HPA savunmasızlığı olan bir birey RA'nın başlangıç evrelerinde inflamasyona maruz kaldığında, HPA yanıtları RA hastalık sürecini baskılamak için yetersiz kalabilmektedir (Harris, 1993). Halen, etiyolojisi tam olarak bilinemese de hastalıkta enfeksiyöz ajanların, genetiğin, immün sistemin, travma, stres ve metabolik faktörlerin kilit roller oynadığı belirtilmektedir (Frestein, 2011).

RA için çeşitli başlangıç formları tarif edilmiştir. Çoğu zaman, semptomlar haftalar veya aylar boyunca sinsice gelişmektedir. Hastaların küçük bir kısmı ise semptomlarını akut başlangıçlı olarak yaşayabilmektedir (Harris, 1993). RA hastalarının % 56'sı kısmi düzelmeye sahip bir seyir yaşayabilir; % 44'ünün ise tedavisinde hızlı bir ilerleme yaşanmaktadır (Eberhardt ve Fex, 1998). Medikal teknolojideki ilerlemeler sebebiyle RA prognozu geçmişte olduğundan çok daha olumludur. Ancak, tüm bu tıbbi gelişmelere rağmen, RA hastalığı halen kişinin yaşamsal fonksiyonunu düşürmekte ve yaşam süresini kısaltmaktadır (Frestein, 2011).

RA hastalığında bazı demografik ve klinik değişkenler kötü prognozla ilişkilendirilmiştir. RA, kadınlarda erkeklere oranla iki ila üç kat daha fazla görülmektedir. Ancak yaş ilerledikçe kadınlar ve erkekler arasındaki fark azalmaktadır (Rindfleisch ve Muller, 2005). Yaş da bir diğer risk kaynağıdır. RA'nın görülme sıklığı yaşla birlikte artsa da, özellikle 60 yaşından önce gerçekleşen erken bir başlangıcın daha ağır seyir ile ilişkili olduğu görülmektedir (Harris, 1993). Bu nedenle özellikle erken yaşta tanı alan kadınlar RA hastalığının belirtilerini daha ağır yaşamaları sebebiyle risk grubunu oluşturmaktadırlar (Harris, 1993; Rindfleisch ve

Muller, 2005). Bunun yanında, RA hastalığı olan genç hastalarda, depresyon görülme sıklığı oldukça yüksek olmaktadır. Bu durumda bu grup hastalar için medikal tedaviye ek olarak psikolojik destek almanın önemi büyüktür (Wright ve ark., 1998). Hastalığın süresi de bir başka risk faktörüdür. Özellikle hastalığın ilk iki yılında hastalığın seyri tedavinin uzun dönemdeki etkisi üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu nedenle tedavinin ilk iki yılında uygulanacak biyopsikososyal bir tedavi anlayışı tedavi sürecinin daha yumuşak geçmesine yardımcı olacaktır (Anderson, Wells, Verhoeven ve Felson, 2000).

RA dünyada pek çok bölgede görülen bir hastalıktır. Sıcaklık, nem, güneşli gün gibi iklimsel faktörler RA'nın görülme sıklığını ve ortaya çıkmasını etkilememektedir. Bir başka deyişle nemli ya da soğuk bir bölgede yaşıyor olmak RA'nın oluşması için bir risk faktörü değildir. Ancak iklimsel özelliklerin hastalığa bağlı semptomların şiddetini etkileyebileceği düşünülmektedir. Örneğin, sıcak bir bölgede yaşıyor olmanın şiş eklemlerdeki ağrıyı arttırması beklenmektedir (Frestein, 2001; Symmons, 2002).

RA genetik ve çevresel pek çok faktörden etkilenen, başlama zamanı, cinsiyet ve yaş gibi sosyodemografik değişkenlerin seyri etkileyebildiği, Türkiye'de dünya ortalamasına benzer sıklıkta görülen ağrılı iltihabi bir hastalıktır. Henüz RA hastalığının patofizyolojisine yönelik fazlaca bilgi sahibi olunamamasının yanında tedavide fazlaca yol kat edilmiştir (Savran ve Akkoç 2005).

1.1.1.2. Romatoid Artirit Hastalığının Tedavisi

RA'nın tedavisinde ilaçla ve ilaçsız birçok tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Bu nedenle tedavide multidisipliner ekiple hastalığı ele almak oldukça önemli olmaktadır. Tedavideki ana amaç eklem hasarının ve var olan diğer zorlanmaların önlenmesi, ağrının hafifletilmesi, kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonlarının arttırılması ve yaşam kalitesinin arttırılarak hastalığın belirtilerinin hafifletilmesi olmaktadır (Karadağ ve Kiraz, 2006; Savran ve Akkoç 2005). RA'nın ilaçla tedavisinde non-steroid anti-inflmatuar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroid ilaçlar, hastalık modifiye edici ilaçlar (Disease Modifying Antirheumatic Drugs -DMARD)

ve biyolojik ajanlar kullanılmaktadır. Bu ilaçların bazıları hastalığın aktif dönemlerinde bazıları ise pasif dönemlerinde kullanılmaktadır (Savran ve Akkoç 2005).

Eklem ağrısı ve şişkinliğinin azaltılması ve hareket kabiliyetinin arttırılması için kullanılan NSAİİ'ler, RA tedavisinde en sık kullanılan ilaç türüdür. NSAİİ'ler analjezik ve antiinflamatuvar özellikli olsa da hastalığın gidişatına ve eklemlerdeki bozulmaya yeterince etki etmemektedir. Bu özellikleri bakımından bu tip ilaçlar diğer ilaçlarla birlikte kullanılırlar. NSAİİ'ler özellikle kardiyovasküler hastalıklara yatkınlık oluşturması gibi hayati yan etkileri sebebiyle dikkatli kullanılmalıdır (Karadağ ve Kiraz, 2006; Savran ve Akkoç 2005).

Kortikostreoidler, eklem yanmaları NSAİİ ile kontrol altına alınamayan hastalarda bir sonraki ilaç türüne geçerken köprü görevi görür. Diğer ilaç türlerinde ciddi akciğer hastalığı, vaskülit (kan damarlarının iltihabı) gibi yan etkiler yaşayan bireylerde kortikostreoid tipi ilaçların kullanımı önerilmektedir. Bunun yanında hamilelerde ve ileri yaştaki bireylerde yan etkilerinin az olması ve hızlı tedavi sunması sebebiyle bu tip ilaçların kullanılması tercih edilmektedir. Öte yandan RA'ya bağlı semptomların baskılanmasında şimdiye kadar geliştirilmiş en etkili ilaç olan kortikostreoidler, hastalıkta zaten var olan osteoporoz riskini arttırdığı için kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır. Bu gibi etkilerin kontrolü adına ilaç kullanan hastalardan sık sık kalsiyum (Ca) ve D vitamini seviyelerini kontrol eden testler istenmelidir. Bunların yanında sıklığı diğer ilaç türleri kadar olmasa da, tansiyon, göz sıkıntıları, glikoz intoleransı, gastrointestinal şikayetler, kas güçsüzlüğü/kaybı, psikoz ve depresyon gibi çeşitliliği geniş yan etkileri olduğu için kontrollü kullanılmaları gerekmektedir (Karadağ ve Kiraz, 2006; Savran ve Akkoç 2005).

DMARD (Disease Modifying Anti-rheumatic Disease) bir başka deyişle hastalığı modifiye edici ilaçlar, eklem hasarını azaltarak eklem hareketi açıklığını korumayı ve böylece hastalığın aktivitesini kontrol etmeyi amaçlamaktadır. Bu tip ilaçlar inflamasyon seviyesini düşürdüğü için özellikle tercih edilmektedir. RA hastalığında asıl tahribat ilk iki yıl içerisinde olduğu için eğer hamilelik, ileri yaş ya

da risk oluşturabilecek engel durumlar yoksa yeni tanı almış hastalara mutlaka DMARD başlanması önerilmektedir (Frestein, 2001). RA tedavisinde en sık kullanılan DMARD'lar metotrexat (MTX), leflunomid (LEF), sülfasalazin (SSZ), hidroksiklorokin (HCQ) ve klorokin (CQ) olmaktadır. Her tür DMARD'ın birbirinden farklı (örneğin MTX'in bulantı kusma, karın ağrısı, iştah kaybı, karaciğer enzimlerinde artış; SSZ'in hipertansiyon, baş ağrısı, kanda lipit düzeyinde artış, düşük magnezyum düzeyi, kas ağrıları ve kramplar) yan etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle hastaların tedavi sürecinde yaşanabilecek yan etkilere karşı sık sık kontrolden geçmesi gerekmektedir (Karadağ ve Kiraz, 2006; Savran ve Akkoç 2005).

RA hastalarının eklem sıvılarının içerisinde tümör nekroz faktörü (TNF-a) ve interlökin (IL-1) sağlıklı bireyde olması gerekenden fazladır (Savran ve Akkoç 2005). Biyolojik ajanlar, bu sitokinlerin yarattığı hasarı önlemek amacıyla kullanılmaktadır. Anti TNF ilaçları IL-1 ile savaşan biyolojik ilaç türüne göre hastalara daha fazla fayda sağlamaktadır. Bu nedenle anti TNF türü ilaçlara tedavide daha çok yer verilmektedir. Biyolojik ajanlar, hastaların vücutlarında enfeksiyona yatkınlık oluşturması, tüberküloz, deri döküntüsü ve kalp yetmezliği gibi hastalıklara yatkınlık oluşturması ilaçların başlıca yan etkileri olmaktadır. Biyolojik ajanların birden çok kulanım tipi bulunmaktadır. Bazı tipleri oral yollu bazıları ise enjeksiyon türü ile alınmaktadır. Enjeksiyon formunun kullanımı oldukça basit olmasına rağmen, enjeksiyon bölgesinde irritasyon oluşumuna ve enfeksiyona karşı dikkatli olunması önerilmektedir (Karadağ ve Kiraz, 2006; Savran ve Akkoç 2005).

RA tedavisinde ilaç kullanımı oldukça önemlidir. Hastalığın her döneminde farklı dozlarda ilaç kullanılması gerekmektedir. Kullanılan ilacın kişinin yaşadığı zorlanmalara uygun olması gerekmektedir. Erken kullanılan agresif tipteki ilaçların RA'nın şiddetini arttırdığı ve aktivelerde azalmaya yol açtığı vurgulanmaktadır. Bu nedenle medikal tedavinin aşamalandırılarak kullanılması önerilmektedir (Savran ve Akkoç 2005). İyi bir tedavi kadar kullanılan ilaçlara uyum göstermek de oldukça önemlidir. RA, hastaların süreçte ciddi düzeyde ağrı yaşadığı ve yaşam kalitelerinde önemli düşüşlerin gerçekleştiği bir hastalıktır. Bu nedenle hastaların çoğunluğu

psikolojik zorlanmalar yaşamakta hatta bir kısmı psikolojik bir tanı da alabilmektedir. RA hastalığının özellikle ilk iki senesinde kadın hastalarda erkek hastalara göre daha fazla duygu durum ve kaygı bozuklukları görüldüğü bilinmektedir (Evers ve Kraaimaat, 1997; Morgan ve ark., 2015). Yaşadıkları psikolojik süreçler RA hastalarının tedaviye yönelik inançlarını ve uyumlarını da düşürmektedir. Sadece biyomedikal yani tıbbi perspektifte değerlendirildiğinde hastaların tedavilerinin yönlendirilmesi ve kontrol edilmesi güçleşmektedir. Bir başka deyişle, hastalık sürecinin biyopsikososyal perspektifte ele alınmasının tedavi uyumunu arttırıcağı düşünülmektedir. Bu bağlamda hastalığın multisipliner bir ekiple ele alınmasının tedavi uyumunu arttıracağı düşünülmektedir. Bu bağlamda hastalığın multidisipliner bir ekiple ele alınmasının önemliliği dikkat çekmektedir (Karadağ ve Kiraz, 2006; Savran ve Akkoç 2005). Bu nedenle bu tezin ana konusunu ilaç uyumu ile ilişkili faktörlerin biyopsikososyal perspektifte ele alınması oluşturmaktadır. Bu bağlamda RA hastalarının ilaç uyumu ile ilişkili psikolojik faktörler, ilerleyen bölümlerde detaylıca ele alınacaktır.

RA hastalığı daha çok kadınlarda görülen bir hastalık (Rindfleisch ve Muller, 2005) olmakla birilikte romatolojik hastalıkları temsil edici özelliğinin artması amacıyla cinsiyet dağılımları bakımından daha çok erkeklerde görülen bir hastalık olan ankilozan spondilit hastalığı da örnekleme eklenmiştir.

1.1.2. Ankilozan Spondilit

Eski zamanlarda Marie Strumpell hastalığı olarak bilinen ankilozan spondilit, 1691 yılında yapılan bir kazıda Fransız mezarlığındaki iskeletin farklı görünümünün İrlandalı Dr. Bernard Connor tarafından fark edilmesiyle tıbbın tekrar ilgisini çekmiştir. Hemen ardından Alman ekolünde Betchew hastalığı olarak isimlendirilmiştir. Günümüzde ise Yunanca köprüleşmiş, bükülmüş anlamındaki "ankylos" ve spinal omurlardaki inflamasyon anlamına gelen "spondilit" kelimelerinin birleşiminden oluşan ankilozan spondilit olarak adlandırılmaktadır (Öksüz, 2017).

1.1.2.1. Tıbbi Açıdan Ankilozan Spondilit

Radyolojik görüntülemelerdeki ilerlemeler ile ankilozan spondilit (AS) hastalığının teşhis edilmesi ve isimlendirilmesi konusunda, 1930'lardan sonra pek çok gelişme kaydedilmiştir (Sayın, 2017). AS özellikle genç erişkinlerde görülen sakroiliak (omurga alt tarafı ile halk arasında leğen kemiği denilen kemik arasındaki) eklemlerdeki aksiyal (yatay) omurga tutulumu ile karakterize, etiyolojisi hala tam olarak bilinemeyen ve var olan semptomlara eklem dışı klinik semptomların da eşlik edebildiği kronik ve inflamatuar bir hastalıktır (Sayın, 2017).

Ankilozan spondilit (AS) spondiloartritlerin (omurganın iltihaplanması ile karakterize bir grup romatizmal hastalık) en sık görülenidir ve aksiyal iskeleti (sakroiliak eklemler ve vertebral kolon) etkilemektedir. Başlangıçta, sakroiliak eklemlerde iltihaplanma görülmektedir. İltihaplanmayı, vertebral (omurga) kolon takip etmektedir (Rai ve Struthers, 1994). İltihaplanmadaki artış bir süre sonra, kemiğin aşınmasına (enthesopati) neden olur. Aşınan kemik yapısı onarılırken yani kaynarken, tendonların ve bağların elastik dokusunun yerini iltihaplanan doku almaktadır. Bu füzyon (değişim, birleşim) omurganın yapısını bozarak omurgaya hastalıkla karakteristik 'bambu' yapısını vermektedir (Sieper ve ark., 2002).

AS hastalığındaki en belirgin eklem bulguları kronik bel ağrısı ve sertlik, spinal ve göğüs kafesi tutulumu, periferal (dış yüzeye ve kenara ait) tutulum, entezit (kas ve tendonların inflamasyonu) ve yorgunluk olurken; eklem dışı bulgular oküler (optikle ilgili), kardiyak (kalple ilgili), akciğer, gastrointestinal (mide ve bağırsakla ilgili), renal (böbrekle ilgili), deri ve nörolojik tutulumlar olmaktadır (Sayın, 2017). AS kronik yoğun bel ağrısı ve sabah tutukluğu ile başlamaktadır. Hastalık sinsi bir seyirle devam etmektedir. Hastalık ilerleme gösterdiğinde bel hareketliliğinde kısıtlılık oluşmaktadır. Sakroiliak eklemlerdeki (SİE) inflamasyon radyografilerde görülebilmektedir. Bu durum, hastaların neredeyse %90'nında gözlemlenmektedir (Akgül ve Özgöçmen, 2011; Sayın, 2017).

AS hastalarının kan testlerinde ESR (eritrosit sedimentasyon hızı) ve CRP (C reaktif protein) değerlerinde yükselme gözlenmektedir. Bunun yanında, hastaların

antikor (vücuda giren antijenleri zararsız duruma getirmek için organizmanın çıkardığı bir madde) hücrelerinin değerlendirilmesiyle elde edilen romatoid faktörü anomali göstermemekte yani negatif olarak değerlendirilmektedir. Ancak hastaların %90'ından fazlasında HLA B27 (Human Lökosit Antijeni; akyuvarların yüzeyinde bulunan bir protein) kodunun pozitif olduğu dikkat çekmektedir. Laboratuar bulgularına göre, hastaların bağışıklık sistemlerinin beklenenden farklı yanıtlar verdiği görülmektedir. Hastaların omurga sistemlerinin radyolojik görüntüleme yöntemleri ile incelenmesinde, omurga ve boyun bağlarının ve sakroiliak eklemlerin bulanıklığı ve omurganın eğrileşmesi (bambu omurga) dikkat çekmektedir (Sieper ve ark., 2002).

Hasta AS tanısı almadan hemen önce aşağı bel bölgesindeki gluteal (kalça kaslarıyla ilgili) kısmının derinlerinde ve sakroiliak bölgesinde ağrı hissetmektedir. Başlangıçta ağrı hafiftir, sadece öksürüp hapşırırken ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında sabahları bel tutukluğu ile güne başlama da oldukça yaygın görülmektedir. Ağrı sıcak duş ve hafif hareketler ile açılmakta ancak gün içerisindeki uzun süren hareketsizliklerde tekrarlanabilmektedir. Yaşanan bu belirtilere rağmen hastalara ilk 6 yıl net bir tanı konulamadığı için, risk grubundaki hastaların seyirlerinin sıkı takibi önemli olmaktadır (Akar ve ark., 2016).

AS hastalığının görülme sıklığı dünyada %0.2 ve 0.9 arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalarda lökosit antijeni B27'nin (HLA B27) varlığının AS'nin görülme sıklığını arttırdığı belirtilmektedir. Ancak hastalığın sıklığının bölgeden bölgeye değiştiği dikkat çekmektedir. Bu durum HLA-B27 antijeninin görülme sıklığının bölgeler arasında değişmesi ile açıklanabilmektedir (Sieper ve ark., 2002). Öte yandan AS'li hastaların %90'ınında, toplumun ise ortalama %2'sinde HLA-B27'nin pozitif olduğu görülmektedir. AS'li hastaların birinci derece akrabalarının %10-30'unda da HLA-B27'nin pozitif olmaktadır. Bu dikkate değer bir oran olarak değerlendirilmekte ve AS'nin genetik bir geçişliliğinin HLA-B27 antijeni üzerinden olduğu düşünülmektedir (Tayfun, 2017). AS'nin oluşumuna neden olan faktörler henüz tam olarak bilinemese de HLA-B27 antijeni hipotezinin yanında, gastrointestinal ya da genitoüriner enfeksiyonlara sebep olan mikroorganizmaların

vücudun inflamatuar yanıt verme yatkınlığını arttırdığı üzerinde durulmaktadır (Sieper ve ark., 2002).

AS hastalığı, erkeklerde kadınlara oranla neredeyse üç kat daha sık görülmektedir. AS hastalarının çoğunlukla iyi eğitimli ve yüksek sosyoekonomik düzeyde oldukları dikkat çekmektedir (Sieper ve ark., 2002; Tayfun, 2017). AS ortalama 26 yaş civarında başlamaktadır. Başlangıç çok nadir 16 yaş öncesi ve 45 yaş sonrası olur. Bir başka deyişle AS hastalığının çoğunlukla genç yetişkin başlangıçlı bir hastalık olduğu ifade edilmektedir (Doran ve ark., 2003; Sieper ve ark., 2002; Tayfun, 2017).

AS'nin Türkiye'deki sıklığının değerlendirildiği ilk çalışma Yenal ve arkadaşları (1977) tarafından 20-22 yaş aralığında askerlik sebebiyle sağlık muayenesine gelmiş erkek katılımcılarla yapılmış ve 1436 kişi çalışmaya katılım göstermiştir. Çalışmada AS'nin yaygınlığı %0.14 bulunmuştur (Yenal ve ark., 1977). Ancak örneklemin hem belirli bir yaş aralığını kapsaması hem de sadece erkeklerden oluşması sebebiyle çalışma çok ciddi bir genellenebilirlik sıkıntısı barındırmaktadır. İzmir'de yapılan bir başka çalışmada ise 20 yaş ve üzerindeki katılımcılardaki AS sıklığı değerlendirilmiştir. AS'nin erkeklerde %0.54, kadınlarda %0.44 olduğu, genel popülâsyonda ise %0.49 oranında görüldüğü bulunmuştur (Önen ve ark.,2008). Edirne'de yine 20 yaş ve üstündeki kişilerle yapılan çalışmada AS'nin kadınlarda %0.06, erkeklerde %0.18, tüm katılımcılarda da % 0.12 sıklığında görüldüğü belirtilmiştir (Çakır, 2012). Türkiye'de yapılan çalışmaların sıklık değerlerindeki farklılıklar ve örneklem seçimindeki yöntemsel problemler sebebiyle AS hastalığının Türkiye'deki prevelansına yönelik yeni ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

AS hastalarının değerlendirilmesinde sistematik bir yaklaşım önerilmektedir. Bu noktada, Ankilozan Spondilit Çalışma Grubuna göre hastaların belirtilerinin sonuçları değerlendirilirken 5 temel parametreye (fiziksel fonksiyon, ağrı, spinal hareketlilik, spinal katılık, inflamasyon ve hastanın global değerlendirilmesi) dikkat edilmelidir. Tedavi oluşturulurken bu 5 temel parametrenin göz önüne alınmasının hastanın iyi oluşunu arttıracağı ifade edilmektedir (Van der Heijde ve ark., 1997).

1.1.2.2. Ankilozan Spondilit Hastalığının Tedavisi

Ankilozan Spondilit (AS) hastalığının tedavisinde öncelikle hastalığın birincil semptomları tedavi edilmektedir. Bu amaçla hastaların ağrılarının hafifletilmesi, tutukluklarının ve eklem şişliğinin azaltılması, bedenin normal postürünün desteklenmesi, hastalığın fiziksel kalıntılarının azaltılarak fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır (Altan, 2005; Öksüz, 2017). Hastalığın tedavisinde en önemli adımlardan birisi de hastanın eğitimidir. Erken yaşta başlayan AS hastalığı sürecini uzun süre yaşayacak olan hastaların, semptomlarla ilgili bilgilendirilmesi ve semptomlara dair farkındalık kazanması sürecin yönetiminde önemli bir adım olmaktadır. Eğitimle hastaların süreçte yaşayacakları korku, kaygı gibi yoğun duyguların ve depresyon, anksiyete gibi psikolojik zorlanmaların azaltılması ve yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmaktadır (Varol, 2013). Bu nedenle AS hastalığının tedavisinde hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan tedaviler kullanılmaktadır (Altan, 2005; Elbey, 2015).

Farmakoterapilerde en yaygın kullanılan ilaç, NSAİİ (Nonsterodial antiinflamatuar ilaçlar) türüdür. Özellikle sabah tutukluğu ve ağrıları için ilk önce bu tip ilaçlar önerilmektedir. NSAİİ'ler bel ağrısına 48 saat içerisinde çözüm sağlamaları sebebiyle günümüzde hala altın standart konumlarını korumaktadır. Ancak ilacın etkisinin sadece hastaların ilacı kullandıkları süreçte devam etmesi, bırakıldığında etkinin azalması ve gastrointestinal yan etkilere sebep olması nedeniyle bu tip ilaçların kullanımı kısıtlı olmaktadır (Altan, 2005; Demirkapı, 2016; Elbey, 2015).

Öte yandan, RA ve diğer inflamasyon hastalıklardakinin aksine, kortikositeroidler AS'nin tedavisinde öncelikli ve önemli bir role sahip değildir. NSAİİ'nin sabah tutukluğu ve ağrı semptomlarına etki etmediği ve gebelik ya da yan etkileri sebebiyle kullanılamadığı durumlarda KS kullanılabilmektedir. Mevcut tedavilere yanıt vermeyen eklem sıkıntıları halen devam eden hastalara enjeksiyon formu da tavsiye edilmektedir. Ancak son dönem çalışmalarda KS'nin AS hastalığı için düşük doz ve oral kullanımında etkili olmadığı, dahası uzun süre kullanım için

yan etkileri sebebiyle tavsiye edilmediği belirtilmiştir (Altan, 2005; Elbey, 2015; Tayfun, 2017).

DMARD (Disease Modifying Antirheumatic Drugs-Hastalık Modifiye Edici İlaçlar) RA'ya olan önemli etkileri sebebiyle benzer klinik özellik gösteren AS'nin tedavisinde de kullanılmıştır. AS'nin bazı semptomları üzerinde etkili olduğu da görülmüştür. Ancak bu ilaçların AS tedavisinde standart halini alacak kadar etkili olduğunu gösteren yeterli sayı ve nitelikte çalışma bulunmamaktadır (Altan, 2005; Demirkapı, 2016; Elbey, 2015).

AS'li hastalara NSAİİ ya da DMARD kökenli ilaçlardan destek görülemeyen durumlarda ikinci evre biyolojik tedaviler uygulanır. Biyolojik tedavilerden TNF α ajanları (anti TNF α) AS tedavisinde en aktif kullanılandır. RA'da TNF'nin rolü pek çok araştırmayla kanıtlanmıştır (Savran ve Akkoç 2005). AS hastalarında TNF'nin rolüne yönelik tutarlı bulgular bulunamasa da ağrılı hastalarda ağrısız hastalara göre daha fazla TNF olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Gratacos ve ark., 1994). Callhoff ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir meta analiz çalışmasında anti TNF α (tümör nekroz faktörünün azaltılması amacıyla kullanılan ilaçlar) ilaçlarının AS hastalarının hastalık aktivitesinde anlamlı bir değişim oluşturduğu bulunmuştur. Bunun yanında görüntülemedeki enfeksiyonun azaltılmasında anti TNF α ilaçların etkili olduğu görülmektedir (Altan, 2005; Elbey, 2015). Ancak, anti-TNF α tedavilerinde enfeksiyon, hematolojik bozukluklar, otoimmün sisteminde aşırı çalışma ve kalp yetmezliği gibi yan etkilere karşı dikkatli olunmalıdır. Ayrıca hamilelik durumlarında ya da aktif enfeksiyonun görüldüğü hastalıklarda kullanımı sakıncalı olmaktadır (Elbey, 2015).

AS hastalığında, bel ve kuyruk sokumu bölgesinde ağrı ve sertlik sinsice başlamakta ve hastalarda uyku bozukluğu ile birlikte ciddi yorgunluk gözlenmektedir. Hastalığın erken evrelerinde çok ciddi semptomlar görülmese de omurgadaki sertleşmenin ilerlemesi beden postürünü bozmaktadır. Boyun kamburluğu ileri dereceye vardığında kişinin ileriye doğru düz bir şekilde bakmasını dahi engelleyebilmektedir. Hastaların çoğunluğu işlerine bir şekilde devam edebilse de işte ve sosyal hayatta yaşadıkları zorlanmalar sebebiyle yaşam kaliteleri oldukça

düşüktür (Doran ve ark., 2003). Biyopsikososyal açıdan pek çok alanda sıkıntı yaşadığı bilinen AS hastalarının tedavisinde, farmakolojik olmayan yöntemlerden fizik tedavi, cerrahi müdahaleler ve yaşam tarzındaki değişiklikler önemli yer tutmaktadır. Fizik tedavi uygulamalarında bireysel olarak yürütülen ev egzersizlerinden ziyade grup etkinliklerinin hastalar için daha faydalı olduğu görülmektedir. Hastaların katıldığı fizik tedavi etkinliklerinin hastalık kaynaklı yeti yitimini azaltacağı ve bu sayede ağrı ile depresyonun azalmasına yardımcı olacağı belirtilmektedir. Bunun yanında bilişsel davranışçı teknikler ve pikoeğitimin aktif kullanıldığı psikoterapötik müdahalelerin yaşam stilinde, hastalık algısında ve yaşam kalitesinde değişim oluşturacağı belirtilmektedir. Bu nedenle hastalığın tedavisinin multidisipliner bir ekip tarafından yürütülmesi gerektiğine dikkat çekilmektedir (Elbey, 2015).

Toparlamak gerekirse, hem RA hem de AS'nin tedavisinde farmakolojik ajanlar önemli bir yer tutmaktadır. Her iki hastalığın tedavisinde de doğru ilaç tavsiyesi kadar hastanın önerilen ilaca uyum göstermesi de kritiktir. Bu denli kritik bir rolde yer alan ilaç uyumunun doğru tanımlanması ve RA ile AS hastalarının ilaç uyumlarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple bir sonraki bölümde önce genel olarak ilaç uyumu kavramı kronik fiziksel hastalıklar bağlamında öncülleri, sonuçları, ölçümü açısından ele alınacak ardından RA ve AS hastalarında ilaç uyumu çalışmalarına değinilecektir.

1.2. İlaç Uyumu

İlaç uyumunu ele almadan önce uyumun literatürdeki farklı isimlendirmelerine yer verilecektir. Bunlardan ilki uyumluluktur (compliance). Uyumluluk, sağlık uzmanın verdiği önerilere hastanın uyma davranışlarına verilen addır. Bu ifade hasta doktor ilişkisinde hastayı pasif bir rolde tanımlaması sebebiyle eleştirilmektedir (Haynes, Taylor ve Sackett, 1979). Bir diğer ifade olan uyuşmada (concordance) ise doktor ve hastanın karmaşık kararların alımında kendi fikirlerini ifade etmeleri gerektiği ve her ikisinin de eşit oy hakkının olduğu belirtilmektedir. Ancak bu ifadenin temel sorunu her iki tarafın da birbirlerinden farklı düşündüğü durumlara yönelik bir açıklama getirememesidir (Royal Pharmaceutical Society of

Great Britain, 1997). Her iki ifadedeki eksikler sebebiyle son zamanlardaki çalışmalarda çoğunlukla uyum kavramı (adherence) kullanılmaktadır. İlaç uyumu kavramında, uyumluluğun aksine hastaların seçim yapmada özgür olduğu vurgulanmaktadır. Dahası, uyuşmanın aksine hasta ve doktorun herhangi bir kararda anlaşmaya varması beklenmektedir (Horne, 2006). Bu nedenle bu çalışmada hastaların önerilen farmakolojik tedaviye yönelik davranışları ilaç uyumu (medication adherence) kavramı ile ele alınacaktır.

İlaç uyumu kavramının kronik hastalığı olan bireylerin tedavilerinde oldukça önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Bu denli önemli bir kavram, literatürde farklı tanımlarla ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından doktor ve hasta tarafından birlikte alınmış tedavi kararına hastaların uyma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Yapılan tanımda büyük oranda uyumun ilişkiselliğine vurgu yapıldığı gözlenmektedir (Sabate, 2003). Bir başka tanımda ise ilaç uyumu, hastaların ilaç alımı, diyete uyum gösterme, yaşam stilinde değişikliğe gitme gibi bireysel, genel ya da sağlık alanında gelen önerilerle gelişen pek çok davranışın kavşak noktasında bulunmaktadır. Bu tanıma göre ilaç uyumu aynı zamanda bir sağlık davranışıdır (Haynes, Taylor ve Sackett, 1979). Diğer bir tanımda ise ilaç uyumunun hastaların ilacı tarif edildiği gibi kullanma niyeti, uygulaması ve ara verme/tekrar başlamaya karar verme sürecini ele aldığı belirtilmektedir. Bu tanımda ilaç uyumunun bir süreç olarak ele alındığı dikkat çekmektedir (Vrijens ve ark., 2012). Ancak tüm tanımlar ele alındığında görüldüğü üzere ilaç uyumu hasta ve doktor ilişkisi gibi sosyal faktörlerden, niyet, tutum, karar verme süreçleri gibi birçok bilişsel faktörden etkilenen ve sağlık sonuçlarına direk etki eden bir sağlık davranışıdır (Brown ve Bussell, 2011).

İlaç uyumunun sağlık sonuçları açısından oldukça kritik olduğu belirtilmesine rağmen kronik hastaların neredeyse %50 oranında ilaç uyumsuzluğu gösterdiği bulunmuştur (Lee, Grace ve Taylor, 2006; Naderi, Bestwick ve Wald, 2012). İlaç uyumsuzluğuna etki edebilecek bilişsel ve sosyal faktörlere yukarıda yer verilmiştir. Bunun yanında, düzensiz ilaç kullanımı kişilerin tedavilerinden alabilecekleri "sağlıklı olma" şansını kaybetmelerine ve kaynakların israfına sebep olabilmektedir.

Bir başka deyişle, ilaç uyumundaki azalmanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok sonucu olabilmektedir (Horne ve Weinman, 1999).

İlaç uyumunun biyopsikososyal ve ekonomik sonuçlarının ele alındığı çalışmalarda, uyumun hem sonuçlara etki ettiği hem de sonuçlardan etkilendiği görülmektedir. Bir başka deyişle hastaların ilaç uyumundaki artış biyopsikososyal sonuçları etkilemekte, ancak hastaların ilaçlardan kaynaklı yan etkiler, sosyal etiketlenme kaygısı ya da yaşam fonksiyonlarında azalma gibi biyopsikososyal (A´gh ve ark., 2015; Osterberg ve Blaschke, 2005) ya da alım gücündeki yetersizlik, pahalılık, işsizlik, sigortanın karşılamaması gibi ekonomik (Elliott ve ark., 2008) sebeplerle ilaç kullanımlarını azalttıkları/bıraktıkları da görülmektedir. Benzer şekilde, kronik astımı olan bireylerin ilaç uyumu ve yaşam kalitesinin ilişkisinin ele alındığı toplam 7 araştırmanın derlendiği bir çalışmada yaşam kalitesi ve ilaç uyumunun ilişkisinin iki yönlü olduğu ve birbirinden etkilendiği bulunmuştur. Bunun yanında literatürde bu ilişkiyi sınayan çalışmaların azlığına dikkat çekilmiş ve ilişkinin aydınlatılabilmesi için daha çok çalışmanın yapılması gerektiği belirtilmiştir (A´gh ve ark., 2015).

İlaç uyumunun ekonomik bir modelle ele alındığı bir başka derleme çalışmasında ilaçlara yönelik deneysel çalışmaların azlığından dolayı uzmanların sıklıkla ilaç değiştirmesi ve ciddi ilaç yan etkilerinin yaşanması sebebiyle kişilerin ilaç kullanmayı bırakmaya eğilimli oldukları ifade edilmiştir. Bu durumun hastaların sağlığına ulaşmasını geciktirdiği ve işe gidilen gün sayısının düşmesi, kullanılmayan ilaçların yarattığı israf gibi sebeplerle ekonomiye ciddi bir yük oluşturduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada bu yükün azaltılması amacıyla kişilerin ilaç uyumunu arttıracak ve sağlık sonuçlarına etkisinin değerlendirileceği farklı çalışmalara ihtiyaç duyulduğunun altı çizilmektedir (Elliott ve ark., 2008).

İlaç uyumsuzluğunun bireysel ve sistemsel sonuçlarından dolayı, bu kavram üzerine farklı çalışmaların üretilmesi önemli olmaktadır (Kripalani, Yao ve Haynes, 2007). Özellikle uyumun tıbbi uygulama ile hastalık sonuçları arasında kilit bir aracı değişken olması (Kravitz ve Melnikow, 2004) sebebiyle hastaların ilaç uyumlarına etki eden faktörlerin detaylı incelenmesi ve uyumun arttırılmasına yönelik

stratejilerin geliştirilmesinin klinik alandaki önemi yadsınamayacak kadar büyük olacaktır (Kripalani, Yao ve Haynes, 2007).

İlaç uyumuna yönelik geliştirilen müdahalelerde farklı pek çok yöntem kullanılmıştır. Kullanılan yöntemlerin derlendiği ve meta-analiz ile değerlendirildiği bir çalışmada, Kripalani, Yao ve Haynes, (2007), bu zamana kadar kullanılan yöntemleri bilgisel, davranışsal ve karma (bilgisel, davranışsal ve sosyal) müdahaleler olarak 3'e bölmüştür. Toplam 38 müdahalenin derlendiği araştırmanın sonuçlarına göre uyuma en fazla davranışçı, ikinci olarak da karma müdahaleler etki etmektedir. Davranışçı müdahalelerden izleme ve geri bildirim alma, karma müdahalelerden ise davranışçı yöntemlere ek olarak öz-yönetim planı yapma, güçlendirme ve bazen de ödüllendirmenin etkili olduğu belirtilmektedir. Ancak müdahale ile elde edilen değişimin, uyumun uzun süreli klinik sonuçlarına etkisinin çok düşük olduğu bu nedenle uzun süreli sonuçları arttırmak adına bilişsel stratejilerin de müdahalelere eklenmesinin faydalı olacağı vurgulanmaktadır (Kripalani, Yao ve Haynes, 2007). Yapılan bir başka meta-analiz çalışması ise hastaların ilaç uyumuna/uyumsuzluğuna neden olan bireysel (bilişsel, davranışsal, sosyal) faktörlerin göz önüne alınmasının uyumu arttıracak bir müdahale tasarlamak adına vazgeçilmez olduğunun önemini ortaya koymaktadır (Küçükarslan, 2012). Benzer şekilde Küçükarslan da (2012) ilaç uyumuna neden olan tek bir faktör olmadığı için yapılan müdahalelerin de tek bir faktörü hedeflememesi dolayısıyla çok boyutlu müdahaleler tasarlanması gerektiğini önermiştir.

Biyopsikososyal bağlamda sağlıklılığın devamlılığı için oldukça önemli bir sağlık davranışı olan ilaç uyumuna etki eden faktörlere ve ilaç uyumunu arttırmak için geliştirilebilecek müdahalelerde nelere dikkat edilmesi gerektiğine dair bulgular bu bölümde kısaca özetlenmiştir. Ancak tüm belirlenen bu ilişkinin nasıl kurulduğuna dair doğru sonuçlara ulaşabilmek adına ilaç uyumunun ölçülmesinde geliştirilen tekniklere bir sonraki bölümde yer verilecektir.

1.2.1. İlaç Uyumunun Ölçümü

İlaç uyumu pek çok yöntemle test edilmektedir. Bunlardan bazıları hasta günlüğü, hap sayımı, öz bildirim ölçeklerinin kullanımı gibi dolaylı, bazıları ise kan sayımındaki ilaç oranına bakma, labaratuar göstergeleri gibi direk ölçümlere dayalı olmaktadır (Brown ve Bussell, 2011; Gossec, Tubach, Dougados ve Ravaud, 2007; Hughes, 2011; Jimmy ve Jose, 2011).

Dolaylı yöntemlerde hastaların ilaç kullanma sıklıklarını öz bildirimle ifade etmeleri istenmektedir. Bunlar öz bildirim ölçekleri olabileceği gibi hap sayımını, hastaların ilaç kullanma sıklıklarını yazdığı günlükleri ve tekrar reçete yazdırma sıklıklarını da içerebilmektedir (Jimmy ve Jose, 2011). Araştırmalar açısından oldukça ekonomik olan bu yöntem hastaların doğru söylüyor olması temeline dayanması ve hasta doktor ilişkisinden fazlaca etkileniyor olması sebebiyle eleştirilmektedir (Gossec, Tubach, Dougados ve Ravaud, 2007; Horne, 2006).

Direk yöntemlerde hastaların, açıkça gözlenebilen tedavileri, biyolojik laboratuar ölçümleri ya da ilaçla ilgili maddelerin kandaki sayımı göz önünde tutulmaktadır. Olabilecek en doğru yöntemleri barındıran direk yöntemler ciddi bir mali yük oluşturması sebebiyle eleştirilmektedir. Ancak, metabolizmaların verdiği tepkilerdeki bireysel farklılıklar ve beyaz önlük karşısında tüm bu değerlerin kontrol edilecek olmasının ilaç uyumunun objektif ölçümlerinde dahi ölçüm hataları yaratabileceğine de dikkat edilmesi gerekmektedir (Jimmy ve Jose, 2011).

Dolayısıyla hem objektif hem de sübjektif yöntemlerin kendince artı ve eksilerinin olduğu görülmektedir. İki yöntemin birbirlerine üstünlüğünü kanıtlamayı hedefleyen birçok karşılaştırmalı çalışma yapılmasına rağmen yöntemlerden herhangi birinin üstün gelmediği de dikkat çekmektedir. Bu nedenle, literatürdeki pek çok çalışmada hem pratik hem de ekonomik olmasının da kolaylaştırıcı etkisi sebebiyle öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir (Brown ve Bussell, 2011; Gossec, Tubach, Dougados ve Ravaud, 2007; Hughes, 2011; Jimmy ve Jose, 2011). Bununla birlikte ilaç uyumunu değerlendirmede altın esasın henüz bulunamadığına dikkat çekilmekte (Jimmy ve Jose, 2011) ve ilaç uyumunun

ölçümlenmesinde mümkün olabildiğince direk ve dolaylı yöntemlerin kombinasyonunun kullanılmasının bilginin güvenirliğini artıracağı bildirilmektedir (Brown ve Bussell, 2011).

İlaç uyumunu ölçen birçok öz bildirim ölçeği literatürde yer almaktadır. Ancak Türk diline uyarlaması gerçekleştirilen iki ölçek bulunmaktadır. Bunlardan ilki Morisky Uyum Ölçeğidir. Kullanım sıklığı olsa da uyumu yalnızca iki seçenekli kategorik bir ölçüm modeliyle ele alması ve güvenirlik katsayısının düşüklüğü sebebiyle eleştirilmektedir (Morisky, Ang, Krousel-Wood ve Ward, 2008). Daha yeni bir dönemde uyarlaması tamamlanan İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ise uyumu boyutsal ele alışı ve psikometrik değerlerinin iyi düzeyde oluşuyla dikkat çekmektedir (Temeloğlu-Şen, Sertel-Berk ve Sindel, 2019).

Özetlemek gerekirse, ilaç uyumunun bireysel ve dışarıdan müdahalenin sınırlı kalabileceği bir sağlık davranışı olması sebebiyle ölçümü oldukça zorluk yaratmaktadır. Yukarıda ifade edilen her yöntemin en sonunda bireysel bir bildirim üzerinden yürüyor olması araştırmacıların yaşadığı en temel zorlanmalardan birisini oluşturmaktadır (Brown ve Bussell, 2011). Bir diğer bölümde ilaç uyumunun sağlanamaması durumunda ciddi zorlanma yaşayacağı bilinen bir grup olan RA ve AS hastalarında ilaç uyum davranışı ele alınacaktır.

1.2.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarında İlaç Uyumu

Daha önce de bahsedildiği gibi romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalığı uzun süreli ilaç kullanımının gerekli olduğu ve kullanılmama durumunda vücutta ciddi hasar bırakan oto immün hastalıklardır. Uzun süreli tedavi gerektiren ve tedavi sürecinde önerilen davranışların uygulanamaması durumunda ağrı, yeti yitimi gibi biyolojik, psikolojik zorlanma ve sosyal hayattan geri çekilme gibi psikososyal etkilerin görülebileceği romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının ilaç uyumlarının değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Arturi ve ark. 2013; Lempp, Galloway ve Hughes, 2015). Dahası RA ve AS'nin tedavisinde klinik olarak benzer ilaç kodları kullanılmaktadır. Bu nedenle bazı çalışmalarda bu

iki hastalığın birlikte ele alındığı görülse de ayrı olarak çalışıldığı da görülebilmektedir (Arturi ve ark. 2013).

Alanda RA ve AS'de ilaç uyumu çalışmalarına göz atıldığında bir grup araştırmanın bu iki tanıyı almış kişilerde ilaca uyum oranlarını değerlendirdiği gözlenmektedir. Genel olarak ise bu oranların çalışmadan çalışmaya farklılaştığı göze çarpmaktadır. Bu farklılaşma sosyoekonomik düzey, cinsiyet oranları, hastalık evresi gibi karıştırıcı değişkenlerin kontrol edilmemesinden kaynaklandığı bildirilmektedir (Hughes, 2011). RA hastalarının %41 (Viller ve ark., 1999) ila %54'ünün (Grijalva ve ark., 2007) DMARD alımlarını 90 günden fazla bir süre boyunca doktordan bağımsız kendi kendilerine almamakta oldukları bildirilmiştir. Doğru doz ayarlamaları ve zamanlama gibi pek çok bileşenin de değerlendirildiği uyum çalışmalarında Park ve arkadaşlarına (1999) göre %62, Klerk, van der Heijde, Landewe, van der Tempel ve van der Linden'e (2003) göre %75 oranında RA hastası Sulfasalazin türü DMARD'a uyumsuzluk göstermektedir. Tüm çalışmalara detaylıca aşağıda ilgili bölümlerde değinilecektir. Ancak temel olarak RA hastalarının ilaç uyumu ile ilgili oluşan bu çelişkili bulguların sebebi uyumun detaylı araçlarla incelenmemesi ve örneklemin doğru seçilmemesinden kaynaklandığı raporlanmıştır (Hughes, 2011). RA hastalarının ilaç uyumlarına yönelik bu çelişkili bulguları toparlamak adına, uyumun değerlendirildiği 16 çalışmanın derlendiği bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, hastaların ilaç uyumsuzluk oranlarındaki farklılığa dikkat çekilmiştir. Ele alınan 16 araştırmanın bulguları bir arada değerlendirildiğinde RA hastalarının ilaca tam uyum gösterme oranlarının %30-35 olduğuna işaret edilmektedir. Bunun yanında ele alınan 16 çalışmanın bulguları içerisinde DMARD türü ilaçlara uyum ranjının çok geniş olduğu, bazı kaynaklarda uyumun %22, bazılarında ise %107 yani aşırı kullanım şeklinde rapor edildiği vurgulanmıştır (Van den Bemt, Zwikker ve van den Ende, 2012). Van den Bemt, Zwikker ve van den Ende (2012) RA hastalarının ilaç uyum oranlarında farklılığın nedeninin ilaç uyum davranışının boylamsal ele alınması gereken, bireysel ve çevresel pek çok durumdan etkilenebilen bir kavram olmasıyla açıklamaktadırlar. Bu nedenle ilaç uyumunun boylamsal bir desenle test edilmesinin çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Farklı bulguların netleştirilebilmesi için daha çok boylamsal desenle test edilmiş

araştırmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Van den Bemt, Zwikker ve van den Ende, 2012).

AS hastalarının ilaç uyumuna yönelik çalışmalar RA ile kıyaslandığında oldukça yetersiz kalmaktadır. Gürçay ve arkadaşlarının (2006) 65 AS hastasının katılımı ile gerçekleştirdikleri retrospektif çalışmada, hastaların NSAİİ'ye %53'ünün, steroidlere %67'sinin, DMARD'a (ilaç kodlarına göre değişmekle birlikte) %60-100'ünün uyum gösterdikleri bulunmuştur. Hastaların NSAİİ türü ilaca DMARD ve steroidlere oranla anlamlı düzeyde daha az uyumlu oldukları görülmektedir. Bu duruma NSAİİ türü ilacın yan etkilerinin fazlalığı ve hastaların organlarına zarar geleceği düşüncesinin sebep olduğu düşünülmektedir (Gürçay ve ark., 2006). Bunun yanında AS ile yapılan bir başka çalışmada ilaç türleri arasında uyum açısından farklılık görülse de bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Aynı araştırmada AS hastalarının ilaç uyumunun %25 olduğu ve uyumsuzluğu cinsiyet, yaş, hastalık seyri, eğitim, sağlık güvencesi, depresif durum ve hastalık parametrelerinin etkilemediği belirtilmiştir (Arturi ve ark. 2013).

Klinik olarak da benzer ilaç kodlarının kullanıldığı RA ve AS'de ilaç uyumunun birlikte değerlendirildiği ve hatta RA ve ASher iki grubun ilaç uyumlarının karşılaştırıldığı çalışmalar da alanda mevcuttur. İki hastalığın tedavisinde de kullanılan benzer kodlardaki ilaçlara yönelik uyum davranışlarının, RA ve AS için farklılaşma düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada iki hastalık grubunun ilaca uyum değerleri arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı bulunmuştur (Henriksson, From ve Stratelis, 2014). Ancak yapılan bir başka çalışmada ise RA hastalarının, AS hastalarına kıyasla ilaçlarına daha fazla uyum gösterdikleri de belirtilmektedir (Arturi ve ark. 2013). RA ve AS hastalarının ilaç uyumlarının birlikle ele alındığı bir çalışmada ise, hastaların NSAID türü ilaçlara uyumları değerlendirilmiştir. Hastaların NSAID türü ilaca uyum oranlarının %26 olduğu; bunun yanında NSAID ile birlikte verilen yan etki düzenleyici proton pompası inhibitörü (PPI) türü ilaçlara ortalama %77 oranında uyum gösterdikleri görülmüştür. Bu çalışmaya göre hastaların ilaç kullanmaktan çok

NSAID türü ilaçlara yan etkileri sebebiyle uyum göstermede zorlandıkları görülmektedir (Henriksson, From ve Stratelis, 2014).

RA hastalarının ilaç uyumlarının derlendiği çalışmalar mevcutsa da AS hastalarının ilaç uyumlarına yönelik çalışmaların yetersizliği ve karşılaştırma çalışmalarına yönelik derleme eksikliğinden dolayı literatürde çelişkili bilgiler dikkat çekmektedir. Her ne kadar ilaç uyum ve uyumsuzluk oranlarında çalışmalar arasında farklılık görülse de literatürde ilaç uyumunun ölümlülük oranlarına ve yaşam kalitesine etkisi yadsınmamaktadır (Hughes, 2011). Bu denli kritik bir sağlık davranışı olan ilaç uyumunun ele alınmasında sadece tıbbi değişkenlere odaklanılmasının yeterli bir açıklama sunamayacağı görülmektedir (Brown ve Bussell, 2011). Bu nedenle RA ve AS hastalarının ilaç uyumlarının biyopsikososyal bağlamda değerlendirilmesi gerekmektedir.

1960'lardan beri çalışılan bir kavram olan ilaç uyumuna etki eden faktörler hakkında günümüzde fazlaca yol alınmıştır. Yapılan iki derleme çalışmasında da ne sosyodemografik ne de tedavi ile ilişkili faktörlerin ilaç uyumuna direk etki ettiği belirtilmektedir. İlaç uyumuna direk etki eden tek değişkenin psikososyal bileşenler olduğunun altı çizilmektedir (Vangeli ve ark., 2015; van den Bemt ve ark., 2012). Bu nedenle ilaç uyumuna etki eden inanç, tutum, algılar tutum ve algıların modeller çerçevesinde ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Son dönemde geliştirilen pek çok sağlık davranışı modellerinden hangisinin ilaç uyumunu açıklamada daha faydalı olduğunun belirlenmesi de oldukça kritiktir. RA hastalığında ilaç uyumsuzluğuna zemin hazırlayan faktörlerin farklı sağlık modelleri çerçevesinde ele alındığı bir doktora tezinde ilaç uyumunu kesitsel desende en iyi açıklayan modelin Öz Düzenleyici Model olduğuna işaret edilmektedir (Hughes, 2011). Bu nedenle bu çalışmada da ilaç uyumunun bu model çerçevesinde ele alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

1.3. Öz Düzenleyici Model

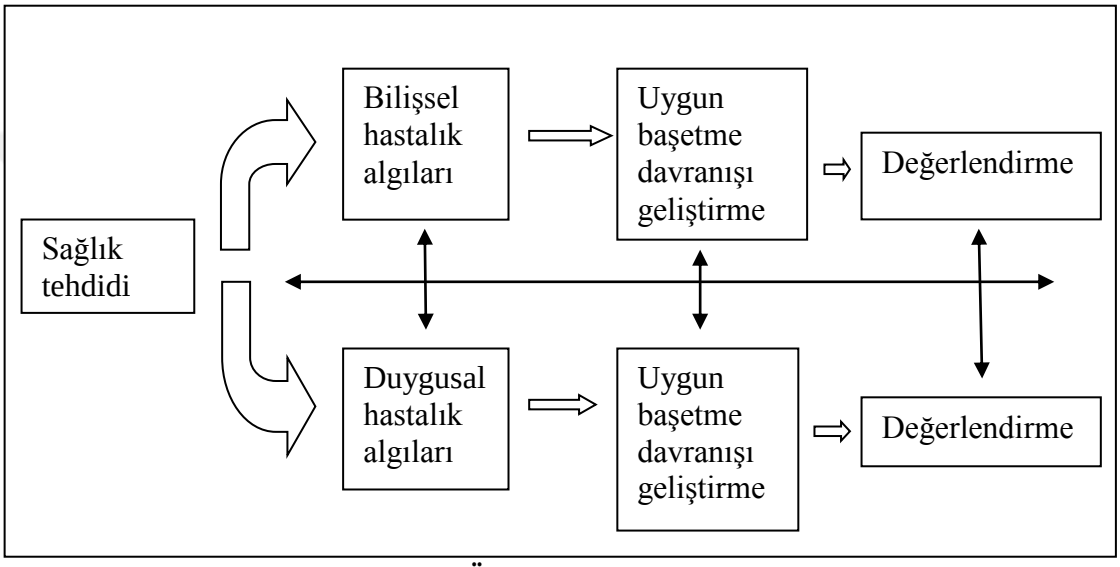
Davranışların değerlendirilmesinde sadece görünenle ilgilenilmesinin yeterli olduğunu düşünen davranışçı kurama rağmen bugün, bir davranışın oluşumunda

duygular, tutumlar, hedefler ve süreçlerin de önemli rol oynadığı bilinmektedir. 1960'lardan beri sağlık davranışlarının değerlendirilmesi ve hastalık tehdidinin algılanması üzerine çalışan Leventhal ve arkadaşları, Öz Düzenleyici Modeli (ÖDM), Sağlık İnanç Modeli (SİM) ile Korku-Dürtü Modeli (KDM) üzerine yapılan araştırmaları ileriye taşıyarak geliştirmiştir (Leventhal ve Watts, 1966). Aslında ÖDM dahil tüm bu modeller kuramsal temellerini tarihsel geçmişi uzun olan "Sağduyu Modeli"nden almıştır. Bu modele göre bireylerin davranışlarının ortaya konmasında, hedef belirleme, seçim yapma, hedeflerinin başarılı olup olmaması gibi pek çok süreci içinde barındıran "algılar" rol oynamaktadır. Bir başka deyişle, algıların bireylerin hayatındaki pek çok durumun ele alınması, değerlendirilmesi ve yönetilmesinde etkili olduğu görülmektedir.

Leventhal ve arkadaşları tarafından geliştirilen ÖDM'ye göre, bireyler aktif problem çözücüler olarak problemi anlamlandırmak için hastalıklarına dair zihinsel algılar oluşturmaktadır (Leventhal ve ark., 1980). Bu zihinsel algılar, başetme davranışlarının oluşumunu ve bu davranışların fiziksel ve duygusal sonuçlarına dair beklentileri etkileyebilmektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996; Leventhal, Diefenbach ve Leventhal, 1992; Leventhal ve ark., 1980; Meyer, Leventhal ve Gutmann, 1985). Hastalığa yönelik algılar kültürel bilgiler, sosyal çevreden edinilen kanaatler, hastalıkla ilgili önceki deneyimler gibi pek çok kanaldan etkilenebilmektedir (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Modelin iki büyük bağımsız işleme sistemi vardır. İlki hastalık tehdidinin nesnel psikolojik algısıdır ve ikincisi algı koluna paralel olarak çalışan bir duygusal işlem sistemidir (Leventhal, Diefenbach ve Leventhal, 1992). Bunlardan ilki hastalık tehdidinin algılanan gerçekliği, ikincisi ise hastalık tehdidinin duygusal boyutu olmaktadır. Hastaların birbirleriyle eş zamanlı ve paralel olarak işlemlenen bu iki süreç üzerinden hastalıkla başetmede uygun davranışlar geliştirdiği varsayılmaktadır (Leventhal, 1970, Leventhal ve ark., 1980).

Algılanan hastalık tehdidi boyutu[1] ÖDM'ye kadar pek çok modelin ele aldığı bir kavram olmasına rağmen, hastalığa yönelik geliştirilen duygusal tepkilerin sağlık davranışına etkisi ilk defa ÖDM sayesinde dikkat çekmeye başlamıştır. Hastalık ile ilgili geliştirilen duygusal tepkilerin hastalık sürecinde işlevli davranışların gelişiminden semptomların yaşantılanma biçimlerine kadar pek çok duruma etki edebildiği görülmektedir (bknz. Şekil 1) (Leventhal, Nerenz, ve Steele, 1984).



Şekil 1: Öz Düzenleyici Model

Kaynak: Leventhal, H., Nerenz, D.R. ve Steele, D.J. (1984) Illness Representations and Coping with Health Threats. In: Baum, A., Taylor, S.E. and Singer, J.E. Eds., Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 219-252.

İnsanların hastalık tehditlerine nasıl uyum sağladığını anlamak için, bu tehditleri katılımcıların bakış açısıyla incelemek gerekmektedir. Bir başka deyişle, ÖDM, kişilerin algıladıkları tehditlerin zihinsel yapılarını, tehditleri yönetmek için kullandıkları prosedürleri, sordukları soruları, seçtikleri ya da uyguladıkları başetme yöntemleri ve başa çıkma sonuçlarını değerlendirmek için kullandıkları ölçütlerin modellenmesi amacıyla ortaya çıkmıştır. Bunun yanında, bireylerin tehdidi deneyimledikleri esnada ortaya çıkan duygusal tepkileri tanımlamak ve bu duygularla başa çıkmak için kullanılan yolları ve bu başa çıkmanın sonuçlarını değerlendirmek için kullandıkları kriterleri de paralelinde tanımlamak gereklidir.

[1] Sağlık ve hastalık tehdidi kavramları modelde dönüşümlü olarak kullanılmakla beraber aynı anlama geldiğinden bu tezde kavram bütünlüğü açısından hastalık tehdidi kullanılacaktır.

Buna "paralel işlemleme" adı verilmektedir. Bu işlemleme modeline göre bilişsel ve duygusal bilgiler eş zamanlı olarak zihinsel süreçlerde işlemlenir. Bu işlemleme sürecinde algılar kilit rol üstlenmektedir (Leventhal, 1970).

Özet olarak, ÖDM 3 temel varsayıma dayanmaktadır;

1. Bireyler, bedensel duyumlarını değerlendiren, oluşan farklılıklara dair hipotezler kuran test eden, yeni hipotezler oluşturan ve bu süreçte çevresinden ya da medyadan gelen bilgileri de değerlendirmeye alan adeta bir bilim insanı gibi çalışır.
2. Bireylerin hastalıkla başa çıkma stillerini ve davranışlarının sonuçlarının değerlendirilmesi sürecini yönlendiren yapı hastalık algıları olmaktadır.
3. Hastalık algısı tıbbi süreçlerden ya da tanıdan bağımsız olup sadece bireyin öznel süreçlerinden etkilenmektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996).

ÖDM'nin temel değişkeninin hastalık algısı[2] olduğu bilinmektedir. İlaç uyumunda ÖDM'nin tüm değişkenlerinin ele alınacağı bu bölümde öncelikle temel değişken olan hastalık algısına yer verilecek daha sonra ÖDM'nin diğer bileşenlerine yer verilecektir.

1.3.1. İlaç Uyumunda ÖDM: Hastalık Algısı

Hastalık algısı, kişinin yaşadığı hastalığa yönelik zihinsel modelidir (Albery ve Munafó, 2008). Bir başka deyişle hastalık algısı, bireylerin hastalıklarını anlamlandırmak amacıyla geliştirdikleri zihinsel yapılardır. Hastalık algısı, hastalığa dair kültürel olarak gelen ya da sosyal iletişimde edinilen, doktor ya da sağlık personeli gibi otoritelerden ve hastalık yaşantısının kendisinden edinilen bilgiler olmak üzere 3 kanaldan oluşmaktadır (Diefenbach & Leventhal, 1996; Hagger ve Orbell, 2003).

Kronik hastalığı olan pek çok bireyle yapılan görüşmelerin açık ve kapalı kodlarla nitel analizleri ve uygulanan testlerin nicel analizlerine dayalı sonuçlar

[2] Hastalık algısı ve hastalık temsili kavramları modelde dönüşümlü olarak kullanılmakla beraber aynı anlama geldiğinden bu tezde kavram bütünlüğü açısından hastalık algısı kavramı kullanılacaktır.

hastalıkların zihinsel yapılarının beş algı alanı ile değerlendirilmesinin uygun olacağını ortaya koymuştur (Lau ve Hartman, 1983; Lau ve Hartman, 1989; Nerenz, Leventhal ve Love, 1982; Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne, 1996). Bu, kimlik, zaman çizelgesi, sonuçlar, tedavi kontrolü ve nedenler olmak üzere beş başlıkta ele alınmıştır. Daha sonra modele hastalık anlaşılabilirliği duygusal boyut da eklenmiştir. Kimlik, bireylerin hastalıklarını ve semptomlarını görme biçimini; zaman çizelgesi, hastalığın ne kadar süreceğine dair inançları; sonuçlar, hastalığın yansımalarının etkisi hakkındaki inançları; tedavi kontrolü, hastalığın tedavi edilebilirliği ve kontrol edilebilirliği ile ilgili inancı ve nedenler, hastalığın nedenine dair inançları ifade etmektedir. Hastalık algılarının oluşumunda, tüm bilişsel algı alanlarına paralel olarak aynı zamanda duygusal algılar da oluşturulmaktadır. Duygusal algılar hastalık ya da semptomların kişide oluşturduğu duygusal tepkilerdir. Örneğin, kanserin tedavi edilemeyeceğine yüksek inanç kaygı ya da depresyona yol açabilmektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996; Leventhal ve arkadaşları, 1992). Kişinin bilişsel algıları duygusal algılarını da tetiklemektedir. Bir başka deyişle, kişilerin bilişsel ve duygusal algıları eş zamanlı olarak birlikte işlemlenmektedir. Bu durumu Leventhal (1970) "eş zamanlı süreç modeli" (parallel process model) olarak isimlendirmektedir.

Beş hastalık algısının oluşumunda fiziksel duyumlar, belirtiler (hissedilen ağrı ya da yanma vb.) kadar bu duyumlara dair zihinsel kavramsallaştırmalar (ağrı fiziksel bir hastalığın belirtisi mi) da etkili olmaktadır. Eş zamanlı süreç modelinin bir diğer etkisi bu alanda görülmektedir. Çünkü, hem somut yaşantılar hem de soyut akıl yürütmeler hastalık ve tedavi algılarının oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Leventhal ve ark.,1992; Leventhal, Phillips ve Burns, 2016). Örneğin göğüste yaşanan bir ağrı kişinin hemen kalp krizi geçirdiğini düşünmesine sebep olabilmektedir. Bu kararın alınmasında göğüs ağrısı şeklindeki somut yaşantılar gibi kalp krizine yönelik kavramsallaştırmalar etkili olmaktadır. Ancak, elbette kavramsallaştırmalarda da bazı hatalar olabilmektedir ve kişi aslında kalp krizi geçirmiyor da olabilir. 'Kalp krizi geçiriyorum' kararının alınması sonraki değerlendirmelerde oldukça önemli bir yer kaplamaktadır. Bu nedenle hastalık ve tedavi algılarının birden çok seviyeli bir süreç olarak ele alınması doğru karar alma

adına kritik olmaktadır. Bir başka deyişle, kişinin bedensel semptomlarını değerlendirirken pek çok kanaldan bilgi toplamasının (görsel, işitsel, sosyal vb.) bunun yanında hastalık algısının beş temel boyutu çerçevesinde durumu değerlendirmesinin gerekliliğine işaret edilmektedir. Bu şekilde verilen kararların gerçekle tutarlılığının da yüksek olacağına dikkat çekilmektedir (Leventhal, Phillips ve Burns, 2016).

İşaret edilen beş temel, ikisi de sonradan eklenmiş hastalık algısının boyutlarına çok kısaca değinilse de her boyutun daha detaylı ele alınması gerekmektedir. Bu amaçla ele alınacak ilk hastalık algısı boyutu 'kimlik'tir. Kimlik, hastaların yaşadıkları durumlara verdikleri etiketler ya da isimlerin tümünü kapsamaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerde hastalığa yönelik belirtileri yüksek düzeyde algılamanın olumsuz biyolojik, psikolojik ve sosyal sonuçları olduğu belirtilmektedir. Yüksek hastalık kimliğine sahip olma kronik hastalığı olan bireylerin kaygı, depresyon gibi psikolojik şikayetlerinde artışa (Bozkurt ve ark., 2018; Ulus ve ark., 2017; Zyrianova ve ark., 2011), fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında düşüşe (Groarke, Curtis, Clan ve Gsel, 2005; Karademas ve ark., 2017), fiziksel belirtilerde artışa (Groarke, Curtis, Clan ve Gsel, 2005; Karademas ve ark., 2017), sosyal işlevsellikte ve sosyal katılımda düşüşe (Groarke, Curtis, Clan ve Gsel, 2005) sebep olmaktadır. Kimliğin hastaların yaşadıkları semptomları meşrulaştırmalarına yardımcı olmasının yanında hastaların aldıkları tanının kanıtı olarak tüm semptomları kendilerinde arama davranışına da itebilmektedir. Bu nedenle bu alan somatizasyon ile yüksek ilişki göstermektedir (Hale, Treharne ve Kitas, 2007).

Neden, biyomedikal olarak doğru olup olmaması önemsenmeksizin kişinin hastalığa sebep olan faktörlere yönelik algısına verilen isimdir. Bu algılar, kişisel deneyimlerden elde edilen bilgilerin yanı sıra, stres, çevre kirliliği ve diğer patojenler gibi durumlara atıf yapan diğer önemli kişilerin, sağlık çalışanlarının ve medya kaynaklarının görüş ve söylemlerini temel almaktadır (Diefenbach ve Leventhal, 1996; Leventhal ve ark., 1997; Hale, Treharne ve Kitas, 2007). Yapılan bir meta analiz çalışmasında nedensel açıklamaların biyolojik (virüs, bağışıklık sistemi gibi),

duygusal (stres, depresyon gibi), çevresel (kimyasallar, hava kirliliği gibi) ve psikolojik (aşırı çalışma, kişilik gibi) olmak üzere 4 grupta toplanabileceği belirtilmektedir (Hagger ve Orbel, 2003). Kronik hastalığı olan bireylerin çoğunlukla hastalıklarını genetiğe, yiyecek alışkanlıklarına, iş ortamlarına, strese ya da çevresel faktörlere bağlamaya yatkın oldukları görülmüştür (Vaughan, Morrison ve Miller, 2003).

Zaman, hastalık sürecinin ne kadar süreceğine, örneğin hastalığın akut ya da kronik olma durumuna dair inancı betimlemektedir. Bu alan hastalığın başlangıç zamanı, hastalığın süresi ve seyriyle ilgili algıdan da etkilenmektedir (Heijmans ve de Ridder, 1998). Zaman, bir tarafıyla objektif olarak takvimler ya da saatlerle ölçümlenebilirken, bir taraftan hastalığın tek seferlik ya da tekrarlı olarak gerçekleşeceğine yönelik inancı da içerdiği için algısal boyutuyla değerlendirilmeye alınmaktadır (Leventhal ve ark., 1998; Kaptein ve ark., 2003). Yapılan bir çalışmada zaman algısı hastalık süreci içerisinde tekrar değerlendirilmiştir. Meyer, Leventhal ve Gutmann'ın (1985) 230 hipertansiyon hastasıyla hastalık süreçlerini değerlendirdikleri çalışmasında hastaların, %24'ünün hastalıklarını akut, %32'sinin döngüsel ve %43'ünün kronik algıladığını bulmuşlardır. Kronik fiziksel hastalıklarda hastalığı uzun süreli ve kronik algılamanın yetersizlik inançlarında artışa (Carlisle, John, Fife-Schaw ve Loyd, 2005), fiziksel işlevlerde bozulmaya (Vaughan ve ark., 2003), somatizasyon, depresyon ve kaygı belirtilerinde artışa ve uykusuzluğa (Knibb ve Horton, 2008) sebep olduğu görülmüştür.

Sonuçlar, bireylerin hastalığın sonuçlarının kendilerini fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak nasıl etkileyeceğine yönelik algılarını belirtmektedir. Bu algılar zaman içinde daha gerçekçi inançlara dönüşebilmektedir (Hale, Treharne ve Kitas, 2007). Bu algı alanında hastanın yaşayacağı fiziksel değişimler ve bunların günlük hayata etkileri ele alınmaktadır (Leventhal ve ark., 2005). Hastalığın ciddi sonuçları olacağına yönelik inançlar kronik fiziksel hastalarda depresyon ve kaygı belirtilerinde artışa (Bozkurt ve ark., 2018; Ulus ve ark., 2017; Zyrianova ve ark., 2011), yaşam kalitesinde düşüşe (Cartwright ve ark., 2009; Karademas ve ark., 2017; Kotsis ve ark, 2014), fiziksel işlevde bozulmaya, ağrıda artışa (Carlisle, John, Fife-

Schaw ve Loyd, 2005) ve tedavi uyumunda düşüşe (Gould ve ark., 2010; Hughes, 2011) sebep olabilmektedir.

Kontrol/tedavi, hastalığın edilebilirliğine, kontrol altına alınabilirliğine ve kişinin bu süreci başarıyla yönetebileceğine yönelik inançları içeren algılardır (Hale, Treharne ve Kitas, 2007). Bu algının oluşumunda hastanın tedaviye yönelik öz etkinlik inançları ve tedavinin etkisine dair kabulü önemli rol oynamaktadır (Scharloo ve Kaptein, 1997). Bu sebeple bu algısal alan "tedavi algısı" olarak da isimlendirilebilmektedir (Leventhal, Phillips ve Burns, 2016). Kronik hastaların tedavi ve kendi çabalarıyla hastalığı kontrol edebileceklerine yönelik inancı, ağrı düzeyinde azalmaya (Karademas ve ark., 2017), depresyon ve kaygı belirtilerinde düşüşe (Groarke ve ark., 2005), sosyal işlevlerde artışa (Kotsis ve ark., 2014; Treharne Kitas, Lyons, Booth, 2005; van Os ve ark., 2012) ve tedavi uyumunun artmasına (Gould ve ark., 2010; Hughes, 2011) neden olmaktadır.

Duygusal boyut ise, hastaların hastalığa dair geliştirdikleri duygusal tepkileri ele alış biçimleri ile oluşmaktadır (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002). Hastalığa yönelik verilen yüksek düzeyde duygusal tepkinin yaşam kalitesinde düşüşe (Kotsis ve ark., 2014; Treharne Kitas, Lyons, Booth, 2005; van Os et ve ark., 2012), düşük sosyal işlevselliğe (Scharloo ve ark., 2005; van Os et ve ark., 2012), depresyon, yüksek algılanan stres ve uykusuzluğa (Knibb ve Horton, 2008) sebep olmaktadır.

Hastalık anlaşılabilirliği (coherence) ise kişinin hastalıkla ilgili süreci anlama ve anlamlandırma düzeyini değerlendiren bir algısal alan olmaktadır (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı anlamlandırmada zorlanmasının tedavi uyumunda düşüşe (Gould ve ark., 2010), psikolojik ve fiziksel işlevselliğin azalmasına, belirtilerin şiddetinin yüksek algılanmasına, hastalığın ciddi sonuçlarının olacağı inancına, hastalık süresinin kronik olarak algılanmasına ve duygusal tepkilerin artmasına sebep olacağı belirtilmiştir (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002).

Bu bölümde hastalık algısının boyutları ilişkili değişkenler çerçevesinde tanıtılmaya çalışılmıştır. Ancak modelde tanımlanan değişkenler ve oluşturulan ölçüm modeli zaman içerisinde birbirini besleyerek devam etmiştir. Örneğin, hastalığın anlaşılabilirliği boyutunun ölçüm ihtiyacından doğarak modele eklendiği bilinmektedir (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002). Kuramsal ve ölçümsel modelin birbirleriyle karşılıklı besleyici bir şekilde devam ediyor olması, hastalık algısının ölçümü üzerine detaylı bir değerlendirmeyi gerektirmektedir. Bu nedenle bir sonraki bölümde hastalık algısının ölçümü üzerine yapılan çalışmalar derlenecektir.

1.3.1.1. Hastalık Algısının Ölçümü

Hastalık sürecini aydınlatmak ve açıklamak için bireyler bazı zihinsel yapılar oluştururlar. Öz Düzenleyici Model (ÖDM) kapsamında oluşturulan bu yapıların tamamı hastalık algısı olarak ele alınmaktadır (Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne, 1996). Hastalık algısı kavramının ele alınışına ve alt boyutlarına önceki bölümlerde yer verilmiştir. Bu bölümde bu kavramın değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalara yer verilecektir.

Hastalık algısının değerlendirilmesi amacıyla öncelikle kuramı geliştirenler uzun dönem kronik hastalığı olan bireylerle görüşmüş ve elde edilen bilgileri nitel analiz desenleriyle incelemişlerdir. Daha sonra görüşmelerden elde edilen bulgular analiz edilerek modelin kavramları oluşturulmuştur ve bu kavramlar beş başlık altında toplanmıştır (Lau ve Hartman, 1983; Lau ve Hartman, 1989; Nerenz, Leventhal ve Love, 1982; Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne, 1996). Modelin kavramları net bir şekilde tanımlandıktan sonra bu modeli test edecek iyi bir ölçeğin geliştirilmesi gerekmiştir. Bu noktada öncelikle Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne (1996) Hastalık Algısı Ölçeği'ni (HAÖ; Illness Perception Questionnaire) geliştirmiştir. Ölçek psikometrik değerler bakımından kabul edilebilir düzeyde olmasına rağmen, maddelerin her hastalık grubuna göre değişiyor olması sebebiyle eleştirilmiştir (Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne, 1996).

Daha sistemli bir ölçek geliştirilmesi amacıyla tekrar çalışmalara başlayan araştırmacılar, hastalık algısını daha net ve öz değerlendiren Hastalık Algısı Ölçeği-Revize Edilmiş (HAÖ-R; Illness Perception Questionnaire-Revised) formunu geliştirmiştir (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002). İlk geliştirilen HAÖ'de kuramın tersine sadece hastalık algılarının bilişsel boyutlarına yer verilmekteydi. Ancak model içerisindeki tüm hastalık algılarının oluşumunda bilişsel yapılar kadar duygusal bileşenlerin de önemli olduğu bilinmektedir. Bu bilgiye rağmen modelin sınanmasında duygusal bileşenlerin değerlendirilmesine yer verilmediği dikkat çekmektedir. Bir başka deyişle, her boyutun içerisinde duygusal bileşenlere teoride vurgu yapılsa da, ölçüm modelinde bu vurgu görülmemektedir. Bu amaçla HAÖ-R'ye duygusal bileşenler de eklenmiştir (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002). Bunun yanında, HAÖ-R kuramın geliştiricileri tarafından ortaya konulmamış olsa da diğer araştırmacıların vurguları ışığında ölçüm modeline 'hastalık anlaşılabilirliği' de eklenmiştir. Bu katkılar sayesinde HAÖ-R'de hem duygusal boyuta yönelik kuramsal vurgunun test edilebilmesi hem de bilişsel boyuta 'anlaşılabilirlik' alt boyutunun eklenmesine imkân sağlanmıştır (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002). HAÖ-R, kapsayıcılığı ve psikometrik özellikleri bakımından iyi düzeyde bulunmuştur. Ancak 60 madde ve bir de açık uçlu sorudan oluşan ölçek (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002) hastalar tarafından cevaplanması ve anlaşılırlığı açısından ciddi sorunlar barındırdığı görülmüştür (Broadbent, Petrie, Main ve Weinman, 2006).

Zamansal açıdan ekonomik olmayışı ve gelişen istatistiksel ilerlemeler içerisinde tekrar analiz edildiğinde dikkat çeken psikometrik sorunlar sebebiyle hastalık algısı kavramını ölçen yeni bir ölçek ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu amaçla Broadbent, Petrie, Main ve Weinman (2006) tarafından ölçeğin maddelerinin sıfırdan yazıldığı Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ; Brief Illness Perception Questionnaire) geliştirilmiştir. Sekiz madde ve bir tane açık uçlu sorudan oluşan ölçeğin psikometrik özelilikleri de kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (Broadbent, Petrie, Main ve Weinman, 2006). Bunun yanında Broadbent ve arkadaşları (2015), ölçeğin geliştirilmesinden 9 yıl sonra alandaki performansını değerlendirmek üzere bir derleme ve meta-analiz çalışması gerçekleştirmiştir. Çalışmada, ölçeğin her

boyutunun ölçtüğü kavramı değerlendirmede gerekli ölçüm hassasiyetine sahip ve bir yıla varan aralıklı ölçümleri içeren takip çalışmalarında da değişimi değerlendirmede yeterli bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalıklarda yapılan çalışmalarda, müdahaleleri değerlendirmede en etkili boyutların kontrol ve nedensel açıklamalar olduğu görülmüştür. Ayrıca derlemede, ölçeğin nedensel açıklamalar boyutunu ölçmeyi amaçlayan çalışmaların azlığına ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğuna dikkat çekilmiştir (Broadbent ve ark., 2015). Hem performansının yeterliliği hem de ekonomik olması sebebiyle bu çalışmada da hastalık algısının değerlendirilmesinde KHAÖ kullanılacaktır.

İlaç Uyumunda ÖDM'de hastalık algılarının ilgili sağlık davranışları ve sağlık sonuçları açısından önemi önceki bölümde vurgulanmaktadır. Yukarıdaki bölümlerde de bahsedildiği üzere RA ve AS için ilaç tedavilerine uyum gösteriyor olmak çok merkezi bir sağlık davranışı olup, ÖDM açısından bakıldığında RA ve AS hastalarının hastalık algılarının anlaşılmasının ilaç uyumuna ve dahası RA ve AS'de sağlık sonuçlarının nasıl şekilleneceğinin kavranmasına katkı sunabilecektir. Dolayısıyla bir sonraki bölümde RA ve AS hastalarında hastalık algılarına ilişkin araştırmaların sonuçları derlenmeye çalışılacaktır.

1.3.1.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarında Hastalık Algısı

Daha önceki bölümlerde romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) ile ilgili bilgilerin sunulduğu bölümlerde psikolojik faktörlerin romatolojik hastalıklardaki rolü ve özellikle ilaç uyumu açısından önemi vurgulanmıştır. Bu sebeple romatolojik hastalıkların biyopsikososyal bir bakış açısıyla ele alınmasının öneminden bahsedilmiştir. Bu bağlamda, bu bölümde RA ve AS hastalarının ilaç uyumu ile ilişkili psikolojik faktörlerinden ilki olan hastalık algılarına yer verilecektir. Literatürde romatolojik hastaların hastalık algılarıyla ilgili çalışmalara AS'ye kıyasla daha sık rastlanmaktadır (Airaksinen ve ark., 2006; Norton ve ark., 2014; Bozkurt ve ark., 2018; Hyphantis ve ark., 2013).

RA hastalarında hastalık algısının kümeleme analizi ile değerlendirildiği bir çalışmaya 227 ayaktan takibi yapılan RA hastası katılmıştır. Altı ay aralıklarla iki ölçüm alınan bu hasta grubu, hastalık algısına göre negatif ve pozitif olmak üzere iki kümeye bölünmüştür. Kümeler oluşturulurken, hastalık algılarının beş bileşeni de ele alınmıştır. Çalışmaya göre, örneklemin %43'ünün olumsuz hastalık algısına sahip olduğu, bu kişilerin durumlarına daha fazla semptom atfettikleri, sonuçlarını daha güçlü algıladıkları, durumlarını kronik ve döngüsel olarak değerlendirdikleri ve pozitif algı grubuna kıyasla daha düşük kontrol algıladıkları bildirilmiştir. Kesitsel bir desenle ele alındığında negatif algı grubunda olmanın, daha yüksek ağrı ve fonksiyonel yeti yitimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. 6 ay sonrasında elde edilen veriler boylamsal desenle tekrar değerlendirildiğinde negatif algı grubunun ağrı, fonksiyonel sakatlık ve psikolojik sıkıntı düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir (Norton ve ark., 2014). Scharloo ve arkadaşlarının (1999) 71 RA hastası ile boylamsal desenle değerlendirdiği çalışmada hastalardan bir yıl içerisinde iki farklı ölçüm alınmıştır. Kesitsel desende yapılan analizlerde, uyum bozucu kimlik, zaman, kontrol ve sonuç algısının psikolojik stres algısı ve fiziksel fonksiyonda azalmayla ilişkili olduğu bulmuştur. Bu azalmanın bir diğer ölçüm süresi içerisinde de devam ettiği dikkat çekmiştir. Yapılan çalışmaya göre, aldığı tedaviye rağmen hastalık algısında olumlu bir değişim gerçekleşmeyen RA hastalarının yaşam kalitelerinin olumsuz bir seyirde gittiği ifade edilmektedir (Scharloo ve ark., 1999).

Boylamsal çalışmaların yanında kesitsel desenle değerlendirilen çalışmalar da mevcuttur. Bunlardan birisi Treharne Kitas, Lyons, Booth'un (2005) RA hastalarını zamansal açıdan erken (altı aydan az, N=55), orta (bir ile yedi yıl arası, N=52) ve gelişmiş (yedi yıldan fazla, N=47) olmak üzere üçe ayırdıkları ve bu gruplarda psikososyal faktörler, psikolojik ve fiziksel iyi oluşlarının ilişkisini değerlendirdikleri çalışmadır. Yapılan çalışmada sadece hastalığın sonuçlarına yönelik algının gruplar arası farklılık oluşturmada anlamlılık gösterdiği bulunmuştur. Hastalığın sonuçlarını olumsuz algılayanlara göre erken zamanlı grubun depresyon oranlarının düşük, orta grubunun çok yüksek ve gelişmiş grubunun ise orta düzeyde olduğu görülmüştür. Bunun yanında, RA hastalarındaki duygusal tepkilerin olumluluğunun, kötümser

sonuçları azaltacağı ve kontrol algısını arttıracağı da belirtilmektedir (Treharne ve ark., 2005).

AS hastalığının patofizyolojisine yönelik literatürde pek çok çalışma yer almasına rağmen hastalığın psikososyal faktörlerine yönelik araştırmaların azlığı dikkat çekmektedir. Benzer şekilde, AS hastalarının hastalığa yönelik öznel değerlendirmeleri ve bu değerlendirmelerin hastalığa etkisi üzerine ilişkisel ya da deneysel desenli çalışmaların azlığı görülmektedir. Çalışmaların çoğu sadece betimsel analizleri içermektedir. AS hastalığının sıklığı RA'dan az olmasa da hastalığın psikososyal özelliklerine yönelik çalışmaların azlığı dikkat çekicidir. Nitekim Bozkurt ve arkadaşları (2018) da bu duruma dikkat çekmektedir.

Son dönemde kas ve iskelet hastalıklarının tedavisinde, biyopsikososyal değerlendirmenin önemine yönelik çalışmalar artsa da (Airaksinen ve ark., 2006; Bozkurt ve ark., 2018) AS hastalarının hastalık algılarının değerlendirildiği yalnızca iki çalışmaya ulaşılabilmiştir (Hyphantis ve ark., 2013; Bozkurt ve ark., 2018). Bu çalışmalardan ilki Türkiye'de yapılmış bir çalışmadır. Çalışmaya yaş ortalaması 37.9 (ss=10.5), çoğunluğu lise mezunu 67 AS hastası katılmıştır. Araştırmada, AS'li hastaların depresyon düzeyi, yaşam kalitesi ve hastalık algısının ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Hastalık algısı Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ile değerlendirilmiştir. Hastaların algılarından, kimlik ve sonuç alanlarının hastalık fonksiyon ve aktivitesi, depresyon, yaşam kalitesi ve ağrıyla; duygusal tepkilerin ağrı hariç diğer alanların hepsi ile; endişenin ise sadece hastalık aktivitesi ile pozitif yönlü korele olduğu bulunmuştur. Bir başka deyişle çalışmada AS hastaları için kimlik, sonuç, duygusal tepkiler ve endişe alanlarının önemine işaret edilmektedir (Bozkurt ve ark., 2018).

İkinci çalışmada, RA ve AS hastaları birlikte ele alınarak hastalık algıları bakımından karşılaştırılmaktadır. Araştırmanın örneklemini 55 AS, 199 RA hastası oluşturmaktadır. Katılımcılar tanı gruplarına göre yaş, eğitim, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler bakımından farklılaşmaktadır. Bozkurt ve arkadaşlarının (2018) çalışmasıyla benzer şekilde bu çalışmada da hastalık algısı KHAÖ ile değerlendirilmektedir. Çalışmada, AS hastalarının RA hastaları ile kıyaslandığında,

hastalıklarına daha az somatik belirti atfettikleri (kimlik) ve hastalıklarının sonuçlarını daha az olumsuz algılama eğiliminde oldukları (sonuç) bulunmuştur. AS hastalarının önemli bir oranının (% 64.0) hastalıklarını kendi riskli davranışları (neden) ile açıklama eğiliminde oldukları görülmüştür (örn. Diyet, egzersiz eksikliği). Öte yandan, RA hastaları hastalıklarını çoğunlukla psikolojik faktörlerin (% 59.7) bir sonucu (neden) olarak görmektedirler. Ancak bu üç alan haricindeki algı alanlarında, AS ve RA hastaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Hyphantis ve ark., 2013).

Yapılan çalışmalar ele alındığında RA hastaları için kimlik, zaman, kontrol ve sonucun (Norton ve ark., 2014; Scharloo ve ark., 1999; Treharne ve ark., 2005), AS hastaları için ise kimlik, sonuç ve duygusal tepkilerin (Hyphantis ve ark., 2013; Bozkurt ve ark., 2018) önemi dikkat çekmektedir. Bunun yanında yapılan çalışmalarda hastalık algılarının hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve psikolojik durum ile ilişkisi de dikkat çekici olmaktadır. Sağlık sonuçları açısından oldukça kritik bir önem taşıdığı görülen hastalık algısı kavramının ilaç uyumu ile ilişkisini içeren çalışmalara 'İlaç Uyumu ve Öz Düzenleyici Model İlişkisi' başlığı altında değinilecektir. Bir sonraki bölümde ise ÖDM'nin bir diğer bileşeni olan ilaca yönelik inançlar tanımlanarak, ölçüm modelleri üzerinde durulacak ve RA ile AS hastalarında ilaca ilişkin inançlar değerlendirilecektir.

1.3.2. İlaç Uyumunda ÖDM: İlaca Yönelik İnançlar

Romatologların, son yıllarda hastalıkların değerlendirilmesinde hasta tarafından bildirilen sonuçlara daha fazla dikkat vermelerine rağmen, hastaların verilen önerilere dair korkuları ve inançları ayrıca bunların tedavi sonuçlarına etkileri hala tam olarak aydınlatılamamaktadır (Kalyoncu, Dougados, Daurès, Gossec, 2009). Bu temanın değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen Öz Düzenleyici Model (ÖDM) önceleri, hastalık sürecini ele almada sadece hastalığa dair zihinsel algıların etkisini ele almaktaydı. Ancak bir süre sonra sağlık davranışını yerine getirmede davranışa yönelik inançlar ve atıfların da etkili olduğu araştırmacıların dikkatini çekmiş ve modele davranışa yönelik inançlar da eklenmiştir (Horne, Weinman ve Hankins, 1999).

Hastalar, hastalık davranışlarını kendilerine uyarlamada sadece hastalıkla ilgili değil tedaviye dair düşüncelerini de değerlendirmeye almaktadır. Verilen tedavi iyi oluşu garanti ediyor mu, hastalığa uygun mu, hastalık dışında başka etkileri var mı gibi sorulara verilen cevaplar hastaların tedavinin gerekliliğini yerine getirmede önemli rol oynamaktadır. Tedavide en çok önerilen yöntem olan "ilaç"larla ilgili kişilerin inançlarının, ilaca uyumluluk gösterme kararını vermede etkili olduğu klinik örneklemde de görülmektedir (Horne, Weinman ve Hankins, 1999).

Hastalar ilaca uyum davranışını uzun zaman sürdürmeye devam etme kararını almada iki değerlendirme üzerinden gitmektedir. Bunlardan ilki gereklilik bir diğeri de endişe algısıdır (Horne ve Weinman, 1999). Literatürde "Gereklilik-Endişe Çerçevesi (GEÇ)" olarak da isimlendirilen bu model ilaç kullanma potansiyeli içeren durumlarda hastaların tedaviye yönelik tutum ve kararlarını ortaya çıkarmada klinisyenlere destek sağlamaktadır (Horne ve ark., 2013). Bu çerçeveye göre, hastaların kullandıkları ilaçların kendilerine yarar sağlayacağına, kaygı ve korku oluşturmayacağına yönelik yüksek inancın ilaç uyumundaki artışı yordayacağı belirtilmektedir (Horne ve Weinman, 1999). Bu amaçla Horne ve arkadaşlarının (2013) ilaç uyumu ve ilaca ilişkin inançla ilgili 3777 çalışmayı gözden geçirip içleme kriterlerine uyan 94 çalışmayı derledikleri çalışmalarında, ilaç uyumunu belirleyen inançların spesifik gereklilik ve endişe olduğunun altı çizilmiştir. Bunun yanında yüksek uyum için ilacın gerekliliğinin çok yüksek algılanması ve ilacın etkilerine dair düşük düzeyde kaygının olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle ilaç kullanımını arttırmayı amaçlayan klinisyen ve araştırmacıların bu iki kavramı göz önüne alması önerilmektedir. Bunun yanında ilaca ilişkin inançların ilaca uyum davranışının varyansını %15-20 düzeyinde açıkladığı bulunmuştur. İnançlar içerisinde de özellikle "gereklilik" algısının ilaç uyumunu yordamada en etkili gösterge olduğu belirtilmiştir (Horne ve ark., 2013).

İlaca ilişkin inançlar sadece reçete edilen ve hali hazırda kullanılan ilaçlara yönelik inancı ele almamaktadır. Bunun yanında ilaçlarla ilgili genel tutum ve değerlendirmelerin de ilaç uyumu ve sağlık sonuçlarına etki ettiği görülmektedir. Bu amaçla tanımlanan genel boyutu iki farklı değerlendirmeden oluşmaktadır.

Bunlardan ilki ilaçların zehir, zararlı ya da bağımlılık yapan ve bu yüzden uzun süreli kullanılmaması gerektiğini ifade eden ‘genel zarar’ boyutudur. Bir diğeri ise doktorların gerektiğinden daha fazla ilaç reçete ettiğini kasteden ‘genel aşırı kullanım’ boyutudur (Horne ve Weinman, 1999). Öte yandan bu iki alt boyut ilaçlara yönelik genel bir değerlendirme sunması sebebiyle kronik hastalığı olan bireylerde ilaç uyumunu açıklamada düşük istatistiki güç göstermektedir. Bu nedenle kronik hastalıklar için çoğunlukla ilaçlara ilişkin spesifik inançlar boyutunun kullanılması önerilmektedir (Horne ve ark., 2013).

Buraya kadar kısaca ilaçlara yönelik inançların tanımlanması adına yapılmış çalışmalara yer verilmiştir. İlaçlara ilişkin inançlar literatürde hala yeterince çalışılan bir kavram değildir. Ancak kavramı ortaya atan araştırmacıların sık sık literatürdeki bilgileri derleyip bir meta analizden geçiriyor olmaları bilgi akışının sistemli bir şekilde ilerleyeceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda bir sonraki bölümde ilaca ilişkin inançları inceleyen ölçüm modelleri ele alınacaktır.

1.3.2.1. İlaca Yönelik İnançların Ölçümü

Hedef sağlık davranış olarak belirlenen “ilaç uyumu”na yönelik inançların değerlendirilmesi kapsamında diyabet, astım, kardiyak, kanser gibi pek çok hasta grubunun ilaçla ilgili inançlarının araştırıldığı nitel ve nicel desenli pek çok araştırma derlenmiştir (Horne, Weinman ve Hankins, 1999). Derleme sonucunda Horne, Weinman ve Hankins (1999) tarafından ilaca ilişkin inançları değerlendirmede kullanılabilecek bir ölçek geliştirilmiştir. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi’nde (İHİA) ilaç uyum davranışını etkileyen ilaca yönelik spesifik ve genel inançlar değerlendirilmektedir. Her inanç alanı kendi içinde de, spesifik gereklilik ve spesifik endişe, genel aşırı kullanım ve genel zarar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ölçek temel olarak, ilacın gerekliliği ve sahip olduğu istenmeyen etkileri olmak üzere bilişsel modellerin kar-zarar analizinin iki tarafını temsil etmektedir (Horne, Weinman & Hankins, 1999).

Araştırmaların çoğunluğunda kronik hastalıkların tedavisinde İHİA’nın spesifik inançlar alt testinin ilaç uyumu üzerinde daha etkili olduğu görülmektedir

(Horne ve ark., 2013). Az sayıda araştırmacı, kronik hastalığı olan bireylerin "genel" ilaç inançlarının sağlık davranışları üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Kronik bir hastalık tanısı aldıktan sonra kişilerin ilaçlara dair genel inançlarının çoğunlukla değiştiği görülmektedir. Örneğin, "ilaçların zehir" olduğunu düşünen bir kişi romatoid artrit tanısının yoğun ağrılı semptomları içerisinde ilaçların olumlu etkilerini değerlendirmekte ve eski genel inançları, içinde bulunduğu durum etkisiyle değişebilmektedir (Hughes, 2011). Bununla birlikte İHİA'nın orijinal güvenirlik çalışmasında "genel" alt boyutunun güvenirlik katsayısının düşük olduğu görülmektedir. Bu nedenle İHİA'nın kronik hastalıklara uygulanmasında çoğunlukla sadece spesifik boyut değerlendirilmektedir (Horne ve ark., 1999).

Horne, Weinman ve Hankins (1999) tarafından geliştirilen İHİA, Öz Düzenleyici Model (ÖDM) çerçevesinde hastanın ilaçlara dair tutumlarını değerlendirmeyi hedeflemektedir. 2016 yılından beri de Türkiye'de çeşitli hastalıkların ilaç uyumlarının değerlendirilmesinde kullanıldığı gözlenmektedir (Çınar ve ark., 2016). Türkiye'de daha öncesinde ilaçla ilgili düşünceler Sağlık İnanç Modeli (SİM) çerçevesinde ele alınmaktaydı. Buna yönelik İlaca Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Bennett, Milgrom, Champion ve Huster (1997) tarafından geliştirilmiş ve Türkçeye adaptasyon çalışmasını Oğuz, Enç ve Yiğit (2010) kardiyovasküler hastalarla gerçekleştirmiştir. Bunun dışında Türkçe literatürde inançların farklı modellerle çalışıldığı başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Modellerden bağımsız Türkçe literatürde inançların çoğunlukla anket ya da gözlem/görüşme teknikleri kullanılarak değerlendirildiği görülmektedir.

Kavramın değerlendirilmesinde karşılaşılan bir diğer sorun da ÖDM'nin bir değişkeni olan ilaca ilişkin inançların modelden bağımsız kullanılmasıdır. Modelden bağımsız tek başına kullanılan ölçek ilaç uyumunu açıklamada yeterli etkiyi verememektedir (Palaminos ve ark., 2018). Bu nedenle Palaminos ve arkadaşları (2018) ilaca yönelik inançları bir model içerisinde ele alan araştırmaların literatürde daha fazla yer alması gerektiğine dikkat çekmektedir. Bu bağlamda ilaçların tedavi listelerinin olmazsa olmazı olan RA ve AS hastalarının ilaca ilişkin inançları bir sonraki bölümde ele alınacaktır.

1.3.2.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarının İlaca Yönelik İnançları

Romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalıklarında oluşan eklem hasarını, ağrıyı ve ilerleyici hastalık süreçlerini yavaşlatabilmesi için ilaç tedavisi vazgeçilemez bir roldedir (Brandstetter ve ark., 2018). Ancak RA ve AS'nin tedavisinde kullanılan ilaçların çoğunluğunun ağır yan etkiler barındırması (Altan, 2005, Elbey, 2015, Tayfun, 2017) ve tedavide önemli yer kaplayan biyolojik ajan tipi ilaçların zehirli maddeler barındırıyor olması (Neame ve Hammond, 2005) sebebiyle hastaların ilaçlara yönelik ciddi endişeleri bulunmaktadır (Horne, Albert, Boone, 2018). Bunun yanında hastaların büyük bir çoğunluğunun kullanacakları ilaçların etkileri üzerine edindikleri yetersiz bilgiler sebebiyle oluşan bilişsel karmaşa, RA ve AS hastalarının Gereklilik-Endişe Çerçevelerinde (GEÇ) ciddi bir kırılma oluşturmaktadır (Horne, Albert, Boone, 2018). Bu amaçla aşağıda RA ve AS hastalarının GEÇ'te yaşadıkları kırılma ve ilişkili faktörleri detaylandırılacaktır.

Kronik hastalıklarda ilaca yönelik inançlar ile ilaç uyumunun ilişkisinin incelendiği çalışmalarda "spesifik" boyutunun uyum davranışını yordamada daha etkili olduğuna önceki bölümlerde değinilmiştir. Bu bağlamda yapılan bir çalışmada, Treharne ve arkadaşları (2005) 29 ila 86 yaşları arasında 154 RA hastasında DMARD ilacı ile ilgili spesifik boyutunun iki alt testi olan gereklilik ve endişe inançlar İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA) ile ölçmüştür. Spesifik gerekliliğin uyum davranışı ile ilişkisinin yüksek düzeyde olduğu ($r = 0.69$), endişe inançlarının ilaç uyumu ilişkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür. İlaç sayıları ve demografik değişkenler kontrol edildikten sonra, ilaca ilişkin inançlar da dahil olmak üzere psikososyal değişkenlerin ilaç uyumunu açıklama oranının % 43'e ulaştığı bulunmuştur (Treharne ve ark., 2005).

Yapılan bir başka çalışmada metotreksat kullanan 85 RA hastası 9 ay boyunca takip edilmiş ve ilaç uyumlarını etkileyen ilaçla ilişkili inançlar yine İHİA ile değerlendirilmiştir. Hastaların %23'ünün ilaç uyumunun düşük olduğu ve bunun 9 ay boyunca değişmediği görülmüştür. İlaç uyumu göstermeyenlerin %37'sinin düşük gereklilik, %14'ünün ise gereklilik algısının yüksek olduğu diğerlerinin ise uç

değerler göstermediği görülmüştür. Bu değerlerde ilk ve 9 ay sonraki ölçümde fark bulunmamıştır. İlk ölçümde endişe inançlarında farklılık bulunamamıştır ancak 9 ay sonunda %18.9'unun düşük, %37.7'sinin ise yüksek endişe inançlarına sahip olduğu görülmüştür. Bulgular, metotreksat türü ilaçlara uymayan kişilerin genellikle ilacın gerekliliğine ilişkin daha düşük inançlara sahip olduklarını belirtmektedir Ancak zamanla ilaçla ilgili kaygılarının azaldığı ve hastaların daha fazla deneyime sahip olduklarında uyumun arttığı görülmektedir (Thurah, Nørgaard, Harder ve Stengaard-Pedersen, 2009). Araştırmaya göre sadece gerekliliğin uyum davranışı ile ilişkili olduğu görülmüştür ki bu bulgu Treharne ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışma ile tutarlılık göstermektedir.

344 RA hastası ile yapılan İHİA'nın uyarlama çalışmasında ise hastaların ilaca ilişkin inançları, sosyodemografik özellikleri ve ilaç uyumları değerlendirilmiştir. Çalışma, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenlerin hiç birisinin ilaca ilişkin inançlara ve uyuma etki etmediğini, sadece spesifik endişenin uyum üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Çalışma literatürde RA hastalarının ilaç inançlarının değerlendirildiği ilk çalışma olması sebebiyle büyük önem taşımaktadır (Neame ve Hammond, 2005). Bunun aksine romatoid artrit, ankilozan spondilit, sistemik lupus ve sedef hastalığı olan bireylerin ilaç uyumlarını sağlayan nedenlerin çalışıldığı bir derleme çalışmasında, sadece spesifik gereklilik inancının ilaç uyumu için belirleyici olduğu belirtilmiştir (Anghel, Farcaş ve Oprean, 2018).

%14'ü DMARD'a ve % 21'i biyolojik ilaca uyumsuzluk gösteren 362 RA hastası ile yapılan çalışmada hastaların ilaç uyumları ve sosyodemografik bilgileri telefonda gerçekleşen görüşme ile elde edilmiştir. İlaca yönelik inançlarının değerlendirilmesi ise İHİA ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hastaların %81'inin ilaçların uzun süreli etkileri, % 47'sinin ilaçların bağımlılık yaratması ve %64'ünün kullandıkları ilaçların yan etkileri konusunda endişe duyduğu bildirilmiştir. İHİA'nın yine sadece spesifik gereklilik alt testinin RA tedavisinde kullanılan ilaçlara uyum gösterme davranışı ile ilişkili olduğu görülmüştür (düzeltilmiş OR 0.61,% 95 CI 0.41-0.91) (Caroline, Katz, Trupin, Yelin ve Barton, 2018).

Horne, Albert, Boone (2018) tarafından 460 RA hastasının katılımıyla, hastaların anti-TNFα'ya dair inançları ve inançların ilaç uyumu ile ilişkisi araştırılmıştır. İlaca ilişkin inançlar İHİA ile ölçülürken diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla mevcut araştırmada da kullanılan İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (Medication Adherence Report Scale) kullanılmıştır. Katılımcılardan ilk ölçüm alındıktan sonra altı ay ve bir yıl sonrasında ölçüm yinelenmiştir. 427 katılımcı çalışmanın son değerlendirmesine kadar her ölçümde yer almıştır. Boylamsal değerlendirmeyi de içeren bu araştırmada, gereklilik ve endişe boyutlarının ilaç uyumu ile ilişkili olduğu ve bu ilişkinin 1 yıl sonra alınan takip değerlerinde de korunduğu bulunmuştur. Bunun yanında endişe alt boyutunun hastalık aktivitesi, klinik durum ve yaşam kalitesini kötü yönde etkilediği ve gereklilik inançlarının ise bu konulara etki etmediği görülmüştür (Horne, Albert, Boone, 2018).

RA tedavisinde kullanılan ilaçlara ilişkin inançların değerlendirildiği çalışmalar literatürde yer alsa da benzer klinik özellikte ve aynı kodlu ilaçlarla tedavi edilen AS hastalarının ilaçlarına yönelik inançlarının ele alındığı tek araştırma bulunmuştur. Bu araştırma, Smolen ve arkadaşları (2019) tarafından RA, Psöriyatik Artrit (PsA) ve AS gruplarıyla ALIGN projesi kapsamında gerçekleştirilmiştir. ALIGN, Haziran 2012 ve Ekim 2013 tarihleri arasında Avrupa, Kanada, Latin Amerika, Asya-Pasifik bölgesi ve Orta Doğu'da yürütülen kesitsel bir hasta araştırmasıdır. Araştırmaya farklı kültürlerden 1943 RA, 635 PsA ve 812 AS olmak üzere toplam 3390 romatolojik hasta katılmıştır. Çalışmada hastaların sosyodemografik özelliklerinin, ilaca ilişkin inançlarının ve ilaç uyumunun ilişkisi incelenmektedir. Bu bağlamda ilaç uyumu diğer pek çok çalışmada olduğu gibi Morisky Uyum Ölçeği, ilaca ilişkin inançlar ise İHİA ile değerlendirilmiştir. Sosyodemografik form kapsamında cinsiyet, yaş, ırk, eğitim, önceki tedaviler, şu anki tedavi şekli (kullanılan ilaçların kodlarının kombinasyonu), hastalık süresi gibi demografik ve klinik bilgiler alınmıştır. Çalışmada ilaç uyumu ile sosyodemografik değişkenlerden RA ve AS hastaları için yaş, ırk ve güncel tedavi şeklinin, PsA için ise tedavi süresinin ilişkili olduğu bulunmuştur. İlaca ilişkin inançlardan RA ve PsA hastalarının genel zarar, AS hastalarının ise spesifik endişe alt boyutunun ilaç uyumu

ile ilişkili olduğu görülmüştür. Tüm örneklem içerisinde uyumun en fazla TNF tipi ilaç kullanan, yaşlı ve ilaçlara dair düşük endişe yüksek gereklilik bildiren bireylerde gerçekleştiği dikkat çekmiştir. Beyaz ırka mensup RA ve AS hastalarında ve 9 yıldan az süredir tedavi gören PsA hastalarında ilaç uyumu yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışma ilaç uyumu konusunda zorlanan risk grubunun belirlenmesi için önemlilik göstermektedir (Smolen ve ark., 2019).

Uzun süreli ilaç kullanan RA ve AS hastalarının ilaca ilişkin inançlarının çoğunlukla spesifik gereklilik ve endişe çerçevesi içerisinde ele alındığı görülmektedir. Ancak Smolen ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında genel inançların da uyuma etkisine yönelik bulgusu dikkat çekmektedir. Bu nedenle RA ve AS hastalarının ilaca ilişkin inançlarının genel ve spesifik boyutuyla beraber ele alınmasının gerektiği düşünülmüştür. Öte yandan, mevcut çalışmada ilaç uyumuna etki eden psikososyal değişkenler bir model içerisinde ele alınacağı için bir sonraki bölümde ÖDM'nin tüm bileşenlerinin ilaç uyumu ile ilişkisini inceleyen çalışmalara yer verilecektir.

1.3.3. İlaç Uyumu ve Öz Düzenleyici Model İlişkisi

Öz Düzenleyici Modelde (ÖDM), tedavi sonrasında oluşması beklenen iyilik halinin arttırılması hedeflenmektedir. Bu kapsamda ÖDM'de araştırmalar sonucunda elde edilen bulgular ışığında tedavi uyumunun artmasına etki eden faktörlerin açıklanması amaçlanmaktadır (Leventhal ve ark., 1992). Bu doğrultuda bireylerin tedavi uyumları için geliştirdikleri sağlık davranışlarından birisi de ilaç uyumu davranışıdır. ÖDM, bireylerin aktif bir problem çözücü oldukları varsayımına dayanır. Bu nedenle, hastalığa "sağduyulu" bir tepki (ilaçlarını alma ya da alamama kararları) verebilmeleri için deneyimlerine (belirti yaşantıları vb.) ya da çevreden aldıkları bilgilere yönelik bilişsel ve duygusal atıfları oldukça önemli olmaktadır (Horne ve Weinman, 2002).

Leventhal ve arkadaşlarının (1992) geliştirdikleri modelde kişinin semptom yaşantısına yönelik bilişsel ve duygusal değerlendirmelerinin sağlık davranışlarına direk etkisi olduğu ifade edilse de yapılan pek çok çalışmada bu ilişkinin düşük düzeyde kaldığı görülmektedir. Bu noktada aslında modelin geliştiricilerinin de

sıklıkla vurgu yaptığı gibi tedavinin değerlendirmesinin de sağlık davranışları üzerinde etkili olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle güncel ÖDM modelinde hastalık algısı ve ilaç uyumunun ilişkisinde ilaca ilişkin inançların aracılık etkisi bulunmaktadır (Horne ve Weinman, 2002).

Bu kapsamda, Horne ve Weinman'ın (2002) 100 astım hastası ile yaptıkları çalışma ÖDM'nin tüm bileşenlerinin değerlendirildiği ilk çalışma olmuştur. Çalışmada koruyucu bir müdahale olan ilaç uyumu davranışını direk ve dolaylı yollardan etkileyen hastalık algısı ve ilaca ilişkin inançlar değerlendirmiştir. Hastalık algısı Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), ilaca ilişkin inançlar İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA) ve ilaç uyumu ise İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ) ile değerlendirilmiştir. Hastalık algısı hariç diğer tüm değişkenlerin ölçümü mevcut çalışmada kullanılan ölçeklerle benzerlik göstermektedir. Öte yandan, çalışma yapısal eşitlik modellemesi ile ÖDM'nin sınanması açısından da öncü bir özellik göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda, hastalık algısının hem direk hem de dolaylı yoldan ilaç uyumunu etkilediği ve dolaylı etkide ilaca ilişkin inançların aracı değişken olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle hastalığını daha kronik (zaman) ve ciddi sonuçlar doğurabilecek bir durum (sonuç) olarak algılayan ve tedavinin gerekliğine (gereklilik) yönelik yüksek ama tedaviye yönelik endişeleri (endişe) düşük hastaların ilaçlarına uyum gösterme eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Horne ve Weinman, 2002). Bu çalışma astım gibi semptom göstermeden ilerleyen hastalıklarda koruyucu müdahalelere uyumun değerlendirilmesi açısından da önemlilik göstermektedir (Horne ve Weinman, 2002). Benzer bir başka çalışmada, hemofili hastalarının semptomlarının ilerlememesi için koruyucu olarak kullanmaları gereken profilaksi ilacına uyumları regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya ciddi hemofili teşhisi ile tedavi gören 104 hasta katılmıştır. Ancak analiz 65 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hastalık algısı ve ilaca ilişkin inançlar Horne ve Weinman'ın (2002) çalışmasındaki ölçeklerle değerlendirilmiştir. İlaç uyumu ise öz bildirim değerlendirmesi üzerinde ele alınmıştır. Çalışmada, hastalığın sonuçlarına ve kimliğine yönelik algının ve ilacın gerekliliğine dair inancın ilaç uyumsuzluğunu anlamlı bir şekilde ön gördüğü bulunmuştur. Bu kapsamda uyumu arttırıcı müdahalelerde bu değerlendirmelere

odaklanılması önerilmektedir (Llewellyn, Miners, Lee, Harrington ve Weinman, 2003).

Örneklemini yaş ortalaması 72.8 (ss=5.8) olan bir başka ifadeyle yaşlı olarak tanımlanan, en az bir kronik fiziksel hastalık ile aktif ilaç tedavisi sürdüren bireylerin oluşturduğu yakın zamanlı bir çalışma ise Aflakseir (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada katılımcıların %42'sinin ilaçlarını uyumsuz kullandığı ve zaman, algılanan sonuçlar ve tedavi kontrolünün ilaç uyumunu yordadığı görülmektedir. Kronik fiziksel hastalığı olan yaşlı bireylerden, hastalığını kronik, tedavisinin hastalığı yenmede kendisine yardımcı olacağına inananların ilaç uyumlarının yüksek olacağı görülmektedir. Bunun yanında hastaların pek çoğunun yan etkilerinden dolayı ilaçlarını kullanmama eğiliminde olduklarına da dikkat çekilmektedir (Aflakseir, 2017).

Kronik ancak kötü huylu bir temeli olamayan 217 ağrı hastasının ilaç uyumlarının incelendiği bir başka çalışmada ise hastalık algıları, ilaca ilişkin inançlar ve ilaç uyumu yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. İlaç uyumu ve ilaca ilişkin inançların ölçümünde mevcut çalışma ile aynı ölçekler kullanılsa da hastalık algısı Hastalık Algısı Ölçeği-Revize ile ölçülmektedir. Yalnızca bu araştırmaya özgü İUBÖ'ye "Önerilenden daha fazla alırım." maddesi eklenmiştir. Bahsi geçen altıncı madde, kronik ağrı hastalarının aşırı ağrı kesici kullanımını değerlendirmek amacıyla ölçeğe eklenmiştir. Gerçekleştirilen yapısal eşitlik modellemesi sonucuna göre, ÖDM'nin kronik ağrı hastalarının ilaç uyum davranışlarını açıklamada başarılı olduğu kullanılan uyum değerlerinin kabul edilebilir olması ile ortaya konmuştur. Ayrıca çalışmada, ağrının ciddi sonuçları olduğu düşüncesi ve ağrıya yönelik yüksek duygusal tepkinin ilaçlara yönelik yüksek endişeye sebep olacağı ve bunun ilaç uyumsuzluğunu getireceği bulunmuştur. Bunun yanında çalışmada, ağrının ciddi sonuçlarının olacağını düşünmenin bir diğer yandan ilacın gerekliliğine yönelik inancı kuvvetlendirebileceği ve ilaç uyumunu arttırabileceğine de dikkat çekilmiştir. Yapılan çalışmada, hastalık algılarından sonuç boyutunun kronik ağrı hastaları için önemli olduğu ancak oluşturulan modelde aracı değişken olan ilaca ilişkin inançların uyumu ve uyumsuzluğu belirlemede, hastalık algısına göre daha fazla etkili olduğu görülmüştür. Öte yandan çalışma, ÖDM'nin ağrı hastaları ile sınanmasına dair ilk örnek olması ve yeni çalışmalarla desteklenmesinin ağrı hastalarına uygun ilaç

uyumu müdahalelerinin geliştirilmesi için kritik olması bakımından dikkat çekicidir (Nicklas, Dunbar ve Wild, 2010).

Hughes (2011) RA tanısı almış 171 hastanın ilaç uyumuna etki eden bilişsel faktörleri boylamsal bir desenle ele aldığı kapsamlı bir doktora tezi çalışması gerçekleştirmiştir. Çalışmada ilaç uyumunu açıklayan sağlık modelleri karşılaştırılmış, kesitsel ve boylamsal desende uyumu açıklayan en kuvvetli modelin hangisi olacağı sorgulanmıştır. Araştırmanın ÖDM'yi sınadığı kısmında Nicklas, Dunbar ve Wild'in (2010) kullandığı ölçekler kullanılmıştır (Hughes, 2011). Bu kapsamda, Hughes (2011) kesitsel desende sosyal bilişsel modellerden ilaç uyumunu en iyi öngörenin hastalığın kronikliğine ve ciddiyetine yaptığı vurgu sebebiyle ÖDM olduğunu belirtmiştir. Model yapısal eşitlik modellemesi ile de sınanmış olup ilk alınan uyum ölçümünün, altı ay sonunda alınan ikinci ölçümü öngörme durumu boylamsal desenle değerlendirilmiştir. Hastalığın sonuç ve zaman algısı ile ilaç uyumu ilişkisinde gerekliliğin, hastalığın duygusal algılarının ilaç uyumu ile ilişkisinde ilaca duyulan endişenin aracı rol üstlendiği bulunmuştur (Hughes, 2011).

Benzer bir şekilde, RA hastalarıyla yapılan bir başka boylamsal desenli çalışmaya öncelikle 557 kişi katılmış, altı ay sonraki ikinci ölçüm sonunda katılımcı sayısı 468 ve bir yıl sonrasındaki son ölçümden sonra sayı 436'ya düşmüştür. Veriler katılımcılara ölçeklerin eposta yoluyla gönderilmesi ile toplanmıştır. Çalışmada RA hastalarının ilaç uyumları ÖDM değişkenleri üzerinden incelenmiştir. İlaç uyumu Romatoloji için Uygunluk Ölçeği ile değerlendirilirken diğer değişkenlerin değerlendirilmesinde Nicklas, Dunbar ve Wild'in (2010) çalışmasındakiler kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda hastalığın kronikliği (zaman) ve kontrol algısının tedavinin gerekliliği ve endişesi üzerinden ilaç uyumunu yordayacağına dikkat çekilmiştir. Bu ilişkinin diğer iki takip ölçümünde de devam ettiği görülmüştür (Morgan ve ark., 2015).

Romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarında ilaç uyumunu etkileyen pek çok değişken vardır. Bu değişkenlerin bir model çerçevesinde incelenmesi, kavramın sistemik ele alımında önemli olmaktadır. Bu nedenle mevcut çalışmada RA ve AS hastalarının ilaç uyumları ÖDM çerçevesinde ele alınacaktır. RA hastalarının ilaç uyumunun ÖDM'nin tüm bileşenleri ile değerlendirildiği çalışmaların literatürdeki azlığı dikkat çekici olmaktadır. Ancak, AS hastalığı için

ÖDM'nin tüm bileşenleriyle değerlendirildiği çalışmanın ise hiç olmadığı görülmektedir. Bu nedenle mevcut çalışmanın AS hastalarını da içeren ve ÖDM'nin bir model olarak değerlendirildiği ilk çalışmalardan birisi olacağı düşünülmektedir.

Yapılan derleme ve kapsamlı tez çalışmalarına göre ÖDM bileşenlerinin ilaç uyumu davranışındaki varyansın ortalama %20'sini açıkladığı görülmektedir (Horne ve ark., 2013; Hughes, 2011). Ancak çalışmaların çoğunluğunun kesitsel olması ve ilaç uyumu davranışının gerçekten sağlık sonuçlarına etki edip etmediğine yönelik kapsamlı çalışmaların literatürde yer almaması sebebiyle modelin "sağlığı" açıklamadaki etkisi net bir şekilde ortaya konulamamaktadır. Bunun yanında ÖDM'ye etki eden psikososyal faktörleri ele alan çalışmaların azlığı da literatürde önemli bir eksikliği oluşturmaktadır. Bir başka deyişle literatürdeki çalışmaların çoğunlukla ÖDM bileşenlerini kendi içinde değerlendiren bir model sınaması sıfatı taşıdığı düşünülmektedir. Oysa ÖDM'yi etkileyen faktörler ile beraber ÖDM'nin sonuçlarının da bir arada değerlendirilmesi önemli olabilir. Bu bağlamda ilaç uyumu ile de ilişkileri sıklıkla vurgulanan hasta memnuniyeti ile ilaç uyumunun en yaygın sonuçları arasında yer alan psikolojik zorlanmaların da ÖDM ile bir arada ele alınması ilaç uyumu kavramına yönelik daha bütüncül bir bakış açısı sağlayabilir. Bu nedenle bu çalışmada ÖDM'nin sağlık davranışını (ilaç uyumu) açıklama gücü, ÖDM'ye psikososyal bir değişken olan hasta memnuniyetinin etkisi ve hasta memnuniyeti ile ilaç uyumu ve psikolojik zorlanma ilişkisinde ÖDM'nin aracılık rolünün değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

1.4. İlaç Uyumunda Öz Düzenleyici Modelin Yordayıcıları

İlaç uyumunu açıklamak adına geliştirilen Öz Düzenleyici Modelin bileşenlerini etkileyen bazı biyopsikososyal bileşenler olmaktadır. Bu bileşenler içerisinde en kapsamlılarından birisi olan hasta memnuniyeti kavramına bu bölümde yer verilecektir. Özetle bölüm içerisinde öncelikle hasta memnuniyeti kavramı kapsamlı bir şekilde tanımlanacak daha sonra kavramın ölçümü ve RA ile AS hastalarında memnuniyetin ele alınışı değerlendirilecektir.

1.4.1. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti hastanın sağlık hizmeti aldığı merkezin içerisindeki deneyimlerinin tümünün özeti olarak belirtilebilmektedir (Press, 2006). Ancak zaman içerisinde hasta memnuniyeti kavramını amacı ile daha detaylı açıklamalar getirilmiştir. Hasta memnuniyeti konusunda bu zamana kadarki en kapsamlı tanım Donabedian (1980; 1988) tarafından ortaya konulmuştur. Bu tanımda hasta memnuniyeti, sağlık sisteminden edinilen bilgiler ile tedaviye dair sağlık sonuçlarına yönelik kişisel tepkiler arasındaki ilişkiye hastaların değerlendirmelerinin aracılık etmesi olarak tanımlanabilmektedir (Donabedian, 1980; 1988). Bu tanımdan hareketle daha sonraki araştırmalar, hasta memnuniyetinin sağlık sonuçları ile ilişkisinde zihinsel değerlendirmelerin ve önceki deneyimlerin aracı olduğunu göstermektedir (Hawthorne ve ark., 2014).

Hasta memnuniyetinin bileşenlerinden birisi hastaneden alınan hizmetin kalitesidir. Hizmetin kalitesinin objektif bir şekilde değerlendirilmesi amacıyla International Organization of Standardization (ISO) tarafından bazı kriterler belirlenmiştir. Belirlenen kriterler çerçevesinde uzmanlardan oluşan bir kurul tarafından hastanenin kurumsal kalitesi puanlanmaktadır. Puanlamada hizmet sağlayan merkezlerin eksikleri hastanın ihtiyacından ziyade işletme temelli bir değerlendirme ile ele alınmaktadır (van Campen, Sixma, Friele, Kerssens ve Peters, 1995). Ancak sağlık sisteminin hedefinde hasta vardır ve hastanın aldığı sağlık hizmetinden memnuniyet duyması tedavi süreci için kritik olmaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyeti kavramı hizmetin kalitesini hasta perspektifinden ele almayı hedeflemektedir. Bir başka deyişle hasta memnuniyeti büyük oranda hastaların hastane performansı varsayımlarına yönelik değerlendirmelerinden etkilenmektedir. Varsayımlar ise genel olarak kendisinin ya da önemli bir başka kişinin geçmiş klinik deneyimlerinden; aile, kültürel değerler ve çevrenin aktardığı bilgilerden ve kişisel alışkanlıklardan oluşmaktadır. İyi bir hizmette olması gerektiği düşünülen varsayımlar ile varolan sağlık hizmeti arasındaki uçurum büyüdükçe hasta memnuniyetinin düştüğü görülmektedir. Bu nedenle hastaların varsayımları ile

gerçekte yaşadıkları kalitenin uyumlu olması hasta memnuniyeti için vazgeçilmez olmaktadır (Kılıç ve Topuz, 2015; Press, 2006).

Hawthorne (2006) tarafından yapılan bir derleme çalışmasında hastaların aldıkları hizmetten duydukları memnuniyetin düzeyini etkileyen durumlar ele alınmıştır. Literatürden yola çıkarak hasta memnuniyetinin aşağıda belirtilen 7 alandan etkilendiği belirtilmiştir (Hawthorne; 2006):

1. Tedavinin gerçekleştiği ortamın ve alınan bakımın düzenlemesinin seviyesi dahil olmak üzere *sağlık hizmetlerine erişimin kolaylığı*,

2. *Sağlık hakkında bilgilendirmenin sağlanması*,

3. Hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişki ve özellikle *hastayla empati kurma*,

4. Hastalıkla ilişkili korkular ve kontrol kaybı hissinin yanı sıra tedavi yöntemlerinin ve ilaçların uygun kullanımı da dahil olmak üzere, tedaviye ilişkin seçimlere katılım gösterme,

5. Sağlanan *tedaviden memnuniyet ve tedavinin teknik kalitesi*

6. Tedavinin, hastanın beklentilerini karşılama durumu ve hastanın günlük yaşamına ne ölçüde yardımcı olduğu da dahil olmak üzere *tedavinin etkinliği*,

7. *Genel memnuniyet*.

Leventhal ve arkadaşları (2003) hastaların hastalıkları karşısında uygun davranışı bulma çabalarının sosyal bağlamdan etkilendiklerini ifade etmektedir. Bu bağlamda, hastalıkla ilgili zihinsel algıların oluşumunda hastalıkla ilgili bilgilerin edinildiği ve tedavinin sağlandığı "sağlık hizmeti veren yerler"in önemli bir etkisinin olması beklenmektedir. Her ne kadar sosyal bağlamın hastalık algılarına olan etkisi klasik öz düzenleyici modelde (ÖDM) net olarak belirtilmese de hastalık algılarının oluşumunda sosyal bağlamdan elde edilen bilgilerin etkisi kuramın geliştiricileri tarafından da vurgulanmaktadır (Leventhal ve ark., 2003). ÖDM içerisinde sosyal bağlama yapılan vurgu zaman içerisinde daha da geliştirilmiştir. Öncelikle sadece sosyal bağlamın zihinsel algıları etkilediği ancak etkinin ne şekilde olduğu detaylandırılmasa da zaman içerisinde bu ilişki daha da aydınlatılmıştır. Sosyal bağlamdan elde edilen bilgilerin hastalık algılarının çerçevesini oluşturduğu

vurgulanmaktadır. Hastaların, hastalığa ve tedaviye dair değerlendirmelerinin çoğunlukla sadece bireysel bir durum olduğuna dair hatalı bir yargı vardır. Ancak tüm bu değerlendirmeler oluşturulurken çevreden edinilen bilgiler en az bireysel kaynaklar kadar etkileyici olabilmektedir (Baummer-Carr ve Nicolau, 2017). Çevresel kaynaklar denildiğinde çok geniş bir alan oluşsa da aslında çevresel değişkenler içerisinde en fazla etkili olan hastanın tedavi ekibi ile kurduğu ilişki ve tedavi ile ilgili memnuniyet düzeyi olmaktadır. Hastanın tedavi sürecinden memnuniyetinin hastalığa yönelik algı ve tedaviye yönelik inançları etkilediği görülmektedir. Hastanın doktor ve tedavi ekibi ile güvenli bir ilişki kurabildiğinde, tedavi sonucuna dair daha olumlu beklenti içine gireceği ve semptomlarını daha fazla kontrol edilebilir olarak algılayacağı görülmektedir. Güvenli kurulmuş bir ilişkide hastaların hastalık yaşantısına dair kaygılarının da azalması beklenmektedir (Lempp, Galloway ve Hughes, 2015). Bir başka deyişle hastaların, kendisinin ya da kendisi için önemli bir diğerinin hastane ve sağlık personelleri ile ilişkisi iyi ve hasta memnuniyeti yüksek ise bu kişilerin hastalık ve tedaviyi daha fazla kontrol edilebilir ve rasyonel fakat daha az duygusal değerlendirdikleri görülmektedir (Leventhal ve ark.; 2003; Glattacker, Heyduck, Meffert ve Jakob, 2018). Bu nedenle hasta memnuniyetinin klinik değişkenler üzerinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Hasta memnuniyetinin hem hastayı hem de kurumu ilgilendiren iki boyutlu bir kavram olması, kültürel ve sosyal beklentilerin önemli roller oynaması, değerlendirmede duruma, hastalığa, merkeze vb. yönelik spesifik ölçüm araçlarının sıklıkla kullanılması ve bu nedenle bulguların karşılaştırılmasının zorluğu sebebiyle alandaki bulguların birbirlerinden çok farklı hatta bazen de çelişen sonuçlar içerdiği dikkat çekmektedir. Öte yandan, hasta memnuniyetine yönelik oluşturulan tanımlamaların da kapsamlı olmaması, araştırmadan araştırmaya ve hatta hipotezlere göre değişmesi literatürdeki birliği ciddi oranda bozmaktadır (Baummer-Carr ve Nicolau, 2017). Ayrıca, hastalık durumlarına özgü ya da ayırt edici olmayan tanımların varlığı sebebiyle hasta memnuniyetini genel geçer ölçümleyen ölçeklerin de literatürde yeterince yer almadığı görülmektedir. Bu amaçla bir sonraki bölümde hasta memnuniyetini değerlendirmede kullanılan ölçekler kısaca derlenecek ve kavramın ölçüm problemlerine değinilecektir.

1.4.1.1. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi

Hasta memnuniyetini açıklamak amacı ile ortaya atılan tanımlamalardaki farklılıklar sebebiyle kavramın ölçülmesinde de farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bazı araştırmacılar hedef kitlesini temel alan bir anket geliştirme, bazıları örgütsel bir değerlendirme sunma diğerleri ise çalışmaların çoğunluğunda ele alınan temalar üzerinden bir ölçek geliştirime eğilimi içerisindedir. Dünya ve Türkiye literatüründe her üçü için de fazlaca çalışmaya rastlamak mümkündür. Ancak bu bölümde hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeklerle ilgili kısa bir derleme sunulacaktır.

Hasta memnuniyeti kavramı 1980'lerden beri işletme, sosyoloji, halk sağlığı, sağlık antropolojisi, psikoloji gibi farklı alanlardaki araştırmacılar tarafından ele alınmaktadır. O zamandan beri de bu kavramı değerlendirmede farklı ölçekler kullanılmaktadır (Crow ve ark, 2002). Farklı farklı alanları temel alan ve çoğunluğu artık güncel olmayan ölçüm araçları içerisinden daha aktif kullanılanlara yer vermek adına bu bölümde 2000'den sonra geliştirilen hasta memnuniyeti ölçeklerine yer verilecektir.

Grogan, Conner, Norman, Willits ve Porter (2000) tarafından geliştirilen Patient Satisfaction Scale (Hasta Memnuniyeti Ölçeği, PSQ) ile hasta memnuniyetinin güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçülmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya İngilitere'nin çeşitli bölgelerindeki hastanelerde hizmet alan 1390 hasta katılmıştır. Toplam 46 maddeden oluşan PSQ 5'li likert tipi ile değerlendirilmektedir. PSQ, doktor, hemşire, ulaşılabilirlik, randevular ve imkanlar olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Ölçek psikometrik özellikleri bakımından kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (Grogan, Conner, Norman, Willits ve Porter, 2000). PSQ, hasta memnuniyetini değerlendirmede halen aktif bir şekilde kullanılan bir ölçektir (Oetzel ve ark., 2015).

Bir diğer ölçüm aracı Equip Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care, tarafından geliştirilen EUROPEP'tir. Bu ölçek genel sağlık hizmetlerine dair hastaların değerlendirmesini içermektedir. EUROPEP 5li likert tipi

değerlendirme içeren 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin klinik davranışlar ve organizasyonel özellikler olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Çalışmaya çeşitli hastalıkların tedavisi için hastaneye başvuran 10 farklı ülkeden 17.391 kişi katılmıştır Ölçek psikometrik özellikleri bakımından da uygulamaya uygun bulunmuştur (Grol ve ark, 2000). EUROPEP Türkçeye de uyarlanan ilk hasta memnuniyeti ölçeğidir. Öte yandan ölçekten elde edilen bulguların Avrupa'daki katılımcı ülkeler ile karşılaştırma imkanı sağlaması da önemlidir (Aktürk ve ark., 2002).

Hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla Hawthorne ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen en yeni ölçüm aracı ise Hasta Memnuniyeti Kısa Değerlendirme Formu (Short Assessment of Patient Satisfaction; HMKD) geliştirilmiştir. Ölçek Hawthorne'nun (2006) yaptığı derleme çalışmasından elde ettiği, bir önceki bölümde de detaylıca anlatılan yedi alan merkezinde oluşturulmuştur. HMKD, hasta memnuniyetini değerlendirmede kullanılan pek çok ölçeğin ve hastalarla yapılan görüşmelerden elde edilen temaların analizi ile oluşturulan maddelerin içerisinden seçilmiştir. Bu bağlamda ölçek, madde havuzundaki en yüksek faktör yüküne sahip yedi sorudan oluşmaktadır (Hawthorne ve ark., 2014). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Temeloğlu-Şen ve Sertel-Berk (2017) tarafından kronik fiziksel hastalığı olan bireylerle gerçekleştirilmiştir. Ölçek mevcut çalışmada da hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu nedenle ölçekle ilgili detaylı bilgilere ilgili bölümde yer verilecektir.

Hasta memnuniyetini değerlendirmek üzere pek çok ölçüm aracının geliştirildiği bilinmektedir. Bu araçların çoğunluğunu, duruma, hastaneye ya da hastalığa yönelik ölçekler oluşturmaktadır. Bu anlamda literatürde hasta memnuniyetini jenerik ölçen araçlar yukarıda özetlenmiştir. Öte yandan, spesifik ölçekler hem başka hastalıklarla karşılaştırma hem de birbirinden farklı koşullara uygulama zorluğundan dolayı ciddi bir genellenebilirlik sorunu içermektedir (Grogan, Conner, Norman, Willits ve Porter, 2000; Hawthorne, 2006). Bu kapsamda, araştırmanın romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) olmak üzere iki farklı klinik grubu kapsaması nedeniyle, bu çalışmada da jenerik bir ölçüm aracının

kullanılmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür. Uzun süreli tedavi yaşantıları sürecinde sık sık hastane ziyaretlerinde bulunan RA ve AS hastalarının memnuniyet düzeylerinin ilaç uyum davranışları ve sağlık sonuçlarına etkisinin araştırılması bu araştırmanın hipotezlerinden birisini oluşturmaktadır. Bu nedenle bir sonraki bölümde RA ve AS hastalarının hasta memnuniyetleri ilgili değişkenler çerçevesinde ele alınacaktır.

1.4.1.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarında Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti kavramı literatürde pek çok tanımla karşımıza çıkabilmektedir. Tanımların kimisinde hasta ile sağlık ekibi arasında kullanılan iletişim yöntemlerine, kimilerinde sağlık ekibinin bilgi sağlayışına, kimilerinde de uygun tanı ve tedavinin hastalara uygulanmasına vurgu yapılmaktadır (Nunes ve ark., 2009; van den Berg ve Donyai, 2014). Donabedian, (1980; 1988) ve Hawthorne ve arkadaşları (2014) ise hasta memnuniyeti tanımını daha detaylıca ele alarak, hasta memnuniyetinin hastalıkla ilişkili bireysel değerlendirmeleri ve klinik sonuçları yordama gücünü vurgulamışlardır. Hasta memnuniyeti uzun süreli tedavi gören ve süreçte ciddi fiziksel yakınmaları olan romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastaları için oldukça önemlilik göstermektedir. Ağrı, yorgunluk, yeti yitimi, ilaçlar ve ilaçların yan etkilerine rağmen çalışmaların çoğunda RA ve AS hastalarının memnuniyetlerinin yüksek olduğu görülmüştür (Barton, 2009; Kjeken ve ark., 2006). Burada da kısaca özetlendiği gibi tüm bu zorlu tedavi sürecine rağmen hastaların memnuniyetlerinin yüksek olmasının nedenlerine ve sonuçlarına dair kısıtlı çalışmalara aşağıda yer verilecektir.

1193 Norveçli RA ve AS hastasına açık uçlu sorular sorularak yapılan bir hasta memnuniyeti araştırmasında elde edilen veriler nitel analiz yöntemleriyle değerlendirilmiştir. Çalışmada, RA hastalarının %58'inin, AS hastalarının ise %70'inin (tüm hastalar için ortalama %68'inin) çok memnun ya da memnun oldukları bulunmuştur. Bunun yanında kendisini tedavi sürecine daha fazla dahil hisseden hastaların memnuniyet eğilimlerinin arttığı görülmüştür. AS hastalarının RA hastalarına kıyasla hastalık ve tedavi süreci hakkında daha fazla bilgi alma

eğiliminde olduklarına da dikkat çekilmiştir. Bu sonuç çalışmaya katılan AS hastalarının eğitim durumlarının RA hastalarına kıyasla daha yüksek olmasına bağlanmıştır. Bu durum literatürdeki pek çok çalışma için de paralellik göstermektedir. Bir başka deyişle, AS hastalarının eğitim durumlarının RA hastalarına göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Hyphantis ve ark., 2013; Kotsis ve ark., 2012). Yapılan çok değişkenli analizlerde hastaların memnuniyetlerini en iyi yaş ve eğitim düzeyinin belirlediği bulunmuştur. Genç yaşta olmanın ve eğitim düzeyinin minimum 12 sene ve üstünde olmasının hasta memnuniyetini arttırdığı görülmektedir. Bu özellikler demografik açıdan AS hastalarını işaret etmektedir. Nitekim çalışmada AS hastalarının ilaç uyum oranları da daha yüksek çıkmıştır. Ancak yapılan çalışmada oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlılık göstermediğine işaret edilmiştir (Kjeken ve ark., 2006).

Fizyoterapi gören kas ve iskelet hastalarının hasta memnuniyetlerinin değerlendirildiği bir derleme çalışmasına 7 araştırma dahil edilmiştir. Bu çalışmada pek çok farklı tanı ile fizyoterapi alan hastaların hasta memnuniyetleri birlikte değerlendirilmiştir. Hastaların memnuniyet düzeylerini araştıran çalışmalar boyutsal bir desenle 1=memnuniyetsiz 5=çok memnun aralığında analiz edildiğinde, hastaların sağlık sisteminden 7 araştırmada ortalama 4.44 düzeyinde memnun oldukları görülmüştür (Hush, Cameron ve Mackey, 2011). Bu bulgunun nedensel faktörlerinin iki ayaklı olabileceği düşünülmüştür. Derleme çalışmasında yer alan makalelerin Amerika, İngiltere, İrlanda gibi gelişmiş ülkelerde gerçekleşmiş olması, bu ülkelerdeki sağlık sisteminin kaliteli oluşunun hasta memnuniyetini arttırma ihtimali ile açıklanabilmektedir. Bir diğer açıklama ise sağlık çalışanın kişilerarası ilişkisel özellikleridir. Sağlık çalışanının kişisel özellikleri de bakım süreci ve hasta memnuniyetinin önemli belirleyicileri olarak gösterilmiştir. Ancak çalışmada beklenmedik bir bulgu olarak, tedavi sonucu hasta memnuniyeti ile direk ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hasta memnuniyetinin bu belirleyicilerini anlamaları ve gerekli iyileştirmelerle hasta merkezli bakım kalitesini arttırmaları ile uzun süreli sağlık sonuçlarının da olumluya döneceğine işaret edilmektedir (Hush, Cameron ve Mackey, 2011).

Romatolojik hastaların hasta memnuniyetlerinin değerlendirilmesi ve uygun müdahale yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir diğer derleme çalışmasında, romatolojik hastaların çoğunluğunun hasta memnuniyetlerinin iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında hasta memnuniyetinin arttırılmasının sağlık sonuçlarına etkisinin büyük olacağı, hastaların ağrı, yorgunluk, yeti yitimi gibi fiziksel sağlık sonuçlarından tedavi uyumu gibi davranışsal sağlık sonuçlarına ve duygusal iyilik hallerinin artması gibi psikolojik sağlık sonuçlarına kadar pek çok alanda artışın görülebildiğine dikkat çekilmiştir. Bu nedenle hastaların memnuniyetlerinin yüksek olmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Hasta memnuniyetinin arttırılmasına yönelik geliştirilen müdahalelerde ise hemşire destekli müdahalelerden ziyade romatologların empatik müdahalelerinin daha fazla etkili olduğu belirtilmiştir (Hall ve ark., 2018).

RA hastalarının hasta memnuniyetleri ile ilaç uyumlarının ilişkisinin incelendiği bir diğer çalışmaya ise 2000 kişi katılmıştır. Yapılan çalışmada hasta memnuniyeti ve ilaç uyumuna dair bilgiler öz bildirim ile alınmıştır. Çalışmaya göre, RA hastalarının % 83.5'inin aldıkları sağlık hizmetinden memnun oldukları bulunmuştur. Hastalığa yönelik yeterince bilgilendirildiğini düşünen hastaların bilgilendirildiğini düşünmeyen hastalara göre memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun yanında hasta memnuniyeti ile ilaç uyumunun pozitif yönlü korale olduğu bulunmuştur. Yani hasta memnuniyetindeki artışın ilaç uyumundaki artışla ilişkili olduğu dikkat çekmiştir (Müller, Kallikorm, Põlluste ve Lember, 2012). Ancak RA hastalarının ilaç uyumlarına etki eden psikososyal faktörlerin araştırıldığı 18 araştırmanın derlendiği bir başka çalışmada hasta memnuniyeti ile uyum ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığına dikkat çekilmiştir (Pasma ve ark., 2013). Bir başka derleme çalışmasında ise DMARD kullanan RA hastalarının hasta memnuniyetlerinin ilaç uyumu ile ilişkisini değerlendiren 6 çalışmaya yer verilmiştir. Buna göre, hastaların DMARD tipi ilaca uyum davranışı ile hasta memnuniyetinin ilişkisinde ilaca ilişkin inançların aracılık etkisi gösterdiği bulunmuştur. Bir başka deyişle, hastaların memnuiyet düzeylerindeki değişimin ilaçla ilgili değerlendirmeler üzerinden uyum davranışına etki ettiği görülmüştür (Barton, 2009). Önemli derleme çalışmalarının da belirttiği

üzere hasta memnuniyeti ile ilaç uyumu ilişkisi hakkında literatürde çelişkili bulgular mevcuttur. Kimi çalışmalarda bu ilişkinin doğrudan, kimi çalışmalarda ise dolaylı olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada belirlenen ilişkinin yapısal eşitlik modellemesi ile sınanması hedeflenmektedir.

Hasta memnuniyeti konusunda farklı ölçüm metodlarıyla farklı değerlendirmeler gerçekleştirildiği için sıklıkla bir derleme çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda RA ve AS'nin de içinde olduğu romatolojik ve kas iskelet hastalıklarının hasta memnuniyetlerinin değerlendirildiği derleme çalışmalarında, hastaların hasta memnuniyetinin çoğunlukla iyi düzeyde olduğu, hasta memnuniyeti ile sağlık sonuçlarının ilişkili olduğu ancak sağlık davranışlarıyla ilişkisiyle ilgili çelişkili bulgular dikkat çekmektedir. Bir başka deyişle, hasta memnuniyeti kavramının sağlık davranışlarıyla ilişkisinin ortaya konduğu tutarlı çalışmalar görülememektedir. Bu çalışmalardan da hareketle hasta memnuniyetinin sağlık davranışları için değil ama sağlık sonuçları açısından önemli bir değişken olduğu görülmektedir. Bu nedenle bir sonraki bölümde araştırmanın sağlık sonuçları tanımlanacak ardından hasta memnuniyeti, ilaç uyumu bağlamında Öz Düzenleyici Model ve sağlık sonuçlarının ilişkisini ele alan araştırmalar ortaya konacaktır.

1.5. İlaç Uyumunda Öz Düzenleyici Model: İlaç Uyumunun Sonuçları

Dünya sağlık Örgütü'nün (DSÖ) son güncellemesinde sağlık "bir hastalık ya da rahatsızlık durumunun olup olmamasından bağımsız olarak biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır. (DSÖ, 2017). Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlıklı bir bireyin belirlenen tüm alanlarda tam bir iyilik halinde olması beklenmektedir. Öte yandan, her hangi bir açıdan iyiliği bozulmuş kişilerin diğer açılardan desteklenmesinin sağlıklılığı arttıracağına da işaret edilmektedir. Bu nedenle kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin sağlık sonuçlarının biyolojik olduğu kadar psikososyal bileşenler içerisinde de değerlendirilmesi önem arz etmektedir (Hyphantis ve ark., 2013; Kotsis ve ark., 2012).

Psikolojik zorlanmalar hastaların tedaviye uyum sağlamalarını güçleştirmesinin yanında tedavi ve sağlık sisteminin sonuçlarından da etkilenmektedir. Literatürde yer alan kronik hastalarla yapılan bazı çalışmalarda psikolojik zorlanma kişilik özellikleri gibi ele alınıp modelde yordayıcı değişken olmaktadır. Ancak çoğunlukla psikolojik zorlanmaların hastaların duygusal sağlık sonuçları olarak ele alınması gerektiği literatürde önerilmektedir. Bir başka deyişle, yapılan çalışmalarda, psikolojik zorlanmaların hastaların hastalık ve tedavi sürecine ayrıca bu süreçte aldığı bakımın kalitesine dair bireysel değerlendirmelerden etkilendiği belirtilmektedir (Bassett ve ark., 2012; Murphy, Dickens, Creed, Bernstein, 1999; Rossom ve ark., 2016; Ulus ve ark., 2017; Zyrianova ve ark., 2011).

Mevcut çalışmada psikolojik zorlanma depresyon, kaygı ve somatizasyon belirtilerinin şiddeti üzerinden değerlendirilecektir. Öte yandan, tüm bu alanlardaki zorlanmaların artmasının psikopatoloji oluşma ihtimalini de arttıracağı bilinmektedir (Yazıcı-Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan ve Aydın-Sünbül, 2012). Ancak bu çalışmada psikolojik zorlanmalar katılımcıların psikopatoloji varlığı üzerinden değil psikolojik belirti düzeyleri açısından ele alınacaktır.

Bu kapsamda yapılan bir çalışmada hastalığın farklı evrelerinde olan 160 RA hastası ile normal örneklemdeki 160 sağlıklı birey psikolojik zorlanma düzeyleri bakımından karşılaştırılmıştır. RA hastalarının %30.6'sında anksiyete, %27.5'inde ise depresyon belirtilerinin klinik seviyede olduğu görülmüştür. Psikososyal alanda yaşanan bu belirtilerin, bilinen herhangi bir kronik fiziksel hastalığı olmayan kişilerden oluşan "sağlıklı" gruptan anlamlı bir şekilde daha yoğun yaşantılandığı bulunmuştur (Zhang ve ark., 2017). Bu nedenle biyolojik zorlanma yaşayan bireylerin psikososyal alanda da bir risk grubunu oluşturduğu görülmektedir. Bu nedenle hastaların psikolojik durumlarının değerlendirilmesi oldukça önemli olmaktadır. Ancak psikolojik durumu değerlendirmede literatürde farklı ölçüm araçları bulunmaktadır. Bir sonraki bölümde bu araçlar kısaca özetlenecektir.

1.5.1. Duygusal Sağlık Sonuçlarının Ölçümü

Klinik pratikte çoğunlukla somatik, anksiyöz ve depresif belirtiler birlikte görülmektedir. Sadece depresif ya da sadece kaygı belirtileri somatik belirtiler olmaksızın görmek kronik hastalıkların tedavi edildiği klinik ortamlarda çok mümkün olmamaktadır. Bu nedenle fiziksel hastalığı olan bireylerin psikolojik zorlanma düzeylerinin üç alanda birden değerlendiriliyor olması gerekmektedir (Lowe ve ark., 2008).

Özellikle kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin çoğunun yaşadıkları psikolojik zorlanmaları psikiyatrist ya da psikolog yardımı almaksızın kendi kendilerine ya da diğer tıbbi konularda uzman doktorlarla çözme eğiliminde olmaları dikkat çekicidir. Dahası, yeterli bir yardım alamayan hastaların psikolojik belirti şiddetleri de her geçen gün artmaktadır. Bunun yanında, tıbbi hizmet verme konusunda uzmanlaşmış bir hekimin psikolojik belirtilerin şiddetini değerlendirmesi de bir hayli güç olmaktadır. Bu sorunu gidermek amacıyla Goldberg (1995) hekimlere üç yol önermiştir. Bunlardan ilki branş fark etmeksizin tüm hekimlerin asgari görüşme tekniklerinin arttırılması, ikincisi psikolojik belirti ölçeklerinin aktif kullanılması ve üçüncüsü ise tüm kliniklere ruh sağlığı uzmanlarının atanmasıdır. Bunlardan birinci ve üçüncüsü sistemsel değişim gerektirdiği, uzun süreli ve maliyetli olması sebebiyle ikinci önerinin en uygulanabilir olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle fiziksel hastalığı olan bireylerin tedavi edildiği kliniklerde ölçeklerin aktif olarak kullanılması ihtiyacı doğmaktadır (Goldberg, 1995). Bu ihtiyacı karşılamak adına alandaki birçok ölçek kliniklerde ve araştırmalarda kullanılmaktadır.

Psikoloji araştırmalarında sıklıkla genel psikolojik semptom şiddetini değerlendirmek amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE), depresyon ve anksiyete seviyesini değerlendirmek için Beck Depresyon (BD) ve Anksiyete (BA) ölçekleri, hipokondriyak belirtileri değerlendirmek amacıyla Whiteley Endeksi (WI) kullanılmaktadır. Bu ölçekler psikolojik rahatsızlığı olan bireyleri teşhis etmede etkili, kısa, pratik ve uygulanabilirdir. Ancak bu ölçeklerin hiç birisi fiziksel hastalığı olan bireyleri değerlendirme gibi bir amaçla geliştirilmemiştir. Bu nedenle fiziksel

hastalığı olan bireylere uygulanmasında bazı sıkıntılar barındırmaktadır (Löwe ve ark., 2008).

Bu bağlamda fiziksel hastalığı olan bireylerin ruh sağlıklarını değerlendirme amaçlı geliştirilmiş bir ölçek semptom şiddetini değerlendirmede daha etkili olacaktır. Bu amaçla geliştirilen Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları (HSÖ-SAD) fiziksel hastalığı olan bireylerin psikolojik belirti düzeyini değerlendirmede kullanılan güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracıdır (Spitzer, Kroenke ve Williams, 1999). Bu nedenle mevcut çalışmada RA ve AS hastalarının psikolojik durumları HSÖ-SAD ile değerlendirilmiştir. HSÖ-SAD ölçeği ile ilgili detaylı bilgilere yöntem bölümündeki ilgili kısımda yer verilecektir.

Yaşanan kronik, zorlayıcı ve ağrılı süreçlerden duygusal olarak da etkilenen romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının psikolojik belirti düzeylerinin ele alınması oldukça önemli olmaktadır. Bu nedenle bir sonraki bölümde RA ve AS hastalarının depresyon, kaygı ve somatizasyon belirtilerini değerlendiren çalışmalara yer verilecektir.

1.5.2. Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarının Duygusal Sağlık Sonuçları

Hem romatoid artrit (RA) hem de ankilozan spondilit (AS) hastalarının yaşadıkları belirtiler sebepli duygusal açıdan zorlandıkları bilinmektedir. Bu zorlanma ile ilgili zamanında yeterli destek alınmaması durumunda hastaların belirti şiddetlerinde artış gözlenecektir (Abbott ve ark., 2015; Curtis, Herrem, Ndlovu, O'Brien ve Yazici, 2017). RA ve AS hastalarındaki belirti şiddetini değerlendiren çalışmalar literatürde yer almaktadır.

RA hastalarının depresyon ve anksiyete sıklığının normal grupla karşılaştırıldığı bir çalışmada hastaların %70.8'inin, normal örneklemin %7.3'ünün psikolojik zorlanma yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). RA hastalarının içerisinde %41.5'inde depresyon %13.4'ünde anksiyete ve %15.9'unda ise anksiyete ve depresyonun birlikte yer

aldığı görülmüştür. Depresyonun RA hastaları için süreçte daha fazla zorlayıcı olduğu, anksiyetenin ise çoğunlukla belirli bir dönem zorlayıp daha sonra geçtiği belirtilmiştir (Işık ve ark., 2007). RA hastaları için önemli bir sağlık sonucu olduğu Işık ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da vurgulanan depresyon sıklığının belirlenebilmesi amacıyla bir meta-analiz çalışması yapılmıştır. Toplamda 72 araştırmanın derlendiği bu çalışmada RA hastalığı yaşayan bireylerin %38.8'inin klinik olarak depresyon tanısı alabilecek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında depresyon belirtilerini en iyi hastaların yaşının yordadığı belirtilmiştir (Matcham, Rayner, Steer ve Hotopf, 2013). Rezaei ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada ise RA hastaları içerisinde depresyon sıklığının %66'ya vardığına dikkat çekilmiştir. RA hastalarında somatizasyon belirtilerinin fiziksel sağlık sonuçlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmaya ise 733 kişi katılmıştır. Çalışmada RA hastalarının %43'ünde somatizasyon belirtilerinin şiddetli olduğu bulunmuştur. Bunun yanında somatizasyon eş tanısı alan bireylerin almayanlara göre tedaviden aldığı olumlu yanıtlarda ciddi azalma gerçekleştiği görülmüştür (Curtis, Herrem, Ndlovu, O'Brien ve Yazici, 2017). Çalışmalar ışığında RA hastalarının psikolojik zorlanmalarının hem farklı alanlarda hem de şiddetli olduğu ve bu durumun tedavi sürecinden de etkilendiği görülmektedir. Mevcut çalışmanın bir diğer klinik örneklemini oluşturan AS hastalığı da psikolojik belirti sıklığı açısından bir risk grubudur.

AS hastalarının psikolojik sağlık sonuçlarına yönelik çalışmalara da literatürde rastlanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada AS hastalarının %43.8'inin depresyon, %25'inin ise anksiyete tanısı alabilecek düzeyde şiddetli belirti gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada, hastaların semptomlarını düzenleyecek etkili tedavi görme durumlarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalma gösterdiği vurgulanmıştır (Ertenli ve ark., 2010). Öte yandan, AS hastalarının depresyon ve anksiyete seviyelerine yönelik farklı sonuçlar literatürde yer almaktadır. AS hastalarıyla yapılan bir çalışmada yaşanılan klinik depresyon şiddeti sıklığının %16 (Tyring ve ark., 2006), Menter ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise depresyon sıklığının %47 olduğu bulunmuştur. Çalışmalardan anlaşıldığı üzere AS hastalarında yaşanan psikolojik zorlanmanın sıklığının çalışmadan çalışmaya

farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu nedenle bu konuda kapsamlı bir meta-analiz çalışmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Öte yandan, TNF α tedavisi gören AS hastaları ile yapılan bir derleme çalışmasında hastaların tedavi süreçlerinin depresyon ve anksiyete seviyelerini etkilediğine işaret edilmektedir (Abbott ve ark., 2015). Ayrıca yapılan bir başka çalışmada AS hastalarının benzer sosyodemografik özellikler gösteren normal örnekleme kıyasla anksiyete, depresyon ve somatizasyon alanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla zorlanma yaşadıkları görülmektedir (Durmuş ve ark., 2015).

Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda ise RA ve AS hastalarının psikolojik sağlık sonuçlarının beraber ele alındığı görülmektedir. Hyphantis ve arkadaşları (2013) RA hastalarının %14.8'inin, AS hastalarının ise %25.1'inin klinik depresyon teşhisi alabilecek düzeyde belirti gösterdiklerine dikkat çekmiştir. Ancak depresyon şiddetinin hastalıklar arasında anlamlı bir fark oluşturmadığını belirtmiştir. Depresif bozukluğun prevalansı Kotsis ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir başka çalışmada, RA için %25.1, AS için %21.7 olarak bulunmuştur. Hastaların psikiyatrik tanı alma sıklığı çalışmadan çalışmaya değişse de her iki çalışmada da psikolojik şikayet şiddetinin artışında RA ve AS hasta grupları arasında anlamlı farklılık görülmediği dikkat çekmiştir (Hyphantis ve ark., 2013; Kotsis ve ark., 2012).

RA ve AS hastaları psikolojik zorlanma açısından birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmasa da sağlıklı grupla karşılaştırıldığında önemli bir risk grubu olmaktadır. Bu nedenle hastaların psikolojik sağlıklılığının korunabilmesi adına psikolojik duruma etki eden psikososyal faktörlerin ele alınması gerekmektedir. Bu nedenle, mevcut çalışmada RA ve AS hastalarının psikolojik sağlıklılığını açıklayan psikososyal değişkenler ilaç uyumunda Öz Düzenleyici Model ve hasta memnuniyeti çerçevesinde ortaya konacaktır.

1.5.3. Psikolojik Zorlanmalara Etki Eden Faktörler: İlaç Uyumunda Öz Düzenleyici Model ve Hasta Memnuniyeti

Romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının psikolojik açıdan ciddi bir risk grubu olduğu araştırmalarla da ortaya konmuştur. Bu bölümde

ise hastaların belirti şiddeti ve sıklığı ile ilaç uyumunda öz düzenleyici model (ÖDM) ve hasta memnuniyeti gibi psikososyal değişkenlerin ilişkisini ele almak amacıyla yapılan çalışmalara yer verilecektir. Bu bağlamda psikolojik durum ile öncelikle ilaç uyumunda ÖDM'nin bileşenlerinin sonra hasta memnuniyetinin ilişkisine en son da tüm değişkenleri ele alan çalışmalara yer verilecektir.

Literatürde RA ve AS hastalarının psikolojik durumları ile hastalık algılarının ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır. Murphy, Dickens, Creed, Bernstein'in (1999) 62 ayaktan tedavi gören RA hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların psikolojik durumu Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları (HSÖ-SAD) ile değerlendirilmiştir. HSÖ-SAD'ın sadece depresyon alt testinin, hastalık algısının sonuç ve kontrol alt testleri ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bir başka ifadeyle, hastalığın sonuçlarına; ve kontrol edilebilirliğine yönelik olumsuz algı ile depresyonun anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (Murphy, Dickens, Creed, Bernstein, 1999). Zyrianova ve arkadaşlarının (2011) 68 RA hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların depresyon ve anksiyete belirtilerini açıklamada hastalık algısının rolü incelenmiştir. Yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilen çalışmada RA hastalarındaki depresyon ve anksiyete şiddeti ile hastalık algısı ilişkisini değerlendiren modelin uyum iyiliği kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Dahası, hastalardaki depresyonu hastalığın sonucu ve kontrolüne, anksiyeteyi ise kimlik ve sonuca dair algının belirlediği görülmüştür (Zyrianova ve ark., 2011). 100 RA hastası ile depresyon ile ağrı arasındaki ilişkide hastalık algılarının aracılığının değerlendirildiği bir başka çalışmada depresyon ve ağrı ilişkisindeki kontrol, sonuç ve duygusal algıların aracı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ancak bu çalışmada depresyon hastalık algılarını yordayıcı değişken olarak ele alınmıştır (Rezaei ve ark., 2014).

Psikolojik iyi oluşun algılarla ilişkisinin incelendiği, örneklemini 150 RA hastasının oluşturduğu bir diğer araştırmada depresyon ile kimlik, sonuçlar ve duygusal algıların pozitif, tutarlığın negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Ulus ve ark., 2017). Bir başka deyişle RA hastalarının hastalığın semptomlarını gösterme düzeylerinin, sonuçlarını olumsuz değerlendirme eğiliminin, hastalığa dair

geliştirdikleri duygusal tepkilerinin artmasının ve hastalığa uyum göstermekte zorlanmasının, depresyon belirtilerindeki artışla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Ulus ve ark., 2017). Bu çalışmalara göre, RA hastalarının psikolojik zorlanmalarında hastalığa dair hem bilişsel hem de duygusal değerlendirmelerin etkili olduğu dikkat çekmektedir.

Hastaların psikolojik durumlarını yordamada etkili bulunan bir diğer değişken hasta memnuniyetidir. Hasta memnuniyeti ile psikolojik durum ilişkisini değerlendiren çalışmalardan ilki, Frostholm ve arkadaşları (2005) tarafından medikal nedeni tam açıklanamayan semptomları olan 1785 birincil basamak tedavi alan hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hasta memnuniyetinin, çalışma durumu, kiminle yaşandığı, eğitim durumu, yaş gibi değişkenlerden etkilenmesi ve duygusal zorlanma (anksiyete, depresyon ve somatizasyon), hastalık algısı gibi klinik değişkenler üzerinde ise etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, bu çalışmada hasta memnuniyetinin iki yönlü değerlendirilmesi gereken bir kavram olduğu ve hastanın özelliklerinden olduğu gibi doktorun özelliklerinden de etkilendiği belirtilmektedir. Çalışmada örneğin doktorun cinsiyetinin kadın olması gibi demografik özelliklerin de hasta memnuniyetini arttırdığı dikkat çekmiştir. Bu nedenle doktorla ve hastayla ilgili değişen ya da değişmeyen birçok özelliğin hasta memnuniyetinde belirleyici olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmada hastanın yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve kiminle yaşandığının hasta memnuniyeti üzerinde belirleyiciliğinin olduğu belirtilmiştir. Hastanın kimlik (OR (CI) = 1.8 (1.3–2.4), $p < .001$) ve duygusal tepki (OR (CI) = 1.5 (1–2.3), $p = .03$) alanlarının hastanın memnuniyetsizliğini yordadığı ancak duygusal zorlanma ile hasta memnuniyetinin ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Frostholm ve ark., 2005).

Frostholm ve arkadaşlarının (2005) aksine bazı çalışmalarda da hasta memnuniyeti ile psikolojik zorlanmanın ilişkili olduğuna işaret edilmektedir. Bunlardan ilki, 545 Tip-II diyabetini kontrol etmekte zorlanan hastayla gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmada hasta memnuniyeti ile depresyon şiddetinin ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunun yanında diyabet hastalarının memnuniyet

düzeyleri düşük olanlarının depresyon şikayeti gösterme oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmektedir (Bassett ve ark., 2012). Bassett ve arkadaşlarının (2012) elde ettiği bulgu ile tutarlı olacak şekilde 6 farklı ruh sağlığı ağından elde edilen 177,469 depresyon hastası üzerinden ilaç uyumsuzluğuna etki eden psikososyal faktörler araştırılmıştır. Çalışmada hasta memnuniyetindeki düşmenin ilaç uyumsuzluğu yaratması üzerinden nüks oranlarını arttırdığı vurgulanmaktadır. Bu amaçla depresyon hastalarının hasta memnuniyetlerinin arttırılmasının uzun vadeli psikolojik iyiliğe dolaylı yoldan etki ettiği görülmektedir (Rossom ve ark., 2016). Glattacker, Heyduck, Meffert ve Jakob'da (2018) depresyon hastalarının sağlık sonuçlarını değiştirmeye yönelik bir müdahale geliştirmeyi hedeflemişlerdir. Bu amaçla, 205 depresyon hastası müdahale (109 kişi) ve kontrol (96 kişi) grubu olarak ikiye ayırılmıştır. Müdahale grubuna hastalığa ve tedaviye yönelik inançlarının değiştirilmesi adına bilgisel müdahalede bulunulmuştur. Kontrol grubu bekleme listesinden oluşmuştur. Araştırmada sağlık sonuçları açısından müdahale ve bekleme grubu arasında anlamlı bir fark görülememiştir. Ancak müdahale grubundaki hasta memnuniyeti yüksek kişilerin hastalıklarını daha kontrol edilebilir algıladıkları, hastalığa dair bilgisel düzeylerinin arttığı ve süreçten daha az kaygı duydukları, ilaçlarına dair endişelerinin azalıp gerekliliğine dair inançlarının arttığı görülmüştür. Ayrıca hasta memnuniyeti yüksek kişilerin somatik yakınmalarında azalma olduğu gözlenmiştir (Glattacker, Heyduck, Meffert ve Jakob, 2018). Çalışmada sosyal çevreden edinilen bilgilerin hastalık algılarının oluşumunda adeta bir kullanım kılavuzu etkisi yarattığına dikkat çekilmektedir. Hastalığa yönelik en doğru bilginin alınacağı yer olan sağlık çalışanlarının etkisinin hastalık algısını değiştirme gücü olduğu çalışmada vurgulanmaktadır. Ayrıca hasta memnuniyetindeki yükselmenin psikososyal müdahalelerin etkinliğini de arttırdığı belirtilmektedir (Glattacker, Heyduck, Meffert ve Jakob, 2018).

Hyphantis ve arkadaşları da (2013) RA ve AS hastalarının hastalık algıları ile depresif semptomların ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın detaylarından daha önce de bahsedilmiştir. Ancak çalışmada, AS hastalarının duygusal hastalık algısı, RA'ların ise hem duygu hem de sonuçlara yönelik algısının depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Fakat, bu ilişkinin

regresyon analiziyle kanıtlanamaması dikkat çekici olmuştur (Hyphantis ve ark., 2013). Daha önce de bahsi geçen, Arturi ve arkadaşlarının (2013) AS hastalarının hastalık algılarının ve psikolojik durumunun değerlendirildiği çalışmalarında, algılar ile psikolojik durum ilişkisinin raporlanmadığı görülmüştür. Çalışmada sadece depresyon belirtileri ile ilaç uyumunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Arturi ve ark., 2013). Önceki bölümlerde bahsedilen bir başka çalışmada AS hastalarında depresyonun sonuç, kimlik ve duygusal tepkiler ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca depresyon ve hastalık algılarının birlikte yaşam kalitesini yordadığı belirtilmiştir (Bozkurt ve ark., 2018).

Benzer odaklı yapılan bir başka çalışmada göğüs kanseri tanısı ile tedavi gören 70 hastanın tedavi memnuniyetleri, hastalık algıları ve sağlık sonuçlarının ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada hastalara sağlanan bilgi akışı üzerinde hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir. Buna göre, hasta memnuniyetini değerlendirirken hastaların en çok bilgi alma zamanlaması ve şeklini temel aldıkları görülmüştür. Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, sağlık hizmetinden memnun olan hastaların, hastalıklarını daha anlaşılabilir, kontrol edilebilir ve daha az endişe verici olarak algıladığı görülmüştür. Bunun yanında memnuniyeti yüksek olan hastaların daha az psikolojik ve fiziksel zorlanma ifade ettikleri vurgulanmıştır. Sonuç olarak, çalışmada hasta memnuniyetinin psikolojik iyiliği hastalığa yönelik anlaşılabilirlik, kontrol ve endişe algıları üzerinden yordadığına dikkat çekilmiştir (Iskandarsyah ve ark., 2013).

Yukarıda özetlenen pek çok çalışmada hastaların psikolojik durumlarını birçok psikososyal değişkenin etkilediği belirtilmektedir. Ancak alandaki çalışmalarda görülen en temel eksikliklerden birisi, psikolojik iyilik halini tek bir değişkenin kullanıldığı ya da farklı zorlanma düzeylerinin birbirinden bağımsız ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesidir. Örneğin mevcut çalışmaya en uygun araştırmalardan bir tanesi olan Iskandarsyah ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında seçilen değişkenlerin neden seçildiğine yönelik yeterli bilgi çalışmada yer almamaktadır. Ancak sağlık davranışlarını ve sağlık sonuçlarını açıklamak adına geliştirilmiş çok önemli modeller literatürde bulunmaktadır. Bu modellerin

sağlıklılığı açıklamadaki gücü, doğrulanması ya da yanlışlanması sistemli bilgi akışı açısından oldukça faydalı olacaktır. Bu nedenle bu çalışmada sağlık davranışları ve sağlık sonuçlarını açıklayan psikososyal değişkenlerin ÖDM çerçevesinde ele alınması hedeflenmektedir. Bir sonraki bölümde araştırmanın sorularına ve amaçlarına yer verilecektir.

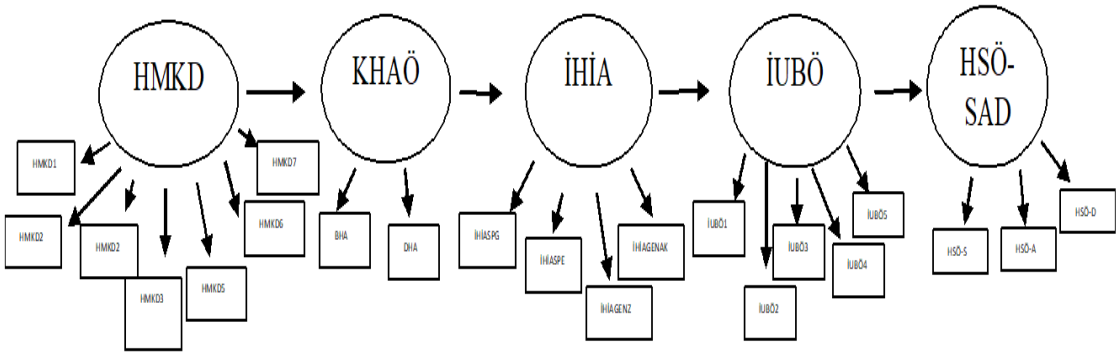
1.6. Amaç ve Hipotezler

Yukarıda da detaylıca ele alındığı üzere, romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) tedavisinde ilaç uyum davranışı oldukça kritik bir sağlık davranışıdır. İlaçla tedavi biyolojik bir müdahale olsa da, ilaç uyumu davranışı ve davranışa etki eden değişkenlerin psikososyal bir bağlamda ele alınması RA ve AS'lerde tedavilerin etkinliği açısından büyük öneme sahip görünmektedir. Bu özelliği bakımından ilaç uyumunun biyopsikososyal bağlamda ele alınması gereken bir olgu olduğu değerlendirilmiştir. İlaç uyumu davranışını açıklamada pek çok psikososyal değişken literatürde yer alsa da bilgisel tutarlılığın sağlanabilmesi adına davranışın bir model çerçevesinde ele alınması hedeflenmiştir.

Literatürde ilaç uyumu davranışını açıklayan tutumsal değişkenlerin bir model çerçevesinde ele alındığı çalışmaların sayısı oldukça azdır. Öte yandan, Hughes (2011) RA hastalarıyla gerçekleştirdiği doktora tez çalışmasında, ilaç uyumu davranışını açıklayan Sosyal Bilişsel Model kuramlarını karşılaştırmalı olarak ele almıştır. Yapılan çalışmada, ilaç uyumunu kesitsel desende en iyi Öz Düzenleyici Modelin (ÖDM) açıkladığını bulmuştur (Hughes, 2011). Bu nedenle mevcut çalışmada RA ve AS hastaları için ilaç uyumunda ÖDM'nin açıklayıcı bir model olup olmadığı değerlendirilecektir.

Önceki bölümlerde de değinildiği gibi hastaların hastalığa ve tedaviye yönelik değerlendirmeleri sosyal çevreden ve bu kaynaklardan edinilen bilgiden etkilenmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa ve tedaviye yönelik bilgisel ihtiyaçlarını çoğunlukla hastaneden edindikleri sosyal ağlar üzerinden karşılama eğiliminde oldukları bilinmektedir. Bu nedenle hastaların sağlık sistemine yönelik beklentilerinin karşılanma düzeylerinin oldukça önemli olduğu belirtilmektir. Bu bağlamda, bu çalışmada sosyal bileşen olarak seçilen hasta memnuniyetinin,

hastaların değerlendirmelerine ve dolaylı olarak sağlık davranışına etkisi incelenecektir. Bunun yanında hastaların hastalık sürecine yönelik değerlendirmeleri ve sağlık davranışlarının da hastaların psikolojik sağlıklılığını etkilediğine önceki bölümlerde değinilmiştir. Bu nedenle çalışmada değerlendirmeler ve sağlık davranışlarının psikolojik iyilik haline etkisi ele alınacaktır. Dolayısıyla mevcut çalışmanın amacı tüm bu ilişkilerin bir model içerisinde birlikte tanımlanarak test edilmesidir. Bir başka deyişle, çalışmada ilaç uyumunun yordayıcı değişkeni olan hasta memnuniyeti ile ilaç uyumunun sonuç değişkeninin arasındaki ilişkide ilaç uyumunda ÖDM'nin bileşenleri olan hastalık algısı ve ilaca ilişkin inançların aracılık rolü incelenecektir. Oluşturulan bu model, çalışmada Genişletilmiş Öz Düzenleyici Model (GÖDM) olarak isimlendirilmektedir.



Şekil 2: Genişletilmiş Öz Düzenleyici Model

Bu doğrultuda, araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Burada, öncelikle iki amaç ayrı ayrı tanımlanacak daha sonra bu amaçlar doğrultusunda belirlenen araştırma sorularına yer verilecektir.

Birinci amaç, çalışmada değerlendirilen sağlık davranışı olan ilaç uyumunda öz düzenleyici modelin (ÖDM) ne denli açıklayıcı bir model olduğunun değerlendirilmesidir. Bu bağlamda buna yönelik araştırma soruları yukarda sunulan Şekil 2.'de belirtilen İlaç Uyumunda ÖDM bağlamında şu şekildedir:

S1. RA ve AS hastalarında hastalık algısı ile ilaca uyum davranışı arasındaki ilişkide ilaca ilişkin inançların aracılık etkisi bulunmakta mıdır?

S1a. RA ve AS hastalarında hastalık algısı ilaca uyum davranışını yordamakta mıdır?

S1b. RA ve AS hastalarında hastalık algısı ilaca ilişkin inançları yordamakta mıdır?

S1c. RA ve AS hastalarında ilaca ilişkin inançlar ilaca uyum davranışını yordamakta mıdır?

S1d. RA ve AS hastalarında hastalık algısı ve ilaca uyum davranışı arasındaki ilişkide ilaca ilişkin inançlar aracı etki göstermekte midir?

İkinci amaç doğrultusunda ise Genişletilmiş Öz Düzenleme Modeli'nin (GÖDM) sınanması hedeflenmiştir. Bir başka deyişle, çalışmada hasta memnuniyeti ve psikolojik sağlık sonuçları ilişkisinde ilaç uyumunda ÖDM'nin aracılık rolü incelenecektir. Şekil 2.'de GÖDM olarak ele alınan bu model bağlamında oluşturulan araştırma soruları şu şekildedir:

S2. Hasta memnuniyeti ile psikolojik zorlanmalar arasındaki ilişkide ilaç uyumunda ÖDM'nin aracı etkisi var mıdır?

S2a. AS ve RA hastalarında hasta memnuniyeti düzeyi psikolojik zorlanmaları yordamakta mıdır?

S2b. AS ve RA hastalarında hasta memnuniyeti ilaç uyumunda ÖDM bileşenlerini yordamakta mıdır?

S2c. İlaç uyumunda ÖDM bileşenleri psikolojik zorlanmaları yordamakta mıdır?

S2d. Hasta memnuniyeti ile psikolojik durum arasındaki ilişkide ilaç uyumunda ÖDM bileşenleri aracı etki göstermekte midir?

Bu amaçlar kapsamında belirlenen ilişkilerin yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bunun yanında örneklemin özelliklerini ortaya konulması amacıyla belirlenen yan amaçlar da bulunmaktadır. Bunlar örneklemin

özeliklerinin ortaya konması amacıyla kullanılacak olan tanımsal istatistiklerdir. Bu kapsamda, RA ve AS tanısı alan bireylerin aldıkları tanıya göre, sosyodemografik ve klinik değişkenlerinin tümünün farklılaşma düzeyleri incelenecektir. Aynı zamanda, hastaların aldıkları tanıya göre ölçeklerden aldıkları puanlardaki değişimin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Literatürde ÖDM modelinin sağlık davranışı ve duygusal sağlık sonuçları ile ilişkisi ve hastalık algılarının belirleyicilerinin neler olabileceğine yönelik çalışmalar mevcut olsa da, tüm bu değişkenlerin bir model içerisinde ele alındığı bir başka çalışmanın olmaması dikkat çekicidir. Bunun yanında AS hastalığı olan bireylerin sağlık davranışları ve duygusal sağlık sonuçlarının ÖDM modeli ve ilişkili değişkenler ile ele alındığı az sayıda çalışmanın olduğu gözlenmektedir. Bu tez çalışmasının literatürdeki tüm bu değişkenleri bir arada ele alıyor olması açısından önemli olduğu söylenebilir. Bu sayede AS ve RA hastalarında ilaç uyumuna yönelik müdahalelerde hangi değişkenlerin hedef alınabileceğine dair daha kapsamlı planlar yapılması mümkün olabilir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde öncelikle örneklemin genel özelliklerine, örneklemi oluşturan içleme ve dışlama kriterlerine ve bu bağlamda oluşan örneklemin sosyodemografik özelliklerine değinilecektir. Ardından araştırmada kullanılan veri toplama araçları, araştırma sürecindeki basamaklar ve kurulan hipotezlerin testinde kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri detaylıca ele alınacaktır.

2.1. Katılımcılar

Araştırmanın katılımcılarına İstanbul'un çeşitli yerlerindeki özel (Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı), devlet (İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı) ve üniversite (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı) hastanelerinin "romatoloji" kliniklerinden ve hastaların paylaşım yaptığı sosyal medya gruplarından ulaşılmıştır. Sosyal medya üzerinden toplanılan verilerde, araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara bireysel geri dönüş sağlanmıştır. Bir başka deyişle, çalışmaya katılmaya gönüllü olan RA ya da AS hastası araştırmacıya yazmış ve katılımcıya çalışmanın amacı ve ölçeğin doldurulma şekli hakkında bilgilendirme bire bir olarak yapılmıştır. Katılımcılara erişim kaynaklarının dağılımına dair tabloya aşağıda yer verilmiştir (Tablo 1.).

Tablo 1: Katılımcılara Ulaşılan Yerlerin Dağılımı

Verilere Ulaşılan Yer	N	%
BAV-FTR*	164	72,22
İÜ-FTR**	11	4,84
ŞEH-FTR***	21	9,25
Sosyal medya	31	13,66

* BAV-FTR: Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı; ** İÜ-FTR: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı; ***ŞEH-FTR; İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Çalışmanın içleme kriterleri;

- Uzman bir doktordan RA ya da AS tanısı almış olmak
- En az bir senedir ilgili tanı ile ilgili tedavi görüyor olmak
- Tedavisine ilaç ile devam ediyor olmak
- 18 ile 65 yaş aralığında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Çalışmanın dışlama kriterleri;

- Araştırmanın ölçeklerini doldurmakta zorlanma yaşayacak kadar yüksek şiddetli psikolojik rahatsızlık yaşıyor olmak
- RA ya da AS tanısından şüphelenilse de henüz tam olarak tanıyı almamak
- RA ya da AS tanısı alsa da ilaçla tedavi almıyor ya da tedaviye ölçeğin doldurulduğu dönemde ara vermiş olmak
- 18 yaşından küçük ya da 65 yaşından büyük olmak
- Çalışmaya katılmaya rıza göstermemek

Çalışmaya içleme ve dışlama kriterlerine uyan ve gönüllük esasına uyan 227 romatoid artrit (RA) ya da ankilozan spondilit (AS) tanısı almış hasta katılım göstermiştir. Katılımcılardan beşinin ölçekleri eksik ya da yanlış doldurması sebebiyle ilgili cevaplar araştırmanın analizine eklenmemiştir. Son tahlilde araştırmaya RA veya AS tanısı almış, cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi olarak genel popülasyonla benzerlik gösteren 222 hasta katılmıştır.

Katılımcıların 112'sinin (%50,45) RA tanısı ile tedavi gördüğü, yaş ortalamasının 46,06 (ss=10,94) ve 144'ünün (%64,6) kadın olduğu görülmüştür. Bunun yanında hastaların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu (%30), orta gelir seviyesinde (%58,3), evli (%84,3) ve en az bir çocuk sahibi (%87) olduğu görülmüştür.

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcıların hastalık algısını değerlendirmek için Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ), ilaca dair düşüncelerinin değerlendirilmesi amacıyla İlaçlar

Hakkında İnançlar Anketi (İHİA), ilaç uyumunu değerlendirmek adına İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ), hasta memnuniyetini değerlendirmek için Hasta Memnuniyeti Kısa Değerlendirme Formu (HMKD), katılımcıların psikolojik durumlarını değerlendirmek üzere Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları (HSÖ-SADS) ve yaş, eğitim ve gelir düzeyi gibi bilgilere ulaşabilmek adına Sosyodemografik ve Klinik Bilgi formu kullanılmıştır. Bu bölümde bahsi geçen ölçüm araçlarının tanıtılması ve araştırmadaki güvenirlik değerlerinin verilmesi amaçlanmaktadır.

2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmanın belirlenen hipotezleri ve literatürü çerçevesinde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla bir form oluşturulmuştur. Formda katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, çocuklarının olup olmadığı, eğitim durumları, gelir seviyeleri, tanıları, kaç senedir bu tanı ile tedavi gördükleri, kullandıkları ilaçlar, ilaçlardan yaşadıkları yan etkiler sorgulanmıştır. Bunun yanında formda hastaların ek tanıları ve psikiyatrik bir tedavi görme durumları, görüyorlarsa hangi tanı ile tedavi gördükleri incelenmiştir. Sosyodemografik Forma Ek 3'te yer verilmiştir.

2.2.2. Öz Düzenleyici Modelin Değerlendirilmesi

Bu bölümde Öz Düzenleyici Modelin bileşenlerinden hastalık algısının, ilaca ilişkin inançların ve ilaç uyumunun ölçümünde kullanılan değerlendirme araçlarına dair bilgilere değinilecektir.

2.2.2.1. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)

Leventhal ve arkadaşlarının geliştirdikleri Öz Düzenleyici Model (ÖDM), bireylerin algıladıkları hastalık tehdidine karşı verdiği tepkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Leventhal, Meyer ve Nerenz, 1980). Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) Leventhal'in geliştirdiği Öz Düzenleyici Model'in bir değişkeni olan "hastalık algısını" değerlendirmek amacıyla geliştirilen Hastalık Algısı Ölçeğinin (HAÖ) kısaltılmış halidir. HAÖ, Weinmann (1996) tarafından geliştirilmiştir. HAÖ

80’den fazla sorudan oluşması sebebiyle hızlı bir değerlendirme sunamamaktadır. Özellikle kronik fiziksel hastalık tanısı ile hastaneye başvuran, yaşlı ya da ızdıraplı hastaların hastalık algılarının kısa süreli değerlendirilmesi önemli olmaktadır. Bu sebeple geliştirilen KHAÖ sekiz soru ve nedensel faktörlerin sorgulandığı bir sorudan oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan maddelerin tümü Hastalık Algısı Ölçeğinin sonuçlar, süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık kimliği, endişe, hastalık anlaşılabilirliği, duygu durum ve nedensel atıflar alt testlerinden oluşmaktadır (Broadbent, Petrie, Main ve Weinman, 2006).

Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı bilişsel hastalık algıları için .61 ve duygusal algı için .83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinal formunun test tekrar test skorları ve geçerlilik katsayısının iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Ölçeğin iyi psikometrik değerlere sahip olması sebebiyle kullanımı zaman geçtikçe yaygınlaşmaktadır. KHAÖ’nün, Almanca, Farsça, İspanyolca Almanca, Flemenkçe, Danimarkaca, Fransızca, Yunanca, İtalyanca, Portekizce, Rusça, Japonca, Tayvanca gibi pek çok dile uyarlaması yapılmıştır (Broadbent ve ark, 2015).

Türkçe uyarlaması ise Karataş, Özen ve Kutlutürkan (2017) tarafından 135 kanser tanısı ile tedavi gören hasta ile yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu yedi ifade ve nedensel faktörlerin sorgulandığı ilave bir maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 2. (süre) ifadesi güvenirlik katsayısının düşüklüğü sebebiyle ölçekten atılmıştır. Ölçek, bilişsel hastalık algıları ve duygusal hastalık algıları olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel hastalık algıları 3. (kişisel kontrol), 4. (tedavi kontrolü), ve 7. (hastalık anlaşılabilirliği), duygusal hastalık algıları ise 1. (sonuçlar), 5 (hastalık kimliği), 6. (endişe), ve 8. (duygudurum) maddelerden oluşturmaktadır. Son soruda ise hastalığa neden olduğu düşünülen en önemli üç neden açık uçlu olarak sorgulanmaktadır (Karataş, Özen ve Kutlutürkan, 2017).

Hastalığın nedensel faktörlerinin sorgulandığı 9. madde dışında (bir madde güvenirlik skoru sebebiyle atıldığı için) kalan diğer 7 madde, 0-10 aralığında likert tipi bir puanlama cetveline sahiptir. Ölçek skorunun hesaplanması için 3,4 ve 7. maddeler ters çevrilir ve 1,5,6,7,8’ e eklenir. Ölçekten alınan puan arttıkça, kişinin hastalığa yönelik tehdit algısı da artmaktadır. Ölçekten toplam puan alınabildiği gibi

alt ölçeklerin ayrı ayrı değerlendirilmesi de yapılabilmektedir (Karataş, Özen ve Kutlutürkan, 2017).

KHAÖ'nün Türkçe formunun doğrulayıcı geçerlilik katsayıları RMSEA değeri hariç kabul edilebilir aralıkta olmuştur ($\chi 2/df = 1.72$, RMSEA = 0.073, NFI = 0.94, CFI = 0.97, AGFI = 0.90, GFI = 0.96, SRMR = 0.055). Türkçe uyarlamanın duygusal algılar, bilişsel algılar ve toplam puanın Chronbach Alpha değerleri sırasıyla, 0.83, 0.80, ve 0.85 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için .71, alt ölçeklerden bilişsel boyut için .43 ve duygusal için ise .84'tür. KHA ölçeği Ek'ler bölümünden EK 8'de verilmiştir.

2.2.2.2. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA)

Hastaların ilaçlara yönelik algısını ve beklentisini sorgulamayı hedefleyen İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA) Horne, Weinman ve Hankins (1999) tarafından geliştirilmiştir. Anketin geliştirilme aşamasında öncelikle, çeşitli kronik fiziksel hastalık tanılarından (astım, psikiyatrik, diyabet, kardiyak ve böbrek şikâyetleri) en az birisini almış 524 hastanın kullandıkları ilaçlara yönelik düşünceleri değerlendirilmiş ve bu değerlendirmenin sonucunda ortaya çıkan temalar incelenmiştir. Yapılan görüşmelerden elde edilen temalar ve literatür çerçevesinde bir madde havuzu oluşturulmuştur. Madde havuzundan uzman ekipten görüş alınarak seçilen maddelerle ölçeğin uygulanmasına geçilmiştir (Horne, Weinman ve Hankins, 1999)

Ölçek uygulanıp değerlendirilince hastaların ilaçlara yönelik değerlendirmelerinin genel ve spesifik olmak üzere iki alandan oluştuğu tespit edilmiştir. Genel inançlar, hastaların ilaçların tümüne ve ilaç kullanmaya, spesifik inançlar ise hastaların şikâyetlerini yaşadıkları hastalıkları için hâlihazırda kullandıkları ilaçlara yönelik atıflarını değerlendirmektedir. Genel inançlar aşırı kullanım ve zarar, spesifik inançlar gereklilik ve endişe olmak üzere kendi arasında da ikiye ayrılmaktadır (Horne, Weinman ve Hankins, 1999)

Spesifik gereklilik (1., 3., 4., 7. ve 10. sorulardan) ve endişe (2., 5., 6., 8. ve 9. sorulardan) alanı toplam 10 sorudan, genel zarar (12., 13., 15. ve 16. sorulardan) ve aşırı kullanım (11., 14., 17. ve 18. sorulardan) alanı ise 8 sorudan olmak üzere ölçek toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Tüm sorular 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum olacak şekilde 5'li likert tipi ile ölçümlenmektedir. Her alt boyut maddelerinden elde edilen puanlar toplanarak değerlendirilir. İlgili alt ölçekten daha yüksek puan almak o alanın algı ettiği kavramın daha yüksek algılandığını gösterir. Spesifik alandan en fazla 50 en düşük 10 puan alınırken, genel alandan en fazla 40, en düşük 8 puan alınabilmektedir (Horne ve Weinman, 1999).

Ölçeğin orijinal formunun psikometrik özelliklerinin iyi düzeyde olduğu, dört faktörlü yapının farklı gruplardaki hastalıkları ayırdığı görülmüştür. Orijinal formun spesifik gereklilik ve endişe ile genel zarar ve aşırı kullanım Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla astım hastaları için .80, .75, .74 ve .47, diyabet için .74, .80, .80 ve .66, böbrek hastaları için .55, .73, .77 ve .83, kardiyak şikayetleri olanlar için .76, .76, .74 ve .51, psikiyatrik hastalar için .74, .63, .73 ve .70 olarak bulunmuştur (Horne ve Weinman, 1999).

İHİA'nın Türkçe forumunun adaptasyon çalışması Çınar ve arkadaşları (2016) tarafından Behçet hastaları ile yapılan bir çalışma ile gerçekleştirilmiştir. Türkçe formun orijinal formda olduğu gibi dört faktörlü yapıyı desteklediği ve toplam varyansın %54,73'ünü açıkladığı görülmüştür. Bunun yanında ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik değerleri spesifik gereklilik için .81, spesifik endişe için .67, genel zarar için, .68, ve genel aşırı kullanım için .66 olarak bulunmuştur. Test tekrar test değerlendirmesi korelasyonlarının ise spesifik gereklilik için .72, spesifik endişe için .68, genel zarar için, .68, ve genel aşırı kullanım için .33 olduğu görülmüştür. Ayrıca ölçeğin "spesifik" alt boyutunun ilaç uyumu üzerinde belirleyiciliğinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde oluşu dikkat çekmiştir (Çınar ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda ise spesifik gereklilik ve endişe ile genel zarar ve aşırı kullanım alt ölçeklerinin Chronbach Alpha katsayıları sırasıyla .82, .73, .64 ve .62'dir. İHİA EK 7'de yer verilmiştir.

2.2.2.3. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)

Horne ve Hankins (2001) tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ) jenerik bir ölçek olup hastalık türüne göre özelleştirilebilmektedir (Niclas, Dunbar ve Wild, 2010). İUBÖ'nün tansiyon, diyabet, romatoid artrit, astım, COPD, iki uçlu duygu durum bozukluğu, inflamatuar bağırsak hastalığı, hiperlipidemya ve kronik ağrı gibi pek çok hastalığa yönelik uyarlamalar literatürde yer almaktadır (Sandy ve Connor, 2015).

İlaç uyumunun kronik hastalıkların tedavisindeki önemi değerlendirildiğinde, uyumun kısa ve doğru bir şekilde değerlendirilmesinin vazgeçilmez olduğu görülmektedir. Bu nedenle geliştirilen ve bir öz bildirim ölçeği olan İUBÖ, 5 tane ilaç uyumsuzluğunu belirten ifadeden (ilaç dozunu atlamaya karar vermek, ilacı almayı unutmak, ilaç dozunu değiştirmek, bir süreliğine ilaç alımını durdurmak ve tarif edildiğinden az doz almak) oluşmaktadır. Katılımcılardan 5 ifadenin her birisinin kendilerinde görülme sıklığını belirtmeleri istenmektedir. Ölçek 5=hiç bir zaman, 4=nadiren, 3=bazen, 2=sık sık ve 1=çok sık olacak şekilde 5'li likert tipi ile değerlendirilmektedir. Maddelerden elde edilen puanlar toplanarak toplam test skoru elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 5 ile 25 arasında değişmektedir. Elde edilen puanlardaki yükselme uyumluluğa, puanlardaki düşme ise uyumsuzluğa işaret etmektedir (Horne ve Hankins, 2001). İUBÖ tek faktörlü bir yapıya sahiptir. Ölçeğin kriter ve ayırt edici geçerlilik ve güvenirlik (Cronbach Alpha =.85) bakımından iyi düzeyde olduğu görülmüştür (Horne ve Weinman, 2002).

İUBÖ, geliştirilen pek çok ölçeğin aksine ilaç uyumunu sürekli değerlendiren bir ölçektir. Bu nedenle ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Bu durum istatistiki değerlendirmelerde bazı zorluklar oluştursa da uyum ve uyumsuzluk arasındaki boyutları çalışmaya dahil etme imkanı tanıdığı için Leventhal ve arkadaşları (1992) tarafından önerilmektedir (Horne ve Weinman, 2002, Sandy ve Connor, 2015).

İUBÖ'nün Türkçe adaptasyon çalışması Temeloğlu-Şen, Sertel-Berk ve Sindel (2019) tarafından kronik fiziksel hastalığı olan 234 hasta ile yapılmıştır.

Ölçeğin Türkçe formuna uygulanan açımlayıcı (KMO=0.79; Barlett p=0.000) ve doğrulayıcı faktör analizleri ($\chi 2/df = 2,81$, GFI = 0,98, AGFI = 0,93, CFI = 0,97, NFI = 0,96, sRMR = 0,040, RMSEA=0,089) ölçeğin orijinal formu ile tutarlı olarak tek faktörlü yapıyı desteklemektedir. Doğrulayıcı faktör analiz sonuçları RMSEA hariç kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının ise (Cronbach $\alpha = .78$) kabul edilir olduğu görülmüştür. Ölçeğin bu hali ile ilaç uyumunu ölçmede kullanılabilecek Türkçe bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Türkçe formuyla paralel olarak iç tutarlılık katsayısının $\alpha=.78$ olduğu bulunmuştur. İUBÖ'ye Ek'ler bölümünden EK 5'te verilmiştir.

2.2.3. Öz Düzenleyici Modelin Yordayıcı Değişkeninin Değerlendirilmesi

Bu bölümde Öz Düzenleyici Modelin yordayıcı değişkeni olarak belirlenen hasta memnuniyetini değerlendirmede kullanılan ölçüm aracı ele alınacaktır.

2.2.3.1. Hasta Memnuniyeti Kısa Değerlendirme Formu (HMKD)

Hasta Memnuniyeti Kısa Değerlendirme Formu (HMKD), Hawthorne ve arkadaşları (2006) tarafından idrar kaçırma problemi olan hastaların tedavi memnuniyetini değerlendirmek amacıyla geliştirilen kısa, güvenilir ve geçerli bir öz bildirim ölçeğidir. HMKD, Avustralya Hükümeti'ne bağlı Yaşlanma ve Sağlık Birimi tarafından desteklenen klinik çalışmalarca geliştirilmiştir. Ölçek, hasta memnuniyetini değerlendiren ifadelerden oluşan madde havuzundan geniş kapsamlı ve psikometrik özellikleri bakımından en iyi olan 7 maddenin seçilmesi ile oluşturulmuştur. Maddelerin bazıları soru bazıları da ifade içeriklidir. Bu nedenle ölçekte kişinin bazen bir duruma yönelik memnuniyeti (1.2.4. ve 7. soru), bazen bir ifadeye katılıp katılmadıkları (3. ve 6. soru) ve bazen de durumun sıklığı (5. soru) sorgulanmaktadır.

Maddeler 5'li Likert tipi ölçüm ile değerlendirilmektedir. Her maddenin ölçüm skalasındaki değerlendirmeler farklılık göstermektedir. Örneğin 1. soru 5= çok

memnunum, 4= memnunum, 3= ne memnunum ne memnun değilim, 2= memnun değilim, 1= hiç memnun değilim; 3. soru ise 5= kesinlikle katılıyorum, 4= katılıyorum, 3= emin değilim, 2= katılmıyorum, 1=kesinlikle katılmıyorum şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekte sadece 6. soru ters kodlanmaktadır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir (Hawthorne ve ark., 2006).

HMKD hasta memnuniyetini değerlendiren jenerik bir ölçektir. Ölçeğin geliştirildiği klinik populasyon dışında diğer popülâsyonlara da uyarlaması yapılabilmektedir. Ölçeğin doldurulması birkaç dakika almaktadır. Bu uygulamada ciddi bir pratiklik sağlamaktadır (Hawthorne ve ark., 2006). HMKD yorumlanırken, 0-10 puan arası çok memnuniyetsiz, 11-18 puan arası memnuniyetsiz, 19-26 arası memnuniyetli ve 27-28 çok memnuniyetli olarak ele alınmaktadır. Bu şekli ile ölçek hem klinik ortamında bireysel değerlendirmeye hem de araştırmalarda toplu kullanıma uygunluk göstermektedir (Hawthorne ve ark., 2006).

Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .85 olarak bulunmuştur. Yani ölçeğin iyi düzeyde güvenirlik gösterdiği dikkat çekmektedir. HMKD'nin, geliştirilen diğer hasta memnuniyeti ölçekleri ile ve hasta memnuniyetini etkileyecek klinik değişkenlerle ilişkili olduğu görülmüştür (Hawthorne ve ark., 2006). Sansoni ve arkadaşlarının (2011) hasta memnuniyetini değerlendirmek için yaptıkları son çalışmada HMKD'den alınan puanların ortalamasının 21,96 (ss. 4,85), kadınların puanların ortalamasının 21,75 ve erkeklerin puan ortalamasının 23,09 olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ışığında SAPS ölçeğinden kadınların erkeklere göre daha düşük puan aldıkları, yani hasta memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Sansoni ve ark., 2011)

Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması Temeloğlu-Şen ve Sertel-Berk (2017) tarafından 234 kronik fiziksel hastalık tanısı almış hasta ile yapılmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde farklılık oluşturulmamıştır. Türkçe formun açımlayıcı faktör analizine göre orijinalinde olduğu gibi ölçeğin tek faktörlü yapı gösterdiği bulunmuştur (KMO=0.89; Barlett p=0.000). Doğrulayıcı faktör analizi ile tek faktörlü bu yapı desteklenmiştir ($\chi 2/df$ = 1.40, RMSEA= .042, GFI = .98, AGFI = .95, CFI = .99, NFI = .98, sRMR = 0.029). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının ise iyi

düzeyde (Cronbach α = .87) olduğu bulunmuştur. Ölçeğin psikometrik özellikleri bakımında hasta memnuniyetini Türkçe olarak değerlendirmede güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu görülmüştür (Temeloğlu-Şen ve Sertel-Berk, 2017). Bu çalışmada ise ölçeğin Chronbach Alpha değeri α=.88 olarak bulunmuştur. HMKD formuna Ek 6'da yer verilmiştir.

2.2.4. Öz Düzenleyici Modelin Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde Öz Düzenleyici Modelin sonuç değişkeni olan psikolojik durumu değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçüm aracına dair bilgiler verilecektir.

2.2.4.1. Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları (HSÖ-SAD)

Klinikte somatik, anksiyete ve depresyon semptomlarının kısa ve doğru değerlendirilmesi işlevli tedavi stratejilerinin belirlenmesi için önemli olmaktadır (Yazıcı-Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan ve Aydın-Sünbül, 2012). Bu nedenle geliştirilen Ruh Hastalıklarında Temel Bakımın Değerlendirilmesi (The Primary Care Evaluations of Mental Disorder, PRIME-MD) ölçeği 5 temel alanı (depresyon, anksiyete, somatoform bozukluk, alkol kötüye kullanımı ve yeme bozukluğu) ele almayı hedeflemekteydi. Yapılandırılmış tanısal görüşmeyi de içeren bu ölçek uygulayıcı için ciddi bir zaman israfı oluşturmaktaydı (Spitzer ve ark., 1994). Bu nedenle zamandan tasarruf sağlayan standart bir ölçek kullanmak isteyen araştırmacılar PRIME-MD'yi kısaltarak Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları HSÖ-SAD'ı geliştirmişlerdir (Spitzer, Kroenke ve Williams, 1999).

HSÖ-SAD, toplam 31 maddeden ve depresyon, anksiyete ve somatik semptom alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Bu şekli ile ortalama doldurulma süresi 15 dakika olarak belirlenmiştir (Spitzer, Kroenke ve Williams, 1999). Depresyon alt ölçeği (HSÖ-9) toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Major depresyon tanısı, depresyon alt ölçeğinden 5 ve daha fazla semptomun kişiye uygun olması ile konmaktadır. Depresyon alt ölçeği 0= hiçbir zaman, 1= sadece birkaç gün, 2= günün yarısından

fazla, 3= hemen hemen her gün şeklinde 4'lü likert tipi ile değerlendirilmektedir. Anksiyete alt ölçeği (HSÖ-GAB), genel anksiyete semptomlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. 7 maddeden oluşmaktadır. HSÖ-9 ve HSÖ-GAB alt ölçeklerinin maddeleri iki aşamalı doldurulmaktadır. İlk önce semptomun varlığı evet/hayır şeklinde, daha sonra var olan semptomun şiddeti 0 = Hiçbir zaman 3 = Hemen hemen her gün aralığında 4'lü Likert tipi ölçüm ile değerlendirilmektedir. İlk değerlendirme toplam skora etki etmemektedir (Kroenke ve ark., 2007). Somatik semptom alt ölçeği (HSÖ-15) 15 sorudan oluşmaktadır. İlgili maddeler 0 = Hiç rahatsız olmadım 2= Çok rahatsız oldum aralığında 3'lü Likert tipi ölçüm ile puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı yoktur; alınan puan 0-4 aralığında ise o alanın problem yaratmadığı, 5-9 aralığında ise hafif, 10-14 aralığında ise orta 15 ve üstünde ise ağır şiddette belirti yaşandığını ifade etmektedir (Kroenke ve ark., 2007). Kroenke ve arkadaşları (2007) HSÖ-15'in işlevselliği değerlendirdiği, sağlık hizmetlerini de ele aldığı, diğer somatizasyon ölçekleri ile ilişkili olduğu, klinisyenlerin değerlendirmeleri ile uyumlu olduğu, birincil ve ikincil kazançları değerlendirdiği ve hastaların %10'unun 15 puan ve üstünü aldığı, ki bunun somatizasyon çalışmaları ile uyumlu olduğu için somatik semptomları değerlendiren iyi bir ölçek olduğunu ifade etmiştir (Kroenke ve ark., 2007).

HSÖ-SAD'ın Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması psikiyatri takibi yapılan klinik populasyon ve normal örneklemin katılımı ile Yazıcı-Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan ve Aydın-Sünbül (2012) tarafından yapılmıştır. Türkçe formun tüm katılımcıları içeren Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları somatizasyon için α=.82, kaygı için α=.84, depresyon için α=.86 ve tüm ölçek için α=.92'dir. Alt ölçeklerin madde-toplam korelasyonları somatizasyon için .21-.56, kaygı için .51-.65 ve depresyon için .34-.69 arasındadır. Semptom İşaretleme Listesi (SCL-90) ve 7 maddelik Whiteley İndeks ile karşılaştırılan ölçeğin ayıt edici ve uyum geçerliliğinin memnuniyet edici düzeyde olduğunu görülmüştür. Test-tekrar test güvenirliği analizi sonuçları ise somatizasyon için .54, kaygı için .52 ve depresyon için .76'dır. Bu sonuçlar ölçeğin Türkçe formunun kullanılabilir olduğunu göstermektedir (Yazıcı-Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan ve Aydın-Sünbül, 2012). Bu çalışmada ise ölçeğin Chronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının somatizasyon için α=.84, anksiyete için

α=.86 ve depresyon için α=.87 olduğu görülmüştür. HSÖ-SAD'a Ekler bölümünde Ek 4'te yer verilmiştir.

2.3. İşlem

Araştırmanın hipotezleri oluşturulduktan sonra, veri toplama aşamasına geçilmiştir. Ancak bu aşamaya başlanmadan önce çalışmanın etik ilkelere uyumluluğunun değerlendirilmesi amacıyla İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan gerekli onaylar 22.11.2016 tarihinde toplanan kuruldan 28 sayılı kararla alınmıştır. Onay formu Ek 1'de yer almaktadır. Katılımcılara İstanbul'daki çeşitli hastanelerden (Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı) ve hastaların bilgisel ve duygusal paylaşımda bulunduğu sosyal medya gruplarından ulaşılmıştır. Çalışmaya romatoid artrit ve ankilozan spondilit tanısı ile ilgili poliklinikte ayakta tedavi gören ve doktorlar tarafından araştırmaya katılmaları konusunda yönlendirilen yetişkin hastalar katılmıştır. Hastalara çalışma hakkında gerekli bilgilendirme sunulduktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan Bilgilendirilmiş Onam Formunu (Bknz. Ek 2) doldurup ölçekleri incelemesi istenmiştir. Ölçeklerden oluşturulan batarya, araştırmacı ve araştırmacının araştırma hipotezleri ve ölçek uygulaması konusunda eğittiği sekiz öğrencinin yardımları ile uygulanmıştır. Çalışmanın veri toplamasında görev alan sekiz öğrenci öncelikle ölçeklerin özellikleri konusunda, daha sonra da ölçeğin uygulanmasıyla ilgili bilgiler içeren beş saatlik eğitimi tamamlamıştır. En az bir uygulamayı izlemesi istenen öğrencilerin en az bir uygulaması da araştırmacı tarafından izlenip, gerekli konularda öğrencilere geri bildirimler verilmiştir. Araştırmanın büyük bir çoğunluğunda bahsi geçen sekiz kişi, ölçeklerin doldurulması sırasında katılımcılara aktif destek sağlamıştır. Ancak, katılımcılardan eğitim düzeyi lise ve üstünde olanlara ölçekleri kendisinin de doldurabileceği belirtilmiştir. Uygulama poliklinikte eğer uygunsa boş bir odada, uygun değilse mahremiyet sınırlarının belirlenebileceği sakin ve sessiz bir yerde

gerçekleştirilmiştir. Hastanelerle eş zamanlı olarak internet üzerinden de veri toplanmaya başlanmıştır. Sosyal medya üzerinden Anadolu Romatizmal Hastalıklar Grubu, Ankilozan Spondilit-Romatoid Artrit-Romatizmal Hastalıklar Cemiyet Sayfası ve Ankilozan Spondilit / Romatoid Artrit Hastaları Dayanışma Grubu gibi dayanışma gruplarına araştırmaya katılım çağrısı yollanmıştır. Katılım çağrısına geri dönen 31 katılımcıya araştırma hakkında daha geniş bilgiler verilmiş ve ölçekler paylaşılmıştır. Ölçekleri kendisi dolduran katılımcılara ihtiyaç duydukları zaman online destek araştırmacı tarafından verilmiştir. Tüm katılımcıların ölçekleri doldurması ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Veriler, Kasım 2017 ile Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada öncelikle sosyodemografik değişkenlerin ölçeklerle ilişkisinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla öncelikle sosyodemografik verilerin sıklık ve yüzdelik dağılımları bulgulanmıştır. Değişkenlerin verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesi adına Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov normallik dağılım testi yapılmıştır. Sonrasında çalışmanın tanımsal amaçları kapsamında, ölçeklerden alınan toplam puanların sosyodemografik ve klinik özelliklere göre farklılaşma durumu ele alınmıştır. İki gruplu karşılaştırmalarda bağımsız örneklemler için t testi, ikiden fazla gruplu karşılaştırmalarda ise tek yönlü varyans analizi, parametrik olmayan ölçümler içinse sırasıyla Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testlerinin kullanılması planlanmıştır. ANOVA testi sonuçlarından elde edilen gruplararası farklılığın hangi değişkenler arasında gerçekleştiği Tukey testi ile incelenmiştir. Çalışmadaki demografik verilerin ortalamalarının karşılaştırılması ve tanımlayıcı istatistiklerin ortaya konulabilmesi için SPSS 21.00 for Windows programı kullanılmıştır. Bir sonraki aşamada hipotezler kapsamında oluşturulan model yapısal eşitlik modellemesi ile incelenmiştir. Modeldeki dolaylı ilişkiler ve modelin geçerliliği Lisrel 8.51 programı ile sınanmıştır. Örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Analizi ile belirlenmiştir. Araştırma soruları kapsamında hedeflenen aracılık testinde Baron ve Kenny'nin (1986) ortaya attığı ilkeler temel

alınmıştır. Modelin geçerliliği iki aşamalı analiz yöntemi ile test edilmiştir. Bu bağlamda, öncelikle oluşturulan ölçüm modeli sınanmış ve gerekli modifikasyonlar yerine getirilmiştir. Daha sonrasında belirlenen hipotezler kapsamında oluşturulan modelin sınamasına geçilmiştir. Modelin uygunluğunun değerlendirilmesi için literatür çerçevesinde belirlenen uyum indeksleri ele alınmıştır (Anderson ve Gerbing, 1988).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın soruları ile ilgili model sınamalarına geçmeden önce örneklemi tanımlamaya yönelik betimsel bulgular sunulacaktır. Ardından araştırmanın temel amaçlarına ilişkin analiz bulgularına yer verilecektir.

3.1. Betimsel İstatistikler

Örneklemin özelliklerine yönelik bilgiler Sosyodemografik Bilgi Formundan elde edilmiş olup örneklemin özellikleri Tablo 2.'de gösterilmektedir.

Örneklemi oluşturan 112 RA tanısı almış bireyin yaş ortalamasının 50,6 (ss=10,24), %88.4'ünün (N= 99) kadın, %11.6'sının (N=13) erkek, %8,92'sinin (N=10) okuma yazma bilmediği, %7.78'inin (N=2) sadece okuma yazma bildiği, %41.07'sinin (N=46) ilkokul, %18.75'inin (N=21) ilköğretim, %20.54'ünün (N= 23) lise, %1.78'inin (N= 2) önlisans, %5.36'sının (N= 6) üniversite ve %1.78'inin (N=2) yüksek lisans mezunu olduğu, %15.8'inin (N= 17) çalıştığı, %80.36'sının (N=90) çalışmadığı ve %4.46'sının (N=5) hastalıktan dolayı çalışmayı bıraktığı, %83.94'ünün (N=94) evli, %6.25'inin (N=7) bekar,%7.14'ünün (N=8) dul ve %2.68'inin (N=3) boşanmış olduğu, %88.39'unun (N=99) çocuğunun olduğu ve %11.61'inin (N=13) olmadığı, %3.57'sinin (N=4) yalnız, %6.25'inin (N=7) anne ve babası ile, %33.03'ünün (N= 37) eşi ile, %1.78'inin (N=2) bir yakını ile, %47.32'si (N=53) eşi ve çocukları ile, %6.25'i (N=7) sadece çocukları ile ve %1.78'inin eş, çuklar ve bir yakını ile yaşadığı, %25.89'unun (N=29) sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk çekerken %74.11'inin (N=83) böyle bir zorluk çekmediği, %26.79'unun (N=30) psikiyatrik bir tanısı olduğu ve %73.21'inin (N=82) böyle bir tanısı olamadığı, %30.36'sının (N=34) NSAID, %49.11'inin (N=55) csDMARD, %4.46'sının (N=5) anti TNF, %3.57'sinin (N=4) hem csDMARD hem anti TNF, %10.71'inin (N=12) NSAID ve csDMARD, %1.78'inin (N=2) ise hem NSAID hem de anti TNF kodlu ilaç ile tedavi gördüğü, %22.32'sinin iğne, (N=25), %0.89'unun (N=1) serum, %2.68'inin (N=3) krem, %46.43'ünün (N=52) oral ilaç, %0.89'unun (N=1) depo ilaç,%8.92'isinin (N=10) krem ve oral ilaç, %0.89'unun (N=1) hem

serum hem oral ilaç, %8.92'sinin (N=10) iğne ve oral ilaç, %0.89'unun (N=1) hem iğne hem serum hem de oral ilaç kullandığı, %51.79'unun (N=58) komorbit başka bir hastalığının olduğu bulunmuştur (Tablo 2.).

110 AS tanısı almış bireyden, %40.1'inin (N= 45) kadın, %59.1'inin (N=65) erkek, %0.91'inin (N=1) okuma yazma bilmediği, %0.91'inin (N=1) sadece okuma yazma bildiği, %19.9'unun (N= 21) ilkokul, %20'sinin (N= 23) ilköğretim, %32.73'ünün (N= 36) lise, %3.03'ünün (N=3) ön lisans, %20'sinin (N= 23) üniversite ve %3.64'ünün (N=4) yüksek lisans mezunu olduğu, %66.36'sının (N= 73) çalıştığı, %29.09'unun (N=32) çalışmadığı ve %4.55'inin (N=5) hastalıktan dolayı çalışmayı bıraktığı, %85.45'inin (N=95) evli, %10'unun (N=11) bekar,%0.91'inin (N=1) dul ve %3.64'ünün (N=4) boşanmış olduğu, %86.36'sının (N=95) çocuğunun olduğu, %5.45'inin (N=6) yalnız, %9.09'unun (N=10) anne ve babası ile, %20'sinin (N= 22) eşi ile, %60.91'inin (N=67) eşi ve çocukları ile, %3.03'ünün (N=3) sadece çocukları ile ve %1.82'sinin (N=2) eş, çocuklar ve bir yakını ile yaşadığı, %25.45'inin (N=28) sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk çektiği, %23.64'ünün (N=26) psikiyatrik bir tanısı olduğu, %28.18'inin (N=31) NSAID, %28.18'inin (N=31) csDMARD, %35.45'inin (N=39) anti TNF, %4.55'inin (N=5) hem csDMARD hem anti TNF, %1.82'sinin (N=2) NSAID ve csDMARD, %1.82'sinin (N=2) ise hem NSAID hem de anti TNF kodlu ilaçlar ile tedavi gördüğü, %30.91'inin iğne, (N=34), %5.45'inin (N=6) serum, %1.82'sinin (N=2) krem, %47.27'sinin (N=52) oral ilaç, %5.45'inin (N=6) depo ilaç, %8.18'inin (N=9) iğne ve oral ilaç, %0.89'unun (N=1) hem iğne hem depo ilaç kullandığı, %49.09'unun (N=54) komorbit başka bir hastalığının olduğu görülmüştür (Tablo 2.).

RA ve AS tanısı almış iki grup hastanın katıldığı araştırmada, betimsel bulgular kapsamında alınan tanıya göre sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile ilgili değişkenlerin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Değişim kategorik değişkenler için Ki Kare Bağımsızlık Testi, sürekli değişkenler için Bağımsız Örneklem t testi ile değerlendirilmiştir. Ki Kare Bağımsızlık Testi ile analiz edilen cinsiyetin ($\chi^2_{(1)}$=55.498, p<.001), eğitimin ($\chi^2_{(7)}$=29.907, p<.001), çalışma durumunun ($\chi^2_{(2)}$=62.405, p<.001) ilaç kodunun ($\chi^2_{(2)}$=32.635, p<.001) ve ilaç

türünün ($\chi^2_{(4)}$=20.192, p<.001) RA ve AS hastalarında farklılaştığı görülmüştür. Ancak, RA ve AS hastalarının gelir düzeyi ($\chi^2_{(4)}$=2.20, p>.05), medeni durum ($\chi^2_{(3)}$=6.459, p>.05), çocuk sahibi olma durumu ($\chi^2_{(1)}$=.207, p>.05), yaşanan kişi/ler ($\chi^2_{(6)}$=9.959, p>.05), sağlık hizmetine ulaşmada zorlanma ($\chi^2_{(1)}$=.006, p>.05), başka bir hastalığın varlığı ($\chi^2_{(1)}$=.161, p>.05) ve psikiyatrik tanı alma durumu ($\chi^2_{(1)}$=.292, p>.05) için farklılaşmadığı bulunmuştur. Sürekli olarak ölçümlenen sosyodemografik değişkenlerden sadece yaş ($t_{(219.631)}$=6.837, p<.001) için iki grubun farklılaştığı ancak tanı sürelerinin ($t_{(220)}$=.788, p>.05), ilaç kullanma sürelerinin ($t_{(220)}$=.632, p>.05) ve istirahat ağrısının ($t_{(217)}$=.349, p>.05) RA ve AS hastalarında farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Tablo 2.).

Tablo 2: Örneklemin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Hastalık Özelliklerinin Tanı Gruplarına Göre Tanımsal İstatistikleri

	RA						AS						
	%	**N**	**Ort.**	**ss**	**Min.**	**Max**	**%**	**N**	**Ort.**	**ss**	**Min**	**Max**	**Sig.**
Yaş			50,59	10,24	25	65			41,45	9,66	20	65	**p<.001**
Cinsiyet													**p<.001**
Kadın	88.4	99					40.1	45					
Erkek	11.6	13					59.1	65					
Eğitim													**p<.001**
Okuma yazma bilmiyor	8.92	10					0.91	1					
Okuma yazma biliyor	1.78	2					0.91	1					
İlköğretim mezunu	59.82	67					39.09	21					
Lise mezunu	20.54	23					32.73	36					
Önlisans mezunu	1.78	2					3.03	3					
Üniversite mezunu	5.36	6					20	22					
Yüksek lisans mezunu	1.78	2					3.64	4					
Gelir durumu													**p>.05**
Alt	10.71	12					8.03	9					
Alt orta	25	28					28.57	32					
Orta	59.82	67					56.25	63					
Üst orta	3.57	4					5.45	6					
Üst	0.89	1					0	0					
Çalışma durumu													**p<.001**
Çalışıyor	15.18	17					66.36	73					
Çalışmıyor	80.36	90					29.09	32					

Hastalıktan dolayı çalışamıyor	4.46	5					4.55	5				
Medeni durum												**p>.05**
Evli	83.93	94					85.45	94				
Bekar	6.25	7					10	11				
Dul	7.14	8					0.91	1				
Boşanmış	2.68	3					3.64	4				
Çocuk												**p>.05**
Var	88.39	99					86.36	95				
Yok	11.61	13					13.64	15				
Yaşanan Kişi												**p>.05**
Yalnız	3.57	4					5.45	6				
Anne-Baba ile	6.25	7					9.09	10				
Eş ile	33.03	37					20	22				
Bir yakın ile	1.78	2					0	0				
Eş ve çocuklar ile	47.32	53					60.91	67				
Sadece çocuklar ile	6.25	7					3.03	3				
Eş, çocuklar ve bir yakın ile	1.78	2					1.82	2				
Sağlık hizmetine ulaşmada zorluk												**p>.05**
Evet	25.89	29					25.45	28				
Hayır	74.11	83					74.55	82				
Psikiyatrik hastalık												**p>.05**
Var;	26.79	30					23.64	26				
Depresyon	16.07	18					10.91	12				
Yaygın kaygı bozukluğu	2.68	3					3.03	3				
Panik bozukluk	5.36	6					3.03	3				
Bipolar bozukluk	0	0					0.91	1				
Sosyal kaygı	0	0					3.03	3				
Yok	73.21	82					76.36	84				
Tanı süresi			9,64	6,23	1	27			8,91	7,58	1	40	**p>.05**
İlaç kullanma süresi			8,83	5,96	1	26			8,25	7,73	1	40	**p>.05**

İlaç kodu												**p<.001**
NSAID	30.36	34					28.18	31				
csDMARD	49.11	55					28.18	31				
anti TNF	4.46	5					35.45	39				
csDMARD + anti TNF	3.57	4					4.55	5				
NSAID+ csDMARD	10.71	12					1.82	2				
NSAID+ anti TNF	1.78	2					1.82	2				
İlaç Türü												**p<.001**
İğne	22.32	25					30.91	34				
Serum	0.89	1					5.45	6				
Krem	2.68	3					1.82	2				
Oral ilaç	46.43	52					47.27	52				
Depo ilaç	0.89	1					5.45	6				
Krem-Oral ilaç	8.92	10					0	0				
Serum-Oral ilaç	0.89	1					0	0				
İğne-Oral ilaç	8.92	10					8.18	9				
İğne-Serum-Oral ilaç	0.89	1					0	0				
İğne-Krem-Oral ilaç	4.46	5					0	0				
İğne-Oral ilaç-Depo ilaç	0.89	1					0	0				
İğne-Krem	0.89	1					0	0				
Oral ilaç-Depo ilaç	0	0					0.91	1				
İğne-Depo ilaç												
İstirahat Ağrısı			5,39	2,59	0	10			5,05	2,85	0	10	**p>.05**
Başka bir hastalığın varlığı												**p>.05**
Evet	51.79	58					49.09	54				
Hayır	48.21	54					50.91	56				
Toplam	100	112					100	110				

Katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanlarının tanı gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda hastaların aldıkları tanıya göre hasta memnuniyeti ($t_{(187.06)}$=4.683, p<.001), bilişsel hastalık algısı ($t_{(219.469)}$=-2.734, p<.01) ve ilaca yönelik spesifik gereklilik ($t_{(213.89)}$=1.99, p<.05) ile genel aşırı kullanım ($t_{(219.63)}$=-1.999, p<.05) inancı puanlarının farklılaştığı görülmüştür. Ancak ilaç uyumu ($t_{(220)}$=1.599, p>.05), duygusal hastalık algısı ($t_{(220)}$=-.15, p>.05), ilaca yönelik spesifik endişe ($t_{(220)}$=-1.560, p>.05) ve genel zarar ($t_{(220)}$=-.260, p>.05) inançları, somatizasyon ($t_{(220)}$=-.334, p>.05), anksiyete ($t_{(220)}$=-.066, p>.05) ve depresyon

($t_{(220)}$=-1.304, p>.05) belirtilerinin RA ve AS hastalarında birbirlerinden farklılaşmadığı bulunmuştur (Tablo 3)

Tablo 3: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Katılımcıların Tanı Gruplarına Göre t Testi Sonuçları

	RA				AS				Sig.
	Ort	Ss	Min	Max	Ort	Ss	Min	Max	
BHA	6.77	5.25	0	25	8.73	5.42	0	22	p<.01
DHA	26.48	10.17	0	40	26.69	9.83	0	40	p>.05
İUBÖ	22.25	3.05	8	25	21.53	3.66	9	25	p>.05
HMKD	30.02	3.98	14	35	26.77	6.10	9	35	p<.001
İHİA-SPG	19.88	4.12	8	25	18.69	4.79	5	25	p<.05
İHİA-SPE	15.59	4.66	5	25	16.54	4.47	5	25	p>.05
İHİA-GENZ	11.11	3.29	4	19	11.23	3.58	4	20	p>.05
İHİA-GENAK	10.84	3.24	4	20	11.72	3.31	4	20	p<.05
HSÖ-S	.72	.34	.07	2	.74	.45	0	1.8	p>.05
HSÖ-A	1.18	.77	0	3	1.19	.85	0	3	p>.05
HSÖ-D	1.04	.67	0	3	1.17	.84	0	2.89	p>.05

* İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; HMKD, Hasta Memnuniyetini Kısa Değerlendirme Formu; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi; İHİA-GENZ, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Zarar alt testi; İHİA-GENAK, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Aşırı Kullanım alt testi, HSÖ-S, Hasta Sağlık Ölçeği Somatizasyon alt testi; HSÖ-A, Hasta Sağlık Ölçeği Anksiyete alt testi; HSÖ-D, Hasta Sağlık Ölçeği Depresyon alt testi.

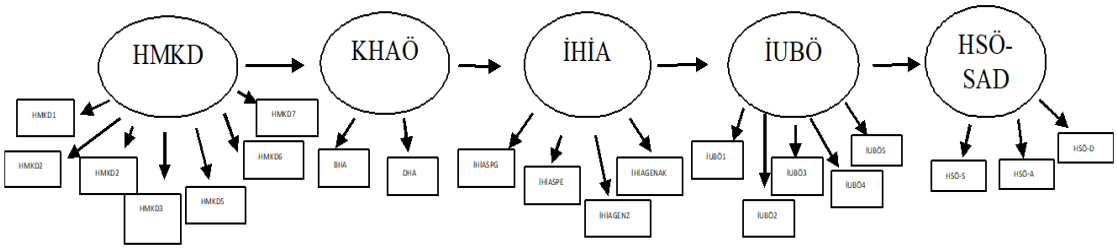
Araştırmaya katılan RA ve AS hastalarının sosyodemografik özelliklerinin ve ölçeklerden aldıkları puanların birbirlerinden farklılaşma durumlarına ve bunların istatistiksel anlamlılığına mevcut bölümde yer verilmiştir. Bir sonraki bölümde araştırmanın temel amaçlarının sınanması amacıyla model analizine geçilecektir.

3.2. Araştırmanın Temel Amaçlarına Yönelik Araştırma Sorularının Sınanması

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçekler üzerine kurulan araştırma soruları, ilişkisel ve modelleme analizlerine yönelik sonuçlara yer verilecektir.

Yapısal modele geçmeden önce modele tanımlanan örtük ve gizil değişkenleri isimlendirmek gerekmektedir. Model 6 örtük, 28 gizil değişkenden oluşmaktadır. Modele, ilaç uyumunun ölçümünde kullanılan İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ) ve hasta memnuniyetini ele alan Hasta Memnuniyeti Kısa Değerlendirme Formu (HMKD) toplam puan alınan bir ölçüm aracı ile test edildiği için gözlenen değişken olarak ölçeğin maddeleri tanımlanmıştır. Hastalık algısının değerlendirildiği Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) örtük değişkeninin gözlenen değişkenleri BHA ve DHA, ilaca ilişkin inançların değerlendirildiği İlaçlar Hakkında

İnançlar Anketi (İHİA) örtük değişkeni için İHİASPG, İHİASPE, İHİAGENZ ve İHİAGENAK gözlenen değişkenleri; psikolojik durumun değerlendirildiği Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik Anksiyete ve Depresyon Semptomları (HSÖ-SAD) örtük değişkeni için HSÖS, HSÖA ve HSÖD gözlenen değişkenleri modele tanımlanmıştır. Modelin örtük değişkenleri Şekil 3.'te gözlenen değişkenleri Tablo 4'te gösterilmektedir.



Not: KHAÖ, Hastalık Algısı; İHİA, İlaca İlişkin İnançlar; İUBÖ, İlaç Uyumu; HSÖ-SAD, Psikolojik Sağlıklılık; HMKD, Hasta Memnuniyeti.

Şekil 3: Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler

Tablo 4: Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler

Örtük Değişken	Örtük Değişken (Kısaltması)	Gözlenen Değişkenler	Ölçüm Aracı
İlaç Uyumu	İUBÖ	İUBÖ1 İUBÖ1 İUBÖ3 İUBÖ4 İUBÖ5	İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)
Hasta Memnuniyeti	HMKD	HMKD1 HMKD2 HMKD3 HMKD4 HMKD5 HMKD6 HMKD7	Hasta Memnuniyetini Kısa Değerlendirme Formu (HMKD)
Hastalık Algısı	KHAÖ	BHA: KHAÖ bilişsel algı boyutu DHA: KHAÖ duygusal algı boyutu	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)
İlaca İlişkin İnançlar	İHİA	İHİASPG: İHİA spesifik gereklilik alt ölçeği İHİASPE: İHİA spesifik endişe alt ölçeği	İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA)

	İHİAGENZ: İHİA genel zarar alt ölçeği İHİAGENAK: İHİA genel aşırı kullanım alt ölçeği	
Psikolojik Semptom Düzeyi	HSÖ-SAD	HSÖS: HSÖ somatizasyon şiddeti HSÖA: HSÖ anksiyete şiddeti HSÖD: HSÖ depresyon şiddeti	Hasta Sağlık Ölçeği (HSÖ-SAD)

3.2.1. Değişkenler Arası İlişkiler

Yapısal modele geçmeden önce ilgili değişkenlerin arasındaki ilişki Pearson Korelâsyon Katsayı Analizi ile incelenmiştir. Analizin sonuçları Tablo 5'te gösterilmektedir. Korelasyon tablosu incelendiğinde araştırmanın hipotezleri bağlamında seçilen değişkenler arasında büyük oranda anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmektedir.

Yapılan analizde ilaç uyumu değişkeninin, ilaca dair spesifik gereklilik inançları alt testi ve hasta memnuniyeti ile pozitif, ilaca yönelik genel aşırı kullanım, genel zarar ve spesifik endişe inançları alt testi, kısa hastalık algısı ölçeğinin bilişsel algılar alt testi ile negatif yönlü korelasyon gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla r=0.221, r=0.141, r=0.267, r= -0.338, r= -0.339, r=-0.253, r=-0.158, p<0. 05). İlaç uyumu sadece bilişsel hastalık algısı alt testi ile düşük, diğer tüm alt testlerle iyi düzeyde ilişki göstermektedir.

Hasta memnuniyetinin sadece ilaçlara ilişkin spesifik gereklilik alt testi ile pozitif, (r=.242, p<0. 01), bilişsel ve duygusal hastalık algıları, ilaçlara yönelik spesifik endişe, genel zarar ve genel aşırı kullanım inançları, psikolojik belirti düzeylerinden somatizasyon ve depresyon ile negatif yönlü güçlü ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla r=-.412, r=-.257, r=-.290, r= -.230, r= -.417, r=-.299, r=-.323, p<0. 01). Ayrıca, hasta memnuniyetinin psikolojik belirti düzeylerinden anksiyete ile düşük düzeyde negatif yönlü ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (r=-.149, p<0. 05).

Hastalık algısının bilişsel alt boyutu, ilaçlara ilişkin spesifik gereklilik inançlar ile negatif (r=-.207, p<0. 01), duygusal hastalık algısı, ilaçlara ilişkin spesifik endişe inancı, psikolojik belirti düzeyleri içinden somatizasyon, anksiyete ve depresyon ile pozitif yönlü güçlü ilişki gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla r=.189, r=.265, r=.254, r= .279, r= .256, p<0. 01). Bunun yanında, bilişsel hastalık algısının ilaçlara yönelik genel zarar ve genel aşırı kullanım inançlarıyla düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (sırasıyla r=.142, r=.237, p<0. 05). Duygusal hastalık algısı alt ölçeğinin ilaçlara dair spesifik gereklilik, spesifik endişe, genel aşırı kullanım inançları, psikolojik semptomlardan somatizasyon, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönlü güçlü ilişkide olduğu görülmektedir (sırasıyla r=.211, r=.366, r=.202, r= .575, r= .550, r=.601, p<0. 01). Bunun yanında ilaca ilişkin inançların genel zarar alt boyutunun duygusal hastalık algısının ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (r=.129, p>0. 05).

İlaca ilişkin inançların spesifik gereklilik inancı boyutu ile ilaca dair spesifik endişe inancının ve psikolojik semptom düzeylerinden depresyonun düşük düzeyde pozitif yönlü (sırasıyla r=.168, r=.150, p<0. 05), ilaçlara ilişkin genel zarar ve aşırı kullanım inançlarının negatif yönlü güçlü düzeyde ilişkili olduğu (sırasıyla r=-.245, r=-.199, p<0. 01) bulgulanmıştır. Ancak ilaçlara ilişkin spesifik gereklilik inançlarının psikolojik somatizasyon ve anksiyete düzeyinin ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı dikkat çekmiştir (sırasıyla r=.056, r= .106, p>0. 05). İlaçlara dair spesifik endişe inancının, ilaçlara dair genel zarar ve aşırı kullanım inancı, psikolojik belirtilerden somatizasyon, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla r=.487, r=.469, r=.293, r=.242, r=.288, p<0. 01). İlaçlara ilişkin genel zarar inancıyla, ilaçlara dair genel aşırı kullanım inancı ve psikolojik belirtilerden somatizasyon düzeyinin pozitif yönlü güçlü bir korelasyon gösterdiği (sırasıyla r=.560, r=.176, p<0. 01) bulgulanmıştır. Ancak ilaçlara ilişkin genel zarar inancının, psikolojik belirtilerden anksiyete ve depresyon düzeylerinin ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı (sırasıyla r=.109, r= .089, p>0. 05) görülmüştür. İlaçlara dair genel aşırı kullanım inancı ise psikolojik belirtilerden somatizasyon,

anksiyete ve depresyon düzeyleriyle pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki göstermektedir (sırasıyla r=.169, r= .157, r= .139, p<0. 05).

Tablo 5: Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ile Değişkenlerin Aritmetik Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Katsayıları

	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	Aritmetik ort. (ss)	Cronbach Alpha
1) İUBÖ	-.064	-.097	-.103	-.338**	-.339**	-.253**	.221**	-.101	-.158*	.267**	21,89 (3.38)	.78
2) HMKD	-.323**	-.149*	-.299**	-.417**	-.230**	-.290**	.242**	-.257**	-.412**		28,41 (5,38)	.88
3) BHA	.256**	.279**	.254**	.237*	.142*	.265**	-.207**	.189**			7,74 (5,41)	.43
4) DHA	.601**	.550**	.575**	.202**	.129	.366**	.211**				26,59 (9,98)	.84
5) İHİA-SPG	.150*	.106	.056	-.199**	-.245**	.168*					19,29 (4,50)	.82
6) İHİA-SPE	.288**	.242**	.293**	.469**	.487**						16,06 (4,58)	.73
7) İHİA-GENZ	.089	.109	.176**	.560**							11,17 (3,43)	.64
8)İHİA-GENAK	.139*	.157*	.169*								11,27 (3,30)	.62
9) HSÖ-S	.700**	.678**									0,73 (0,40)	.84
10) HSÖ-A	.769**										1,18 (0,81)	.86
11) HSÖ-D											1,11 (0,76)	.87

*p<.05; **p<.01

İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; HMKD, Hasta Memnuniyetini Kısa Değerlendirme Formu; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi; İHİA-GENZ, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Zarar alt testi; İHİA-GENAK, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Aşırı Kullanım alt testi, HSÖ-S, Hasta Sağlık Ölçeği Somatizasyon alt testi; HSÖ-A, Hasta Sağlık Ölçeği Anksiyete alt testi; HSÖ-D, Hasta Sağlık Ölçeği Depresyon alt testi.

3.2.2. Modelin Sınaması

Bir önceki bölümde tüm örtük değişkenlerin birbirleriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu bölümde değişkenlerin birbirleriyle oluşturdukları ilişkiler model içerisinde ele alınacaktır. Araştırma soruları çerçevesinde belirlenen iki modelin sınanmasında yapısal eşitlik modellemesi (YEM) ile LISREL 8 (Jöreskog ve Sörbom, 1993) programı kullanılmıştır. Yapısal eşitlik modeli analizinde kuramsal ve istatistiki olarak en uygun modeli bulmak amacıyla kuramsal yapı ele alınarak oluşturulan modelin, veri setine uyumunu değerlendiren model uyum değerleri (model fit indices), modelin veriye daha uygun bir şekil alabilmesi için önerilen değişiklik indeksleri (modification indices) ve değişkenler arasındaki korelasyonların anlamlılığı ele alınmaktadır.

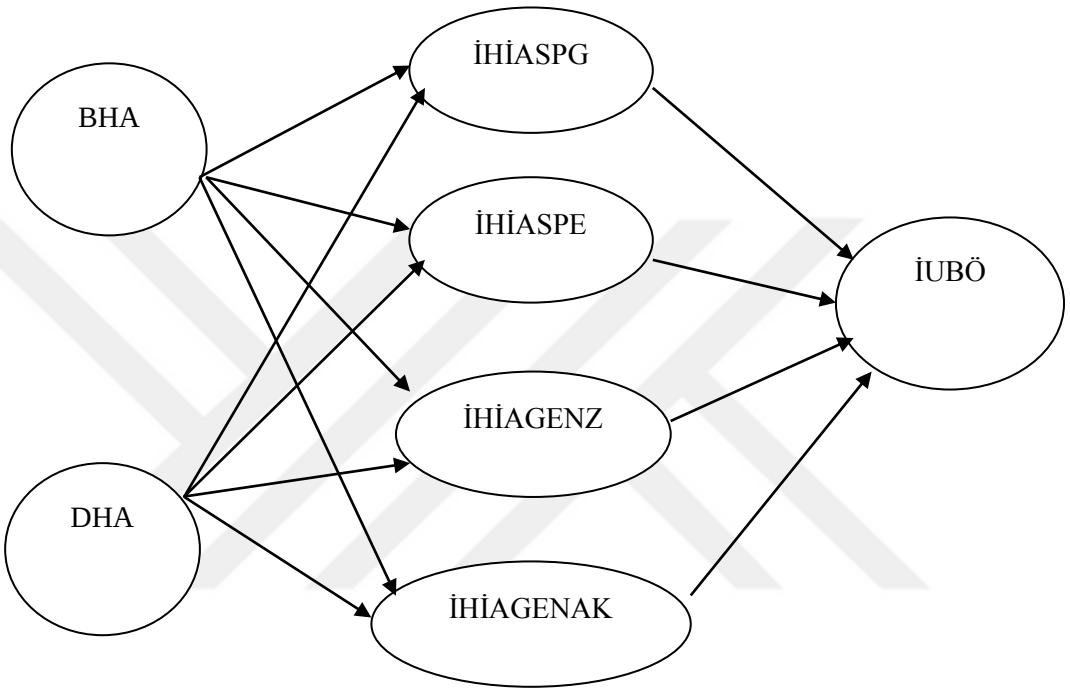
Modelin uyum değerleri belirlenirken Şimşek'in (2007) uyum değerleri ile ilgili yönlendirmeleri temel alınmıştır. Şimşek'e (2007) göre oluşturulan her modelde bakılacak uyum değerleri modelin yapısına, güçlü ve zayıf yönlerine göre değişim göstermektedir Ancak temelde 8 değere bakılması modelin uyum iyiliğinin ele alınabilmesi için kritik olmaktadır. Bunlardan ilki olan Ki kare katsayısı ($\chi 2$) örneklemin büyüklüğünden etkilendiği için katsayının serbestlik derecesi (sd) ile karşılaştırılması önerilmektedir. Bu amaçla literatürde $\chi 2$'nin sd'ye bölümü ile elde edilen değerin, değerlerin tek başına ele alınmasından daha güvenilir olacağı belirtilmektedir. Çıkan sayı, uyum kötülüğü kriteri olarak da kullanılmaktadır. Bir diğer indeks ise Root Mean Square Error of Approximation'dir (RMSEA). Bu değer modelin karmaşıklığından etkilenmemektedir ancak örneklem genişliğinden etkilenebilen bir değer olduğu için dikkatli olunmalıdır. Bir başka deyişle değer değişkenlerin fazlalığından değil, örneklemin olması gerekenden fazla ya da eksik oluşundan etkilenebilmektedir (Fan, Thompson, and Wang, 1999). Bir diğer değer olan Goodness of Fit (GFI) ise modelin karmaşıklığına duyarlı ve uyum iyiliğinin değerlendirildiği indekstir. Modelin serbestlik derecesinden etkilenerek hesaplanan bir indeks olan Comparative Fit Index'in (CFI) kullanılma durumunda örneklemin normal dağılıyor olması önemli bir şarttır. Bir diğer önemli indeks ise Root Mean-Square Residual'in (RMR) standardize edilmiş hali olan sRMR değeridir (Şimşek,

2007). Belirtilen tüm indekslere yönelik uyum değerleri aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 7.).

Klein (2011) YEM'de model sınaması için iki aşamalı bir yol izlenmesini önermektedir. Öncelikle gözlenen değişkenlerin örtük değişkenler ile ilişkileri ve oluşan örtük değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerini ele alan ölçme modelinin doğruluğu değerlendirilmektedir. Ölçme modelinin doğrulanmasının ardından literatür tarafından desteklenen ve hipotetik olarak ortaya konulan yapısal modelin test edilmesine geçilmektedir. Bu çalışmada, araştırmanın hipotezlerini oluşturan iki farklı model Kline'in (2011) tavsiyelerine uyularak iki aşamalı YEM ile test edilmiştir. YEM analizi sonucunda ortaya çıkan modellere aşağıda yer verilmiştir.

3.2.2.1. Birinci Amaç Doğrultusunda: İlaç Uyumunda Öz Düzenleyici Modelin Test Edilmesi

İlaç uyumunda Öz Düzenleyici Modelin (ÖDM) RA ve AS örneklemine uygunluğunun değerlendirilmesi çalışmanın sorularından ilkini oluşturmaktadır. Öz Düzenleyici model sağlık davranışlarına hastalık algılarının ve sağlık davranışına yönelik inançların etkisini incelemektedir (Horne ve Weinman, 2002, Llewellyn, Miners, Lee, Harrington ve Weinman, 2003, Nicklas, Dunbar ve Wild, 2010, Hughes, 2011). Çalışmada belirlenen sağlık davranışı olan ilaç uyumunun hastalık algıları ile ilişkisinde ilaca ilişkin inançların aracılığı iki aşamalı YEM ile değerlendirilmektedir. Ancak bu analizde modele tanımlanan örtük ve gözlenen değişkenler farklılık göstermektedir. Hastalık algısının bilişsel ve duygusal boyutu, ilaca ilişkin inançların spesifik gereklilik, spesifik endişe, genel zarar ve genel aşırı kullanım inançları modele örtük değişken olarak tanımlanırken, bu boyutları değerlendiren maddeler gözlenen değişken olarak tanımlanmıştır (Tablo 7.) Bu bağlamda araştırmanın birinci amacını test etmek üzere geliştirilen modele Şekil 4.'te yer verilmiştir. Şekil 4.'te gösterilen örtük değişkenlerin gözlenen değişkenleri Tablo 7.'dedir.



İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi; İHİA-GENZ, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Zarar alt testi; İHİA-GENAK, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Aşırı Kullanım alt testi,

Şekil 4: Birinci Amaç Doğrultusunda Oluşturulan Modelin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenleri

Tablo 6: Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler

Örtük Değişken	Örtük Değişken (Kısaltması)	Gözlenen Değişkenler	Ölçüm Aracı
İlaç Uyumu	İUBÖ	İUBÖ1 İUBÖ1 İUBÖ3 İUBÖ4 İUBÖ5	İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)
Bilişsel Hastalık Algısı	BHA	KHAÖ3 KHAÖ4 KHAÖ7	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)
Duygusal Hastalık Algısı	DHA	KHAÖ1 KHAÖ5 KHAÖ6 KHAÖ8	
İlaca İlişkin Spesifik Gereklilik İnancı	İHİASPG	İHİA1 İHİA3 İHİA7 İHİA10	İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA)
İlaca İlişkin Spesifik Endişe İnancı	İHİASPE	İHİA2 İHİA5 İHİA6 İHİA8 İHİA9	İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA)
İlaca İlişkin Genel Zarar İnancı	İHİAGENZ	İHİA12 İHİA13 İHİA15 İHİA16	İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA)
İlaca İlişkin Genel Aşırı Kullanım İnancı	İHİAGENAK	İHİA11 İHİA14 İHİA17 İHİA18	İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (İHİA)

3.2.2.1.1. Ölçme Modeline İlişkin Sonuçlar:

Öncelikle belirlenen hipoteze dair ölçüm modelinin uyum değerlerine bakılmıştır ve modelin bu ilk aşamada kabul edilebilir olmadığı görülmüştür.

Tablo 7: Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			659,12	
sd			384	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	1,72	İyi uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.057	Kabul edilebilir uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.073	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.85	Yetersiz uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.80	Yetersiz uyum

N = 222

Geliştirilen bu modelin uyum indeksleri oldukça düşük bulunmuştur. Bu nedenle İHİA8 ile İHİA5, İHİA10 ile İHİA3, İHİA16 ile İHİA15, KHAÖQ5 ile KHAÖ1, KHAÖ6 ile KHAÖ1 ve İUBÖ3 ile İUBÖ1 maddelerinin hata katsayıları eşlenmiştir. Yapılan modifikasyon sonrasında belirlenen modelde iyileşme görülmüştür.

Tablo 8: Revize Edilmiş Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			550,50	
sd			378	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	1,46	İyi uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.045	İyi uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.070	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.90	Kabul edilebilir uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.88	Yetersiz uyum

N = 222

Yapılan modifikasyonlarla modelin uyum istatistikleri büyük oranda düzelmiş olup hala bazı eksikler (GFI değeri) dikkat çekmektedir. Ancak bu hali ile ölçüm modeli istatistiklerinin çoğunlukla uyumlu çıktığı uyumlu çıkmayanların da uyumluluk sınırına yakın olduğu görülmektedir. Bu nedenle yapısal modelin sınanmasına devam edilmiştir.

3.2.2.1.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi

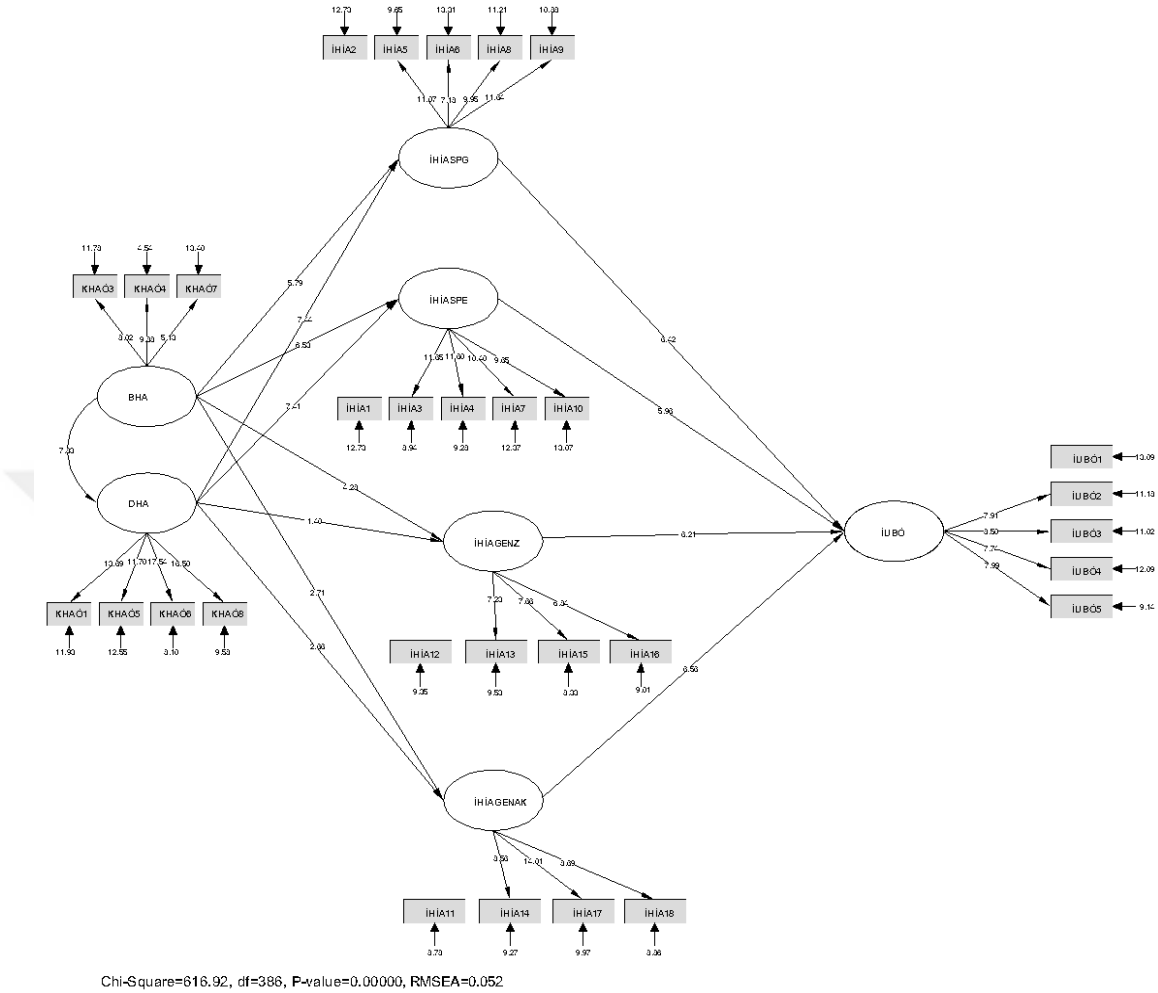
Ölçüm modelinde düzelme sağlandıktan sonra yapısal model sınama aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada araştırma sorusuna dayandırılarak oluşturulmuş olan model sınanmıştır. Modelin uyum iyilikleri Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 9: Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			616, 92	
sd			386	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	1,60	İyi uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.052	Kabul edilebilir uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.078	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.87	Yetersiz uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.84	Yetersiz uyum

N = 222

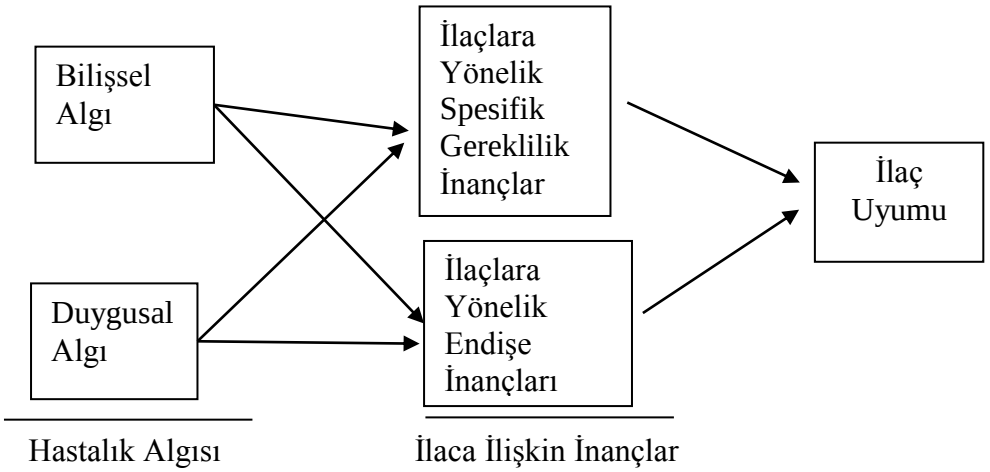
Hipotezde yer alan modelde hastalık algısı ile ilaç uyumu ilişkisine ilaca ilişkin inançların hem spesifik hem de genel alt alanlarının aracılık ettiği düşünülmektedir. Ancak model sınaması sonucunda ortaya çıkan modele bakıldığında ilaç uyumu ile hastalık algısı ilişkisi arasında sadece "spesifik" ilaç inançlarının aracılığının olduğu, "genel" ilaç inançlarının ilaç uyumu ve hastalık algısı ile ilişkilerinin anlamlı olmadığı bulunmuştur.



İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi; İHİA-GENZ, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Zarar alt testi; İHİA-GENAK, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Aşırı Kullanım alt testi

Şekil 5: Yapısal Modele İlişkin T Değerleri

Belirlenen modelde ilaçlara ilişkin genel inançlar anlamlı çıkmayınca modelden çıkarılması gerektiği düşünülmüş ve ilaca yönelik inançların sadece spesifik inançlar olarak ele alınan yeni ÖDM'nin sınanmasına karar verilmiştir. Bu amaçla belirlenen yeni model aşağıdaki gibidir (Şekil 6.)



Şekil 6: Araştırmanın Birinci Amacı Çerçevesinde Oluşturulan Yeni Model

Bu nedenle aynı hipotez sadece ilaçla ilgili spesifik inançların ele alındığı bir ölçüm modeli ile test edilmiştir.

3.2.2.1.3. Yeni Modele İlişkin Ölçüm Modeli Sınama Sonuçları

Yeni oluşturulan ölçüm modelinin belirlenen indeksler göz önüne alındığında yeterli uyum değerleri göstermediği bulunmuştur. Uyum değerlerine Tablo 10'da yer verilmiştir.

Tablo 10: Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

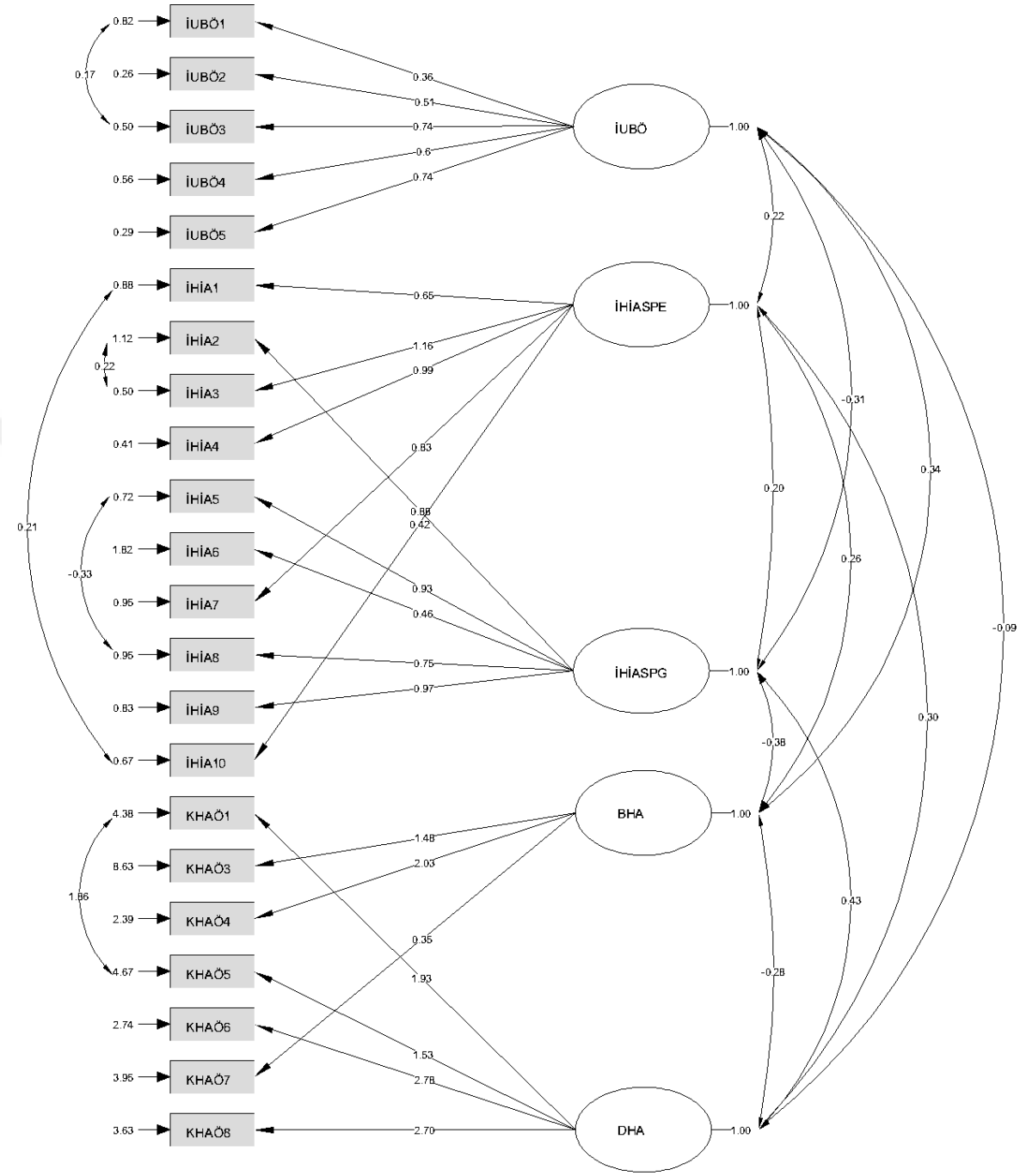
Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			366,71	
sd			199	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	1,84	İyi uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.062	Kabul edilebilir uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.072	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.88	Yetersiz uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.87	Yetersiz uyum

N = 222

Oluşturulan modele dair LİSREL programının önerdiği4 adet modifikasyon bulunmaktadır. Bunlar BHA5 ile BHA1, İHİA10 ile İHİA1, İHİA8 ile İHİA5 ve İUBÖ3 ile İUBÖ1 arasında olmaktadır. Hata kovaryanslarının ilişkilendirilmesinin modele eklenmesi sonucu uyum değerlerinde NFI değeri haricinde iyileşme gözlenmiştir. NFI değerinin test istatistiğinde de bir artış olmuş olsa da bu artışın yeterli düzeyde uyum için eksik kaldığı görülmektedir. Ancak diğer değerler göz önüne alındığında modelin veri setine yeterli düzeyde uyum sağladığı görülmektedir (Tablo 11.).

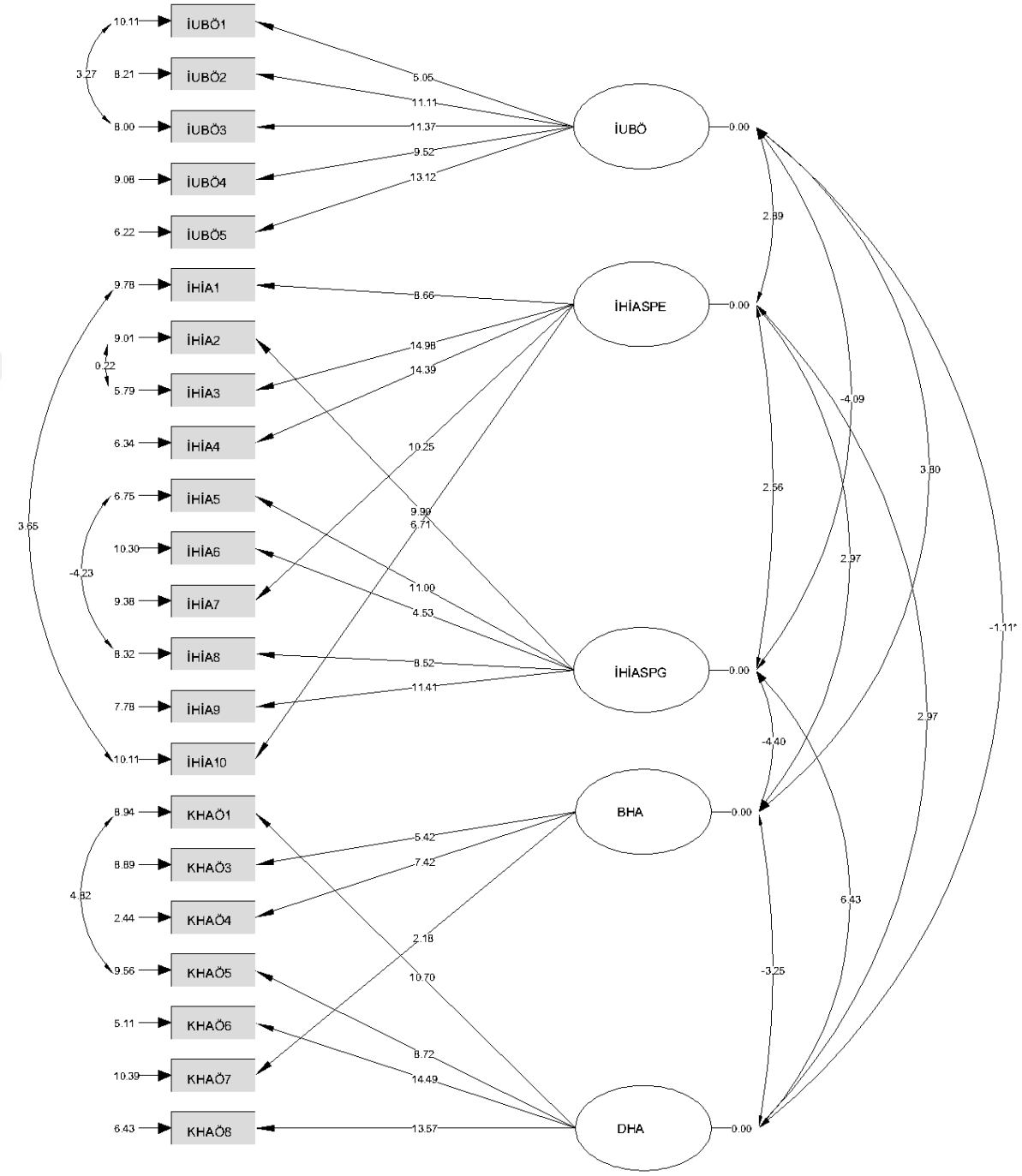
Tablo 11: Modifikasyon Sonrası Ölçüm Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			285,97	
sd			195	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	1,49	İyi uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.046	İyi uyum
sRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.069	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.93	Kabul edilebilir uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.90	Kabul edilebilir uyum



İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi

Şekil 7: Ölçüm Modelinin Tahmin Değerleri



İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi

Şekil 8: Ölçüm Modeline İlişkin T Değerleri

3.2.2.1.4. Yeni Yapısal Modelin Test Edilmesi

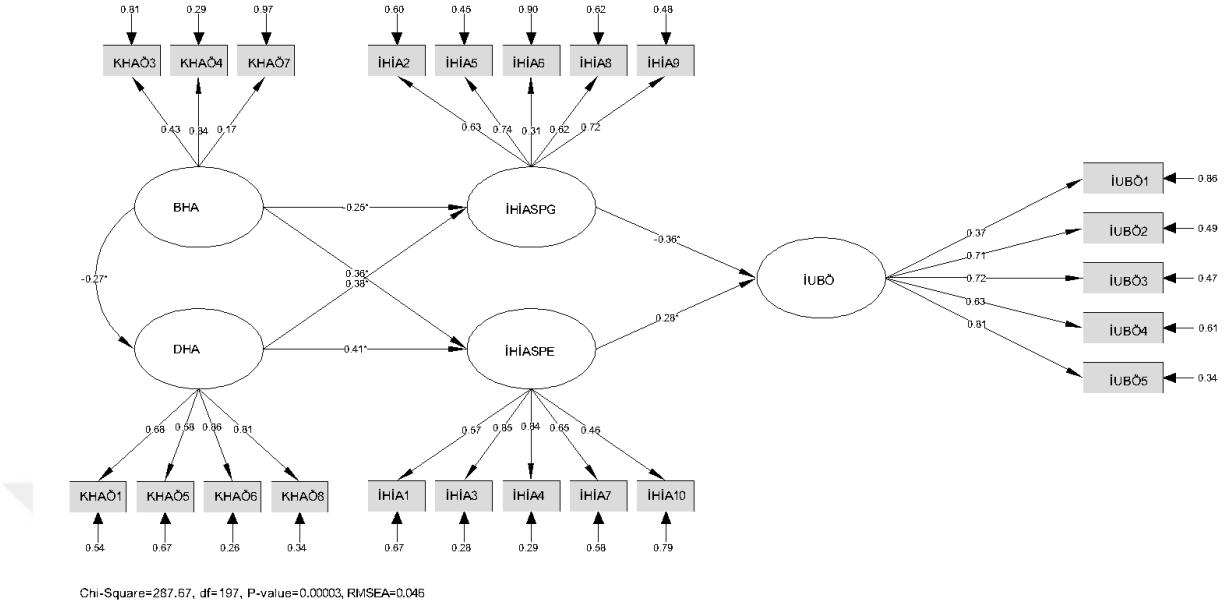
Ölçüm modeli üzerinde gerekli iyileştirmeler yapıldıktan sonra oluşturulan modelin testine geçilmiştir. Modelin verilere kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür (Tablo 12.)

Tablo 12: Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			296,40	
sd			198	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	1,50	İyi uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.047	İyi uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.072	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.92	Kabul edilebilir uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.90	Kabul edilebilir uyum

N = 222

Bu haliyle modelin uyum değerlenin iyi düzeyde çıktığı görülmüştür. Ayrıca belirlenen modelin, spesifik gereklilik değişkeni varyansının %26'sını, spesifik endişenin %21'ini ve ilaç uyumu varyansının ise %20'sini açıkladığı bulunmuştur (Şekil 9).



İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi

Şekil 9: Yeni Yapısal Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri

3.2.2.2. İkinci Amaç Doğrultusunda: Genişletilmiş Öz Düzenleyici Modelin Sınanması

Hasta memnuniyeti ile sağlık davranışları ve duygusal sağlık sonuçları ilişkisinde öz düzenleyici modelin aracılığının test edilmesi çalışmanın ikinci sorusunu oluşturmaktadır. Bu amaçla bu bölümde belirlenen ilişkilerin yapısal eşitlik modellemesiyle incelenmesi hedeflenmektedir. Ancak bu modelde ilk modelin aksine hastalık algısı ve ilaca ilişkin inançların alt ölçekleri gözlenen değişken olarak ele alınmıştır. Bunların örtük değişkenleri ise madde toplam puanlarından oluşmaktadır.

3.2.2.2.1. Ölçme Modeline İlişkin Sonuçlar

Öncelikle belirlenen hipoteze dair ölçüm modelinin uyum değerlerine bakılmıştır ve modelin ilk aşamada kabul edilebilir olmadığı görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 13: Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			377,20	
sd			179	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	2,10	Kabul edilebilir uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.071	Kabul edilebilir uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.079	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.89	Yetersiz uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.86	Yetersiz uyum

N = 222

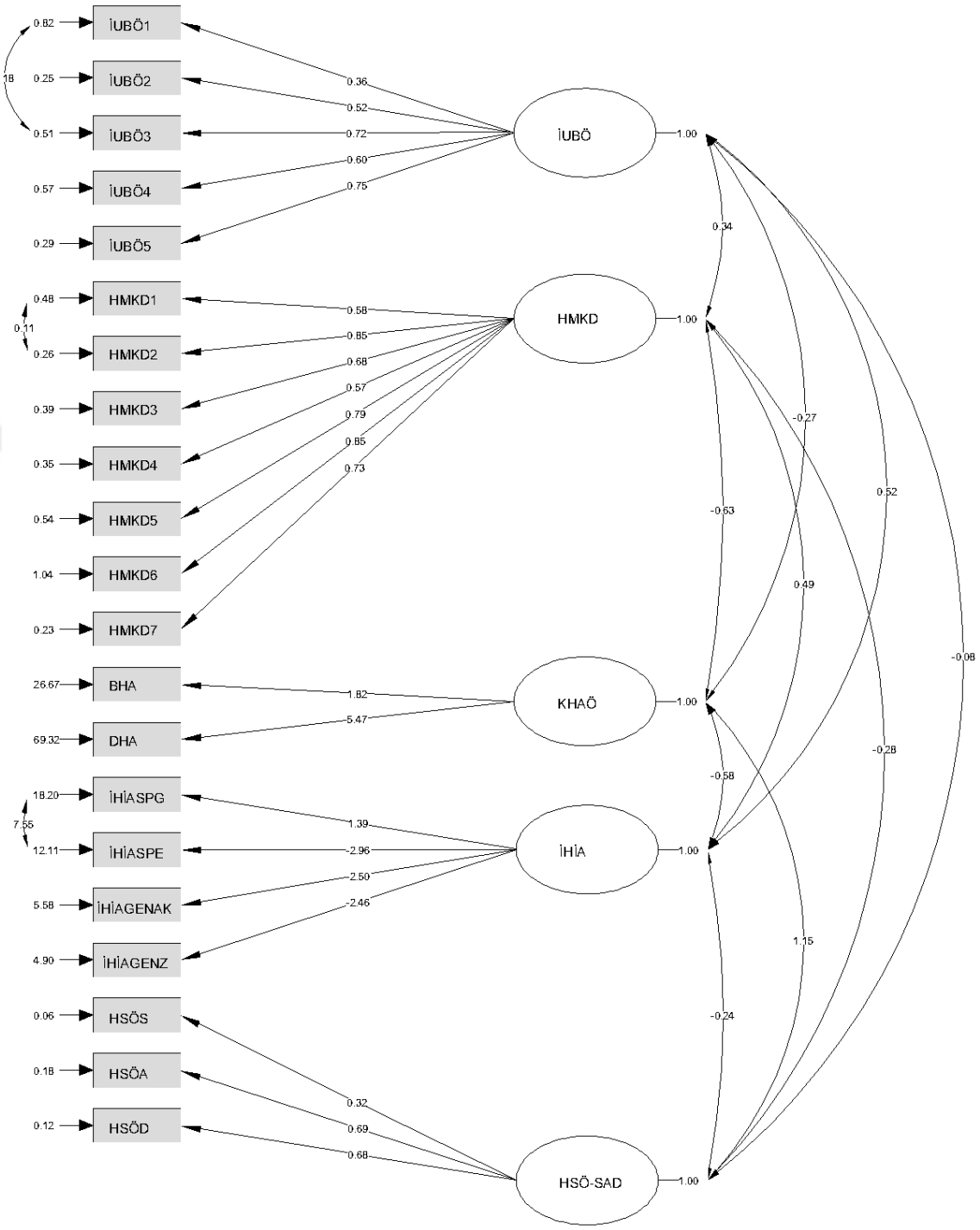
Geliştirilen bu modelin uyum indeksleri kabul edilebilir skala için düşük bulunmuştur. Bu nedenle İHİASPE ile İHİASPG, HMKD5 ile HMKD1, HMKD5 ile HMKD1 ve İUBÖ3 ile İUBÖ1 maddelerinin hata katsayıları eşlenerek ölçüm modeli tekrar sınanmıştır. Yapılan modifikasyon sonrasında gözlenen modelde iyileşme görülmüştür (Tablo 14.).

Tablo 14: Modifikasyon Sonrası Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			290,14	
sd			175	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	1,66	İyi uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.054	Kabul edilebilir uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.074	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.93	Kabul edilebilir uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.90	Kabul edilebilir uyum

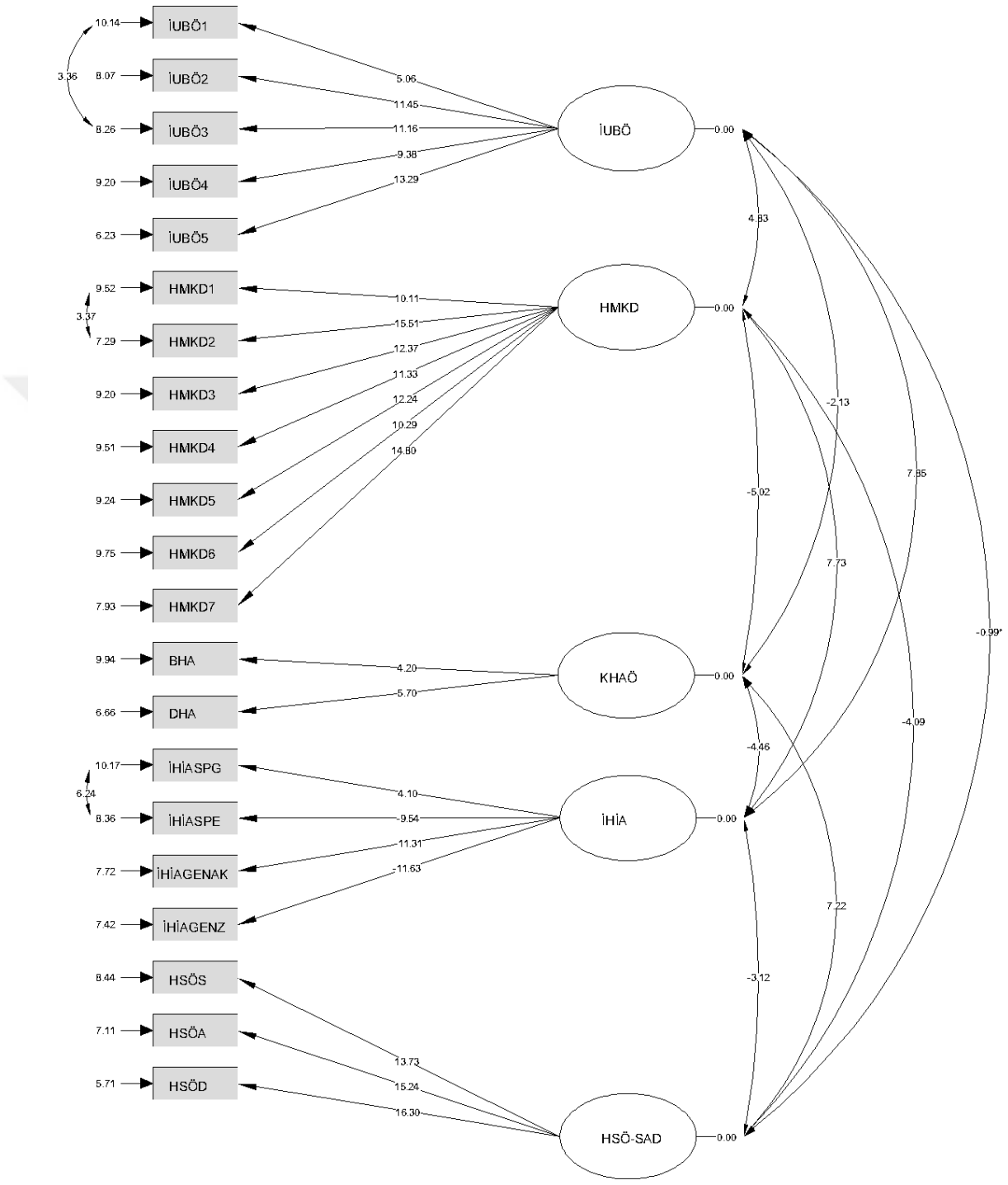
N = 222

Yapılan modifikasyonlarla modelin uyum istatistikleri düzelmiştir. Bu hali ile model sınanması evresine geçilmiştir (Şekil 10. ve Şekil 11).



İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; HMKD, Hasta Memnuniyetini Kısa Değerlendirme Formu; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi; İHİA-GENZ, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Zarar alt testi; İHİA-GENAK, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Aşırı Kullanım alt testi, HSÖ-S, Hasta Sağlık Ölçeği Somatizasyon alt testi; HSÖ-A, Hasta Sağlık Ölçeği Anksiyete alt testi; HSÖ-D, Hasta Sağlık Ölçeği Depresyon alt testi.

Şekil 10: Ölçüm Modelinin Tahmin Değerleri



İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; HMKD, Hasta Memnuniyetini Kısa Değerlendirme Formu; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi; İHİA-GENZ, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Zarar alt testi; İHİA-GENAK, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Aşırı Kullanım alt testi, HSÖ-S, Hasta Sağlık Ölçeği Somatizasyon alt testi; HSÖ-A, Hasta Sağlık Ölçeği Anksiyete alt testi; HSÖ-D, Hasta Sağlık Ölçeği Depresyon alt testi.

Şekil 11: Ölçme Modeline İlişkin T Değerleri

3.2.2.2.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi

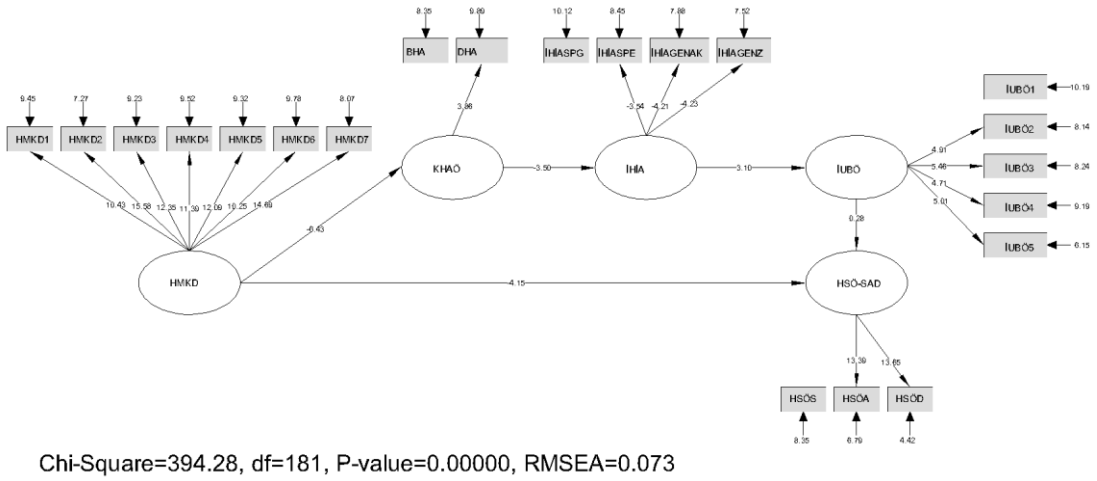
Ölçüm modelinde ilerleme sağlandıktan sonra yapısal modelin sınanması aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada hipotezde açıklanan model değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, oluşturulan modelin uyum iyiliğinin çoğunluğunun kabul edilebilir düzeyin altında kaldığı görülmüştür (Tablo 15.).

Tablo 15: Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			394,28	
sd			181	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	2,18	Kabul edilebilir uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.072	Kabul edilebilir uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.09	Yetersiz uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.89	Yetersiz uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.86	Yetersiz uyum

N = 222

Belirlenen modelin uyum iyiliklerinden sRMR, CFI ve GFI değerlerinin beklenenin altında kaldığı, diğer değerlerin ise kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Bu hali ile modelin geçerli bir model olarak kabul edilemeyeceği değerlendirilmiştir. Bunun yanında, modelin aracı değişkeni (İUBÖ) ile sonuç değişkeni (HSÖ-SAD) arasındaki ilişkinin hata puanının (t değeri) çok yüksek çıktığı gözlenmiştir. Bir başka deyişle, hasta memnuniyetinin ilaç uyumu ile ÖDM'nin aracılığıyla ilişkide olduğu ancak psikolojik durumla ilişkisinde ilaç uyumunda ÖDM'nin bileşenlerinin aracılığının olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla, bahsi geçen ilişkinin tanımlanmaması ile kurulan yeni modelin tekrar test edilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.



İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; HMKD, Hasta Memnuniyetini Kısa Değerlendirme Formu; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi; İHİA-GENZ, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Zarar alt testi; İHİA-GENAK, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Aşırı Kullanım alt testi, HSÖ-S, Hasta Sağlık Ölçeği Somatizasyon alt testi; HSÖ-A, Hasta Sağlık Ölçeği Anksiyete alt testi; HSÖ-D, Hasta Sağlık Ölçeği Depresyon alt testi.

Şekil 12: Yapısal Modele İlişkin T Değerleri

3.2.2.2.3. Alternatif Yapısal Modelin Test Edilmesi

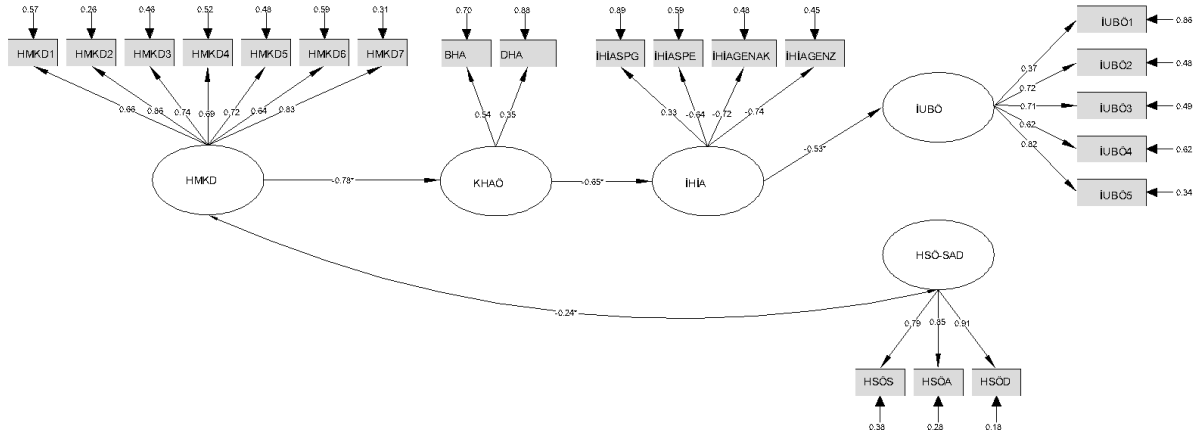
Araştırmanın ikinci amacının test edilmesi adına geliştirilen modelin aracı değişkeninden (İUBÖ) sonuç değişkenine (HSÖ-SAD) giden yolun analiz edilmesinin ardından, bu ilişkideki hata puanının (t değeri) beklenenden yüksek çıktığı görülmüştür. Bu nedenle, bu iki değişkenin birbirleriyle ilişkisinin tanımlanmadığı yeni bir model oluşturulmuştur. Buna göre hasta memnuniyetinin ilaç uyumu ile ÖDM bileşenleri üzerinden, psikolojik sonuçlarla ise ÖDM bileşenleri üzerinden değil doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Oluşturulan modelin uyum iyiliklerinin büyük oranda kabul edilebilir olduğu bulunmuştur.

Tablo 16: Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir Uyum	Değer	Yorum
χ^2			379,91	
sd			181	
χ^2 /sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	2,09	Kabul edilebilir uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.070	Kabul edilebilir uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.08	Kabul edilebilir uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.90	Kabul edilebilir uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.86	Yetersiz uyum

N = 222

Modelin sonuçları değerlendirildiğinde uyum değerlerinin kabul edilebilir skalarda olduğu (GFI değeri hariç) ve belirlenen ilişkilerin büyük oranda doğrulandığı görülmüştür. Bunun yanında tanımlanan modelin hastalık algısı değişkeninin varyansının %63'ünü, ilaca ilişkin inançların varyansının %42'sini, ilaç uyumunun %28'ini ve psikolojik zorlanma değişkeninin varyansının %11'ini açıkladığı bulunmuştur (Şekil 13).



Chi-Square=394.25, df=182, P-value=0.00000, RMSEA=0.072

İUBÖ; İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği; HMKD, Hasta Memnuniyetini Kısa Değerlendirme Formu; BHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Algı alt testi; DHA, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Algı Alt Testi; İHİA-SPG, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Gereklilik alt testi; İHİA-SPE İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Spesifik Endişe alt testi; İHİA-GENZ, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Zarar alt testi; İHİA-GENAK, İlaca İlişkin İnançlar Ölçeği Genel Aşırı Kullanım alt testi, HSÖ-S, Hasta Sağlık Ölçeği Somatizasyon alt testi; HSÖ-A, Hasta Sağlık Ölçeği Anksiyete alt testi; HSÖ-D, Hasta Sağlık Ölçeği Depresyon alt testi.

Şekil 13: Yapısal Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ

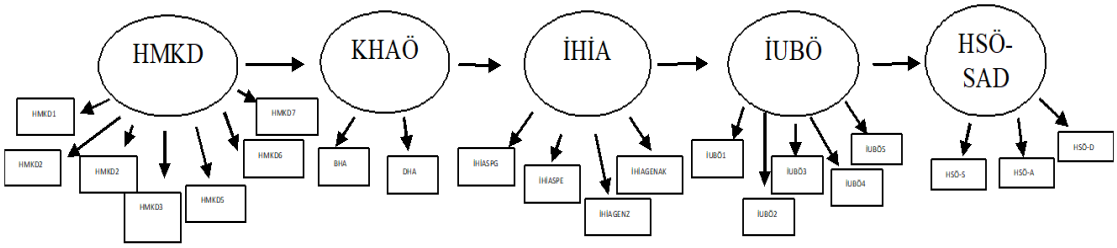
Mevcut çalışmada, romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının sağlık davranışları olarak belirlenen ilaç uyumunu ve sağlık sonucu olarak seçilen psikolojik durumunu belirlemede etkili olan psikososyal değişkenlerin bir model çerçevesinde incelenmesi hedeflemiştir. Önceden de belirtildiği üzere, yordayıcı değişkenlerden psikolojik faktörler Öz Düzenleyici Model (ÖDM) çerçevesinde hastalık algısı ve ilaca dair inançlar, sosyal faktörler ise hasta memnuniyeti ile ele alınacaktır. Bu amaçla, çalışmada RA ve AS tanısı ile tedavi gören ve ölçekleri tam olarak dolduran 222 hastaya ulaşılmıştır. Tartışma bölümünde çalışmanın temel amaçlarına ilişkin bulgulara dair değerlendirmelere geçmeden önce betimsel bulgular ele alınacaktır. Daha sonrasında belirlenen tüm değişkenler yapısal eşitlik modellemesinde tanımlanarak, tüm örtük ve gözlenen değişkenlerle, kurulan modelin uygunluğu değerlendirilmiştir. En sonunda da oluşturulan modeldeki değişkenlerin arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

ÖDM'nin geliştirildiği ilk çalışmalarda başetme stillerinin sağlık sonuçları ile hastalık algısı arasında aracılık rolü üstlendiği hipotezi üzerinde durulduğu görülmektedir. Bu bağlamda Hogger ve Orbell (2003), hastalık algılarının ile başetme davranışının ilişkisinin incelendiği araştırmaları meta-analiz ile değerlendirdiği çalışmasında, ÖDM'nin ana amacının kişilerin hastalık tehdidi karşısında durumla nasıl baş ettiklerinin ayrıca duruma karşı verdikleri zihinsel ve davranışsal tepkilerin incelenmesi olduğunu belirtmiştir. Bir başka deyişle, hastalık algısının işlevli başetme davranışı geliştirmede zihinsel filtre görevinde bulunduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle ÖDM'nin temel çalışmalarında ilaç uyumu hastalık tehdidine karşı verilen başetme tepkilerinden sadece birisi olarak ele alınmıştır. Davranışçı bir yöntem olduğunun altı çizilen ilaç uyumunun "problem odaklı spesifik başetme" başlığı altında yer alması gerektiği iddia edilmiştir. Bu değişkenlerle oluşturulan hipotezlerde sağlık sonuçları bazen psikososyal uyum bazen de psikolojik zorlanma olmaktadır (Hogger ve Orbell, 2003). Ancak sağlık

psikolojisi perspektifinde incelendiğinde, bir hastanın biyopsikososyal anlamda sağlıklı olabilmesi adına sağlık davranışlarını yerine getiriyor olması gerekmektedir. Bunun, koruyucu sağlık davranışlarında düzenli egzersiz ve diyet yapma gibi, kronik fiziksel hastalığı olan kişilerde perhize uyum ya da ilaca uyum gibi davranışları içermesi beklenmektedir. Ancak, Hogger ve Orbell'in (2003) derlemesinde yer alan çalışmalarda hastaların zihinsel değerlendirmelerinin yine bir zihinsel değerlendirme olan başetme stilleri ile ilişkisinin sağlık sonuçlarına etkisi ele alınmaktadır. Bir başka deyişle, çalışmada sağlık sonuçlarının incelenmesinde sadece bilişsel değişkenlerin yordayıcılığına yapılan vurgu dikkat çekici olmuştur. Öte yandan, meta analiz bulgusuna göre, başetme ile geliştirilen ÖDM'nin sağlık sonuçlarını açıklama gücünün de oldukça düşük olduğu dikkat çekmektedir. Benzer bir şekilde hastalık algısının uyum ile ilişkisinde başetme stillerinin aracılığına dair çalışmaların meta analiz yöntemiyle ele alındığı bir başka çalışmada algının uyum ile direk ilişki göstermediği ve başetmenin aracılık rolünün etki büyüklüğünün de çok zayıf olduğu vurgulanmıştır. Dahası çalışmada modelin bu haliyle uyum davranışını açıklamada iyi bir özellik göstermediği belirtilmiştir (Brandes ve Mullan, 2014). "Uyum" gibi spesifik bir kavram üzerine geliştirilmiş bir model olan ÖDM'de aracılık rolünü "başetme" gibi genel bir kavramdan ziyade spesifik olarak sağlık davranışına yönelik inançların daha iyi sağlayacağı düşünüldüğü için Horne ve Weinman (2002) tarafından astım hastalarının ilaca ilişkin inançlarını değerlendiren bir araştırma yapılmıştır. Bu şekilde davranışçı bir model olan ÖDM'nin daha doğru değerlendirileceği belirtilmiştir (Horne ve Weinman, 2002). Bu nedenle, daha fazla davranış odaklı değişimlerle sağlıklılığın geliştirilebileceği temeline dayanan sağlık psikolojisi paradigmasını (Straub, 2014) temel alan mevcut çalışmada sağlık davranışının yordayıcılarının araştırılmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür.

Yukarıda belirtilen sebeplerle bu çalışmanın iki amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, ilaç uyumu gibi sağlık psikolojisinde oldukça önemli bir yer kaplayan sağlık davranışı bağlamında ÖDM'nin incelenmesidir. Bir başka deyişle, ilaç uyumu bağlamında ÖDM'nin bulgularının değerlendirilmesinde, temel ÖDM modelinde hastalık algısının sonucu olan sağlık durumu yerine mevcut çalışmada sağlık davranışı olan ilaca uyumu, aracı değişken ise bir başetme stili değil, sonuç değişkeni

ile ilişkili olan ilaca yönelik inançlar olarak belirlenmiştir. Çalışmanın bir diğer amacı ise Genişletilmiş ÖDM'nin (GÖDM) sınanmasıdır. Bu kapsamda genişletilmiş modele ÖDM literatürü dikkate alınarak sağlık durumu ilaç uyumunda ÖDM'nin sonuç değişkeni olarak eklenmiştir. Temel ÖDM çalışmalarında da yer aldığı üzere hastaların hastalık algısının oluşumuna etki eden sosyal bağlam ise hasta memnuniyeti değişkeni ile sınanmıştır. Bu nedenle hasta memnuniyeti ilaç uyumunda ÖDM'nin yordayıcı değişkeni olarak düşünülmüştür. İlaç uyumunda ÖDM ile ilgili literatürde henüz yeterli sayıda çalışmanın yer almadığı görülmüştür. Ancak RA ve AS gibi tedavi süresince ilaç kullanılan hastalıklarda uyum davranışının çalışılması ayrı bir önem göstermektedir. Öte yandan, ilaca uyumun olmadığı durumlarda hastalık hem fiziksel hem de duygusal açıdan hastalar için oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Bu nedenle araştırmanın amaçlarının sınanması amacıyla belirlenen iki sorunun RA ve AS hastalarında çalışılmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Bu nedenle Şekil 14'te yer alan model kapsamında bir sınama gerçekleştirilmiştir.



Şekil 14: Genişletilmiş Öz Düzenleyici Model

Bu bağlamda amaçları sınamak için belirlenen ilk soruda ilaç uyumu davranışlarının bir başetme biçimi olarak yer aldığı temel ÖDM modeli sınanmış, ikinci amaçta ise ÖDM'nin sağlık sonuçları üzerindeki açıklayıcılığının ilaca uyum gibi davranışsal başetme çabalarına olan etkisine kıyasla daha zayıf ve dolaylı olacağı öngörüsünden yola çıkarak temel ÖDM modelinin daha genişletilmiş bir versiyonunun sınanması hedeflenmiştir. Bu versiyonda ilk amaçta sınanan ÖDM'nin yordayıcısı hasta memnuniyeti, sonucu ise sağlık durumu olarak belirlenmiştir.

Bundan sonraki bölümlerde bu iki amaca ait bulgular literatür ışığında tartışılacaktır. Ardından, araştırmanın kısıtlılıkları ve güçlü yönleri tespit edilecektir. Ayrıca belirlenen konularla ilgilenen çalışmacılara klinik sağlık psikolojisi perspektifinde yapılacak yeni çalışmalar için araştırma önerilerine yer verilecektir.

4.1. Çalışmanın Sosyodemografik ve Klinik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde çalışmaya katılan romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının betimsel istatistiklerine yer verilecektir. Ancak öncelikle araştırmanın örneklemine ulaşılma yöntemi (internet, devlet hastanesi, üniversite hastanesi vb.) ele alınacaktır. Ardından katılımcıların tanılarına göre sosyodemografik değişkenlerdeki ve klinik ölçeklerden aldıkları puanlardaki değişim değerlendirilecektir.

Araştırmanın örnekleminin bir kısmı İstanbul'daki çeşitli hastanelerde yüz yüze, küçük bir kısmı (%13.66) ise belirlenen tanı ile tedavi gören hastaların birbirlerine destek vermek amacıyla kurdukları sosyal medya grupları aracılığıyla toplanmıştır. Bir başka deyişle, örneklemin büyük bir kısmını araştırma ekibinin hastanelerde yüz yüze topladığı veriler oluşturmaktadır. Ancak, iki grubun sayıları arasındaki büyük fark sebebiyle, bu çalışmada internetten toplanan veriler ile yüz yüze toplananlar karşılaştırılamamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve ölçekleri eksiksiz dolduran hastaların %50,67'si RA, %49,33'ü AS tanısı ile tedavi görmektedir. Bu hali ile hasta gruplarının örneklem içindeki dağılımlarının birbirlerine yakın olduğu dikkat çekmektedir. Bu oran hastalıkların görülme sıklıklarıyla da paralellik göstermektedir. Akkoç (2011) romatolojik hastalıkların Türkiye'deki görülme sıklıklarının araştırıldığı çalışmaları derleyip yurtdışındaki araştırmalarla karşılaştırdığı bir çalışmada RA ve AS hastalarının görülme sıklıklarının Türkiye'de birbirine oldukça yakın olduğuna dikkat çekmiştir. Ancak bu yakın oranlara rağmen çok az da olsa RA hastalarının poliklinik başvurusunda daha fazla yer kapladığını belirtmiştir (Akkoç, 2011). Öte yandan, RA ve AS hasta gruplarının birlikte ele alındığı araştırmalarda ise RA katılımcı sayısı genellikle daha fazla olmuştur. Örneğin bir çalışmada RA katılımcı sayısı 199, AS sayısı 55 iken

(Hyphantis ve ark., 2013), bir başka çalışmada 199 RA hasta, 83 AS hasta yer almaktadır (Kotsis ve ark., 2012). Bu nedenle bu çalışmada da yer alan dağılımın alanda yapılan yaygınlık çalışmaları ile benzer bir özellik gösterdiği ve Akkoç'un (2011) da önerdiği gibi iki grubun dağılımının birbirine yakın olduğu dikkat çekmiştir.

Örneklemi oluşturan RA ve AS, kliniği ve tedavisi bakımından birbirine fazlaca benzerlik gösterse de, iki hastalık arasında sosyodemografik özellikler ve hastalığın değerlendirilmesi açısından farklılıklar görülebilmektedir (Hyphantis ve ark., 2013; Kotsis ve ark., 2012). Bu farklılığı değerlendirmek amacıyla öncelikle sosyodemografik ve klinik özelliklerin iki tanı grubuna göre nasıl değiştiği değerlendirilmiştir. Buna göre RA ve AS hastalarının sosyodemografik özelliklerden cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma durumu ve klinik özelliklerden ilaç kodu ve türü bakımından birbirlerinden farklılaştığı bulunmuştur. Öte yandan hastalar gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma, yaşanan kişi, sağlık hizmetine ulaşma, fiziksel ya da psikiyatrik hastalık eş tanısı, istirahat ağrısı, hastalık ve ilaç kullanma süreleri bakımından hastalık türüne göre değişim göstermemektedir.

Öncelikle, araştırmaya katılan iki grubun birbirlerinden farklı sayıda kadın ve erkek katılımcıya sahip olduğu dikkat çekmiştir. Araştırmanın örneklemini oluşturan RA hastalarının %84.4'ünü (N=99) kadınlar, AS hastalarının %59.1'ini (N=65) erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların tümünde ise kadınların oranı %64.6 (N=144) olarak bulunmuştur. Elde edilen oranlara bakıldığında RA hastası katılımcılarının cinsiyet oranlarında daha dramatik bir fark görülürken, AS hastalarının cinsiyet dağılımlarının yakın olduğu dikkat çekmiştir. Toplam cinsiyet dağılımında ise kadınların çalışmaya daha fazla katılım gösterdikleri bulunmuştur. RA hastaları ile yapılan sıklık çalışmalarında ise hastalığın kadınlarda erkeklere oranla neredeyse iki ila üç kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Harris, 1993; Rindfleisch ve Muller, 2005). Bunun yanında AS hastaları ile yapılan çalışmalarda hastalığın erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır (Doran ve ark., 2003; Sieper ve ark., 2002; Tayfun, 2017). Bu bilgi ile tutarlı olacak şekilde mevcut çalışmada da AS hastalarının çoğunluğunun erkek, RA hastalarının ise çoğunluğunun kadın olduğu

görülmüştür. Bu nedenle iki grup cinsiyet dağılımları bakımından farklılık göstermektedir. Ancak bu farklılık iki hastalığın karakteristik özellikleriyle benzerlik göstermektedir. Bu sebeple iki grubun cinsiyet dağılımları açısından RA ve AS'li grupları temsil ettiği söylenebilir.

Yapılan çalışmada RA ve AS hastalarının yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumunun da birbirlerinden farklılık gösterdiği bulgulanmıştır. Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalamalarının RA tanısı alanlarda 50,59 (ss=10,24), AS hastalarında ise 41,45 (ss=9,66) olduğu görülmüştür. Buna göre örneklemde yer alan RA hastalarının AS'lere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla yaş almış kişiler olduğu dikkat çekmektedir. RA ve AS hastalarının birlikte ele alındığı çalışmalarda RA hastalarının yaş ortalamasının 49 ila 55, AS hastalarının ise 40 ila 48 aralığında olduğu belirtilmiştir (Hyphantis ve ark., 2013; Kotsis ve ark., 2012; Ramos‐Remus ve ark., 2014). Dahası Hyphantis ve arkadaşları (2013) ve Kotsis ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada iki grubun yaşlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Öte yandan, Savran ve Akkoç (2005) RA hastalarının tedavisine yönelik çalışmaları derlediği araştırmada, RA hastalığının 30-60 yaş aralığında gerçekleştiğini belirtmektedir. AS hastalığının ise 26 yaş civarında ortaya çıktığı çok nadir olarak 45 yaş sonrası başladığına dikkat çekilmektedir (Doran ve ark., 2003; Sieper ve ark., 2002; Tayfun, 2017). Buna göre RA hastalığının AS'ye göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha geç başlangıçlı olduğu bulgusu literatürde yer almaktadır. Mevcut çalışmanın bulgusu da literatürle uyum göstermektedir. Bu nedenle RA ve AS hastalarındaki yaş ortalamaları farkının, hastalığın klinik özelliklerinden birisi olarak yorumlanabileceği düşünülmektedir.

Eğitim düzeyi bakımından RA hastalarının %59.82'sinin (N=67) AS hastalarının ise %39.09'unun (N=43) ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Her iki grupta da en yüksek eğitim mezuniyetinin ilköğretim olduğu görülse de, gruplardaki ilköğretim mezuniyetinin sıklığının farklılık içerdiği görülmektedir. Eğitim düzeyiyle bağlantılı bir başka değişken olan çalışma durumunun da iki grup arasında farklı sıklıkta ortaya çıktığı görülmektedir. Çalışmada AS'li hastaların %66.36'ları (N=73) çalışırken RA'da bu oran %15.18 (N=17) bulunmuştur. Bu

bağlamda, çalışmanın örnekleminde yer alan AS hastalarının daha eğitimli ve çalışan bir gruptan oluştuğu bulunmuştur. Eğitimi yıl bazında değerlendiren bir çalışmada RA hastalarının eğitim yılının ortalamasının 8 (ss=4.2), AS'nin ortalamasının 11 (ss=3.5) olduğu belirtilirken (Hyphantis ve ark., 2013), bir başka çalışmada RA'nın eğitim yılı ortalaması 7.9 (ss=4.3), AS'ninki ise 9.6 (ss=3.7) olarak (Kotsis ve ark., 2012) bulgulanmıştır. Her iki çalışmada da hastalık türüne göre eğitim durumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Bunun yanında Kjeken ve arkadaşlarının (2006) 1193 RA ve AS hastasıyla yaptığı çalışmada, RA hastalarının %35'inin, AS hastalarının ise %72'sinin hala çalıştığı belirtilmiştir. Çalışmada iki grup arasındaki dramatik farkın AS hastalarının çoğunluğunun genç ve eğitimli gruptan oluşmasından kaynaklandığı vurgulanmıştır (Kjeken ve ark., 2006). Kjeken ve arkadaşlarının (2006) da belirttiği üzere AS hastaları genç, eğitimli ve çalışan bireylerden oluşuyor olmasıyla RA hastalarından farklılaşmaktadır. Bu nedenle RA ve AS hastaları arasındaki yaş, eğitim ve çalışma durumu farklılığının hastalığın klinik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hem RA hem de AS uzun süreli ilaçla tedavi gerektiren hastalıklardır. Bu nedenle hastaların kullandıkları ilaçların kimyasal yapıları ve kullanım biçimleri oldukça önemli olmaktadır. Benzer türde (krem, oral ilaç, iğne, serum gibi) ve kodda (DMARD, NSAİİ, antiTNF) ilaçlarla tedavi edilen iki hastalığın tedavilerinde farklı yolların izlendiği bilinmektedir (Barton, 2009; Gürçay ve ark., 2006). Bu nedenle RA ve AS hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçların türlerinin ve kodlarının birbirlerinden farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. İki grubun hem ilaç türü hem de kodu bakımından farklılaştığı görülmektedir. Mevcut çalışmada hem RA hem de AS hastalarının tedavide çoğunlukla oral yollu alım yapılan ilaçları kullandıkları görülmektedir. Ancak AS'nin tedavisinde kullanılan ikincil yöntemlerin iğne, serum ve depo ilaç olduğu görülürken RA'da ise ikincil olarak krem ve iğne kullanımının yaygın olduğu görülmektedir. İlaç kodları bakımından ise RA'da en sık DMARD'ın, AS'de ise anti-TNF tipi biyolojik ilaçların kullanıldığı belirtilmektedir. Çalışmaya katılım gösteren AS hastalarının sıklıkla anti TNF kodlu enjeksiyon tipi ilaçları, RA hastalarının ise oral yolla alınan DMARD kodlu ilaçları daha sık kullandığı görülmüştür. Savran ve Akkoç'un (2005) RA tedavisinde kullanılan ilaçları derlediği

çalışmada en yaygın kullanılan ilaç tipinin anti TNF olduğu belirtmiştir. Bu nedenle bizim çalışmamızın da Savran ve Akkoç'un (2005) çalışmasıyla benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir. RA hastalarında DMARD'ı takip eden en yaygın kullanım NSAII kodlu ilaçta olmuştur. NSAII ilaçları RA tedavisinde diğer ilaçların geç etki etmesi sebebiyle köprü görevi görmesi açısından kullanılabilmektedir. Hastalığın tedavisinde eklem hasarını önleme ya da hastalık seyrine aktif etki edebildikleri görülmese de ağrıyı dindirme ve enfeksiyonu azaltma özelliklerinden dolayı kullanılabilmektedir. RA hastalarının yaşadığı yoğun ağrılı dönemlerde rahatlamalarını sağlaması ve tedaviden kopuşlarını engellemesi sebebiyle her türlü yan etkilerine rağmen NSAII'ler bu grup hastalar için vazgeçilmez olmaktadır (Karadağ ve Kiraz, 2006). Elbey (2015) yaptığı çalışmada AS hastalarında NSAII'nin daha yaygın kullanıldığını belirtse de bazı disfonksiyon durumlarında DMARD'ın da kullanılabildiğini belirtmektedir. Sonuç olarak RA ve AS hastaları benzer kod ve türdeki ilaçlarla tedavi edilse de kullanım sıklıkları ve yaygınlıkları bakımından farklılık gösteren iki grup olduğu literatürce de desteklenmektedir. Ancak AS'de anti TNF'den sonra NSAII ve DMARD'ın aynı oranda kullanılmasının, iki ilacın birbirlerine herhangi bir üstünlüklerinin olmadığını düşündürmüştür.

Çalışmaya katılım gösteren RA ve AS hastalarının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ilaç kodu ve türü bakımından birbirlerinden farklılaştığı görülmüştür. Ancak tüm bu farklılaşmalar hastaların klinik özellikleri paralelinde değerlendirilebilir, öte yandan, çalışmaya birbirlerinden farklı yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu ve ilaçla tedavisinde farklı kombinasyonlarla tedavi edilen iki klinik grubun dahil edildiği de vurgulanmalıdır. Bu nedenle bu farklılık iki grubun birbirini tamamlayıcılığı olarak da ele alınabileceği ve çalışmanın diğer romatolojik hastalıklara da genellenebilme gücünü artıracağı düşünülmektedir.

RA ve AS hastaları bazı klinik ve sosyodemografik değişkenler bakımından farklılık gösterse de bazı değişkenler bakımından birbirlerinden farklılaşmamaktadır. Bunlar gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma, birlikte yaşanan kişi, sağlık hizmetine ulaşma, komorbit fiziksel ya da psikiyatrik hastalığa sahip olma, istirahat

ağrısı, hastalık ve ilaç kullanma süreleridir. Bu özellikler bakımından birbirlerinden farklılaşmayan iki klinik grubun bir bakımdan sosyodemografik ve klinik tablolarının da oldukça benzer olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle çalışmaya katılan RA ve AS tanısı alan bireylerin büyük bir çoğunluğunun orta gelir seviyesinde, evli, en az bir çocuğa sahip, eşi ve çocuğu ile yaşamını sürdüren, sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşamadığını beyan eden, komorbit fiziksel hastalık tanısı bulunan ancak psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayan, hastalık ve tedaviye başlama süresini 5-10 yıl arasında ve istirahat ağrısını 5 şiddetinde belirten hastalar olduğu bulunmuştur. Bu nedenle bu benzerlikler grubun birlikte değerlendirilmesine sosyodemografik açıdan engel teşkil edecek bir durumun olmadığına da işaret etmektedir. Dahası, bulgular ışığında hem benzer hem de farklı bulunan yönleriyle iki grubun birbirlerini tamamlayıcı olmaları, yine çalışmanın genellenebilirliğinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Genellenebilirliğin değerlendirilmesi adına araştırmanın temel amaçlarının incelenmesinde kullanılan ölçüm araçları da oldukça önemli olmaktadır. Bu nedenle ölçüm araçlarının RA ve AS hastalarındaki değişimlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışmada hasta memnuniyeti, bilişsel hastalık algısı ve ilaca ilişkin spesifik gereklilik ve genel aşırı kullanım inançlarının RA ve AS hastalarında farklılaştığı, diğer ölçeklerin her iki grup için anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur.

İlk olarak hasta memnuniyetini değerlendiren ölçeğin RA ve AS hastaları için anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Çalışmada, RA hastalarının hasta memnuniyeti ölçeğinden aldığı puan 30.02 (ss=3.98) iken AS hastalarının puanın 26.77 (ss=6.10) olduğu görülmüştür. Bu bağlamda çalışmaya katılan RA hastalarının memnuniyet düzeylerinin AS hastalarına göre daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Literatürde AS ve RA hastalarının memnuniyet düzeylerini karşılaştırmalı bir şekilde ele alan tek bir çalışma dikkat çekmiştir. O da Kjeken ve arkadaşlarının (2006) 1193, RA (N=1041) ve AS (N=152) hastasının memnuniyetlerini nitel desenle ele aldığı çalışmadır. Bu çalışmada hem RA hem de AS hastalarının memnuniyet düzeylerinin genel olarak iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu bizim çalışmamızla da

paralellik göstermektedir. Mevcut çalışmada da her iki gruptaki hastaların memnuniyet düzeyleri ortalamalarının da arasındaki fark anlamlı olsa da aslında iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak mevcut çalışmadan farklı olarak Kjeken ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada AS hastalarının memnuniyetlerinin RA'lardan daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Kjeken ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında hasta memnuniyeti, hastanın sürece dair bilgi edinmesi ve karar alma süreçlerine dahil hissetmesi durumu üzerinden açıklanmaktadır. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, RA hastalarının karar alma süreçlerine kendilerini AS'ye göre daha az müdahil hissettikleri ve daha az bilgiye sahip oldukları yani hasta memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bu fark AS hastalarının genç, eğitimli ve çalışan bireylerden oluşuyor olması ile açıklanmaktadır. Bir başka deyişle AS hastalarının daha genç, eğitimli ve halen çalışan bireylerden oluşması hastalık sürecine dair daha çok bilgi edinebilmede ve karar almada kendini daha aktif hissetmede kolaylık sağladığı için hasta memnuiyetinin o grupta daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Örneklem özellikleri bakımından mevcut çalışma da tıpkı Kjeken ve arkadaşlarının (2006) çalışması gibi AS hastaları RA'lara göre daha genç, eğitimli ve çalışan bireylerden oluşmaktadır. Ancak mevcut çalışmada, Kjeken ve arkadaşlarının (2006) bulgularının aksine AS'lerde memnuniyet düzeyi daha düşük çıkmıştır. Bu duruma etki eden olası faktörlerden biri, Türkiye'deki sağlık sistemindeki hasta doktor ilişkisinin paternalistik bir tarzda (Emanuel ve Emanuel, 1992) yürütülüyor olması olabilir. Paternalistik ilişki tarzında, hastaların sağlık durumuyla ilgili kararları doktorların tek başına verdiği ve hastanın ise süreçte söz sahibi olmadığı bir durum mevcuttur. Bu nedenle hasta doktor ilişkisinin sağlıklı bir şekilde kurulamadığı görülmektedir. Doktorun tüm gücü ve bilgiyi elinde bulundurduğu paternalistik ilişkide hastadan beklenen sadece doktoruna uyum sağlamasıdır (Emanuel ve Emanuel, 1992). Bilgi alışverişine izin veren daha açık bir ilişkinin kurulduğunu yönelik bilgiler barındıran Kjeken ve arkadaşlarının (2006) çalışması ışığında Norveç kültüründe hasta doktor arasındaki ilişkinin daha fazla görüşmeci modelde yürütüldüğü düşünülmektedir. Görüşmeci modelde ise, doktorun amacı hastanın sağlığıyla iligili doğru kararı verebilmesi için bilgisel desteği sunmaktır. Hastayla doktorun daha eşit düzeyde ilişki kurduğu bu tarzda doktor hastaya bilgileri doğrultusunda sadece önerilerde bulunmaktadır. Ancak son kararı verme yetkisini

hastaya bırakmaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992). Bu nedenle eğitim düzeyindeki artış Norveç için memnuniyeti arttıran bir faktör olarak, Türkiye için ise düşüren bir faktör olarak değerlendirilebilir. Öte yandan yapılan çalışmada hasta memnuniyeti, hastanın sağlık sistemine yönelik 'beklenti'sinin sonucu olarak tanımlanmaktadır (Crow ve ark, 2002). Daha eğitimli ve genç bireylerden oluşan AS grubunun sağlık sistemine yönelik beklentisinin RA'lara göre daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Bu durumun hem eğitimli bireylerdeki yeni bilgileri almaya açıklık hem de gençlerin eleştirel düşünme eğiliminden kaynaklanacağı değerlendirilmiştir. Bu nedenle, daha yaşlı ve eğitim açısından daha düşük bireylerin sağlık sisteminden beklentisi daha düşük olabilmektedir. Bu bağlamda, mevcut çalışmada yaşça daha yüksek ve eğitimsiz kişilerden oluşan RA hastalarının beklentilerinin düşük olması sebebiyle mevcut sağlık sistemini daha yeterli olarak algıladıkları öne sürülebilir. Mevcut çalışmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 35 olması ve çalışmaya katılan RA hastalarının ortalamasının 30.02 (ss=3.98), AS'lerin de 26.77 (ss=6.10) olduğu görülmüştür. Ölçek puan skalasına bakıldığında her ne kadar iki grup arasında anlamlı bir fark görülmüş olsa da aslında bu farkın kategorik karşılığı açısından her iki grupta da ortalamanın üstü bir memnuniyete karşılık geldiği ve dolayısıyla aslında Kjeken ve arkadaşlarının niteliksel çalışmalarında olduğu gibi (2006) mevcut çalışmadaki AS ve RA hastalarının memnuniyetlerinin en azından iyi düzeyi temsil ettiği ve niceliksel olmasa da niteliksel olarak benzer bir memnuniyet kategorisi içinde değerlendirilebilecekleri öngörülebilir.

Çalışmaya katılım gösteren RA ve AS hastalarının hastalık algısı ölçeğinin sadece bilişsel hastalık algısı boyutunda birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştıkları bulunmuştur. Buna göre, hastalar bilişsel hastalık algısı alt ölçeği bakımından değerlendirildiğinde AS hastalarının ölçekten aldıkları puan ortalamasının 8.73 (ss=5.42), RA hastalarının ise 6.77 (ss=5.25) olduğu görülmüştür. Buna göre AS hastalarının hastalığa yönelik bilişsel açıklamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde spesifik olarak AS ve RA hastalarının hastalık algılarının karşılaştırıldığı bir çalışma da yer almaktadır. Hypantis ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları bu çalışmada RA ve AS hastaları sonuç ve kimlik alt testi açısından

birbirlerinden farklılaşmaktadır. Çalışmaya göre, RA hastalarının AS'ye göre hastalıklarının sonuçlarını daha olumsuz değerlendirdiği (sonuç) ve yaşadıkları semptomları daha fazla hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri (kimlik) bulunmuştur. Öte yandan mevcut çalışmada sonuçlar ve kimlik KHAÖ'nün duygusal boyutu içerisinde değerlendirilmektedir. Bu nedenle Hypantis ve arkadaşlarının (2013) çalışmasının bulguları yapılan çalışma ile tutarlılık göstermemektedir. Mevcut çalışmada AS hastalarının RA'ya göre hastalıklarını daha fazla kontrol edebildikleri, bireysel olarak kontrol algılarının daha yüksek olduğu ve hastalıklarını daha fazla anladıklarını düşündükleri görülmektedir. Bu farkın AS hastalarının sosyodemografik özellikleri ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bir başka deyişle daha genç ve eğitimli bir grup olan AS hastalarının RA hastalarına göre hastalıklarını daha fazla bilişsel açıklama eğiliminde olmaları beklenmektedir. Bu nedenle mevcut çalışmadaki bulgu literatürdeki aynı amacı test eden bir diğer çalışmayla benzerlik göstermese de örneklemin sosyodemografik yapısıyla tutarlılık gösterdiği düşünülmüştür.

Hastaların RA ve AS'nin tedavisinde kullandıkları ilaçlara ilişkin inançlardan spesifik gereklilik ve genel aşırı kullanım inançlarının RA ve AS hastalarında farklılaştığı görülmüştür. Hastaların ilaca ilişkin spesifik gereklilik inancının test skoru ortalamalarının RA hastalarında 19.88 (ss=4.12), AS hastaları için ise 18.69 (ss=4.79) olduğu bulunmuştur. Buna göre RA hastalarının hastalıkları için kullandıkları ilaçların gerekliliğine yönelik inançlarının AS hastalarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanında ilaçlara ilişkin genel aşırı kullanım inançları alt testi puanlarının ortalamalarının RA hastalarında 10.84 (ss=3.24), AS'lerde ise 11.72 (ss=3.58) olduğu görülmüştür. Buna göre AS hastalarının ilaç kullanımında aşırıya kaçma eğiliminin daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde ilaçlara ilişkin inançların RA ve AS hastalarında nasıl farklılaştığını gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, RA ve AS hastalarının ilaçlarını kullanım rutinlerinin birbirlerinden farklılaştığı bilinmektedir. RA hastalığının tedavisinde hastaların ilaçlarını her gün aynı düzende kullanması gerekmektedir. AS tanısı alan hastaların tedavisinde ise dönem dönem lüzum halinde kullanmaları gereken ilaçlar verilebilmektedir (Moura ve ark., 2015; Sieper ve ark., 2015). Bu sebeple RA ve AS

hastalarının ilaç kullanımlarının birbirlerinden farklılaştığı gibi ilaçlara yönelik değerlendirmelerinin de farklılaşacağı düşünülmektedir. Bir başka deyişle, RA hastalarının tedavilerine özel verilen ilaçların gerekliliğine inandıkları ve ilaç kullanımında aşırıya kaçma konusundan imtina etikleri düşünülebilir. Ancak zaman zaman ilaç tedavisine lüzum halinde kullanılması için verilen ilaçlarla devam edilen AS hastalarının, ilaçlarının gerekliliğine yönelik inancının zayıf olacağı ve de ağrı ya da fonksiyon kaybı gibi zorlanma durumlarında ilaç kullanımında aşırıya kaçabilecekleri öngörülebilir.

Yapılan çalışmada RA ve AS hastalarının ilaç uyumları bakımından ise farklılık göstermediği bulunmuştur. Literatürde iki hastalığın ilaç uyumlarının karşılaştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bunlardan ilki mevcut çalışmanın bulgusuyla da paralellik gösteren Henriksson, From ve Stratelis'in (2014) RA ve AS hastalarının ilaç uyumlarını değerlendirdiği çalışmadır. Bu çalışmada iki grubun ilaç uyumlarının birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulgulanmıştır. Bu durumun RA ve AS tedavisinde çoğunlukla benzer kodlu ilaçların farklı şekillerde kullanılmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Henriksson, From ve Stratelis, 2014). Benzer amaçla, Arturi ve arkadaşları (2013) AS hastalarının ilaç uyumlarını değerlendirmek amacıyla RA grubunu kontrol grubu olarak seçtikleri bir araştırma deseni kurmuşlardır. Çalışmada uyumun sürekli değişken olarak ele alınması durumunda RA ve AS hastaları arasında ilaç uyumları bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak ilaç uyumunun "uyumlu ve uyumsuz" olarak ikiye ayrılması durumunda RA hastalarının AS'lere göre ilaçlarına daha fazla uyum gösterdikleri bulunmuştur (Arturi ve ark. 2013). Gonzalez ve arkadaşlarının (2015) romatolojik hastalıklarda biyolojik ajanlara yönelik uyum davranışının incelendiği araştırmaları derledikleri çalışmalarında ise, AS hastalarının RA'lara göre daha fazla ilaç uyumu gösterdikleri belirtilmiştir. Ancak bu bulgunun sadece biyolojik ajanlar için geçerli olduğu unutulmamalıdır. Bunun yanında araştırmacılar biyolojik ajanların romatolojik hastalıkların tedavisinde en son basamakta kullanılması sebebiyle biyolojik ajan kullanan hastaların zaten diğer ilaçları da kullandıkları ve bu nedenle bu bulgunun diğer ilaç kodlarına da genellenebileceğinin altını çizmektedir (Gonzalez ve ark., 2015). Literatürde hem ilaç uyumunu ele alan çalışmaların farklı

yöntemsel desenlerle çalışılması hem de farklı ilaç kodlarının uyumlarının ayrı değerlendirilmesine yönelik eğilimin olması sebebiyle çelişkili bulgular dikkat çekmektedir. Ancak, mevcut çalışmada da ilaç uyumu sürekli değişken olarak ele alındığı ve tüm ilaç kod ve türleri birlikte ele alındığı için araştırmamızın bulgusunun Henriksson, From ve Stratelis'in (2014) ve Arturi ve arkadaşlarının (2013) bulgularıyla paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Bu bağlamda RA ve AS hastalarının ilaç uyum davranışlarının birbirlerinden farklılık göstermediği ve bu yüzden birlikte ele alınmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir.

Örneklemi oluşturan RA ve AS hastalarının sosyodemografik ve klinik değişkenler ile ölçekler bakımından birbirleriyle çoğunlukla farklılaşmadığı, hatta birbirini tamamladığına yukarıda değinilmiştir. Bu nedenle yukarıda belirtilen betimsel analizler çerçevesinde RA ve AS hasta grubunun araştırmanın amaçları sınanırken birlikte analiz edilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür. Ancak çalışmanın temel amacı ilaç uyumunun sonuçları ve yordayıcılarının psikososyal açıdan ele alınmasına olanak sağlayan ÖDM'nin değerlendirilmesidir. Bu bağlamda bir sonraki bölümde ilaç uyumunda ÖDM'nin değerlendirilmesine yer verilecektir.

4.2. Araştırmanın Birinci Amacı Kapsamında: Öz Düzenleyici Modelin Değerlendirilmesi

Araştırmanın amaçlarından ilki Öz Düzenleyici Modelin (ÖDM) romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarının ilaca uyum davranışını açıklamadaki gücünün test edilmesini içermektedir. ÖDM, bireylerin sağlık tehdidine karşı düşünme ve hissetme tarzlarını ayrıca nasıl tepki verdiklerini açıklamak üzere geliştirilmiştir (Leventhal, Meyer ve Nerenz, 1980). Modele göre bireylerin semptomlarına ve hastalıklarına yükledikleri anlamlar hastalık algılarının yapısal ve içeriksel bağlamda içini doldurmaktadır (Leventhal, Nerenz ve Steele, 1984). Hastalık tehdidini açıklamaya yönelik pek çok model geliştirilmiş olsa da hem ölçüm kolaylığı hem de etki büyüklüğü sebebiyle ÖDM'nin diğerlerinden daha fazla öne çıktığı görülmektedir (Broadbent, Schoones, Tiemensma ve Kaptein, 2018). İlaç uyumunda ÖDM, hastalık algısı, ilaca ilişkin inançlar ve ilaç uyumundan oluşmaktadır. Model kapsamında, çalışmada hastaların hastalık algısı ile ilaç

uyumları ilişkisinde ilaca ilişkin inançların aracılık rolü incelenmiştir. Belirlenen bu ilişki yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir.

Model istatistiksel olarak sınanmadan önce, modelde tanımlanacak değişkenlerin tümünün ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi ile ele alınmıştır. Analiz sonucunda ÖDM'nin değişkenlerinin çoğunluğunun birbirleriyle korele olduğu görülmüştür. Öncelikle modelin sonuç değişkeni olan ilaç uyumunun hastalık algısı alt testlerinden bilişsel algılar ile anlamlı düzeyde negatif yönlü düşük, ilaca ilişkin spesifik endişe, genel aşırı kullanım ve zarar inançları ile anlamlı derecede negatif yönlü yüksek, ilaca ilişkin spesifik gereklilik inancı ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişkide olduğu görülmüştür. Öte yandan ilaç uyumunun, hastalık algısının alt testleri ile gösterdiği ilişkinin oldukça düşük düzeyde olması ise dikkat çekici bulunmuştur. Literatürde ilaç uyumu ile hastalık algısı ve ilaca ilişkin inançların korelasyonlarını değerlendiren çalışmalardan ilki olan Horne, Weinman ve Hankins'in (2002) astımlı hastalarla yaptığı çalışmada ilaç uyumunun, anlamlılık derecesinde ilaca ilişkin spesifik endişe inancı ile negatif yönlü yüksek düzeyde, ilaca ilişkin gereklilik inancı ile düşük düzeyde pozitif yönlü ve duygusal hastalık algısının belirteçlerinden sonuçlar ile ise düşük düzeyde negatif yönlü ilişki gösterdiği görülmüştür. Bu ilişkiyi test eden kronik ağrı hastalarının ilaç uyumlarını ele alan bir diğer çalışmada ise, ilaç uyumunun hastalık algısının bilişsel boyutunun belirteçlerinden bireysel kontrol ile pozitif yönlü zayıf düzeyde, duygusal boyutunda yer alan zaman çizelgesi ile negatif yönlü zayıf düzeyde ve ilaca ilişkin spesifik gereklilik ile negatif yönlü güçlü ve ilaca ilişkin endişe boyutuyla pozitif yönlü güçlü ilişki gösterdikleri bulunmuştur (Nicklas, Dunbar ve Wild, 2010). Bulgular ışığında, mevcut çalışmanın hastalık algısından sadece bilişsel boyutun ilaç uyumuyla ilişkili bulunduğu, ilaca ilişkin inançlardan ise hem spesifik (gereklilik ve endişe) hem de genel (aşırı kullanım ve zarar) alt ölçeklerinin ilaç uyumuyla ilişkili olduğu görülmüştür. Ancak mevcut çalışmanın bulgusu, duygusal hastalık algısı ve ilaca ilişkin spesifik endişe ilişkisi açısından literatürle benzerlik gösterse de, bilişsel hastalık algısının ilaca ilişkin spesifik gereklilik ile negatif yönlü ilişkide olması bakımından literatürden farklılık göstermektedir. Bu bulgunun olası sebeplerinden biri Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinin (KHAÖ) yapısıyla veya puanlama şekliyle

ilişkili olabilir. KHAÖ'nün bilişsel algı alt boyutunun maddeleri toplam skora eklenirken ters çevrilmiş ve analize bu haliyle sokulmuştur. Bu nedenle ilgili boyutun değerlendirilmesindeki puan artışının hastalık tehdidine dair bilişsel değerlendirmelerdeki artış olarak yorumlanması gerekmektedir. Bir başka deyişle, bu boyutun puanındaki artışının hastalığın anlaşılmadığına, hastalık üzerinde kontrolün bulunmadığına ve tedavinin iyi gelmeyeceğine dair atıflar olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle aslında mevcut çalışmanın bulgusunun literatürdeki diğer çalışmalarla kavramsal olarak tutarsızlığının olmadığı görülmektedir.

Bilişsel hastalık algısı alt ölçeğinin anlamlılık düzeyinde duygusal hastalık algısı ile pozitif yönlü yüksek ve ilaca ilişkin inançların tüm alt ölçekleri (spesifik gereklilik, spesifik endişe, genel aşırı kullanım, genel zarar) ile yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur. İlişkinin yönü bakımından hastalık algısının bilişsel boyutunun, ilaca ilişkin spesifik gereklilik inancı ile negatif, diğerlerinin ise alt testlerle pozitif yönlü ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Duygusal algı alt testi ile anlamlılık düzeyinde ilaca ilişkin inançların genel zarar boyutu hariç diğer tüm alt testlerin (spesifik gereklilik, spesifik endişe, genel aşırı kullanım) pozitif yönlü güçlü ilişkide olduğu görülmüştür. Hastalık algısı ile ilaca ilişkin inançların alt testlerinin ilişkisinin güçlü çıkması modelin tanımlanabilmesi adına önemlilik göstermektedir. Mevcut çalışmanın bulgusuyla paralel olarak literatürdeki pek çok çalışmada da bilişsel değerlendirmelerin ilaca ilişkin spesifik gereklilik inancı, duygusal değerlendirmelerin ise ilaca dair endişe inancının güçlü ilişkide olduğu dikkati çekmektedir (Hughes, 2011; Morgan ve ark., 2015; Nicklas, Dunbar ve Wild, 2010).

İlaç uyumunda ÖDM'nin sınanmasında ilaç uyumu ile hastalık algısının ilişkisinde ilaca ilişkin inançların aracılık rolü değerlendirileceği için, aracılık hipotezinin testi amacıyla Baron ve Kenny'nin (1986) ortaya attığı koşullar incelenmiştir. Bunlardan ilki, yordanan, yordayıcı ve aracı değişkenin birbirleriyle ilişkisinin anlamlı düzeyde olmasının gerekliliğidir. Bu anlamlılığın sadece korelasyonla değil regresyon modellemesiyle de kanıtlanmış olması gerekmektedir. Bir diğer koşul ise, yordanan ve yordayıcı değişken arasındaki ilişkinin aracı değişken modele tanımlandığında istatistiksel anlamlılığını kaybetmiş olmasıdır. Bu

iki koşul da sağlandığı takdirde modelde tam bir aracılık olduğu söylenebilmektedir. Ancak eğer, yordayıcı ve yordanan değişken arasındaki ilişki anlamlılığını kaybetmez ama gücünü kaybederse bu durumda modelde kısmi aracılık etkisinden bahsedilebilmektedir (Baron ve Kenny, 1986).

Çalışmanın yordayıcı değişkeni olan hastalık algısı ile yordanan değişkeni olan ilaç uyumu ve aracı değişkeni olan ilaca ilişkin inançların alt testleriyle birlikte birbirleriyle çoğunlukla ilişkili oldukları görülmüştür. Baron ve Kenny'nin (1986) önerisi üzerine bu korelasyonun regresyon modellemesiyle test edilmesi gerekmektedir. Bu amaçla belirlenen değişkenlerin modele tanımlanmasının ardından öncelikle ölçüm modeli oluşturulmuş ve ardından hedeflenen model test edilmiştir. Ölçüm modeli açısından ilişkiler Baron ve Kenny'nin öngörülerini destekler şekilde beklenen yönde olmakla birlikte hipotezi kurulan yapısal modelin fit indeksleri kabul edilebilir düzeyde olsa da ilaca ilişkin inançların "genel zarar" ve "genel aşırı kullanım" alt testlerinin aracılık rolü göstermediği tespit edilmiştir. Bu durumda hastalık algısı ile ilaca uyum davranışının ilişkisinde genel inançların aracılık etmediği, ilaca ilişkin spesifik inançların tek başına aracı olduğu belirlenmiştir. ÖDM'nin ilaç uyumunu değerlendirdiği ilk dönem çalışmalarda ilaçlara yönelik genel inançların rolü belirtilse de (Horne, Weinman ve Hankins, 1999; Owen ve ark., 1985) devam eden çalışmalarda da genel inançların aracılık etkisinin düşük ya da hiç olmadığını belirtmektedir (Hughes, 2011; Treharne ve ark., 2005). Horne ve arkadaşlarının (2013) çeşitli klinik grupların ilaca ilişkin inançlarının değerlendirildiği derleme çalışmasında hastaların hali hazırda kullandıkları ilaçlara dair spesifik inançlarının yüksek, yani yüksek gereklilik düşüncesi ve düşük düzeyde kaygı hissinin, ilaç uyum davranışını arttırdığı belirtilmektedir. Bunun yanında ilaç uyumuna spesifik inançların etkisinin genel inançlara göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Horne ve ark., 2013).

Yukarıda bahsi geçen çalışmaların önerisi ve mevcut çalışmanın bulgusu ışığında model, ilaca yönelik inançlardan sadece spesifik (gereklilik ve endişe) boyutun hastalık algısı ve ilaca uyum davranışı arasında aracılık rolünü test edecek şekilde revize edilmiştir. Bir başka deyişle, modelden ilaca yönelik genel inançlar

çıkarılmış ve sadece ilaca yönelik spesifik inançlar boyutunun aracı değişken olarak tanımlandığı yeni modelin sınanmasına karar verilmiştir. Oluşturulan yeni yapısal modelin dayandığı ölçüm modeli üzerinde gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra test edilen yeni yapısal modelin bu haliyle uyum indeksleri bakımından genel inançların da dahil olduğu önceki modele kıyasla daha da iyileştiği görülmüştür (χ^2 /sd=1,49; RMSEA=.046; sRMR=.069; CFI=.93; GFI=.90). Bu modele göre ilaç uyumu ile hastalık algısı ilişkisinde ilaçlara ilişkin spesifik inançların her iki bileşeniyle de (gereklilik ve endişe) hastalık algısının bilişsel ve duygusal alt ölçekleri ile ilaç uyumu davranışı arasındaki ilişkide tam aracı role sahip olduğu doğrulanmıştır. Elde edilen bu bulgudan hareketle, hastaların hastalıklarına yönelik bilişsel ve duygusal değerlendirmelerinin, ilaçlara yönelik spesifik inançları üzerinden ilaç uyum davranışına etki ettikleri görülmüştür. Bir başka deyişle hastalık algısı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin direk olmadığı ve ilaca dair spesifik inançların aracılığı üzerinden gerçekleştiği bulunmuştur.

Yapılan çalışmada oluşturulan modelin spesifik gereklilik varyansının %26'sını, spesifik endişenin %21'ini ve ilaç uyumunun %20'sini açıkladığı bulunmuştur. Horne ve arkadaşları (2013) yaptıkları derleme çalışmasında ilaç uyumu değişkeni varyansının ortalama %15-20'sini ilaca ilişkin inançların açıkladığını belirtmiştir. Bunun yanında Hughes (2011) hazırladığı doktora tezi çalışmasındaki derlemede ÖDM'nin ilaç uyumu davranışının varyansının ortalama %20'sini açıkladığını vurgulamaktadır. Bu bulgular değerlendirildiğinde mevcut çalışma bulgusunun kabul edilebilir düzeyde varyans açıklama gücü olduğu ve bunun literatürle paralellik gösterdiği dikkat çekmektedir.

Mevcut çalışmanın ilk amacının model testi bulgusunda da doğrulandığı üzere hastalık algısı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin doğrudan değil, ilaca yönelik spesifik inançlar aracılığı ile sağlanıyor olması literatürdeki pek çok çalışmayla tutarlılık göstermektedir (Horne ve Weinman, 2002; Nicklas, Dunbar ve Wild, 2010; Ross ve ark., 2004). Yapılan çalışmalarda hastaların bilişsel hastalık algısındaki artışın ilaçlara dair yüksek gereklilik düşüncesi üzerinden, duygusal hastalık algısının ise ilaca ilişkin düşük endişe hissine sahip olunması ile ilaç uyumunu arttıracağı

belirtilmektedir. Bir başka deyişle, literatürdeki çalışmalarda bilişsel hastalık algısı ile ilaca ilişkin spesifik gereklilik inancının, duygusal hastalık algısı ile de ilaca ilişkin spesifik endişe inancının pozitif yönlü ilişki gösterdiği görülmektedir (Hughes, 2011; Horne ve ark., 2013; Treharne ve ark., 2005). Oysaki mevcut çalışmada duygusal ve bilişsel hastalık algıları ile ilaç uyumu ilişkisinin her ikisinde de hem spesifik hem de gereklilik inaçları aracılık göstermektedir. Bir başka deyişle, çalışmada, hastalığa dair bilişsel değerlendirmeleri olumsuz olan kişilerin ilaçların gerekliliğine dair inançlarının düşük, endişelerinin yüksek olduğu ve bunun da ilaç uyumsuzluğunu arttırdığı bulgulanmaktadır. Bunun yanında hastalığın duygusal algılanmasının da ilaçlara ilişkin hem gereklilik hem de endişe inançları ile ilişkili olduğu ve bunun da ilaç uyumunu yordadığı bulunmuştur. Hastalığın duygusal değerlendirmelerinin artmasıyla oluşan tehdit algısı bir taraftan endişeyi arttırarak ilaç uyumsuzluğu oluşturduğu, diğer taraftan ise ilaçlara yönelik gereklilik inancını arttırarak ilaç uyumunu yordayacağı bulgulanmıştır. Literatürde yer alan pek çok çalışmada hatta modelin tüm bileşenleriyle ele alındığı ilk çalışmada dahi (Horne ve Weinman, 2002) hastalık algısı ve ilaca ilişkin spesifik inançların tüm alt testlerinin birbirleriyle ilişkili olduğu belirtilmemektedir. Literatürde çoğunlukla bilişsel hastalık algısının ilaca ilişkin gereklilik, duygusal algının ise ilaca dair endişe inançları ile ilişkili olduğuna yönelik çalışmalar yer almaktadır (Hughes, 2011; Morgan ve ark., 2015; Ross ve ark., 2004). Bu nedenle, mevcut çalışmanın bilişsel hastalık algısının ilaca ilişkin sadece gereklilik değil aynı zamanda spesifik endişe inancıyla, hastalığa dair duygusal algının ise ilaçlara yönelik sadece spesifik endişe değil aynı zamanda spesifik gereklilik inancı ile de ilişkili olduğunu gösteren literatürde erişilebilen ilk çalışma olduğu düşünülmektedir. Aslında RA ve özellikle AS hastalarında ilaç uyumunda ÖDM'nin çalışıldığı kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak, RA ve AS'nin klinik özellikleri bakımından ilaç kullanma ihtiyacının yoğun olduğu bilinmektedir. Bazı durumlarda ilaç kullanmamak hastaların ciddi sıkıntılar yaşamasına sebep olmaktadır. Bu nedenle, mevcut çalışmadan elde edilen bulgulara göre AS ve RA hastalarının tedavisinde çok önemli olan ilaç uyum düzeylerine yönelik geliştirilecek müdahalelerde hem bilişsel hem de duygusal hastalık algısının çalışılmasının ilaçlara ilişkin gereklilik ve de endişe inançlarına etki ederek ilaç uyumunu arttıracağı görülmüştür. Bu bağlamda ilaç

uyumunu arttırmaya yönelik müdahalelerin hem bilişsel hem de duygusal bileşenleri bir arada hedeflemesi gerektiği düşünülmüştür. Bunun yanında RA ve AS hastalarıyla yapılan ilaç uyumunda ÖDM'nin sınandığı çalışmalarda yapısal eşitlik modellemelerinin kullanım azlığı da dikkat çekicidir. Bu nedenle mevcut çalışmanın RA ve AS hastalarında ilaç uyumunda ÖDM'yi yapısal eşitlik modellemesiyle ele alan az sayıda çalışmadan biri olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, hem ÖDM bileşenlerinin ilaç uyumu varyansını açıklama gücü hem de yapısal eşitlik modellemesi uyum iyiliğinin kabul edilebilir düzeyin üstünde olması sebebiyle RA ve AS hastaları için ilaç uyumunda ÖDM'nin uygulanabilir bir model olduğu öngörülebilir.

Araştırmanın birinci amacı kapsamında oluşturulan araştırma sorularına dair bulgular yukarıda tartışılmıştır. Bir sonraki bölümde araştırmanın ikinci amacına dair bulgulara ve bunların literatür kapsamında ele alınmasına yer verilecektir.

4.3. Araştırmanın İkinci Amacı Kapsamında: Genişletilmiş Öz Düzenleyici Modelin Değerlendirilmesi

Araştırmanın ikinci amacı doğrultusunda, çalışmada Genişletilmiş ÖDM olarak adlandırılmış olan ve ilaç uyumunda Öz Düzenleyici Modelin (ÖDM) yordayıcı değişkeni olan hastaların sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyet düzeyi ile yordanan değişken olarak belirlenen psikolojik durumun ilişkisine yer verilecektir. Bir başka deyişle, çalışmada ikinci amaç kapsamında hastaların memnuniyetleri ile sağlık sonuçlarının ilişkisinde ilaç uyumunda ÖDM'nin aracılığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

ÖDM'yi geliştirenler, hastalık algısının oluşmasında hastaların içinde yaşadıkları sosyal çevrenin önemini vurgulamışlardır. Temel modele sosyal süreçlerle ilgili bir değişken eklemeyen kuramcılar, buna rağmen sosyal bağlamın hastalık algısı oluşumunda bir çerçeve görevi gördüğüne dikkat çekmişlerdir (Leventhal ve ark., 2003). Hastaların içinde yer aldıkları sosyal çevre denildiğinde akıllara oldukça geniş bir tablo gelmektedir. Ancak özellikle romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) gibi uzun süreli medikal destek alması gereken hastalarda,

sosyal çevrenin klinik ortamdan koparılmasının zor olacağı düşünülmüştür. Öte yandan, hastaların hastalıklarına yönelik temel bilgileri edindikleri ve tedavi adına adımlar attıkları yerleri içeren sağlık sistemi kişilerin spesifik olarak hastalıklarına yönelik algısını şekillendirebilmektedir. Örneğin, hastaların kendilerinin ya da bir yakınlarının yaşantıları üzerinden sağlık sistemine yönelik değerlendirmeleri olumlu ise bu hastalar, hastalık sürecini daha az kaygı verici ve daha fazla kontrol edilebilir algılama eğilimindedirler (Glattacker, Heyduck, Meffert ve Jakob, 2018). Tüm bunlara göre, hastalık algısının oluşumunda etkili olduğu belirtilen sosyal içeriğin tıbbi hizmetin alındığı sağlık merkezleri olarak belirlenmesi uygun olabilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti alınan merkezlere ve çalışanlara yönelik beklentiyi değerlendirme amacıyla hasta memnuniyetinin ÖDM'nin yordayıcısı olarak seçilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür. İlaç uyumunda ÖDM temel modelden farklı olarak sağlık sonuçlarına değil davranışlarına etki eden psikososyal süreçleri ele almaktadır. Ancak sağlık davranışlarının sağlık sonuçları üzerinde de etkili olduğu bilinmektedir. Bu etkinin değerlendirilebilmesi adına bu çalışmada belirlenen sağlık sonucu olan psikolojik durum üzerinde ilaç uyumunda ÖDM ve hasta memnuniyetinin etkisinin birlikte değerlendirilmesinin gerektiği düşünülmüştür.

Bu amaçla bir önceki bölümde ele alınmış olan ilaç uyumunda ÖDM'ye ikinci amaç doğrultusunda eklenen hasta memnuniyeti ve psikolojik durumun alt ölçeklerinin birbirleriyle ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Buna göre hasta memnuniyetinin ilaç uyumu ve ilaca yönelik spesifik gereklilik inançları ile pozitif yönlü güçlü, ilaca ilişkin spesifik endişe inançları, hastalık algısının ve psikolojik semptom düzeyinin tüm alt ölçekleri ile negatif yönlü güçlü ilişkide olduğu bulgulanmıştır. Bir başka deyişle hasta memnuniyetinin ilaç uyumu, psikolojik durum, hastalık algısı ve ilaca ilişkin spesifik inançlar ile ilişkili olduğu görülmüştür. RA ve AS hastalarında hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmalar literatürde mevcuttur. Özellikle RA hastalığında ilaç uyumu ve hasta memnuniyeti ilişkisi ele alınan bir konudur. Bu konuda yapılan bir çalışmada Barton (2009) RA hastalarının biyolojik terapiye başlama kararını ilaç uyumu ve hasta memnuniyeti perspektifinde araştırmıştır. Bu konuda yapılmış 13 çalışmanın derlendiği çalışmada, hasta memnuniyeti ve ilaç uyumunun birbirleriyle

pozitif yönlü korelasyon gösterdikleri belirtilmiştir. Estonya hükümetine bağlı sağlık araştırmaları biriminin yaptığı bir çalışmada ise RA hastaları için ilaç uyumunun sağlık hizmetinden memnun olma ve yeterince bilgilendirilmiş olmakla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Müller, Kallikorm, Põlluste ve Lember, 2012). Ancak bu bulguların aksine ilaç uyumunu Sağlık İnanç Modeliyle (SİM) ele alan 18 araştırmanın derlendiği bir başka çalışmada ise hasta memnuniyeti ve ilaç uyumu ilişkisine işaret eden güçlü kanıtların olmadığına dikkat çekilmiştir (Pasma ve ark., 2013). Mevcut çalışmanın bulgusu Müller, Kallikorm, Põlluste ve Lember'in (2012) ve Barton'un (2009) araştırmaları ile benzerlik göstermektedir. Ancak bu tez çalışmasının bulgusunun Pasma ve arkadaşlarının (2013) derleme çalışmaları ile tutarlılık göstermeme sebeplerinden bir tanesi derleme çalışmasının spesifik olarak bir model test eden çalışmalara odaklanması olabilir. Hasta memnuniyeti ile ilişkili bulunan bir diğer değişken ise hastalık algısının bilişsel ve duygusal boyutudur. Literatürde bu ilişkiyi test eden yeterince çalışmanın olmadığı görülmüştür. Ancak medikal nedeni tam olarak açıklanmamış 1785 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların kimlik ve duygusal tepki gibi duygusal hastalık algısının bileşenleri ile hasta memnuniyetinin negatif yönlü ilişki gösterdiğine işaret edilmiştir (Frostholm ve ark., 2005). Iskandarsyah ve arkadaşlarının (2013) göğüs kanseri tedavisi gören 70 hasta ile yaptıkları çalışmada ise sağlık hizmetinden duyulan memnuniyetin bilişsel hastalık boyutundan anlaşılabilirlik ve kontrol bileşenleri ile pozitif, duygusal hastalık algısı içerisinden endişe ile negatif yönlü güçlü ilişki gösterdiği görülmüştür. Literatürde yer alan her iki çalışma da mevcut çalışmanın bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bu nedenle hasta memnuniyeti ve hastalık algısı değişkenlerinin birbirleriyle ilişkili kavramlar olduğu düşünülmüştür. Ancak literatürde RA ve AS hastalarında bahsi geçen ilişkiyi test eden bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın bu konuda öncü çalışmalardan biri olduğu söylenebilir.

Psikolojik durumun değerlendirilmesi amacıyla kullanılan psikolojik semptom düzeyinin somatizasyon alt ölçeğinin hasta memnuniyeti ile negatif yönlü güçlü, hastalık algısının tüm alt testleri, ilaçlara ilişkin spesifik endişe ve genel zarar inancı, anksiyete ve depresyon ile pozitif yönlü güçlü ve ilaca dair genel aşırı kullanım inancı ile ise pozitif yönlü düşük düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Anksiyete alt testinin, hasta memnuniyeti ile negatif yönlü güçlü, hastalık algısının boyutları ve ilaca yönelik spesifik endişe inancı ile pozitif yönlü güçlü ve genel aşırı kullanım ile pozitif yönlü düşük ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Depresyon alt testinin hasta memnuniyeti ile negatif yönlü yüksek, hastalık algısının alt testlerinin tümü, ilaca ilişkin spesifik endişe inancıyla negatif yönlü güçlü ve ilaçlara dair spesifik gereklilik ve genel aşırı kullanım inancı ile düşük düzeyde pozitif yönlü ilişkide olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmada özetle semptom düzeyinin tüm alt testlerinin hem hasta memnuniyeti hem de hastalık algıları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Elde edilen korelasyon bulgularıyla paralellik gösteren ya da çelişen pek çok çalışma literatürde yer alsa da (Murphy, Dickens, Creed, Bernstein, 1999; Rezaei ve ark., 2014; Zyrianova ve ark., 2011; Ulus ve ark., 2017), bu ilişkilerin daha detaylı incelendiği modelleme bulgularıyla birlikte tartışılmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür. Bu nedenle anlamlı çıkan değişkenlerin tanımlandığı, araştırma amaçları kapsamında oluşturulan modelin sonuçlarının tartışılması aşamasına geçilmesinin uygun olacağı değerlendirilmiştir.

Mevcut çalışmanın yordayıcı değişkeni olan hasta memnuniyeti, yordanan değişkeni olan psikolojik durum ve aracılık rolü üstlenen ilaç uyumunda ÖDM'nin bileşenleri (hastalık algısı, ilaca ilişkin inançlar ve ilaç uyumu) çoğunlukla kabul edilebilir düzeyde ilişki göstermektedir. Bir önceki bölümde de detaylı şekilde tarif edilen Baron ve Kenny'nin (1986) öngörülerinin desteklenmiş olması sebebi ile mevcut çalışmada aracılık hipotezinin testine geçilmiştir. Araştırmanın amaçları bağlamında ele alınan tüm değişkenler tek seferde modele tanımlanarak tüm değişkenlerin ilişkisi birlikte ele alınmıştır. Öncelikle oluşturulan ölçüm modelinin iyilik değerleri değerlendirilmiş ve bazı maddelerin hata varyanslarının eşlenmesine dair öneriler incelenmiştir. Gerekli öneriler yerine getirildikten sonra uyum değerleri kabul edilebilir düzeyde olmuştur. Ardından model sınamasına geçilmiştir.

Mevcut çalışmanın ikinci amacının ilk sorusu bağlamında oluşturulan ilk modelde sonuç değişkeni olarak psikolojik durum ele alınmıştır. Bu model kapsamında hasta memnuniyeti ve psikolojik durumun ilişkisinde ilaç uyumunda ÖDM'nin aracılığının değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Ancak oluşturulan modelde

beklenenin aksine ilaç uyumunda ÖDM'nin bileşenlerinden birisi olan ilaç uyumu ile psikolojik durumun ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Bu bağlamda hasta memnuniyeti ile psikolojik durum arasında kurulan ilişkinin ilaç uyumunda ÖDM üzerinden değil doğrudan olduğu değerlendirilmiştir. Bir başka deyişle, hasta memnuniyeti ve psikolojik durum arasında direk bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. Bu nedenle zaten anlamsız olan ilaç uyumu ve psikolojik durum arasındaki ilişki arasındaki yolun silindiği yeni bir model tanımlanmış ve analiz tekrarlanmıştır. Bu modelin bir öncekine göre uyum iyilikleri açısından daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Dolayısıyla son tahlilde oluşan modelde birbirinden bağımsız iki sonuç değişkeni olduğu görülmüştür. Bunlardan ilki zaten araştırma amaçlarında da yer alan duygusal sağlık sonucu olarak ele alınan psikolojik durumdur. İkincisi ise yeni oluşturulan model bağlamında davranışsal sağlık sonucu olarak ele alınabilecek olan ilaç uyumudur. Her iki sonuç değişkeni de hasta memnuniyeti tarafından yordanmakla beraber, davranışsal sağlık sonucu olan ilaç uyumu ÖDM bileşenleri üzerinden dolaylı, duygusal sağlık sonucu olan psikolojik durum ise doğrudan ilişki göstermektedir. Bir başka deyişle araştırma sorularından ilki olan hasta memnuniyetinin ilaç uyumunda ÖDM'nin yordayıcı değişkeni olma durumunun kabul edildiği ancak ikinci araştırma sorusunu içeren psikolojik durumun ilaç uyumunda ÖDM tarafından yordanmasının ise desteklenmediği görülmüştür. Bu nedenle çalışmanın ikinci amacının kısmi olarak doğrulandığı belirlenmiştir.

Mevcut çalışmada hasta memnuniyeti ile ilaç uyumunun ilişkisinin ÖDM bileşenleri üzerinden olduğu görülmüştür. Yukarıda da bahsi geçen bir derleme çalışması olan Pasma ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada ilaç uyumu ile hasta memnuniyetinin direk ilişkisinin olmadığı ancak birbirleri ile klinik olarak bağlantılı kavramlar tutum, inanç gibi bileşenlerin üzerinden aracılığının test edilmesinin faydalı olacağı vurgulanmıştır. Bir diğer derleme çalışmasında ise hasta memnuniyeti ile ilaç uyumu arasında ilişkide ilaca ilişkin inançların aracılık rolü üstlendiği görülmektedir (Barton, 2009). Her iki çalışmanın bulgusunda belirtildiği gibi mevcut çalışmada da hasta memnuniyeti ve ilaç uyumu ilişkisindeki aracılığı hastalık algıları ile ilaca ilişkin inançların birlikte yürüttüğü görülmektedir. Ancak mevcut çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalara göre önemli üstünlükleri

bulunmaktadır. Bunlardan ilki, hasta memnuniyeti ve ilaç uyumu ilişkisinde ÖDM'nin tüm bileşenleriyle (hastalık algısı ve ilaca ilişkin inançlar) aracılık rolünün değerlendirildiği literatürde yer alan ilk çalışma olmasıdır. Ayrıca tüm bu ilişkiler test edilirken literatürdeki diğer çalışmaların aksine yapısal eşitlik modellemesinin kullanılmasının, kurulan hipotezlerin incelenmesinde modelin uyum iyiliklerinin de değerlendirilebilmesi açısından daha daha kapsamlı bilgi sunduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmaların pek çoğunda hastalık algılarının psikolojik zorlanmayla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Bozkurt ve ark., 2018; Murphy, Dickens, Creed, Bernstein, 1999; Ulus ve ark., 2017; Zyrianova ve ark., 2011). Ancak Hyphantis ve arkadaşları (2013) ve Kotsis arkadaşlarının (2012) AS hastaları ile yaptığı çalışmalarda hastalık algısıyla psikolojik zorlanmanın ilişkili olduğu ancak bu ilişkinin regresyon modellemesiyle kanıtlanamadığı belirtilmektedir. AS hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, AS hastaları için psikolojik durum ve hastalık algısının birbirleriyle ilişkisinin yeterince iyi olmadığı ama birlikte yaşam kalitesini yordadığına dikkat çekilmiştir. Bu bulgular ışığında, bizim çalışmamızda da hastalık algısı ile psikolojik zorlanmanın ham korelasyon düzeyinde ilişki gösterdiği ancak bu ilişkinin modellemede de devam edebilecek kadar güçlü olmadığı görülmektedir (Hyphantis ve ark., 2013). Bu çalışmada da görüldüğü üzere psikolojik zorlanma hastalıkla ilgili değerlendirmelerden daha çok hasta memnuniyeti kavramı kapsamında ele alınan sağlık çalışanlarından edinilen bilgisel ve duygusal destekten etkilenmektedir. Literatürde AS ve RA hastalarıyla bu ilişkinin sınandığı bir çalışmanın olmamasıyla birlikte, farklı tanı gruplarında yapılmış çalışmalarda kurulan bu ilişkiyle ilgili çelişkili bulgular mevcuttur. Öncelikle 545 diyabetli hastanın psikolojik semptom şiddeti ile hasta memnuniyetinin ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, memnuniyeti düşük olanların depresyon düzeylerinin memnuniyeti yüksek olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Kurulan bu ilişkinin tedavi uyumu açısından da olumsuz sonuçlar doğurabileceğine işaret edilmiştir (Bassett ve ark., 2012). Bu çalışmalardan birisi olan Rossom ve arkadaşları (2016) kronik depresyon hastalarının memnuniyet düzeyleri ile psikolojik zorlanma boyutlarının ilişkisini değerlendirmiştir. Boylamsal bir desenle değerlendirilen bu çalışmada depresyonlu

hastalardan hasta memnuniyeti yüksek olanların nüks oranlarının, düşük olanlara göre anlamlı düzeyde daha az olduğu bulgulanmıştır. Bu çalışma hem duygusal sağlık sonuçlarının kronik hastalıklarda değerlendirilmesi hem de bu etkinin uzun vadeli sonuçlarını göz önüne serebilmesi sebebiyle oldukça kritik bir önem taşımaktadır (Rossom ve ark., 2016). Değinilen iki çalışmanın bulgularıyla da paralellik gösteren çalışmalar alanda yer almaktadır (Glattacker, Heyduck, Meffert ve Jakob, 2018; Iskandarsyah ve ark., 2013). Mevcut çalışma da bu bulgularla tutarlılık göstermektedir. Ancak medikal nedeni tam açıklanamayan tıbbi semptomlar yaşayan hastalarla yapılan bir çalışmada ise hasta memnuniyetinin psikolojik durumla ilişkili olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın örneklemini oluşturan grubun oldukça zorlu ve uzun süreli bir çare arayışının henüz sonuçlanmadığı ve dahası bir tanı ile sistemli bir tedavi sürecine başlamadıkları gözlenmektedir (Frostholm ve ark., 2005). Bu nedenle henüz tanı almamış bir hasta grubuyla yapılmış bu çalışmanın mevcut çalışmadaki RA ve AS tanısıyla tedavi gören hasta grubuna genellenemeyeceği düşünülmüştür. Hasta memnuniyetinin, hastaların sağlık sisteminin bileşenleriyle kurdukları ilişkiyi değerlendirdiği bilinmektedir. Her iki araştırma sorusunun da yordayıcı değişkeni olan hasta memnuniyetinin davranışsal sağlık sonuçlarını daha çok bilişlere, inançlara, algılara, değerlendirmelere olan etkisi üzerinden öngördüğü değerlendirilmiştir. Ancak bir diğer sonuç değişkeni olan psikolojik duruma hasta memnuniyetinin etkisinin daha fazla ilişkisel bir tema üzerinden gerçekleştiği düşünülmektedir. Bir başka deyişle, mevcut çalışma hasta doktor ilişkisinin başat bir rol oynadığı hasta memnuniyetinin psikolojik iyilik üzerinde doğrudan etkisinin olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yeterince iyi kurulmuş bir ilişkide hastaların hastalık yaşantısına dair duygusal tepkilerinin azalacağı beklenmektedir (Lempp, Galloway ve Hughes, 2015). Bunun bir anlamda psikoterapide kurulan "terapötik ittifak"ın iyileştirici gücü olarak da değerlendirilebilmesi mümkündür. Dolayısıyla bu model, RA ve AS hastaları için bir nevi hasta-tedavi ekibi ilişkisini hem bireysel hem ilişkisel süreçleri ile ele alan daha bütüncül bir modelin de prototipi olarak kabul edilebilir. Ancak bu modelin diğer hasta gruplarında nasıl ele alınacağıyla ilgili takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Öte yandan, ilaç uyumunu arttırmak için algı, inanç gibi bireysel değerlendirmelere, psikolojik sonuçlar için ise doğrudan hasta tedavi ekibi ilişkisine

odaklanılmasının uygun olabileceği değerlendirilmektedir. Bu nedenle, geliştirilecek müdahaleler açısından da mevcut çalışmanın yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Modelin uyum değerlerinin de Goodness of Fit (GFI) değeri hariç iyi düzeyde olması sebebiyle oluşturulan yapının kabul edilebilir olduğu düşünülmüştür. Yapısal eşitlik modellemesinde GFI değeri tanımlanan modelin kovaryansları ne kadar iyi açıkladığını doğrudan değerlendirmektedir. Yani, GFI'nın değişkenlerin varyanslarının birbirleriyle ilişkili olmasını bunun yanında, birbirlerinden farklı şeyleri değerlendiriyor olma durumunu ele alan bir indeks olduğu bilinmektedir (Jöreskog & Sörbom, 1981). Bu perspektiften bakıldığında değişkenlerin birbirleri ile ilişkisini detaylıca incelemenin uygun olacağı düşünülmüştür. Şekil 13. incelendiğinde hasta memnuniyeti, hastalık algıları ve ilaca ilişkin inançların arasındaki ilişkinin oldukça yüksek çıktığı görülmüştür. Bunun yanında oluşturulan modelin hastalık algısı değişkenin varyansının %63'ünü, ilaca ilişkin inançların ise %42'sini açıkladığı bulgulanmıştır. Bu kadar yüksek ilişkinin ancak üst bir başlığın alt boyutları arasında olması beklenmektedir. Farklı yapılar olarak modele tanımlanan üç değişkenin (hasta memnuniyeti, hastalık algısı ve ilaca ilişkin inançlar) gösterdiği ilişkinin bu denli yüksek olması hastaların tüm bu üç ölçeğe aynı kaynak üzerinden cevap verdiklerini düşündürmüştür. Bu kaynağın ise hastaların sağlık sistemiyle, hastalıkla ve tedaviyle kurdukları ilişkinin tümünü kapsayan "hastalık yaşantısı" örtük değişkeni olabileceği değerlendirilmektedir.

Literatürde hastalık yaşantısına dair çalışmalar medikal sosyoloji alanı altında başlamıştır. Genel olarak hasta olma sürecini ifade eden hastalık yaşantısına dair pek çok çalışma mevcutsa da en kabul gören tanım Suchman'ınkidir (1965). Suchman'a (1965) göre hastalık yaşantısı beş aşamadan oluşmaktadır. Bunlardan ilki olan semptom deneyimi, hastaların semptomlarını ertelemeksizin kabul etmek zorunda kaldıkları dönemdir. İkincisi ise hasta rolünün üstlenilmesi olmaktadır. Bu zaman diliminde bireyler hastalığının gerçekliği ve tedavi gerekip gerekmeme durumunu değerlendirmek adına tavsiyeler almaktadır. Üçüncü evrede tıbbi bakım ile temasın oluşmasıyla bireyler resmi olarak hasta olduklarına ikna olma ya da reddetmekte ve tedavi adına yapılması gerekenleri öğrenmektedir. Dördüncüsü olan, hasta olarak

bağımlı olduğu inancının yaşandığı evrede yoğun bir duygusal ambivalans mevcut olmaktadır. Bu nedenle özellikle tedavi ekibiyle iyi ilişki içerisinde olunması ve doğru bilgilendirme edinilebilmesi oldukça önemli olabilmektedir. Beşinci evre yani iyileşme veya rehabilitasyon esnasında, bireylerin hasta rolünden vazgeçtikleri ve hastalığı hayatlarına yedirdikleri görülmektedir. Bu esnada bazı hastalar hastalıklarını ikincil kazanç elde etme üzerinden kullanma eğilimi gösterirken bazıları ise rehabilitasyon sürecinde aktif rol oynayabilmektedir. Hastalar hastalık yaşantısına uyum sağlamada bu beş evreden geçmektedir. Bazı durumlarda evreler arasında geçiş de mümkün olabilmektedir (Suchman, 1965). Aslında Suchman'ın (1965) evrelerle tanımladığı hastalık yaşantısı, bireylerin hastalık ve onun getirileri çerçevesinde daha önceki rol ve davranışlarını düzenleme ya da yenisini edinme süreçlerinin tümü olarak ele alınabilmektedir. Bireylerin hastalık yaşantıları değerlendirilirken, aldıkları sağlık hizmetinin kalitesi ve tedavi ekibiyle kurulan işbirliği, hastalığa ve tedaviye yönelik değerlendirmeleri temel alınmaktadır (Larsen, 2013). Tanım göz önüne alındığında, mevcut çalışmanın yordayıcı değişkenlerini bir çatı altında 'hastalık yaşantısının bileşenleri' olarak değerlendirmenin ve ileriki çalışmalarda bu kapsamda bir model sınamasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Öte yandan, hastalık yaşantısı bileşenlerinin kendi içlerinde negatif yönlü ilişki gösterdikleri görülmektedir. Buna göre verilen sağlık hizmetlerine memnuniyet gösteren hastaların, hastalıklarını daha az bilişsel ve duygusal tehdit olarak algıladığı, kullandıkları ilaçları daha gerekli gördüğü ve tarif edildiği gibi kullandığı, az endişe duydukları ve zarar verici olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir (Horne ve Weinman, 2002). ÖDM de sağlık davranışlarını ve sağlık sonuçlarını hastalığa ve tedaviye yönelik değerlendirmeler üzerinden açıklamayı hedeflemektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996.) Diğer sağlık modellerinden farklı olarak ÖDM sadece bireysel değerlendirmeleri ele almakta, sosyal ya da mevcut çalışmada ikinci amaç kapsamında sınanan modele dayalı olarak tartışılan "ilişkisel" girdilerle ilgili atıflara yer vermemektedir. Diefenbach ve Leventhal (1996) hastalığın algılanmasında üç kaynağın etkili olduğunu belirtmektedir. İlk kaynak, hastaların zaten özümsediği sosyal iletişim ağı ve kültürel olarak edindiği bilgi havuzundan hastalıkla ilgili bilgileri olmaktadır. Daha sonra kendileri için önemli olan kişilerin

deneyimleri ve doktor/sağlık personellerinden edindikleri bilgiler olmaktadır. Sağlık personelleriyle kurulan ilişki, yeterli bir sağlık hizmeti alıyor olmanın sağladığı güven ve hastaların ya da yakınlarının hastane deneyimleri de yetkililerden edinilen bilgiyi etkilemektedir. Son olarak da hastaların şimdiki hastalık ve semptom deneyimlerinin etkili olduğu görülmektedir (Diefenbach and Leventhal, 1996; Leventhal ve ark., 2003). Sonuç olarak aslında ÖDM'de hastalık algısının oluşumuyla ilgili belirtilen süreçlerde hastaların sosyal ve kültürel değerlendirmelerine yer verilmiştir. Ancak belirtilen bu sosyal etkinin sadece modeli geliştiren araştırmacıların metinlerinde kaldığı ve modele değişken olarak eklenmediği görülmektedir. Bu haliyle model sadece 'bireysel' odaklı bir değerlendirme sunmaktadır. Ancak hayatımız için kritik sağlık odaklı bir davranışsal karar almada sağlık sisteminin etkisinin küçümsenemeyecek kadar çok olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada 'Genişletilmiş Öz Düzenleyici Model' (GÖDM) sınaması kapsamında davranışsal ve duygusal sağlık sonuçlarına etki eden sistemsel değişkenlerin de ele alınmış olduğu söylenebilir. Bu nedenle, yapılan eklemenin modelin geliştiricilerinin düşünceleri paralelinde olduğu ve sağlık davranışını açıklamada daha güçlü bir model olabileceği öngörülebilir.

Tüm bunların yanı sıra mevcut çalışma kapsamında oluşturulan GÖDM'nin sağlık davranışı olan ilaç uyumunun varyansının %28'ini açıkladığı bulunmuştur. Öte yandan bir önceki hipotezde sınanan ilaç uyumunda ÖDM şeklindeki çekirdek modelin ilaç uyumu varyansının %20'sini açıkladığı görülmektedir. Buna göre yeni oluşturulan modelin ilaç uyumu değişkeninde açıkladığı varyansta artış oluşturduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında mevcut çalışmada oluşturulan GÖDM psikolojik zorlanmayı sadece hasta memnuniyeti değişkeni üzerinden açıklamaktadır. Hasta memnuniyeti ile oluşturulan modelin psikolojik zorlanma varyansının %11'ini açıkladığı bulgulanmıştır. Bu ilişkiyi değerlendiren daha önceki araştırmalarda varyansın açıklama gücüne değinilmediği için karşılaştırma yapma imkanı bulunamamıştır. Ancak Wampold (2001) tarafından psikoterapilerin etkinliğine sebep olan faktörlerin değerlendirildiği çalışmada ilişkisel faktörlerin %22'lik payı olduğu belirtilmektedir. Karşılıklı ilişkinin gücünden etkilenen bir kavram olan hasta memnuniyetinin terapötik ittifakla benzer bir yapıda olduğu yukarıda da

tartışılmıştır. Bu nedenle, mevcut çalışma, yukarıda da değinilen ilişkinin psikoterapilerdeki gücünden daha az etki göstermesine rağmen RA ve AS hastaları için de tıpkı psikolojik bozukluklardaki gibi iyi kurulmuş bir ilişkinin psikolojik iyi oluş için vazgeçilmez olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak mevcut çalışmada iki model sınanmıştır. İlk model temel ÖDM yapıları bağlamında ilaç uyumunda ÖDM'nin ikinci model ise, ÖDM'nin temel kavramsal zemininde de yer alan psikolojik sonuçlar ve sosyal girdileri kapsayan değişkenlerin de dahil edilmesi ile GÖDM olarak isimlendirilmiş olan modelin sınanmasını temel almıştır. Her ne kadar çekirdek model olan ilaç uyumunda ÖDM uyum iyiliği değerleri açısından GÖDM'den daha üstün gözükse de GÖDM de kabul edilebilir uyum iyiliği değerlerine sahiptir. Bu bağlamda GÖDM, orijinal ÖDM'nin tüm kavramsal yapısını içeriyor olması açısından da ümit vadetmektedir. İleriki çalışmalarda modelde tanımlanan sosyal/ilişkisel ve psikolojik sonuç bileşenleri farklı ölçüm ya da modelleme stratejileri ile ele alınabilir, söz konusu GÖDM'nin uyum iyiliği bu vesile ile iyileştirilebilir. Bu bağlamda, bundan sonraki bölümlerde araştırmanın kısıtlılıklarına ve güçlü yönlerine mevcut çalışma bulguları ve literatür çerçevesinde değinilmesi amaçlanmaktadır.

4.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Her çalışmada eksikliklerin aşılmasına yönelik gerçekleştirilen çabalara rağmen yine de bazı kısıtlılıklar söz konusudur. Mevcut çalışmada da bazı kısıtlılıklar görülmektedir. Çalışmanın ilk kısıtlılığı araştırma deseninin seçilmesinden kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmada kesitsel bir araştırma deseni benimsenmiştir. Bu desenin zamansal ve ekonomik kazanç, geniş katılımcı sayısına ulaşılabilme gibi katkıları olsa da boylamsal çalışmalar değişkenler arasındaki ilişkiselliğin kurgulanmasına daha fazla olanak sağlamaktadır. Boylamsal desenle yapılan çalışmalarda kurulan hipotezlerin geçirilen süreden nasıl etkilendiği ve gösterdikleri değişim ve dönüşümün ilişkiye katkısı görülebilmektedir. Tedavi süreci bir zaman dilimini kapsayacağı için hastalığın davranışsal ve duygusal sonuçlarının boylamsal bir desenle test edilmesi hastaların gerçekliğine daha yakın sonuçlara ulaşılmasına yardımcı olacaktır.

Çalışmada hastaların biyopsikososyal bağlamdaki iyilik halinin yordayıcılarının ele alınması hedeflenmiştir. Biyolojik iyilik halinin ölçümünün sadece boylamsal bir çalışma deseniyle ele alınmasının modeli anlamlı kılacağı düşünüldüğü için kesitsel çalışmada biyolojik iyilik haline yer verilmemiştir. Aynı sebeple çalışmada, kronik fiziksel hastalığı olan bireyler için oldukça önemli bir değişken olan "yaşam kalitesi"ne de yer verilmemiştir. Yaşam kalitesi ancak davranışsal sağlık sonuçları tarafından yordanan bir başka sağlık sonucu olduğunda klinik olarak anlamlı olacaktır. Ancak, kesitsel çalışmalarda bireylerin belirlenen zaman içerisindeki yaşam kalitesi düzeyi değerlendirilse de hastalığa uyum sürecinde 'zaman'ın etkisine yeterli vurgu yapılmadığı için kesitsel çalışmalar yaşam kalitesini açıklamada yetersiz kalmaktadır (Karademas ve ark., 2017). Bu nedenle uyumun yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek isteniyorsa zaman faktörünün de denkleme sokulmasının gerekliliği Karademas ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada da vurgulanmaktadır. Hastaların tedavilerinin etkinliğini değerlendirmesi ve dahası yaşam kalitelerinde gerçekleşen değişimi görebilmeleri için belirli bir zamanın verilmesinin gerekli olduğu görülmüştür. Bu nedenle biyolojik sağlık sonuçlarının değerlendirilmesini içeren hipotezlerin sınamasının kesitsel desene uygun olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmada öz bildirim ölçeklerinin kullanılması da çalışmanın bir diğer eksikliği olarak göze çarpmaktadır. Çalışmaya katılım gösteren hastaların büyük bir çoğunluğunun "uzun dönemdir bir şey okumadıklarını" söylemeleri sebebiyle, üniversite ve üzeri mezuniyeti olanlar hariç, geri kalanların tümüne çalışmanın maddeleri okunmuş ve yanıtlar sözlü beyan üzerinden alınmıştır. Bu bir tarafıyla katılımcıların ölçekleri doldurmaya yönelik motivasyonlarını arttırırken bir tarafıyla da katılımcıların çok derin ilişki kurmadıkları biri tarafından yargılanma hissine kapılabilmelerine sebep olabilmektedir. Bu düşünceden hareketle katılımcıların sosyal istenir cevaplar verme eğilimlerinin artabileceği düşünülmektedir. Bu sorunun aşılabilmesi adına, hastalara ölçek uygulamasının gerçekleştirilmesinden hemen önce araştırmacıyla kısa da olsa bir değerlendirme görüşmesi gerçekleştirmesi faydalı olabilmektedir. Bu değerlendirme görüşmesinde öncelikle katılımcı araştırmacının araştırmaya yönelik amacını daha detaylı anlayabilecektir. Ayrıca, katılımcı ile

araştırmacının gerçekleştireceği görüşme her ikisinin birbirleriyle iletişimini ve güven hissini arttıracaktır. Bu sürecin sonunda katılımcıdan elde edilen verilerin gerçeğe daha yakın bilgiler sunabileceği düşünülmektedir. Nitekim mevcut çalışmada da hastalar kısa bir ön görüşme ile bilgilendirilmiş olsalar da ileriki çalışmalarda sosyal istenirliğin etkisinin daha iyi kontrol edilebilmesi amacıyla bir sosyal istenirlik ölçüm aracının da kullanılması faydalı olacaktır.

Çalışmanın önemli kısıtlılıklarından bir diğeri de sağlık davranışı olarak belirlenen "ilaç uyumu" değişkeninin ölçüm problemleridir. Uyum kavramı yapısı bakımından sosyal istenirlik barındıran bir kavramdır. İnsanların büyük çoğunluğu "uyumsuz" olarak nitelendirilmek istememektedir. Özellikle tedavi aldıkları yer olan hastane ortamında kişiler uyumsuzluklarını ifade etmekten kaçınma eğilimi gösterebilmektedirler (Goldstein ve ark., 2016). Bunun yanında ilaçlara uyum göstermemenin sağlık personelleri tarafından damgalanmaya ya da zayıflıkla suçlanmaya sebep olacağı kaygısı hastalar için ciddi bir sıkıntı oluşturmaktadır (James, 2009). Bu gibi ilişkiyi bozucu kaygılar barındırması sebebiyle hastalar uyumsuz olsalar da ilaçlara uyum gösterdiklerini bildirebilmektedir. Bunun tipik bir öz bildirim ölçeği sorunu olduğu düşünülerek bu sorunu aşmak adına bazı çalışmalar elektronik ölçüm araçlarını kullanmayı düşünse de, hapın kutudan çıkarıldığında gerçekten içilip içilmediğinin bilinememesi gibi bir engelle bu yolun da hasta bildirimine dayandığı tespit edilmiştir (Gossec, Tubach, Dougados ve Ravaud, 2007; James, 2009). Yapılan çalışmalarda, objektif ölçümlerin öz bildirim ölçeklerine üstünlüğünü kanıtlamaması (Gossec, Tubach, Dougados ve Ravaud, 2007; James, 2009) ve hem ekonomik hem de uygulanma kolaylığı sebebiyle çalışmamızda da tüm engellerine rağmen öz bildirim ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı ise temel ÖDM metinlerindeki modelde hastalık algısı ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkide başetmelerin aracılığının ele alınması yönelik vurguya rağmen mevcut çalışmada kurulan modelde başetme değişkeninin yer almamış olmasıdır. ÖDM'yi ele alan araştırmaların derlendiği çalışmalarda pek çok hasta grubu için başetmenin aracılık rolünün istatistiksel gücünün yeterli düzeyde olmadığı dikkat çekmiştir (örn., Hagger ve Orbell, 2003).

Öte yandan, her ne kadar ilaca uyum davranışı da hastalığa uyum çabası içinde bir spesifik davranışsal başetme stratejisi olarak değerlendirilebilse de (Hagger ve Orbell, 2003), bu çalışma ÖDM'de yer alan başetme bileşenlerini doğrudan ele almamaktadır. Çalışmada ilaç uyumu değişkeni başetme olarak değil bir sağlık davranışı olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle çalışmada ilaç uyumu davranışının temel ÖDM içerisindeki başetme odaklı yerine ve önemine değinilmemiş olması, çalışmanın bir kısıtlılığı olabilmektedir.

Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı ise örneklemi oluşturan RA ve AS hasta gruplarının araştırma soruları değerlendirilirken birlikte ele alınıyor olmasıdır. Mevcut çalışmanın betimsel analizlerinde her iki grubun çoğu sosyodemografik ve klinik değişken bakımından aralarında fark olmadığı hatta birbirlerini tamamladıkları gözlenmektedir. Bu sebeple uygulanan betimsel analizlerde iki grubun birlikte ele alınmasına engel teşkil edecek bir durum olmadığı düşünülmüştür. Öte yandan iki grubun yakınlıklarını sadece bu çalışmada ele alınan sosyodemografik ve klinik değişkenlerin benzerliğine dayalı bir gerekçeyle iddia etmek aşırı bir genelleme içerebilmektedir. Ayrıca, grupların çoğu sosyodemografik değişkenler açısından benzer olsalar da çalışmada hasta memnuniyeti, bilişsel hastalık algısı, ilaca ilişkin spesifik ve genel aşırı kullanım inançlarının ölçeklerinden elde edilen puanlar açısından aralarında fark olduğu da bulgulanmış ve nitekim söz konusu farklılıklar betimsel bulguların tartışılması bölümünde ele alınmıştır. Bu doğrultuda iki grubun yaşantısını ayrı ayrı değerlendirmenin de önemi göz ardı edilmemelidir. Bu çalışmada iki grubu ayrı ayrı sınamak amacıyla vaka grupları ayrıldığında vaka sayısı azalacağından ve bu durum da çalışmanın gücünü azaltacağından mümkün olmamıştır. Bununla birlikte literatürde söz konusu çalışmaların genellikle sadece RA hastalarında yapıldığı, AS hastalarını kapsayan az sayıda araştırma olduğu düşünüldüğünde bu çalışmada romatizmal hastalıklar içerisindeki iki farklı grubun bir arada ele alınmış olmasının da önemli olduğu öngörülmektedir. İleriki çalışmalarda daha geniş örneklemlerde iki grubun yaşantısının ayrı ayrı test edilip hem birbirleriyle hem de bu çalışmada birleştirilmiş olarak sunulan bu bulguların referansında karşılaştırılabileceği düşünülmüştür.

Tüm bunlarla birlikte bu çalışma RA ve AS hastalarının duygusal ve davranışsal sağlık sonuçlarını genişletilmiş öz düzenleyici model (GÖDM) kapsamında, yapısal eşitlik modellemesiyle değerlendirilen Türkçe litertürdeki ilk çalışma olma özelliğini göstermektedir. Dünyadaki çalışmalarda da tüm bu değişkenlerin tek tek ilişkilerine yönelik çalışmalar mevcut olsa da ÖDM'nin sağlık sistemine yönelik değerlendirmelerini de içeren GÖDM modelinin değerlendirildiği bir başka çalışmanın da bulunmaması dikkat çekmektedir. Bu durum literatüre önemli düzeyde katkı sağlasa da modelin sonuçlarının karşılaştırılmasına engel oluşturmaktadır.

Çalışma kapsamında önemli olabilecek bir diğer kısıtlılıktan daha bahsedilebilir. Yapılan çalışmanın iki amacı bağlamında ortaya atılan araştırma soruları yapısal eşitlik modellemesi ile sınanmıştır. İlk amaçta ÖDM ikinci amaçta ise GÖDM ele alınmıştır. Her iki modelin değişkenlerine yukarıda detaylıca yer verilmiştir. Ancak model sınaması esnasında, her iki modelde de yer alan hastalık algısının ve ilaca ilişkin inançların örtük ve gözlenen değişkenlerinin birbirlerinden farklılık gösterdiğine dikkat çekilmelidir. ÖDM'de hastalık algısının örtük değişkenleri bilişsel ve duygusal hastalık algısı olurken gözlenen değişkenler bu alt ölçekleri sınayan maddelerdir. İlaca ilişkin inançların ise örtük değişkenleri ilaçlara dair spesifik gereklilik, spesifik endişe, genel aşırı kullanım ve genel zarar inançları iken gözlenen değişkenler bu alt ölçeklerin ilgili maddeleridir. Ancak GÖDM'nin test edildiği ikinci amaçta, hastalık algısı ölçeğinden elde edilen toplam skor örtük değişken, bilişsel ve duygusal hastalık algısı ise gözlenen değişken olarak ele alınmıştır. İlaca ilişkin inançlarda ise ölçekten edinilen toplam puan örtük değişken, ilaca ilişkin spesifik gereklilik, spesifik endişe, genel aşırı kullanım ve genel zarar inançları ise gözlenen değişken olmuştur. Bu bağlamda, iki modelde de ortak olan iki değişkenin farklı örtük ve gözlenen değişkenlerle test edilmesinin çalışmanın bir kısıtlılığı olarak ele alınması gerektiği düşünülmüştür. Bu kısıtlılığa sebep olan faktörlerden birisi görece daha kapsamlı bir model olan GÖDM'nin tüm bileşenlerinin alt ölçeklerle sınanmasına mevcut çalışmanın katılımcı sayısının el vermemiş olmasıdır. Bu nedenle, GÖDM'nin test edileceği yeni çalışmalarda vaka sayısının daha yüksek tutulmasının gerektiği görülmektedir.

Bir diğer husus, çalışmanın örneklemini oluşturan katılımcıların %13.66'sına (N=31) sosyal medya aracılığıyla ulaşılmış olmasıdır. Ayrıca online anketi dolduranların bir kısmı da hastanede çeşitli pozisyonlardaki sağlık çalışanlarının önerisiyle araştırmaya katılmayı kabul etmiş hastalardan oluşmaktadır. Bu nedenle bu online anketi dolduran grubun sağlık çalışanlarıyla ilişkisinin iyi düzeyde olma olasılığı söz konusu olabilir. Bir başka deyişle bu gruptaki hastaların büyük bir kısmının tedavide kalmak, aldığı tedaviden memnuniyet duyma, tedavi ile ilgili kararsızlık gibi alanlarda sıkıntı yaşamadığı bu sebeple de tedaviye devam ettikleri düşünülebilir. Öte yandan araştırmanın verilerinin büyük bir kısmı hastaneden toplandığı için yine tedavi uyumu yüksek bir grupla çalışılmış olduğu öngörülebilir. Bu nedenle çalışmanın bulgularının halen aktif tedavisine devam eden RA ve AS hastaları için genellenebileceği ancak tedavisine devamlılık göstermeyen RA ve AS hastaları için bu durumun mümkün olamayacağı vurgulanmalıdır.

Araştırmada RA ve AS hastalarının davranışsal ve duygusal sağlık sonuçlarına etki eden biyopsikososyal faktörlerin incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın kesitsel desenle yapılmasından dolayı biyolojik faktörler belirlenen hipotez çerçevesinde incelenememiştir. Bu nedenle, mevcut çalışmada belirlenen sonuç değişkenlerini yordayan psikososyal faktörler bir model içerisinde ele alınmıştır. Ancak, çalışmada sosyal faktörler ele alınırken katılımcıların sadece "hasta" rolü içerisinde değerlendirildiği ve "hastane" sosyal çevresi özelinde ele alındığı dikkat çekmiştir. Bir başka deyişle mevcut çalışmada, RA ve AS hastalarının diğer sosyal ilişkilerini nasıl değerlendirdikleri ya da kültürel, dini/geleneksel öğelerden nasıl etkilendikleri üzerinde durulmadığı görülmüştür. Dahası, hastaların içerisinde bulundukları sosyal bağlamın sağlık davranışı ve sonuç değişkenlere olan etkisine de yeterince değinilmemiştir. Bu durum, oluşturulan modeldeki sosyal bileşenin detaylıca ele alınması adına önemli bir eksiklik oluşturmaktadır.

Son olarak, çalışmanın örnekleminin farklı hastanelerden ulaşılan hasta gruplarından oluşması sebebiyle hastaların memnuniyet düzeylerindeki farklılaşmada hastanelerden alınan hizmetteki değişimin etkili olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Hasta memnuniyeti, her ne kadar bireysel bir değerlendirmeyi içerse

de sunulan sağlık hizmetinin etkileri de beklentinin karşılanması noktasında kritiktir. Bu nedenle hastaneler arasındaki hizmet kalitesinin hasta memnuniyetinde belirleyici olabileceği öngörülmektedir. Mevcut çalışmada bu etkinin kontrol edilememesi önemli bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Öte yandan, öngörülen farklılaşmanın sınanması için çalışmada yer alan hastane türleri arasındaki dağılımda ciddi eşitsizlikler göze çarpmaktadır. Bu amaçla, ileri çalışmalarda hizmetin standart haline getirildiği tek ya da yakın sayılarda veri toplanan birden fazla merkezde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Yukarıda ele alınan tüm kısıtlılıklara rağmen mevcut çalışmanın birçok açıdan alana önemli katkılar sağlayacak bir araştırma özelliği gösterdiğini düşünmek mümkündür. Bir sonraki bölümde araştırmanın güçlü yönleri ve araştırmanın bulguları doğrultusunda klinik sağlık psikolojisi alanına yönelik öneriler değerlendirilecektir.

4.5. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Klinik Sağlık Psikolojisi Alanına Yönelik Öneriler

Araştırmanın bazı sınırlılıklar barındırmasının yanında kimi güçlü yönler ve bulgular ışığında uygulamacılara verilebilecek klinik öneriler barındırdığı düşünülmektedir. Bu bölümde tespit edilen ilgili yönlere değinilecektir.

Alexander (1950) romatoid artritli (RA) hastalarla yaptığı araştırmalarda, hastalığa sebep olan karakter tipolojisinin neler olduğunu keşfetmek adına çalışmıştır. Yaptığı araştırmaların sonucunda "romatoid kişilik"li bireylerin artrit geliştirme olasılıklarının fazla olacağı için koruyucu tedavilerden fayda göreceklerinin de altını çizmiştir. Bu bulgu bir tıp çalışanının bedensel ve zihinsel süreçlerin birbirlerinden ayrılamayacağını ve hatta birbirlerini desteklediklerini belirttiği önemli bulgulardan birisi olmuştur (Straub, 2014). Mevcut çalışmanın örnekleminde yer alan RA hastalarıyla da yapılması sebebiyle Alexander'ın (1950) bulgularına yukarıda ilgili yerlerde detaylıca değinilmiştir. Alexander'ın (1950) belirttiği daha sonra Engel'in de (1977) ağrılı hastalarla yaptığı çalışmalarda değindiği gibi hastalıkların biyopsikososyal perspektiften süreç odaklı ele alınması

ilkesi maalesef ki bugün bile sağlık sisteminde tam olarak oturmamıştır. Bu perspektife göre fiziksel hastalıkların tedavisinde de psikososyal özelliklerin göz önüne alınması hastaları tedavi etmenin yanında onların tam bir sağlıklılık haline kavuşturulmasına yardımcı olacaktır (Engel, 1977). Doktorların biyopsikososyal bağlamda hastaları ele alması gerek poliklinikteki zaman kısıtlılığı gerek de uzmanlıklar bakımından oluşan yetersizlikler sebebiyle her zaman mümkün olamayabilmektedir. Bu nedenle fiziksel hastalığı olan bireylerle çalışırken, farklı disiplinlerde uzmanlaşmış kişilerden oluşan ve her birinin uzmanlık alanında hastaları değerlendirdikleri multidisipliner ekiplerin oluşturulması hastaların sağlıklılığına kavuşabilmesi için önemlilik arz etmektedir. Mevcut çalışma gibi araştırmaların romatoid artirit (RA) ve ankilozan spondilitli (AS) hastaların multidisipliner tedavi ekipleriyle ele alınmasının önünü açması umut edilmektedir.

Çalışmada Öz Düzenleyici Model'in (ÖDM) RA ve AS'lerde sınanması hedeflenmiştir. Bu bağlamda ÖDM'nin üç bileşeni (hastalık algısı, ilaçlara ilişkin inançlar ve ilaç uyumu) de çalışmada yer almıştır. Literatüre bakıldığında ilaç uyumunun değerlendirilmesinde tek bir değişken olarak hastalık algısının temel alındığı görülmüştür. Ancak ÖDM'de hastalık algısı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkide ilaca ilişkin inançların tam aracılık gösterdiği iddia edilmektedir. Bu bağlamda yapılan çalışma, literatürde oldukça az görülmekte olan ÖDM'nin tüm bileşenleriyle test edildiği araştırmalardan biridir. Öte yandan hastalık algısıyla ilaç uyumunun ilişkisinin RA hastalarıyla sınanmasına yönelik çalışmalar literatürde yer alsa da AS hastaları için bu kavramların ele alındığı çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle çalışmada AS hastalarına ait hastalık ve tedaviye dair inançlara yönelik bulgular literatüre önemli katkılar sağlayabilir. Gelecek çalışmalarda sadece AS hastalarında ÖDM'nin sınandığı yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bunun yanında çalışmanın, RA ve AS hastalarında Genişletilmiş Öz Düzenleyici Model'in (GÖDM) bir başka deyişle hastalık yaşantısı modelinin sağlık sonuçlarına etkisini değerlendiren ilk araştırma olması sebebiyle değerli olduğu ancak modelin geliştirilebilmesi için aynı ve farklı hastalık gruplarıyla tekrar sınanmasının gerektiği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın bir diğer önemli özelliği çalışmada kullanılan yapısal eşitlik modellemesi değişkenlerin tümünün, oluşturulan model çerçevesinde birlikte ele alınabilmesine imkân sağlamış olmasıdır. Bu nedenle RA ve AS hastalarının davranışsal ve duygusal sağlık sonuçlarına etki eden psikososyal bileşenler ortaya konan hipotezler çerçevesinde bir arada ele alınabilmiştir. Çalışmada yordayıcı değişkenlerin yani, hastaların sağlık sistemine yönelik beklentilerinin, hastalıklarını nasıl değerlendirdiklerinin ve ilaçlara dair genel ve spesifik inançlarının birbirleriyle ilişki düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu derece yüksek bir ilişki ancak bir örtük değişkenin gözlenen değişkenleri arasında mümkün olabilir. Bu doğrultuda belirlenen üç değişkenin üst başlığının "hastalık yaşantısı" kavramı olacağı düşünülmüştür. Hastalık yaşantısının bu üç değişken çatısı altında değerlendirildiğinde ilaç uyumunu ön görme gücünün artması mümkün olabilir. Ancak hastalık yaşantısının belirlenen üç değişken üzerinden tanımlanabilmesi adına yapısal eşitlik modellemesiyle yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Klinik bağlamda ise, ilaç uyumuna yönelik geliştirilecek müdahalelerde bu üç bileşenin birlikte ele alınmasının faydalı olacağı düşünülmüştür. Bir başka deyişle hastalık yaşantısına yönelik müdahalelerde sadece hastalık ve tedaviye dair bileşenlere değil bunun yanında hasta sağlık sistemi ilişkisini arttırıcı tekniklere de ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu bağlamda müdahalenin sadece hastaların değil, sağlık personellerinin iletişim ve ilişki kurma stillerini de kapsaması gerektiği düşünülmektedir.

İlaç uyumunun ölçümünde yaşanan problemlere hem literatür bölümünde hem de daha özetlenmiş hali ile araştırmanın kısıtlılıkları kısmında değinilmiştir. Bu gibi engelleri aşabilmek ve uyumun doğru değerlendirilmesini sağlamak amacıyla araştırma ölçeklerinin uygulamasına geçilmeden önce motivasyonel görüşmenin gerçekleştirilmesinin faydalı olacağı bildirilmiştir. Dahası, ölçümün birkaç sefer tekrarlayan nitel görüşmeler esnasında gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Berk ve ark., 2010). Bu nedenle, ilaç uyumu gibi sosyal bağlamdan etkilenen bir kavramın değerlendirilmesinin hasta ile güvene dayalı bir ilişki kurulmasının hemen ardından yapılması gerektiği düşünülmektedir. Sonraki çalışmalarda ilaç uyumu kavramını

hastayla iyi bir ilişki kuran ve gizlilik ilkesine bağlı bir sağlık çalışanının gerçekleştirmesi bir öneri olarak sunulabilir.

Çalışmanın katılımcılarının büyük bir kısmının tedavilerine aktif bir şekilde devam ettiği görülmektedir. Bu şekliyle çalışmanın bazı sınırlılıklar barındırdığı aşikârdır. Bu nedenle gelecek çalışmalarda tedavisine devam etmeyen RA ve AS hastaları için risk grup analizinin yapılması ve müdahalenin risk grubundaki hastaların da ihtiyaçlarını göz önüne alarak tasarlanması gerektiği düşünülmektedir.

Kişinin yaşamsal fonksiyonlarına ciddi etkileri olan RA ve AS gibi hastalıkların biyopsikososyal değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin ele alınması önemlilik göstermektedir. Ancak araştırmanın amaçlarının kesitsel bir desenle test edildiği mevcut çalışmada, yaşam kalitesi değişkeni ele alınamamıştır. Oysaki, literatürdeki pek çok çalışma ilaç uyumu ve yaşam kalitesinin birbirleriyle ilişkili olduğunu belirtmektedir. Fakat alanda yapılan araştırmaların derlendiği bir çalışmada, bu ilişkinin test edilmesinde boylamsal desenin kullanılması gerekliliği vurgulanmaktadır (Van den Bemt, Zwikker ve van den Ende, 2012). Bu nedenle ileriki çalışmalarda RA ve AS hastaları için ilaç uyumu ve yaşam kalitesi ilişkisinin boylamsal desenle sınanmasının literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Öte yandan, mevcut çalışmanın alana önemli katkılarından birisi de RA ve AS hastalarının sosyal bileşenlerinin GÖDM çerçevesinde ele alınması olmuştur. Ancak çalışmada sadece hasta rolü içerisinde ele alınan hastaların içerisinde bulundukları sosyal bağlamın yeterince ele alınamadığı görülmektedir. Hastaların, hastane dışındaki ilişkilerinin, kültürel ya da dini/geleneksel öğelerin sonuç değişkenler bağlamında incelenmesi de oldukça önemli olmaktadır. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda hastaların hastalık algılarının sadece bireysel değil sosyal öğeler çerçevesinde de incelenmesinin ve sağlık davranışını yerine getirmeyi kolaylaştırıcı ya da engelleyici sosyal etkilerin de göz önüne alınmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada hem RA hem de AS hastalarının ilaç uyumları ve psikolojik sağlık sonuçları bir model içerisinde ele alınmıştır. Çalışmanın belirlenen amaçları çoğunlukla doğrulanmış, sadece ikinci amaç içerisinde ele alınan sağlık

davranışları ile sağlık sonuçları ilişkisi kurulamamıştır. Ancak bu çalışma ilaç uyumu gibi ilk bakışta biyomedikal bakışla ele alınmaya yatkın olunan bir kavrama, psikososyal süreçlerin etkisini gözler önüne sermesi sebebiyle de oldukça önemlidir. Öte yandan çalışma, fiziksel tanı ile tedavi edilen hastaların sürecinde hasta-doktor ilişkisinin tedavi ve sağlıklılık sürecindeki belirleyiciliği açısından da kıymetlidir. Çalışmada elde edilen tüm bulgular RA ve AS hastalığının biyopsikososyal açıdan ele alınışının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, çalışmanın bazı kısıtlılıkları olsa da fiziksel hastalıkların klinik sağlık psikolojisi perspektifinden ele alınması ve yeni araştırmalara kapı açması konularında alana değerli katkılar sunduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

ABBOTT, R., WHEAR, R., NIKALOU, V., BETHEL, A., COON, J. T., STEIN, K., DICKENS, C.: 2015 "Tumour necrosis factor-α inhibitor therapy in chronic physical illness: A systematic review and meta-analysis of the effect on depression and anxiety", **Journal of Psychosomatic Research,** 79, 175-184.

AFLAKSEIR, A.: 2013 "Predicting Medication Adherence Based on Illness Perceptions in A Sample of Iranian Older Adults", **Middle East Journal of Age and Ageing,** 10/3, 58-65.

ÁGH, T., DÖMÖTÖR, P., BÁRTFAİ, Z., INOTAİ, A., FUJSZ, E., MÉSZÁROS, Á.: 2015 "Relationship Between Medication Adherence and Health-Related Quality of Life in Subjects With COPD: A Systematic Review", **Respiratory Care,** 60/2, 297-303.

AIRAKSINEN, O., BROX, J., CEDRASCHİ, C., HILDEBRANDT, J., KLABER-MOFFETT, J., KOVACS, F., MANNİON, A. F., REIS, S., STAAL, J. B., URSIN, H., ZANOLI, G.: 2006 "European Guidelines For The Management of Chronic Nonspecific Low Back Pain", **European Spine Journal,** 15/2, 192- 300.

AKAR, S., ŞENTÜRK, T., KARADAĞ, Ö., KINIKLI, G., ÖZMEN, M., GERÇİK, Ö., KALYONCU, U., YARGUCU, Z. F., ÖZGÜLER, Y., ÇEFLE, A., KOZACI, L. D., KISACIK, B.: 2016 "Ankilozan Spondilitli Hastalatrda Anti Tümör Nekroz Faktör Tedavisi Üzerinde İmmünojenisitenin Etkisi Var Mıdır?: Çok Merkezli Prospektif Kohortun İlk Sonuçları", **RAED Dergisi,** 12, 8-53.

AKGÜL, O., ÖZGÖÇMEN, S.: "Classification criteria for spondyloarthropathies",

2011 **World Journal of Orthopedics,** 2/12, 107-115.

AKTÜRK, Z., DAĞDEVİREN, N., ŞAHİN, E. M., ÖZER, C., YAMAN, H., GÖKTAŞ, O. VE ARK.: 2002 "Patients evaluate physicians: the EUROPEP instruments", **Journal of 9 September Medical Faculty**, 3, 153-60.

AKKOÇ, N., AKAR, S.: 2006 "Epidemiology of rheumatoid arthritis in Turkey", **Clinical Rheumatology**, 25, 560-561.

AKKOÇ, N.: 2010 "Türkiye'de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması", **RAED Dergisi**, 2, 1-8.

ALAMANOS, Y., DROSOS, A., A.: 2005 "Epidemiology of adult rheumatoid arthritis", **Autoimmunity Reviews**, 4, 130-136.

ALBERY, I. P., MUNAFÓ, M.: 2008 **Key concepts in health psychology**, London: Sage Publictions.

ALTINKESEN, E., GELECEK, N.: 2011 "Functional status and quality of life in patients with early and late stage rheumatoid arthritis", **Fizyoterapi Rehabilitasyon,** 22/2, 93-99.

ANDERSON, J. J., WELLS, G., VERHOEVEN, A. C., FELSON, D. T.: 2000 "Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis: The importance of disease duration", **Arthritis and Rheumatism**, 43/1, 22-29.

ANGHEL, L. A., FARCAŞ, A. M., OPREAN, R. N.: 2018 "Medication Adherence and Persistence in Patients with Autoimmune Rheumatic Diseases: A Narrative Review", **Patient Preference and Adherence,** 3/12, 1151-1166.

ARTURİ, P., SCHNEEBERGER, "Adherence to treatment in patients with ankylosing

E., E., SOMMERFLECK, F., BUSCHİAZZO, E., LEDESMA, C., MALDONADO COCCO, J. A., CİTERA, G.: 2013 spondylitis", **Clinical Rheumatology**, 32/7, 1007-1015.

ATALAY, S.: 2016 "Psöriatik Artrit ve Diğer Otoimmün Romatizmal Hastalıklara Eşlik Eden Tiroid Hastalıkları", **Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi,** Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Sakarya.

AYERS, S., BAUM, A., MCMANUS, I. C., NEWMAN, S., WALLSTON, K., WEINMAN, J., WEST, R.: 2007 **Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine** (2. baskı), Cambridge: Cambridge University Press.

BARON, R. M., KENNY, D. A.: 1986 "The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social- Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations", **Journal of Personality and Social Psychology.** 51, 1173-1182.

BARTON, J. L.: 2009 "Patient Preferences and Satisfaction in The Treatment of Rheumatoid Arthritis with Biologic Therapy", **Patient Preference and Adherence,** 3, 335-344.

BASSETT, J., ADELMAN, A., GABBAY, R., AÑEL-TİANGCO, R. M.: 2012 "Relationship between Depression and Treatment Satisfaction among Patients with Type 2 Diabetes", **Journal of Diabetes and Metabolism**, 3/7, 1-8.

BAYKARA, R. A., ZÜLKİF, B., "Low Back Pain in Patients With Rheumatoid

ÖZGÜR, A., ÖZGÖÇMEN, S.: 2013 Arthritis: Clinical Characteristics and Impact of Low Back Pain on Functional Ability and Health Related Quality of Life", **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation,** 26, 367–374.

BELAR, C. D., DEARDORFF, W. W.,AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION.: 1995 **"Clinical Health Psychology in Medical Settings: a Practitioner's Guidebook"**, Washington DC: American Psychological Association.

BERK, L., HALLAM, K., T., COLOM, F., VİETA, E., HASTY, M., MACNEİL, C., BERK, M.: 2010 "Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder", **Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental**, 25/1, 1-16.

BROADBENT, E., PETRIE, K. J., MAİN, J., WEİNMAN, J.: 2006 "The brief illness perception questionnaire", **Journal of Psychosomatic Research,** 60/6, 631-637.

BROADBENT, E., SCHOONES, J. W., TIEMENSMA, J., KAPTEIN, A. A.: 2018 "A systematic review of patients' drawing of illness: implications for research using the Common Sense Model", **Health Psychology Review**, 1, 1–21.

BÜTÜN, B. "Romatoid Artrit Nedir?", (Çevrimiçi), https://www.trasd.org.tr/hastalik/romatoid-artrit, 2019.

CARR, A. B., NICOLAU, D. P.: 2017 "The challenges of patient satisfaction: Influencing factors and the patient – provider relationship in the United States", **Expert Review of Anti-infective Therapy,** 15/10, 955-962.

BENNETT, S. J., MİLGROM, L. B., CHAMPION, V., HUSTER, G. A.: "Beliefs About Medication and Dietary Compliance in People with Heart Failure: An Instrument

1997 Development Study", **Heart & Lung,** 26/4, 273-279.

BOZKURT, S., AKTEKİN, L., ALKAN, B. M., URAL, F. G., SEZER, N., AKKUŞ, S.: 2018 "Effect of Illness Perception on the Quality of Life in Ankylosing Spondylitis", **Ankara Medical Journal,** 1, 94- 102.

BROWN, M. T., BUSSELL, J. K.: 2011 "Medication Adherence: WHO Cares?", **Mayo Clinic Proceedings**, 86/4, 304-314.

CALLHOFF, J., SIEPER, J., WEIß, A., LISTING, J.: 2015 "Efficacy of TNFα Blockers in Patients with Ankylosing Spondylitis and Non-Radiographic Axial Spondyloarthritis: A Meta-Analysis", **Annals of the Rheumatic Diseases,** 74/6, 1241-1248.

CARLISLE, A. C., JOHN, A. M., FIFE-SCHAW, C., LOYD, M.: 2005 "The self regulatory model in women with rheumatoid arthritis: relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome", **British Journal of Health Psychology**, 10, 571-587.

CARTWRIGHT, T., ENDEAN, N., PORTER, A.: 2009 "Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia", **British Journal of Dermatology,** 60, 1034–1039.

CROW, R., GAGE, H., HAMPSON, S., HART, J., KİMBER, A., STOREY, L., THOMAS, H.: 2002 "The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice from a Systematic Review of the Literature", **Health Technology Assessment**, 6/32, 1-244.

CURTIS, J. R., HERREM, C., NDLOVU, 'N., O'BRİEN, C., "A somatization comorbidity phenotype impacts response to therapy in rheumatoid arthritis: post-hoc results from the certolizumab pegol phase 4

YAZİCİ, Y.: 2017 PREDICT trial", **Arthritis Research & Therapy,** 19, 215-226.

ÇAKIR, N., PAMUK, Ö. N., DERVİŞ, E., IMERYÜZ, N., USLU, H., BENİAN, Ö., ELELÇİ, E., ERDEM, G., SARVAN, F. O., ŞENOCAK, M.: 2012 "The prevalences of some rheumatic diseases in western Turkey: Havsa study". **Rheumatology International,** 32/4, 895-908.

DE KLERK, E., VAN DER HEİJDE, D., LANDEWE, R., VAN DER TEMPEL, H., URQUHART, J., VAN DER LİNDEN, S.: 2003 "Patient compliance in rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatic and gout", **The Journal of Rheumatology**, 30/1, 44-54.

DIEFENBACH, M., LEVENTHAL, H.: 1996 "The common-sense model of illness representations: Theorectical and practice consideration", **Journal of Social Distress and the Homeless,** 5/1, 11-39.

Dilsen, N.: 1996 "History and development of Behçet's disease", **Revue du rhumatisme (English ed.),** 63/7-8, 512-519.

DIMATTEO, M. R., GIORDANI, P. J., LEPPER, H. S., CROGHAN, T. W.: 2002 "Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analyses", **Medical Care,** 40/9, 794–811.

DONABEDIAN, A.: 1980 **Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**, Chicago: Health Administration Press, pp. 163.

DONABEDIAN, A.: 1988 "The Quality Of Care: How Can It Be Assessed?",

JAMA, 260/12, 1743-1748.

DORAN, M. F., BROPHY, S., MACKAY, K., TAYLOR, G., CALIN, A.: 2003 "Predictors of long-term outcome in ankylosing spondylitis", **Journal of Rheumatology,** 203/30, 316–320.

DURMUŞ, D., SARISOY, G., ALAYLI, G., KESMEN, H., ÇETİN, E., BİLGİCİ, A., KURU, Ö., ÜNAL M.: 2015 "Psychiatric Symptoms in Ankylosing Spondylitis: Their Relationship with Disease Activity, Functional Capacity, Pain and Fatigue", **Comprehensive Psychiatry,** 62, 170-177.

EBERHARDT, K., FEX, E.: 1998 "Clinical course and remission rate in patients with early rheumatoid arthritis: Relationship to outcome after 5 years", **British Journal of Rheumatology**, 37/12, 1324-1329.

EBRINGER A, RASHID T.: 2009 "Rheumatoid arthritis is caused by Proteus: the molecular mimicry theory and Karl Popper", **Front Biosci (Elite Ed)**, 1, 577–86.

ELBEY, B.: 2015 "Ankilozan Spondilitli Hastalarda Güncel Tedavi Yaklaşımları", **Dicle Tıp Dergisi,** 42/1, 123-127.

ELLIOTT, R. A., SHINOGLE, J. A., PEELE, P., BHOSLE, M., HUGHES, D. A.: 2008 "Understanding Medication Compliance and Persistence From an Economics Perspective", **Value Health,** 11/4, 600-610.

EMANUEL, E. J., EMANUEL L. L.: 1992 "Four models of the physicianpatient relationship", **JAMA**, 267/16, 2221-2226.

ENGEL, G. L. (1959). "Psychogenic pain and the pain-prone patient", **The American Journal of Medicine**, 26/6, 899-918.

ERTENLİ, I., ÖZER, S., KİRAZ, S., APRAS, S. B., AKDOĞAN, O., "Infliximab, a TNF-alpha antagonist treatment in patients with ankylosing spondylitis: the impact on

ÇALGÜNERİ, M., KALYONCU, U.: 2010 depression, anxiety and quality of life level", **Rheumatology International,** 32/2, 323-330.

EVERS, A. W. M., KRAAIMAAT, F. W., GEENEN, R., BIJLSMA, J. W. J.: 1997 "Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients", **Journal of Behavioral Medicine,** 20/5, 489-504.

FITZPATRICK, R., HOPKİNS, A.: 1983 "Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration", **Sociology of Health & Illness**, 5/3, 297-311.

FOX, J. G., STORMS, D. M.: 1981 "A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care", **Social Science & Medicine,** 15/5, 557-564.

FREEDLAND, K. E.: 2017 "A new era for Health Psychology", **Health Psychology,** 36/1, 1-4.

FRESTEIN, G. S.: 2001 **Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis.** (Yayımlayan: Ruddy S., Harris E. D., Sledge C. B.), 6. baskı, Philadelphia: WB Saunders, 921-966.

FROSTHOLM, L., FINK, P., OERNBOEL, E., CHRISTENSEN, K. S., TOFT, T., OLESEN, F., WEINMAN, J.: 2005 "The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills.", **Psychosomatic Medicine,** 67/6, 897-905.

GADALLAH, M. A., BOULOS, D. N. K., GEBREL, A., DEWEDAR, S. MORISKY, D. E.: 2015 "Assessment of Rheumatoid Arthritis Patients' Adherence to Treatment", **The American Journal of the Medical Sciences,** 349/2, 151-156.

GLATTACKER, M., HEYDUCK, K., MEFFERT, C., JAKOB, T.: 2018 "Illness Beliefs, Treatment Beliefs and Information Needs as Starting Points for Patient Information: The Evaluation of an Intervention for Patients with Depression", **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings,** 25/3, 316-333.

GOLD, D., T. SILVERMAN, S.: 2006 "Review of Adherence to Medications for Treatment of Osteoporosis", **Current Osteoporosis Reports,** 4, 21-27.

GOLDBERG, D.: 1995 "Epidemiology of mental disorders in primary care settings", **Epidemiologic Reviews,** 17, 182-190.

GOLDSTEIN, T. R., KRANTZ, M., MERRANKO, J., GARCIA, M., SOBEL, L., RODRIGUEZ, C., DOUAIHY, A., AXELSON, D., BIRMAHER, B.: 2016 "Medication Adherence Among Adolescents with Bipolar Disorder", **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, 26/10, 864-872.

GOSSEC, L., TUBACH, F., DOUGADOS, M., RAVAUD, P.: 2007 "Reporting of Adherence to Medication in Recent Randomized Controlled Trials of 6 Chronic Diseases: A Systematic Literature Review", **The American Journal Of The Medical Sciences,** 334/4, 248-254.

GOULD, R. V., BROWN, S. L BRAMWELL, R.: 2010 "Psychological adjustment to gynaecological cancer: patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance", **Psychology and Health,** 25/5, 633-646.

GOULD, E., MITTY, E.: 2010 "Medication Adherence is a Partnership, Medication Compliance is Not", **Geriatric Nursing,** 31/4, 290-298.

GROARKE, A., CURTIS, J., "The impact of illness representations and disease

CLAN, R, GSEL, A.: 2005 activity on adjustment in women with rheumatoidarthritis: a longitudinal study", **Psychology and Health**, 20/5, 597-613.

GRATACOS, J., COLLADO, A., FILELLA, X., SANMARTI, R., CAÑETE, J., LLENA, J., MOLINA, R., BALLESTA, A., MUÑOZ-GÓMEZ, J.: 1994 "Serum cytokines (IL-6, TNFα, IL-1β and IFNγ) in ankylosing spondylitis: a close correlation between serum IL-6 and disease activity and severity", **British Journal of Rheumatology,** 33/10, 927-931.

GRAVES, H., SCOTT, D. L., LEMPP, H., WEINMAN, J.: 2009 "Illness Beliefs Predict Disability in Rheumatoid Arthritis", **Journal of Psychosomatic Research,** 67/5, 417-423.

GRIJALVA, C. G., CHUNG, C. P., ARBOGAST, P. G., STEIN, C. M., MITCHEL, E. F., GRIFFIN, M. R.: 2007 "Assessment of Adherence to and Persistence on Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs) in Patients with Rheumatoid Arthritis", **Medical Care,** 45/10, 66-76.

GROGAN, S., CONNER, M., NORMAN, P., WILLITS, D., PORTER, I.: 2000 "Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services", **Quality in Health Care**, 9, 210–215.

GROL, R., WENSING, M., MANZ, J., JUNG, H. P., FERREIRA, P., HEARNSHAW, H., HJORTDAHL, P., OLESEN, F., REİS, S., RIBACKE, M., SZECSENYI, J., EUROPEAN TASK FORCE ON PATIENT EVALUATIONS OF GENERAL PRACTICE CARE (EUROPEP): 2000 "Patient in Europe evaluate general paractice: an international comparison", **British Journal of General Practice,** 50, 882-887.

GÜRÇAY, E., EKŞİOĞLU, E., YÜZER, S., BAL, A., ÇAKCI, A.: 2006 "Ankilozan Spondilitli Hastalarda İlaç Uyumunu ve Uyumsuzluğunu Etkileyen Faktörler", **Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,** 52, 163-167.

HAGGER, M., ORBELL, S.: 2003 "A meta analytic review of the common-sense model of illness representations", **Psychology and Health,** 18, 141-184.

HALL, J., KAAL, K. J., LEE, J., DUNCAN, R., TSAO, N., HARRISON, M.: 2018 "Patient Satisfaction and Costs of Multidisciplinary Models of Care in Rheumatology: a Review of the Recent Literature", **Current Rheumatology Reports,** 20/19, 1-11.

HARRIS, E. D.: 1993 "Clinical features of rheumatoid arthritis.", **Textbook of rheumatology.** (Yayımlayan: Kelley W. N., Harris E. D., Ruddy Jr., S., Sledge C. B.), 4. baskı. Philadelphia: Saunders, 874-891.

HAWTHORNE, G.: 2006 **Review of Patient Satisfaction Measures,** Melbourne: Avustralya Hükümeti Sağlık ve Yaşlanma Birimi Araştırma Raporu.

HAWTHORNE, G., SANSONI, J., HAYES, L. M., MAROSSZEKY, N., SANSONI, E.: 2006 **Measuring Patient Satisfaction with Incontinence Treatment.** Wollogong ve Melbourne: Avustralya Wollogong Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Geliştirme Merkezi ve Melbourne Üniversitesi Psikiyatri Bölümü Araştırma Raporu.

HAWTHORNE, G., SANSONI, J., HAYES, L., MAROSSZEKY, N., SANSONI, E.: 2014 "Measuring Patient Satisfaction with Health Care Treatment Using the Short Assessment of Patient Satisfaction Measure Delivered Superior and Robust Satisfaction Estimates", **Journal of Clinical Epidemiology,** 67, 527-537.

HAYNES, R. BRIAN, TAYLOR, D. **Compliance in Healthcare.** Baltimore: Johns

WAYNE, SACKETT, DAVID L.: 1979 Hopkins University Press, 1-7.

HEIJMANS, M. DE RİDDER, D.: 1998 "Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature", **Journal of Behavioral Medicine,** 21, 485–503.

HENRIKSSON, K., FROM, J., STRATELIS, G.: 2014 "Patient-Reported Adherence To Coprescribed Proton Pump İnhibitor Gastroprotection in Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, and Ankylosing Spondylitis Patients Using Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs", ***Patient Preference and Adherence,*** 18/8,1611-1617.

HORNE, R., WEINMAN, J.: 1999 "Patients' Beliefs about Prescribed Medicines and Their Role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness", **Journal of Psychosomatic Research**, 47, 555-567.

HORNE, R., WEINMAN, J., HANKINS, M.: 1999 "The Beliefs about Medicines Questionnaire: The Development and Evaluation of a New Method for Assessing the Cognitive Representation of Medication", **Psychology and Health,** 14, 1-24.

HORNE, R., WEINMAN, J.: 2002 "Self-Regulation and Self-Management in Asthma: Exploring The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Explaining Non-Adherence To Preventer Medication", **Psychology and Health,** 17, 17–32.

HORNE, R.: 2006 "Compliance, Adherence, and Concordance: Implications for Asthma Treatment", **CHEST**, 130/1, 65-72.

HORNE, R., CHAPMAN, S. C. E., PARHAM, R., FREEMANTLE, N., FORBES, A., COOPER, V.: 2013 "Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribedfor Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework", **PLOS ONE,** 8/12, 1-24.

HORNE, R., ALBERT, A., BOONE, C.: 2018 "Relationship Between Beliefs About Medicines, Adherence to Treatment, and Disease Activity in Patients with Rheumatoid Arthritis Under Subcutaneous Anti-Tnf α Therapy", **Patient Preference and Adherence,** 12, 1099–1111.

HUGHES, L.,D.: 2011 "Psychological Adjustment to the Onset of Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Evaluation of Perceptions of and Adherence to Medication", **Yayınlanmamış Doktora Tezi,** Hertfordshire Üniversitesi, Hertfordshire.

HUIZINGA, T. W.: 2003 "Genetics in rheumatoid arthritis", **Best Practice & Research: Clinical Rheumatology,** 17/5, 703-716.

HUSH, J. M., CAMERON, K., MACKEY, M.: 2011 "Patient Satisfaction With Musculoskeletal Physical Therapy Care: A Systematic Review", **Physical Therapy,** 91/1, 25–36.

HÜNER, B., DEMİRHAN E., ATAR, S.: 2013 "Geriatrik Hastalarda Kas İskelet Sistemi Hastalıkları", **Okmeydanı Tıp Dergisi,** 29/2, 75-88.

HYPHANTIS, T., KOTSIS, K., TSIFETAKI, N., CREED, F., DROSOS, A. A., CARVALHO, A. F., VOULGARI, P. V.: 2013 "The Relationship Between Depressive Symptoms, Illness Perceptions and Quality Of Life in Ankylosing Spondylitis in Comparison to Rheumatoid Arthritis", **Clinical Rheumatology,**

32, 635-644.

ISKANDARSYAH, A., DE KLERK, C., SUARDI, D. R., SOEMITRO, M. P., SADARJOEN, S. S., PASSCHIER, J.: 2013 "Satisfaction with Information and Its Association with Illness Perception and Quality of Life In Indonesian Breast Cancer Patients". **Support Care Cancer,** 21, 2999- 3007.

IŞIK, A., KOCA, S. S., ÖZTÜRK, A., MERMİ, O.: 2007 "Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis", **Clinical Rheumatology**, 26/6, 872-878.

JAMES, C. L.: 2009 "Adherence To Daily Controller Medication in Pediatric Asthma", **Yayınlanmamış Doktora Tezi,** The University of Georgia, Gürcistan.

JESSUP, R. L.: 2007 "Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference?", **Australian Health Review**, 31/3, 330-331.

JIMMY, B., JOSE, J.: 2011 "Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice", **Oman Medical Journal**, 26/3, 155-159.

KALYONCU, U., DOUGADOS, M., DAURÈS, J. P., GOSSEC, L.: 2009 "Reporting of Patient-Reported Outcomes in Recent Trials in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review", **Annals of the Rheumatic Diseases,** 68/2, 183-190.

KAPLAN, R. M.: 2009 "Health Psychology: Where Are We And Where Do We Go From Here?" **Mens Sana Monographs,** 7/1, 3–9.

KAPTEIN, A. A., SCHARLOO, M., HELDER, D. I., KLEIJN, W. C., VAN KORLAAR, I. M., "Representations of chronic illness", **The self-regulation of health and illness behaviour.** (Yayımlayan: Cameron L., Leventhal H.). London:

WOERTMAN, M.: 2003 Routledge.

KEKOW, J., MOOTS, R. J., EMERY, P., DUREZ, P., KOENIG, A., SINGH, A., PEDERSEN, R., ROBERTSON, D., FREUNDLICH, B., SATO., R.: 2010 "Patient-reported outcomes improve with etanercept plus methotrexate in active early rheumatoid arthritis and the improvement is strongly associated with remission: the COMET trial", **Annals of the Rheumatic Diseases,** 69, 222-225.

KELLY, M., MCCARTHY, S., SAHM, L. J.: 2014 "Knowledge, Attitudes and Beliefs of Patients and Carers Regarding Medication Adherence: A Review of Qualitative Literature", **Europen Journal of Clinical Pharmacology,** 70, 1423-1431.

KILIÇ, T., TOPUZ, R.: 2015 "Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması", **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,** 9, 78-95.

KJEKEN, I., DAGFINRUD, H., MOWINCKEL, P., UHLIG, T., KVIEN, T. K., FINSET, A.: 2006 "Rheumatology Care: Involvement in Medical Decisions, Received Information, Satisfaction with Care, and Unmet Health Care Needs in Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis", **Arthritis & Rheumatology,** 55/3, 394-401.

KNIBB, R. C. L., HORTON, S.: 2008 "Can illness perceptions and coping predict psychological distress amongst allergy sufferers?", **British Journal of Health Psychology**, 13, 103–119.

KOTSIS, K., VOULGARI, P. V., TSIFERAKI, N., DROSOS, A. A., CARVAHLO, A. F., HYPHANTIS, "Illness Perceptions and Psychological Distress Associated with Physical Health-Related Quality of Life in Primary Sjogren's Syndrome Compared to Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid

T.: 2014 Arthritis", **Rheumatology International,** 34, 1671–1681.

KÖRNER, M.: 2010 "Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach", **Clinical Rehabilitation,** 24/8, 745–755.

KRAVITZ, R. L., MELNIKOW, J.: 2004 "Medical adherence research: time for a change in direction?", **Medical Care,** 42, 197-199.

KRIPALANI, S., YAO, X., HAYNES, R. B.: 2007 "Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. A Systematic Review", **Archives of Internal Medicine,** 167, 540-550.

KÜÇÜKARSLAN, S. N.: 2012 "A Review Of Published Studies Of Patients' Illness Perceptions and Medication Adherence: Lessons Learned And Future Directions", **Research in Social and Administrative Pharmacy,** 8, 371–382.

KWAN, Y., KOH, E., LEONG, K., WEE, H.: 2014 "Association Between Helplessness, Disability, and Disease Activity with Health-Related Quality of Life Among Rheumatoid Arthritis Patients in A Multiethnic Asian", **Rheumatology International,** 34/8, 1085-1093.

LARSEN, P. D, LUBKIN, I. M.: 2013 **Chronic Illness: Impact and Intervention,** 7 ed., Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.

LAU, R. R., HARTMAN, K. A.: 1983 "Common sense representations of common illnesses", **Health Psychology,** 2, 167-185.

LAU, R. R., BERNARD, T. M., HARTMAN, K. A.: 1989 "Further explorations of common-sense representations of common illnesses", **Health Psychology,** 8, 195-219.

LEE, J. K., GRACE, K. A., TAYLOR, A. J.: 2006 "Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial", **JAMA,** 296/21, 2563-2571.

LEMPP, H. K., GALLOWAY, J., HUGHES, L. D.: 2015 "How to Manage Patients' Expectations in Rheumatoid Arthritis Treatment", **International Journal of Clinical Rheumatology,** 10/5, 301-303.

LEVENTHAL, H., WATTS, J. C.: 1966 "Sources of resistance to fear-arousing communications on smoking and lung cancer", **Journal of Personality,** 34/2, 155-175.

LEVENTHAL, H.: 1970 "Findings and theory in the study of fear communications", **Advances in Experimental Social Psychology,** 5, 119-186.

LEVENTHAL, H., NERENZ, D. R., STEELE, D. J.:1984 "Illness representations and coping with health threats", **Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects Of Health.** (Yayımlayan: Baum A, Taylor SE, Singer JE) Hillsdale: NJ7 Erlbaum, 219– 252.

LEVENTHAL, H., DIEFENBACH, M., LEVENTHAL, E. A.: 1992 "Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions", **Cognitive Therapy and Research,** 16/2, 143-163.

LEVENTHAL, H., BENYAMINI, "Illness Representations: Theoretical Foundations",

Y., BROWNLEE, S., DIEFENBACH, M., LEVENTHAL, E. A., PATRICK-MILLER, L., ROBITAILLE, C.: 1997 **Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications**. (Yayımlayan: Petrie, K.J., Weinman J.A.) Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers, 19-45.

LEVENTHAL, H., BRELAND, J. Y., MORA, P. A., LEVENTHAL, E. A.: 2010 "Lay representations of illness and treatment: a framework for action", **Handbook of behavioral medicine: Methods and applications.** (Yayımlayan: Steptoe A.) New York: Springer, 137-154.

LEVENTHAL, H., PHILLIPS, L. A., BURNS, E.: 2016 "The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management", **Journal of Behavioral Medicine,** 39/6, 935-946.

LIPSKY, P. E., BRAUNWALD, E., FAUCI, A. S., KASPER, D. L., HAUSER, S. L., LONGO, D. L., JAMESON, J. L.: 2004 **Harrison's Principles of Internal Medicine.** (Yayımlayan: Sarıca Y., İnal T.C., Canataroğlu A., Güvenç B., Horoz M., Özkaynak P.) 15th ed. McGraw-Hill, New York, 1928-1937.

LLEWELLYN, C. D., MINERS, A. H., LEE, C. A., HARRINGTON, C., WEINMAN, J.: 2003 "The illness perceptions and treatment beliefs of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment", **Psychology and Health,** 18, 185–200.

LÖWE, B., SPITZER R. L., WILLIAMS, J. B. W., MUSSELL, M., SCHELLBERG, D., KROENKE K.: 2008 "Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment", **General Hospital Psychiatry,** 30/3, 191-199.

MACGREGOR, A. J., SNIDER, H., RIGBY, A. S., "Characterizing the quantitative genetic contribution to rheumatoid arthritis using data from

KOSKENVUO, M., KAPRIO, J., AHO, K., SILMAN, A. J.:2000 twins", **Arthritis & Rheumatology,** 43/1, 30-37.

MATARAZZO, J. D.: 1980 "Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology". **American Psychologist**, 35/9, 807.

MATCHAM, F., RAYNER, L., STEER, S., HOTOPF, M.: 2013 "The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis", **Rheumatology,** 52/12, 2136-2148.

MATCHAM, F., SCOTT, I. C., RAYNER, L., HOTOPF, M., KINGSLEY, G. H., NORTON, S., SCOTT, D. L., STEER, S.: 2014 "The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis", **Seminars in Arthritis and Rheumatism,** 44/2, 123-130.

MATCHAM, F., NORTON, S., SCOTT, D. L., STEER, S., HOTOPF, M.: 2015 "Symptoms of Depression and Anxiety Predict Treatment Response and Long-Term Physical Health Outcomes in Rheumatoid Athritis: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial", **Rheumatology,** 8, 1-12.

MCCULLEY, C., KATZ, P., TRUPIN, L., YELIN, E. H., BARTON, J. L.: 2018 "Association of Medication Beliefs, Self-efficacy, and Adherence in a Diverse Cohort of Adults with Rheumatoid Arthritis", **The Journal of Rheumatology,** 45/12, 1636-1642.

MENTER, A., AUGUSTIN, M., SIGNOROVITCH, J., YU, A. P., WU, E. Q., GUPTA, S. R., BAO, Y., MULANI, P.: 2010 "The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis: a randomized clinical trial", **Journal of the American Academy of Dermatology,** 62, 812-818.

MEYER, D., LEVENTHAL, H., "Common sense models of illness - The example of

GUTMANN, M.: 1985 hypertension", **Health Psychology,** 4/2, 115-135.

MORGAN, C., MCBETH, J., CORDINGLEY, L., WATSON, K., HYRICH, K. L., SYMMONS, D. P., BRUCE, I. N.: 2015 "The Influence of Behavioural and Psychological Factors on Medication Adherence Over Time in Rheumatoid Arthritis Patients: A Study in The Biologics Era", **Rheumatology,** 54/10, 1780-1791.

MORISKY, D. E., ANG, A., KROUSEL-WOOD, M., WARD, H. J.: 2008 "Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting", **The Journal of Clinical Hypertension,** 10/5, 348-354.

MOSS-MORRIS, R., WEINMAN, J., PETRIE, K. J., HORNE, R., CAMERON, L.: 2002 "The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)", **Psychology and Health,** 17, 1–16.

MOURA, C. S., ABRAHAMOWICZ, M., BEAUCHAMP, M. E. ve ark.: 2015 "Early medication use in new-onset rheumatoid arthritis may delay joint replacement: results of a large population-based study", **Arthritis Research & Therapy,** 17, 197.

MURPHY, H., DICKENS, C., CREED, F., BERNSTEIN, R.: 1999 "Depression, Illness Perception and Coping in Rheumatoid Arthritis", **Journal of Psychosomatic Research,** 46/2, 155-164.

MÜLLER, R., KALLIKORM, R., PÕLLUSTE, K., LEMBER, M.: 2012 "Compliance With Treatment of Rheumatoid Arthritis", **Rheumatology International,** 32/10, 3131–3135.

NADERI, S. H., BESTWICK, J. P., WALD, D. S.: 2012 "Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients", **The American Journal of Medicine,** 125, 882-887.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE: **Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: involving patients in**

2009 **decisions about prescribed medicines and supporting adherence,** London, NICE.

NEAME, R., HAMMOND, A.: 2005 "Beliefs About Medications: A Questionnaire Survey Of People with Rheumatoid Arthritis", **Rheumatology**, 44/6, 762-777.

NERENZ, D. R., LEVENTHAL, H. LOVE, R. R.: 1982 "Factors contributing to emotional distress duringcancer chemotherapy", **Cancer,** 50/5, 1020-1027.

NICKLAS, L. B., DUNBAR, M. WILD, M.: 2010 "Adherene to Pharmacological Treatment of Non-Malignant Chronic Pain: The Role of Illness Perceptions and Medication Beliefs", **Psychology and Health,** 25/5, 601-615.

NORTON, S., HUGHES, L. D., CHILCOT, J., SACKER, A., VAN OS S., YOUNG, A., DONE, J.: 2014 "Negative and positive illness representations of rheumatoid arthritis: a latent profile analysis", **Journal of Behavioral Medicine,** 37/3, 524-532.

OETZEL, J., WILCOX, B., AVILA, M., HILL, R., ARCHIOPOLI, A., GINOSSAR, T.: 2015 "Patient–provider interaction, patient satisfaction, and health outcomes: testing explanatory models for people living with HIV/AIDS", **AIDS Care,** 27/8, 972–978.

OGDEN, J.: 2004 **Health psychology: A Textbook.** Bershire: Open University Press.

OĞUZ, S., ENÇ, N., YİĞİT, Z.: 2010 "Adaptation of the Compliance and Belief Scales to Turkish for Patients with Chronic Heart Failure", **Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi,** 38, 480-485.

OSTERBERG, L., BLASCHKE, T.: 2005 "Adherence to Medication", **The New England Journal of Medicine,** 353, 487-497.

ÖNEN, F., AKAR, S., BİRLİK, M., SARI, I., KHAN, M.A., GÜRLER, O. ve ark: 2008 "Prevalence of ankylosing spondylitis and related spondyloarthritides in an urban area of Izmir, Turkey", **The Journal of Rheumatology,** 35/2, 305-309.

ÖKSÜZ, S.: 2017 "Ankilozan Spondilit Hastalarında Klinik Pilates Egzersizlerinin Aerobik Egzersiz İle Birlikte Uygulandığındaki Etkinliğinin Araştırılması", **Yayınlanmamış Doktora Tezi.** Hacettte Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Ankara.

PARK, D. C., HERTZOG, C., LEVENTHAL, H., MORRELL, R. W., LEVENTHAL, E., BIRCHMORE, D., MARTIN, M., BENNETT, J.: 1999 "Medication Adherence in Rheumatoid Arthritis Patients: Older is Wiser", **Journal of the American Geriatrics Society,** 47, 172–183.

Press, I.: 2006 **Patient satisfaction: understanding and managing the experience of care**, Health Administration Press.

RAI, A., STRUTHERS, G.: 1994 "Ankylosing Spondylitis", **Rheumatology Nursing.: A Creative Approach.** (Yayımlayan: Hill, J.) London: Wiley, 65–68.

RATHBURN, A. M., REED, G. W., HARROLD, L. R.: 2013 "The Temporal Relationship Between Depression and Rheumatoid Arthritis Disease Activity, Treatment Persistence and Response: A Systematic Review", **Rheumatology**, 52, 1785-1794.

REZAI, F., DOOST, H. T. N., MOLAVI, H., ABEDI, M. R., "Depression and Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis: Mediating Role of Illness Perception",

KARIMIFAR, M.: 2014 **The Egyptian Rheumatologist,** 36, 57-64.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN: 1997 **From compliance to concordance; achieving shared goals in medicine taking.** Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharp & Dohme, London, UK.

SABATE, E.: 2003 **Adherence to long-term therapies: Evidence for action.** Switzerland: World Health Organization.

SAVRAN, Y., AKKOÇ, N.: 2005 "Romatoid Artrit Tedavisi", **Dahili Tıp Bilimleri Dergisi,** 12/4, 167-174.

SAYEK, İ.: 1989 **Temel Cerrahi**, 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi.

SAYIN, S.: 2017 "Ankilozan Spondilitli Hastalarda Fibromiyalji Sendromu Ve Hastalık Aktivitesi, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi", **Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi,** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Ankara.

SCHARLOO, M., KAPTEIN, A.: 1997 "Measurement Of Illness Perceptions in Patients with Chronic Somatic Illness: A Review", **Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications**. (Yayımlayan: Petrie, K.J., Weinman J.A.) Harwood Academic Publishers, Amsterdam, Netherlands, 103-154.

SIEPER, J., BRAUN, J., RUDWALEIT, M., BOONEN, A., ZINK, A.: 2002 "Ankylosing spondylitis: an overview", **Annals of the Rheumatic Diseases.** 61/3, 8-18.

SIEPER, J., LISTING, J., PODDUBNYY, D., SONG, I. H., HERMANN, K. G., CALLHOFF, J., SYRBE, U., BRAUN, J., RUDWALEIT, M.: 2015 "Effect of continuous versus on-demand treatment of ankylosing spondylitis with diclofenac over 2 years on radiographic progression of the spine: results from a randomised multicentre trial (ENRADAS)", **Annals of the Rheumatic Diseases,** 75/8, 1438–1443.

STRAUB, R. O.: 2014 **Health psychology: a biopsychosocial approach,** 4. baskı. Newyork: W. H. Freeman.

SUCHMAN, E. A.: 1965 "Stages of Illness and Medical Care", **Journal of Health and Human Behavior,** 6/3, 114-28.

SYMMONS, D., TURNER, G., WEBB, R., VE ARK.: 2002 "The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: new estimates for a new century", **Rheumatology (Oxford),** 41, 793-800.

SYMMONS, D. P.: 2002 "Epidemiology of rheumatoid arthritis: determinants of onset, persistence and outcome", **Best Practice & Research: Clinical Rheumatology,** 16, 707-722.

TAYFUN, A.: 2017 "Ankilozan Spondilitli Hastalarda Serum Il-17 Ve Il-23 Düzeylerinin Hastalık Aktivitesi, Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi", **Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi,** Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD: Rize.

TEMELOĞLU-ŞEN, E., SERTEL-BERK, H. Ö., SİNDEL, D.: 2019 "İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması", **İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi,** 82/1, 52-61.

TOKGÖZ, G.: 2001 "Romatoid Artrit: Patogenez-Patoloji", **Türkiye Klinikleri İmmünoloji Romatoloji Dergisi,** 1/1, 1-3.

TORRE-ALONSO, J. C., QUEİRO, R., COMELLAS, M., LİZÁN, L., BLANCH, C.: 2018 "Patient-Reported Outcomes in European Spondyloarthritis Patients: A Systematic Review of The Literature", **Patient Preference and Adherence,** 12, 733–747.

TREHARNE, G. J., KITAS, G. D., LYONS, A. C., BOOTH, D. A.: 2005 "Well-being in Rheumatoid Arthitis: The effects of disease duration and psychosocial factors", **Journal of Health Psychology,** 10, 457-474.

TYRING, S., GOTTLIEB, A., PAPP, K., GORDON, K., LEONARDI, C., WANG, A., LALLA, D., WOOLLEY, M., JAHREIS, A., ZITNIK, R., CELLA, D., KRISHNAN, R.: 2006 "Etanercept and clinical outcomes, fatigue, and depression in psoriasis: double-blind placebocontrolled randomised phase III trial", **Lancet**, 367, 29–35.

THURAH, A., NØRGAARD, M., HARDER, I., STENGAARD-PEDERSEN, K.: 2009 "Compliance with methotrexate treatment in patients with rheumatoid arthritis: influence of patients' beliefs about the medicine. A prospective cohort study", **Rheumatology International,** 30/11, 1441-1448.

TÜRKİYE ÖZÜRLÜLER ARAŞTIRMASI: 2002 Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU 2013 Türkiye İstatistik Yıllığı

ULUS, Y., TANDER, B., AKYOL, Y., TERZİ, Y., ZAHİROĞLU, Y., "Are Illness Perceptions Associated With Disease Activity of Psychological Well-Being in

SARISOY, G., BİLGİCİ, A., KURU, Ö.: 2017 RheumatoidArthritis? A Study With the Evidence of Confirmatory Factor Analysis", **Archives of Rheumatology,** 32/4, 315-324.

VAN CAMPEN, C., SIXMA, H., FRIELE, R. D., KERSSENS, J. J., PETERS, L.: 1995 "Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments", **Medical Care Research and Review,** 52/1, 109-133.

VAN DEN BEMT, B. J. F., ZWIKKER, H. E., VAN DEN ENDE, C. H. M.: 2012 "Medication Adherence in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Critical Appraisal of The Existing Literature", **Expert Review of Clinical Immunology,** 8/4, 337-351.

VAN DER HEIJDE, D., CALIN, A., DOUGADOS, M., KHAN, M. A. VE ARK.: 1997 "Preliminary core sets for endpoints in ankylosing spondylitis. Assessments in Ankylosing Spondylitis Working Group", **The Journal of Rheumatology**, 24, 2225-2229.

VAN MIERLO, T., FOURNIER, R., INGHAM, M.: 2015 "Targeting Medication Non-Adherence Behavior in Selected Autoimmune Diseases: A Systematic Approach to Digital Health Program Development", **PLoS ONE,** 10/6, 1-17.

VAN OS, S., NORTON, S., HUGHES, L.D., CHİLCOT, J.: 2012 "Illness Perceptions Account for Variation to Positive Outlook As Well As Psychological Distress in Rheumatoid Arthritis", **Psychology, Health & Medicine,** 17, 427-439.

VANGELI, E., BAKHSHI, S., BAKER, A. FISHER, A., BUCKNOR, D., MROWIETZ, U., ÖSTÖR, A. J. K., PEYRIN-BIROULET, L., LACERDA, A. P., "A Systematic Review of Factors Associated with Non-Adherence to Treatment for Immune-Mediated Inflammatory Diseases", **Advances in Therapy,** 32/11, 983–1028.

WEINMAN, J.: 2015

VAUGHAN, R., MORRISON, L., MILLER, E.: 2003 "The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome", **British Journal of Health Psychology**, 8, 287-301.

VEİTH, I.: 1993 **Hysteria: The History of a Disease,** Jason Aronson Inc, Marryland.

VILLER, F., GUILLEMIN, F., BRIANCON, S., MOUM, T., SUURMEIJER, T., VAN DEN HEUVEL, W.: 1999 "Compliance to Drug Treatment of Patients with Rheumatoid Arthritis: A 3 Year Longitudinal Study", **Journal of Rheumatology,** 26/10, 2114-2122.

VRIJENS, B., DE GEEST, S., HUGHES, D. A., PRZEMYSLAW, K., DEMONCEAU, J., RUPPAR, T., DOBBLES, F., FARGHER, E., MORRISON, V., LEWEK, P., MATYJASZCZYK, M., MSHELIA, C., CLYNE, W., ARONSON, J. K., URQUHART, J.: 2012 "A New Taxonomy for Describing and Defining Adherence to Medications", **British Journal of Clinical Pharmacology,** 73, 691-705.

WAMPOLD, B. E.: 2001 **The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.** Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

WARE, J. E., SNYDER, M. K., WRIGHT, W. R., DAVIES, A. R.: 1983 "Defining and measuring patient satisfaction with medical care", **Eval Program Plann,** 6, 247-263.

WEINMAN, J., PETRIE, K. J., MOSS-MORRIS, R., HORNE, R.: 1996 "The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representtation of illness", **Psychology & Health,** 11, 431-445.

WILLIAMS, S., WEINMAN, J., DALE, J.: 1998 "Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: A Review", **Family Practice,** 15, 480-492.

WILSON, C., THAKORE, A., ISENBERG, D., EBRINGER, A.: 1997 "Correlation between anti-Proteus antibodies and isolation rates of P. mi-rabilis in rheumatoid arthritis", **Rheumatology International,** 16, 187–189.

WONG, M., MULHERIN, D.: 2007 "The Influence of Medication Beliefs and Other Psychosocial Factors on Early Discontinuation of Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs", **Musculoskeletal Care,** 5/3, 148-159.

WORLD HEALTH ORGANISATION: 1995 Constitution of the World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANISATION: 2010 Global Status Report on Noncommunicable Diseases. http:// www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.

WORLD HEALTH ORGANISATION: 2017 World Health Organization.

WRIGHT, G. E., PARKER, J. C., SMARR, K. L., JOHNSON, J. C., HEWETT, J. E., WALKER, S. E.: 1998 "Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis". **Arthritis and Rheumatism**, 41/2, 298-305.

YENAL, O., USMAN, O. N., YASSA, K., UYAR, A., AGBABA, S.: 1977 "Epidemiology of rheumatic syndromes in Turkey. III. Incidence of rheumatic sacro-iliitis in men of 20-22 years", **Zeitschrift fur Rheumatologie,** 36/9-10, 294-298.

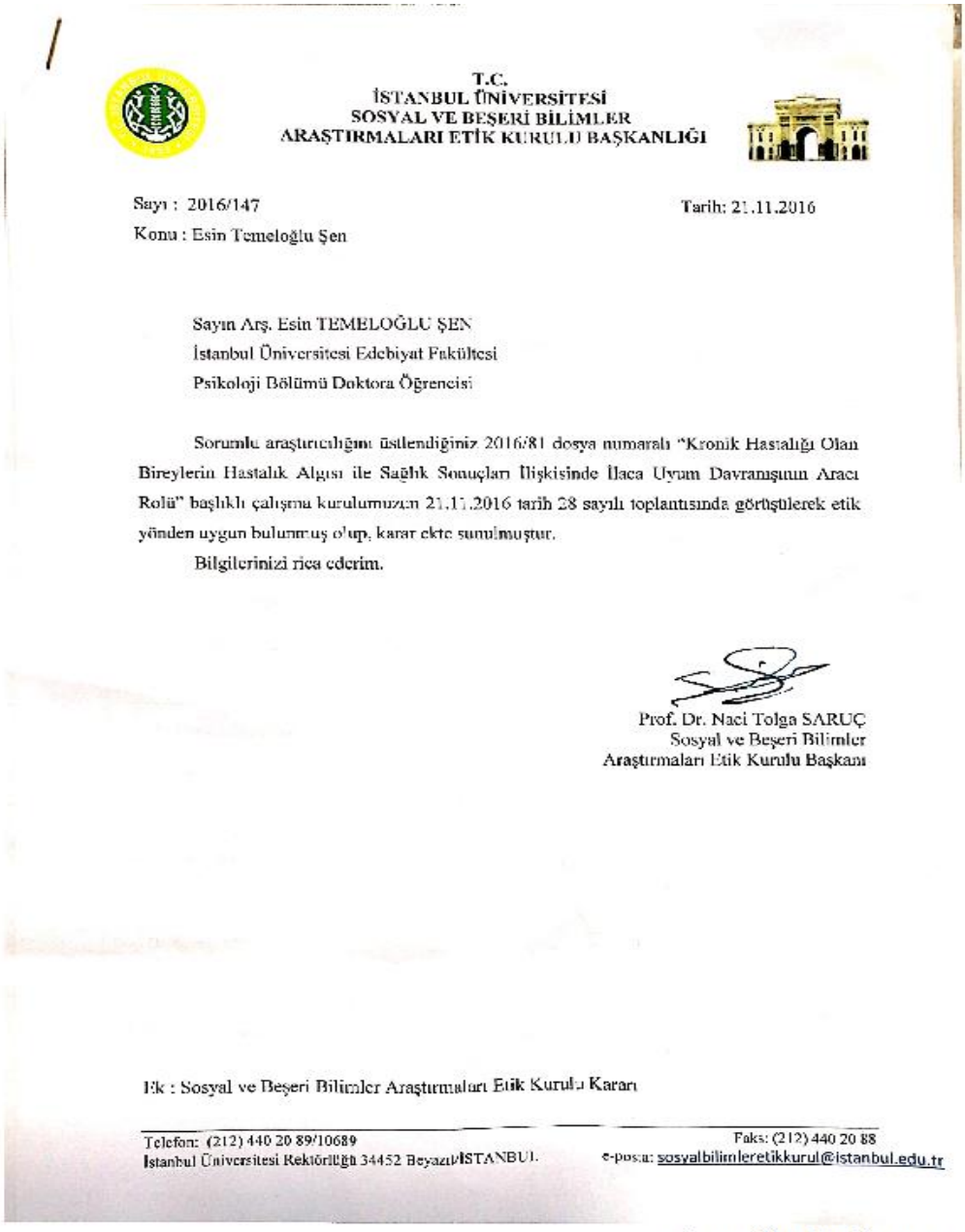
ZYRIANOVA, Y., KELLY, B. D., "The Psychological Impact of Arthritis: The Effects

SHEEHAN, J., MCCARTHY, C., DINAN, T. G.: 2011 of İllness Perception and Coping", **Irish Journal of Medical Science,** 180, 203-210.

ZHANG, L., XİA, Y., ZHANG, Q., FU, T., YİN, R., GUO, G., GU, Z.: 2017 "The correlations of socioeconomic status, disease activity, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with rheumatoid arthritis", **Psychology, Health & Medicine,** 22/1, 28-36.

EKLER

EK1. ETİK ONAM



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : 2016/147 Tarih: 21.11.2016
Konu : Esin Temeloğlu Şen

Sayın Arş. Esin TEMELOĞLU ŞEN
İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü Doktora Öğrencisi

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz 2016/81 dosya numaralı "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısı ile Sağlık Sonuçları İlişkisinde İlaca Uyum Davranışının Aracı Rolü" başlıklı çalışma kurulumuzun 21.11.2016 tarih 28 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ
Sosyal ve Beşeri Bilimler
Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı

Ek : Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

Telefon: (212) 440 20 89/10689 Faks: (212) 440 20 88
İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü 34452 Beyazıt/İSTANBUL e-posta: sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr

Scanned by CamScanner

EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Özlem Sertel-Berk'in danışmanlığında, Arş. Gör. Esin Temeloğlu Şen tarafından yürütülen "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısı İle Sağlık Sonuçları İlişkisinde İlaca Uyum Davranışının Aracı Rolü" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) tanısı almış bireylerin ilaca uyum davranışını etkileyen değişkenleri ve ilaca uyum davranışının etkilediği psikolojik faktörleri değerlendirmektir. Araştırmada sizden yaklaşık 40 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil yaklaşık 150 kişi katılacaktır. Çalışma kapsamında size toplam 134 sorudan oluşan 6 ölçek uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya esin_tmlgl@windowslive.com e-posta adresi ve 0542 5726477 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı: .....
İmzası:
Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Şahidin:[3]
Adı-
Soyadı:.....
.....
İmzası:

EK 3. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

1) Yaşınız: ____ **2) Cinsiyetiniz:** Kadın ( ) Erkek ( )

3) Eğitim Durumunuz: Okuma-yazma Bilmiyor ( ) Okuma-yazma Biliyor ( )
İlkokul mezunu ( ) İlköğretim Mezunu ( ) Lise veya Dengi Bir Okuldan Mezun ( )
Yüksekokul Mezunu ( ) Üniversite Mezunu ( ) Lisansüstü mezunu ( )

4) Gelir seviyenizi nasıl tanımlıyorsunuz?
Alt ( ) Alt orta ( ) Orta ( ) Üst orta ( ) Üst ( )

5) Çalışıyor musunuz?
Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum ( ) Hastalıktan dolayı çalışmayı bıraktım ( )

6) Medeni durumunuz?
Evli ( ) Bekâr ( ) Dul ( ) Boşanmış ( ) Eşinden ayrı yaşıyor ( )
7) Çocuğunuz var mı? Evet ( ) ise kaç tane …… Hayır ( )
8) Kiminle yaşıyorsunuz?
Yalnız ( ) Ana-baba ile ( ) Eş ile ( ) Bir yakın ile ( ) Eş ve çocuk(lar) ile ( )
Sadece çocuk(lar) ile ( ) Eş ve çocuk(lar) ve bir yakın ile ( ) Bakıcı ile ( )
9) Sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

10) Hangi tanı ile tedavi ediliyorsunuz? Romatoid artrit – RA ( ) Ankilozan spondilit – AS ( )

11) Ne kadar süredir bu tanı ile tedavi görüyorsunuz?
……

12) Ne kadar süredir ilaç kullanıyor musunuz? …….

13) RA/AS için hangi ilaçları kullanıyorsunuz?
a) NSAID :……..
b) csDMARD: steroid metotreksat salazoprin
c) anti TNF……

14) Hastalığınızla ilgili ne tür ilaçlar kullanıyorsunuz?
İğne ( ) Serum ( ) Krem ( ) Oral yollu ilaç; hap, şurup gibi ( )
Depo ilaç ( )

15) İstirahat ağrınızı 0 ile 10 arasında gösterebilir misiniz?



16) RA/AS haricinde başka hastalığınız var mı? Hayır ( ) Evet ( ) ise belirtiniz……..

17) Doktorlarınız tarafından size reçete edilmiş ve şu anda kullanmakta olduğunuz, <u>RA ve AS dışında</u> kaç çeşit ilaç vardır? (Tansiyon ilacı, kalp sağlığı için ilaçlar, kolesterol ilacı vb.)

……

18) RA/AS ilaçlarınızı düzenli kullanır mısınız? Evet ( ) Hayır ( )

19) RA/AS <u>dışındaki</u> ilaçlarınızı düzenli kullanır mısınız? Evet () Hayır ()

20) İlaçlarınızı düzenli kullanmama neden(ler)iniz nedir? *(birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)*

İlaçların yan etkileri ( ) Birden fazla ilaç kullanma ( ) Kullanılan diğer ilaçların daha önemli olduğunu düşünme ( ) İlaçların fayda etmediğini düşünme ( ) İlaçların sık değişmesi ( ) Kendini iyi hissetme ( ) İlaç kullanmayı sevmeme ( )
Diğer……

21) Fiziksel hastalığınızla birlikte devam eden psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

22) Varsa Ne(ler)?

Depresyon ( ) Bipolar Bozukluk ( ) Yaygınlaşmış Kaygı Bozukluğu ( )
Panik Bozukluk ( ) Sosyal Kaygı ( ) Somatizasyon ( ) Diğer .....

EK 4. HASTA SAĞLIK ÖLÇEĞİ-SOMATİK ANKSİYETE VE DEPRESYON SEMPTOMLARI

A) Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım **(1)** Biraz rahatsız oldum **(2)** Çok rahatsız oldum

		0	**1**	**2**
1.	Karın ağrısı			
2.	Sırt ağrısı			
3.	Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4.	Yorgunluk ve enerji azlığı			
5.	Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6.	Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7.	Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8.	Baş ağrısı			
9.	Göğüs ağrısı			
10.	Baş dönmesi			
11.	Fenalık hissi			
12.	Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13.	Nefes darlığı			
14.	Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15.	Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

B) Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

		0	**1**	**2**	**3**
1.	Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2.	Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3.	Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4.	Gevşemede zorlanma				
5.	Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6.	Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alıngan olma)				
7.	Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

C)

		Evet	**Hayır**
a.	Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
b.	Daha önce de oldu mu?		
c.	Bu ataklardan bazıları *birdenbire ansızın* (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
d.	Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
e.	Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

D) Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?
(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

		0	**1**	**2**	**3**
1.	Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2.	Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3.	Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4.	Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5.	İştahsızlık veya aşırı yeme				
6.	Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7.	Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8.	Dışarıdan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9.	Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

E) Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

( ) Hiç zorluk çıkarmadı ( ) Biraz zorluk çıkardı

( ) Çok zorluk çıkardı ( ) Aşırı derecede zorlandım

EK 6. İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

İLAÇLARINIZI NASIL KULLANIRSINIZ

- Çoğu insan, ilaçlarını kullanmanın kendilerine uyan bir yolunu bulur.
- Bu yol, prospektüsteki talimatlardan ya da doktorlarının söylediklerinden farklılık gösterebilmektedir.
- Size ilaçlarınızı nasıl kullandığınız hakkında birkaç soru sormak istiyoruz.

Burada, insanların söylediği bazı ilaç kullanma tarzları var.
Lütfen her bir ifade için size en çok uyan kutucuğu işaretleyiniz

	İlaç kullanımınıza dair kendi tarzınız;	Her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Asla
1)	Almayı unuturum.					
2)	Dozunu değiştiririm.					
3)	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4)	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5)	Söylenenden daha az alırım.					

EK 7. HASTA MEMNUNİYETİ KISA DEĞERLENDİRME FORMU

Yönergeler: Her bir soruyu okuduktan sonra, sizi en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz. Cevap çeşitliliği sorudan soruya değişiklik gösterebilir, bu yüzden her bir soruyu dikkatlice okumak için zaman ayırın. Biliyoruz ki cevaplar bazen tam olarak sizi tanımlamayabilir, bu yüzden lütfen sizi tanımlamaya en yakın cevabı seçiniz. Bitirdiğinizde, tüm soruları cevapladığınızdan lütfen emin olun.

1. Tedavinizin/bakımınızın sonuçlarından ne kadar memnunsunuz?

- Çok memnunum
- Memnunum
- Ne memnunum ne memnun değilim
- Memnun değilim
- Hiç memnun değilim

2. Tedavinizin/bakımınızın sonuçlarıyla ilgili doktorunuzun/diğer sağlık uzmanının yaptığı açıklamalardan ne kadar memnunsunuz?

- Çok memnunum
- Memnunum
- Ne memnunum ne memnun değilim
- Memnun değilim
- Hiç memnun değilim

3.Doktor/diğer sağlık uzmanı sizi muayene ederken tüm kontrolleri yapma konusunda çok özenliydi.

- Kesinlikle katılıyorum
- Katılıyorum
- Emin değilim
- Katılmıyorum
- Kesinlikle katılmıyorum

4. Aldığınız sağlık hizmetini etkileyen kararlarla ilgili seçimlerinizden ne kadar memnunsunuz?

- Çok memnunum
- Memnunum
- Ne memnunum ne memnun değilim
- Memnun değilim
- Hiç memnun değilim

5. Doktor /diğer sağlık uzmanı tarafından size saygı duyulduğunu ne sıklıkta hissettiniz?

- Her zaman
- Çoğu zaman
- Kısmen
- Bazen
- Hiçbir zaman

6. Doktorla/diğer sağlık uzmanı ile geçirdiğiniz zaman fazla kısaydı.

- Kesinlikle katılıyorum
- Katılıyorum

- Emin değilim
- Katılmıyorum
- Kesinlikle katılmıyorum

7. Hastanede/klinikte gördüğünüz ilgiden memnun musunuz?

- Çok memnun
- Memnun
- Ne memnun ne memnun değil
- Memnun değil
- Hiç memnun değil

EK 8. İLAÇLAR HAKKINDA İNANÇLAR ANKETİ

Bu ankette sizin için reçete edilen ilaçlarınız hakkındaki ve genel olarak ilaçlar hakkındaki kişisel görüşlerinizi sormak istiyoruz. Lütfen, fikrinizi en iyi yansıtan ifadenin yanına X işareti koyarak her bir cümleyi ne kadar kabul ettiğinizi belirtiniz. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur, kişisel görüşlerinizle ilgileniyoruz.

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.	Şu anki sağlığım ilaçlarıma bağlıdır					
2.	İlaç almak zorunda olduğum için endişeleniyorum					
3.	İlaçlarım olmasa hayatım yaşanmaz olurdu					
4.	İlaçlarım olmasa çok hasta olurdum					
5.	Bazen ilaçlarımın uzun vadeli etkileri nedeniyle endişeleniyorum					
6.	İlaçlarım benim için bir sır gibi					
7.	Gelecekteki sağlığım ilaçlara bağlı olacak					
8.	İlaçlarım hayat düzenimi bozuyor					
9.	Bazen ilaçlara çok bağımlı olmaktan endişe ediyorum					
10.	İlaçlarım beni daha kötü olmaktan korur					
11.	Doktorlar çok fazla ilaç reçete ediyorlar					
12.	İlaç kullanan insanlar bazen tedavilerine ara vermelidir					
13.	İlaçların çoğu bağımlılık yapar					
14.	Doğal çareler, ilaçlardan daha güvenlidir					
15.	İlaçların yarardan çok zararı var					
16.	Tüm ilaçlar zehirdir					
17.	Doktorlar ilaçlara çok fazla güvenmektedir					
18.	Eğer doktorlar hastalarla daha fazla zaman geçirse, daha az ilaç reçete ederler					

EK 8. KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

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

1- Hastalığınız yaşamınızı ne kadar etkiliyor? (Sonuçlar)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç etkilemiyor Çok fazla etkiliyor

2- Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz? (Kişisel Kontrol)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç kontrolüm yok Çok fazla kontrolüm var

3- Tedavinizin hastalığınıza ne kadar iyi geleceğini düşünüyorsunuz? (Tedavi Kontrolü)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç iyi gelmeyecek Çok iyi gelecek

4- Hastalığınız ile ilgili ne kadar belirti yaşıyorsunuz? (Hastalık Kimliği)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Belirti hiç yok Belirti çok fazla

5- Hastalığınız hakkında ne kadar endişe duyuyorsunuz? (Endişe)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç endişe duymuyorum Çok fazla endişe duyuyorum

6- Hastalığınızı ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz? (Hastalık Anlaşılabilirliği)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç anlamıyorum Çok iyi anlıyorum

7- Hastalığınız sizi duygusal olarak ne kadar etkiliyor? (Örneğin; hastalığınız sizi üzüyor, korkutuyor, sinirlendiriyor ya da bunaltıyor mu?) (Duygu Durumu)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Duygusal olarak hiç etkilemiyor

Duygusal olarak çok fazla etkiliyor

8- Lütfen hastalığınıza neden olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü sırasıyla yazınız.

Benim için en önemli nedenler:

1……
2……
3……

ÖZGEÇMİŞ

ESİN TEMELOĞLU ŞEN
İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü B blok 13 numaralı oda
Fatih-İstanbul
esin.sen@istanbul.edu.tr

Doğum Tarihi: 11.08.1987
Doğum Yeri: İzmit/Kocaeli
Unvan: Araştırma Görevlisi

Eğitim Bilgileri
Doktora, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji ABD, 2014-2019
Yüksek Lisans, MALTEPE ÜNİVERSİTESİ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji, 2011-2014
Lisans, ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji ABD, 2005-2010

Yabancı Diller
İngilizce, Çok İyi

Akademik Unvanlar/Görevler
Arş.Gör., İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, Edebiyat Fakültesi, 2014 - Devam Ediyor

Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler
Temeloğlu-Şen E., Hocaoğlu A., Sertel-Berk Ö., "Group Psychotherapy with Fibromyalgia Patients: A Systematic Review", Archives of Rheumatology, kabul edildi (*basım aşamasında*)

Temeloğlu-Şen E., Sertel-Berk Ö., Sindel D., "İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması", İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, cilt 82, no. 1, ss.52-61, 2019.

Temeloğlu Şen E., Uzun Oğuz E., "Psikiyatrik Tanı Alan Bireylerin ve Eşlerinin Evlilik Uyumları", Sağlık Bilimleri Dergisi, cilt.4, no.1, ss.16-24, 2017.

Temeloğlu Şen E., Turan G., Sarıcan A., "Kocaeli Bölgesinde Kurulan Çocuk İzlem Merkezi'ne Başvuran Çocukların Ve Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri", Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, cilt.1, ss.16-27, 2015.

Çakır U. , Kavur İnan E., Temeloğlu Şen E., Karabulut Ü., Tekeş S. , Tanrıverdi A., "Madde Kötüye Kullanım Öyküsü Olan Bireylerde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Yaygınlığı", Abant Medical Journal, cilt.1, no.1, ss.62-66, 2014.

Hakemli Kongre/Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Temeloğlu Şen E., Hocaoğlu A., Ketenci A., Sindel D., Sertel Berk H.Ö., "Fibromiyalji sendromu olan hastalarda kısa süreli grup psikoterapisi uygulaması:Pilot çalışma", Uluslararası Katılımlı Türk Romatoloji Kongresi, Bafra, Kuzey Kıbrıs Türk Cum., 28 Mart - 1 Temmuz 2018, vol.9, no.1, pp.205-205

Temeloğlu Şen E., Sertel Berk H.Ö., "Adaptation of Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS) Scale and Medical Adherence Report Scale (MARS) in Turkish Patients with Chronic Illness: Preliminary Results", The 15th European Congress of Psychology, Amsterdam, Hollanda, 11-14 Temmuz 2017, vol.15, no.1, pp.1-1

Hocaoğlu A., Temeloğlu Şen E., Sertel Berk H.Ö., "Group Therapy with Fibromyalgia Patients: A Systemetic Rewiew", The 15th European Congress of Psychology, Amsterdam, Hollanda, 11-14 Temmuz 2017, vol.15, no.1, pp.1-1

Temeloğlu Şen E., Uzun Oğuz E., "Psikiyatrik Bozukluklarda Nedensel Atıflar İle Psikopatoloji İlişkisi", 19. Ulusal psikoloji kongresi 5-7 eylül 2016 İzmir, Türkiye, 5-7 Eylül 2016, cilt.19, no.1, ss.173-174

Dirik G., Temeloğlu Şen E., "Disturbed Eating Attitudes In University Students: Relations To Perceived Parental Attitudes, Personality Characteristics And Ways of Coping", The 12th European Congress of Psychology, July 4-8, İstanbul, İstanbul, Türkiye, 10-13 Temmuz 2011, pp.1-1

Yaptığı Tezler

Yüksek Lisans, "Çiftlerden Birisi Eksen I Tanısı Almış Evli Bireylerin Evlilik Uyumlarının, Patolojiye Dair Atıfları, Kontrol Odakları Ve Başetme Yolları Açısından İncelenmesi", Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji ABD Şubat, 2014.,