



Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi

İlknur Karabulut,¹ Meral Gün²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi İstanbul, Turkey

²Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Mersin, Turkey

Özet

Amaç: Bu araştırma perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Yöntemler: Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesi kardiyoloji polikliniklerine 1 Temmuz 2017-30 Kasım 2017 tarihleri arasında başvuran 476 hasta, örneklemini ise araştırma kriterlerini karşılayan ve yapılan güç analizi ile belirlenen 192 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımları), Student's t testi ve Paired Samples t testi kullanıldı. $p<0.05$ istatistik açıdan anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların çoğu; erkek, kilolu, evli, ilköğretim mezunu ve yaş ortalaması 59.7 ± 11.1 idi. Hastaların çoğunun kullandığı ilacının adını bildiği, düzenli sağlık kontrollerine geldiği ve ilave kronik hastalığının olduğu belirlendi. Araştırmada hastalar çoğunlukla hastalık nedeni olarak stres, kalıtım ve diyet-yemek alışkanlıklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların ilaç tedavisine uyumlarının orta düzeyde olduğu, ilaç kullanım sıklığı azaldıkça ilaç uyumunun arttığı ve hastalık algısının ilaç tedavisine uyumlarını etkilediği belirlendi ($p<0.05$). Hastaların hastalığını anlama, kontrol etme ve yönetme düzeyleri arttıkça ilaç uyumlarının da arttığı saptandı ($p=0.002$; $p=0.001$).

Sonuç: Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların ilaç uyumlarının orta düzeyde olduğu, hastalık algılarının ilaç uyumlarını etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Algı; hastalık; perkütan koroner girişim; tedavi uyumu.

The Effect of Illness Perceptions on Medication Adherence in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention

Abstract

Objective: The purpose of this descriptive study was to determine the effect of illness perceptions on medication adherence in patients undergoing percutaneous coronary intervention.

Methods: The study population consisted of 476 patients who were admitted to the cardiology department of a training and research hospital between July 1, 2017 and November 30, 2017. The study sample consisted of 192 patients who were selected using power analysis according to the research inclusion criteria. Data were collected using a Personal Information Form, the Illness Perception Scale Disease Perception Scale and the Morisky Medication Adherence Scale. Data were

İletişim (Correspondence): Hem. İlknur Karabulut. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi İstanbul, Turkey

Telefon (Phone): +90 545 379 92 12 **E-Posta (E-mail):** ilknurakkaya21@gmail.com

Başvuru Tarihi (Submitted Date): 25.03.2019 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 07.05.2019



analyzed using descriptive statistics (i.e. mean, standard deviation, frequency and percentage distributions), Student's t test and Paired Samples t test were used in the evaluation of the data. A significance level of $p < 0.05$ was used for the analyzes.

Results: Majority of the patients participating in the study were male, were overweight, were married, were literate/primary school graduates and the average age was 59.7 ± 11.1 . It was determined that the majority of the patients knew the names of the drugs they used, they had regular health checkups and they had additional chronic diseases. Most of the patients indicated stress, genetic makeup or diet-eating habits as the causes of their disease. It was determined that the patients had a moderate level of medication adherence, their medication adherence increased as the frequency of their drug usage decreased and their illness perceptions affected their medication adherence ($p < 0.05$). As the patients' level of understanding, controlling and managing the disease increased, the drug compliance increased ($p = 0.002$; $p = 0.001$).

Conclusion: It was determined that the drug compliance of the patients who underwent percutaneous coronary intervention was moderate and the disease perceptions affected the compliance of the drug.

Keywords: Disease; medication compliance; perception; percutaneous coronary intervention.

Cite this article as: Karabulut İ, Gün M. The Effect of Illness Perceptions on Medication Adherence in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. Turk J Cardiovasc Nurs 2019;10(21):8–16.

Kronik hastalıklar sürekli tedavi ile birlikte bakım gerektirmekte ve yaşamın uzun dönemini kapsamaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde koroner arter hastalığı önemli yere sahiptir.^[1] Koroner arter hastalığı Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre tüm dünyada başlıca ölüm sebebidir.^[2] Türkiye' de de ölüm nedenlerinin ilk sırasında dolaşım sistemi hastalığının yer aldığı, yaklaşık 3.5 milyon koroner kalp hastasının olduğu ve yılda %4 oranında arttığı belirtilmektedir.^[3, 4]

Koroner arter hastalığı; koroner arterin aterosklerotik plaklarla tıkanması, tıkanan bölgenin spazmı, beslediği miyokardın iskemisi, mikrovasküler işlev bozukluğu ve buna bağlı olarak semptomların ortaya çıkması ile karakterize klinik bir tablodur.^[5-7] Koroner arter hastalığı tedavisinde amaç; semptomları kontrol etmek, iskemi şiddetini azaltmak, miyokard enfarktüsü ve ölümü engelleyerek yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır.^[1, 6] Koroner arter hastalığının tedavi yaklaşımında nonfarmakolojik, farmakolojik ve girişimsel tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Perkütan koroner girişim yöntemi uygulanarak; ateroskleroz, enfeksiyon, damar çeperinde kalınlaşma gibi nedenlerle daralan ya da tıkanan damarlar kateter aracılığı ile genişletilmekte ve tekrardan daralmaları önlemek amacıyla stent yerleştirilmektedir.^[8, 9]

Perkütan koroner girişim (PKG) sonrasında; kardiyak olayların tekrarlanmaması, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, semptomların en aza indirilmesi ve psikososyal anlamda iyiliğin sürdürülmesi için hastanın uyumu önem taşımaktadır. Hastalığa ve tedaviye uyumda yaşam şekli değişiklikleri ile birlikte ilaç uyumunun da olması gerekmektedir.^[10] Hastaların tedaviye uyumlarının yetersiz olması; sağlık hizmetleri maliyetini, morbiditeyi, mortaliteyi olumsuz etkilemekte ve yeniden hastaneye yatışlara sebep olabilmektedir.^[11] Kişilerin hastalık hakkındaki algıları, ilaçların yarar veya zarar hakkındaki görüş ve algıları; başa

çıkma davranışlarını, tedavinin işleyiş ve kontrolünü etkilemektedir.^[12, 13] Bu yüzden hastalık algısının ilaç uyumunu etkileyen en önemli faktör olduğu belirtilmektedir.^[14]

Perkütan koroner girişim uygulanan ve stent takılan hastalarda tedavi olmuş hissi, ilaç tedavisine uyumu ve devamlılığını olumsuz etkileyebilmekte, durumun daha da kritikleşmesine neden olabilmektedir.^[15-17] Bu nedenle PKG uygulanan hastaların hastalıkla ilgili algı ve düşünceleri belirlenerek bireye özgü eğitim ve danışmanlığın verilmesi yeni koroner olayların gelişmesini önleyerek bireyin sağ kalım oranlarını ve yaşam kalitesini arttıracaktır. Literatürde koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini inceleyen çalışmalar oldukça fazla iken PKG uygulanan hastaların hastalık algısı ile ilaç uyumları arasında ilişkinin araştırıldığı çalışmalar sınırlıdır.^[12, 14, 18-22] PKG uygulanan hastaların işlem sonrası sağlık önerilerine ve ilaç tedavilerine uyumun sağlanabilmesi için hastalardaki hastalık algısının hemşireler tarafından belirlenmesi ve eğitim ve danışmanlık stratejilerinin elde edilen veriler ışığında bireysel olarak geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle PKG uygulanan hastaların hastalık algısının ilaç uyumlarına etkisinin olup olmadığının belirlenmesi eğitim ve danışmanlık stratejilerinin geliştirilmesinde rehber olacaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma PKG uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme: Araştırmanın evreni, bir araştırma ve uygulama hastanesi kardiyoloji polikliniklerine 1 Temmuz 2017-30 Kasım 2017 tarihleri arasında başvuran ve en az üç ay önce perkütan koroner girişim uygulanan 476 hasta oluşturdu. Araştırmanın örnekleme, veri toplamak için kullanılan, Morisky İlaç Tedavisine

Uyum Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği arasındaki doğrusal ilişkinin en az 0.30 olması koşulunda, en az %80 güç ve maksimum tip 1 hata %5 olacak şekilde www.e-picos.com, New York programında gerekli minimum hasta sayısı 192 olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemini, 1 Temmuz 2017-30 Kasım 2017 tarihleri arasında söz konusu hastanenin kardiyoloji polikliniklerine başvuran ve en az üç ay önce perkütan koroner girişim uygulanan 192 hasta oluşturdu.

Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından literatür ışığında oluşturulmuş Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği Formu ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılarak ortalama 30-40 dakikada toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formu literatür bilgileri doğrultusunda hastaların hastalık algısı ile ilaca uyum arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen sorulardan oluşmaktadır.^[23-27] Kişisel bilgi formunda yer alan sorular üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular, ikinci bölümde PKG ve sağlık durumuna ilişkin sorular ve üçüncü bölümde ise hastalık algısı, ilaç kullanımı ve sağlık kontrollerine uyuma ilişkin sorular yer almaktadır. Birinci bölümde dokuz, ikinci bölümde yedi ve üçüncü bölümde ise beş soru olmak üzere toplam 21 soru yer almaktadır.

Hastalık Algı Ölçeği Formu (HAÖ): Weinmann (1996) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır.^[28] HAÖ; Hastalık Belirtileri, Hastalık Hakkındaki Görüşleri, Hastalık Nedenleri boyutları olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır: Hastalık Belirtileri boyutu sık görülen 14 hastalık belirtisini içermektedir. Belirtilerin her biri için kişiye önce, "hastalığın başlangıcından bu yana belirtiyi yaşayıp yaşamadığı", sonra "bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği" sorulmaktadır. Her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilmektedir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık belirtileri hakkında değerlendirme sonucunu oluşturmaktadır. Hastalık belirtilerinde puan yüksekse, hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkmaktadır. Hastalık Hakkındaki Görüşleri boyutu, 38 maddeden oluşmuş ve beşli Likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar; süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Değerlendirmede, süre (akut/kronik), sonuçlar,

süre (döngüsel) alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun konik, hastalığın sonuçlarının negatif olduğunu ve durumun döngüsel doğası olduğunu göstermektedir. Kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun kişisel anlaşılabilirliği ve hastalığın, tedavi ile kontrol edilebilirliği hakkında pozitif inançları göstermektedir. Duygusal temsillerde yüksek puan, kişinin hastalığıyla ilgili olumsuz duyguların yüksek olduğunu gösterir. Hastalık nedenleri boyutu, hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Bu boyut, kişinin hastalığın olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırmakta ve dört alt boyut içermektedir. Bunlar psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağımsızlık, kaza veya şansır. Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenebilmektedir. Kocaman ve ark. (2007) tarafından yapılan Hastalık Algısı Ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında; birinci boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.89, ikinci boyutun alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları 0.69-0.77 arasında ve üçüncü boyutun iç tutarlılık katsayısı 0.25-0.72 arasında olduğu belirlenmiştir.^[28] Yaptığımız araştırmada ise birinci boyutun iç tutarlılık katsayısı 0.90, ikinci boyutun alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayısı 0.80 ve üçüncü boyutun iç tutarlılık katsayısı 0.73 bulunmuştur.

Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği: Morisk ve ark. (2008) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışması Hacıhasanoğlu ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır.^[29, 30] Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği ilaç alma davranışını ölçen bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçek sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki sorular evet ve hayır ile cevaplanmaktadır. Sorulardaki Evet=0, Hayır=1 olarak kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puan <6 ise düşük, ≥6 <8 orta düzeyde uyumu, 8 puan ise yüksek düzeyde uyumu göstermektedir.^[30]

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi: Merkezi Limit Teoremi uygunluk nedeniyle normallik testi yapılmadan parametrik testler kullanılmıştır.^[31] Verilerin çözümlenmesinde ölçeklerde sürekli yapıdaki verilen istatistiği yapılırken ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenleri tanımlarken frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Ölçek total puanlarının bağımsız iki grup ortalamalarını karşılaştırmak için Student's t test istatistiği, iki'den fazla bağımsız gurup ortalamaları karşılaştırmak için de One Way ANOVA test istatistiği kullanılmıştır. ANOVA ile farklılık tespiti halinde, Post Hoc test olarak Tukey kullanılmıştır. Bağımlı iki gurup ortalamaları arası farklılık için ise Paired Samples t test istatistiği kullanılmıştır. Ölçekler ve

alt grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Güvenirliliği değerlendirmek için Cronbach's alpha değeri belirlenmiştir. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde "www.e-picos.com", New York, NY yazılımı ve MedCalc istatistik paket programı kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırmanın yürütülmesi için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (protokol no: 356-2016) etik kurul izni ve araştırmanın uygulandığı kurumdan (Sayı no: 35778018-772.99) kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun; erkek (%66.7), evli (%95.8), normal kilonun üzerinde (%78.1) olduğu ve hastaların yaş ortalamasının 59.7 ± 11.1 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların çoğunluğuna acil PKG uygulandığı (%82.3) uygulandığı, çoğunluğunda ilave kronik hastalık olarak diyabet (%66.5) ve hipertansiyon (%70.8) olduğu ve yarısından fazlasının sigara kullanmaya devam ettiği belirlendi (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Puan Dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Kimlik Boyutu puan

| Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=192) | | | | | |
|--|-----------|------|------------------------|-----|------|
| Tanıtıcı Özellikler | n | % | Tanıtıcı Özellikler | n | % |
| Cinsiyet | | | PKG uygulanma şekli | | |
| Kadın | 64 | 33.3 | Planlı PKG | 34 | 17.7 |
| Erkek | 128 | 66.7 | Acil PKG | 158 | 82.3 |
| Yaş (Ort±SS) | 59.7±11.1 | | Diğer sağlık sorunları | | |
| Beden kitle indeksi | | | Kalp yetersizliği | 24 | 12.6 |
| Normal (18.5-24.9) | 42 | 21.8 | Diyabet | 127 | 66.5 |
| Kilolu (25-29.9) | 93 | 48.4 | KOAH | 20 | 10.4 |
| Obezite ve üzeri (≥30) | 57 | 29.7 | Hipertansiyon | 136 | 70.8 |
| Medeni durum | | | Kanser | 73 | 38.0 |
| Evli | 184 | 95.8 | Sigara kullanımı | 112 | 58.3 |
| Bekar | 8 | 4.2 | Alkol kullanımı | 37 | 19.3 |
| Eğitim durumu | | | | | |
| Okuryazar değil | 27 | 14.0 | | | |
| İlköğretim/Ortaöğretim mezunu | 143 | 74.5 | | | |
| Yükseköğretim ve üstü | 22 | 11.5 | | | |

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; PKG: Perkütan koroner girişim; PTKA: Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti.

| Tablo 2. Hastaların hastalık algısı ölçeği alt boyutları ve Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği puan dağılımları | | | |
|--|--------------|---------|------------|
| Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Boyutları | Madde Sayısı | Min-Max | Ort±SS |
| Kimlik boyutu | 14 | 0-14 | 4.55±2.93 |
| Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu | | | |
| Süre (Akut/Kronik) | 6 | 6-30 | 26.67±4.69 |
| Süre (Döngüsel) | 4 | 4-20 | 12.05±6.16 |
| Sonuçlar | 6 | 6-30 | 19.52±6.31 |
| Kişisel kontrol | 6 | 6-30 | 22.54±7.14 |
| Tedavi kontrolü | 5 | 5-25 | 18.73±4.63 |
| Hastalığı anlayabilme | 5 | 5-25 | 19.35±6.83 |
| Duyusal temsiller | 6 | 6-30 | 21.38±7.95 |
| Hastalık nedenleri boyutu | | | |
| Psikolojik atıflar | 6 | 6-30 | 15.93±5.49 |
| Risk faktörleri | 7 | 7-35 | 18.43±5.99 |
| Bağıışıklık | 3 | 3-15 | 3.68±1.78 |
| Kaza veya şans | 2 | 2-10 | 3.93±1.87 |
| Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği | 8 | 0-8 | 4.90±1.25 |

ortalaması (4.55±2.93) düşük bulunmuştur. Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutunun alt ölçeklerinden; Süre (Akut/Kronik) alt ölçek puan ortalaması (26.67±4.69) en yüksek, Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalaması (12.05±6.16) en düşük bulunmuştur. Hastalık Nedenleri Boyutunun alt ölçeklerinden; Risk Faktörleri alt ölçek puan ortalaması (18.43±5.99) en yüksek, Bağışıklık alt ölçek puan ortalaması (3.68±1.78) en düşük bulunmuştur. Hastaların Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması (4.90±1.25) ise orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık nedenleri olarak stres ya da endişe, kalıtsal (irisi), diyet-yemek alışkanlıkları, aşırı çalışma, şans ya da kötü talih ve aile problemlerini daha yüksek oranda düşündükleri tespit edilmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hastaların bazı klinik özelliklerinin ilaç uyumuna etkisi Tablo 4. 'de verilmiştir. İlaç kullanım sıklığı, kontrollere düzenli gelme ve perkütan koroner girişimin uygulanma zamanı puan ortalamaları ile Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli çıkmıştır (p=0.02; p=0.02; p=0.02). İlaç kullanım sıklığı günde 2 kez olan hastaların 1 kez, 3 kez ve üzeri olan hastalara göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (5.13±1.03). Düzenli kontrollere gelen hastaların gelme-

yenlere göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (5.01±1.16). Perkütan koroner girişim uygulama zamanı 1 yıldan az olan hastaların 1 yıl ve üzeri olan hastalara göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (5.22±1.09).

Araştırmaya katılan hastaların hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi Tablo 5. 'de verilmiştir. Kimlik Boyutu ortalaması ile Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli çıkmıştır (p<0.001). Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Sonuçlar, Tedavi Kontrolü, Hastalığı Anlayabilme, Süre (Döngüsel) ve Duygusal Temsiller ölçeği puan ortalaması ile Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli çıkmıştır (p<0.001; p=0.001; p=0.002; p<0.001; p=0.02). Kimlik Boyutu ve Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Sonuçlar, Süre (Döngüsel) ve Duygusal Temsiller ölçeği puan ortalamaları ile Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'nde 'uyumu düşük (<6 puan)' puanlamasında daha yüksek bulunurken, Tedavi Kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçekleri puan ortalamaları 'uyumu orta (≥6<8 puan)' puanlamasında daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 3. Hastalık algısı ölçeğinin olası hastalık nedenlerinin puan dağılımları

| Olası hastalık nedenleri | Min-Max | Ort±SS |
|---|---------|-------------|
| Psikolojik atıflar | 6-30 | 15.93±5.49 |
| Stres ya da endişe | 1-5 | 4.41±1.30 |
| Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem | 1-5 | 2.16±1.70 |
| Aile problemleri | 1-5 | 2.80±1.76 |
| Aşırı çalışma | 1-5 | 3.18±1.84 |
| Duygusal durumum, örneğin kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem | 1-5 | 1.83±1.53 |
| Kişilik özelliklerim | 1-5 | 1.56±1.27 |
| Risk faktörleri | 7-35 | 18.43±5.99 |
| Kalıtsal (irisi) | 1-5 | 3.82±1.77 |
| Diyet-yemek alışkanlıkları | 1-5 | 3.49±1.84 |
| Geçmişteki kötü tıbbi bakım | 1-5 | 2.65±1.80 |
| Kendi davranışım | 1-5 | 2.47±1.75 |
| Yaşlanma | 1-5 | 2.30±1.68 |
| Alkol | 1-5 | 1.19±0.77 |
| Sigara içme | 1-5 | 2.51±1.78 |
| Bağışıklık | 3-15 | 3.68±1.78 |
| Bir mikrop ya da virüs | 1-5 | 1.17±0.74 |
| Çevre kirliliği | 1-5 | 1.36±1.02 |
| Vücut direncimin azalması | 1-5 | 1.16±0.71 |
| Kaza veya Şans | 2-10 | 3.93±1.87 |
| Şans ya da kötü talih | 1-5 | 2.90±1.81 |
| Kaza ya da yaralanma | 1-5 | 1.03±0.32 |
| Neden toplam puan | 18-90 | 41.95±11.38 |

| Tablo 4. Hastaların bazı klinik özelliklerinin ilaç uyumuna etkisi | | |
|--|--|---------------|
| Klinik Özellikler | Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği toplam | Test değeri p |
| İlaç sayısı | | |
| 1-2 | 4.956±1.551 | f=1.961 |
| 3-5 | 5.057±1.144 | p=0.19 |
| 6 ve üzeri | 4.707±1.261 | |
| İlaç kullanım sıklığı | | |
| 1 kez | 4.42±1.77 | |
| 2 kez | 5.13±1.03 | f=4.31 |
| 3 kez ve üzeri | 4.72±1.28 | p=0.02 |
| Sağlık kontrollerine düzenli gitme | | |
| Evet | 5.01±1.16 | t=2.586 |
| Hayır | 4.16±1.57 | p=0.02 |
| Perkütan koroner girişimin uygulanma şekli | | |
| Planlı PKG | 4.97±1.22 | t=0.383 |
| Acil PKG | 4.88±1.26 | p=0.7 |
| Perkütan koroner girişimin uygulanma zamanı | | |
| 1 yıldan az | 5.22±1.09 | f=4.32 |
| 1-3 yıl | 5.03±1.13 | p=0.02 |
| 3 yıl üzeri | 4.59±1.38 | |
| Perkütan koroner girişimin uygulanma sayısı | | |
| 1 kez | 5.02±1.18 | f=2.405 |
| 2 kez | 4.57±1.49 | p=0.09 |
| 3 kez ve üzeri | 5±1 | |

| Tablo 5. Hastaların hastalık algılarının ilaç uyumuna etkisi | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------|-------------|----------|
| Hastalık algısı ölçeği alt boyutları | Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği | | Test değeri | p |
| | Uyumu düşük <6 puan | Uyumu orta ≥6<8 puan | | |
| Kimlik boyutu | 5.15±2.95 | 3.47±2.57 | t=3.93 | p=<0.001 |
| Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu | | | | |
| Süre (Akut/Kronik) | 27.07±4.49 | 25.94±4.96 | t=1.61 | p=0.11 |
| Sonuçlar | 20.91±5.93 | 16.99±6.23 | t=4.31 | p=<0.001 |
| Kişisel kontrol | 21.96±7.4 | 23.60±6.57 | t=-1.53 | p=0.13 |
| Tedavi kontrolü | 18.02±4.99 | 20.04±3.55 | t=-3.26 | p=0.001 |
| Hastalığı anlayabilme | 18.28±7.12 | 21.29±5.81 | t=-3.17 | p=0.002 |
| Süre (Döngüsel) | 13.25±6.05 | 9.87±5.80 | t=3.76 | p=<0.001 |
| Duygusal temsiller | 43.37±11.85 | 39.31±10.02 | t=2.38 | p=0.02 |
| Hastalık nedenleri boyutu | | | | |
| Psikolojik atıflar | 16.45±5.69 | 14.99±5.00 | t=1.78 | p=0.08 |
| Risk faktörleri | 18.98±6.15 | 17.41±5.59 | t=1.75 | p=0.08 |
| Bağışıklık | 3.83±1.97 | 3.40±1.30 | t=1.79 | p=0.07 |
| Kaza ve şans | 4.105±1.84 | 3.60±1.91 | t=1.78 | p=0.07 |

Tartışma

Araştırmamızın bulguları değerlendirildiğinde PKG uygulanan hastaların hastalığa ilişkin algılarının ilaç uyumuna etkisinin olduğu belirlenmiş ve bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmaya katılan koroner arter hastaların çoğunluğu (%78.1) normal kilonun üzerinde bulunmuştur. Bayülgen ve Altıok'un (2017) çalışmalarında hastaların %75'inin

normal kilonun üzerinde olması bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.^[18] Bu durum vücutta fazla yağ birikiminin ve depolanmasının dislipidemi gibi hastalıklar ile ortaya çıkarak damar yapısını bozması, kilo ve bel kalınlığının artarak koroner arter hastalığı için risk oluşturmasıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunda diğer sağlık sorunları diyabetes mellitus ve hipertansiyon olarak bulunmuş-

tur. Gattı ve ark. (2009) çalışmalarında hastaların %72'sinin hipertansiyonu, %31'inin diyabetes mellitusu olduğunu ve %44'ünün hiperlipidemisi olduğunu belirtmektedirler.^[33] Yine konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da bu çalışmaya benzer sonuç elde edilmiştir.^[14, 32, 34] Bu çalışma ve diğer benzer çalışmalarda da diğer kronik hastalıkların çoğunlukla görülmesi bu hastalıkların koroner arter hastalığı için risk faktörleri arasında olduğu literatür sonuçlarını desteklemektedir. Araştırmaya katılan hastaların %58.3'ünün sigara kullandığı bulunmuştur. Badıllıoğlu ve ark. (2011) yapmış oldukları çalışmada hastaların %48.7'sinin sigara kullandığı belirtilmektedir.^[35] Sevinç ve Eşer (2011) çalışmalarında hastaların %67.4'ünün sigara kullandığını belirtmektedirler.^[36] Sigara kullanımını atheroskleroza sebep olduğu için koroner arter hastalığı ve dolayısıyla perkütan koroner girişim riskini arttırmaktadır.^[37, 38]

Araştırmamızda Süre (Akut/Kronik) alt ölçek ve Duygusal Temsiller alt ölçek puan ortalamalarının yüksek bulunması hastaların duygusal belirtileri yoğun olarak yaşadıklarını, hastalıklarının yaşam boyu süren bir hastalık olduğuna ilişkin görüşlere sahip olduklarını göstermektedir. Süre (Döngüsel) alt ölçek puan ortalamasının düşük bulunması hastaların hastalıklarının ne sıklıkla tekrarladığını algılayamadığı ile açıklanabilir. Kişisel Kontrol puan ortalamasının yüksek olması ise önerilen tedaviye uyum sağladıklarında hastalığının kontrol altına alınabileceğini düşündükleri ile açıklanabilir. Gündüz ve Karabulutlu (2016) çalışmalarında hastaların Duygusal Temsiller alt ölçek puan ortalamasını en yüksek, Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamasını ise en düşük bulduklarını belirtmektedir.^[39] Hastalığı Anlayabilme alt ölçek puan ortalamasının en düşük bulunması hastaların hastalıkları hakkında yeterince bilgilerinin olmadığını göstermektedir. Yine konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.^[17, 40]

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık nedenleri olarak stres ya da endişe, kalıtsal (irisi), diyet-yemek alışkanlıkları, aşırı çalışma, şans ya da kötü talih ve aile problemlerini daha yüksek oranda düşündükleri tespit edilmiştir. Astin ve ark. (2009) çalışmalarında hastaların hastalığa neden olarak %31 sigara, %31 diyet- yeme alışkanlıkları ve %10 kalıtımı düşündükleri belirtilmektedir.^[17] Gündüz ve Karabulutlu (2016) çalışmalarında hastaların hastalık nedenleri olarak en fazla; kalıtsallığı, diyet-yemek alışkanlıklarını, geçmişindeki kötü bakımı, kendi davranışlarını, yaşlanmayı, sigara ve alkol içmeyi düşündüklerini belirtmektedirler.^[39] Yapılan çalışmalarda kalıtsallığın ve yaşlanmanın dışında olan nedenlerde en çok hastaların kendi alışkanlık ve davranışları ile ilişkilendirdikleri görülmüştür. Bu durum hastaların geçmişlerinde sağlıklı davranışlar içinde olmadıklarının far-

kındalığı ile açıklanabilir. Araştırmamızın sonuçları literatür sonuçlarıyla uyumludur.

Araştırmada günde kullanılan ilaç kullanım sıklığının fazla ve PKG uygulandıktan sonra geçen sürenin uzun olmasının ilaç tedavisine uyumu azalttığı, düzenli kontrole gelmenin ise ilaç uyumunu arttırdığı saptanmıştır. Son ve ark. (2014) perkütan koroner girişim sonrası hastalarda depresif belirtiler ve öz yeterliliğin uyumla ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında hastaların %60.3'ünün tedaviye uyumsuz olduğunu belirtilmektedirler. Çalışmaya göre uzun süre ilaç kullanımı ve depresyon uyumu olumsuz etkilemektedir. Öz etkinliği, hastalık algısı ve kendini yönetme yeteneği yüksek olanlarda ilaç uyumunun arttığı ve klinik olarak sonuçları olumlu yönde etkilediği açıklanmaktadır.^[41] Aflakseir (2013) yapmış olduğu çalışmada hastaların %42'sinde ilaç uyumunun olmadığını, uyumsuzluğun da; hekimin yetersiz bilgi vermesi, hastanın eğitim seviyesinin düşük olması, ilaçların maliyetli olması, yan etkilerinden dolayı kullanılmak istenilmemesi, tedavi yararına inancın eksik olması, ilaçların karmaşıklığı ve psikolojik etmenlerden kaynaklandığını belirtmektedir. İlaçların reçete edilmiş olması, eğitim seviyesinin yüksek olması ve kronik hastalık sayısının fazla olması da ilaç uyumunu olumlu etkileyen nedenler olarak belirtilmektedir.^[42] Araştırmaya katılan ve düzenli olarak sağlık kontrollerine gelen hastalarda gelmeyen hastalara göre Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre hastaların düzenli kontrollere gitmesinin ilaç uyumunu olumlu etkilediği açıklanabilir. Köseoğlu ve Enç (2016) yapmış oldukları çalışmada hastaların %72.7'sinin düzenli sağlık kontrollerine gittiklerini belirtmektedirler.^[19] Sonuçlarımız literatür sonuçları ile uyumludur.

Araştırmaya katılan hastaların ilaç tedavisine uyumları orta düzeyde bulunmuştur. İlaç tedavisine uyumu orta düzeyde olan hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Tedavi Kontrolü ve Hastalığı Anlayabilme alt ölçekleri puan ortalamaları yüksek iken ilaç tedavisine uyumu düşük düzeyde olan hastaların Kimlik Boyutu puan ortalaması ile Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu alt ölçeklerinden Sonuçlar, Süre (Döngüsel) ve Duygusal Temsiller alt ölçekleri puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hastalığını anlayabilen, hastalığının ve tedavisinin farkında olup tedavisini kontrol edebilen hastaların ilaç uyumlarının olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Aynı zamanda hastalığının ne sıklıkla yaşandığının, nasıl etkilendiğinin, ne kadar süre ile hissettiğinin farkında olmayan hastalarda ise ilaç uyumunun olumsuz etkilendiği açıklanabilir. Astin ve ark. (2009) çalışmalarında olumsuz ve yanlış hastalık algılarının sağlık davranışlarını etkilediği için ilaç uyumunu, teda-

vi yönetimini ve hastalığın ilerleyişini olumsuz etkilediğini belirtmektedir.^[17] Yaraghchi ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmaya göre pozitif hastalık algısının hastaların uygun tedaviye yönelmelerini sağladığını ve yaşam kalitesini artırdığını belirtmektedir.^[22] Sonuçlarımız literatür sonuçları ile uyumludur.

Sonuç

Araştırma sonucunda PKG uygulanan hastaların ilaç uyumlarının orta düzeyde olduğu, hastalık algılarının ilaç uyumlarını etkilediği belirlenmiştir. Araştırmamız sonuçları doğrultusunda;

- Hastaların çoğunun kilolu, sigara kullanması ve çoğunda geçirilmiş MI, DM ve hipertansiyon bulunması nedeniyle hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sigaranın bırakılması, kilo kontrolü, diyabet ve kan basıncı kontrolü, sağlıklı diyet, egzersiz vb.) hakkında profesyonel yardım alması konusunda yönlendirilmesi ve hemşirenin aktif rol alması, sigara kullanan hastaların sigara bırakma merkezine yönlendirilmesi,
- Hastaların çoğunun hastalık nedeni olarak stres ya da endişeyi düşünmesi ve hastanın hastalık hakkındaki olumsuz algıları ilaç tedavisini olumsuz etkilemesi nedeniyle sağlık ekibinin ve hasta yakınlarının iş birliği ile stres yönetimi konusunda ve psikososyal anlamda motive edici danışmanlık verilmesi,
- İlaç kullanım sıklığının fazla olması ilaç uyumunu olumsuz etkilediği için bu bilgilerin sağlık profesyonelleri ve hekimler ile paylaşılması,
- Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısı ilaç uyumunu etkilediği için hastaların hastalıklarını nasıl algılarını belirlemeye yönelik kalitatif çalışmaların yapılması önerilebilir.

Etik Kurul Onayı: Araştırmanın yürütülmesi için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (protokol no: 356-2016) etik kurul izni ve araştırmanın uygulandığı kurumdan (Sayı no: 35778018-772.99) kurum izni alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazarlık Katkıları: Konsept: M.G., İ.K.; Dizayn: M.G., İ.K.; Veri Toplama veya İşleme: İ.K.; Analiz veya Yorumlama: M.G., İ.K.; Literatür Arama: İ.K.; Yazan: M.G., İ.K.

Kaynaklar

1. Özen AT, Çelik SŞ. Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13:2.
2. The top 10 causes of death. World Health Organization. Fact sheet updated January, 2017. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Accessed May 9, 2019.
3. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016. Türkiye İstatistik Kurumu. Available at: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>. Accessed May 9, 2019.
4. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna NE, Kaya A, ve ark. TEKHARF 2017; Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. İstanbul, Logos Yayıncılık; 2017.
5. Kaplay M, Erol C, Koroner arter hastalığı. *Türk Radyoloji Derneği Seminerleri* 2013;1:57–69.
6. Durusoy E, Yıldırım T, Altun A. Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010;27 Suppl 1:13–18.
7. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj et al. Avrupa Kardiyoloji Derneği Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2014, Suppl 4.
8. Enç N, Umman S, Ağırbaşı M, Altıok MG, Şenuzun F, Uysal H, et al. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik bakım kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları* 2007.
9. Çınar C, Oran İ. Temel Anjioplasti: Balon/Stentler ve Özellikleri. *Türk Radyoloji Derneği Seminerleri* 2015;3:255–62.
10. Kavradım ST, Özer ZC. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Roy Uyum Modeline Dayalı Hemşirelik Yaklaşımı. *Turk J Card Nur* 2016;7:24–39.
11. Catapano AL, Graham L, Backer GD, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, ve ark. Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016/ESC/EAS Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2017.
12. Schüz B, Wolff JK, Warner LM, Ziegelmann JP, Wurm S. Multiple illness perceptions in older adults: effects on physical functioning and medication adherence. *Psychol Health* 2014;29:442–57.
13. Andersson Sundell K, Jönsson AK. Beliefs about medicines are strongly associated with medicine-use patterns among the general population. *Int J Clin Pract* 2016;70:277–85.
14. Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *J Adv Nurs* 2014;70:203140.
15. Astin F, Closs SJ, McLenachan J, Hunter S, Priestley C. The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: an exploratory study. *Patient Educ Couns* 2008;73:325–32.
16. Rashid MA, Edwards D, Walter FM, Mant J. Medication taking in coronary artery disease: a systematic review and qualitative synthesis. *Ann Fam Med* 2014;12:224–32.
17. Astin F, Closs SJ, McLenachan J, Hunter S, Priestley C. Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality? *J Adv Nurs* 2009;65:72–83.
18. Bayülgen MY, Altıok M. Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Şekli Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Turk J Card Nur* 2017;8:45–54.
19. Köseoğlu N, Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Turk J Card Nur* 2016;7:162–8.

20. Aghabekyan S, Thompson ME, Abrahamyan L. Medication noncompliance and patient satisfaction following percutaneous coronary intervention. *J Interv Cardiol* 2012;25:469–75.
21. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al. Medication adherence: a call for action. *Am Heart J* 2011;162:412–24.
22. Yaraghchi A, Rezaei O, Mandegar MH, Bagherian R. The Relationship Between Illness Perception and Quality of life in Iranian Patients with Coronary Artery Bypass Graft. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 2012;46:3329–34.
23. Zhu B, Zhao Z, McCollam P, Anderson J, Bae JP, Fu H, et al. Factors associated with clopidogrel use adherence and persistence in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention *CMRO* 2011;27:633–41.
24. Traylor AH, Schmittiel JA, Uratsu CS, Mangione CM, Subramanian U. Adherence to cardiovascular disease medications: does patient-provider race/ethnicity and language concordance matter? *J Gen Intern Med* 2010;25:1172–7.
25. Kähkönen O, Kankkunen P, Saaranen T, Miettinen H, Kyngäs H, Lamidi ML. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *J Adv Nurs* 2015;71:2364–73.
26. Kyanko KA, Franklin RH, Angell SY. Adherence to chronic disease medications among New York City Medicaid participants. *J Urban Health* 2013;90:323–8.
27. Rodriguez F, Cannon CP, Steg PG, Kumbhani DJ, Goto S, Smith SC, et al; REACH Registry Investigators. Predictors of long-term adherence to evidence-based cardiovascular disease medications in outpatients with stable atherosclerotic disease: findings from the REACH Registry. *Clin Cardiol* 2013;36:721–7.
28. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:271–80.
29. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10:348–54.
30. Hacıhasanoğlu Aşlar R, Gözüm S, Çapık C, Morisky DE. Reliability and validity of the Turkish form of the eight-item Morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg* 2014;14:692–700.
31. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2010;15:625–32.
32. Gatti ME, Jacobson KL, Gazmararian JA, Schmotzer B, Kripalani S. Relationships between beliefs about medications and adherence. *Am J Health Syst Pharm* 2009;66:657–64.
33. Kähkönen O, Saaranen T, Kankkunen P, Lamidi ML, Kyngäs H, Miettinen H. Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *J Clin Nurs* 2018;27:989–1003.
34. Charlson ME, Peterson JC, Boutin-Foster C, Briggs WM, Ogedgebe GG, McCulloch CE, et al. Changing health behaviors to improve health outcomes after angioplasty: a randomized trial of net present value versus future value risk communication. *Health Educ Res* 2008;23:826–39.
35. Badıllıoğlu O, Toğrul BÜ, Uçku ŞR. İzmir Güzelbahçe'de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011;9:129–32.
36. Sevinç S, Eşer İ. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil koruma davranışları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2011;19:135–44.
37. Irmak Z, Fesci H. Akut miyokard enfarktüsünde sekonder koruma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;12:84–96.
38. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003041.
39. Gündüz F, Karabulutlu EY. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Dergisi Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19:106–15.
40. Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015;2:271–84.
41. Son YJ, Kim SH, Park JH. Role of depressive symptoms and self-efficacy of medication adherence in Korean patients after successful percutaneous coronary intervention. *Int J Nurs Pract* 2014;20:564–72.
42. Aflakseir A. Predicting medication adherence based on illness perceptions in a sample of Iranian older adults. *Middle East Journal Of Age And Ageing* 2013;10:3–7.