

Hasta Uyum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği

Onur Gözübüyük¹ 

Gönderim Tarihi: 1 Mayıs, 2024

Kabul Tarihi: 11 Aralık, 2024

Basım Tarihi: 30 Nisan, 2025

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hastaların tedaviye uyumunun belirlenmesine yönelik Hasta Uyum Ölçeğinin Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin polikliniğine başvuran ve kolayda örnekleme yöntemiyle toplanan 389 hasta oluşturmaktadır. Ölçme aracı olarak kişisel bilgi formu ve hasta uyum ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi, yakınsak geçerlilik ve ayırıcı geçerlilik analizleri, madde toplam korelasyonu ve madde analizi yapılmış, iç tutarlılık için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısından yararlanılmıştır.

Bulgular: Çalışmacının bulgularına göre hasta uyum ölçeğinin dil eşdeğerliliği, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği için gerekli uyum koşulları sağlanmaktadır. Ölçeğin faktör yükleri 0,61-0,90 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değeri ise 0,879 olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuçlar, hasta uyum ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu desteklemektedir. Ölçek hem poliklinik hem de klinik düzeyde hastalara uygulanabilecek bir ölçek olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: geçerlilik, güvenilirlik, hasta uyumu, tedaviye uyum

¹**Onur Gözübüyük (Sorumlu Yazar).** (Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Merkez Yerleşkesi, 10200, Bandırma/Balıkesir, Tel: +905327444783, e-posta: ogozubuyuk@bandirma.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6150-1488)

Turkish Validity and Reliability of The Patient Compliance Scale

Onur Gözübüyük¹ 

Submission Date: May 1st, 2024

Acceptance Date: December 11th, 2024

Pub. Date: April 30th, 2025

Abstract

Objectives: The aim of this study was to test the validity and reliability of the Turkish version of the Patient Compliance Scale to determine patients' compliance with treatment.

Materials and Methods: The sample of the study consisted of 389 patients who applied to the outpatient clinic of a university hospital and were collected by the convenience sampling method. The personal information form and patient compliance scale were used as measurement tools. Confirmatory factor analysis, convergent validity and discriminant validity analyses, item-total correlation, and item analysis were performed, and the Cronbach Alpha reliability coefficient was used for internal consistency.

Results: According to the findings of the researcher, the necessary compliance conditions for language equivalence, content validity, and construct validity of the patient compliance scale were met. The factor loadings of the scale ranged between 0.61-0.90. Cronbach's alpha value was determined to be 0.879.

Conclusion: The results support that the patient compliance scale is a valid and reliable measurement tool. The scale was evaluated as a scale that can be applied to patients at both outpatient and clinical levels.

Keywords: *validity, reliability, patient compliance, treatment compliance*

¹**Onur Gözübüyük (Corresponding Author).** (Bandırma Onyedi Eylül University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, Central Campus, 10200, Bandırma/Balıkesir, P: +905327444783, e-mail: ogozubuyuk@bandirma.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6150-1488)

Giriş

Sağlık hizmetlerinde tedaviye uyulmaması nedeniyle mali yük her geçen gün daha da artmakta ve sağlığı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorununa dönüşmektedir (Vermeire vd., 2001). Artan maliyetler nedeniyle dünyanın her yerinde tedaviye uyumsuzluğu azaltma yönünde artan bir çaba bulunmaktadır. Etkin bir sağlık hizmetinin gerçekleşmesi için hastanın kendisine tavsiye edilen tedaviye (doktorunun diyet, egzersiz, yatarak tedavi gibi önerilerine ve ilaç vb. reçetesine uyum) uyması gerekmektedir (Hausman, 2001; Sabaté, 2003; van der Wal vd., 2010). Bu açıdan hastanın tedaviye uyumu, hekimin tedavi tavsiyelerini ve hastanın da bu talimatları yerine getirmesini kapsayan bir süreci ifade etmektedir (Horne, 2006).

Sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık durumlarına göre tedavi kararının alınması farklı yollarla olabilmektedir. Hastanın kuruluşa başvuru şekli, bilincinin açık ya da kapalı oluşu, ayakta ya da yatarak tedavi süreci, tedavi sürecindeki diğer farklı durumlar tedavi kararının değişik şekillerde modellenmesine neden olabilir. Tedaviye karar vermeyi üç model şeklinde incelenmekte; hekimin sadece bilgi paylaştığı ve hastanın karar aldığı bilgilendirilmiş karar modeli, hekim ve hastanın birlikte karar aldığı paylaşılan karar modeli ve hekimin tek ya da diğer hekimlerle tek taraflı karar aldığı paternalist model şeklindedir (Charles vd., 1999). Hastanın tedavi kararı; hekimin tedavinin yararlarını ve risklerini açık ve anlaşılır bir şekilde anlatması ve hekimin çeşitli karar verme rolünü önermesi ile hastanın tedaviye bilinçli olarak karar vermesidir (Charles vd., 2003). Tedavi kararının alınması sonrası çok sayıda etken tedavinin gidişatını etkilemekte ve hastanın tedaviyi sürdürmesine yön vermektedir. Sağlık hizmetinin sonucunda etkili olmak ve hastalıkları yönetmek için hastaların tedaviye uyumu çok önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Kattan vd., 2023).

Karar alma kombinasyonu ne olursa olsun tedaviye uyumda, yani tedavi sürecinin sürdürülebilirliğinde bireysel bir davranışın olduğu sonucu karşımıza çıkmaktadır (Metcalf, 2005). Buna karşılık çeşitli önlemler tedaviye uyumu arttırabilmektedir. Tedaviye uyum sistematik bir şekilde incelendiğinde çeşitli hatırlatıcılarla davranışsal müdahalelerin, bilgiyi öğretmeyle ortaya çıkan eğitimsel müdahalelerin, sosyal destek, yapısal, karmaşık ve çok yönlü müdahalelerin hasta uyumunda etkili faktörler olduğu görülmektedir (van Dulmen vd., 2007).

Tedaviye uyum, literatürde sıklıkla ilaç uyumu ya da hastalıkların tedavisinde verilen önerilerin uyumuna odaklanmaktadır. İlaç tedavilerinde uyum, fazla ya da düşük dozda kullanımda faydayı azaltıcı olması ile çeşitli riskleri içermekte, uyumun sağlanması ve kalıcı davranış değişikliği tedavide etkili olması, maliyeti azaltması ve toplum sağlığının geliştirmesi açısından önemi dikkat çekicidir (Cramer vd., 2008; Shaya, 2005). İlaç uyumsuzluğu; reçete

edilen ilaca hiç başlanılmaması, tedavi başlaması sonrası ilacın bırakılması ve belirtilen ilacın alınmaması ya da doz farklılıkları şeklinde olmaktadır (Jimmy & Jose, 2011).

Sadece ilaç tedavisi odağı dışında literatürde çok sayıda çalışma hastalıkların tedavisi için hasta uyumunun önemine dikkat çekmektedir. Koah (Bourbeau & Bartlett, 2008), astım (Santos vd., 2010), çölyak (Freeman, 2017), tüberkuloz (Munro vd., 2007), alkol, sigara ve madde bağımlılığı (Herbeck vd., 2005; Jansson & Hagström, 2002; Johnson vd., 2003) bunlardan bazılarıdır. Yapılan birçok çalışma hasta uyumu ile çeşitli faktörlerin çift yönlü etkili olduğunu göstermektedir. Depresyon, hasta memnuniyeti, anksiyete gibi bazı faktörler tedaviye uyumda karşılıklı birbirini etkileyen tetikleyiciler olarak karşımıza çıkmaktadır (DiMatteo vd., 2000; Gray vd., 2004).

Hasta uyum ölçeği (HUÖ) sağlık profesyonelleri tarafından hastaya planlanan ilaç, diyet, yatış, tetkik, kontrol ve yeniden planlanan randevulara hastaların uyumunu ölçmede kullanılabilecek genel bir ölçüm aracıdır. Bu yönde hareketle bu çalışmanın amacı hem klinik hem de poliklinik düzeyinde hastaların tedaviye uyumunu değerlendirmesinde kullanacağı HUÖ'nün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın verileri bir üniversite hastanesi polikliniklerine 20 Ocak 2024-15 Mart 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini hastane polikliniğine başvuran 389 hastalardan oluşmaktadır. Veriler yüz yüze anket tekniğinden yararlanılarak toplanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Sosyo-demografik faktörlerin ölçümü için kişisel bilgi formundan faydalanılmıştır. Form; yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim sorularını içermektedir.

Hasta Uyum Ölçeği

Ölçek, Hausman (2001) tarafından geliştirilmiş, likert türde ve 5 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek, beş derecelendirme (1-kesinlikle katılmıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum) kullanılarak tanımlanmıştır. Cronbach α değeri 0,857'dir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM SPSS 26.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Doğrulamalı faktör analizi (DFA) için analizler IBM AMOS 21.0 istatistik paket programı ile yürütülmüştür. Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılamasının yanı sıra tanımlayıcı istatistik analiz, t-testi ve one-way ANOVA analizleri kullanılmış ve veriler %95 güven aralığında analiz edilmiştir ($p=0,05$).

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde bazı kaynaklarda madde sayısının 4 katı, 5 katı ya da 10 katı olmasının yeterliliğini savunmaktadır (MacCallum vd., 2001; Nunnally, 1978; Tavşancıl, 2019). Bazı kaynaklar da örneklem büyüklüğü 200 ise orta düzey, 300 ise iyi, 500 çok iyi, 1000'in üzeri de mükemmel düzey de olacağı şeklindedir (Comrey & Lee, 1992; Tabachnick & Fidell, 1996; DeVellis, 2014). Bu kapsamda 389 hasta ile iyi düzeyde bir örnekleme erişilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı uygulamadan önce ölçeğin sahibinden e-posta yoluyla kullanım izini alınmıştır. Araştırmanın etik kurul izni 16.01.2024 tarihinde Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 2024-1 sayılı karar numarası ve 2023-271 başvuru sayısı ile alınmıştır. Etik kurul onayı sonrası çalışma yapılan kurumdan da uygulama onayı alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalara gerekli bilgilendirme yapılarak yazılı onayları alınmıştır. Araştırmanın tüm süreci Helsinki Deklarasyonu Prensipleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 40,4 olup yaş aralığı 18-77 arasındadır. Katılımcıların %66,3'ü (n=258) kadın ve %33,7'si (n=131) erkektir. Medeni duruma göre %68,1'si (n=265) evli ve %31,9'i (n=124) bekarıdır. Eğitimi durumuna bakıldığında katılımcıların %20,6'sı (n=80) ilköğretim, %34,7'si (n=135) lise mezunu, %12,6'sı (n=49) ön lisans, %25,2'si (n=98) lisans ve %6,9'u (n=27) lisansüstü eğitime sahiptir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular

		n	%			n	%
Cinsiyet	Kadın	258	66,3	Medeni Durum	Evli	265	68,1
	Erkek	131	33,7		Bekar	124	31,9
Yaş	18-25	60	15,4	Eğitim	İlköğretim	80	20,6
	26-35	83	21,3		Lise	135	34,7
	36-45	131	33,7		Önlisans	49	12,6
	46-55	53	13,6		Lisans	98	25,2
	≥56	62	15,9		Lisansüstü	27	6,9

Ölçeğin Kapsam Geçerliliği

Çeviri çalışmasına başlamadan önce uyarlaması yapılan ölçeğin orijinal dili ile hedef dil

arasında ilişkisini belirlemek için maddelerin eşdeğerliliği araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve daha sonra çeviri çalışmasına geçilmiştir.

Çeviri Çalışması

Kapsam geçerliliği çerçevesinde Türkçe çevirinin yapılmasında Birislin yönteminden yararlanılmıştır (Birislin vd., 1973). Bu aşamada ilk olarak çeviri çalışmasının yapılabilmesi için sorumlu yazardan izin alınmıştır. Dil eşdeğerliğini sağlamak amacıyla önce orijinal dil olan İngilizceye hâkim 2 araştırmacı ve 1 alan araştırmacısı tarafından Türkçe çevirisi yapılmıştır. Araştırmacıların çevirileri sentezlenmiş ve kültürel uyum sağlayıp sağlamadığı değerlendirilmiştir. Tüm öneriler dikkate alınarak değerlendirilecek ölçeğin taslak versiyonu oluşturuldu. Çevirinin değerlendirilmesi için literatürde uzman görüşleri için farklı değerlendirmeler bulunmaktadır. Bazı kaynaklarda 3-20 arasında uzman olması gerekliliği belirtilmekte, ancak 10 kişilik bir grubun da yeterli olacağı ve daha fazlasının ise gereksiz olabileceği belirtilmektedir (McCowan & McCowan, 1999; Lynn, 1986). Daha sonra yöntemi 10 kişilik uzman bir gruptan çevirinin değerlendirmesi istendi. Uzman görüşlerinin uyumunun değerlendirilerek kapsam geçerliliğini belirlemek için Lawshe tekniği kullanıldı (Lawshe, 1975). Değerlendirmeyi yapan gruptan her ifadenin “a-uygun değil, b-biraz uygun, c-oldukça uygun ve d-çok uygun” şeklinde ayrı ayrı değerlendirilmeleri istenerek anlaşılmayan ifadeler belirtilerek görüş ve önerilerini bildirilmeleri istendi. Değerlendirme “c-oldukça uygun” ve “d-çok uygun” olarak değerlendirilen maddeler 1, “a-uygun değil” ve “b-biraz uygun” olarak değerlendirilen maddeler ise 0 olarak kodlanarak hesaplama yapıldı. “Kronik hastalıklarım (kalp, tansiyon, diyabet vb. gibi) varsa ya da ileride olması durumunda hekim tarafından yazılan tüm ilaçları düzenli kullanırım.” ifadesinin kapsam geçerlilik oranı (KGO) 0,8, diğer ifadelerin KGO 1 olarak hesaplanmıştır. Tüm ifadeler kritik değer ($\geq 0,80$) koşulunu sağlamaktadır (Lawshe, 1975). Ölçeğin geneli için hesaplanan kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) 0,96’dır. KGİ’nin de kritik değer üzerinde olması sonucu sonrasında pilot çalışmaya geçilmiştir.

Pilot Çalışması

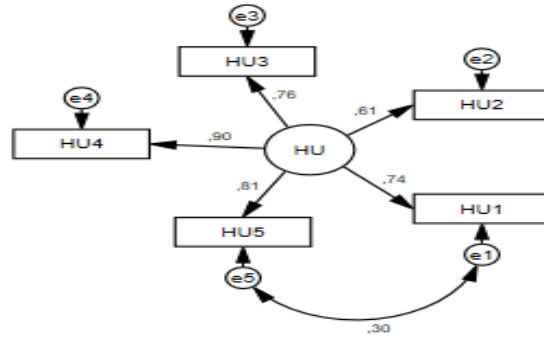
Dil ve kapsam geçerliliği yapılan ölçeğin uygulaması yapılmadan önce 5 farklı poliklinik hastası 30 katılımcıya yüz yüze ön test uygulaması yapıldı. Her katılımcıya gerekli bilgilendirme yapılarak onamları alındı ve çalışmanın amacı anlatılarak her maddenin tek tek değerlendirilmesi ve anlaşılmayan yerlerin belirtilmesi istendi. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğe son şekli verilmiştir. HUÖ’nün 5 olumlu ifadede oluşmakta ve ters puanlanan madde bulunmamaktadır.

Ölçeğin Yapı Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliğinin analizine geçmeden önce normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirildi. Ölçeğin, basıklık (Kurtosis) ve çarpıklık (Skewness) değerleriyle birlikte normallik varsayımını belirlemek için histogram, kutu-çizgi grafikleri incelenmiştir (Hair vd., 2009). Çarpıklık ve basıklığın ± 2 arasında (Skewness = -1,012, Kurtosis = 1,913) yer alması sonucu normal dağılımın sağlandığı kabul edilmiş ve DFA'ne geçilmiştir (Garren ve Osborne, 2021; George & Mallery, 2010; Hatem vd., 2022).

Ölçeğin yapı geçerliliğinin testi için DFA yapılmıştır. DFA sonucu HUÖ'nün yapısal modeli ve faktör yükleri Şekil 1'de görülmektedir. Ölçeğin yapı geçerlilik indeksleri, kabul edilebilir ve mükemmel uyum düzeyleri Tablo 2'de gösterilmiştir. DFA sonucunda maddelerin uyum değerinin kabul edilebilir olması için belirli kriterler bulunmaktadır. Genel olarak DFA analizinin iyi uyum değeri için ki-kare serbestlik derecesinin (χ^2/df) 3'ten küçük olması uygun olarak kabul edilmektedir (Kline, 2011). Yaklaşık hataların ortalama karekökünün (RMSEA) ise 0.08'e eşit ya da daha altı değere sahip olması iyi uyum için öngörülmektedir (Kline, 2011; Anderson & Gerbing, 1984; Schreiber vd., 2006). Standardize edilmiş hataların karekökünün (SRMR) $\leq 0,10$ koşulunu sağlaması (Browne & Cudeck, 1993; Büyüköztürk, 2002) ve bunların dışındaki diğer uyum değerlerinin (GFI, NFI, RFI, IFI, TLI, CFI) $\geq 0,90$ koşulunu sağlamanın iyi uyumu destekleyeceği belirtilmektedir (Bentler & Bonett, 1980; Marsh vd., 2006; Lomax & Schumacker, 2004).

Yapılan birinci düzey DFA sonucu HUÖ kabul edilebilir uyumu desteklememesi üzerine ($\chi^2/df=5,636$, RMSEA=0,109) modifikasyon indeksleri incelenmiştir. Modifikasyon indeksleri belirgin uyumsuzlukların giderilmesinde kullanılmaktadır. Aşırı uyum sağlama riski göz önünde bulunarak modifikasyon yapılması esastır, aksi takdirde ölçme aracının zarar görebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Byrne, 2016). Bu açıdan uyum sağlamak için gerekli ölçüde bir modifikasyon yapılması, tekrarlanarak yapılan aşırı uydurma riskini önleyecektir (MacCallum, 1992; MacCallum, 1995). Bu kapsamda çalışmada birinci düzey DFA sonucunda ki-kare değerinin daha iyi uyum vereceği modifikasyon indeksleri incelenmiş ve bu indekslerin içinde e1 ve e5 ifadeleri arasında en yüksek uyumun olacağı belirlenmiştir. Yapılan modifikasyon sonucu ki-kare değerinde düşüş görülmüş ve diğer ölçütlerde de uyum gözlemlenmiştir. Bu nedenle daha fazla modifikasyona gerek duyulmamıştır.



Şekil 1. Hasta uyum Ölçeğine İlişkin DFA Yapısal Modeli

Modifikasyon sonrası ölçeğin uyum iyilik değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir. DFA sonucuna göre HUÖ mükemmel uyum düzeyini (CMIN/DF=1,841, GFI=0,993, NFI=0,993, RFI=0,983, IFI=0,997, TLI (NNFI)=0,992, CFI=0,997 ve RMSEA=0,047) desteklemiştir. Analiz sonuçları beş madde ve tek faktör uyumunu sağlamaktadır.

Tablo 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçütler	Uyum Ölçütleri		Madde Uyum Değerleri	
	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum	Modifikasyon Öncesi	Modifikasyon Sonrası
Ki-kare (CMIN)			28,180*	7,365*
DF			5	4
CMIN/DF	$X^2/df \leq 5$	$X^2/df \leq 3$	5,636	1,841
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI$	0,971	0,993
NFI	$0,90 \leq NFI < 0,95$	$0,95 \leq NFI$	0,973	0,993
RFI	$0,90 \leq RFI < 0,95$	$0,95 \leq RFI$	0,947	0,983
IFI	$0,90 \leq IFI < 0,95$	$0,95 \leq IFI$	0,978	0,997
TLI (NNFI)	$0,90 \leq NNFI < 0,95$	$0,95 \leq NNFI$	0,956	0,992
CFI	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI$	0,978	0,997
RMSEA	$0,05 < RMSEA < 0,08$	$0,05 \geq RMSEA$	0,109	0,047
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	0,027	0,015

*p=0,000

Ölçeğin Yakınsak ve Ayırıcı Geçerlilik Analizi

Ölçeğin yapısal geçerliliğinin ve ayırıcı geçerliliği için Fornell & Larcker’ın (1981) belirlediği kriterler doğrultusunda yakınsak geçerlilik için ortalama varyans (AVE) değerlerinden ve bileşik güvenirlik (CR) değerlerinden faydalanılmıştır. CR değeri 0,70’in (CR>0,7) üzeri olması kabul edilebilir olarak değerlendirilirken, AVE’nin yakınsamayı

göstermesi için 0,50'den ($AVE > 0,5$) yüksek olması bunun için de ortalama faktör yüklerinin 0,72'den büyük olması beklenmektedir (Hair vd., 2009). Analiz sonucunda uyarlaması yapılan ölçek yakınsak geçerlilik koşulunu sağlamaktadır ($AVE = 0,593$, $CR = 0,878$).

Madde Analizi ve Güvenilirliği

HYÖ'nin güvenilirliğinin testi için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısından faydalanılmıştır. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı $\geq 0,7$ 'nin üzerinde olması ölçeğin aracının güvenilir olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2011). Analiz sonucunda HYÖ'nin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0,879$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuç ölçeğin aracının güvenilir olduğunu göstermektedir. Maddeler arası korelasyon $p < 0,01$ düzeyinde ve pozitif yönlü anlamlıdır. Madde analizi sonucunda ölçeğin maddeler arası toplam korelasyonu 0,57 ile 0,81 arasında değişmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta Uyum Ölçeğinin Faktör Yükleri ve Madde Toplam Korelasyonu

Maddeler	Faktör Yükleri	Madde Toplam Korelasyonu
1. Hasta olduğumda hekimin yazdığı ilaçların tümünü her zaman kullanırım.	0,74	0,72
2. Kronik hastalıklarım (kalp, tansiyon, diyabet vb. gibi) varsa ya da ileride olması durumunda hekim tarafından yazılan tüm ilaçları düzenli kullanırım.	0,61	0,57
3. Hekim bir diyet programı tavsiye ederse bu programa uyarım.	0,76	0,70
4. Hekimin bir tedavi programı önerirse, program dahilinde kendisine dönüş yaparım.	0,90	0,81
5. Hekimin takip amaçlı önerdiği testleri her zaman yaptırım.	0,81	0,77

Fark Analizi Sonuçları

Cinsiyet ve medeni duruma göre tedaviye uyumadaki farklılığın belirlenmesi için t-testi yapılmış, $p < 0,05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir (Tablo 4). Medeni duruma göre tedaviye uyum anlamlı farklılık göstermemesine rağmen ($p = 0,055$), cinsiyete göre farklılık anlamlıdır ($p = 0,010$). Sonuçlara göre kadınların erkeklere oranla tedavi uyum puanları daha yüksektir.

Tablo 4. Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Tedaviye Uyum Puanlarının Karşılaştırılması (n=389)

Tanımlayıcı Özellikler		n	$\bar{x}$	ss	t	p
Cinsiyet	Kadın	258	4,33	0,61	2,59	0,010*
	Erkek	131	4,15	0,70		
Medeni Durum	Evli	265	4,31	0,61	1,89	0,055
	Bekar	124	4,18	0,71		

* p<0 .05

Katılımcıların yaş ve eğitim durumlarının tedaviye uyumları açısından fark yaratıp yaratmadığının belirlenmesi için tek yönlü ANOVA analizinden faydalanılmıştır. Analiz sonucunda tedaviye uyumda yaş faktörü anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p=0,052). Eğitim durumlarına göre tedaviye uyum da aynı şekilde anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p=0,440).

Tablo 5. Yaş ve Eğitim Durumuna Göre Tedaviye Uyum Puanlarının Karşılaştırılması (n=389)

Tanımlayıcı Özellikler		n	$\bar{x}$	ss	f	p
Yaş	≤24	60	4,05	0,75	2,368	0,052
	30-34	83	4,30	0,64		
	35-39	131	4,27	0,61		
	40-44	53	4,38	0,46		
	≥45	62	4,34	0,68		
Eğitim	İlköğretim	80	4,21	0,64	0,941	0,440
	Lise	135	4,23	0,71		
	Önlisans	49	4,41	0,64		
	Lisans	98	4,29	0,56		
	Lisansüstü	27	4,32	0,68		

* p<0 .05

Tartışma ve Sonuç

Tedaviye uyum tarihi süreçte insan davranışlarının değişimini içermesi, ayrıca hem bireysel hem de toplumsal boyutta mali yönden etkilemesi açısından dikkat çekiciliğini her zaman korumaktadır (Demyttenaere, 1997). Tedaviye uyumda en etkili faktör kuşkusuz ki hekim ile hasta arasındaki ilişkinin kalitesi ve güvendir. Hekimle hasta aynı düzlemde ve aynı hedefe yönelerek tedavi süreçlerine bağlı kalması tedaviye uyum için bir gerekliliktir (Winnick vd., 2005). Bunun dışında çevresel ve psikososyal faktörler de hastanın tedaviye uyumunda etkili olabilmektedir. Psikososyal faktörler genellikle kişisel boyutta değerlendirilmekte ve hastalığın kabullenilmesini ve tedavi süreçlerinin kabulünü içeren uyumu ifade etmektedir (Adaylar, 1995).

Hastanın tedaviye uyum göstermesi hastalığın seyrini ve sonucunu etkileyen en önemli

unsurdur. Kritik hastalıkların tedavisinde asgari düzeyde tedaviye uyum bir gerekliliktir. Hastanın tedaviye uyumu denilince ilk akla genellikle ilaç uyumu gelse de tedaviye uyum ilaç tedavisi ile birlikte diyet ve egzersiz programına uyum, tedavi için gerekli testlerin düzenli yaptırılması ve önerilen sürelerde randevu ve kontrollere uyumu da içeren daha geniş bir kavramdır (Hausman, 2001). Ulusal literatürde ilaç uyumu (Bahar vd., 2014) ve hastalığın psikososyal uyumuna (Adaylar, 1995) yönelik ölçme araçları olmasına karşılık genel anlamda hastanın tedaviye uyumunu değerlendirilen ölçme aracına rastlanılmamıştır. Bu durumdan yola çıkarak bu çalışma ile hastaların önerilen tedaviye uyup uymadıklarını belirlemeye yönelik olarak kullanılacak HUÖ'nün Türkçe formunun psikometrik özelliklerini incelemek ve geçerlik ve güvenirliğini test etmek amaçlanmıştır.

Ölçek poliklinik hastalarından oluşan bir örnekleme uygulandıktan sonra DFA ve güvenirlik analiziyle birlikte tanımlayıcı istatistiksel analiz ve fark analizi de yapılmıştır. DFA bulguları uyum koşulunun sağlanması sonucu ölçeğin geçerlilik koşulunu sağlamıştır (CMIN/DF=1,841, GFI=0,993, NFI=0,993, RFI=0,983, IFI=0,997, TLI (NNFI)=0,992, CFI=0,997, RMSEA=0,047). Ölçeğin Cronbach α katsayısı 0,879 bulunmuştur. Orijinal ölçeğin ise 0,857'dir. Ölçeği kullanan diğer çalışmalarda da α değeri çalışma ile uyumludur. Hausman (2004) çalışmasında Cronbach α değerini 0,860, Zhang ve diğerleri (2021) ise 0,870 olarak belirlemiştir. Bu açıdan diğer çalışma sonuçlarının çalışmayla benzerdir. Ölçeğin bileşik güvenirliği için CR değerinin 0,7'den büyük olma koşulu sağlanmış, ayırt edici geçerliliği için AVE değeri hesaplanmıştır (Fornell & Larcker, 1981). Çalışma AVE>0,5 olma koşulunu desteklemiştir. Bu sonuçlar da diğer çalışmalarla uyumludur (Hausman, 2004).

Yapılan fark analizi sonucunda eğitim, yaş ve medeni duruma göre tedaviye uyum anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Buna karşılık sadece cinsiyet durumu tedaviye uyumda anlamlı farklılık göstermiştir. Kadınların erkeklere oranla tedaviye uyum puanlarının yüksek olması, kadınların daha fazla tedaviye uyum sağladığı sonucunu desteklemektedir.

Literatürde farklı klinik ve hastalık düzeyinde yapılan çalışmalarda cinsiyete göre tedaviye uyumda farklı sonuçların olabileceğini desteklemektedir. Psikiyatri hastaları üzerine yapılan bazı çalışmalarında erkeklerin kadınlara oranla tedaviye daha uyumlu olduğu belirlemiştir (Bal & Özsan, 2023; Demirkol vd., 2015; Herbeck vd., 2005). Buna karşılık depresif hastalarda yapılan bir diğer çalışmada da kadınların daha uyumlu olduğunu belirtmektedir (Ervatan vd., 2003). Mental düzeyde etkisi nedeniyle bağımlılık tedavisini içeren hasta grupları, psikiyatri hastaları, alkol ve uyuşturucu bağımlıları tedaviye uyum sürecini zorlayıcı özellikleri olmasından kaynaklı ayrı bir çalışma odağını gerektireceği düşüncesiyle bu

çalışmaya dahil edilmemiştir. Diyabet (Babwah vd., 2006), Tüberküloz (Hazerli, 2010), Kronik böbrek yetmezliği (Acar, 2018), tansiyon (Ross vd., 2004) hastalarında kadın hastaların tedaviye daha uyumlu olduğu yönündedir. Çalışma örnekleri, poliklinik ve klinik uygulamalarda tedavi süreci ve hastalığın türüne göre tedaviye uyumda demografik verilere açısından farklı düzeyde olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle uyarlaması yapılan ölçme aracı, genel bir ölçüm aracı niteliğinde olması nedeniyle farklı hastalıkların tedaviye uyumunun ölçülmesine imkân tanıyabilmektedir.

Çalışmanın bulguları, HUÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu desteklemiştir. Bu ölçme aracıyla kendisine tavsiyede bulunulan hastaların tedavi süreçlerine uyum sağlayıp sağlamama niyetlerinin belirlenmesine olanak sağlayabilir. Bu açıdan sağlık profesyonelleri tedavi süreçlerinde daha etkili olabilir, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine daha fazla katkıda bulunabilir.

Bu ölçme aracı ile tedavi süreçlerinde etkililiği arttırmak isteyen sağlık profesyonellerine yön gösterici olabilir. Hastaların gelecekteki sağlık davranışlarının belirlenmesi, sağlık profesyonellerine, hastalar için gerekli planlamaları yapılmasına ve hastaların tedaviye uymama nedenlerine yönelik önlemler alınmasına olanak sağlayabilir. Bu sayede tedavi hizmetlerinin daha akılcı kullanılması ve artan tedavi maliyetlerin azaltılması açısından da araştırmacılara yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın çalışma grubu poliklinik hastalarından oluşsa da tedavi hizmeti alan tüm bireylere genelleme konusundaki sınırlılıklar bulunmakta ve farklı hastalık yapılarına göre ya da farklı kurumlardan hizmet alınmasına göre uyum-sonuç ilişkisi açısından farklı yapılar gösterebileceği unutulmamalıdır. Ayrıca farklı çalışma koşullarında kullanıldığında geçerlilik testi gerekebilir, ancak HUÖ'ü 1, 2 ve 3. basamak sağlık kurumlarından tedavi hizmeti alan hastalara uygulanabilir. Çalışmanın bir diğer kısıtı da çalışmaya dahil edilen hastaların daha sonra tedaviye bakış açısının değişebileceğidir. Bu kapsamda test-tekrar test tekniği ile farklı zamanda ölçüm yapılması, tedaviye uyumda uzun dönemli ve güvenilir sonuçların belirlenmesinde etkili olabilir.

Kaynakça

- Adaylar, M. (1995). *Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz bakım yönelimleri. (Doktora tezi)*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Anderson J.C. ve Gerbing D.W. (1984). The Effect of Sampling Error on Convergence, Improper Solutions, and Goodness of Fit Indices for Maximum Likelihood Confirmatory Factor Analysis. *Psychometrika*, 49,155-173. <https://doi.org/10.1007/BF02294170>
- Babwah, F., Baksh, S., Blake, L., Cupid-Thuesday, J., Hosein, I., Sookhai, A., ... ve Hutchinson, G. (2006). The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 79-84. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006000200002>
- Bahar, G., Savaş, H. A., Ünal, A., Savaş, E., Kaya, H. ve Bahar, A. (2014). Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duyudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(2). <https://doi.org/10.5455/apd.39827>
- Bal, N. B. ve Özsan, H. H. (2023). Tip 1 Bipolar Bozuklukta Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 45(5), 696-708. <https://doi.org/10.20515/otd.1295324>
- Bentler, P. M. ve Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Bourbeau, J., ve Bartlett, S. J. (2008). Patient adherence in COPD. *Thorax*, 63(9), 831. <https://doi.org/10.1136/thx.2007.086041>
- Brislin, R., Lonner, W. ve Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural Research Methods*. New York: John Wiley.
- Browne, M. W. ve Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen ve J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models*. (pp. 136-162). Newbury Park, CA.
- Büyüköztürk Ş. (2011). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. 14. baskı. Ankara: Pegem Akademi.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32(32), 470–483.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>
- Charles C., Gafni A. ve Whelan T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science & medicine*, 49(5):651-661. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8)
- Charles C.A., Whelan T., Gafni A., Willan A. ve Farrell S. (2003). Shared treatment decision making: what does it mean to physicians?. *Journal of clinical oncology*, 21(5):932-936. <https://doi.org/10.1200/JCO.2003.05.057>
- Comrey, A. L. ve Lee, H. B. (1992). *A First course in factor analysis*. (2th Edition), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A. ve Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health*, 11(1), 44-47. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>
- Davis L.L. (1992). Instrument Review: Getting The Most From A Panel Of Experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- Demirkol, M. E., Tamam, L., Evlice, Y. E. ve Karaytuğ, M. O. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 555-568. <https://doi.org/10.17826/cutf.04659>
- Demyttenaere, K. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *Journal of affective disorders*, 43(1), 27-39. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(96\)00095-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(96)00095-X)
- DeVellis, R. F. (2014). *Ölçek geliştirme: Kuram ve uygulamalar* (Çev. Ed. T. Totan). Ankara: Nobel
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. ve Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>
- Ervatan, S. Ö., Özel, A., Türkçapar, H. ve Atasoy, N. (2003). Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 5-11.
- Fornell C. ve Larcker D.F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18,39-50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- Freeman, H. J. (2017). Dietary compliance in celiac disease. *World journal of gastroenterology*, 23(15), 2635. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i15.2635>
- Garren, S. T. ve Osborne, K. M. (2021). Robustness of T-test Based on Skewness and Kurtosis. *Journal of Advances in Mathematics and Computer Science*, 102-110. <https://doi.org/10.9734/jamcs/2021/v36i230342>
- George, D., ve Mallery, M. (2010). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference* (10th ed.). Pearson.

- Gray, M. J., Elhai, J. D. ve Frueh, B. C. (2004). Enhancing patient satisfaction and increasing treatment compliance: patient education as a fundamental component of PTSD treatment. *Psychiatric Quarterly*, 75, 321-332. <https://doi.org/10.1023/B:PSAQ.0000043508.52428.6e>
- Hair J.F., Black W.C., Babin B.J., Anderson R.E. ve Tatham R.L. (2009). *Multivariate Data Analysis*. 5 vols. UpperSaddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hatem, G., Zeidan, J., Goossens, M. ve Moreira, C. (2022). Normality testing methods and the importance of skewness and kurtosis in statistical analysis. *BAU Journal-Science and Technology*, 3(2), 1-7. <https://doi.org/10.54729/KTPE9512>
- Hausman A. (2001). Taking your medicine: relational steps to improving patient compliance. *Health Marketing Quarterl*, 19(2), 49-71. https://doi.org/10.1300/J026v19n02_05
- Hausman A. (2004). Modeling the patient-physician service encounter: improving patient outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(4), 403-417. <https://doi.org/10.1177/0092070304265627>
- Hazerli, D. (2010). *Tüberküloz hastalarında sosyal destek algısının tedaviye uyuma etkisi* [The effect of the tuberculosis patients' social support perception on their adherence to treatment] (Tez Numarası: 272591) [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Herbeck, D. M., Fitek, D. J., Svikis, D. S., Montoya, I. D., Marcus, S. C. ve West, J. C. (2005). Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. *The American journal on addictions*, 14(3), 195-207. <https://doi.org/10.1080/10550490590949488>
- Horne, R. (2006). Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest*, 130(1), 65S-72S. https://doi.org/10.1378/chest.130.1_suppl.65S
- Jansson, L. E. ve Hagström, K. E. (2002). Relationship between compliance and periodontal treatment outcome in smokers. *Journal of periodontology*, 73(6), 602-607. <https://doi.org/10.1902/jop.2002.73.6.602>
- Jimmy, B. ve Jose, J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman medical journal*, 26(3), 155. <https://doi.org/10.5001/omj.2011.38>
- Johnson, B. A., Ait-Daoud, N., Bowden, C. L., DiClemente, C. C., Roache, J. D., Lawson, K., ... ve Ma, J. Z. (2003). Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 361(9370), 1677-1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13370-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13370-3)
- Kattan, A. E., AlHemsi, H. B., AlKhawashki, A. M., AlFadel, F. B., Almoosa, S. M., Mokhtar II, A. M., ... ve AlAsmari, B. A. (2023). Patient Compliance With Physical Therapy Following Orthopedic Surgery and Its Outcomes. *Cureus*, 15(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.37217>
- Kline R.B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3rd Edition. New York: The Guilford Press.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Lomax, R. G. ve Schumacker, R. E. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. London: Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9781410610904>
- Lynn, M.R. (1986). "Determination and Quantification of Content Validity". *Nursing Research*, 35(6), 382-386. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- MacCallum, R. C., Roznowski, M. ve Necowitz, L. B. (1992). Model Modifications in Covariance Structure Analysis: The Problem of Capitalization on Chance *Psychological Bulletin*, 111(3): 490-504. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.490>
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Preacher, K. J. ve Hong, S. (2001). Sample size in factor analysis: the role of model error. *Multivariate Behavioral Research*, 36(4), 611-637. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3604_06
- MacCallum, R.C. (1995). Model specification. In Hoyle, R.H. (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications*.
- Marsh, H.W., Hau, K.T., Artelt, C., Baumert, J. ve Peschar, J.L. (2006). OECD's brief self-report measure of educational psychology's most useful affective constructs: Cross-cultural, psychometric comparisons across 25 countries. *International Journal of Testing*, 6(4), 311-360. https://doi.org/10.1207/s15327574ijt0604_1
- McCowan, R.J. ve McCowan, S.C. (1999). *Item Analysis for Criterion- Referenced Tests*. Center for Development of Human Servicesx. <https://eric.ed.gov/?id=ED501716>
- Metcalfe, R. (2005). Compliance, Adherence, Concordance-What's in a Name?. *Practical Neurology*, 5(4), 192. <https://doi.org/10.1111/j.1474-7766.2005.00313.x>
- Munro, S. A., Lewin, S. A., Smith, H. J., Engel, M. E., Fretheim, A. ve Volmink, J. (2007). Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS medicine*, 4(7), e238. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.

- Ross, S., Walker, A. ve MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of human hypertension*, 18(9), 607-613. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001721>
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
- Santos, D. D. O., Martins, M. C., Cipriano, S. L., Pinto, R. M. C., Cukier, A. ve Stelmach, R. (2010). Pharmaceutical care for patients with persistent asthma: assessment of treatment compliance and use of inhaled medications. *Jornal brasileiro de pneumologia*, 36, 14-22. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132010000100005>
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. ve King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research* 99(6), 323-338. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Shaya, F. T. (2005). Compliance with medicine. *Ophthalmology clinics of North America*, 18(4), 611-617.
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. (3 Ed.). New York: Harper Collins.
- Tavşancıl, E. (2019). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. (6. Baskı) Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- van der Wal, M. H., van Veldhuisen, D. J., Veege, N. J., Rutten, F. H. ve Jaarsma, T. (2010). Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *European heart journal*, 31(12), 1486-1493. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq091>
- van Dulmen, S., Sluijs, E., Van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R. ve Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC health services research*, 7(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-55>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. ve Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>
- Winnick, S., Lucas, D. O., Hartman, A. L. ve Toll, D. (2005). How do you improve compliance?. *Pediatrics*, 115(6), e718-e724. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1133>
- Zhang Z., Yang H., He J., Lu X. ve Zhang R. (2001). The impact of treatment-related internet health information seeking on patient compliance. *Telemedicine and e-Health*, 27(5), 513-524. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0081>