

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin İlaç Tedavisi ve Kronik Hastalık Uyumuna Etkisi

The Effect of Sociodemographic Characteristics of Hypertension Patients Who Applied to the Family Medicine Polyclinic on Drug Therapy and Chronic Disease Compliance

Nuri Irga, Eda Çelik Güzel

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

Özet

Amaç: Hipertansiyon (HT) hastalarında, bireysel farklılıkların tedavi başarısı üzerinde etkisini tespit ederek, verilen tedaviden alınan faydayı arttırabilmek ve hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonlardan hastaları koruyabilmek için; sosyodemografik farklılıkların ilaç tedavisi ve kronik hastalıklara uyum konusunda etkisinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran ve minimum 5 yıldır HT ana tanısı ile tedavi alan toplam 106 gönüllü hasta dahil edildi. Sosyodemografik verilerin sorgulandığı anketin yanısıra hastalara Morsiky-8 ölçeği (ilaç tedavisine uyum ölçeği) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) uygulandı.

Bulgular: Çalışma 62 (%58,5) erkek, 44 (%41,5) kadın toplam 106 hastadan oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 56.97±9.64 yıldır. Katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeylerini ölçmek için uygulanan Morisky-8 ölçeğine göre değerlendirildiğinde; 15 (%14,2) kişi ilaç kullanımına yüksek uyum, 24 (%22,6) kişi orta uyum, 67 (%63,2) kişi ise düşük uyum göstermiştir. Hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla, KHUÖ uygulandı ve ölçekten alınan toplam puanın ortalaması 83,61 puandı.

Sonuç: Çalışmada hastaların %63,2'si ilaç tedavisine düşük uyum göstermekteydi. İlaç tedavisine yüksek uyum gösteren hastaların hipertansiyona fiziksel, sosyal ve psikolojik uyumlarının da anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, kronik hastalık, tedaviye uyum

Summary

Objectives: This study aimed to examine the effects of sociodemographic differences on drug therapy and compliance in hypertension (HT) patients, to determine the effect of individual differences on the success of treatment, to increase the benefit from the given treatment, and to protect patients from complications that may occur due to the disease.

Material and Method: A total of 106 volunteer patients applied to the Family Medicine Outpatient Clinic and had the main diagnosis and treatment of HT for at least 5 years; were included in the study. In addition to the questionnaire in which sociodemographic data were questioned, the Morsiky-8 scale (adherence to drug treatment scale) and the Chronic Disease Adjustment Scale (CHUS) were administered to the patients.

Results: This study consisted of a total of 106 patients, 62 (58.5%) men, and 44 (41.5%) women. The mean age of the patients was 56.97±9.64 years. According to the Morisky-8 scale, applied to measure the knowledge and motivation levels of the participants towards drug use; 15 (14.2%) people showed high compliance, 24 (22.6%) people showed moderate compliance, and 67 (63.2%) people showed low compliance. To evaluate the level of adherence to the disease, CSWS applied and the average total score obtained from the scale was 83.61 points.

Conclusion: In the study, 63.2% of our patients showed low compliance with drug treatment. It was concluded that the physical, social and psychological adaptation to hypertension of patients with high adherence to drug treatment was also significantly higher.

Key words: Hypertension, chronic disease, treatment compliance

Kabul Tarihi: 08.Ocak.2022

Giriş

Hipertansiyon (HT) çoğunlukla yetişkin yaş grubundaki popülasyonu etkileyen, dünyada ve Türkiye’de görülme sıklığı gün geçtikçe artan ve komplikasyonlar sebebiyle toplum sağlığını hedef alan ciddi bir sağlık problemidir (1). Dünya çapında yapılan prevalans çalışmalarında, yetişkin nüfusta %30-45 aralığında saptanmıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün çalışmasına göre optimal seviyelerde olmayan kan basıncının dünya genelinde her yıl 7,1 milyon kişinin ölümüne yol açtığı ve toplam ölümlerin %19’unu oluşturduğu belirtilmektedir (3).

Hipertansiyon uygun koşullarda birkaç tekrar yapılarak ölçülen sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg, diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg veya bu değerlerin üzeri olmasına denir. Kontrolsüz hipertansiyonun kardiyovasküler sistem hastalıkları, renal yetmezlik, inme ve ölüm gibi çeşitli komplikasyonlara yol açtığı gözlemlenmiştir. Kan basıncı ile doğru orantılı olarak bu komplikasyonlarda ve ölüm oranlarında artış gözlenmektedir (4). HT hastası kişilerin bir kısmının aslında hastalığının farkında olmadıkları, bir kısmının ise tanısının bile olmadığı, tanısı olan hastaların çoğunun da uygun tedaviyi almadığı ve düzenli kontrollere gitmediği tespit edilmiştir (4).

Hastalığın takibinde kişilere uygun ve düzenli tedavinin yanında, düzenli aralıklarla yapılan kontrollerin prognoz ve komplikasyonlar açısından olumlu sonuçlara ulaşmada önemi büyüktür. Hipertansiyonun kontrol altına alınamamasının en büyük sebepleri arasında hastaların önerilen farmakolojik veya non-farmakolojik tedaviye uyum sağlayamaması, tedavi yetersizliği ve dirençli HT vardır (5). Kan basıncını kontrol altında tutabilmek amacıyla ilaç tedavisinin yanında fiziksel aktivite yapmak, sigara ve alkol kullanmamak, tuz tüketimini azaltmak, stresten uzak durup düzenli diyet yapmak da gereklidir. Hastalar genelde yapmaları gereken bu değişikliklere uyum sağlamakta zorluk çekerler ve ilaçların tek başına tedavi için yeterli olabileceğini düşünürler.

Birinci basamak sağlık hizmetleri; hem HT’den koruma, hem de HT'nin takip ve tedavisi açısından önemli bir yere sahiptir. HT hakkında halkın farkındalığının artırılması, HT açısından toplumun taranması, önlenebilir ve değiştirilebilir risk faktörleri açısından toplumu

bilinçlendirerek HT’nin önlenmesi, HT’nin erken teşhis, tedavi ve izlenmesi birinci basamak sağlık hizmetleri sunucuları olarak Aile hekimlerinin yürütmüş olduğu görevlerdir (6). Aile Hekimleri tarafından, hastaların HT yönetiminde rol almasının sağlanması ve buna yönelik planlamalar yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada, Aile hekimliği polikliniğine başvuran HT hastalarında, bireysel farklılıkların tedavi başarısı üzerine etkisini tespit ederek verilen tedaviden alınan faydayı arttırabilmek ve hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonlardan hastaları korumak için; sosyodemografik farklılıkların ilaç tedavisi ve kronik hastalıklara uyuma etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 40-80 yaş arası hipertansiyon hastalarıyla prospektif olarak yapılmıştır. Etik Kurul onayı Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (27.4.2021 tarihli 2021.121.04.16) alınmıştır.

Çalışmaya Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran ve minimum 5 yıldır HT ana tanısı ile tedavi alan 106 gönüllü hasta dahil edildi. Anketler poliklinik ortamında kişi rızası gözetilerek hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Anketteki sorular araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup kişilerin ayrıca tedaviye olumsuz yönde etkisi olabilecek faktörler açısından alkol ve sigara kullanım durumu, yemeklerin üzerine tuz ekleyip eklemedikleri, günlük tuz tüketim miktarları da sorgulandı.

Çalışmada ayrıca Morsiky-8 ölçeği (ilaç tedavisine uyum ölçeği) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği olmak üzere iki adet ölçek kullanılmıştır.

Morisky-8 Ölçeği; hastaların ilaç tedavisine uyumlarını kendi ifadelerine dayalı olarak değerlendiren 8 maddeden oluşan bir ölçektir. 7 tane iki seçenekli (evet/hayır) kapalı uçlu soru ve 1 tane beş seçenekli kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Tedavi uyumuna olumlu etkisi olan sorular için verilen olumlu cevaba 1 puan verilirken, olumsuz cevaba 0 puan verildi.

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ); üç alt boyutlu ve 25 maddeli bir ölçektir. Alt gruplar fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum olarak isimlendirilir. Ölçeğin alt gruplarından ve ölçeğin tamamından alınan puanlardaki artış hastaların uyumlarındaki artış olarak değerlendirildi.

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24,0) programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı verilerde sayı, yüzde, ortalama değer, minimum değer, maksimum değer ve ortalama±standart deviasyon (SD) kullanıldı. İki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırması "Independent Sample-t" test ile yapıldı. Normal dağılım göstermeyen ölçümler için; iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç ve fazlası grup için anlamlı fark olan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ölçümlerin ilişkilerinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Bulgularda anlamlılık düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmış olup, p <0,05 olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışma, 62 (%58,5) erkek, 44 (%41,5) kadın toplam 106 hastadan oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 56.97±9.64 yılıdır. Hastaların büyük çoğunluğu 50 yaş altı (n:31, %29,2), erkek (n:62, %58,5), evli (n:81, %76,4), büyükşehirde yaşayan (n:39, %36,8), lise mezunu (n:43, %40,6), bedensel çalışan (n:44, %41,5) ve geliri giderine denk (n:74, %69,8) kişilerden oluşmaktadır.

Hastalara ilişkin alışkanlıkların dağılımında; 33 (%31,1) kişinin sigara, 46 (%43,4) kişinin alkol kullandığı belirlenmiştir. Hastaların Kronik Hastalık, Morisky ilaç uyumu ve alışkanlıkların dağılımı tablo.1'de özetlenmiştir.

Çalışmada Morisky-8 ilaç uyum ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması 4,52 puan olarak bulunmuştur. Hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla uygulanan KHUÖ puanının ortalaması 83,61 puan bulundu. KHUÖ'nin alt grupları incelendiğinde; fiziksel uyum puanı 38,59, sosyal uyum puanı 23,13

puan, psikolojik uyum puanı ise 21,89 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların kronik hastalık, Morisky ilaç uyumu ve alışkanlıkların dağılımı

Değişken (N=106)	n	%
Alkol kullanımı		
Evet	46	43,4
Hayır	60	56,6
Kullanılan alkol miktarı		
Nadiren	21	45,7
Haftada 1 kadeh	21	45,7
Günde 1 kadeh	4	8,6
Sigara kullanımı		
Evet	33	31,1
Hayır	73	68,9
Kullanılan sigara miktarı		
Haftada 1 paket	7	21,2
Günde 1 paket	26	78,8
Yemeklere tuz dökme		
Evet	45	42,4
Kısmen	48	45,3
Hayır	13	12,3
Günlük tuz tüketim miktarı		
1 çay kaşığı	46	43,7
1 tatlı kaşığı	58	54,7
1 yemek kaşığı	2	1,9
Hipertansiyon dışında kronik hastalık		
Evet	43	40,6
Hayır	63	59,4
Ek kronik hastalığın adı*		
Diyabetes mellitus	15	34,9
Astım	4	9,3
Ateroskleroz	5	11,6
Hiperlipidemi	11	25,6
Koah	12	27,9
Kronik böbrek yetmezliği	3	7,0
Ülseratif kolit	1	2,3
Günlük tüketilen ilaç miktarı		
1-3	69	65,1
4-5	25	23,6
6-10	10	9,4
>10	2	1,9
İlaçları düzenli içmeye dikkat etme		
Evet	75	70,8
Kısmen	31	29,2
Morisky ilaç uyum ölçeği sınıfları		
Yüksek uyum	15	14,2
Orta uyum	24	22,6
Düşük uyum	67	63,2

*Soruya birden çok yanıt verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısı üzerinden belirlenmiştir

Tablo 2. Ölçeklere ilişkin bulguların dağılımı

Ölçek (N=106)		Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
Kronik hastalıklara Uyum ölçeği puanı	<i>Fiziksel uyum</i>	38,59	5,15	38,0	25,0	54,0
	<i>Sosyal uyum</i>	23,13	4,12	24,0	13,0	35,0
	<i>Psikolojik uyum</i>	21,89	3,70	22,0	11,0	30,0
	Toplam - KHUÖ	83,61	10,58	85,0	58,0	117,0
Morisky ilaç uyum ölçeği puanı		4,52	2,16	4,0	0,0	8,0

Yaş sınıflarına göre toplam KHUÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0.016$). Yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; <50 yaş grubunda olanların toplam KHUÖ puanları, >65 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0.05$). Yaşanan yere göre Morisky-8 ilaç uyum endeksi puanları arasında, büyükşehirde yaşayanların puanları, şehir ve köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0.05$) (Tablo.3).

İlaçları her gün düzenli kullanma durumuna göre fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları, psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [sırayla ($p=0.000$), ($p=0.000$), ($p=0.001$), ($p=0.000$)]. İlaçları her gün düzenli kullananların fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları, psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları, kısmen düzenli kullananlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır [sırayla ($p<0.001$), ($p<0.001$), ($p<0.01$), ($p<0.001$)]. İlaçları her gün düzenli kullanma durumuna göre Morisky-8 ilaç uyum endeksi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0.000$). İlaçları her gün düzenli kullananların Morisky-8 ilaç uyum endeksi puanları, kısmen düzenli kullananlara göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0.001$) (Tablo.4).

Morisky-8 ölçek gruplarına göre hasta gruplarının fiziksel uyum puanları ve sosyal uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [sırayla ($p=0.000$), ($p=0.000$)]. Uygulanan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; yüksek ve orta uyum sınıfında olanların fiziksel uyum puanları ve sosyal uyum puanları, düşük uyumda olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı [sırayla ($p<0.001$), ($p<0.001$)]. Ayrıca Morisky-8 ölçek gruplarına göre psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark bulundu [sırayla ($p=0.000$), ($p=0.000$)]. Yüksek uyum sınıfında olanların psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları, orta ve düşük uyumda olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı [($p<0.001$), ($p<0.001$)] (Tablo.5). Morisky-8 ilaç uyum endeksi puanı ile toplam KHUÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0.001$). Toplam KHUÖ puanı arttıkça, Morisky-8 ilaç uyum endeksi puanı artıyordu. Morisky-8 ilaç uyum endeksi puanı ile KHUÖ'nin alt grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p<0.05$). Fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum puanları arttığında, Morisky-8 ilaç uyum endeksi puanı artıyordu (Tablo.5).

Tartışma

Hipertansiyon kontrol altına alınmadığı takdirde ciddi komplikasyonlar ve hatta ölümlerle sonuçlanan ciddi bir sağlık problemidir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de HT'nin prevalansı her geçen gün artmaktadır (7). Bu nedenle HT'nin başarılı bir şekilde kontrol altına alınabilmesi hayati önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri olarak verilen tedavinin, etkinliğini ve başarısını artırabilmek için hekimin doğru tedaviyi uygulamasının yanında hastaların, hastalık ve tedavi uyumu da önem arz etmektedir (8).

Araştırmada hastaların yaş ortalaması 56.97 ± 9.64 yaştı. Yapılmış olan mevcut prevalans çalışmalarında HT'nin görülme sıklığı yaş ile birlikte giderek artmakta olup, çalışma ile uyumlu olarak hastaların çoğunluğunu 50 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır (9,10). Çalışmanın yaş ortalaması literatürle uyumlu bulunmuştur. Ayrıca Türkiye'de 2012 yılında yapılan prevalans çalışmasında erkeklerin %49,7'si, kadınların ise %50,3'ü HT hastası tespit edilmiştir (11).

Tablo 3. Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=106)	n	Kronik hastalıklara uyum ölçeği				Morisky İlaç Uyum Endeksi
		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam - KHUÖ	
		$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$
Yaş sınıfları						
<50 ⁽¹⁾	31	39,77±4,84	24,87±3,58	21,67±3,34	86,32±9,19	4,90±1,64
50-57 ⁽²⁾	26	38,04±5,03	23,35±2,88	23,12±4,14	84,50±10,63	4,92±2,56
58-65 ⁽³⁾	27	39,33±5,89	22,53±5,46	21,67±4,08	83,56±12,68	4,11±2,47
>65 ⁽⁴⁾	22	36,68±4,34	21,14±3,26	21,00±2,94	78,82±8,33	4,00±1,80
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=6,258$	$\chi^2=19,974$	$\chi^2=3,722$	$\chi^2=10,362$	$\chi^2=4,093$
Olasılık Fark		p=0,100	p=0,000***	p=0,293	p=0,016*	p=0,252
Cinsiyet						
Erkek	62	37,87±5,26	23,48±4,27	22,45±3,58	83,81±11,33	4,29±2,09
Kadın	44	39,61±4,86	22,64±3,89	21,09±3,78	83,34±9,55	4,84±2,24
İstatistiksel analiz		Z=-2,269	Z=-0,490	Z=-2,422	Z=-0,440	Z=-1,343
Olasılık fark		p=0,023*	p=0,624	p=0,015*	p=0,660	p=0,179
Medeni durum						
Evli	81	38,17±4,95	22,59±4,22	22,15±3,74	82,91±10,77	4,49±2,29
Bekar	25	39,96±5,63	24,88±3,27	21,04±3,52	85,88±9,79	4,60±1,73
İstatistiksel analiz		Z=-2,152	Z=-3,546	Z=-0,981	Z=-2,124	Z=-0,435
Olasılık fark		p=0,031*	p=0,000***	p=0,327	p=0,034*	p=0,663
Çocuk sayısı						
Çocuğu yok ⁽¹⁾	21	39,71±5,83	25,14±3,28	21,10±3,73	85,95±10,43	4,62±1,75
1-2 ⁽²⁾	35	40,54±5,28	23,46±5,11	22,57±4,20	86,57±11,93	4,97±2,39
3-4 ⁽³⁾	38	37,13±3,96	22,47±3,41	22,07±3,54	81,68±9,14	4,42±2,18
≥5 ⁽⁴⁾	12	35,58±4,48	20,75±2,60	20,67±2,06	77,00±7,10	3,33±1,77
İstatistiksel analiz		$\chi^2=13,763$	$\chi^2=18,201$	$\chi^2=2,620$	$\chi^2=11,809$	$\chi^2=4,714$
Olasılık Fark		p=0,003**	p=0,000***	p=0,454	p=0,008**	p=0,194
Evdeki kişi sayısı						
1-2 ⁽¹⁾	45	40,20±5,69	24,18±4,70	22,13±3,56	86,51±11,29	4,76±2,01
3-4 ⁽²⁾	48	38,27±4,18	22,90±3,29	22,25±3,81	83,41±9,03	4,75±2,31
≥5 ⁽³⁾	13	34,23±3,70	20,38±3,55	19,69±3,22	73,31±8,18	2,85±1,28
İstatistiksel analiz		$\chi^2=12,734$	$\chi^2=11,654$	$\chi^2=5,686$	$\chi^2=14,278$	$\chi^2=9,228$
Olasılık Fark		p=0,002**	p=0,003**	p=0,058	p=0,001**	p=0,010*
Yaşanan yer						
Büyükşehir	39	39,95±4,61	24,64±3,51	22,05±3,50	86,64±9,05	5,28±1,77
Şehir	23	38,26±4,42	22,43±3,95	21,52±4,29	82,22±10,77	3,87±2,42
Köy	44	37,57±5,75	22,16±4,39	21,93±3,61	81,66±11,31	4,18±2,18
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=2,820$	$\chi^2=4,651$	$\chi^2=0,417$	$\chi^2=2,617$	$\chi^2=5,900$
Olasılık Fark		p=0,093	p=0,031*	p=0,518	p=0,106	p=0,015*

Normal dağılmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçümleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. (p<0.05, p<0.01**, p<0.001***). [1-2,3] bu ifade ile anlatılmak istenen 1 ile 2 ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğudur. Bu durum diğer ifadeler içinde geçerlidir.

Tablo 4. Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=106)	n	Kronik hastalıklara uyum ölçeği				Morisky İlaç Uyum Endeksi
		Fiziksel uyum $\bar{X} \pm S.S.$	Sosyal uyum $\bar{X} \pm S.S.$	Psikolojik uyum $\bar{X} \pm S.S.$	Toplam - KHUÖ $\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$
Alkol kullanımı						
Evet	46	39,39±5,84	24,74±4,40	21,89±3,67	86,02±11,87	4,54±2,27
Hayır	60	37,98±4,49	21,90±3,44	21,88±3,75	81,77±9,15	4,50±2,10
İstatistik analiz*		Z=-1,511	Z=-3,970	Z=-0,289	t=2,085	Z=-0,169
Olasılık		p=0,131	p=0,000***	p=0,773	p=0,040*	p=0,866
Sigara kullanımı						
Evet	33	36,94±4,58	24,00±2,73	22,54±2,99	83,48±9,22	3,82±1,72
Hayır	73	39,34±5,24	22,74±4,57	21,59±3,96	83,67±11,20	4,84±2,27
İstatistik analiz		Z=-1,881	Z=-1,406	Z=-1,558	t=-0,084	Z=-2,050
Olasılık		p=0,060	p=0,160	p=0,119	p=0,934	p=0,040*
Yemelerde tuz						
Evet ⁽¹⁾	45	36,91±4,66	23,64±4,50	22,36±3,54	82,91±11,51	3,96±1,86
Kısmen ⁽²⁾	48	39,27±5,11	23,04±3,71	21,54±4,10	83,85±10,45	4,79±2,38
Hayır ⁽³⁾	13	41,92±5,06	21,69±4,11	21,54±2,54	85,15±7,79	5,46±1,76
İstatistik analiz		$\chi^2=12,778$	$\chi^2=1,590$	$\chi^2=1,337$	$\chi^2=2,039$	$\chi^2=6,907$
Olasılık		p=0,002**	p=0,452	p=0,513	p=0,361	p=0,032*
		[1-2,3]				[1-3]
Ek hastalık						
Evet	43	37,60±5,65	21,67±4,98	21,14±4,12	80,42±12,84	4,30±2,08
Hayır	63	39,27±4,70	24,13±3,08	22,40±3,31	85,79±8,12	4,67±2,21
İstatistik analiz		Z=-2,549	Z=-3,616	Z=-1,719	Z=-3,106	Z=-0,811
Olasılık		p=0,011*	p=0,000***	p=0,086	p=0,002**	p=0,417
Günlük ilaç miktarı						
1-3 ⁽¹⁾	69	39,44±5,31	23,54±4,10	21,96±3,85	84,94±11,07	4,57±2,40
4-5 ⁽²⁾	25	36,79±4,81	22,21±4,49	21,83±3,37	80,83±9,17	3,96±1,60
>5 ⁽³⁾	12	37,25±3,74	22,58±3,34	21,58±3,72	81,42±9,52	5,33±1,30
İstatistik analiz		$\chi^2=7,578$	$\chi^2=1,467$	$\chi^2=0,121$	$\chi^2=2,424$	$\chi^2=3,389$
Olasılık		p=0,023*	p=0,480	p=0,941	p=0,298	p=0,184
		[1-2]				
Düzenli ilaç içme						
Evet	75	40,12±4,85	24,43±3,59	22,68±3,55	87,23±9,32	5,24±2,01
Kısmen	31	34,90±3,82	20,00±3,64	19,96±3,37	74,87±8,10	2,78±1,36
İstatistik analiz		Z=-4,874	Z=-4,989	Z=-3,331	Z=-5,630	Z=-5,392
Olasılık		p=0,000***	p=0,000***	p=0,001**	p=0,000***	p=0,000***

*Normal dağılan verilerde iki bağımsız grubun ölçümleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçümleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. ($p < 0.05$ *, $p < 0.01$ ***, $p < 0.001$ ***). [1-2,3] bu ifade ile anlatılmak istenen 1 ile 2 ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğudur. Bu durum diğer ifadeler içinde geçerlidir.

Tablo 5. Morisky gruplarına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Yüksek uyum (n=15) ⁽¹⁾	Orta uyum (n=24) ⁽²⁾	Düşük uyum (n=67) ⁽³⁾	İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	
Fiziksel uyum	42,80±4,25	42,38±5,01	36,29±3,86	$\chi^2=35,571$ p=0,000*** [1,2-3]
Sosyal uyum	26,40±3,33	25,29±3,43	21,63±3,76	$\chi^2=26,938$ p=0,000*** [1,2-3]
Psikolojik uyum	26,67±2,50	22,13±2,97	20,73±3,29	$\chi^2=27,751$ p=0,000*** [1-2,3]
Toplam – KHUÖ	95,87±8,98	89,79±6,99	78,66±8,42	$\chi^2=47,985$ p=0,000*** [1-2,3] [2-3]

Normal dağılımayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. ($p<0.05^$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$). [1-2,3] bu ifade ile anlatılmak istenen 1 ile 2 ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğudur. Bu durum diğer ifadeler içinde geçerlidir.

HT hastaları üzerinde yapılmış olan bazı araştırmalarda, HT hastalarının büyük kısmının erkek cinsiyet olduğu tespit edilmiştir (12). Sunulan çalışmada katılımcıların %58,5 erkek, %41,5 kadınlardan oluşmaktaydı. Çalışmanın aksine, 2003-2007 yılları arasında Türkiye Hipertansiyon İnsidans Çalışması’na (HİNT) göre toplumumuzdaki tüm hipertansif bireylerin yaklaşık %61’ini kadınlar oluşturmaktaydı (13).

Çalışmada katılımcıların %31,1’i sigara içmekte, %43,4’ü alkol kullanmaktaydı. Ayyıldız ve ark. yaptıkları bir çalışmada hastaların %28,8’nin sigara kullandığını belirtirken; Akça ve ark. ise hastaların %11,4’ünün sigara kullandıklarını belirtmiştir (14). Ayrıca yapılan çalışmada alkol kullanım oranı diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek olup bunun nedeni bölge dinamiklerine bağlanmıştır (15).

Çalışmada hastaların %41,5’i köyde, %21,7’si şehirde, %36,8’i büyükşehirde yaşadığını belirtti. Teshome DF ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada yaşanılan yerin ilaç tedavisine uyum üzerindeki etkisi araştırılmıştır (16). Buna göre kentlerde yaşayan hastaların ilaç tedavisine uyumları kırsal alanda yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yine farklı bir çalışmada kentte yaşamının ilaç tedavisine uyum sağlama üzerinde anlamlı bir etki yaptığı tespit edilmiştir (17). Sunulan çalışmada da,

büyükşehirde yaşayan hastaların ilaç tedavisine uyumları ilçe ve köylere göre anlamlı şekilde yüksek olup, literatürlerle uyumluydu. Büyükşehirlerde sağlık merkezlerinin çokluğu ve bu sayede sağlık kuruluşlarına ulaşımındaki kolaylık tedavi uyumunda bir etken olabilir.

Araştırmada hastalarımızın %16’sının geliri giderinden az, %69,8’inin geliri gidere denk ve %14,2’sinin geliri giderden fazla olduğu tespit edilmiştir. Aşılar ve ark. çalışmasında hastaların %32,1’sinin geliri giderinden az, %57,7’sinin geliri giderine denk, %10,2’ünün de geliri giderinden fazla olduğu görülmüştür. Hastaların gelir gider durumlarına göre geliri giderden fazla veya denk olan hastaların ilaç tedavisine uyumları daha yüksektir (18). Bu durumun sebebi hastaların geçim sıkıntısı yaşarken ilaç almak için sağlık kuruluşlarına ulaşımındaki zorluk, ilaç temin edememe veya tedaviye uyum sağlamadaki motivasyon düşüklüğü olabilir.

Sunulan çalışmada, HT ile en sık birliktelik gösteren kronik hastalık (%34,9) DM olarak tespit edilmiştir. Tip-I DM’de HT patogenezinin diyabetik nefropati, Tip-2 DM’de ise multifaktöriyel sebepler sorumlu tutulmuştur (19).

Kronik hastalıklarda yaşam şekli değişiklikleri ve ilaç tedavisine uyum çok önemlidir. Sunulan

çalışmada hastaların KHUÖ puanı %83,61 olup mevcut çalışmalarla uyumluydu. Farklı çalışmalarda da, bu oran %16,8-86,8 arasında değişmektedir (20,21). Bu farklılık, hastaların HT konusunda eğitilmiş olmaları ve çoğu hastanın hipertansiyonu hastalık olarak kabul etmeleri varsayımı ile açıklanabilir (21).

Sosyodemografik özelliklerin kronik hastalıklara uyum üzerindeki etkisine bakıldığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, evde yaşayan kişi sayısı, çocuk sayısı, yaşanılan yer, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, alkol kullanımı, tuz tüketimi, ek hastalık, günlük ilaç kullanımı ve düzenli ilaç kullanımı hakkında çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Farklı bir çalışmada da; medeni durumu evli olan hastaların sosyal uyum ve kronik hastalıklara toplam uyumları bekar hastalardan yüksek bulunmuştur. Ayrıca gelir düzeyi yükseldikçe hastaların fiziksel uyumları ve kronik hastalıklara olan toplam uyum düzeyleri de yükselmektedir. Eğitim durumu açısından ise hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe kronik hastalıklara olan sosyal uyum ve toplam uyum düzeyleri artmaktadır (22).

Çalışmada hastaların Morisky-8 ilaç uyum ölçeği puan ortalaması 4.52 ± 2.16 'dır. Ayrıca araştırmada Morisky-8 ilaç uyum ölçeği yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çevik ve ark. 50 yaş üstü hipertansiyon hastası kadınlarda Morisky-8 ilaç uyum ölçeği ile yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %57'si ilaç tedavisine iyi uyum göstermekteydi (23). Yaş genel olarak diğer çalışmalarda da ilaç uyumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sunulan çalışmada literatüre benzer olarak ilaç uyumunun yaş ile bir bağlantısı tespit edilememiştir. Cinsiyet ile Morisky-8 ilaç uyumlarını karşılaştıran çalışmaların bazılarında fark belirlenemezken (24), aksini gösteren çalışmalarda mevcut olup, ilaç kullanımında kadınlar erkeklere göre daha uyumlu bulunmuştur (25). Yapılan çalışmada da diğer çalışmalardaki gibi cinsiyet ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastaların eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durumu ve medeni durumu ile Morisky-8 ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (26), ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarda vardır (24). Bu sebeple demografik özellikler ile tedaviye uyum konusu

farklılıklar gösterebilir ve belirleyici olarak ele almak göreceli olmaktadır.

Hastaların ek hastalık mevcudiyetinin ilaç tedavisine uyum üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna varılmış olup, bunun yanında ek hastalığı olmayanların ilaç tedavisine uyumda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Çalışma ile uyumlu olarak Finlandiya'da yapılmış farklı bir çalışmada, birkaç kronik hastalığı olan kişilerin ilaç kullanım düzenlerini kendilerine göre değiştirdikleri veya kullanmaları gereken ilaçları kullanmadıkları belirtilmiştir (24). Çalışmanın aksine Merrlo ve ark. hipertansiyona eşlik eden ek hastalığı olan kişilerin ilaç tedavisine uyumlarının daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir (27).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada Morisky-8 ilaç uyum ve kronik hastalık uyum ölçeğinin geniş kapsamlı olarak değerlendirilmesi amaçlandı. Bu ölçekle birinci basamakta yapılan çalışma sayısının kısıtlı olduğu saptandı. Birinci basamakta kronik hastalık yönetiminde ve uzun süreli ilaç tedavisine uyumu değerlendirmede her iki ölçeğin kullanılmasının yararlı ve pratik olacağı; ayrıca birinci basamakta yapılan bir çalışma olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Hasta sayısını kısıtlı ve tüm birinci basamağı kapsamaması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

Çıkar çatışması: Yoktur.

Kaynaklar

1. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. Turk Kardiyol Dern Ars 2019;47(6):535-46.
2. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. Jama 2013;310(9):959-68.
3. Halpern, MT, Khan ZM, Schmier JK, Burnier M, Caro JJ, Cramer J et al. Recommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. Hypertension 2016;47(6):1039-48.
4. TEMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. Hipertansiyon

- Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara, 2018.
5. Kepez A. Dirençli Hipertansiyon Tanısı ve Sekonder Nedenler. Türk Kardiyoloji Derneği HT Bülteni Özel Sayı Dirençli Hipertansiyon. 2015;3:5-7.
 6. Başak O, Sönmez HM, Payza E. Hypertension Management In Primary Care. Türk Aile Hek Derg 1997;1(3):148-52.
 7. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018;26(2):79-92.
 8. Ayyıldız Nİ., Ergüney S. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33(3):21-31.
 9. Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R ve ark. Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Erciyes Med J 2011;33(3):219-28.
 10. Onat A, Can G, Yüksel H. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Ed. Onat A. 2017. Logos Yayın İstanbul.
 11. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S ve ark. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. J Hypertens 2016;34(6):1208-17.
 12. Abbas H, Kurdi M, Watfa M, Karam R. Adherence to treatment and evaluation of disease and therapy knowledge in Lebanese hypertensive patients. Patient Prefer Adherence 2017;28;11:1949-56.
 13. Arici M, Turgan C, Altun B, Sindel S, Erbay B, Derici U ve ark. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. J Hypertens 2010;28(2):240-4.
 14. Akça D, Yıldız S. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumlarında Eğitimin Etkisi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2019;9(2):117-24.
 15. Akman C, Akşit E. Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Klinik Özellikleri ve Acil Servise Başvuru Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2020;7(2):219-24.
 16. Teshome DF, Bekele KB, Habitu YA, Gelagay AA. Medication adherence and its associated factors among hypertensive patients attending the Debre Tabor General Hospital, northwest Ethiopia. Integr Blood Press Control 2017;10:1-7.
 17. Ali MA, Bekele ML, Teklay G. Antihypertensive medication non-adherence and its determinants among patients on follow up in public hospitals in Northern Ethiopia. International Journal of Clinical Trials 2014;1(3):95-104.
 18. Aşilar RH, 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(8):692-700.
 19. Tuğrul A. Diabetes Mellitus and Hypertension. Balkan Medical Journal 2002;19(1):44-54.
 20. Anadol Z, Dişçigil G. Hipertansif hastalarda tedavi uyumunu etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2009;21(2):184-90.
 21. Mert H. Özçakar N, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. Türk Aile Hek Derg 2011;15(1):7-12.
 22. Yılmaz CK, Kara FŞ. The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. Perspect Psychiatr Care 2021;57(1):318-25.
 23. Çevik C, Güneş S, Dersuneli Ç, Erikçi İ, Taş B, Küçük MG ve ark. Balıkesir’de İki Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Elli Yaş Üstü Kadınlarda Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyon İlaç Uyumu. Sağlık ve Toplum Dergisi 2018;28(3):58-66.
 24. Enlund H, Jokisalo E, Wallenius S, Korhonen M. Patient-perceived problems, compliance, and the outcome of hypertension treatment. Pharm World Sci 2001;23(2):60-4.
 25. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. Am J Public Health 1992;82(12):1607-12.
 26. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. J Hum Hypertens 2004;18(9):607-13.
 27. Merlo J. Multilevel analytical approaches in social epidemiology: measures of health variation compared with traditional measures of association. J Epidemiol Community Health. 2003 Aug;57(8):550-2.

Correspondance:

Dr.Öğr.Üyesi Eda Celik Guzel
Namık Kemal Üniversitesi,,Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tekirdağ,Türkiye
Tel: +90.282.2505124
E-mail: celikguzel@gmail.com