

Esansiyel Hipertansiyon Hastalarında Sosyo-ekonomik Düzey Farklılığı ve İlaç Uyuncu*

DRUG COMPLIANCE AND THE SOCIO-ECONOMIC LEVEL DIFFERENCE IN THE ESSENTIALLY HYPERTENSIVE PATIENTS

U. Güney Özer Ergün¹, M. Yaşar Yıldırım², Nazan Alparslan³

Özet

Amaç: Çalışmamız, esansiyel hipertansiyon hastalarında ilaç uyuncunu etkileyen sosyo-ekonomik faktörleri araştırmak amacıyla planlandı.

Yöntem: Hipertansiyon polikliniğinde takip edilen esansiyel hipertansiyonlu 74 kadın, 21 erkek, toplam 95 hastada hipertansiyonun süresi, meslek ve eğitim durumu, aylık gelir düzeyi ve sosyal güvence belirlendi. İlaç uyuncunu saptamak amacıyla, karşılaştıkları güçlükler, ilaca ara verme nedenleri ve hipertansiyon regülasyonunda kullandıkları non-farmakolojik yöntemler soruldu. Güçlükler; G1: fiyatının yüksek oluşu nedeniyle alamama, G2: unutkanlık nedeni ile kullanamama, G3: ilaç kullanma zorunluluğunun bilincinde olmama, G4: zararlı olduğunu düşünerek ilacı bırakma, G5: hekimin yeterli bilgi vermemesi, G6: hastanın kendisini iyi hissederek ilacı kesmesi. Regülasyon yöntemleri; R1: tuzsuz diyet, R2: kilo verme, R3: uygun egzersiz, R4: bitkisel ürün kullanımı olarak belirlendi.

Bulgular: Hipertansiyon ve ilaç kullanım süreleri, düşük gelire sahip ve sosyal güvencesi olmayan grupta, orta ve orta-üstü gelir düzeyinde olan gruba kıyasla sırasıyla ($x=5.36$, $p<0.05$), ($t=-2.69$, $p<0.01$) daha uzundu. G3, G5 ve G6 ile karşılaşan hastalarda ilaca ara verme süresi sırasıyla ($t=-4.30$, $p<0.001$), ($t=-2.43$, $p<0.05$), ($t=-2.81$, $p<0.01$) daha yüksekti. Non-farmakolojik yöntemler kullananlar ve kullanmayanlar arasında bir fark gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda eğitim ve sosyo-ekonomik düzey düşüklüğünün, esansiyel hipertansiyon hastalarında ilaç uyuncunu olumsuz yönde etkilediği saptandı. Hastaların hastalıkları ve ilaçları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ile kronik hastalıklarda tedaviye uyuncun artabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Esansiyel hipertansiyon, sosyo-ekonomik düzey, ilaç uyuncu, hasta bilgilenimi

Summary

Objective: To investigate the factors influencing drug compliance in essentially hypertensive patients.

Material and Method: The age, social security, monthly income, occupation, education level, duration of hypertension of 95 patients (74 women and 21 men) were evaluated in an outpatient hypertension clinic. For evaluating the drug compliance, the difficulties they faced, the reasons of stopping the therapy and the non-pharmacologic methods they have been using for regulation of hypertension were asked. The difficulties; D1: purchasing problem due to the high price, D2: forgetting the medication, D3: being not aware of the obligation of medical treatment, D4: stopping the treatment conceiving that it is harmful, D5: the lack of patient information, D5: cessation of medication for feeling (him) herself healthy. Regulation methods; R1: nonsalty diet, R2: weight reduction, R3: exercise, R4: using herbal products.

Results: Compared to the middle and middle-high income grup, the low income grup has a longer duration of hypertension and drug administration, as ($x=5.36$, $p<0.05$), ($t=-2.81$, $p<0.01$). Patients who have faced the difficulties D3, D5, D6 have had a longer duration of stopping the treatment, as ($t=-4.30$, $p<0.001$), ($t=-2.81$, $p<0.01$), ($t=-2.81$, $p<0.01$). There wasn't any difference between the group using non-pharmacologic methods.

Conclusion: We have found a negative correlation between drug compliance and the education and socio-economic levels in the essentially hypertensive patients. We consider that, informing patients about their diseases and medication would improve the drug compliance for chronically ill patients.

Key words: Essential hypertension, socio-economic level, drug compliance, patient information

* Bu çalışma 14-17 Ekim 1999 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenen IV. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Öğretim Görevlisi

² Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Klinik Şefi, Kardiyoloji Uzmanı

³ Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Biyoistatistik Uzmanı

Arteriyel kan basıncı kanın damar duvarına yaptığı basınçtır; normal değer kabul edilen sınırların üzerine çıkmasına hipertansiyon denir.¹ Hipertansiyon özellikle gelişmiş ülkelerde yaygın ve önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar. Eğer zamanında tedavi edilmezse, ölümlü sonuçlanabilen komplikasyonlara yol açabilir.^{2,3}

1950'li yıllara kadar tedavi imkanı oldukça sınırlı olan hipertansiyona karşı etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, tıp dünyasındaki önemli gelişmelerden biridir.^{4,5} Son 20-30 yılda antihipertansif ilaç tedavisi ile komplikasyon sıklığı azalırken, hipertansiyon komplikasyonlarına bağlı olarak gelişen mortalite oranında yaklaşık %40 azalma görülmüştür.^{6,7}

Tıp dünyasındaki bütün bu olumlu gelişmelere karşın, hipertansiyon takibinde ve kontrolünde en önemli etken kuşkusuz hasta uyuncudur. Hasta uyuncunu etkileyen faktörlerin başında ise toplumdaki bireyler arasındaki sosyo-ekonomik düzey farklılığı ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar gelir.⁸⁻¹⁰ Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, sosyo-ekonomik durum ve gelir düzeyinin, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda, hasta davranışlarını etkileyerek tedaviye uyumu aksattığını göstermiştir.¹¹⁻¹⁶ Aynı sorun gelişmekte olan bir ülke olarak bizim ülkemizde de mevcuttur. Sosyo-ekonomik düzey farklılığının yalnız kronik hastalıklarda değil tüm sağlık sorunlarında önemli bir etmen olduğu bilinmektedir.¹⁷

Bu çalışmanın amacı, devlet hastanesine başvuran hipertansif hastalarda, sosyo-ekonomik düzey farklılığının, hipertansiyon regülasyonuna, kontrolüne ve ilaç uyuncuna olan etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği Hipertansiyon polikliniğinde esansiyel hipertansiyon tanısı ile takip edilen, 18 yaş üzeri 21'i erkek, 74'ü kadın olmak üzere toplam 95 hasta çalışmaya alındı. Hastaların hipertansiyon süreleri dört ay ve üzerinde idi. Hastaların hepsi en az 3 aydan beri antihipertansif tedavi alıyordu.

Sosyo-ekonomik durumlarını, hipertansiyon hakkındaki bilgi ve görüşlerini ve ilaç tedavisine uyunçlarını tespit etmek amacıyla, kontrole geldikleri süre içerisinde cevaplamak üzere hastalara 23 soru içeren bir anket formu verildi. Okuma yazma bilmeyen hastalara sorular okunarak, cevaplar yazıldı. Hastaların hepsi soruları eksiksiz olarak yanıtladı.

Sosyo-ekonomik durumlarını tespit etmek için hastalara yaşları, medeni durumları, sahip oldukları çocuk sayısı, aylık gelirleri ve sosyal güvenceleri soruldu. Devlet

İstatistik Enstitüsü'nün 1998 yılı için belirlediği rakamlara göre dört kişilik aile için 150 milyon liraya kadar aylık gelir; düşük sosyo-ekonomik düzey, 150-300 milyon liralık aylık gelir; orta sosyo-ekonomik düzey, 300-450 milyon liralık aylık gelir; orta-üstü sosyo-ekonomik düzey ve 450 milyon ve üzeri liralık aylık gelir; yüksek sosyo-ekonomik düzey olarak kabul edildi. Hastaların ev ve araba sahibi olup olmadıkları ayrıca değerlendirmeye alınmadı. Gayri menkul kira geliri de aylık gelir içinde kabul edildi.

Hastaların davranışsal risk faktörlerini belirlemek için sigara ve alkol kullanımları soruldu. Hipertansiyon hakkında ne kadar bilgi sahibi olduklarını anlamak için hipertansiyonun sağlık açısından iyi bir şey olup olmadığı, zararı varsa neler olduğu, hipertansiyon kontrolünü ne sıklıkla yaptıkları ve kan basıncını ne sıklıkla ölçtükleri soruldu.

İlaç uyuncunu saptamak için, ne kadar zamandır ilaç kullandıkları, ilaç kullanırken karşılaştıkları güçlükler, ilaç dışında hipertansiyon regülasyonunda kullandıkları yöntemler, ilaç kullanmaya ne kadar ve ne sıklıkla ara verdikleri soruldu. İlaç kullanırken karşılaşılan güçlükler altı maddeye ayrıldı; Güçlük 1: ilaç fiyatının yüksek olması nedeniyle ilacı alamama, Güçlük 2: ilacı unutkanlık nedeniyle kullanamama, Güçlük 3: ilaç kullanmak zorunda olduğunun bilincinde olmama, Güçlük 4: ilacın zararlı olduğunu düşünerek ilacı kesme, Güçlük 5: hekimin ilaç hakkında yeterli bilgi vermemesi nedeniyle ilacın kesilmesi, Güçlük 6: hastanın kendisini iyi hissederek ilacı kesmesi.

Hipertansiyonun non-farmakolojik regülasyonu dört grupta toplandı; Regülasyon 1: tuzsuz diyet uygulama, regülasyon 2: kilo vermek, regülasyon 3: uygun egzersiz, regülasyon 4: bitkisel ürün kullanımı

İstatistiksel değerlendirmede verilerin analizi SPSS 6.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda, Student-t testi (gerekli olduğu durumlarda Levene (F) testi ile varyans homojenliği araştırıldı) ve Fisher kesin ki-kare testi uygulandı. Tanımlayıcı değerlendirmelerde, aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya 21'i (%22.1) erkek, 74'ü (%77.9) kadın olmak üzere toplam 95 hasta katıldı. Hastaların yaş ortalaması 56.8±24 yıl olarak belirlendi. Hastaların %71.6'sı (n=68) evli, %4.2'si (n=4) bekar ve %24.2'si (n=23) dul idi. Hastaların % 36.3'ünün 5 ve daha fazla sayıda çocuğu mevcuttu (Tablo 1). Hastaların 38'i (%40) okuma yazma bilmiyordu. 43 (%45.3) hasta ilkokul, 11 (%11.6)

Tablo 1
Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı

Çocuk sayısı (n)	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
0	7	7.3
1	7	7.3
2	10	10.5
3	26	27.3
4	20	21.0
5	12	12.6
6	6	6.3
7	4	4.2
8	2	2.1
9	1	1.0
Toplam	95	99.6

hasta ortaokul ve 3 (%3.2) hasta lise mezunu idi. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların %43.2’nin (n=41) Bağ Kur, %37.9’unun (n=36) Emekli sandığı ve %10.5’inin (n=10) Yeşil Kart güvencesi vardı. Hastaların %39’unun (n=37) gelir düzeyi düşük, %54.7’sinin (n=52) orta ve %6.3’ünün (n=6) ise orta-üstü idi.

Tablo 2
Hastaların meslek grubuna göre dağılımı

Meslek grubu	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
İşsiz - ev hanımı	69	72.6
Serbest meslek	15	15.7
Memur	11	11.5

Hastaların ortalama hipertansiyon süresi 72.6±64.6 ay idi. Hastaların ortalama ilaç kullanım süresi ise 51.6±52.3 ay idi. Hastaların 42’si (%44,2) antihipertansif ilaç kullanımına hiç ara vermemişti. 95 hasta için ortalama ilaca ara verme süresi 20.4±37.9 ay idi.

Çalışan hastalarda, çalışmayanlara kıyasla hipertansiyon süresi (t=2.65, p<0.05) ve ilaç kullanım süresi daha kısa bulunmuştur (t=3.60, p<0.01). İki grup arasında yaş ve ilaca ara verme süresi bakımından anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Hastaların ilaç kullanmada karşılaştıkları güçlükler altı grupta değerlendirildi. Güçlük 1 ile 45 (%47.4) hasta, güçlük 2 ile 37 (%39) hasta, güçlük 3 ile 23 (%24.2) hasta, güçlük 4 ile 18 (%19) hasta, güçlük 5 ile 16 (%16.8) hasta ve güçlük 6 ile 1 (%1.05) hasta karşılaştı. Hastaların karşılaştıkları güçlükler ile cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, hipertansiyon süresi, ilaç kullanma süresi ve ilaca ara verme süresi arasında anlamlı bir ilişki olup

olmadığı incelendi. Gelir düzeyi düşük olan grup, orta ve orta-üstü gelir düzeyine sahip olan gruba kıyasla güçlük 1 ile daha fazla karşılaşıyordu ($\chi^2=5.76$, p<0.05). Sosyal güvencesi olmayan hastalar, sosyal güvencesi olanlara kıyasla güçlük 1 ile daha sık karşılaşıyordu ($\chi^2= 9.771$, p<0.01). Uzun süredir hipertansif olanlarla, uzun süredir ilaç kullananlarda güçlük 1 ile karşılaşma daha sık idi (t=-2.69, p<0.01). Güçlük 3, güçlük 5, güçlük 6 ile karşılaşan hastalarda ilaca ara verme süresi (sırasıyla t=-4.30, p<0.001), (t=-2.43, p<0.05), (t=-2.81, p<0.01) anlamlı ölçüde daha uzundu. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Farmakolojik olmayan yöntemlerle hipertansiyon regülasyonu sağlamaya çalışan hastaların sayıları tablo 4’te verilmiştir. Hastaların uyguladıkları non-farmakolojik yöntemler (regülasyon 1, regülasyon 2, regülasyon 3, regülasyon 4) ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunamamıştır ($\chi^2=2.17$, p>0.05).

Non-farmakolojik yöntemler kullanan hastalar ile kullanmayan hastalar arasında hipertansiyon süresi, ilaç kullanım süresi, ilaca ara verme süresi ve yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların 76’sı (%80) hipertansiyon kontrolü için düzenli olarak bir merkeze başvuruyordu. Hastaların kan basınçlarını ölçtürme sıklığı ve hipertansiyon regülasyonu için bir merkeze kontrole gitme sıklığı ile, hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesi ve mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunamamıştır.

Düzenli olarak tansiyonunu ölçtüren ve kontrole giden hastalarla düzensiz olarak kontrole giden hastalar, hipertansiyon süresi, ilaç kullanım süresi ve ilaca ara verme süresi açısından anlamlı bir farklılık göstermiyordu. Ancak kontrole düzenli olarak giden grup daha genç hastalardan oluşuyordu (t=2.08, p<0.05).

Çalışma kapsamındaki 95 kişiden 5 erkek hasta (%5.3) alkol kullanıyordu. Alkol kullananlardan 3’ü ilkokul, 2’si ortaokul mezunu idi; 1’i düşük, 3’ü orta ve 1’i orta-üstü gelir düzeyinde idi. Alkol kullananlardan biri dışında hepsinin sosyal güvencesi vardı ve hepsi çalışan kişilerdi.

Erkekler arasında sigara içme oranı %61.9 (n=13) iken, kadınlar arasında bu oran %10.8 (n=8) idi. İki grup arasındaki fark ileri düzeyde anlamlı bulundu. ($\chi^2=16.76$, p<0.001). Okuma yazması olmayan grubun %7.9’u (n=3) sigara içerken, ilkokul mezunu olan grupta sigara içme oranı %48.8 (n=21) idi ($\chi^2= 8.64$, p<0.01). Çalışan grupta sigara içme sıklığının, çalışmayan gruba göre daha fazla olduğu tespit edildi ($\chi^2=13.68$, p<0.001).

Sigara içen grup ile içmeyen grup, hipertansiyon süresi, ilaç kullanım süresi ve ilaca ara verme süresi açısından karşılaştırıldı. Sigara içen grupta ilaca ara verme süresi anlamlı düzeyde daha kısa bulundu ($t=3.12$, $p<0.01$). Sigara içenlerde bu süre ortalama 7.3 ay iken, içmeyenlerde 24.8 ay idi. Diğer gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmedi.

Doksan hasta (%94.7) kan basıncının yükseldiğini fark ediyordu. Hastaların 88'i (%92.6) yüksek kan basıncının kötü olduğunu söylerken, 7 hasta (%7.4) bu konuda bilgi sahibi olmadığını söyledi. Hastaların, hipertansiyonun vücuda verdiği zararlar hakkındaki bilgileri incelendi (Tablo 3). Felç hakkında bilgi sahibi olan hastaların, olmayanlara kıyasla hipertansiyon süresi daha uzun idi ($t=3.99$, $p<0.001$). Bu hastalar daha uzun süredir ilaç kullanıyorlardı ($t=3.32$, $p<0.01$). Felç hakkında bilgi sahibi olan hastalar, olmayanlara kıyasla daha yaşlı idi ($t=-2.23$, $p<0.05$). Böbrek tutulumu hakkında bilgi sahibi olan hastaların, olmayanlara kıyasla yaş ortalamaları daha yüksek idi ($t=2.39$, $p<0.05$). Hastaların 54'ünde (%56.8) aile öyküsü mevcut iken, 16'sı (%16.8) ailesinde hipertansiyon hastası olup olmadığını bilmiyordu. Aile öyküsü mevcut olan hastaların hipertansiyonun zararlarından beyin kanaması hakkında diğer gruba kıyasla daha fazla bilgi sahibi olduğu tespit edildi ($t=2.12$, $p<0.02$).

Tablo 3

*Hastaların hipertansiyonun zararları hakkındaki bilgileri**

Hipertansiyon zararları	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Felç	39	41.1
Kalp hastalığı	13	13.7
Beyin kanaması	12	12.6
Ölüm	10	10.5
Böbrek tutulumu	8	8.4
Bilmeyen	27	28.4

* Hastalar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Tartışma

Sağlık ve sosyo-ekonomik düzey arasındaki ters bağlantı yıllardır araştırılmaktadır.¹⁸ Meslek, eğitim ve gelir düzeyi ile ölçülen sosyal sınıf ayrımı 1911 yılından beri, mortalite ve sosyo-ekonomik düzey arasındaki farklılığın araştırılması için temel oluşturmuştur.¹⁹ Araştırma sonuçları, düşük yaşam standartlarının yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu yolundaki görüşü desteklemektedir.²⁰

1981 yılında Rose ve Marmot,²¹ yaş, sigara içimi, boy, vücut kitle indeksi, sistolik kan basıncı, serum total

kolesterol düzeyi ve açlık kan şekeri düzeyi gibi risk faktörlerinin istatistiksel olarak kontrol altına alınmasının, sosyal sınıf ve koroner kalp hastalığı riski arasındaki negatif korelasyon üzerinde orta derecede etkili olduğunu bildirmişlerdir. Sosyo-ekonomik düzeyin, sağlığı etkileyen bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmesini önermişlerdir. Bizim çalışmamızda da bağımsız bir risk faktörü olarak alınan sosyo-ekonomik düzeyin hipertansiyon regülasyonunu ve kontrolünü etkilediği görülmüş, düşük gelir düzeyinde ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerin ilaç kullanımında uyunç bozukluğu tespit edilmiştir.

Smith ve arkadaşları^{22,23} 1967-1969 yılları arasında 18.403 erkek hastada sosyo-ekonomik düzey farklılığının, mortalite üzerindeki etkisini ve nedenlerini araştırmışlardır. 1990 yılında Whitehall çalışması olarak yayınladıkları bu araştırmanın sonuçlarına göre, sosyo-ekonomik düzey indeksi olarak alınan sosyal sınıf kavramının yetersiz olduğu ve gözden kaçan pek çok etkenin olabileceğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte düşük sosyal sınıfın birçok nedenle ölüm riskini artırdığını ve sağlık koşullarında eşitsizliğe neden olduğunu açıklamışlardır. Bir diğer çalışmada, bir kişinin sağlığının toplumun sosyo-ekonomik düzeyi ile bağlantılı olduğunu, fakat bireysel ve ailesel sosyo-ekonomik düzey göstergelerinin toplumsal seviyedeki göstergelerden daha sağlıklı olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, kişinin sağlığının gelişmesi için toplumun yapısının önemini vurgulamışlardır.¹⁷

Bizim çalışmamızda da sosyal sınıf ayrımı kullanılmamış ve olgular kişisel sosyo-ekonomik düzey göstergelerine göre değerlendirilmişlerdir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda, sosyo-ekonomik düzey ile eğitim düzeyi arasında genel olarak bir paralellik mevcut iken, bizim yaptığımız çalışma için bu genelleme yapılamamaktadır. Ortaokul mezunu bir kişi düşük sosyo-ekonomik düzeyde, ilkökul mezunu veya okuma yazma bilmeyen bir kişi de orta sosyo-ekonomik düzey sınıflamasında yer almaktadır. Sosyo-ekonomik düzey göstergesi olarak aylık net gelir dikkate alınmıştır. Bu ölçüt tek başına, gerçek anlamda kişilerin hayat standartını tespit etmekten uzaktır. Kişilerin hayat standartının tam olarak anlaşılması için, ev ve araba sahibi olup olmadıkları, sosyal hayatları, kültürel alışkanlıkları ve spor yapma gibi ayrıntılı bilgilerin dikkate alınması gerektiğini düşünüyoruz. Bununla birlikte, Türkiye şartlarında kişisel gelir düzeyinin bütün bu faktörleri etkileyebileceği kanısındayız.

Kardiyovasküler risk faktörleri ve sosyo-ekonomik düzey arasındaki bağlantının araştırıldığı çalışmalarda, düşük sosyo-ekonomik düzey ile tütün kullanımı arasında pozitif bir korelasyon olduğu bulunmuştur.^{24,25} Farklı

bazı çalışmalarda ise sosyo-ekonomik düzeyden bağımsız olarak, eğitim düzeyi ile tütün kullanımı arasında tersine bir bağlantı olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça tütün kullanımının azaldığı saptanmıştır.^{26,27}

Bizim çalışmamızda, hastaların sosyo-ekonomik düzeyleri orta ve düşük olduğu için, yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki hasta popülasyonu ile ilgili karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak orta ve düşük grup arasındaki farklılıklar karşılaştırılmış ve karşılaştırma sonucuna göre; düşük sosyo-ekonomik düzeydeki gruba kıyasla, orta seviyedeki grupta tütün kullanımı daha fazla bulunmuştur. Tütün kullanımının erkeklerde, okuma yazma bilmeyenlerde ve serbest meslek ile uğraşanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç literatürde eğitim düzeyi ve tütün kullanımı arasında tespit edilen negatif korelasyon ile uyumlu bulunmuştur. Tütün kullanan kişilerde antihipertansif ilaç kullanımına ara verme süresinin diğer gruplara kıyasla daha kısa olduğu bulunmuştur. Tütün kullanımının hipertansiyon etiyojisinde rol oynadığı bilinmektedir.²⁸ Bu durumda, tütün kullanan hipertansif kişilerin ilaç kullanmaya ara vermeleri sonucunda tansiyon regülasyonunun bozulduğu ve hastaların rahatsızlıklarının artması nedeni ile ilaç kullanmaya devam ettikleri düşünülebilir.

Lowal ve arkadaşları²⁹ 1996'da yayınladıkları bir makalede sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kişilerde, ilaç uyuncunun da düşük bulunduğunu belirtmişlerdir. 1997'de Bailey ve arkadaşları³⁰ hipertansiyon tedavisinde ilaç uyuncunu araştırmışlar ve tedavide en önemli engelin zayıf ilaç uyuncu olduğunu göstermişlerdir. Hastaların ilaçlar hakkındaki bilgilerinin oldukça zayıf olduğunu tespit etmişlerdir. İlaç uyuncunu arttırmak için, hastaların ilaçlar hakkındaki kuşku ve korkularının giderilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. 1998'de Olubodun,³¹ Afrika kökenli hastalarda hipertansiyon tedavisi ve kontrolünün, hastalık hakkında bilgi eksikliği, uyumsuz ekonomik kaynaklar, doktorlar ve devlete ait faktörler nedeniyle oldukça kötü olduğunu bildirmiştir.

Bizim çalışmamızda hastaların çoğunluğu (%92.6) hipertansiyonun zararlı olduğunu biliyordu. Aile öyküsü bulunan, uzun süredir hipertansiyon hikayesi olan ve yaş ortalaması yüksek olan hastalar sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyinden bağımsız olarak hastalık hakkında yeterli bilgiye sahipti. Ancak hastalık hakkındaki bu olumlu bilgi, ilaç kullanım uyuncunu olumlu yönde etkilememiştir. İlaç fiyatının yüksek olması nedeniyle ilaç alamayan gelir düzeyi düşük ve sosyal güvencesiz kişilerde ilaç uyuncu zayıftır. Ayrıca hastaların ilaç kullanmak zorunda olduklarının bilincinde olmamaları, hekimin yeterli bilgi vermemesi ve kendini iyi hissetme nedeni ile ilaç kullanmaya ara verdikleri de tespit edilmiş-

tir. Bu sonuç literatür ile uyumlu olarak, hastaların hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi eksikliği içinde oldukları ve hekim tarafından yeterli bilgi verilip, desteklenmediklerini göstermektedir. Bu konuda hekimlerin sorumluluğunun büyük olduğunu düşünmekteyiz.

Arteriyel hipertansiyonda ilaç uyuncunu etkileyen faktörler, 1997 yılında Pineiro ve arkadaşlarının³² 174 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışma ile araştırılmıştır. Uyumsuzluğun nedeni %39.8 oranında bilgi eksikliği ve %28.9 oranında unutkanlıktır. Bizim çalışmamızda da, ilaç uyuncunu etkileyen faktörlerin %24.4'nün bilgi eksikliği ve bilinçsizlik, ve %18.9'un unutkanlık olduğu bulunarak benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bilgi eksikliği düşük ve orta gelir düzeyine sahip kişilerde eşit olarak görülürken, unutkanlığın yaşlılarda ve orta gelir düzeyindeki kişilerde daha fazla olduğu görülmüştür. Bu hastalarda, nörolojik komplikasyonların unutkanlığa yol açmasının yanı sıra, unutkanlık nedeniyle ilaç uyuncunun ve hipertansiyon kontrolünün zayıf olmasının da komplikasyonlara neden olabileceği düşünülmektedir.

1996 yılında Brown ve arkadaşları³³ hipertansiyon tedavisinde ev yapımı ilaçların ve doktor tarafından verilen antihipertansif ilaçların kullanımı ile sosyo-ekonomik düzey arasındaki bağlantıyı araştırmışlar; zencilerde ve düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kişilerde ev yapımı ilaç kullanımının daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bu tür ilaç kullanımını, hastalığa yaklaşım, evde yapılan ilaçların yararlılığına inanma ve doktor tarafından verilen ilacın fiyatı etkilemektedir. Bizim çalışmamızda, hipertansiyon regülasyonunda doktor tarafından verilen ilaç dışında bitkisel ev yapımı ürün kullanımı %11 civarında idi. Ancak, literatürden farklı olarak bu ürünleri tercih edenlerin sosyo-ekonomik düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanamadı.

Bilindiği gibi, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda sağlık durumu eğitim düzeyindeki farklılığa bağlı olarak değişiklik göstermektedir.⁸ Pavlik ve arkadaşları³⁴ 1997 yılında, Amerikalı 962 kadın ve erkek hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hipertansiyon hakkında bilinçlilik ve kontrole gitme sıklığını araştırmışlardır. Amerikalı zencilerin büyük çoğunluğunun düşük sosyo-ekonomik düzeyde, hipertansiyon kontrollerinin zayıf ve hipertansiyona bağlı morbidite ve mortalitede yüksek risk grubunda olduklarını tespit etmişlerdir. Hastalık hakkında bilinçsiz olan hastaların tansiyonlarını uzun aralıklarla ölçtükleri ve ilaç uyuncularının zayıf olduğunu saptamışlardır.

Bizim çalışmamızda, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey ile kontrole gitme arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Düzensiz olarak kontrole gelenlerde

ilaç uyuncunun etkilenmediği görülmüştür. Hastalar kontrole gelmeseler bile ilaçlarını kullanmaya devam etmekte idiler. Ancak uzun süredir hipertansiyonu olan ve uzun süredir ilaç kullanan hastalarda, gelir düzeyinin düşük ve ilaç fiyatının yüksek olmasının, ilaç uyuncunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Lotur-Perez ve arkadaşları³⁵ 1995 yılında yaptıkları bir çalışmada, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda sosyo-ekonomik düzeyin tedavi çabası üzerindeki değişik etkilerini araştırmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda, sosyo-ekonomik düzeyi düşük yaşlı hastaların genç hastalara kıyasla göreceli olarak daha az terapötik çaba gösterdikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyden bağımsız olarak genç hastaların yaşlı hastalara kıyasla daha sık ve düzenli hipertansiyon kontrolüne giderek daha fazla terapötik çaba gösterdikleri tespit edilmiştir. Bu sonucun yaşlı hastalarda görülen, genel tıbbi bozuklukla ilişkili depresyon veya duygudurum bozukluğu ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, sosyo-ekonomik düzey farklılığı hipertansiyon regülasyonunda ve ilaç uyuncunda oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Biyolojik, davranışsal ve genetik risk faktörlerinden bağımsız olarak sosyo-ekonomik risk faktörleri, kronik bir hastalık olan hipertansiyonun kontrolünde ve takibinde, morbiditenin gelişmesi ve önlenmesinde oldukça etkilidir.

Düşük sosyo-ekonomik düzeyde ve düşük eğitim düzeyindeki hastaların, hastalıkları ve ilaçları hakkında oldukça az bilgi sahibi olmaları, hastalar açısından tedaviye uyuncu fazlasıyla güçleştirmektedir. Burada hekimlere daha fazla rol düştüğü kanısındayız. Sosyo-ekonomik düzey farklılığının giderilmesine hekimlerin çok önemli bir etkileri olmasa bile, hastaların hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında çok daha fazla bilgi sahibi olmalarına ve bu konuda bilinçlenmelerine oldukça faydalı olacakları inkar edilemeyecek bir gerçektir. Hastaların bilinçlenmesi ile, kronik hastalıklarda kontrol ve takibin daha kolay yapılabilmesini ve hastaların kendilerine düşen role daha iyi uyabileceklerini ve bu şekilde morbiditenin de bir ölçüde azalabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. **Kaplan NM.** Clinical Hypertension. 6. baskı. Baltimore, Williams and Wilkins 1994; 1.
2. **Stamper J.** Blood pressure and high blood pressure. *Aspect of risk. Hypertension* 1991; 1(18): 95.
3. **Braunwald E, Kurt JJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AC.** Harrison's Principles of Internal Medicine, 12. baskı. International Edition Mc Graww, Hill Inc 1991; 1: 1001-5.
4. **Erol Ç.** Hipertansiyon ve tedavisi. *Med Network Kardiyoloji Dern. Hipertansiyon ve Koroner Risk Faktörleri Eki* 1995; 1: 3-10.
5. **Kaplan NM.** Guidelines for the treatment of hypertension; An American view. *J Hypertension* 1995; 113-7.
6. The Sixth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evolution and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI) 1997; 5.
7. **Delporte JP, Rarive G.** Pharmaco-economic aspects of the treatment of hypertension. *Rev Med Liege* 1998; 259-64.
8. **Van der Meer JB, Mackenbach JP.** Course of health status among chronically ill persons: Differentials according to level of education. *J Clin Epidemiol* 1998; 1(3): 171-9.
9. **Colhoun HM, Hemingway H, Poulter NR.** Socioeconomic status and blood pressure: an overview analysis. *J Hum Hypertens* 1998; 12(2): 91-110.
10. **Holme I, Helgeland A, Hjermann I, Leren P.** Socio-economic status as a coronary risk factor: the Oslo Study. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(4): 4348-54.
11. **Mackenbach JP.** Socioeconomic health differences in The Netherlands: a review of recent empirical findings. *JAMA* 1998; 280(4): 356-62.
12. **Luoto R, Pekkanen J, Uetela A, Tuomilehto J.** Cardiovascular risks and socioeconomic status: differences between men and women in Finland. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(2): 108-13.
13. **Osler M, Gerdes LU, Davidsen M, Bronnum-Hansen H, Madsen M, Jorgensen T.** Socioeconomic status and trends in risk factors for cardiovascular diseases in the Danish MONICA population, 1982-1992. *Soc Sci Med* 1992; 34(3): 213-26.
14. **Yu Z, Nissisen A, Vartiainen E, Song G, Guo Z, Zheng G.** Association between socioeconomic status and cardiovascular risk factors in an urban population in China. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(12): 1401-9.
15. **Yu Z, Nissisen A, Vartiainen E, Song G, Guo Z, Tian H.** Changes in cardiovascular risk factors in different socioeconomic groups: seven year trends in a Chinese urban population. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53(12): 757-64.
16. **Bobak M, Hertzman C, Skodova Z, Marmot M.** Socioeconomic status and cardiovascular risk factors in the Czech Republic. *Ann N Y Acad Sci* 1999; 896: 262-77.
17. **Robert SA.** Community-level socioeconomic status effects on adult health. *J Health Soc Behav* 1998; 39(1): 18-37
18. **Antonovsky A.** Social Class, life expectancy and overall mortality. *Millbank Mem Fund Q* 1967; 45: 31-73.
19. **Fein O.** The influence of social class on health status. American and British research on health inequalities. *J Gen Int Med* 1995;10(10): 577-86.
20. **Fox AJ, Goldblatt P.** Socioeconomic differentials in mortality 1971-1975.(Office of Population Censuses and Surveys Series LSI) London: HMSO, 1989.
21. **Rose G, Marmot MG.** Social class and coronary heart disease. *Br Heart J* 1981; 45: 13-9.
22. **Smith GD, Shipley MJ, Rose G.** Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. *J Epi & Com Health* 1990; 44: 265-70.
23. **Smith GD, Neaton JD, Wentworth D.** Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the multiple risk factor intervention trial: in white men. *Am J Public Health* 1996; 86: 489-96.
24. **INCLEN Multicentre Collaborative Group.** Socioeconomic status and risk factors for cardiovascular disease: a multicentre collaborative study in International Clinical Epidemiology Network (INCLEN). *Arch Intern Med* 1997; 157(8): 873-81.
25. **Pickering T.** Cardiovascular pathways: socioeconomic status and stress effects on hypertension and cardiovascular function. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9(8): 905-15.

26. **Choiniere R, Lanfontaine P, Edwards AC.** Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(9): 692-6
27. **Iribarren C, Luepker RV, McGovern PG ve ark.** Twelve-year trends in cardiovascular disease risk factors in the Minnesota Heart Survey. Are socioeconomic differences widening? *Acta Med Scand Suppl* 1982; 660: 147-51.
28. **Neaton JD, Kuller LH, Borhani NO.** Total and cardiovascular mortality in relation to cigarette smoking, serum cholesterol concentration, and diastolic blood pressure among black and white males followed for up to five years. *Am Heart J* 1984; 108: 759-69.
29. **Lowal SO, Olubodun JO.** Alcohol consumption and heart failure in hypertensives. *Int J Cardiol* 1996; 53(1): 81-5.
30. **Bailey BJ, Carney SL.** Hypertension treatment compliance; what do patients want to know about their medication? *Prg-Cardiovasc-Nurs* 1997; 23-8.
31. **Olubodun JO.** Inadequate blood pressure control in African hypertensives. Who is responsible. Patient, physician or government? *Ethn Dis* 1998; 8(2): 240-8.
32. **Pineiro F, Gil V, Donis M.** Factors involved in noncompliance with pharmacological treatment in arterial hypertension. *Aten-Primario* 1997; 20(4): 180-4.
33. **Brown CM, Segal R.** The effects of health and treatment perceptions on the use of prescribed medication and home made remedies among African American and white American hypertensives. *Soc Sci Med* 1996; 43(6): 903-17.
34. **Pavlik VN, Hyman DJ.** Hypertensive awareness and control in an inner city African-American sample. *J Hypertens* 1997; 277-83.
35. **Lotur-Perez J, Gutierrez-Vic'en T.** Differences in therapeutic effort because of the socioeconomic level of patients with AMI. *Soc Sant* 1995; 9(46): 5-10.

Geliş tarihi: 12.02.2001

Kabul tarihi: 15.04.2002

İletişim adresi:

Uzm. Dr. U. Güney Özer Ergün
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Balcalı 01330 ADANA
Tel: (0322) 338 60 60 / 3087
(0322) 323 23 74 - 225 51 23
Faks: (0322) 338 67 21