

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum

Hastalığın uzun süreli, kronik bir hastalık olması, kronik hastaların tedavisi ve bu hastalık ile başetme sürecinin büyük bir kısmının sağlık kurumları dışında ve daha çok evde devam etmesi tedaviye uyumsuzluk nedenlerinden bazılarıdır. Nitekim, yürütülmüş olan bilimsel araştırmalar da bu varsayımları kanıtlamaktadır. Örneğin, bir araştırmada hastaların büyük bir çoğunluğunun ilaçlarını almadığı ya da yanlış doz ve/veya aralıklar ile aldığı, başka bir araştırmada, 105 hastanın 43'ünün genel olarak ilacın kullanım amacını anlamadığı ve bu nedenle ilaç kullanımında hatalı davrandığı, 43 hastanın 22'sinin de tehlikeli olabilecek ilaç bilgisine sahip olduğu saptanmıştır (Covington et al, 1979). Ayrıca, hipertansiyonlu hastaların %30-70 oranında tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (Carolyn et al, 1996). Literatürler, antihipertansif ilaçların akılcı kullanılmaması sonucunda, hipertansiflerin üçte ikisinden daha büyük bir bölümünün kan basıncının yeterince kontrol altına alınamamasında katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur (A. Dülger, 2001).

Tedavinin amacına ulaşamaması, hastalığın tekrarlaması ya da şiddetlenmesi, antibiyotiklere dirençli mikroorganizmaların ortaya çıkması, daha yüksek dozda ya da daha güçlü bir ilaç ile tedavi gereksiniminin doğması, yeni uyumsuzlukların ortaya çıkması ve maliyet artışına neden olması tedaviye uyumsuzluğun genel olarak klinik ve toplumsal sonuçlarıdır. Tedaviye uyumun genel sonuçları da, genelde kronik hastalıklarda, özelde hipertansiyonda tedaviye uyum konusunun önemini ve hipertansiyon ile mücadelede tedaviye uyum konusunun ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Genel bir tanım olarak, *tedaviye uyum/uyunç (compliance)*; hastanın ilaç alma, ilacı önerilen dozda ve önerilen zamanda alınması, diyet, istirahat, sağlık kurumuna kontrole gitme ve diğer yaşam biçimlerindeki değişikliklerini izleme davranışlarının hekim önerilerine ters düşmemesi biçiminde tanımlanmaktadır (Hussar, 1975). İlaç bağlamında düşünüldüğünde ise, ilacın gereğinden az ya da çok kullanılması ya da hiç kullanılmaması, ya da ilacın yanlış kullanılmasıdır. İlacın yanlış kullanılması, yanlış amaçla, yanlış dozda, yanlış zamanda ve yanlış uygulama yolundan kullanılması ile, miadı dolmuş ilaç kullanılması ya da aynı kapsamda tanımlanmıştır (Üstel, 1985).

DSÖ'ne göre, tedaviye uyumsuzluk, hastanın hastalığı ve ilaçları konusundaki bilgi ve inançları ışığında, yazılan ilaçları ve hekimin davranışını değerlendiren hastanın, her zaman akılcı olmayan ve hastanın eğitiminin de etkilediği davranıştır (Covington et al, 1979).

Genel olarak tedaviye uyumu etkileyen faktörler beş başlık altında toplanmaktadır;

a) Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kültür, sosyo ekonomik durum v.b.),

Örneğin, yaşlılardaki başlıca tedaviye uyumsuzluk davranışları; ilacın nasıl kullanılacağını (ağızdan mı? günde kaç kez? v.b.) bilmemek, hastalıkta ilacın önemini kavrayamamak, çok ilaç almak (polifarmasi), yan etkileri sezinlemek, daha önceki hastalık ve ilaç deneyimleri, unutkanlık, fizik fonksiyonların zayıflaması, birden fazla kronik hastalığa sahip olma v.b. dir.

b) Hastalığa ilişkin faktörler (hastalığın tipi, şiddeti, seyri, süresi, belirtileri v.b.),

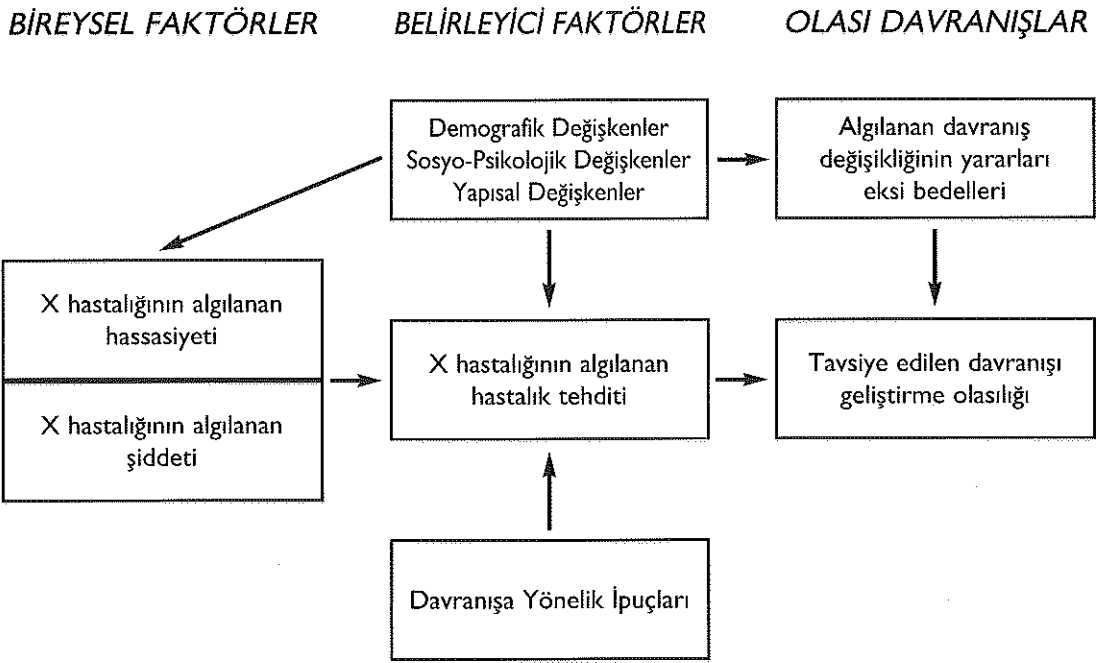
c) İlaç ile tedavi planına ilişkin faktörler, ilaç sayısı, ilacın cinsi, maliyeti, istenmeyen etkileri, ambalajına ilişkin faktörler ve ilaç ile tedavi planının gerektirdiği davranış/alışkanlık değişiklikleri,

d) Sağlık çalışanlarının (hekim-hasta-eczacı-hemşire) ilişkilerine ilişkin faktörler (hastanın hizmetten yararlanmak için beklediği süre, hastanın sağlık çalışanlarından beklentileri ve bu beklentilerinin ne oranda karşılandığı v.b.)

e) Hastanın sosyal ve davranışsal özellikleri (hastanın sağlık, hastalık, tedavi ve ilaç kullanımına ilişkin bilgisi, inançları ve önyargıları v.b.) (Üstel, 1985).

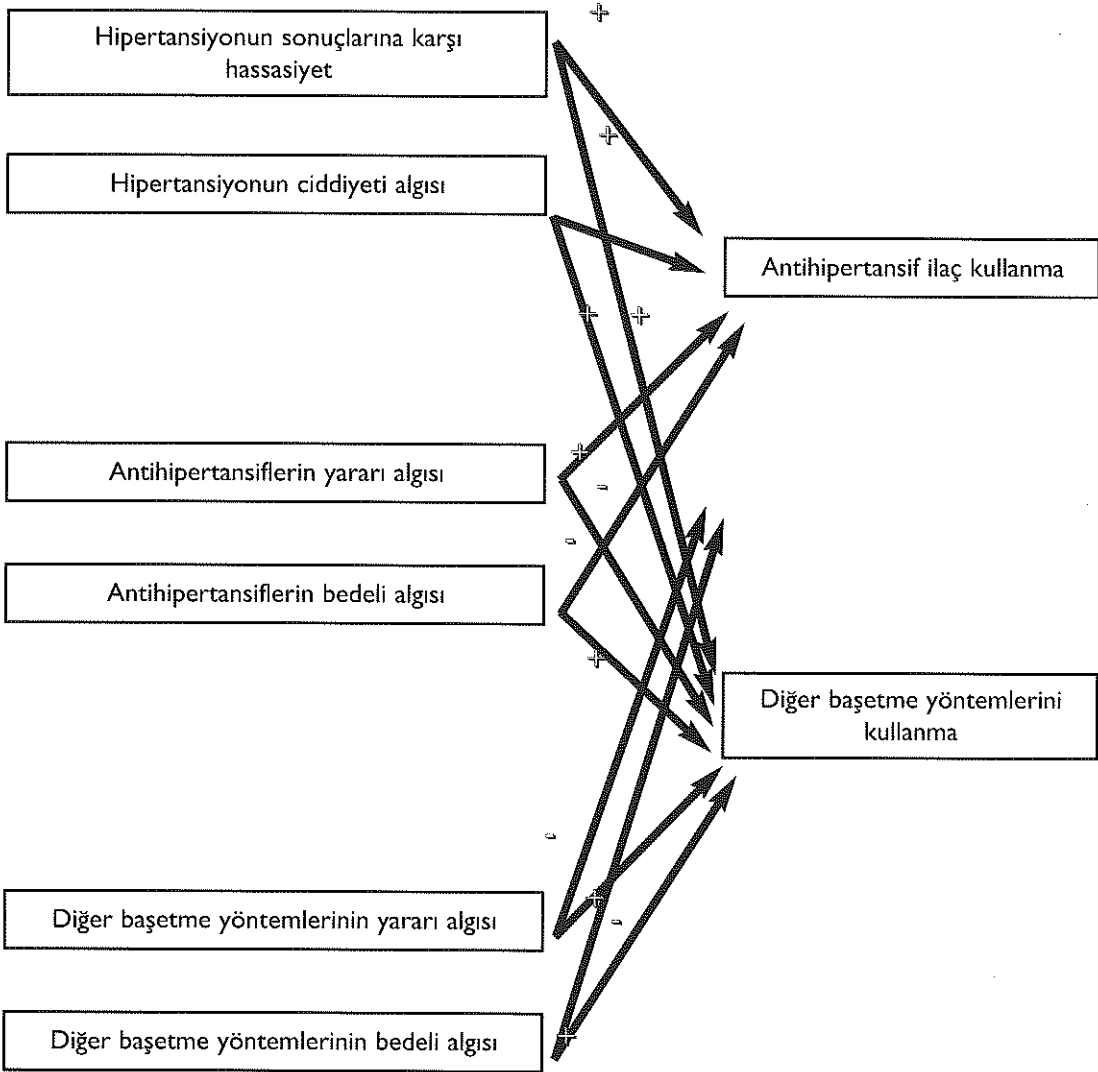
Tedaviye uyum konusunda hastanın sosyal ve davranışsal yapısı ile ilgili özellikleri giderek önem kazanmaktadır. Bu noktada, sağlık inanç modeli tedaviye uyumun açıklanmasında kullanılan ilk modellerden birisidir. Model, sağlık davranışlarının bilişsel formülasyonudur. Kişilerin sağlık davranışını uygulayabilme olasılığını değerlendirmekte, algıladığı engeller karşısındaki tutumunu göstermektedir. Sağlık İnanç Modeli uyum davranışında rol oynayan bireysel sağlık algılarını ve

inançlarını içermektedir. Algılanan hassasiyet (**perceived susceptibility**), algılanan şiddet (**perceived severity**), algılanan tehdit (**perceived threat**), algılanan yarar (**perceived benefit**), algılanan engeller ve harekete geçiren olaylar, tetikleyiciler olma üzere altı temel yapıdan oluşmaktadır. Bu altı faktör, kişilerin sağlık ile ilgili kararlarını belirlemede önemli faktörler olarak sıralanmaktadır (Şekil-1) (Carolyn et al, 1996).



Şekil-1: Sağlık İnanç Modeli

Bir çalışmada, sağlık inanç modelinden hareketle, hipertansiyon ile mücadelede ilaç kullanım davranışlarına ilişkin model geliştirilmiştir. Bu model sağlık inanç modelindeki algı değişkenleri ile, ilaç kullanım davranışları (reçeteli antihipertansiflere uyum, diğer baş etme yöntemlerinin kullanılması v.b.) arasındaki ilişkiyi incelemektedir (Carolyn et al, 1996) (Şekil-2).

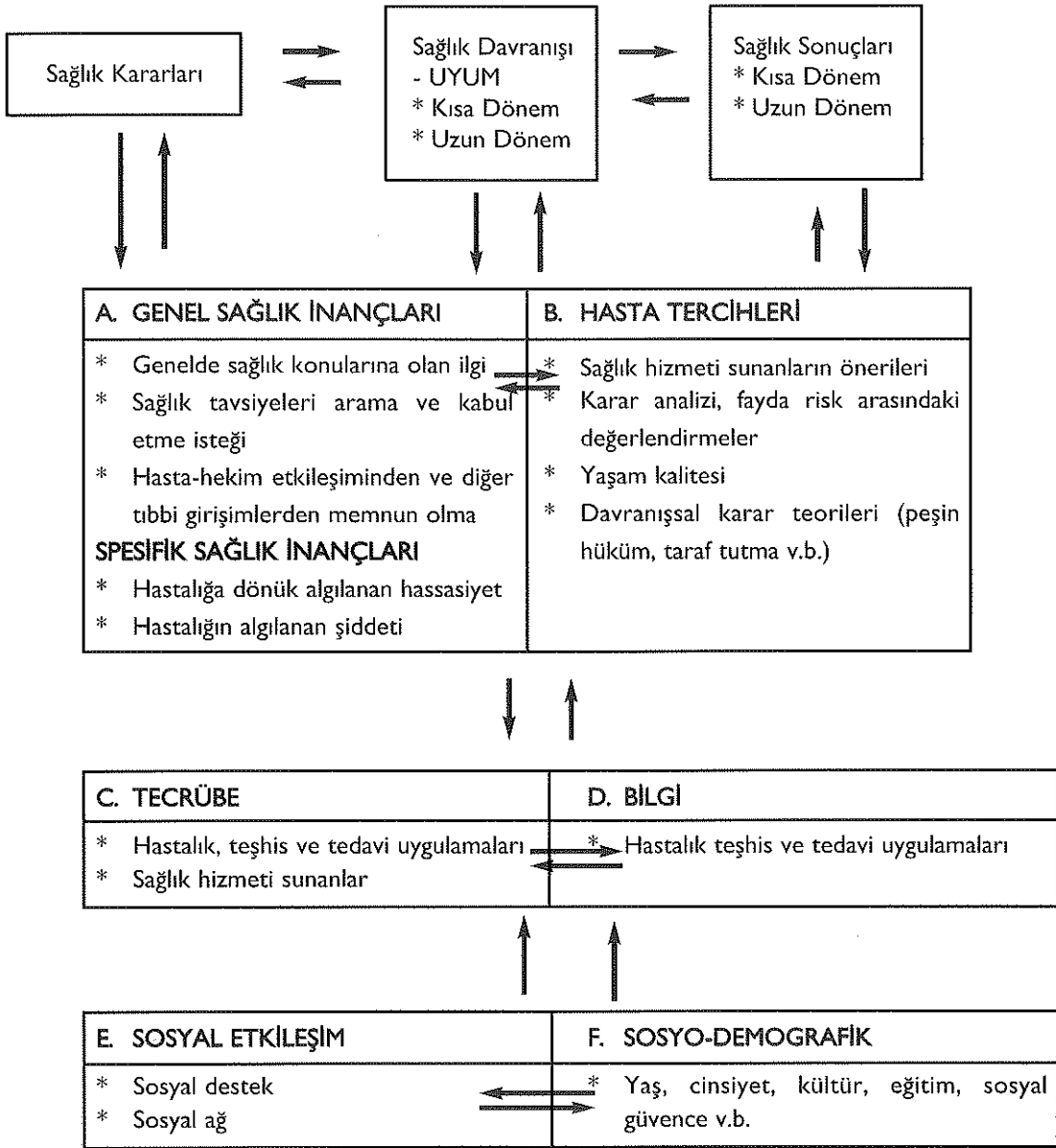


Şekil-2: Sağlık İnanç Modeli ve Antihipertansif İlaç Kullanma Davranışı

Hipertansiyonun sonuçlarına katılma algısı, kontrol edilemeyen hipertansiyonun sonuçlarına karşı hassasiyeti, hipertansiyonun ciddiyeti algısı, hipertansiyonunu ciddiyeti, korkusu ve sosyal aktivite sınırlılığını, antihipertansiflerin yararı algısı, kalp krizi, felç, yüksek kan basıncı v.b. durumlara karşı yararı olup olmadığına katılmayı, antihipertansif ilaçların bedeli algısı, ilacın fiyatı v.b., diğer baş etme yöntemlerinin yararı algısı (ev ilaçları v.b.), yan etkileri olup olmadığına, kan basıncını etkileyip etkilemediği fikrine katılma durumlarını v.b. diğer baş etme yöntemlerinin maliyeti algısı ise, fiyatı konusundaki fikrini içermektedir (Carolyn et al, 1996).

Bu modelin dışında çok farklı model ve yaklaşımlar olmak ile birlikte, Eraker ve arkadaşlarının (1984) geliştirmiş olduğu model özellikle dikkat çekicidir. Bu model "sağ-

lık karar modeli"nin sağlık inanç modeline uyarlanmasıdır. Sağlık karar modeli, hasta tercihini, karar analizini ve davranışsal kararlarını içermektedir. Model, kişilerin uyum davranışı ile, inançları arasında çift yönlü bir ilişkiye dayanmaktadır. Hastanın hastalığına ilişkin inançları hastalığın ciddiyeti, gelecekte olacaklardan acı çekmenin algısal olasılığını v.b. ilişkin inançları içermektedir. Yüksek kan basıncı sizi neden kaygılandırıyor? hipertansiyonun nasıl iyileşeceğini düşünüyorsunuz? tanımladığınız problemin kaynağının ne olduğunu düşünüyorsunuz? sizinle aynı hastalığa sahip birini tanıyor musunuz? v.b soruların hastadaki zayıf uyumun habercisi olabilecek yanlış inançları ortaya çıkarabileceği ifade edilmektedir (Şekil-3). (Celayir, 2000).



Şekil-3: Sağlık Karar Modeli

Özetle, hastaların tedaviye uyumunda her sağlık çalışanının göz önüne alması gereken hususlar:

- 1- Hastanın antihipertansif tedaviyi gerektirdiği şekilde uygulamadığını gösteren belirtilerin izlenmesi,
- 2- Tedavi hedefinin belirlenmesi,
- 3- Hastanın hastalığı konusunda sağlık eğitiminin yapılması,
- 4- Hem hastanın hem ailenin tedaviye katılımının sağlanması,
- 5- Başarısız tedavi durumunda farklı bir yaklaşımın denenmesi,
- 6- Tedavinin basit, ucuz ve etkin olmasının sağlanması,
- 7- Tedavi hedeflerine ulaşılması konusunda olumlu tavrın alınması,
- 8- Tedavi yöntemlerini sağlık çalışanlarının birbiri ile paylaşması,
- 9- Tedavi hedeflerine ulaşmada, etkili ve tolere edilen ilaçları, yeterli dozda ve basamak basamak ilave edilmesi,
- 10- Yan etkilerinin beklenmesi ve tedaviye bunları önleyecek, en az düzeye indirecek ya da ortadan kaldıracak şekilde ayarlama yapılması
- 11- Tablet almanın hastaların günlük yaşamının vazgeçilmez bir parçası haline getirilmesinin sağlanması,
- 12- Hastaların tedavinin yanında olumlu yaşam biçimi değişikliklerine teşvik edilmesidir (Dülger, 2001).

2.2. Hipertansiyonda Eczacının Rolü ve Önemi

Hipertansiyon eczacılık hizmetleri açısından ele alındığında; bugün Avrupa Birliği'ne bağlı ülkelerdeki nüfusa (350.000000) 107.000 eczacı düşmektedir. 17 milyon kişi her gün eczaneyi ziyaret etmektedir. Bu ziyaretlerin önemli nedenlerinden birisi de hipertansiyondur. Bu olgu, eczacıların birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan sağlık çalışanı olduğunun kanıtıdır. Bu nedenle hipertansiyon ile mücadelede meslek üyelerinin eğitimleri ve eczacılık hizmetlerine ait veri tabanı oluşturulması önemli araçlardır. Bu noktada, eczacıların hipertansiyona ilişkin rol ve sorumlulukları uluslararası düzeyde aşağıdaki gelişmeler ile tekrar değerlendirilmiştir:

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP) 1993 Tokyo Deklarasyonu'nda, tedaviye uyum ve eczacılık hizmetleri konusunun altı çizilmiş ve hipertansiyon ile mücadele, hipertansiyonda tedaviye uyumun "İyi Eczacılık Uygulamaları" kapsamında değerlendirilmesinin gereği kabul edilmiştir.

DSÖ CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) Programı, birinci basamak sağlık hizmetleri ve topluma dayalı müdahaleler ile, yaygın bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek, majör risk faktörlerini kontrol etmek amacıyla geliştirilen bir eylem programıdır. Sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve erken tanı stratejisinde sağlık çalışanları en temel yapıtaşısıdır. Euro Pharm Forum bu eylem programında, eczacıların rol ve sorumluluklarını tanımlamak için programa dahil olmuştur. 1992 yılında kurulan bugün 34 ülkenin üye olduğu EuroPharm Forum (DSÖ Avrupa Bölgesi ve Ulusal Eczacılar Birlikleri arasındaki bir ağ) DSÖ Avrupa Bölgesi ve Ulusal Eczacılar Birlikleri arasındaki işbirliğini sağlamak, DSÖ "Sağlık 21" hedeflerine ulaşmak amacı ile kurulmuştur. Bu forumun önceliği, sağlıklı yaşam biçimini geliştirmede, hastalık bakımı ve izlenmesinde eczacının rolünü ve fonksiyonlarını geliştirmektir.

DSÖ ilk kez 1995 yılında CINDI programını hazırlamış; Avrupa'da kardiyovasküler hastalıkların ve bu hastalıklar içinde de hipertansiyonun bulaşıcı olmayan en önemli hastalık olduğu saptamasını yapmıştır. Ayrıca, 1995 yılında CINDI programı kapsamında üye tüm ülkelerde yüksek kan basıncının durumunu, farmakolojik olmayan davranışları ve tedaviye uyumun durumunu gösteren büyük bir araştırma yapılmıştır. 1996 yılında EuroPharm Forum **Eczacığa Dayalı Hipertansiyon Programı'nı** hazırlamıştır. Programda, bu tarihlerde 14 ülke mevcut iken, 2000 yılında dört ülke daha katılarak toplam sayı 18'e ulaşmıştır. Bu ülkeler içinde Türkiye de (TEB) yer almaktadır. 1997 yılında, CINDI Hipertansiyon Çalışma Grubu kurulmuş ve EuroPharm Forum ile Lizbon'da bir toplantı düzenlenmiştir. Eczacılık kapsamında, hipertansiyonun önlenmesi, erken tanısı, tedavisinde eczacıyı daha aktif kılabilmek için; sağlık eğitimi, kan basıncı ölçümü, risk faktörlerini tarama, ilaç tavsiyesi ve hastaların kendi kendine doğru tansiyon ölçmesi başlıklarında toplumsal düzeyde stratejiler belirlenmiştir.

CINDI'nin son raporunda hipertansiyona yönelik eczacılık hizmetleri üç düzeyde tanımlanmaktadır (CINDI, 2001);

I. Birincil Düzey; ÖNLEME

Amaç, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi geliştirmektir. Ara hedef ise, birincil düzey kapsamında hipertansiyonun için eğitim materyali hazırlanması, sağlık eğitimi v.b'dir. Bu düzeyde eczacı, eczaneye gelen kişilere aşağıdaki hizmetleri sağlamalıdır.

a) Danışmanlık

Kardiyovasküler hastalıklarla ilgili bilgilendirme, hipertansiyonun oluşmasında önemli olan olumsuz davranış kalıplarını (sigara içme, katı yağ ile beslenme v.b.) değiştirmeye yönelik danışmanlık ve bireysel ya da toplumsal sağlık eğitimi etkinlikleridir. Bu etkinliklerin gerçekleştirilebilmesi için kontrol listesi hazırlanmıştır (Tablo-2).

Tablo-2: Hipertansiyonun Önlenmesine İlişkin Eczacıların Seyir Defteri

ÖNLEME DÜZEYİ	KONTROL
BİRİNCİL DÜZEY	
Birinci düzeyde hizmet verilen hasta sayısı	
İlaç bilgisi verilen hipertansiyon hastası sayısı	
Bu dönemde dağıtılan broşür sayısı	
İKİNCİL DÜZEY	
Bu dönemde yapılan kan basıncı ölçümü sayısı	
Bu dönemde tedavisi izlenen hasta sayısı	
Tanımlanan Risk Faktörleri	
a- Yükselen kan basıncı	
b- Ailede kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon öyküsü	
c- Ailede ya da kişide hiperlipidemi öyküsü	
d- Ailede ya da kişide diyabet öyküsü	
e- Ailede ya da kişide obesite öyküsü	
f- Fiziksel aktivite	
g- Alkol kullanıp kullanmadığı	
h- Sigara kullanıp kullanmadığı	
ı- Kan basıncının yükselmesi nedeniyle sağlık kuruluşuna gidip gitmediği	
i- Sağlık kurumundan hipertansiyon tanısı alıp almadığı	
ÜÇÜNCÜL DÜZEY	
Bu dönemde izlenen hasta sayısı	
İlk ziyaretteki ortalama kan basıncı	
Diğer ziyaretlerdeki ortalama kan basıncı	
Tedaviye dirençten dolayı doktora gönderilen hasta sayısı	
Kan basıncını kendi kendine ölçebilen hasta sayısı	
Ortalama günlük doz/hasta	
Olumlu yönde yaşam biçimi değişikliği sayısı	

II. İkincil Düzey: ERKEN TANI

Risk faktörlerini tarama, kan basıncı ölçümü ile; erken tanıdır. Ara hedef, hem eczacının doğru tansiyon ölçmesi, hem de kişilere doğru tansiyon ölçme davranışını kazandırmasıdır. Burada tansiyon ölçümü konusunda kullanılan araç-gerecin kalibrasyonu önemlidir. Eczacı bunun için Tablo-2 ve Tablo-3'deki verilerden yararlanmaktadır.

Tablo-3: Eczacılara Yönelik Hasta Profili Çizelgesi

Hasta adı:.....	
Adresi: :.....	
Tel no: :.....	
Doktor adı: :.....	
Adresi: :.....	
Tel no: :.....	Faks no: :.....
Eczane adı:.....	Hasta numarası:.....
Eğitim yılı:.....	Cinsiyet:..... Yaş:.....
Boy:	Kan basıncı(mmHg):
Risk Faktörleri (İlk değerlendirme):	
	Tarih:
	Evet Hayır
Ailede hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık öyküsü:	
Ailede veya kendisinde hiperlipidemi öyküsü:	
Ailede veya kendisinde diyabet öyküsü:	
Obesite:	
Aşırı kalori alımı:	
Aşırı tuz alımı:	
Alkol tüketimi:	
Şarap:	
Bira:	
Viski:	
Sigara ve tütün alımı:	
Düşük fizik aktivite:	
Kendi kendini izlem:	
Tarih:	
	Eczacının İmzası:

III. Üçüncül Düzey; TEDAVİ VE HASTA BAKIMI

Amaç, tedavi altında olan hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumunu sağlamak, hastaların kendi kendine doğru olarak kan basıncını ölçmesini öğretmek v.b'dir. Diğer ara amaçlar ise, eczacının diğer sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olması, sağlık eğitimi programı (doğru kan basıncı ölçümü, tedaviye uyum, hastalığın kontrolü v.b) hazırlamasıdır. Başlıca aktiviteler:

- * İlaç tedavisi alan hastaların bakımı,
- * İlaç tedavisi alan hastaların izlenmesi,
- * Düzenli kan basıncı ölçümü,
- * İlaçla tedavi konusunda bilgilendirme (dozu, olası yan etkileri v.b.) ve danışmanlık
- * Hasta problemlerini takip etme,
- * İlaç uyum konusunda bilgilendirme (hipertansiyon semptomlarının azaltılması, olası yan etkileri azaltma v.b.),
- * İlaçla tedavide öz bakımı ve öz sorumluluğu geliştirme,
- * Diyet ve hastanın kendi tansiyonunu ölçme konusunda eğitimi ,
- * Hastanın tedaviye uyum ile ilgili özelliklerini bilme ve hastayı bilgilendirme ,
- * Rasyonel antihipertansif kullanımını sağlamadır.

Eczacı bu aktiviteleri yaparken, Tablo-2, Tablo-3'de hazırlanan bilgilerden yararlanmanın yanı sıra, Tablo-4 ve Tablo-5'de verilen bilgilerden de yararlanmaktadır.

Tablo-4: Eczacının Hasta İzleme Çizelgesi

GÜN	SAAT	KAN BASINCI		İLAÇ	KİLO	ŞİMDİKİ DURUMU (EVET/HAYIR)					DOKTORU	GELECEK ZİYARET TARİHİ	İMZA		
		ADI	DOZU			KİLO	TUZ	ALKOL	EGZERSİZ	SIGARA				İZLEM	

Tablo-5: Eczacının Hasta Kartı

Hastanın Adı Soyadı:.....

TARİH	KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ YAPILAN YER	SAAT	KAN BASINCI (mm Hg)	KİLO	İLAÇ ADI	DOZU	OBS
	ECZANE						
	DİĞER SAĞLIK KURULUŞU (.....)						
	EV						
	ECZANE						
	DİĞER SAĞLIK KURULUŞU (.....)						
	EV						

2.3. Araştırmanın Amacı

Araştırma, ülkemizde 20 yaşın üzerindeki hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumunu ve antihipertansif ilaç kullanma özelliklerini belirleyerek, eczacıların hipertansiyondan koruma, önleme ve tedaviye yönelik temel işlevlerini yeniden tanımlamak ve yeniden tanımlanmış bu alanlara yönelik müdahale araçlarını geliştirmek amacıyla yürütülmüştür.

2.4. Hipotezler

- 1- Hipertansiyon sıklığı, yaş, cinsiyet, yerleşim yeri v.b. sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
- 2- Antihipertansif ilaç kullanma sıklığı kişilerin ekonomik düzeyi, sosyal güvencesine göre farklılık göstermektedir.
- 3- Hipertansiyonlu hastalar kendi sağlığını kötü olarak değerlendirmektedir.
- 4- Hipertansiyonlu hastalar iyileşeceğini düşünmektedir.
- 5- Hipertansiyonlu hastalar tedaviye uyumsuzdur.
- 6- Hipertansiyonlu hastalar kontrole gitmemektedir.
- 7- Hipertansiyonlu hastalar yeterli tedaviyi alamamaktadır.
- 8- Hastanın sosyal çevresi, tedaviye uyumunu ve akılcı antihipertansif kullanımını etkilemektedir.
- 9- Hastanın yaşı, cinsiyeti gibi bazı demografik özellikleri akılcı antihipertansif kullanımını ve tedaviye uyumu etkilemektedir.
- 10- Hastaların büyük bir çoğunluğu verilen ilaçlar konusunda yeterince bilgilendirilmemektedir.
- 11- Hipertansiyon hastaları eczacılardan yeterli hizmet alamamaktadır.
- 12- Hipertansiyon hastaları; hipertansiyonun önlenmesi, tedavisi ve akılcı antihipertansif konusunda eczacının görev ve sorumluluklarını bilmemektedir.