

Kısa İlaç Anketi'nin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği

Validity and reliability of the Turkish version of the Brief Medication Questionnaire

Yasin Altun 

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Niğde, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, tedaviye uyumun önündeki engelleri tarayan Kısa İlaç Anketi'nin (KİA) Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, hipertansiyon tanısı konmuş ve antihipertansif ilaç kullanan 18 yaş ve üzeri 106 kişi ile yürütüldü. Çeviri ve uyarlama işlemleri Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen adımlar izlenerek gerçekleştirildi. Katılımcılara Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Hill-Bone HTUÖ) eş zamanlı uygulandı. Ölçeğin iç tutarlılığını analiz etmek için Cronbach's alpha kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların 65'i kadın, 41'i erkek olup, ortalama sistolik kan basınçları $140,6 \pm 20,1$ mmHg, ortalama diyastolik kan basınçları $80,8 \pm 11,2$ mmHg ve ortalama kalp hızları $80,4 \pm 11,5$ atım/dk olarak saptandı. Hill-Bone HTUÖ'ye göre 79 kişide (% 74,5) uyumsuzluk, KİA'ya göre ise 46 kişide (% 43,4) uyum sorunları olduğu görüldü. En fazla uyumsuzluk sebepleri rejim (% 28,3) ve erişim (% 19,8) oldu. KİA ölçeğinin cronbach alpha katsayı değeri 0,616 olarak tespit edildi. KİA ile Hill-Bone HTUÖ sonuçları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü güçlü korelasyon olduğu belirlendi ($r=0,81$, $p<0,001$).

Sonuç: KİA'nın Türkçe versiyonu, geçerli ve güvenilir olup ilaç uyumunun değerlendirilmesinde kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon, uyum, kısa ilaç anketi, iç tutarlılık, güvenilirlik.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to adapt the Brief Medication Questionnaire (BMQ), a scale that screens the barriers to adherence to treatment, into Turkish and to test validity and reliability of it..

Materials and Methods: The study was included 106 patients with hypertension and using antihypertensive drugs aged 18 years and over. Translation and adaptation processes were carried out following the steps recommended by World Health Organization. Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale was administered simultaneously to the participants. Cronbach's alpha was used to analyze the internal consistency of the scale.

Results: Of the participants, 65 were female and 41 were male, with a mean systolic blood pressure of 140.6 ± 20.1 mmHg, a mean diastolic blood pressure of 80.8 ± 11.2 mmHg, and a mean heart rate of 80.4 ± 11.5 beats/min. According to Hill-Bone, 79 people (74.5%) had, and according to BMQ, 46 people (43.4%) had adherence problems. The most common reasons for non-adherence were regime (28.3%) and access (19.8%). The Cronbach's alpha score of BMQ was 0.616. There was a statistically positive significant correlation between BMQ and Hill-Bone ($r=0.81$, $p<0.001$).

Sorumlu yazar: Yasin Altun

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Niğde, Türkiye

E-posta: yasinaltun42@yahoo.com

Başvuru tarihi: 22.01.2022

Kabul tarihi: 12.12.2022

Conclusion: Turkish version of BMQ is valid and reliable instrument and can be used in the evaluation of medication adherence.

Keywords: Hypertension, adherence, brief medication questionnaire, internal consistency, reliability.

GİRİŞ

Kronik hastalıklar, tüm dünyada erişkin ölüm nedenlerinin en başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, 2016 yılında dünyadaki yaklaşık olarak 57 milyon ölümün %71'inden (1), Türkiye'de ise toplam ölümlerin %89'undan bulaşıcı olmayan hastalıkların sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (2). Kronik hastalıkların artışı; ilaç kullanım miktarını ve süresini arttırmakta, yanlış veya düzensiz kullanımlar yan etkiye ve ilaç reaksiyonlarına yol açabilmektedir. DSÖ, 2003 yılındaki bir raporunda, ilaç tedavisine uyumsuzluğun, özellikle kronik rahatsızlıkları olan hastalarda önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirtmiştir (3). DSÖ akılcı ilaç kullanımını; hastaların ilaçları, klinik ihtiyaçlarına uygun, kendi bireysel gereksinimlerini karşılayacak dozda, yeterli süre boyunca almaları olarak tanımlamaktadır. Böylelikle ilaçların eksik ve yanlış kullanımı ile tedaviye uyumsuzluğu yok etmek hedeflenmiştir. DSÖ'nün tahminlerine göre tüm dünyada kullanılan ilaçların yarısı uygun olmayan şekilde reçete edilmekte, hazırlanmakta veya satılmakta ve hastaların da neredeyse yarısı ilaçlarını gerektiği gibi alamamaktadır (4).

Hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olan sorunlardan biridir. Hipertansiyon, 18 yaş üzeri erişkinlerde, hekim tarafından standart ve tekrarlanan ölçüm ile sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olarak saptanması olarak tanımlanmıştır (5). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülmektedir. Ülkemizde 2017 yılı için erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %27,7 olduğu tahmin edilmektedir (6). Hipertansiyon, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. İdeal vücut ağırlığı, tuz kısıtlaması, sağlıklı beslenme, hareketli yaşam, sigara ve alkolün bırakılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyonla mücadelede öncelikli yöntemlerdir (7). Hipertansiyonun etkin tedavisi; erken ve doğru tanı koyulması, yaşam tarzı değişikliklerinin hayata geçirilmesi, antihipertansif ilaç tedavisinin zamanında başlanması ve hastaların ilaca uyumunun sağlanmasıyla mümkün olacaktır. Tanı ve tedavi kadar hastaların takibi de oldukça önemlidir. Her kontrolde kan basıncı düzeyleri,

ilaçların düzenli kullanımı ve yan etkileri mutlaka değerlendirilmelidir. Hastanın tedaviye uyumunun iyi olmaması, kontrol altına alınamayan kan basıncı yüksekliğinin önemli sebeplerinden biridir. Kronik hastalıkların tedavi ve takibinde, hastaların tedaviye uyumunun kontrol edilmesinde kullanılan değerlendirme araçları; ilaçların doğru ve akılcı kullanımının sağlanması, uyumsuzluk durumunda ise nedenlerin tespit edilerek giderilmesi için faydalı olacaktır. Bu çalışmada toplumda sık görülen kronik hastalıklardaki tedavi uyumunu ve uyumun önündeki engelleri tarayan bir ölçek olan Kısa İlaç Anketi'nin (KİA) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma; çalışmaya katılmayı kabul eden, hipertansiyon tanısı konmuş ve antihipertansif ilaç kullanan 18 yaş ve üzeri kişiler ile yürütüldü. Örneklem hacmi her bir madde sayısının en az 10 katı olacak şekilde planlanmış olup (8), ölçekte 4 ana madde altında puanlanan toplam madde sayısı 10 olduğundan en az 100 kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmış, araştırmaya 106 kişi ile dahil edilmiştir. Ölçek geçerlilik çalışması için eş zamanlı olarak katılımcıların kan basınçları, hipertansiyon dernekleri tarafından tavsiye edilen (9) kalibrasyonu yapılmış otomatik tansiyon aleti ile ideal ölçüm için gerekli şartlar sağlanarak ölçüldü. Katılımcıların vücut kitle indeksleri DSÖ'ye göre sınıflandırıldı. DSÖ, VKİ'nin 25 ve üstü olmasını fazla kilolu, 30 ve üstü olmasını ise obezite olarak tanımlamaktadır (10).

Çalışmada KİA'yı kullanmak üzere ölçeğin geliştiricisi Bonnie L. Svarstad'dan yazılı izin alındı. Çalışma için SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'unda 26.12.2019 tarih ve 2019/368 sayı numarası ile etik izni alınmıştır. Katılımcılar sözlü olarak bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı.

Çeviri İşlemleri

Çeviri ve uyarlama işlemleri DSÖ tarafından önerilen adımlar izlenerek gerçekleştirilmiştir (11). İleri çeviri, çevirinin uzmanlar tarafından gözden geçirilmesi, geri çeviri, ön test ve son versiyon adımlarından oluşmaktadır.

KİA, bağımsız profesyonel tercüman tarafından Türkçeye çevrildi. Uzman panel tarafından kontrol edilerek incelendi. Ana dili İngilizce olan ve ölçek konusunda bilgisi olmayan Türkçeye hakim profesyonel tercüman tarafından Türkçe sürümünün geri çevirisi yapıldı. Geri çeviride, bazı kelimelerin orijinal versiyondan farklı olduğu görüldü ancak ifadelerin anlam bakımından yeterli olduğu saptandı. Çevirideki uyumsuz kelimeler tespit edilerek değişiklik yapıldı. Türkçe çevirisi yapılan ölçek, 10 kişiye ön test şeklinde uygulandı. Bu kişilerden alınan geri bildirimlerde değişikliğe ihtiyaç duyulmaması üzerine son sürüm ortaya çıkarıldı (Ek 1).

Çalışmamız ortaya çıkan son sürüm ile yürütüldü. Ölçeğin orijinal sürümünde bulunan tüm maddelerin ölçek değerlendirilmesinde kodlanmaması nedeniyle ilerideki çalışmalarda ölçeğin uygulanma ve değerlendirme aşamasını kullanıcılar adına kolaylaştırmak amacıyla sadeleştirilmiş versiyonu da ortaya çıkarıldı (Ek 2).

KISA İLAÇ ANKETİ (KİA)

1. Lütfen GEÇEN HAFTA aldığınız tüm ilaçları aşağıda listeleyniz. Listeye eklediğiniz her ilaç için lütfen kutulardaki sorulara cevap veriniz. [Gerekirse ek sayfa kullanın]

a. İlaç adı	b. Kaç gün kullandınız?	c. Günde kaç kez kullandınız?	d. Her seferinde ne kadar kullandınız?	e. Kaç kez kullanmayı unuttunuz?	f. Hangi sebepten dolayı kullanyordunuz?	g. Bu ilaç sizde ne kadar fayda gösterdi? 1= Çok 2= Biraz 3= Hiç 4= Bilmiyorum

2. İlaçlarınızdan herhangi biri sizi herhangi bir şekilde rahatsız ediyor mu? (Birini seçin) EVET [] HAYIR []
a. EVET ise, lütfen ilacın adını ve sizi nasıl rahatsız ettiğini açıklayınız.

İlacın adı	Sizi hangi şekilde rahatsız ediyor?

3. Aşağıdaki konularla ilgili ne kadar sorun veya endişeniz var? [Birini daire içine alın]

	Hiç	Biraz	Çok
a. İlaçların yan etkilerinden dolayı...	0	1	2
b. Tüm dozları hatırlamak zor...	0	1	2
c. İlaç ücretini karşılamak zor...	0	1	2
d. İlaç kabını açmak zor...	0	1	2
e. Biten ilacı zamanında temin etmek zor...	0	1	2
f. Kabın üzerindeki yazıları okumak zor...	0	1	2
g. Kullanım zamanları uygun değildir...	0	1	2
h. İlacım başka sorun ya da endişelere sebep oluyor...	0	1	2

İlaçta sorun ya da endişe varsa, lütfen açıklayınız.

4. Son 6 AY içinde herhangi bir ilacı kullanmayı bıraktınız mı? (Birini seçin) EVET [] HAYIR []
Evet ise, lütfen bıraktığınız ilacı listeleyniz. Her biri için aşağıdaki kutulardaki soruları yanıtlayınız.

a. İlacın adı	b. Hangi sebepten dolayı kullanyordunuz?	c. Bu ilaç sizde ne kadar fayda gösterdi? 1= Çok 2= Biraz 3= Hiç 4= Bilmiyorum	d. Sizi ne kadar rahatsız etti? 0= Hiç 1= Biraz 2= Çok	e. Hangi sebepten dolayı kullanmayı bıraktınız?

Kısa İlaç Anketi						
1. Lütfen Geçen Hafta aldığınız tüm ilaçları aşağıda listeleyniz. Listeye eklediğiniz her ilaç için lütfen kutulardaki sorulara cevap veriniz.						
a. İlaç adı	b. Kaç gün kullandınız?	c. Günde kaç kez kullandınız?	d. Her seferinde ne kadar kullandınız?	e. Kaç kez kullanmayı unuttunuz?	g. Bu ilaç sizde ne kadar fayda gösterdi? 1= Çok 2= Biraz 3= Hiç 4= Bilmiyorum	
2a. İlaçlarınızdan herhangi biri sizi herhangi bir şekilde rahatsız ediyor mu?					HAYIR []	EVET []
2b. Tüm dozları hatırlamak zor					HAYIR []	EVET []
2c. İlaç ücretini karşılamak zor					HAYIR []	EVET []
2d. Biten ilacı zamanında temin etmek zor					HAYIR []	EVET []
<i>Not: Anket öncesi tıbbi kayıtlar kullanılarak hastanın mevcut ilaç kullanım düzeni bilinmelidir.</i>						
Rejim	1a-1b-1c-1d-1e → Yanlış, eksik veya cevap yok ise					1 Puan
İnanç	1g → "Hiç" veya "Bilmiyorum" cevabı var ise, 2a → "Evet" ise					1 Puan
Hatırlama	1c → "2 veya daha fazla", 2b → Evet ise					1 Puan
Erişim	2c, 2d → "Evet" cevabı var ise					1 Puan
KİA Uyum Risk Skoru						
<i>Not: Ölçek puanı 0 ile 4 arasında değişmektedir; "0" puan, uyumsuzluk olmadığını, diğer puanlar ise uyumsuzluğun varlığını ve tiplerini (rejim, inanç, hatırlama ve erişim) ortaya koymaktadır</i>						

Değerlendirme Araçları Kısa İlaç Anketi (KİA)

Svarstad ve ark. tarafından 1999 yılında geliştirilen kısa, kullanımı kolay olan, yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip KİA, hastaların ilaç alma davranışlarını, tedaviye uyumu ve uyumun önündeki engelleri taramaktadır. KİA; hastalara geçen haftada ilaçları nasıl aldığını sorgulayan

rejim bölümü, ilaç etkinliğini ve rahatsız edici özelliklerini sorgulayan inanç bölümü, dozları hatırlamadaki sorunları ölçen hatırlama bölümü ve ilaç uyumsuzluğun olası nedenlerini değerlendiren erişim bölümü ile tekrarlayan ve düzensiz uyumsuzluğu taramaktadır (12). 2003 yılında, mali bariyerleri ve kesilen ilaçları değerlendirmek için ek maddelerle revize edilerek

mevcut versiyon ortaya çıkarılmıştır. Ölçekte bulunan 1a,1b,1c,1d ve 1e rejim, 1g ve 2a inanç, 1c ve 3b hatırlama, 3c ve 3e erişim konularındaki uyumsuzluğu ölçmektedir. Bu maddelere verilen cevaplara göre her bir uyumsuzluk bölümü 0 yada 1 olarak puanlanır. KİA Uyum Risk Ölçeği puanı ise rejim, inanç, hatırlama ve erişim puanlarının toplamı ile elde edilir. Toplam KİA Uyum Risk Ölçeği puanı 0 ile 4 puan arasında değişmektedir; "0" puan, uyumsuzluk olmadığını, diğer puanlar ise uyumsuzluğun varlığını ve tiplerini (rejim, inanç, hatırlama ve erişim) ortaya koymaktadır.

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Hill-Bone HTUÖ)

Kim ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilen ölçek, hipertansiyon tedavisinde ilaç uyumu, randevu alma ve sodyum alımını azaltma davranışlarını değerlendirmektedir (13). Karademir ve ark. tarafından Türkçeye kazandırılmıştır (14). Ölçek, 4'lü likert tipi 14 sorudan oluşmaktadır. 6. soru ters kodlanmış olup, ölçek total puanı 0 ile 42 arasında değişmektedir. Tüm sorulara verilen olumlu yanıtlar sonucunda "0" puan alanlar tam uyumlu olarak; sıfırdan farklı puan alanlar ise çeşitli derecelerde uyumsuz olarak kabul edilmektedir (13, 14). Bu çalışmada, Türkçe uyarlaması çalışmasında da yapıldığı gibi ülkemizde randevu alma davranışı özellikle yaşlılarda istenilen düzeyde olmamasından dolayı randevu alma ile ilgili olan 6. ve 7. sorular dışlanarak 12 soru üzerinden ölçek değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada toplanan verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde medyan (ortanca) ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılımının olup olmadığını belirlemede Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Kategorik ifadelerin çözümlenmesinde Ki-kare testine başvuruldu. Normal dağılım göstermeyen parametrelerde ikili değişkenlerde Mann Whitney u testi, ikiden fazla değişkenlerde Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Sürekli ölçüm ifadeleri arasındaki ilişkileri saptamada Spearman korelasyon testine başvuruldu. Ölçeğin faktör analizi yapmak için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett'in küresellik yöntemi ile değerlendirildi. İç tutarlılığını hesaplamak için Cronbach alfa kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alındı.

BULGULAR

Katılımcıların 65'i kadın, 41'i erkek olup; ortalama yaşları 58,5±10,4 olarak saptandı. Büyük bir kısmı evli (%84,9) idi. Yaklaşık dörtte biri (%25,5) lise veya üniversite mezunu olduğunu belirtti. Katılımcıların VKİ hesaplandı ve ortalama 30,4±4,9 olarak bulundu. VKİ'ye göre 11 kişi (%10,4) normal kilolu, 42 kişi (%39,6) fazla kilolu ve 53 kişi (%50) ise obez olarak saptandı. Kan basıncı ölçümlerine göre 53 kişide (%50) hipertansiyon, 7 kişide (%6,6) ise taşikardi varlığı tespit edildi. 61 kişi (%57,5) hipertansiyon dışında en az 1 kronik hastalığa sahip idi. 19 kişi (%16) ise 2 adet ve üzeri antihipertansif ilaç kullandığını belirtti (Tablo-1).

Katılımcıların ortalama sistolik kan basınçları 140,6±20,1 mmHg, ortalama diyastolik kan basınçları 80,8±11,2 mmHg ve ortalama kalp hızları 80,4±11,5 atım/dk olarak saptandı. Hipertansiyon tanıları ortalama 9,83±8,64 yıldır var olup, günlük kullandıkları ortalama ilaç sayısı 2,50±2,07 olarak belirtildi (Tablo-2).

Hill-Bone HTUÖ'ye verilen yanıtlar incelendi. Yanıtlar sonucu elde edilen ortalama 15,16±3,27 olarak hesaplandı. Ölçek kriterlerine göre 27 kişi (%25,5) uyumlu ve 79 kişi (%74,5) ise uyumsuz olarak saptandı. KİA'ya verilen yanıtlar sonucunda ortalama puan 0,75±1,04 idi. 60 kişide (%56,6) uyumsuzluk saptanmadı, 46 kişide (%43,4) ise 4 alt kategoride olmak üzere uyum sorunları olduğu görüldü. En fazla uyumsuzluk sebepleri rejim (%28,3) ve erişim (%19,8) konularında idi (Tablo-3).

Katılımcıların yaş, medeni durum, öğrenim durumu, VKİ, obezite varlığı ve derecesi, taşikardi varlığı, hipertansiyon dışında kronik hastalık varlığı, kullandığı antihipertansif ilaç adeti, hipertansiyon tanısı konma süresi ve günlük kullanılan ilaç adeti değişkenleri ile KİA değerleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmezken ($p>0,05$); KİA değerleri kadın cinsiyet ($p=0,040$) ve hipertansiyon ($p<0,001$) varlığı olan katılımcılarda daha yüksek bulundu ($p<0,05$). KİA değerinin sistolik kan basıncı düzeyi ile pozitif yönlü orta ($r=0,532$), diyastolik kan basıncı düzeyi ile ise pozitif yönlü zayıf ($r=0,435$) ilişkisi olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo-4).

KİA'nın duyarlılık ve özgüllük değerlerini hesaplamak amacıyla iki ölçek sonuçları karşılaştırıldı. Hill-Bone HTUÖ'de "uyumlu" olarak bulunan 27 kişiden tamamı KİA'da da "uyumsuzluk yok" olarak bulundu. Hill-Bone HTUÖ'de uyumsuz olarak bulunan 79 kişiden ise 46'sında KİA'da alt tiplerde uyumsuzluk var şeklinde bulundu. Bu değerlere göre KİA'nın

duyarlılığı %58,2, özgülüğü %100, pozitif prediktif değeri %100 ve negatif prediktif değeri ise %45 olarak hesaplandı (Tablo-5). KİA ile Hill-Bone HTUÖ arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü güçlü korelasyon olduğu belirlendi ($r=0.81$, $p<0.001$).

Çalışmada kullanılan KİA ölçeğine ilişkin geçerlilik analiz bulguları incelenmiştir. Yapılan incelemeye göre araştırma sonucunda Bartlett

faktörlenebilirlik düzeyinin $\chi^2=675,860$, $Df=66$, $p<0,001$ şeklinde bulunmuş olup, KMO değeri 0,638 olarak belirlenmiştir. Bu durumda araştırmada kullanılan ölçek örneklemin yeterli olduğu söylenebilir. KİA ölçeğinin güvenilirlik cronbach alpha katsayı değeri 0,616 (95%CI 0.481;0.723) olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen cronbach alpha katsayı değeri ile ölçeğin güvenilir olduğu saptanmıştır.

Tablo-1. Katılımcıların demografik ve tıbbi bilgilerinin dağılımı.

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	65	61,3
Erkek	41	38,7
Medeni durum		
Bekar/Dul/Boşanmış	16	15,1
Evli	90	84,9
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	6	5,7
İlkokul / ortaokul	73	68,9
Lise	14	13,2
Üniversite	13	12,3
Vücut Kitle İndeksi		
Normal	11	10,4
Preobez	42	39,6
Obez	53	50
Hipertansiyon		
Yok	53	50,0
Var	53	50,0
Taşikardi		
Yok	99	93,4
Var	7	6,6
Hipertansiyon harici kronik hastalık varlığı		
Yok	45	42,5
Var	61	57,5
Kullanılan antihipertansif ilaç sayısı		
1	87	82,1
2 ve üzeri	19	16,0

Tablo-2. Katılımcıların kan basıncı, nabız ve hipertansiyon tanısına ait verileri.

	Ortalama \pm SS	Med (Min-Maks)
Sistolik kan basıncı (mmHg)	140,6 \pm 20,1	140 (99-198)
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	80,8 \pm 11,2	80 (55-115)
Kalp hızı (atım/dk)	80,4 \pm 11,5	80 (58-121)
Hipertansiyon tanısı (yıl)	9,83 \pm 8,64	7,50 (0-40)
Günlük kullanılan ilaç sayısı	2,50 \pm 2,07	2 (1-10)

Tablo-3. Ölçeklere verilen yanıtların değerlendirilmesi.

Hill-Bone HTUÖ	Ort±ss	Med (Min-Maks)	Shapiro-Wilk Normallik testi
	15,16±3,27	15 (12-31)	<0,001
Frekans (n)		Yüzde (%)	
Uyumlu	27	25,5	
Uyumsuz	79	74,5	

KİA	Ort±ss	Med (Min-Maks)	Shapiro-Wilk Normallik testi
	0,75±1,04	0 (0-4)	<0,001
Frekans (n)		Yüzde (%)	
Uyumsuzluk yok	60	56,6	
Rejim	30	28,3	
İnanç	11	10,4	
Hatırlama	17	16	
Erişim	21	19,8	

Tablo-4. Ölçeklerin demografik ve diğer sağlık verileriyle ilişkisi.

	KİA Med (Min-Maks)	p	Hill-Bone HTUÖ Med (Min-Maks)	p
Cinsiyet (u)				
Kadın	1 (0-4)	0,040	15 (12-24)	0,261
Erkek	0 (0-4)		14 (12-31)	
Obezite durumu (χ²)				
Normal kilolu	1 (0-3)	0,323	15 (12-24)	0,256
Preobez	0 (0-4)		14 (12-31)	
Obez 1. Derece	0,5 (0-4)		15 (12-22)	
Obez 2. Derece	0 (0-4)		15 (12-24)	
Obez 3. Derece	0 (0-2)		13,5 (12-17)	
Hipertansiyon (u)				
Yok	0 (0-3)	<0,001	13 (12-19)	<0,001
Var	1 (0-4)		16 (12-31)	
Taşikardi (u)				
Yok	0 (0-4)	0,826	14 (12-24)	0,388
Var	0 (0-4)		15 (12-31)	
Medeni durum (u)				
Bekar/Dul/Boşanmış	1 (0-3)	0,170	15 (12-18)	0,611
Evli	0 (0-4)		14 (12-31)	
Öğrenim durumu (u)				
Ortaokul ve altı	0 (0-4)	0,534	15 (12-24)	0,577
Lise ve üzeri	0 (0-4)		14 (12-31)	
Hipertansiyon dışında kronik hastalık varlığı (u)				
Hayır	0 (0-4)	0,051	14 (12-24)	0,562
Evet	1 (0-4)		15 (12-31)	
Kullandığı antihipertansif ilaç adeti (u)				
1	0 (0-4)	0,660	15 (12-31)	0,148
2 ve üzeri	0 (0-2)		14 (12-18)	
	r	p	r	p
Yaş	-0,046	0,642	-0,106	0,279
VKI	-0,014	0,888	0,047	0,633
Hipertansiyonsüresi (yıl)	-0,112	0,252	-0,188	0,054
Sistolik kan basıncı	0,532	<0,001	0,602	<0,001
Diastolik kan basıncı	0,435	<0,001	0,498	<0,001

* p<0,05, u: Mann whintney u testi, χ²: Kruskal wallis testi, r: Spearman korelasyon testi

Tablo-5. KİA ile Hill-Bone HTUÖ sonuçlarının karşılaştırılması.

KİA	Hill-Bone HTUÖ		p
	Uyumlu (n=27)	Uyumsuz (n=79)	
	n(%)	n(%)	
Uyumsuzluk yok	27 (100)	33 (41,8)	<0,001
Uyumsuzluk var	0 (0)	46 (58,2)	

Spearman korelasyon katsayısı=0.814, p<0.001

TARTIŞMA

Katılımcılarımıza yapılan ölçümler sonucunda yaklaşık yarısında kontrolsüz hipertansiyon tespit edildi. Ölçeklere verilen yanıtlara bakıldığında, Hill-Bone HTUÖ'ye göre katılımcılarımızın %74,5'inde, KİA'ya göre ise %43,4'ünde tedaviye uyumsuzluk saptandı. Uyumsuzluk sebepleri araştırıldığında, rejim (%28,3) ve erişim (%19,8) bölümleri uyumsuzluğun en sık nedenleri olarak saptandı. Çalışmamıza benzer şekilde Ben ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %46,1'inde (15), Bhusal ve ark. yaptığı çalışmada ise %41,02'sinde (16) kontrolsüz hipertansiyon tespit edilmiş, Roy ve ark. 240 hastayla yaptığı çalışmada uyumsuzluk yaşayanların %94,1'inde rejim, %40,8'inde inanç, %85'inde hatırlama ve %62,5'inde erişim uyumsuzluğu olduğunu saptamıştır (17). 608 kişi ile yapılan çalışmada ise katılımcıların %49,67'sinde uyumsuzluk bulunduğu, %82,57'sinde erişim, %62,17'sinde hatırlama ve %39,14'ünde inanç uyumsuzluğu olduğu bildirilmiştir (18).

Çalışmamızda uyumsuzluğun en sık sebepleri olarak rejim bölümü haricinde erişim ve hatırlama konuları olmuştur. İlaç zamanında temin etme ve reçete edildiği gibi kullanmada yaşanan sıkıntılar uyumsuzluğa sıklıkla yol açmaktadır. Thomas ve ark yaptığı çalışmada hastaların %78,62'si ilaç ücretini ödemenin zor olduğunu ve %54,93'ü zamanında ilaç temin etmenin zor olduğunu belirtmiştir (18). Demirbaş ve ark. yaptığı çalışmada düzenli ilaç kullanmayan hastaların oranının %46,2 olduğu ve buna en sık sebep olan durumun ise unutkanlık (%44,7) olduğunu tespit etmişlerdir (19). Demirbaş ve ark. yaşlı hastalarla yaptığı bir çalışmada en sık uyumsuzluk nedenleri olarak 'biten ilaç temin edememe' (%26,1) ve 'ilaç içmeyi unutma' (%24) olarak belirlemişlerdir (20). Karakurt ve ark. hipertansif hastalarla yaptığı çalışmada ise

hastaların %57,9'unun ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmadığını, en sık sebep olarak ise unutkanlık/ihtmal (%49,3) olarak saptamışlardır (21).

İlaç uyumu, etkin ilaç yönetimi sağlamak için gerekli önemli bir süreçtir. Hekimlerin tedaviye uyumda sorun yaşayan hastaları tespit etmesi zor olabilmektedir. Bu nedenle ilaç uyum ölçekleri; uyumsuzluğu tespit etme ve düzeltme fırsatlarını belirlemede önemli bir araçtır. Çalışmada değerlendirilen KİA, güvenilir ($\alpha=0,616$) ve Hill-Bone HTUÖ ile pozitif ilişkili bulunmuştur ($r=0,81$). Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, çalışmamıza benzer şekilde Ben ve ark. yaptığı çalışmada 0,67 (15), Ranasinghe ve ark. yaptığı çalışmada 0,65 (22) ve Perwisatari ve ark. çalışmada ise her bir uyumsuzluk bölümü 0,70'den büyük (0,70-0,87) (23) cronbach alfa değerleri tespit edilmiştir.

SONUÇ

Hastalıkların kontrol altına alınmasında tedavi ile birlikte tedavinin takibi de oldukça önemlidir. Tedaviye rağmen kontrol altına alınamayan kan basıncı yüksekliğinin en önemli sebeplerinden birisi hastanın tedaviye uyumunun iyi olmamasıdır. Bu amaçla Türkçe'ye kazandırılan KİA, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanarak ilaç uyumunu değerlendirmede önemli bir araç olacaktır. İlaç uyumunun değerlendirilmesi için geçerli ve güvenli araçların kullanılması, klinisyenlerin hastada ilaca karşı düşük uyumu saptamalarına ve gerekli uygun düzeltmeleri yaparak önlemler almalarına yardımcı olabilir. KİA'nın, ilaç uyumunu ölçmesinin yanında, uyumun önündeki engelleri araştırdığı için müdahale çalışmalarına da destek olarak hizmet edebilecektir.

Çıkar çatışması: Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. World Health Organisation. Promoting rational use of Medicines. <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines/> Erişim tarihi: 20.01.2022.
5. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013;34:2159–219. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh151>.
6. Prevalence and hypertension cascade data are from the Turkey 2017 STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (STEPS) survey. <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/>
7. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Deric Ü ve ark., 2019 Turkish Hypertension Consensus Report. *Türk Kardiyol Dem Ars.* 2019; 47(6): 535-46. doi: 10.5543/tkda.2019.62565.
8. Tavşancıl E. 2018. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 6. Baskı Nobel Tıp Kitabevi.
9. BP monitors. British and Irish Hypertension Society. <https://bihsoc.org/bp-monitors/> Erişim tarihi: 20.01.2022.
10. World Health Organisation, Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim tarihi: 20.01.2022.
11. Process of translation and adaptation of instruments, http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en. Erişim tarihi: 20.01.2022.
12. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns.* 1999 Jun; 37 (2): 113-24. doi: 10.1016/s0738-3991 (98) 00107-4.
13. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM . Development and testing of the Hill–Bone compliance to high blood pressure therapy scale . *Prog Cardiovasc Nurs* . 2000;15: 90–6.
14. Karademir, M., Köseoğlu, IH., Vatanserver , K., Akker, MVD' Validity and reliability of the Turkish version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings' *The European Journal of General Practice*, 2009 1115: 4, 207 — 11.
15. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Rev Saude Publica.* 2012 Apr; 46 (2): 279-89. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0034-89102012005000013.
16. Bhusal A, Jadhav PR, Deshmukh YA. Assessment of medication adherence among hypertensive patients: a cross-sectional study. *Int J Basic Clin Pharmacol* 2016; 5: 1606-12.
17. Roy NT, Sajith M, Bansode MP. Assessment of Factors Associated with Low Adherence to Pharmacotherapy in Elderly Patients. *J Young Pharm.* 2017; 9 (2): 272-6.
18. Thomas D, Meera NK, Binny K, Sekhar SM, Kishore G, Sasidharan S. Medication adherence and associated barriers in hypertension management in India. *CVD Prevention and Control*, vol. 6, pp. 9 - 13, 2011.
19. Demirbas N, Kutlu R. Treatment Adherence And Self-Efficacy Levels Of Adults Using Multiple Drugs. *Ankara Med J.* 2020; 20 (2): 269-80.
20. Demirbağ BC, Timur M. Bir Grup Yaşlıların İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012; 11 (1): 1-8.
21. Karakurt P, Kaşıkçı M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *J Vasc Nurs.* 2012 Dec; 30 (4): 118-26. doi: 10.1016/j.jvn.2012.04.002.
22. Ranasinghe P, Jayawardena R, Katulanda P, Constantine GR, Ramanayake V, Galappatthy P. Translation and Validation of the Sinhalese Version of the Brief Medication Questionnaire in Patients with Diabetes Mellitus. *J Diabetes Res.* 2018 May 23;2018:7519462. doi: 10.1155/2018/7519462.
23. Perwitasari DA, Urbayatur S. Treatment Adherence and Quality of Life in Diabetes Mellitus Patients in Indonesia. *SAGE Open.* April 2016. doi:10.1177/2158244016643748.