

Araştırma makalesi / Research article • DOI: 10.48071/sbuhemsirelik.1217272

Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Kaderciliğinin Tedaviye Uyuma Etkisi

The Effects of Health Fatalism on Compliance to Treatment in Patients with Hypertension

Zülfünaz ÖZER¹ , Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN² 

Yazarların ORCID numaraları / ORCID IDs of the authors:
Z.O. 0000-0002-2431-2346; G.B.T. 0000-0002-0061-9490

¹Istanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

²Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Elazığ

Sorumlu yazar / Corresponding author: Zülfünaz ÖZER,
E-posta: zulfunazozer@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 10.12.2022
Kabul tarihi / Date of acceptance: 04.03.2023

Atıf / Citation: Özer Z., ve Bahçecioğlu Turan, G. (2023). Hipertansiyon hastalarında sağlık kaderciliği ve tedavi uyumunun incelenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 29-36. doi: 10.48071/sbuhemsirelik1217272

ÖZ

Giriş: Hipertansiyon, yüksek prevalansı ve artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkisi nedeniyle tüm dünyada en önemli sağlık sorunlarından biridir. Çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörler bu hastalığın tedavisinde etkili olabilmektedir.

Amaç: Bu araştırma hipertansiyon hastalarında sağlık kaderciliğinin tedaviye uyumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı ilişki arayıcı türde olan bu araştırma bir üniversite hastanesinin Dahili polikliniklerine başvuran 201 hipertansiyon hastası ile yapıldı. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Dini Sağlığı Kadercilik Ölçeği ve Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılarak toplandı.

Bulgular: Hastaların Dini Sağlığı Kadercilik Ölçeği puan ortalaması $61,11 \pm 13,30$ 'dur. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puanı $11,19 \pm 6,62$ olarak saptandı. Hastaların çalışma durumunun pozitif yönde, sağlık kontrolü yaptırma sıklığı ve ek kronik hastalık bulunma durumlarının ise negatif yönde din sağlığı kaderciliğini istatistiksel olarak etkilediği görüldü ($p < 0,05$). Hastaların çalışma durumlarının negatif yönde, ilaç sayısı ve ek kronik hastalık bulunma durumlarının ise pozitif yönde tedaviye uyumlarını istatistiksel olarak etkilediği belirlendi ($p < 0,05$). Dini Sağlığı Kadercilik Ölçeği'nin Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği'ni negatif yönde etkilediği bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Hipertansiyon hastalarının din sağlığı kaderciliği eğilimlerinin yüksek tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu saptandı. Din sağlığı kaderciliğinin tedaviye uyumlarını etkilediği bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hastalar; hipertansiyon; sağlık; tedavi uyumu.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is one of the most important health problems all over the world due to its high prevalence and increased risk of cardiovascular disease. Environmental, physiological, and psychological factors can be effective in the treatment of this disease.

Aim: The present study was conducted to examine the effects of health fatalism on compliance to treatment in patients with hypertension.

Method: This descriptive and correlational study was conducted on 201 patients with hypertension admitted to the internal medicine outpatient clinics of a university hospital. The data were collected by using Description Information Form, Religious Health Fatalism Scale and Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale.

Results: Religious Health Fatalism Scale mean score of the patients was found as 61.11 ± 13.30 . Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale mean score was seen as 11.19 ± 6.62 . Employment status of the patients affected religious health fatalism statistically positively, while health check-up frequency and having a comorbid chronic disease affected religious health fatalism statistically negatively ($p < 0.05$). Employment status of the patients affected compliance to treatment statistically negatively, while the number of drugs and having a comorbid chronic disease affected compliance to treatment statistically positively ($p < 0.05$). Religious Health Fatalism Scale affected Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale negatively ($p < 0.05$).

Conclusion: It was found that patients with hypertension had high level of religious health fatalism tendencies and moderate level of compliance to treatment. It was observed that religious health fatalism affected compliance to treatment.

Keywords: Health; hypertension; medication compliance; patients.



Bu eser, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Giriş

Hipertansiyon, yüksek prevalansı ve artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkisi nedeniyle tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemi olup (World Health Organization [WHO], 2022) arter içi kan basıncının artması ile karakterize edinsel etmenler, genetik ve metabolik bozuklukların birlikte görüldüğü bir durumdur (Şenuzun, 2012). Dünya Sağlık Örgütüne göre sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mmHg veya üstünde olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Şenuzun, 2012; WHO, 2022). Avrupa Kardiyoloji Derneği ve Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin Arteriyel Hipertansiyon Yönetimi 2018 Uygulama Kılavuzuna göre dünyada 1 milyardan fazla hipertansiyon hastası olduğu, 2025 yılına kadarda bu sayının 1.5 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Williams ve ark., 2018). Ülkemizde ise yaklaşık olarak 20 milyon hipertansiyonlu bireyin olduğu düşünülmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2019).

Sağlık kaderciliği, bireyin sağlık durumunun kendi kontrolü altında olmadığı, daha yüksek bir güç tarafından önceden belirlendiği inancını ifade eder. Kaderciliğe olan inanç, bireyin tutum ve davranışlarını güçlü bir şekilde etkilemektedir. Kadercilik, teslimiyetçiliği ifade ettiğinden genel olarak girişimcilik eylemlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Kadercilikte olay ve durumların değişme olasılığı düşük olduğu için öz-yeterlik ve başarı beklentileri sınırlıdır. Yüksek düzeyde sağlık kaderciliğine sahip bir birey, sağlığını kadere veya Tanrı'ya bağlı olarak algılayacaktır (Franklin ve ark., 2007; Cohn ve Esparza del Villar, 2015; Dayapoglu, Ayyıldız ve Şeker, 2021). Bununla birlikte, dini bir inanç zihinsel ve fiziksel sağlıkta yardımcı bir kaynak olabilir ve potansiyel olarak bütünleştiricidir. Dini inançlar, hastaların duygusal olarak rahatlamasına ve iyileşmelerine yardımcı olabildiği gibi, başa çıkımlarında destek sağlayıp tedavilerine uyum sağlamalarında yardımcı olabilir (Boztilki ve Ardıç, 2017; Bobov ve Capik, 2020).

Geleneksel olarak uyum terimi, hastanın bir ilacı alırken klinisyenin tavsiyelerine ne ölçüde uyduğu ve rejimi ne ölçüde takip ettiği anlamında kullanılmıştır (Spencer, Phillips ve Ogedegbe, 2005). Tedaviye uyum, tıbbi veya sağlıkla ilgili tavsiyelerin, bireyin ilaç kullanımı, yaşam tarzında önerilen değişiklikler ve tıbbi randevulara katılım ile ilgili davranışlarıyla örtüşmesi şeklinde tanımlanır (Wong, Jiang ve Griffiths, 2010; Osamor ve Owumi, 2011). DSÖ, uzun süreli tedaviye uyumu, kişinin ilaç alma, diyet uygulama ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumunun bir sağlık profesyoneli tarafından verilen tavsiyelere uyma derecesi olarak tanımlar (WHO, 2003). Hastaların tedaviye uyumu, kan basıncını kontrol etmede ve hipertansiyon komplikasyonlarını önlemede en önemli faktörlerden biridir (WHO, 2003; Algabbani ve Algabbani, 2020). İlaç uyumu yüksek olan hipertansiyon hastalarında kan basıncı kontrolünün daha iyi olduğu bulunmuştur (Bramley, Nightengale, Frech-Tamas ve Gerbino, 2006; Kumar, 2019; Algabbani ve Algabbani, 2020).

Hipertansiyon hastalarının hastalığa ilişkin inançlarının be-

lirlenmesi ve tedavi uyumlarının değerlendirilmesi, tedavinin başarıyla sürdürülmesi, hastalığın ve komplikasyonların kontrol altına alınması için sağlık profesyonelleri tarafından tedavi ve bakım protokollerinin düzenlenmesi açısından önemlidir. Bu araştırmanın verilerinin sağlık kaderciliği ve hipertansiyon tedavisinde önemli bir kavram olan tedavi uyumunun daha iyi anlaşılmasında ve bu kavramların birbirleriyle olan ilişkisinin ortaya konulmasında katkı sağlayacağı ayrıca bu konu ile yapılan sınırlı çalışma olması bakımından ileride yapılacak çalışmalar için önemli veriler sunacağı düşünülmektedir.

Amaç

Bu araştırma hipertansiyon hastalarında sağlık kaderciliğinin tedaviye uyumlarına etkisinin incelemesi amacıyla yapıldı.

Araştırma Soruları

- Hipertansiyon hastalarının din sağlık kaderciliği düzeyi nedir?
- Hipertansiyon hastalarının tedavi uyumlarının düzeyi nedir?
- Hipertansiyon hastalarının din sağlık kaderciliği tedavi uyumu etkiler mi?

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma tanımlayıcı ilişki arayıcı tiptedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Elazığ'da bulunan bir üniversite hastanesinin dahili polikliniklerinde yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Haziran 2021 - Temmuz 2022 tarihleri arasında dahili polikliniklere (kardiyoloji, dahiliye, endokrin ve gastroenteroloji polikliniği) başvuran hipertansiyon hastaları oluşturdu. Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için G-Power 3.1.9.4 programındaki priori güç analizi kullanıldı. Priori güç analizinde, bağımsız gruplarda t testi için Dayapoğlu ve arkadaşlarının (2021) çalışmasındaki ilaç sayısı değişkeni ile din sağlık kaderciliği puan ortalamalarının ($58,34 \pm 16,75$; $53,73 \pm 15,15$) karşılaştırması dikkate alınarak etki büyüklüğü belirlendi. Bu analiz sonucu 0,476 etki büyüklüğü, 0,05 anlamlılık düzeyi ve 0,95 güç düzeyinde araştırmaya alınması gereken minimum hasta sayısının 194 hasta olması gerektiği belirlendi. Araştırmada, bu tarihler arasında 223 hastaya ulaşıldı. Hastalardan 18'i araştırmaya katılmak istemediğinden 5'i araştırma kriterlerine uymadığından araştırma 201 hasta ile tamamlandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- En az 6 aydır hipertansiyon tanısı konmuş olmak,
- 18 yaş ve üstü olmak,
- Psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmaması,
- Hastanın iletişim kurmasına engel olacak düzeyde (görme, konuşma ve işitme gibi) bozukluğunun olmaması.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, HİLL- BONE Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve Dini Sağlık Kaderciliği Ölçeği (DSKÖ) kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form 16 sorudan oluşmakta olup, hastaların medeni durumunu, yaşını, cinsiyetini, yaşadığı yeri, gelir durum algısını, eğitim durumunu, çalışma durumunu ve sosyal güvencesinin olma durumunu içermektedir. Aynı zamanda tanı yılını, tedavi süresini, ailede başka hipertansiyon hastası olma durumunu, günlük hipertansiyon için kullanılan ilaç sayısını, sağlık kontrollerini yaptırma sıklığını, hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatma durumunu ve ek kronik bir hastalık bulunma durumunu içermektedir.

Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTÜÖ):

Kim ve arkadaşları (2000) tarafından hipertansiyon hastalarının tedavi uyumlarını değerlendirilmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,74 ve 0,84 arasında bulunmuştur (Kim, Hill, Bone ve Levine, 2000). Karademir ve arkadaşları (2009) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,72 ve 0,83 arasında bulunmuştur (Karademir, Koseoğlu, Vatanser ve Van Den Akker, 2009). Ölçek, 14 madde, 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları, Görüşme (6, 7 ve 8.sorular), Medikal (1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14.sorular) ve Beslenme (3, 4 ve 5.sorular)'dir. Ölçekte 6. soru ters kodlanmaktadır. Ölçek 4'ü likert tipinde olup toplam puan aralığı 0-42 arasında değişmektedir. Eğer kişi bütün sorulara en olumlu cevapları vererek toplamda 0 puan almış ise tam uyumlu olarak değerlendirilir. Sıfırın dışındaki puanlar ise uyumsuzluğun derecesini gösterir. Sorular olumsuz soru türünde olduğu için puan arttıkça uyum azalır (Karademir ve ark., 2009). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 - 0,86 arasında bulundu.

Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği (DSKÖ): Ölçek Franklin ve arkadaşları (2008) tarafından genel anlamda sağlık kaderciliğinin sağlık davranışları ile ilgili olup olmadığını belirlemek amacıyla geliştirmiştir. Bobov ve Çapık tarafından 2018 yılında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Bobov ve Capik, 2020). Ölçek, 17 madde ve tek alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipinde olup toplam puan aralığı 17-85 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça kadercilik eğilim düzeyi artmaktadır. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır (Bobov ve Capik, 2020). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak bulundu.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı yapabilmek için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi'nin Etik Kurul Başkanlığı'ndan (Tarih: 28.01.2021 ve Sayı No:2021/1) onay ve çalışmanın yapılacağı kurumdan izin alındı. Araştırmaya dahil edilen hastalardan; araştırmanın ne amaçla yapıldığı ve uygulanacak yöntem ile ilgili gerekli bilgilen-

Tablo 1: Hipertansiyon Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri (n = 201)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	112	50,7
Erkek	89	44,3
Medeni durum		
Evli	179	89,1
Bekar	22	10,9
Yaşadığı yer		
Şehir	107	53,2
İlçe	60	29,9
Köy	34	16,9
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	28	13,9
Okuryazar	42	20,9
İlköğretim	60	29,9
Lise	45	22,4
Yükseköğretim ve üzeri	26	12,9
Gelir durum algısı		
Gelir giderden az	44	21,9
Gelir gidere eşit	143	71,1
Gelir giderden fazla	14	7,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	79	39,3
Çalışmıyor	122	60,7
Sosyal güvence durumu		
Evet	174	86,6
Hayır	27	13,4
Ailede hipertansiyon hastası bulunma durumu		
Evet	181	90
Hayır	20	10
Hipertansiyon için kullandığı ilaç sayısı		
1	109	54,2
2	75	37,3
3 ve üzeri	17	8,5
Sağlık kontrolü yaptırma durumu		
Ayda bir	25	12,4
Üç ayda bir	56	27,9
6 ayda bir ve üzeri	120	59,7
Hastaneye yatma durumu		
Evet	76	37,8
Hayır	125	62,2
Ek kronik hastalık durumu		
Evet	109	54,3
Hayır	92	45,7
Ek kronik hastalıklar		
Diyabet	46	22,9
Kalp yetmezliği	25	12,4
Böbrek yetmezliği	7	3,5
KOAH	12	6,0
Astım	14	7,0
Kanser	5	2,5
	Ort ± SS	Min- Maks
Yaş (yıl)	55,69 ± 15,67	21-90
Tanı yılı	8,22 ± 7,06	1-35
Tedavi süresi (yıl)	7,91 ± 6,98	1-35

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min.: Minimum; Maks: Maksimum; KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

dirme yapılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu aracılığıyla sözel onamları alındı. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'nin yayınladığı etik standartlara uygun bir şekilde gerçekleştirildi. Gönüllü katılımcılar araştırmaya dahil edildi ve katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutuldu.

Verilerin Toplanması

Veriler, Haziran 2021- Temmuz 2022 tarihleri arasında araştırmacı tarafından araştırma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden hastalara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yoluyla yaklaşık 10-15 dakikada toplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analizi SPSS 22.00 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Verilerin normallik dağılımının incelenmesinde Kurtosis ve Skewness kat sayıları kullanıldı. Aynı zamanda basit ve çoklu doğrusal regresyon analizlerinden yararlandı. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular

Hastaların yaş ortalamasının $55,69 \pm 15,67$ yıl olduğu, tanısının $8,22 \pm 7,06$ ve tedavi süresinin ise $7,91 \pm 6,98$ yıl olduğu bulundu. Hastaların %50,7'sinin kadın, %89,1'inin evli, %53,2'sinin şehirde yaşadığı, % 29,9'unun ilköğretim mezunu olduğu, %71,1'inin geliri giderine eşit olduğu, %60,7'sinin çalışmadığı, %86,6'sının bir sosyal güvencesinin olduğu saptandı. Aynı zamanda hastaların %90'ının ailesinde bir hipertansiyon hastası olduğu, %54,2'sinin hipertansiyon için bir ilaç kullan-

dığı, %59,7'sinin 6 ayda bir ve üzeri sağlık kontrolüne gittiği, %62,2'sinin hipertansiyondan kaynaklı hastaneye yatmadığı belirlendi. Hastaların %54,2'sinin ek kronik bir hastalığı olduğu ve ek bir kronik hastalığı olan hastalar arasında ise %22,9'unun diyabet hastası olduğu saptandı (Tablo 1).

Hastaların DSKÖ toplam puan ortalaması $61,11 \pm 13,30$ 'dir. HBHTUÖ toplam puanı $11,19 \pm 6,62$ olup alt boyutlarından Beslenme alt boyutu $2,24 \pm 1,58$, Görüşme alt boyutu $3,38 \pm 1,48$ ve Medikal alt boyutu $5,56 \pm 4,30$ olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 2: Hipertansiyon Hastaların Dini Sağlık Kadercilik Ölçeği, Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n = 201)

	Ort \pm SS	Min.	Maks.
DSKÖ Toplam Puan	61,11 \pm 13,30	17,00	85,00
HBHTUÖ Toplam Puan	11,19 \pm 6,62	3,00	41,00
Beslenme Alt Boyutu	2,24 \pm 1,58	0,00	9,00
Görüşme Alt Boyutu	3,38 \pm 1,48	0,00	9,00
Medikal Alt Boyutu	5,56 \pm 4,30	0,00	23,00

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum; DSKÖ: Dini Sağlık Kadercilik Ölçeği; HBHTUÖ: Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

Veri toplama aracında bulunan bütün değişkenler ile DSKÖ ve HBHTUÖ toplam puan ortalaması hakkında tahminde bulunmak için çoklu regresyon analizi yapıldı. DSKÖ toplam puan ortalaması için analiz sonucu incelendiğinde; oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($F_{(27,173)} = 2,987$,

Tablo 3: Hipertansiyon Hastaların Dini Sağlık Kadercilik Ölçeği, Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve Tanıtıcı Özelliklere Göre Regresyon Analiz Sonuçları (n = 201)

Bağımlı Değişkenler	Model	Bağımsız Değişkenler	B†	S.H	β^*	t ^s	p	95% Güven aralığı	
								Alt sınır	Üst sınır
DSKÖ	1	Sabit	89,576	11,996		7,467	0,000*	65,898	113,253
		Çalışma (Hayır)	6,940	2,376	0,255	2,920	0,004**	2,249	11,630
		Sağlık Kontrolü (6 ayda bir ve üzeri)	-7,565	3,008	-0,280	-2,515	0,013**	-13,502	-1,628
		Ek kronik bir hastalık (Evet)	-19,333	9,443	-0,726	-2,047	0,042**	-37,971	-0,696
		Ek kronik hastalık (Böbrek yetmezliği)	-13,993	0,5685	-0,193	-2,461	0,015**	-25,214	-2,772
		Ek kronik hastalık (Astım)	-8,090	0,3918	-0,155	-2,065	0,040**	-15,822	-0,357
		R=0,564 R ² = 0,318 Durbin Watson = 1,537 F ^{††} _(27,173) = 2,987 p = 0,000*							
HBHTUÖ	2	Sabit	36,430	3,296		11,052	0,000	29,924	42,937
		Çalışma (Hayır)	-3,205	1,261	-0,237	-2,542	0,012**	-5,693	-0,717
		İlaç sayısı (İki ilaç)	2,248	1,136	0,165	1,978	0,049**	0,005	4,490
		Ek kronik hastalık (Böbrek yetmezliği)	7,290	3,016	0,202	2,417	0,017**	1,337	13,243
		Ek kronik hastalık (Astım)	4,155	2,078	0,160	1,999	0,047**	0,053	8,257
		DSKÖ	-0,398	0,027	-0,800	-14,910	0,000*	-0,451	-0,345
		R = 0,814 R ² = 0,663 Durbin-Watson = 1,759 F ^{††} _(28,173) = 12,096 p = 0,000*							

DSKÖ: Dini Sağlık Kadercilik Ölçeği; HBHTUÖ: Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği; S.H: Standart Hata; †B: Beta; † β : Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı; ††:Bağımsız Gruplarda t Testi; †R²: Belirleme Katsayısı; ††F: Varyans Çözümlemesi; *p < 0,001; **p < 0,05.

$p < 0,001$). Modele dahil edilen değişkenlerden çalışma durumu (hayır) pozitif yönde ($\beta = 0,255$; $p < 0,05$) sağlık kontrolü yaptırma sıklığı (6 ayda bir ve üzeri) ve ek kronik hastalıkların bulunması (böbrek yetmezliği ve astım) ise negatif yönde din sağlık kaderciliğini istatistiksel olarak etkilediği bulundu. Model 2 de HBHTUÖ toplam puan ortalaması için analiz sonucu incelendiğinde; oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($F_{(27,173)} = 1,863$, $p < 0,05$). Değişkenlerden çalışma durumu (hayır) negatif yönde ($\beta = -0,237$, $p < 0,05$), ilaç sayısı (iki ilaç) ve ek kronik hastalıkların bulunması (böbrek yetmezliği ve astım) ise pozitif yönde tedaviye uyumu istatistiksel olarak etkilediği bulundu ($p < 0,05$). Araştırmada model 3'ün istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($F_{(1,199)} = 274,936$, $p < 0,001$). Bağımsız değişken olan DSKÖ toplam puanının anlamlı şekilde bağımlı değişken olan HBHTUÖ toplam puanı negatif yönde etkilediği ($\beta = -0,762$, $p < 0,001$) ve %58'ini açıkladığı belirlendi (Tablo 3).

Tartışma

Hipertansiyon yüksek prevalansı ve artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkisi nedeniyle günümüzde toplumda en önemli sağlık sorunlarından biridir. Her yıl çok fazla maliyet ve çaba harcanması nedeniyle, hastalığın ekonomik ve sağlıklı bir şekilde tedavi ve kontrol altına alınması önem arz etmektedir. Farklı çevresel, fizyolojik ve psikolojik faktörler bu hastalığın tedavi ve kontrolünde etkili olabilmektedir (Afsahi ve Kachooei, 2020). Kaderciliğin sağlık üzerinde etkisinin yüksek olduğu ve sağlıklı bir toplum inşa edilecekse sağlık ve kaderciliğin aynı bağlamda incelenip aralarındaki ilişkinin incelenmesi gerektiği belirtilmektedir (Espinosa de los Monteros ve Gallo, 2013). Hipertansiyon hastalarında sağlık kaderciliği ve tedavi uyumunun incelendiği bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışıldı.

Bu araştırmada hipertansiyon hastalarının din sağlığı kaderciliği eğilimlerinin yüksek düzeyde olduğu bulundu. Literatürde hipertansiyon hastalarının din sağlığı kaderciliği eğilimlerini inceleyen birebir çalışma bulunmamakla birlikte farklı ölçek kullanılarak hastaların kadercilik eğilimlerinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Gutierrez ve ark., 2017; Pehlivan ve Aktas, 2022). Pehlivan ve Aktas (2022) hipertansiyon hastalarında yaptıkları çalışmada, hastaların kadercilik eğilimlerinin orta seviyede olduklarını saptamışlardır. Gutierrez ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada ise hipertansiyon hastalarının, kadercilik eğilimlerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Kadercilik eğilimlerin, dini de içeren kültürel faktörler ile tarihsel kurumsal deneyimler arasındaki etkileşimin sonucu olduğu belirtilmektedir (Ruiu, 2013) Türk toplumunda, hastalık Allah'tan gelir biçiminde algılanmaktadır. Allah verdi, bu nedenle yapacak bir şey yok biçiminde bir anlayışın kabul edildiği görülmektedir. Aynı zamanda Türk toplumunun tamamına yakını (%99) İslam dinine mensuptur. Bu inancın gereği olarak bu dine mensup bireyler, hastalıkların Allah'ın bir imtihanı olduğuna inanmakta ve

böylece hastalığı daha çabuk kabullenebilmektedir (Dayapoglu ve ark., 2021). Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu (2009) tarafından yapılan uluslararası karşılaştırmalı bir araştırmada, Türkiye'deki bireylerin neredeyse yarısının hayatlarını değiştirmek için yapabilecekleri çok az şey olduğuna inandığını bulmuşlardır. Bu durumunda toplumda yaygın olarak kadercilik veya metafizik güçler tarafından büyük ölçüde belirlenen bir hayat algısının benimsenmesinden kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu, 2009). Ayrıca literatürde yaşlı bireylerin kadercilik eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bobov ve Çapık, 2020). Araştırma sonucumuz yapılan çalışmalarla benzer bulundu. Bu bağlamda, araştırmamızdaki bireylerin yaş ortalamasının yüksek olması ve Türk toplumunda yapılmış olması bu durumu etkilediği söylenebilir.

Bu araştırmada, çalışmayan hastaların sağlık kadercilik eğilimleri yüksek, 6 ayda bir ve üzeri sağlık kontrolü yapanların ve ek kronik hastalıkları bulunan (astım ve böbrek yetmezliği) hastaların ise sağlık kadercilik eğilimleri düşük bulundu. Pehlivan ve Aktas (2022) yaptıkları çalışmada ileri yaşın, kadın olmanın, okuryazar olma durumunun, gelir durumunun orta olmanın, 3 veya daha fazla ilaç kullanmanın kadercilik eğilimini artırdığı bulunmuştur. Bobov ve Çapık (2020) yaptıkları çalışmada yaşlıların, kadınların, ev hanımlarının, okuma yazma bilmeyenlerin, sağlık güvencesi olmayanların, evlilerin, gelir düzeyi düşük olanların ve kronik hastalığı olanların sağlık kaderciliği puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ruiu (2013) çalışmasında, kaderciliği belirleyen tek faktörün din olmadığını gelir, algılanan sosyal statü ve eğitimin de kadercilik eğilimlerle güçlü bir şekilde ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada ise kadercilik eğilimlerin kronik hastalarda daha yaygın olduğu, bunun yanında genç kronik hastalardan ziyade yaşlı kronik hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özen ve Rittersberger-Tılıç, 2018). Bu sonuçlara dayanarak bu çalışmanın şaşırtıcı bir şekilde literatürden farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Bu durum bu çalışmada ek kronik bir hastalığı bulunan bireylerin içinde buldukları durumun bir haksızlık olduğunu düşünüp kader inancını sorgulamaya başladıklarından kaynaklı olabilir.

Bu araştırmada, hipertansiyon hastalarının HBHTUÖ puan ortalaması $11,19 \pm 6,62$ olarak bulundu. HBHTUÖ'de 0 puan, hastanın tedaviye uyumunun tam olduğunu ve puan yükseldikçe de tedaviye uyumsuzluğun arttığını göstermesi nedeniyle (Karademir ve ark., 2009), bu araştırmada hastaların tedaviye uyumlarının düşük olduğu görülmektedir. Çalışmalarda, uyumun yüksek olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra (Gee ve ark., 2012; Karadağ, Akkuş, ve Karatay, 2012; Tümer, Dereli ve Demir Uysal, 2016; Al-Daken ve Eshah, 2017) bu çalışmada olduğu gibi uyum düzeyinin düşük olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Cingil, Delen ve Aksuoğlu, 2009; Gozum ve Hacıhasanoğlu, 2009; Osamor ve Owumi, 2011; Al-Hajje ve ark., 2015; Al-Ramahi, 2015; Gürdoğan ve Gürdoğan, 2019; Pan ve ark., 2019). Yapılan çalışmalar arasındaki bu farklılığın, hastaların uyum davranışını etkileyebilecek farklı kültürel,

sosyal, ekonomik ve yaşam tarzlarına ilişkin bazı özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada ayrıca hastaların tedaviye uyumlarının düşük çıkması, hastaların yaş ortalamasının yüksek olmasından ve uyumsuzluğa neden olabilecek sağlık bakım ve tedavi ile ilgili faktörlerin (Shahin, Kennedy ve Stupans, 2019) sebep olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda, çalışmamıza durumun tedavi uyumu olumlu etkilediği, iki ilaç kullanmanın ve ek kronik hastalıklarının bulunması (astım ve böbrek yetmezliği) ise olumsuz etkilediği göstermektedir. Hastalara kombinasyon tedavisi uygulamanın pek çok avantajı olmasına rağmen, alınması gereken ilaç sayısının artması, günün farklı zamanlarında ilaç alınması gerekliliği ve tedavinin karmaşıklığı tedaviye olan uyumu azaltmaktadır (Düsing, 2010; Abdul Rahman ve ark., 2015) Gürdoğan ve Gürdoğan (2019) yaptıkları çalışmada tek ilaç kullanan hastaların iki ve daha fazla ilaç kullanan hastalara göre tedaviye uyumlarının daha iyi olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada ek kronik hastalıkları olan hastaların, olmayanlara kıyasla hipertansiyon tedavisine uyumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Gürdoğan ve Gürdoğan, 2019). Ancak Al-Dakken ve Eshah tarafından yapılan bir çalışmada komorbid durum varlığının hipertansiyon tedavisine olan uyumu artırdığı bulunmuştur (Al-Daken ve Eshah, 2017). Conn ve arkadaşları (2015) yaptıkları sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, hipertansiyon tedavisi ve kontrolündeki eşitsizlikler, sosyoekonomik statü, eğitim seviyesi ve ırk/etnisitenin sıklıkla iç içe geçen etkileriyle ilgili olduğunu belirtmiştir (Conn, Ruppert, Chase, Enriquez ve Cooper, 2015). Çalışmaların farklı bölgelerdeki örneklem gruplarında yapılmasının, çalışma sonuçlarında farklılığa neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hipertansiyon hastalarında din sağlığı kaderciliğinin tedaviye uyumu negatif yönde etkilediği belirlendi. Bu bakımdan din sağlığı kaderciliği artıkça tedaviye uyumunda olumlu olacağı düşünülmektedir. Ancak bu çalışmanın aksine literatürde büyük ölçüde kaderciliğin sağlık davranışlarına olumsuz etkisi olduğu bulgusu yer almaktadır (Köten, 2021). Benzer şekilde kadercilik ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi ele alan 46 çalışmayı içeren bir meta-analizde sağlığı geliştirici davranışlarda bulunmayan katılımcıların daha yüksek düzeyde kaderci inançlara sahip oldukları bildirilmiştir (Cohn ve Esparza del Villar, 2015) Pehlivan ve Aktaş (2022) yaptıkları çalışmada kadercilik eğilimi ile tedavi uyumu arasında pozitif ilişki olduğu ve buna bağlı olarak da kadercilik eğilimi artıkça tedavi uyumunun olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Yapılan sistematik bir derlemede manevi, dini ve kültürel inançlar gibi diğer inançların, ilaç uyumu üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve hastaların antihipertansif ilaçlarına tam uyum göstermek yerine ilahi şifa beklentisine olan güvenlerini potansiyel olarak artırdığı bulunmuştur (Kretchy, Owusu-Daaku ve Danquah, 2013). Literatürde bir birey sağlığı sonuçlarının çoğunlukla kaderin bir sonucu olduğuna ve kontrolleri dışında olduğuna inanırsa düşük öz-etkililik yaşayabilir ve önleyici veya iyileştirici sağlık davranışlarına

girişmek için daha az motive olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle de, kaderciliğin, öz yeterliliği azaltarak sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilediği ve olumsuz sağlık sonuçlarına yol açtığı düşünülmektedir (Gutierrez ve arkadaşları, 2017). Bu sonuçlara dayanarak şaşırtıcı bir şekilde bu çalışmadaki bu önemli bulgu, dini sağlık kaderciliğinin bireylerde sağlık davranışlarını olumlu yönde etki ederek bireylerin teşhis sonrası tedavi sürecinde başa çıkma yöntemlerini kolaylaştıran bir faktör olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak araştırma verileri öz-bildirim ölçekleri aracılığıyla toplanmıştır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği, araştırmaya katılan tüm hastaların vermiş oldukları yanıtların doğruluğu ile sınırlıdır. İkinci bir sınırlılık, çalışmanın tek merkezli olması ve hasta sayısının sınırlı olmasıdır.

Sonuç

Araştırmada hipertansiyon hastalarının din sağlığı kaderciliği eğilimlerinin yüksek, tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu saptandı. Çalışmayan hastaların din sağlığı kadercilik eğilimlerinin yüksek, 6 ayda bir ve üzeri sağlık kontrolü yapanların ve ek kronik bir hastalıkları bulunan (astım ve böbrek yetmezliği) hastaların ise din sağlığı kadercilik eğilimlerinin düşük olduğu bulundu. Çalışmamıza durumun tedaviye uyumu olumlu etkilediği, iki ilaç kullanmanın ve ek kronik hastalıklarının bulunmasının (astım ve böbrek yetmezliği) ise olumsuz etkilediği görüldü. Din sağlığı kaderciliği artıkça, tedaviye uyumun arttığı saptandı. Bu bulgular ışığında, hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarını artırmak amacıyla psikoeğitimsel çalışmalar ve grup çalışmalarının yapılması; hemşireler tarafından hipertansif bireylerin sağlığı kaderciliği eğilimlerinin tespit edilmesi önerilmektedir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik kurul onayı İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır (Tarih: 28.01.2021 ve Sayı No:2021/1).

Yazarların Katkı Düzeyleri: Çalışma Fikri (Konsepti) ve Tasarımı- GBT, ZÖ; Veri Toplama/Literatür Tarama- GBT, ZÖ; Verilerin Analizi ve Yorumlanması - GBT, ZÖ; Makalenin Hazırlanması - GBT, ZÖ; Yayınlanacak Son Haline Onay Verilmesi - GBT, ZÖ.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- Abdul Rahman, A. R., Reyes, E.B., Sritara, P., Pancholia, A., Phuoc, D.V., & Tomlinson, B. (2015). Combination therapy in hypertension: an Asia-Pacific consensus viewpoint. *Current Medical Research and Opinion*, 31(5), 865-874.
- Afsahi, F., & Kachooei, M. (2020). Relationship between hypertension with irrational health beliefs and health locus of control. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(100), 1-9
- Al-Daken, L.I., & Eshah, N.F. (2017). Self-reported adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 39(3), 264-270.
- Al-Hajje, A., Awada, S., Rachidi, S., Zein, S., Bawab, W., El-Hajj, Z., ... Salameh, P. (2015). Factors affecting medication adherence in Lebanese patients with chronic diseases. *Pharmacy Practice*, 13(3), 590.
- Al-Ramahi, R. (2015). Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients. *Journal Epidemiol Global Health*, 5(2), 125-132.
- Algabbani, F. M., & Algabbani, A. M. (2020). Treatment adherence among patients with hypertension: Findings from a cross-sectional study. *Clinical Hypertension*, 26(1), 1-9.
- Bobov, G., & Capık, C. (2020). The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish language. *Journal of Religion and Health*, 59(2), 1080-1095.
- Boztilkı, M., ve Ardıç, E. (2017). Maneviyat ve sağlık *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 39-45.
- Bramley, T. J., Nightengale, B. S., Frech-Tamas, F., & Gerbino, P. P. (2006). Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 12(3), 239-245.
- Cingil, D., Delen, S., ve Aksuoğlu, A. (2009). Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(8), 551-556.
- Cohn, L., & Esparza del Villar, O. (2015). Fatalism and health behavior: A meta-analytic review. Ciudad Juárez, México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Recuperado de <https://bit.ly/2sAF5lw>.
- Conn, V. S., Ruppert, T. M., Chase, J.-A. D., Enriquez, M., & Cooper, P. S. (2015). Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: Systematic review and meta-analysis. *Current Hypertension Reports*, 17(12), 1-15.
- Çarkoğlu, A., ve Kalaycıoğlu, E. (2009). Türkiye'de Dindarlık: Uluslararası Bir Karşılaştırma. Erişim adresi (22.09.2022): https://research.sabanciuniv.edu/id/eprint/14014/1/Rapor_Dindarlik_C4B1k.pdf
- Dayapoglu, N., Ayyıldız, N. İ., & Şeker, D. (2021). Determination of health fatalism and the factors affecting health fatalism in patients with epilepsy in the North of Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 115, 107641. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107641>
- Düsing, R. (2010). Optimizing blood pressure control through the use of fixed combinations. *Vascular Health and Risk Management*, 6, 321.
- Espinosa de los Monteros, K., & Gallo, L. C. (2013). Fatalism and cardio-metabolic dysfunction in Mexican-American women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 487-494.
- Franklin, M.D., Schlundt, D.G., McClellan, L.H., Kinebrew, T., Sheats, J., Belue, R., ... Hargreaves, M. (2007). Religious fatalism and its association with health behaviors and outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(6), 563-572.
- Franklin, M.D., Schlundt, D.G., & Wallston, K.A. (2008). Development and validation of a religious health fatalism measure for the African-American faith community. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 323-335.
- Gee, M.E., Campbell, N.R., Gwady-Sridhar, F., Nolan, R.P., Kaczorowski, J., Biemek, A., ... Walker, R.L. (2012). Antihypertensive medication use, adherence, stops, and starts in Canadians with hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 28(3), 383-389.
- Gozum, S., & Hacıhasanoğlu, R. (2009). Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 129-136.
- Gutierrez, A.P., McCurley, J. L., Roesch, S. C., Gonzalez, P., Castaneda, S. F., Penedo, F. J., & Gallo, L.C. (2017). Fatalism and hypertension prevalence, awareness, treatment and control in US Hispanics/Latinos: results from HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(2), 271-280.
- Gürdoğan, M., ve Gürdoğan, E.P. (2019). Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve ilişkili faktörler. *MN Kardiyoloji*, 26(3), 147-153.
- Karadağ, E., Akkuş, Y., ve Karatay, G. (2012). Bir aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum öz etkililik düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 85-96.
- Karademir, M., Koseoglu, I. H., Vatansever, K., & Van Den Akker, M. (2009). 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*, 15(4), 207-211.
- Kim, M.T., Hill, M.N., Bone, L.R., & Levine, D.M. (2000). Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(3), 90-96.
- Köten, E. (2021). Kadercilik, Sağlık Davranışı ve Covid-19: Bir Literatür İncelemesi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 10(2), 515-528.
- Kretchy, I., Owusu-Daaku, F., & Danquah, S. (2013). Spiritual and religious beliefs: do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? *BioPsychoSocial Medicine*, 7(1), 1-7.
- Kumar, N. (2019). To improve medication adherence in hypertensive patients. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 7(9), 262-266.
- Osamor, P. E., & Owumi, B. E. (2011). Factors associated with treatment compliance in hypertension in southwest Nigeria. *Journal of Health, Population, And Nutrition*, 29(6), 619.
- Özen, Y., & Rittersberger-Tılıç, H. (2018). Differences in the perception of health among the urban poor living in two squatter house neighbourhoods in Ankara. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 8(1), 309-333.
- Pan, J., Wu, L., Wang, H., Lei, T., Hu, B., Xue, X., & Li, Q. (2019). Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine*, 98(27), 1-7

- Pehlivan, I., & Aktas, B. (2022). Relationship between medication compliance and fatalistic tendency in patients with hypertension. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 167-177
- Ruiu, G. (2013). The origin of fatalistic tendencies: An empirical investigation. *Economics & Sociology*, 6(2), 103-125.
- Shahin, W., Kennedy, G. A., & Stupans, I. (2019). The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: A systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1019-1035
- Spencer, J., Phillips, E., & Ogedegbe, G. (2005). Knowledge, attitudes, beliefs, and blood pressure control in a community-based sample in Ghana. *Ethnicity and Disease*, 15(4), 748.
- Şenuzun, F., Özer, S. (2012). Hipertansiyon ve Bakım. Z. Durna (Ed.), *Kronik Hastalıklarda Bakım* içinde (s. 96-97). İstanbul: İstanbul Nobel Matbaacılık
- Tümer, A., Dereli, F., ve Demir Uysal, D. (2016). Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 105-113.
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2019). Retrieved from (21.10.2022): <https://tkd.org.tr/duyuru/3583/turk-kardiyoloji-dernegi-20-milyon-hipertansiyon-hastasi>
- World Health Organization (WHO). (2022). Hypertension. Retrieved from (21.10.2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., . . . Dominiczak, A. (2018). 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Blood Pressure*, 27(6), 314-340.
- Wong, M., Jiang, J., & Griffiths, S. (2010). Factors associated with antihypertensive drug compliance in 83 884 Chinese patients: a cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(10), 895-901.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*: World Health Organization. Retrieved from (21.10.2022): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>