

# DİSPEPSİ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## EVALUATION OF EFFECTIVE FACTORS IN THE TREATMENT ADHERENCE IN DYSPEPSIA PATIENTS

İzzet FİDANCI, MD;<sup>1</sup> Şükrü Ümit EREN, MD;<sup>2</sup> Gökçe İŞCAN, MD<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Atakum Toplum Sağlığı Merkezi, Atakum, Samsun, Türkiye

<sup>2</sup>Kızılırmak Devlet Hastanesi, Kızılırmak, Çankırı, Türkiye

<sup>3</sup>Gölbaşı Toplum Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye

Geliş tarihi: 09/03/2016

Kabul tarihi: 29/07/2016

*Yazarlar herhangi bir finansal destek kullanmamış olup yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.*

### ÖZ

**AMAÇ:** Çalışmamızda dispepsi tanısı almış hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Çalışmamız, Eylül-Aralık 2015 tarihleri arasında Meydan Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran dispepsi tanılı hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenlere standart anket uygulanarak yürütülen kesitsel, tanımlayıcı, analitik bir çalışmadır. Çalışmaya, dispepsi tanısı almış 369 hasta dahil edildi. Bunlardan 80 (%21,7) hasta düzenli olarak ilaç tedavisi almakta, 289 (%78,3) hasta düzenli olarak ilaç tedavisi kullanmamakta idi. İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 paket programı kullanıldı.

**BULGULAR:** Düzenli ilaç kullanmama nedenlerinin sıklıklarına baktığımızda, hastaların "şikayetin sürekli olmaması"(%32,5) en sık karşılaşılan sorun olarak görülmüştür. Düzenli ilaç kullanma sıklıklarında ise en sık "şikayetleri geçirdiğinden"(%52,5) olarak bulunmuştur. Meslek gruplarına baktığımızda işsiz olanların dispepsi için düzensiz ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). Hiç eğitimi olmayanların düzensiz ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olanların (kalp ve/veya tiroid hastalığı) düzenli ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

**SONUÇ:** Dispepsi tedavisi uzun süren, yeterli süre ve dozda ilaç almayı gerektiren bir tedavidir. Hedef, tedavinin sonuna kadar hastayı ilaçlarını almaya ve kontrollerine gelmeye ikna edebilmek dolayısıyla tedaviye uyumu sağlamaktır. Burada en büyük görev hastaya ve sağlık çalışanlarına düşmektedir. Hasta-doktor iş birliğinden, tedavisine ve kontrollerine düzenli gelen hastayı ödüllendirmeye kadar birçok yöntem denenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** dispepsi, tedaviye uyum, ilaç kullanımını değerlendirme

**Yazışma adresi /Correspondence Address:** Dr. İzzet FİDANCI, Atakum Toplum Sağlığı Merkezi, Atakum, Samsun, Türkiye

**Tel:** 0362 4384887

**e-mail:** izzetfidanci@gmail.com

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Our aim in this study is to evaluate the factors effecting patient adherence to treatment in dyspepsia.

**MATERIAL AND METHODS:** Our study was conducted between September and December 2015 on dyspepsia patients admitted to the Meydan Family Health Center. A standardized questionnaire was applied which is a cross-sectional, descriptive and analytical study. 369 patients had dyspepsia diagnosis were included in our study. 80 (21.7%) of these patients were taking regular medicine treatment while 289 (78,3%) were not. SPSS 15.0 package program was used for statistical analysis.

**RESULTS:** When we considered the prevalences of the reasons for irregular medicine use, "complaint inconsistency" (32,5%) was the most common problem. The most common reason in regular medicine use was found "complaints were over" (52,5%). When occupational groups were considered, it was observed that statistically significant irregular medicine use was higher for dyspepsia in unemployed patients ( $p<0,05$ ). Irregular medicine use in uneducated patients was found statistically significant ( $p<0,05$ ). Regular medicine use in patients with chronic diseases (cardiac and/or thyroid disease) was also found statistically significant ( $p<0,05$ ).

**CONCLUSION:** Dyspepsia has a long treatment requiring medicine use for an adequate time and dose. The aim is to be able to convince the patient to take medicine and to come for controls until the end of the treatment. Patient and health staff have the most important role here. Many methods from patient-doctor cooperation to awarding the patient regularly coming for treatment and controls can be tried.

**Keywords:** Dyspepsia, treatment adherence, drug utilization review

## GİRİŞ

Dispepsi, tanımlaması son yıllar içinde değişen, toplumda ve sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda sık rastlanan bir şikayettir. Dispepsi Grekçe kökenli olup; dys (zorluk, kötü) ve pepsis (pişirmek, sindirmek) kelimelerinden meydana gelmektedir. Gastroözofageal reflü hastalığı, peptik ülser ve fonksiyonel dispepsi başta olmak üzere çok sayıda nedeni vardır. Avrupa, Kuzey Amerika ve Okyanus ülkelerinde yapılan çalışmalarda %3 - %40 arasında değişen prevalans rakamları bildirilmektedir (1,2). Dispepsinin son tanımı üst karın odaklı ağrı ya da rahatsızlık hissi olarak yapılmıştır ve genellikle yemek ile ilişkili olsa da ilişkisiz de olabilir ayrıca devamlı ya da tekrarlayıcı özellikte olabilir, hasta başvurduğunda yeni başlamış olabileceği gibi, aylar ya da yıllardan beri de mevcut olabilir (3-6).

Dispepsi, erkeklerde kadınlardan yüksektir ve prevalans yaşlılarda düşüktür (7). Farklı toplumlarda dispepsi prevalansının %25-50 arasında değiştiği bulunmuştur (5-8). Dispepsi ile başvuran hastalarda yakınmaların

nedenini ortaya koymak için yapılan incelemelerde dispepsiye neden olabilecek patolojiler saptanabilirse bu tür dispepsiler organik dispepsi, lokal veya sistemik bir hastalık sorumlu olarak bulunamamış dispepsiler ise fonksiyonel dispepsi olarak tanımlanırlar (5). Ülkemizde 3543 olguda yapılan büyük bir dispepsi anket çalışmasında yaş ortalaması 38 ve olguların %30,8'inin semptomla başvurduğu saptanmıştır.

Ayrıca dispeptik semptomlarla başvuran olguların endoskopik muayenesinde; %32,6 gastrit, %23,4 duodenal ülser, %2 gastrik ülser ve %41,8'inde normal bulgular saptanmıştır (9). Dispepsi ile ilk kez başvuran ve alarm semptomları olmayan olgular psikiyatrik yönden de sorgulanarak anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır.

Elli beş yaşından genç, semptomları kronik, alarm semptomları olmayan hastalara ampirik asit süpresyon tedavisi ile başlanmalı yanıt yoksa veya semptomlar tekrarlırsa H. pylori test edilip eradikasyon tedavisi yapılmalıdır (6,10,11). Özellikle de tedavide proton pompa

inhibitörü başlanması durumunda uzun süre kullanım önerilmemekle birlikte özefajitli olguların %74-97'sinde bile 8-12 haftalık tedavi sonrasında tam iyileşme olabileceği gösterilmiştir. İdeal süre için 4-12 hafta aralığı tedavi için önerilen süredir (12,13). H. pylori eradikasyonundan sonra ve H. pylori negatif olan veya ampirik tedavi yapılanlarda semptomlar devam ediyorsa endoskopik muayene gereklidir. Alarm semptomu olan ve 45 yaşın üzerinde olan olgularda ise gastrointestinal (GİS) endoskopik muayenenin yanı sıra biyokimyasal testler, ultrasonografi (USG), gastroduodenal manometri gibi işlemler zorunlu hale gelmektedir (6,12-16).

Dispepsi tedavisinde en sık görülen tedaviye uyum problemi; hastaların dispeptik şikayetler ortaya çıkmadıkça tedavi yöntemlerine başvurmamaları ve hastalığı önemsememeleridir (3-8). Hastaları en sık rahatsız eden durum ise dispeptik şikayetlerin gece artması ve hastayı uyandırmasıdır. Bu durumun sık görüldüğü durumlarda bile hastalar yiyeceklerle ya da düzensiz antiasit ilaç alımıyla şikayetlerini geçiştirmektedirler. Hastaların ek ilaç kullanım durumu da önemli olup, kullanılan ilaç sayısı arttıkça, hastaların tüm hastalıklarına ve kendine verdiği önem azalmaktadır. Dolayısıyla hastalar kullandıkları ilaç sayısını azaltmak istemekte ve ilk olarak da en az gerekli gördükleri dispepsi ilaçlarını kesmektedirler (6,11).

Tüm kronik hastalıkların ilaç kullanımında olduğu gibi dispepsi hastalarının da tedaviye uyumunu etkileyen faktörler olmaktadır. Çalışmamızda dispepsi tanısı alan hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

Çalışma, 15.09.2015 - 31.12.2015 tarihleri arasında Meydan Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran dispepsi tanılı hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı onamları alındıktan sonra standart anket uygulanarak yürütülen kesitsel, tanımlayıcı, analitik bir çalışmadır. Anket çalışmamıza başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.09.2015 tarih 2015/369 karar no ile onay alındı.

Çalışmaya 369 hasta dahil edildi. Hastalara; ek hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanım durumu, dispepsi tanısının süresi ve düzenli ilaç kullanım durumu, dispepsi tedavisi için ilaç ve alternatif tedavi tercihi, uygulanan tedavi sonrası şikayetlerindeki değişiklik, diyetisyene gitme durumu ve diyet yapma durumu, düzenli olarak spor yapma durumu olmak üzere; demografik bilgiler de içeren anket uygulandı.

Hastalardan gebe olanlar, çocuk hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya en az 6 ay önce dispepsi tanısı almış ve ilaç tedavisi endikasyonu olan hastalar dahil edildi.

Elde edilen veriler gözden geçirilip, SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma grubunun özellikleri tanımlayıcı tipte analizlerle (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) ortaya konmuştur. Veriler; Mann-Whitney-U gruplar testi, Pearson ki-kare testi analiz yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. P değeri 0,05'ten küçük olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## **BULGULAR**

Çalışmamıza, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran ve dispepsi tanısı almış 369 hasta dahil edildi. Hastalardan 190 (%51,5) tanesi erkek, 179 (%48,5) tanesi kadın idi. Hastaların yaş ortalamaları 52,7 ( $\pm 12,2$ ) idi. 80 (%21,7) hasta dispepsi için düzenli olarak ilaç tedavisi almakta, 289 (%78,3) hasta düzenli ilaç kullanmamakta idi. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1'de, kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 2'de, diğer klinik ve sosyal özellikleri Tablo 3'de belirtilmiştir.

Dispepsi için hastaların kullandıkları ilaç dışı bitkisel tedavi yöntemlerini sorguladığımızda, en sık tercih edilen bitkisel gıda düzenli ilaç tedavisi alanlar için papatya çayı 8 (%19,0), düzenli ilaç tedavisi kullanmayanlar için kuruyemiş 21 (%15,6) idi. Dispepsi için ilaç kullanımının düzenli olma durumuna göre tercih edilen bitkisel gıdalar ve yüzdeleri tablo 4'de gösterilmiştir. Bitkisel gıda kullanım durumu ve düzenli ilaç kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

**Tablo 1:** Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	190	51,5
	Kadın	179	48,5
Medeni Hal	Bekar	65	17,6
	Evli	304	82,4
Meslek	İşsiz	29	7,9
	İşçi	52	14,1
	Memur	55	14,9
	Serbest	61	16,5
	Öğrenci	5	1,4
	Ev Hanımı	47	12,7
	Emekli	120	32,5
Eğitim düzeyi	Yok	22	6,0
	İlkokul	33	8,9
	Ortaokul	135	36,6
	Lise	159	43,1
	Yüksekokul	20	5,4

**Tablo 2:** Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı

Hastaların mevcut kronik hastalıkları	n	%
Kronik hastalık	100	27,1
Kalp hastalığı	36	9,8
Psikiyatrik hastalık	14	3,8
Hipertansiyon	56	15,2
Troid hastalığı	19	5,1
Karaciğer hastalığı	6	1,6
Böbrek hastalığı	3	0,8
Diyabet	31	8,4
Diğer	22	6,0

**Tablo 3:** Katılımcılara ait diğer klinik ve sosyal özelliklerin dağılımı

Katılımcıların diğer klinik ve sosyal özellikleri		n	%
Kronik ilaç kullanımı	Var	93	25,2
	Yok	276	74,8
Dispepsi süresi	6 ay-1 yıl	65	17,6
	2-5 yıl	236	64,0
	5-10 yıl	57	15,4
	10 yıldan fazla	11	3,0
Dispepsi için düzenli ilaç kullanımı	Var	80	21,7
	Yok	289	78,3
İlaç dışı tedavi kullanımı	Var	197	50,6
	Yok	192	49,4
Kullanılan ilaç dışı metot işe yaradı mı?	Evet, kendimi daha iyi hissediyorum.	22	6,0
	Evet, Şikayetlerim geçti.	20	5,4
	Evet, Şikayetlerimde azalma oldu	24	6,5
	Evet, ileride işe yarayacağımı düşünüyorum.	29	7,9
	Evet, ilaç tedavisinin zararlı olabileceğini düşünüyorum.	29	7,9
	Evet, ilaç tedavisinin yetersiz olduğunu düşünüyorum.	24	6,5
	Hayır	11	3,0
Endoskopi yapıldı mı?	Kararsızım	18	4,9
	Yapıldı, Normal raporlandı.	72	19,5
	Yapıldı, Patoloji raporlandı.	18	4,9
Diyetisyene gitti mi?	Yapılmadı.	279	75,6
	Evet	75	20,3
	Hayır	294	79,7
Diyet yapıyor mu?	Evet	110	29,8
	Hayır	259	70,2
Spor yapıyor mu?	Evet	67	18,2
	Hayır	302	81,8

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dispepsi için düzenli ilaç kullanım durumları Tablo 5'de gösterilmiştir. Hastaların yaşları arttıkça düzenli ilaç kullanmama oranının arttığı ve pozitif korele olduğu saptandı. Meslek gruplarına baktığımızda işsiz olmuş olanların dispepsi için düzenli ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olanlarının daha yüksek olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). Eğitim düzeylerine baktığımızda eğitimi olmayanların düzensiz ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4:** Tedavi için bitkisel tercihlerin sıklıkları

Düzenli İlaç Kullanımı	Var		Yok	
	n	%	n	%
Elma suyu sirkesi	4	9,5	11	8,2
Bal	3	7,1	20	14,8
Karbonat	5	11,9	8	5,9
Aloe vera suyu	3	7,1	8	5,9
Kuruyemiş	6	14,3	21	15,6
Zencefil çayı	2	4,8	11	8,2
Papatya çayı	8	19,0	12	8,9
Meyan kökü	2	4,8	4	2,9
Ekmek	2	4,8	11	8,2
Muz	3	7,1	0	0,0
Keten tohumu	1	2,4	8	5,9
Rezene çayı	1	2,4	8	5,9
Leblebi	0	0,0	2	1,5
Havuç	1	2,4	5	3,7
Çörek otu	1	2,4	3	2,2
Diğer	0	0,0	3	2,2
Toplam	42	100	135	100

P=0,126

**Tablo 5:** Sosyodemografik özelliklere dispepsi için düzenli ilaç kullanım durumları

		Düzenli İlaç Kullanımı				p <sup>1</sup>
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	42	52,5	148	51,2	0,838
	Kadın	38	47,5	141	48,8	
Medeni hal	Bekar	15	18,8	50	17,3	0,763
	Evli	65	81,2	239	82,7	
Meslek	İşsiz	3	3,8	26	9,0	0,038 <sup>‡</sup>
	İşçi	9	11,2	43	14,9	
	Memur	11	13,8	44	15,2	
	Serbest	8	10,0	53	18,3	
	Öğrenci	3	3,8	2	0,7	
	Ev hanımı	12	15,0	35	12,1	
	Emekli	34	42,5	86	29,8	
Eğitim düzeyi	Yok	1	1,2	21	7,3	0,037 <sup>‡</sup>
	İlkokul	7	8,8	26	9,0	
	Ortaokul	29	36,2	106	36,7	
	Lise	34	42,5	125	43,3	
	Yüksekokul	9	11,2	11	3,8	

<sup>1</sup>Pearson ki-kare testi p değeri

<sup>‡</sup>p<0,05

Kronik hastalık varlığı ile dispepsi için düzenli ilaç kullanım durumuna baktığımızda; herhangi bir kronik hastalığı olanlar, kalp hastalığı ve tiroid hastalığı olanların düzenli ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0,05). Hipertansiyon ve diğer kronik hastalığı olanların düzensiz ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 6).

**Tablo 6:** Kronik hastalık varlığı ve çeşitlerine göre dispepsi için düzenli ilaç kullanım durumları

		Düzenli İlaç Kullanımı				P
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Kronik hastalık	Var	37	46,2	63	21,8	0,000013
	Yok	43	53,8	226	78,2	
Kalp hastalığı	Var	15	18,8	21	7,3	0,002
	Yok	65	81,2	268	92,7	
Psikiyatrik Hastalık	Var	5	6,2	9	3,1	0,194
	Yok	75	93,8	280	96,9	
Hipertansiyon	Var	22	27,5	34	11,8	0,001
	Yok	58	72,5	255	88,2	
Tiroid Hastalığı	Var	10	12,5	9	3,1	0,001
	Yok	70	87,5	280	96,9	
Karaciğer Hastalığı	Var	2	2,5	4	1,4	0,485
	Yok	78	97,5	285	98,6	
Böbrek Hastalığı	Var	1	1,2	2	0,7	0,623
	Yok	79	98,8	287	99,3	
Diyabet	Var	10	12,5	21	7,3	0,135
	Yok	70	87,5	268	92,7	
Diğer	Var	9	11,2	13	4,5	0,024
	Yok	71	88,8	276	95,5	

<sup>1</sup>Pearson ki-kare testi p değeri

Dispepsi için düzenli ilaç kullanmama nedenlerinin sıklıkları Tablo 7'de, düzenli ilaç kullanma nedenlerinin sıklıkları ise Tablo 8'de gösterilmiştir. Kullanılan ilaç grubu ve düzenli ilaç kullanma grubunun karşılaştırıldığı Tablo 9'da görüldüğü üzere düzenli ilaç kullanmayanlardan antiasit ve hem antiasit hem ppi kullananların istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu (p<0,05).

**Tablo 7:** Düzenli ilaç kullanmama nedenlerinin sıklıkları

Düzenli ilaç kullanmama nedenleri	n	%
Nasıl kullanılacağını bilmiyorum	6	2,1
Yan etkileri olabileceği için	25	8,7
Sürekli kullanmak istemediğimden	57	19,7
Çok ilaç kullandığımdan	49	17,0
Şikayetim sürekli olmadığından	94	32,5
İşe yaradığını düşünmüyorum	35	12,1
Doktor önermedi	16	5,5
Diğer	7	2,4
<i>Toplam</i>	289	100

**Tablo 8:** Nedenlere göre düzenli ilaç kullanma sıklıkları

	n	%
Doktor önerdi	6	7,5
Şikayetlerimi geçirdi	42	52,5
Çok ilaç kullanıyorum	30	37,5
Diğer	2	2,5
<i>Toplam</i>	289	100

**Tablo 9:** Kullanılan ilaç grubuna göre düzenli ilaç kullanma durumu

İlaç grupları	Düzenli İlaç Kullanımı			
	Var		Yok	
	n	%	n	%
PPİ	34	42,5	80	27,7
Antiasit	26	32,5	104	36,0
PPİ + Antiasit	20	25,0	105	36,3

$P=0,030$

## TARTIŞMA

Çalışmamızda meslek gruplarına ve eğitim düzeyine bakıldığında; Uğurluer ve arkadaşları ile Mirlier ve arkadaşlarının çalışmalarına benzer şekilde; eğitim düzeyi düşük olanların (işsiz olanlar ve hiç eğitimi olmayanlar) dispepsi için düzenli ilaç kullanımının olmadığı

istatistiksel olarak anlamlı olanlarının daha yüksek olduğu görüldü ( $p<0,05$ ) (17,18).

Çalışmamızda, hipertansiyon ve diğer kronik hastalığı olanların düzensiz ilaç kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterildi ( $p<0,05$ ). Diker'in çalışmasına benzer şekilde çoğul ilaç kullanımının olmasının, dispepsi tedavisini düzenli kullanmada sorun teşkil ettiği gösterilmiştir (19).

Düzenli ilaç kullanmama nedenlerinin sıklıklarına baktığımızda, hastaların şikayetim sürekli olmaması (%32,5) en sık karşılaşılan sorun olarak görülmüştür. Düzenli ilaç kullanma sıklıklarında ise şikayetleri geçirdiğinden (%52,5) cevabı en sık olarak verilmiştir. Cingil ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde çalışmamızda da, şikayetin olmaması durumunda hastaların ilacı doktor önerisine gerek duymadan kesme eğiliminde olduğu belirtilmiştir (20). Başta alarm semptomları olan hastalar olmak üzere, hastalığın önemi ve tedavi hakkında hasta eğitimine gereken zamanın ayrılmasının, tedavi uyumunda en önemli faktör olduğu düşünülmektedir.

Hastayla iletişimde sağlık çalışanının kişilik özellikleri de önemlidir. Gösterilen nezaket, şevkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve daha da önemlisi tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır (21,22). İzmir'de yapılan bir araştırmada, katılımcıların büyük oranı, "güvenilirlik" ve "güven" boyutlarını, en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir (23).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastanın ilk temas noktası olduğundan, özel teknik terimlerin azaltılması diğer basamaktaki sağlık kuruluşlarına göre daha çok önem arz etmektedir. Doktorun söyleyeceklerinin zaten pek azını anlayacağından, bu konuşmaların bir de tıbbi terimlerle yapılması, hastanın daha da kafasının karışmasına ve tedaviden vazgeçmesine bile neden olabilmektedir. Kültürel farklılıkların azaltılması sağlanmalıdır. Özellikle de eğitim düzeyi düşük olan hastalarda iletişimin sağlıklı sağlanması için doktorun iletişim becerilerinin de önemi büyüktür. Tüm tedavi protokollerinde, özellikle de dispepsi tedavisi için sağlıklı bir iletişim ile hastaların tedaviye uyumları daha kolay olacaktır.



## SONUÇ

Dispepsi tedavisi uzun süren, yeterli süre ve dozda almayı gerektiren bir tedavidir. Dispeptik şikayetlerle başvuran hastaya uzun süre ilaç kullanımını her zaman önerilmemektedir. Çoğu hastalık seyirinde şikayetlerin geçmesinin veya belli süre aralıklarının bitmesi ardından ilaç tedavisinin sonlandırılabilceği hasta takibinde irdelenmeli ve sürekli ilaç kullanmak yerine gerektiğinde kesme yönünde de hasta teşvik edilmelidir. Hastaların tedavi sürelerinin ve hastalık tanılarının çalışmaya dahil edilmemesi, kısıtlılıklarımız arasında sayılabilir.

Uzun süreli ilaç kullanılması gereken durumlarda hedef, tedavinin sonuna kadar hastayı ilaçlarını almaya ve kontrollerine gelmeye ikna edebilmektir. Burada en büyük görev hastaya ve sağlık çalışanlarına düşmektedir. Hasta-doktor iş birliğinden, tedavisine ve kontrollerine düzenli gelen hastayı ödüllendirmeye kadar birçok yöntem denenebilir.

## KAYNAKLAR

- 1)Westbrook JI, McIntosh JH, Talley NJ. The impact of dyspepsia definition on prevalence estimates: Considerations for future researchers. *Scand J Gastroenterol.* 2000; 35: 227–33.
- 2)Köksal AŞ, Oğuz D, Özden A. The frequency of dyspepsia in patients admitting to primary health care centers in Turkey. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi.* 2008; 7: 11–7.
- 3)Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. *Scand J Gastroenterology.* 1999; 34: 3–8.
- 4)Talley NJ, Phillips SF. Non-ulcer dyspepsia: potential causes and pathophysiology. *Ann Intern Med.* 1988; 108: 865–79.
- 5)Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut.* 1999; 5: 37–42.
- 6)Karabulut S, Karabulut M, Akarsu C, Bozkurt MA, Bademler S, Kocataş A, Basat S, Alış H. To investigate possible etiologic factors of organic and functional dyspepsia in Turkey: Medical Journal of Bakırköy. 2015; 11: 17–23.
- 7)Agreus L. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders. *Eur J Surg.* 1998; 583: 60–6.
- 8)Knill-Jones RP. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. *Scand J Gastroenterology.* 1991; 26: 17–24.
- 9)Dağlı Ü, Kosar Y, Över H, ve ark. Kronik dispepside Helikobakter pilori ve semptom profili. *Turk J Gastroenterology.* 1998;

1: 47–50.

- 10)Pilichiewicz AN, Feltrin KL, Horowitz M, et al. Oral carbohydrate and fat differentially modulate symptoms, gut hormones and antral area in functional dyspepsia. *Gastroenterology.* 2008; 134: A-435.
- 11)Talley NJ, Vakıl NB, Moayyedi P. American Gastroenterological Association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology.* 2005; 129: 1756–80.
- 12)Köseoğlu T. Gastroözefageal Reflü Hastalığının Tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi.* 2005; 12: 59–65.
- 13)Castell DO, Richter JE, Robinson M, et al. Efficacy and safety of lansoprazole in the treatment of erosive reflux esophagitis. The Lansoprazole Group. *Am J Gastroenterol.* 1993; 28: 224.
- 14)Talley NJ, Vakıl N, Delaney B, et al. Management issues in dyspepsia: current consensus and controversies. *Scand J Gastroenterology.* 2004; 39: 913–8.
- 15)Fisher RS, Parkman HP. Management of nonulcer dyspepsia. *N Engl J Med.* 1998; 339: 1376–81.
- 16)Fidancı İ, Şükrü ÜE. Factors Affecting the Treatment Adherence in Dyspepsia Patients. *Journal of Family Medicine and Health Care.* 2015; 1: 8–10.
- 17)Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA. Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı ve Nedenleri. *Van Tıp Dergisi.* 2007; 14: 68–73.
- 18)Mirici A, Meral M, Akgün M, Sağlam L, İnandı T. Factors affecting patients compliance to inhalation techniques. *Solunum Hastalıkları Dergisi.* 2001; 12: 13–21.
- 19)Diker J. Chronic diseases and drug use in elderly over 65 years in the körfez health center 6 as well as in the one at yüzbaşılar in the province of kocaeli. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2000; 3: 91–7.
- 20)Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Evaluation of compliance and level of knowledge of patients with hypertension living in Karaman city center, Turkey. *Arch Turk Soc Cardiol.* 2009; 37: 551–6.
- 21)Alcan Z. Bayındır Tıp Merkezi hemşirelik hizmetleri müdürlüğü hasta memnuniyet anket sonuçları. İçinde: Çoruh M (Ed). Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara. 1997; 133–8.
- 22)Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi.* 2007; 5: 140–3.
- 23)Devebakan N, Yağcı K. Sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasında servikal yöntemi. Sağlık ve hastane yönetimi 2. Ulusal kongresi bildiriler kitabı. Ankara. 2005; 543–53.