

EREDETI KÖZLEMÉNY

Hypertoniával élők életminőségének, alvásminőségének és gyógyszereszedési szokásainak a felmérése

VARGA Bernadett, Dr. STROMAJER-RÁCZ Tímea PhD, LAKI Szimonetta, Dr. PUSZTAFALVI Henriette PhD, habil., PETÓNÉ DR. CSIMA Melinda PhD, habil.

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A magasvérnyomás-betegség az egyik legfőbb rizikótényezője az egyéb cardiovascularis betegségek kialakulásának. Jelen vizsgálat célja a 45 évnél idősebb, hypertoniával élő betegek gyógyszereszedési szokásainak, alvásminőségének és életminőségének a felmérése volt.

Vizsgálat módszere: Kvantitatív leíró jellegű, keresztmetszeti vizsgálatunkat 2022-ben végeztük online kérdőív formájában, 45 évesnél idősebb, hypertoniában szenvedő betegek körében (n=143). Az adatgyűjtés eszköze Morisky Medication Adherence Scale (8 item), Pittsburgh Sleep Quality Index, EQ-5D-5L és saját szerkesztésű kérdőív.

Eredmények: Az alacsonyabb életkorú betegekre magasabb szintű terápiahűség volt jellemző (R=0,36; p=0,024). Akik rendszeresen felkeresik háziorvosukat, következetesebben szedik a gyógyszereiket (p=0,048). A megfelelő alvásminőség pozitív hatással van az életminőségre (p<0,001).

Következtetés: A háziorvos rendszeres felkeresése egyrészt segíti a gyógyszereszedési fejelem betartását, másrészt kiváló lehetőséget biztosít a betegedukációra, az egészségfejlesztésre. Kiemelt jelentőségű ezért a magasvérnyomás-betegek figyelmét felhívni a rendszeres időközönként történő háziorvosi ellenőrzés szerepére, amely hozzájárulhat a magas vérnyomás következtében kialakuló szövődmények megelőzéséhez.

Kulcsszavak: magas vérnyomás, életminőség, alvásminőség, gyógyszereszedés

Assessment of Life and Sleep Quality and Adherence among Individuals Living with Hypertension
Bernadett VARGA, Tímea STROMAJER-RÁCZ PhD, Szimonetta LAKI, Henriette PUSZTAFALVI PhD, Habil, Melinda PETÓNÉ CSIMA PhD, Habil

SUMMARY

Purpose: The high blood pressure disease is one of the primary risk factors for the development of other cardiovascular diseases. The aim of the present study was to assess the medication habits, sleep quality, and quality of life of patients aged 45 and older living with hypertension.

Methods: Our study was a quantitative descriptive cross-sectional survey conducted in 2022 in the form of an online questionnaire among patients aged 45 and older suffering from hypertension (n=143). The data collection tools included the Morisky Medication Adherence Scale (8 items), the Pittsburgh Sleep Quality Index, EQ-5D-5L, and a self-designed questionnaire.

Results: Lower age was associated with higher levels of medication adherence (R=-0.36; p=0.024). Patients who regularly visited their general practitioner showed more consistent medication intake (p=0.048). Adequate sleep quality positively influenced the quality of life (p<0.001).

Conclusion: Regular visits to the general practitioner not only facilitate medication adherence but also provide an excellent opportunity for patient education and health promotion. Therefore, it has paramount importance to draw the attention of hypertensive patients to the role of regular check-ups with their general practitioner, which can contribute to the prevention of complications arising from hypertension.

Keywords: adherence, hypertension, sleep quality, quality of life

VARGA Bernadett szakoktató
PTE-ETK, Kaposvári Képzési
Központ, Egészségtudományi
Alapozó, Szülésznői és Védőnői
Intézet
ORCID-azonosító:
0000-0002-1990-5905

DR. STROMAJER-RÁCZ Tímea
adjunktus, képzésközpont-
igazgató, PTE-ETK, Kaposvári
Képzési Központ, Diagnosztikai
Intézet
ORCID-azonosító:
0009-0005-3860-1420

LAKI Szimonetta

DR. PUSZTAFALVI Henriette
egyetemi docens, PTE-ETK,
Egészségbiztosítási Intézet
ORCID-azonosító:
0000-0001-9296-7160

PETÓNÉ DR. CSIMA Melinda
egyetemi docens, MATE
Neveléstudományi Intézet
ORCID-azonosító:
0000-0001-8361-6385

Levelező szerző

(corresponding author):

VARGA Bernadett

E-mail:

bernadett.varga@etk.pte.hu

Beérkezett: 2024. március 27.

Elfogadva: 2024. április 7.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0008> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A cardiovascularis betegségeket (CVD) világszerte vezető halálokként tartjuk számon, a népesség közel egyharmadát érinti. Európában a halálozási esetek mintegy feléért a szív- és érrendszeri kórképek felelősek, amelyek az életkor előrehaladtával egyre nagyobb arányban fordulnak elő. A nemek közötti különbségek a cardiovascularis betegségek életkori prevalenciájában ragadhatók meg: a nők körében 75 éves kor felett gyakrabban fordul elő szív- és érrendszeri megbetegedés, míg a férfiak esetén 65 év alatt figyelhető meg nagyobb mértékű halálozási arány (Townsend et al., 2015).

A megfelelő mennyiségű és minőségű alvás hiánya szintén szerepet játszhat a cardiovascularis események kialakulásában. A magas vérnyomást, ami jelentős mértékben járul hozzá a kórkép kialakulásához, összefüggésbe hozták a nem megfelelő alvásminőséggel. Európában és Ázsiában klinikai vizsgálatokkal igazolták a nem megfelelő alváskvalitás és a magasabb szisztolés és diasztolés vérnyomás értékei közötti szoros kapcsolatot (Lo et al., 2018). Hazánkban egy 2011. évi szűrőprogram keretében a résztvevők valamivel több mint felénél (52%) mértek 140/90 Hgmm-nél magasabb vérnyomásértékeket. Nem is olyan meglepő tény, hogy ennek tükrében a hypertonia az orvos-páciens találkozások egyik leggyakoribb okaként szerepel Magyarországon is. A vérnyomáscélértékek elérése kiváltképp releváns a cardiovascularis szövődmények rizikójának csökkentése érdekében. Az elmúlt időszak felméréseinek eredménye, illetve a Hypertonia Regiszter alapján az antihipertenzív kezelésben részesülő páciensek majdnem fele nem éri el a célvérnyomásértéket (Simonyi & Ferenci, 2016). A cardiovascularis betegségek ellátásában alapvető cél a megfelelő gyógyszeres terápia beállítása, azonban a gyógyszer-adherencia kérdése napi szintű problémaként jelenik meg, annak ellenére, hogy számos betegség esetén alátámasztást nyert, hogy a terápiahűség javítja a páciensek prognózisát. A kérdés fontosságát az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is igazolja. Az Európai Kardiológus Társaság által kiadott legutóbbi útmutató bizonyítja, hogy a cardiovascularis mortalitás elmúlt években történő csökkenésének csaknem 25%-a az evidenciákkal igazolt gyógyszeres terápia eredménye (Jánosi et al., 2017). A nem megfelelő adherencia hátterében különböző tényezők állhatnak. Az egyik fő ok a gyógyszer mellékhatások, amelyek az idősebb korcsoportban gyakrabban fordulnak elő a társbetegségek halmozott jelenléte következtében, illetve a megromlott fizikális és mentális funkció is magyarázhatja a nem kielégítő gyógyszereszedési szokásokat. A gyógyszer mellékhatások különböző mértékben

befolyásolják a betegek életminőségét, illetve nagy terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre (Chiatti et al., 2012). A terápiahűség kiemelt jelentőségű ebben a betegségcsoportban, mivel egyrészt a rezisztens hypertoniában szenvedőknél a célszervkárosodás 50-100%-kal gyakoribb a nem megfelelő gyógyszereszedés mellett, másrészt a cardiovascularis betegségek kialakulása 2-2,5-szörösére növekszik (Cuspidi et al., 2001).

Vizsgálatunk célja ennek megfelelően felmérni a 45 évnél idősebb szív- és érrendszeri betegségben szenvedő páciensek terápiahűségét, valamint életminőségét és alvásminőségét. Az eredmények birtokában továbbá javaslatokat szeretnénk megfogalmazni azzal kapcsolatban, hogy az egészségügyi ellátószemélyzet miként tudna segíteni a betegeknek az életminőségük, alvásminőségük javításában, továbbá az előírt terápia betartásának hatékonyságában.

Anyag és módszer

Az adatfelvétel 143 felnőtt bevonásával történt 2022-ben, kvantitatív, leíró jellegű, keresztmetszeti vizsgálat formájában, nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel alkalmazásával. A kérdőíves vizsgálatra papíralapon és online formában került sor. A papíralapú kérdőíveket házi orvosi körzetekbe juttattuk el, az ott dolgozó személyzet segítségével zajlott az adatfelvétel. Beválasztási kritérium volt a hypertonia betegséggel kezelés, amire legalább egyféle gyógyszer szed a résztvevő, valamint a 45 év feletti életkor. A kutatásból kizártuk azokat a személyeket, akik mentális problémájuk miatt nem tudták helyesen megítélni saját állapotukat, és nem tudtak releváns válaszokat adni a feltett kérdésekre, illetve figyelmen kívül hagytuk a hibásan vagy a hiányosan kitöltött kérdőíveket is.

A kérdőív saját szerkesztésű kérdéseket és validált kérdőíveket tartalmazott. A saját szerkesztésű kérdőív kérdéscsoportjai a szociodemográfiai jellemzőkre (nem, kor, iskolai végzettség, lakhely, családi állapot, munkavégzés), a kontrollon való részvétel gyakoriságára, továbbá a vérnyomásmérés gyakoriságára vonatkozó kérdéseket foglalta magában.

Validált kérdőívek

Pittsburgh alvásminőségi index (PSQI)

A PSQI kérdőív 19 tételből álló skála, amely hét tényező alapján (az egyéni alvásminőség, alváskésleltetés, az alvás időtartama, az alvás hatékonysága, alvászavarok, gyógyszerek használata alváshoz és működészavar) határozza meg az alvás minőségét egy

hónapra vonatkozóan. Az egyes tételekre 0–3 pont adható és az így kapott pontszámokat összeadva kapjuk meg a globális PSQI-pontszámot, maximum 21 pontot. Amennyiben az összesített pontszám 5 feletti, az rossz minőségű alvásra utal (Buysse et al., 1989).

Morisky Medication Adherence 8 Scale (MMAS-8)

A kérdőív a betegek terápiával kapcsolatos együttműködését hivatott mérni. A kérdésekre igen, illetve nem válasz adható. Az igen válaszok 0, míg a nem válaszok 1 pontot érnek. A nyolc kérdésből álló Morisky-kérdőív azt méri fel, hogy mennyire szedi következetesen a beteg az orvos által előírt gyógyszert. Minél magasabb az elért pontszám, annál nagyobb a terápiahűség (Morisky et al., 1986).

EQ-5D-5L

Az EQ-5D-5L egy önértékelő, életminőséget felmérő kérdőív, amely két részből áll. A kérdőív első része leíró jellegű, ami öt komponenset tartalmaz: mobilitás, öngondoskodás, szokásos tevékenységek, fájdalom, depresszió/szorongás. Minden komponens öt válaszlehetőséget kínál a kitöltő számára, amelyekből egy ötjegyű kódszámot kapunk eredményül. A kódszámokból indexszám számolható, amely meghatározott értékkészlet alapján algoritmust számol ki. Kutatásunkban az Egyesült Királyság értékkészletét alkalmaztuk (–0,594–1), ahol a magasabb érték jobb egészségi állapotra utal. A kérdőív második része egy vizuális analóg skála, amely 0–100-ig azt írja le, hogy a páciens milyennek ítéli meg az egészségi állapotát (Dolan, 1997).

Statisztika

Az elemzés során az SPSS 20.0 statisztikai programcsomagot alkalmaztuk, a leíró statisztika részeként átlagot, szórást, illetve gyakoriságot számoltunk, a változók közötti kapcsolat vizsgálatához khi-négyzet-próbát, varianciaanalízist, t-próbát és korrelációs számítást végeztünk. Az eredményeket minden teszt esetén $p < 0,05$ -nél tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények

A válaszadók szociodemográfiai jellemzői

Az adatgyűjtést követően összesen 143 értékelhető kérdőív állt rendelkezésünkre. A válaszadók 72%-a nő, az átlagéletkor 55,48 év (SD: 8,707, minimum: 45 év, maximum: 81 év) volt.

A megkérdezettek 73,4%-a ($n=105$) házastársi/élettársi kapcsolatban él, 3,5%-uk ($n=5$) gyermeket is nevel, az egyedül élők aránya 23,1% ($n=33$). A megkérdezettek 45,5%-ának ($n=65$) középfokú (érettségi) végzettsége van. Kutatásunkban a legfeljebb szakiskolai végzettséggel rendelkezők aránya volt a legalacsonyabb ($n=32$; 22,4%). A felmérésben résztvevők 33,6%-a ($n=48$) falun, 54,5%-a ($n=78$) városban, 11,9%-a ($n=17$) pedig a fővárosban él.

A gazdasági aktivitásra vonatkozó válaszok alapján a minta több mint fele ($n=90$; 62,9%) aktív munkavállaló, 34,7%-a ($n=49$) nyugdíjas, 2,8%-a ($n=4$) pedig valamilyen szociális ellátásban részesül. Az általunk megkérdezett személyek 90,9%-a ($n=130$) otthonában ellenőrzi vérnyomását, 32,9%-uk ($n=47$) fel is jegyzi a kapott értékeket. A betegek mindössze 6,3%-a ($n=9$) válaszolta, hogy egyáltalán nem méri meg a vérnyomását. Házi orvosát 60 fő (42%) évente mindössze egy-két alkalommal keresi fel, s a megkérdezettek 14,7%-a ($n=21$) egyáltalán nem megy házi orvosához. A kutatásban részt vevő betegek utoljára mért szisztolés vérnyomás-értéke 130,3 Hgmm (minimum: 90; maximum: 200; SD: 18,476), utoljára mért diasztolés értéke 78,19 Hgmm (minimum: 40; maximum: 140; SD: 11,853) volt.

A magasvérnyomás-betegség egyik ismert rizikófaktor a elhízás. Az általunk megkérdezett betegek átlagos BMI-je 28,379 kg/m² (minimum: 16,23, maximum: 51,21, SD: 5,725). A BMI-értékeket a WHO által meghatározott kategóriákba soroltuk. A résztvevők 70,6%-a ($n=101$) túlsúlyos kategóriába tartozik (BMI: >25 kg/m²) és 29,4%-a ($n=42$) normál testsúlyúnak számít (BMI: 18–24,99 kg/m²). A nők nagyobb arányban tartoznak az elhízott kategóriába ($n=103$; 67,3%), mint a férfiak ($n=40$; 32,7%; $p=0,038$).

MMAS-8 kérdőív

A gyógyszereszedési szokásokat vizsgáló kérdőív-re (MMAS-8) adott válaszok átlagpontszáma 6,36 pont ($n=143$; minimum: 1,75; maximum: 8; SD: 1,4317) volt. A tökéletes terápiahűségű csoportba (8 pont) 10 fő (7%), a közepes szintű adherenciát mutató csoportba (6 és <7,99 pont között) 96 fő (67,1%) és a rossz terápiahűségű csoportba (<6 pont) 37 fő (25,9%) került. A résztvevők legmagasabb arányban azt jelölték ($n=131$; 91,6%), hogy bevették előző nap a gyógyszereiket. A válaszadók 32,2%-a ($n=46$) érzi tehernek a mindennapi gyógyszereszedést. A nők ($n=103$) átlagpontszáma 6,47 pont (SD: 1,36), a férfiaké 6,09 pont (SD: 1,57; $n=40$) volt, jelentős különbség azonban nem igazolódott a két csoport között ($t=-1,428$; $p>0,155$). Az életkor és a gyógyszereszedési adherencia között

I. táblázat: Az alvásminőség, lakhely és gazdasági aktivitás összefüggésének vizsgálata

		PSQI			
		n	Átlagpont	SD	
Lakhely	falu	27	7,26	3,23	t=2,317; p=0,022
	város	78	5,74	3,36	
Gazdasági aktivitás	aktív munkavállaló	90	5,64	3,36	t=-2,122; p=0,036
	nyugdíjas	53	6,96	3,28	

II. táblázat: Az életminőség, alvásminőség és a gazdasági státusz összefüggésének vizsgálata

		EQ-5D-5L VAS			
		n	Átlagpont	SD	
Gazdasági státusz	aktív munkavállaló	90	76,91	15,81	t=2,326; p=0,021
	nem dolgozik/nyugdíjas	53	69,36	22,91	
PSQI	jó alvásminőség	68	80,54	14,81	t=4,050; p<0,001
	rossz alvásminőség	75	68,28	20,6	

gyenge szorosságú, negatív irányú kapcsolat igazolható lineáris regresszióanalízis alapján ($R=-0,36$; $p=0,024$). Az eredmények azt mutatják, hogy a kor előrehaladtával kevésbé szedik következetesen az orvos által elrendelt gyógyszereket az általunk megkérdezett betegek. A gazdasági státusz ($\chi^2=10,946$; $df=2$, $p=0,004$) vizsgálata során szignifikáns kapcsolat igazolható. A leíró statisztika alapján elmondható, hogy az aktív gazdasági státuszú betegekre inkább jellemző a közepes szintű terápiahűség. A háziorvos felkeresésének gyakorisága is jelentős hatással van az adherencia mértékére ($t=-2,004$; $p=0,048$). Azokra a betegekre, akik rendszeresen felkeresik háziorvosukat, magasabb átlagpontszám jellemző ($n=31$; 6,66 pont; SD: 1,03), mint akik ritkán vagy egyáltalán nem jelennek meg háziorvosi kivizsgáláson ($n=81$; 6,17 pont; SD: 1,58). A vérnyomás-ellenőrzés gyakorisága azonban nem befolyásolja jelentősen a gyógyszereszedési szokásokat ($t=1,191$; $p=0,236$), valamint a vérnyomásértékek feljegyzése sincs hatással az adherencia mértékére ($t=0,651$; $p=0,516$).

Alvásminőség-kérdőív (PSQI)

Az alvásminőség felmérésére szolgáló (PSQI) kérdőív átlagpontszáma 6,13 pont ($n=143$; minimum: 0; maximum: 17; SD: 3,38) volt. A szakirodalomnak megfelelően két csoportot hoztunk létre: 1. jó alvásminőség (5 pont alatt): ebbe a csoportba a megkérdezettek 52,4%-a ($n=75$); 2. rossz alvásminőség (5 pont felett): a betegek 47,6%-a ($n=68$) került ebbe a kategóriába. A betegek átlagosan 22 óra 32 percet ($n=143$; minimum: 20; maximum: 24; SD: 0,94) fekszenek le aludni és 32,31 percre van szükségük az elalváshoz ($n=143$; minimum: 0; maximum: 300;

SD: 46,90). A betegek 46,2%-a ($n=66$) jellemezte kevésbé jónak az alvásminőségét az elmúlt egy hónapban és 15,4% ($n=22$) válaszolta, hogy hetente három vagy több alkalommal használt altató típusú gyógyszert az elalváshoz.

A háziorvos felkeresési gyakorisága ($t=-1,007$; $p=0,316$), valamint a vérnyomás-ellenőrzés gyakorisága ($t=1,243$; $p=0,216$) nem befolyásolta az alvásminőséget.

Felmérésünkben a lakhely, a gazdasági státusz jelentős differenciáló tényezőnek bizonyult az alvásminőség tekintetében. A falun élő betegekre magasabb átlagpontszám volt jellemző, mint a városi lakosokra, valamint a nyugdíjas betegek esetén is magasabb átlagpontszámot tapasztaltunk, mint az aktív munkavállalóknál (**I. táblázat**).

EQ-5D-5L

Az életminőség felmérésére szolgáló EQ-5D-5L kérdőív részét képező VAS átlagpontszáma 74,11 pont volt (minimum: 0, maximum: 100, SD: 19,040). Az aktív munkavállalók önbevallásos életminőségének átlagpontszáma magasabb, mint akik már nem dolgoznak. Az alvásminőség is szignifikáns összefüggést mutatott az életminőséggel. A PSQI-teszt alapján, akik a jó alvásminőségű csoportba kerültek, azokra magasabb EQ-5D-5L-átlagpontszám volt jellemző, mint a rossz alvásminőségű csoportra (**II. táblázat**).

Az életminőséget felmérő kérdőív egyes komponenseit elemezve megállapítható, hogy a megkérdezett betegek 59,8%-ának ($n=85$) nincs problémája a járással, 82,5% ($n=118$) vallotta, hogy nem okoz számára problémát az öngondoskodás (fürdés/öltözködés), a betegek 60,1%-a ($n=86$) nem érzett nehéz-

III. táblázat: Az alvásminőség, a nem, a lakhely és a családi állapot összefüggései

		EQ-5D-5L-index			
		n	Átlag	SD	
Nem	férfi	103	0,735	0,73	t=-2,068; p=0,040
	nő	40	0,617	0,41	
Lakhely	város	78	0,756	0,25	t=-3,048; p=0,003
	falu	27	0,594	0,378	
Családi állapot	egyedülálló	15	0,506	0,11	F=3,47; p=0,01
	párkapcsolatban él	105	0,716	0,92	
	gyereket nevel	5	0,884	0,29	

séget a szokásos tevékenységek ellátásában, 42,4%-a (n=49) jelezte, hogy enyhe fájdalommal éli minden napjait és a megkérdezettek 51%-a (n=73) nem érzi szorongónak magát.

A válaszok alapján kialakult kódszámokból számított index $-0,594$ és 1 között alakult, átlagosan pedig $0,702$ (minimum: $-0,59$; maximum: 1 ; SD: $0,308$) volt.

A nők indexátlaga szignifikánsan magasabb, mint a férfiaké. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a városi lakosokra is jobb életminőség jellemző, mint a falusi lakhellyel rendelkező betegekre, továbbá, aki párkapcsolatban él vagy gyermeket nevel, szintén jobb életminőségről számolt be az egyedülálló betegekhez képest (III. táblázat). A korrelációs elemzéssel gyenge szorosságú, negatív irányú kapcsolatot találtunk az életminőség és az alvásminőség között ($R=0,201$; $p=0,016$).

A házi orvos felkeresése, a vérnyomásmérés gyakorisága, illetve a gyógyszeres adherencia és az alvásminőség között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot ($p>0,05$).

Következtetés

A válaszadók 90,9%-a (n=130) saját bevallása szerint ellenőrzi vérnyomását otthonában, ám mindössze csak 32,9%-uk (n=47) jegyzi fel a kapott értékeket. A résztvevők 6,3%-a (n=9) válaszolta azt, hogy egyáltalán nem méri meg a vérnyomását. A megkérdezett betegek 14,7%-a (n=21) egyáltalán nem keresi fel házi orvosát ellenőrzés kapcsán. A kutatásban résztvevők utójára mért átlagos szisztolés vérnyomásértéke $130,3$ Hgmm (minimum: 90 ; maximum: 200 ; SD: $18,476$), míg az utójára mért átlagos diasztolés értéke $78,19$ Hgmm (minimum: 40 ; maximum: 140 ; SD: $11,853$) volt. Ezekből az eredményekből is jól látszik, hogy a válaszadók vérnyomása emelkedett, márpedig ez a fő kockázati tényezője az olyan problémáknak, mint a coronariabetegség vagy a szívelégtelenség, szerepet játszik a cerebrovaszkuláris

megbetegedések kialakulásában, a perifériás érzület létrejöttében és nem utolsósorban a krónikus vesebetegségek, illetve a pitvarfibrilláció rizikóját is megnöveli (Espeche et al., 2020).

A gyógyszeres kezelésnek kiemelt szerepe van a cardiovascularis betegségek kezelésében, ezek közül is kiemelkedik a magas vérnyomás gyógyszerterápiás fontossága. Az általunk alkalmazott MMAS-8 kérdőív a terápiahűséget hivatott felmérni, amely alapján elmondható, hogy a tökéletes terápiahűsegtől messze elmaradnak a résztvevők, ugyanis mindössze 7% az, aki maximálisan tartja az előírásokat. Shen és munkatársai (2020) kutatásához hasonlóan, az általunk végzett felmérésben is összességében közepes szintű adherencia tapasztalható, ami a vizsgált személyek 67,1%-át jelenti (Shen et al., 2020). A rossz terápiahűségű csoportba 25,9% került. A válaszadók 32,2%-a érzi tehernek a mindennapi gyógyszereszedést. E téren a nők és férfiak pontszámai között szignifikáns differencia nem igazolódott. A válaszadók több mint fele aktív munkavállaló, és rájuk inkább jellemző a közepes szintű terápiahűség. Ezzel az eredménnyel összhangban van az az eredményünk is, miszerint az alacsonyabb életkorú betegek magasabb szintű terápiahűség jellemző. Sieben és munkatársai (2021) kutatásában is hasonló következtetésekre jutottak: eredményeik szerint az idősebb korcsoportra kevésbé jellemző a következetes gyógyszereszedés (Sieben et al., 2021). Az eredményeink alapján továbbá megállapítható, hogy a házi orvos rendszeres felkeresése pozitív hatással van a gyógyszereszedési fegyelemre.

A gyógyszeres kezelés mellett az életminőség is meghatározó a cardiovascularis betegségek kialakulásában. A kutatásunkban alkalmazott EQ-5D-5L kérdőív VAS skála alapján az aktív munkavállalók önbevallásos életminőségének átlagpontszáma magasabb, mint azoké, akik már nem dolgoznak (Mai et al., 2022). Az életminőség és az alvásminőség kapcsolata is szignifikáns összefüggést mutatott. A PSQI-teszt alapján, akik a jó alvásminőségű csoportba

kerültek, magasabb EQ-5D-5L-átlagpontszámmal rendelkeztek, mint a rossz alvásminőségű csoportba tartozó betegek. Az alvásminőség felmérésére szolgáló (PSQI) kérdőív átlagpontszáma 6,13 pont volt. A résztvevők 46,2%-a (n=66) jellemezte kevésbé jónak az alvásminőségét az elmúlt egy hónapban és 15,4%-uknak hetente három vagy több alkalommal valamilyen altató hatású gyógyszerre volt szüksége az elalváshoz. A lakhely és a gazdasági státusz jelentős differenciáló tényezőnek bizonyult az alvásminőség tekintetében. Zhang & Tan (2019) vizsgálatával összhangban állnak eredményeink, miszerint a falun élő betegekre magasabb átlagpontszám jellemző, szemben a városi lakosokkal, továbbá a nyugdíjasok rosszabb alvásminőségről számoltak be. Így tehát nem meglepő, hogy az alvásminőség jelentős kockázati tényezőként szerepel a cardiovascularis betegségek kialakulásának hátterében (Zhang & Tan, 2019). Huang és munkatársai (2023) kohorszvizsgálatukban megerősítették, hogy az önbevallás szerint rossz alvást mutató résztvevők 1,8, illetve 2,3 évet veszítettek a CVD-mentes életből mindkét nem esetében, szemben azokkal, akik egészséges alvásról számoltak be (Huang et al., 2023).

Vizsgálataink eredményei, illetve a témában folytatott hazai és külföldi eredmények is megerősítik, hogy a cardiovascularis betegségek kialakulásában kiemelt szerepe van az életmódnak, különösen a testsúlynak, az alvásnak és a megfelelően alkalmazott gyógyszeres kezelésnek. A jól karban tartott vérnyomás csökkenti a további cardiovascularis betegségek, mint például a stroke, szívelégtelenség kialakulását.

Ahogy eredményeinkből is kitűnik, a terápiahűség inkább közepes szintű hazánkban a vizsgált populációban, ami azt jelenti, hogy ugyan tartják az előírt gyógyszeres kezelést, de akadnak terápiás hibák (például a gyógyszer kihagyása). Kiemelendő, hogy az aktív gazdasági státusszal rendelkező betegek inkább képesek a terápiás hűség tartására. Az idősek, nyugdíjasok esetében figyelembe kell venni azt is, hogy sokan egyedül élnek, az életkor előrehaladtával ha-

nyatlik szellemi képességük, emiatt elfelejtik gyógyszerüket bevenni. Ebben a korosztályban az elhízás is könnyebben bekövetkezik, hiszen az ülő életmód erőteljesebbé válik. Ebből is jól látszik, hogy a gyógyszer rendszeres szedése önmagában még kevés a cardiovascularis betegségek megelőzésében vagy mérséklésében, éppen ezért fontos a megfelelő életmód, ami magában foglalja a táplálkozást, a mozgást, az élvezeti szerek visszaszorítását vagy akár elhagyását, a testsúlykontrollt és a megfelelő minőségű alvást. Az elhízás és a magas BMI között szignifikáns összefüggés van, emellett az anyagcserebetegségeknek is kedvez. A rossz minőségű, illetve kevés alvás és az elhízás között is számos kutatás talált kapcsolatot. Mindemellett növeli a cardiovascularis betegségekben eltöltött évek számát és az sem elhanyagolandó, hogy emeli a vérnyomást.

A jövőt illetően mindenképpen fontos lenne a betegedukáció megerősítése, ugyanakkor olyan problémákat is meg kellene oldani, mint az aktuálisan fennálló rendszeres gyógyszerhiány, ami számos vérnyomáscsökkentő készítményt érint. Ez főleg az idősek szempontjából kedvezőtlen, hiszen hiába ugyanaz a hatóanyag és összetétel, mégsem bíznak úgy az adott készítményben, mint abban, amit addig szedtek. Ez is állhat a nem megfelelő terápiahűség hátterében. A legfőbb momentum a prevenció minden szinten és korosztály esetében, így már gyermekkortól nagy hangsúlyt kell fektetni a megfelelő életmódbeli tényezők kialakítására és fenntartására.

Szerzői munkamegosztás: Konceptió: CS. M., S.-R. T., V. B. Szakértés: P. H., V. B. Statisztika: P. H. Cikk összeállítása: L. SZ., S.-R. T. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalomjegyzék

- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Chiatti, C., Bustacchini, S., Furneri, G., Mantovani, L., Cristiani, M., Misuraca, C., & Lattanzio, F. (2012). The economic burden of inappropriate drug prescribing, lack of adherence and compliance, adverse drug events in older people: a systematic review. *Drug Safety*, 35(Suppl1), 73–87. <https://doi.org/10.1007/BF03319105>
- Cuspidi, C., Macca, G., Sampieri, L., Michev, I., Salerno, M., Fusi, V., Severgnini, B., Meani, S., Magrini, F., & Zanchetti, A. (2001). High prevalence of cardiac and extracardiac target organ damage in refractory hypertension. *Journal of Hypertension*, 19(11), 2063–2070. <https://doi.org/10.1097/00004872-200111000-00018>
- Dolan P. (1997). Modeling valuations for EuroQol health states. *Medical Care*, 35(11), 1095–1108. <https://doi.org/10.1097/00005650-199711000-00002>
- Espeche, W., Salazar, M. R., Sabio, R., Diaz, A., Leiva Sisniegues, C., Olano, D., Balbin, E., Renna, N., Grosse,

- P., Flores, R. A., Lagos, A. C., Ferrer, P., Poppe, S., Risso Patron, F., Sotnieczuk Stasiuk, V. D., Valentini, E., Cardozo, J. R., Romano, J. R., Parodi, R., & Carbajal, H. (2020). Adherence to antihypertensive drug treatment in Argentina: A multicenter study. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, *22*(4), 656–662. <https://doi.org/10.1111/jch.13830>
- Huang, B. H., Del Pozo Cruz, B., Teixeira-Pinto, A., Cistulli, P. A., & Stamatakis, E. (2023). Influence of poor sleep on cardiovascular disease-free life expectancy: a multi-resource-based population cohort study. *BMC Medicine*, *21*(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02732-x>
- Jánosi, A., Ofner, P., Kiss, Z., Kiss, L., Kiss, R. G., Dinnyés, J., Járjai, Z., Nagy, G., Veress, G., & Ferenci, T. (2017). Szívinfarktust túlélő betegek terápiahűsége a másodlagos megelőzés szempontjából fontos gyógyszerezes kezelésekhez. *Orvosi Hetilap*, *158*(27), 1051–1057. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30795>
- Lo, K., Woo, B., Wong, M., & Tam, W. (2018). Subjective sleep quality, blood pressure, and hypertension: a meta-analysis. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, *20*(3), 592–605. <https://doi.org/10.1111/jch.13220>
- Mai, V. Q., Giang, K. B., Minh, H. V., Lindholm, L., Sun, S., & Sahlen, K. G. (2022). Reference data among general population and known-groups validity among hypertensive population of the EQ-5D-5L in Vietnam. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *31*(2), 539–550. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02959-2>
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, *24*(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
- Shen, Z., Shi, S., Ding, S., & Zhong, Z. (2020). Mediating Effect of Self-Efficacy on the Relationship Between Medication Literacy and Medication Adherence Among Patients With Hypertension. *Frontiers in Pharmacology*, *11*, 569092. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.569092>
- Sieben, A., A W van Onzenoort, H., J. H. M. van Laarhoven, K., Bredie, S. J. H., & van Dulmen, S. (2021). Identification of Cardiovascular Patient Groups at Risk for Poor Medication Adherence: A Cluster Analysis. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, *36*(5), 489–497. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000702>
- Simonyi, G., & Ferenci, T. (2016). A ramipril/amlodipin és a lisinopril/amlodipin fix kombinációk a terápiahűség tükrében. *Orvosi Hetilap*, *157*(1), 30–34. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30344>
- Townsend, N., Nichols, M., Scarborough, P., & Rayner, M. (2015). Cardiovascular disease in Europe – epidemiological update 2015. *European Heart Journal*, *36*(40), 2696–2705. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv428>
- World Health Organization. (2023, March 16). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Zhang, Y., & Tan, X. (2019). Compliance with care and poor sleep quality among hypertensive adults in a mountainous area of Hubei Province, People's Republic of China. *Patient Preference and Adherence*, *13*, 1221–1227. <https://doi.org/10.2147/PPA.S212241>