



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**HİPERTANSİYON HASTALARININ YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİLERİ VE İLAÇ TEDAVİSİNE
UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İBRAHİM ETEM ACAR
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**HİPERTANSİYON HASTALARININ YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİLERİ VE İLAÇ TEDAVİSİNE
UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İBRAHİM ETEM ACAR
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : İbrahim Etem Acar

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Hipertansiyon Hastalarının Yaşam Tarzı Değişikliği Önerileri ve İlaç Tedavisine Uyumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2023 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2023

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15/03/2023 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

.../.../2023

Dr. İbrahim Etem Acar

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren ve desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın'a,

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabırlı ve özverili yaklaşımıyla bana destek olan Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na,

Hayatım boyunca yanımda olan, desteklerini her daim hissettiğim, üzerimdeki emeklerini asla ödeyemeyeceğim annem ve babama, varlıklarıyla bana her zaman güç veren değerli kardeşlerime,

Hayatımın her anında yanımda olan canım eşime ve neşe kaynağım canım oğluma,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. İbrahim Etem ACAR

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	3
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Hipertansiyonun Patofizyolojisi	4
2.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	5
2.4.1. Kan basıncına göre sınıflandırma	5
2.4.2. Etyolojisine göre sınıflandırma	6
2.4.2.1. Primer hipertansiyon.....	6
2.4.2.2. Sekonder hipertansiyon	7
2.5. Hipertansiyonun Risk Faktörleri	7
2.5.1. Değiştirilemez risk faktörleri	7
2.5.2. Değiştirilebilir risk faktörleri	9
2.6. Hipertansiyonda Tanı	9
2.7. Hipertansiyon Tedavisi.....	11
2.7.1. Non-farmakolojik tedavi	11
2.7.2. Farmakolojik tedavi	14

2.7.2.1.	Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü ve anjiotensin reseptör blokerleri	15
2.7.2.2.	Kalsiyum kanal blokerleri.....	16
2.7.2.3.	Diüretikler.....	16
2.7.2.4.	Beta blokerler.....	17
2.7.2.5.	Diğer antihipertansifler.....	17
2.8.	Tedaviye Uyum.....	18
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	19
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4.	Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	19
3.5.	Verilerin Analizi.....	20
3.6.	Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	20
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü.....	20
4.	BULGULAR.....	22
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ.....	39
6.	KAYNAKLAR.....	47
7.	EKLER.....	55
	EK-1: Etik kurul kararı.....	55
	EK-2: Anket formu.....	56
	EK-3: Morisky 8 maddeli ilaç uyum ölçeği.....	61
	ÖZGEÇMİŞ.....	62

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

- ACC/AHA: American College of Cardiology/American Heart Association
- ACEİ: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü
- ANP: Atrial Natriüretik Peptit
- ARB: Anjiotensin Reseptör Blokeri
- BB: Beta Bloker
- DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension
- ESH/ESC: European Society of Hypertension/European Society of Cardiology
- KKB: Kalsiyum Kanal Blokeri
- PATENT: Prevalence, Awareness, Treatment and Control Rates in Turkey
- RAA: Renin Anjiyotensin Aldosteron
- TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
- TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II
- PATHS: Prevention and Treatment of Hypertension Study
- Mm Hg: Milimetre Cıva

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. HT dışında kronik hastalıkların dağılımı.....	24
Şekil 4.2. HT hastalığına bağlı gelişen komplikasyonların türü.....	24
Şekil 4.3. Morisky tedavi uyumu ölçeğine göre tedavi uyumunun dağılımı.....	31



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. American College of Cardiology/American Heart Association kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması	5
Tablo 2.2. European Society of Hypertension/European Society of Cardiology kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması	5
Tablo 2.3. Hipertansiyonun Etiyolojik Sınıflandırılması	6
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	22
Tablo 4.2. Hastaların sigara tüketimi ve alkol tüketim özelliklerinin değerlendirilmesi.....	23
Tablo 4.3. Hastaların klinik ve özgeçmiş özelliklerinin değerlendirilmesi.....	23
Tablo 4.4. Hastaların tansiyon takibine ait bazı durumların değerlendirilmesi.....	25
Tablo 4.5. Cinsiyete göre hastalık süresinin değerlendirilmesi.....	25
Tablo 4.6. Hastaların sağlık kurumuna başvuru özelliklerinin değerlendirilmesi.....	25,26
Tablo 4.7. Hastaların hipertansiyonla ilişkili durumlarda sağlık kurumuna başvuru özelliklerinin değerlendirilmesi.....	26
Tablo 4.8. Katılımcıların hipertansiyon kontrollerine gitme durumlarının değerlendirilmesi.....	27
Tablo 4.9. Hastaların HT tanısı aldıklarında doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumlarının değerlendirilmesi.....	27
Tablo 4.10. Hastaların yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevapların değerlendirilmesi	28
Tablo 4.11. Hastaların sigara ve alkol tüketimi ile ilgili yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevapların değerlendirilmesi.....	28,29
Tablo 4.12. Hipertansiyon tanısı aldığı anda doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumlarına göre yaşam tarzı değişikliği sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi.....	30,31
Tablo 4.13. Sosyodemografik değişkenlere göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi.....	32,33
Tablo 4.14. Sigara ve alkol tüketim alışkanlıklarına göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi.....	33

Tablo 4.15. Hastaların klinik ve özgeçmiş özelliklerine göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.16. Hastaların tansiyon ölçme özelliklerine göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi.....	35
Tablo 4.17. Hastaların sağlık kurumuna başvuru özellikleri ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	35,36
Tablo 4.18. Hastaların kontrollere gitme durumu ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	36
Tablo 4.19. Hastaların HT tanısı aldıklarında doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumuna göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi.....	37
Tablo 4.20. Hastaların yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevaplar ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	37,38

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Hipertansiyon günlük hayatta her hekimin karşılaştığı, morbiditesi ve mortalitesi yüksek, günümüz dünyasının en önemli hastalıklarından bir tanesidir. Hastalığa erken tanı konulması ve hasta gruplarının bilinçlendirilmesi, potansiyel komplikasyonların önlenmesi açısından büyük öneme sahiptir. Hipertansiyonlu bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini içselleştirmesi ve tıbbi tedavi önerilerine uyum sağlaması, tedavinin temelini oluşturmaktadır. Bu çalışmada hipertansif hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyum düzeylerinin ve ilaç tedavisi uyumlarının belirlenmesi ve bunları etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olup Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı poliklinikler ve kliniğimize bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlık Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran 351 hipertansiyon hastasına yüz yüze görüşme yolu ile anket uygulanarak yapılmıştır. Araştırmaya polikliniklerimize ayaktan başvuran, 18 yaş ve üzeri, en az 1 yıldır antihipertansif ilaç kullanan, iletişim engeli olmayan ve araştırmayı kabul eden gönüllü hastalar dahil edilmiştir. Hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik verilerin, hastalığına ait genel bilgilerin ve yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyumun değerlendirildiği soruların bulunduğu 31 soruluk bir anket ve Morisky 8 Maddeli İlaç Uyum Ölçeği uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda hastaların %85,2'sinin hipertansiyon tanısı aldığından doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirildiği, bilgilendirilen hastaların; tuz alımlarında ve kilolarında azalma olduğu, fiziksel aktivitelerinde artış gözlemlendiği, yemek alışkanlıklarında olumlu yönde artış gözlemlendiği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşadığı yer kırsal bölge olan hastalarda kentsel bölge olan hastalara göre, evde tansiyon aleti bulunduranlarda bulundurmayanlara göre, tansiyonlarını düzenli ve bazen ölçenlerde düzenli ölçmeyenlere göre, kontrollere düzenli olarak giden hastalarda kontrollere düzenli olarak gitmeyen hastalara göre, günlük tuz alımları 5-6 gr'dan az olan hastaların fazla olanlara göre tedavi uyumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$).

SONUÇ: Hipertansiyon tanılı hastalara yaşam tarzı değişikliklerinin anlatılması ve bu değişikliklerin hayata geçirilmesi konusunda desteklenmeleri, yaşam tarzı değişikliklerinin içselleştirilmesine ve ilaç uyumunun artmasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç uyumu

ABSTRACT

INTRODUCTION AND AIM: Hypertension is one of the most important diseases in today's world, which every physician can encounter in daily life, with high morbidity and mortality. Early diagnosis of the disease and raising awareness of patient groups are of great importance in terms of preventing potential complications. Individuals with hypertension internalizing lifestyle changes and adapting to medical treatment recommendations form the basis of treatment. In this study, it was aimed to determine the level of compliance with lifestyle changes and drug treatment compliance in hypertensive patients and to investigate the factors affecting them.

MATERIALS AND METHODS: Our research is a descriptive cross-sectional study and it was conducted through face-to-face interviews with 351 hypertension patients who applied to the outpatient clinics of Sakarya University Sakarya Training and Research Hospital Family Medicine Clinic and Zümrüt Müftüoğlu Education Family Health Center affiliated to our clinic for any reason. Volunteer patients who applied to our outpatient clinics, were 18 years of age and older, had been using antihypertensive drugs for at least 1 year, had no communication barriers, and accepted that they will be involved in a study. A 31-item questionnaire and Morisky 8-item Medication Compliance Scale were applied to the patients, which included sociodemographic data prepared by the researchers, general information about the disease, and questions about compliance with lifestyle change recommendations.

RESULTS: In our study, 85.2% of the patients were informed about the lifestyle change recommendations by their doctor when they were diagnosed with hypertension; It was found that there was a decrease in salt intake and weight, an increase in physical activities, and a positive increase in eating habits were found to be statistically significantly high. The daily salt intake is less than 5-6 g in patients who live in a rural area compared to patients in an urban area, those who have a sphygmomanometer at home compared to those who do not have a blood pressure monitor at home, those who regularly and sometimes measure their blood pressure compared to those who do not regularly measure their blood pressure, and those who regularly go to the controls compared to the patients who do not regularly go to the controls. Compliance with treatment was found to be statistically significantly higher in patients with high blood pressure ($p<0.05$).

CONCLUSION: We think that explaining lifestyle changes to patients with hypertension and supporting them in implementing these changes will contribute to the internalization of lifestyle changes and increase drug compliance.

Keywords: Hypertension, lifestyle changes, medication compliance

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beklenen yaşam süresinin artması ve artan sağlıksız yaşam koşulları, dünya genelinde kronik hastalıkların artış göstermesine neden olmaktadır. Aynı durum ülkemiz için de geçerlidir (Erkoç ve Yardım, 2011). Hipertansiyon, önlenabilir ve kontrol altına alınabilen bir kronik hastalık olmasına rağmen, önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (<http://www.tkd.org.tr>, Erişim tarihi: 13 Mayıs 2023).

Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği ve inme için önemli bağımsız bir risk faktörüdür. Her 3 Amerikalı yetişkinden biri veya yaklaşık 67 milyon yetişkin (%31) hipertansiyona sahiptir. 55 yaşın üzerindeki bir kişide yaşam boyu hipertansiyon gelişme riski %90'dır (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6135a3.htm>, Erişim tarihi: 14 Mayıs 2023). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) çalışmasına göre ise hipertansiyonun Türkiye'deki prevalansı %31,3 olarak bulunmuştur (Satman ve ark., 2013).

Türkiye'de yapılan 'Prevalence, awareness, treatment and control rates in Turkey from 2003 to 2012' (PatenT-2) hipertansiyon prevalans çalışması sonuçlarına göre, hipertansiyonlu olgularda farkındalık oranı %54,7 iken ilaç tedavisi alanların oranı %47,4 ve kan basıncı kontrol oranı %28,7'dir (Sengul ve ark., 2016).

Hipertansiyon, düzenli takip ve tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır. Dünya genelinde ve ülkemizde, hipertansiyonla ilişkili komplikasyonlar ve ölüm oranları artmaktadır (Yurekli ve ark., 2019).

Hipertansiyon tedavisi oldukça kapsamlıdır ve hastaların yaşamında önemli değişiklikler gerektirir, bu nedenle uygulanması zor olabilmektedir. Kan basıncının kontrol altına alınmasında yaşam tarzı değişiklikleri (sigara bırakma, alkol tüketimini azaltma, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslenme, stresten kaçınma, tuz tüketimini azaltma) ve ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Ancak hastalar sıklıkla yaşam tarzı değişikliklerini atlamakta ve tedavide ilaçlar ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte, ilaç tedavisi de kullanım zorluklarına sahiptir (Arıcı ve ark., 2015).

Hipertansiyon tedavisi, hastanın tedaviye uyum göstermesi ile başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Tedaviye uyum, düzenli doktor kontrollerine gitmek, yaşam tarzı değişikliklerine uymak ve ilaç kullanımını doğru şekilde yapmak gibi sağlık çalışanlarının önerilerine uyum ile sağlanır (Cramer, 2003).

Çalışmamızda Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı poliklinikler ve kliniğimize bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlık Merkezi'ne başvuran 18 yaş üstü hipertansiyon hastalarının yaşam tarzı değişikliklerine uyum düzeylerinin ve ilaç tedavisi uyumlarının belirlenmesi ve bunları etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda, hipertansiyon hastalarına önerilen yaşam tarzı değişiklikleri ve tıbbi tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları ile hipertansiyon yönetimine ilişkin önemli bilgileri sunulması ve hekimlerin hastalara yaklaşım pratiğine katkıda bulunulması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

On sekiz yaş ve üzerindeki yetişkinlerde, klinisyenler tarafından yapılan, tekrarlayan klinik ölçümlerle belirlenen kan basıncı değerleri kullanılarak hipertansiyon tanısı konulmaktadır. Hipertansiyon tanısı, sistolik kan basıncının ≥ 140 milimetre cıva (mm Hg) ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mm Hg saptanması durumunda konulmaktadır. Sistolik kan basıncı, genellikle tanıda en önemli ölçüt olarak kabul edilmiştir ve çoğu hastada belirleyici bir faktördür (Aydoğdu ve ark., 2019).

Seksen yaş ve üzerindeki hastalarda ise sistolik kan basıncının 150 mm Hg'ye kadar olması, normal kabul edilebilmektedir (Weber ve ark., 2014).

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon dünya genelinde en önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. İnme (iskemik ve hemorajik) ve koroner arter hastalığı için başlıca risk faktörüdür. Ayrıca, hipertansiyona sahip kişiler böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, periferik damar hastalığı ve diğer klinik tablolara yatkındır. Dünya genelinde yaklaşık 1,4 milyar erişkinin (18 yaşından büyük kadınların %20'si ve erkeklerin %25'i) hipertansiyonu olduğu düşünülmektedir (Manosroi ve Williams, 2019).

Hipertansiyon, ilerleyen yaşla birlikte giderek daha yaygın hale gelmekte ve geriatrik popülasyonda prevalansı %60'dan fazla olmaktadır. Popülasyonlar yaşlandıkça, daha hareketsiz yaşam tarzları benimsedikçe ve vücut ağırlıkları arttıkça, dünya çapında hipertansiyon prevalansı artmaya devam edecektir. Hipertansiyonlu insan sayısının 2025 yılına kadar 1,5 milyara yaklaşacağı tahmin edilmektedir (Williams ve ark., 2018).

Amerika ve birçok Avrupa ülkesinde yetişkin nüfusun yaklaşık %25-30'u hipertansiyona sahiptir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda yetişkin yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ise %30-36 arasında değişmektedir. Ülkemizde hipertansiyon prevalansını araştıran ilk geniş ölçekli çalışma "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasıdır. Bu çalışmada

hipertansiyon prevalansı %33,7 olarak bulunmuş olup, prevalans yaş arttıkça artmaktadır (<https://temd.org.tr>, Erişim tarihi: 21 Nisan 2023). Ülkemizde, daha güncel bir çalışmada hipertansiyon prevalansı %36,5 bulunmuşken, normal kan basıncına sahip kişilerin oranı %41,4, prehipertansiyonu olan kişilerin oranı %22,1 olmuştur. Bu çalışmada antihipertansif tedavi gören hastaların oranı %57,3 olmasına rağmen, hipertansiyonu kontrol altında olanların oranı sadece %31,5 olmuştur. Kırsalda yaşamak, yaş artışı, beden kitle indeksi artışı hipertansiyon prevalansını arttıran faktörler iken, sigara içmenin düşük prevalans ile ilişkisi saptanmıştır (Bayram ve ark., 2021).

2.3. Hipertansiyonun Patofizyolojisi

Kan basıncı; kan hacminden ve kalp debisinden ayrıca hormonal sistemlerden etkilenen arteriyel tonus dengesi dahil olmak üzere kardiyovasküler sistemdeki çeşitli parametreler tarafından belirlenmektedir. Fizyolojik kan basıncı düzeylerinin korunması; renin anjiotensin aldosteron (RAA) sistemi, natriüretik peptitlerin rolü, endotel, sempatik sinir sistemi ve bağışıklık sistemini içeren entegre bir sistemin çeşitli öğelerinin karmaşık bir etkileşimini kapsamaktadır. Bu sistemlerden herhangi birinde kan basıncı kontrolünde yer alan faktörlerin arızalanması veya bozulması, doğrudan veya dolaylı olarak ortalama kan basıncında, kan basıncı değişkenliğinde veya her ikisinin birlikte artışına yol açarak zaman içinde hedef organ hasarına yol açabilmektedir (Oparil ve ark., 2018).

Hipertansiyonun patofizyolojik mekanizmaları oldukça karmaşıktır ve arka planda genetik yatkınlık rol oynamaktadır. Primer hipertansiyon, birden fazla gen tipi ile ilişkili olup pozitif bir aile öyküsü ile bağlantılıdır. Bununla birlikte, çevresel faktörler de hipertansiyon gelişiminde önemli bir role sahiptir. Örneğin, yüksek tuz alımı, uyku kalitesinin kötü olması veya uyku apnesi, fazla alkol tüketimi ve yüksek zihinsel stres hipertansiyon riskini artırabilmektedir. Yaşla birlikte, arter duvarının progresif sertleşmesi nedeniyle hipertansiyon gelişme olasılığı artmaktadır. Mozaik hipertansiyon teorisi, hipertansiyonun çok yönlü patofizyolojisini açıklamaya çalışır (Hall ve Hall, 2017).

2.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

2.4.1. Kan basıncına göre sınıflandırma

Kan basıncı sınıflandırılması, çeşitli tıbbi kuruluşlar tarafından yayınlanan güncel kılavuzlarda farklılıklar göstermektedir. Ancak genellikle sınıflandırma, sistolik ve diyastolik kan basıncı için tekrarlayan ölçümler içerisindeki en yüksek ölçüm değeri üzerinden yapılır (Weber ve ark., 2014).

American College of Cardiology ve American Heart Association (ACC/AHA) tarafından 2017 yılında yayınlanan kılavuzda, hipertansiyon sınıflandırması Tablo-2.1'de verilmiştir (Whelton ve ark., 2018).

Tablo 2.1. American College of Cardiology/American Heart Association kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması (Whelton ve ark., 2018).

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Normal	<120	Ve	<80
Yüksek	120-129	Ve	<80
Evre 1	130-139	Veya	80-89
Evre 2	≥140	Veya	≥90

2018 yılında European Society of Hypertension ve European Society of Cardiology (ESH/ESC) tarafından yayınlanan kılavuzda, hipertansiyon sınıflaması Tablo-2.2'de sunulmuştur.

Tablo 2.2. European Society of Hypertension/European Society of Cardiology kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması (Williams ve ark., 2018).

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Optimal	<120	Ve	<80
Normal	120-129	Ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	Ve/veya	85-89
Evre 1	140-159	Ve/veya	90-99
Evre 2	160-179	Ve/veya	100-109
Evre 3	≥180	Ve/veya	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140	Ve	<90

2.4.2. Etiyolojisine göre sınıflandırma

Tablo 2.3. Hipertansiyonun Etiyolojik Sınıflandırılması (<https://temd.org.tr>, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2023)

Primer hipertansiyon	Sekonder hipertansiyon
a. Altta yatan nedenler	a. Endokrin nedenler
Genetik yatkınlık	Adrenokortikal Hiperfonksiyon
Aşırı tuz tüketimi	Oral kontraseptifler
Obezite-İnsülin direnci	Feokromositoma
Renin anjiyotensin sisteminin rolündeki bozulma	Akromegali
Sempatik sinir sisteminin fazla çalışması	Hipotiroidi, hipertiroidi
Düşük doğum ağırlığı	Hiperparatiroidi
Stresli kişilik yapısı	
b. Riski artıran faktörler	b. Renal nedenler
Sigara içmek	Kronik böbrek hastalığı
Aşırı alkol almak	Kronik piyelonefrit
Sedanter hayat	Akut ve kronik glomerülonefrit
Polisitemi	Renal arter darlığı
Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar	Diyabetik nefropati
Düşük potasyum alımı	Renin salgılayan tümörler
	c. Obstrüktif uyku apnesi
	d. Nörolojik problemler
	e. Aort koarktasyonu

2.4.2.1. Primer hipertansiyon

Primer hipertansiyon, renovasküler hastalık veya Cushing hastalığı gibi hipertansiyonun sekonder nedenlerinin dışlandığı, yüksek kan basıncı olarak tanımlanmaktadır (Garfinkle, 2017). Yetişkinlerin yaklaşık %95'i primer hipertansiyona (bazen esansiyel olarak adlandırılır) sahiptir. Primer hipertansiyonun nedeni bilinmemektedir, ancak çalışmalar gösteriyor ki mekanizmasında genetik ve çevresel faktörler büyük role sahip olmaktadır. Bazı genetik faktörler, RAA sistemi ve sempatik sinir sisteminin yüksek aktivitesine yol açarak hipertansiyon oluşumunda rol alır. İleri yaş, vücut kitle indeksinin yüksekliği, insülin direncinin olması, fazla alkol tüketimi, dislipidemiye sahip olması, fazla tuz alımı, sedanter yaşam tarzı, stres faktörlerine sahip olması, genetik farklılıklar ve düşük potasyum alımı gibi birçok faktörün hipertansiyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Hipertansiyonun diğerk bir yaygın nedeni de yaş ilerledikçe aortun sertleşmesidir. Bu durum özellikle yaşlı kişilerde bulunan yüksek sistolik basınç ile karakterize izole sistolik hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır (Weber ve ark., 2014).

2.4.2.2. Sekonder hipertansiyon

Tanım olarak 'ikincil' hipertansiyon, saptanmış bir nedenle ilişkili olan ve bu altta yatan neden ortadan kaldırılarak çözülebilen arteriyel hipertansiyon formlarını içermektedir. Sekonder hipertansiyonun erken tespiti çok önemlidir, çünkü zamanında teşhis edilirse bu formlar uzun vadede tedavi edilebilir. Tam iyileşme sağlanamasa bile, hipertansiyonun daha iyi kontrol edilmesini, hipertansiyon aracılı organ hasarı ve buna bağlı gelişen kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesini sağlar (Rossi ve ark., 2020).

Sekonder hipertansiyonun görülme sıklığı ve potansiyel nedenleri yaşa göre değişmektedir. Pediatrik popülasyonda görülen en sık nedenler böbrek parankimal hastalığı ve aort koarktasyonudur. Geriatrik popülasyonda aterosklerozise bağlı renal arter darlığı, hipotiroidizm ve böbrek yetmezliği yaygın nedenler arasında sayılmaktadır. Sekonder hipertansiyon, şiddetli veya dirençli hipertansiyon, başlangıç yaşı 30 yaşından küçük, malign veya hızlanmış hipertansiyon ve önceden sabit olan değerlere göre kan basıncında keskin bir artış gibi şüpheli belirti ve bulguların varlığında düşünülmelidir. İlave olarak, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEİ) veya anjiotensin reseptör bloker (ARB) tedavisine başladıktan sonraki bir hafta içinde serum kreatinin seviyesinde minimum %50 artış görülen hastalarda renovasküler hipertansiyon düşünülmelidir. Sekonder hipertansiyonun diğerk altta yatan nedenleri arasında hiperaldosteronizm, tiroid hastalığı, aort koarktasyonu gibi hastalıklar ve bazı ilaçların kullanılması yer alır (Charles ve ark., 2017).

2.5. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

2.5.1. Değıştirilemez risk faktörleri

Hipertansiyonun genetik bir yatkınlıkla ilişkisi olduğu bilinmektedir. Ailesinde hipertansiyon öyküsü olan kişilerde hipertansiyona yakalanma riski daha yüksek

olmaktadır. Ancak hipertansiyonla ilgili yapılan genetik araştırmalar sonucunda, kan basıncının düzenlenmesi ile ilgili vücutta bulunan 120'den fazla bölgenin, kişiler arasındaki farklılıkların sadece %3,5'ini açıklayabildiği ortaya çıkmıştır. Monogenik (tek gen hasarıyla açıklanan) hipertansiyon formları da nadir görülmektedir. Glukokortikoid ile düzelen aldosteronizm ve Liddle sendromu gibi örnekler vardır. Ayrıca, feokromasitoma ve paragangliomaların kalıtsal formları da ailesel hipertansiyon nedenleri arasındadır, ancak bu durumlar çok nadir görülmektedir. (<https://temd.org.tr>, Erişim tarihi: 12 Mayıs 2023)

Siyah ırkta hipertansiyon, diğer ırklarla karşılaştırıldığında sıklığı fazla olup genellikle daha erken yaşlarda belirti vermeye başlamaktadır. Bu durum, hedef organ hasarı riskini de artırabilir. Hipertansiyonun etnik kökenler arasında farklılık göstermesinde, sodyum tutulumu, vücut ağırlığı, nefron sayısı, hormonlar, beslenme alışkanlıkları, psikososyal faktörler ve sosyoekonomik statü gibi birçok etken rol oynayabilir (Bundy ve ark., 2018).

Yaş, hipertansiyonun gelişiminde önemli bir risk unsurudur. Geriatrik popülasyonda hipertansiyon görülme sıklığı önemli ölçüde artmaktadır, bunu gösteren çeşitli geniş çaplı araştırmalar bulunmaktadır. Örneğin, Framingham çalışmasında, 55-65 yaş arasında normal tansiyonlu olan bireylerin 80-85 yaş aralığına geldiklerinde hipertansif olma oranları %90'a kadar yükselmektedir (Parikh ve ark., 2008).

Hipertansiyon hastalığına sahip kişilerde, cinsiyetin önemli bir risk unsuru olduğu belirtilmiştir. Erkeklerde, orta yaşa kadar kan basıncı genellikle kadınlardan daha yüksek seyrederken, kadınlarda menopo  döneminin başlamasıyla kan basıncının yükseldiği bildirilmiştir. Bu durumun nedeni olarak, menopo la birlikte azalan östrojen seviyeleri düşünülmektedir. Ayrıca, menopo  döneminde hipofizden salınan hormonların ve atrial natriüretik peptidin (ANP) artması da kan basıncının yükselmesinde rol oynayabilmektedir. Bununla birlikte, kan basıncının yükselişinde menopo un direkt veya dolaylı etkisi hakkında tartışmalar sürmektedir, çünkü bu durum epidemiyolojik olarak çok değişkendir (Tikhonoff ve ark., 2019).

2.5.2. Değiştirilebilir risk faktörleri

Sodyum alımının aşırı olması, hipertansiyon gelişiminde önemli bir faktördür. Fakat, diyetle alınan sodyum miktarının azaltılması, tüm bireylerde kan basıncını düşürür. Özellikle yüksek tansiyona sahip bireylerde, sodyum alımının azaltılması kan basıncında daha belirgin bir düşüşe yol açabilir. Sodyum alımının azaltılması, yalnızca hipertansiyonu olan bireylerde değil, hipertansiyon riski olan veya olmayan bireylerde de potansiyel olarak kardiyovasküler hastalık riskini azaltabilir. Bu nedenle, düşük sodyumlu bir diyet uygulamak, genel sağlığı korumak ve hipertansiyon riskini azaltmak için önemlidir (Graudal ve ark., 2020).

Kardiyovasküler hastalıklar obezite ile güçlü bir ilişki içindedir. Obezitede yüksek arteriyel basıncın gelişmesini veya devam etmesini açıklayabilen birkaç anormallik tanımlanmıştır. Bunlar, sempatik sistem ve RAA sisteminin aktive olmasını içermektedir. Obezite ayrıca hipertansiyon gelişiminde rol oynayabilecek endotel disfonksiyonu ve renal fonksiyonel anormallikler ile ilişkili olmaktadır (Rahmouni ve ark., 2005).

Psikososyal stres ve hipertansiyon arasındaki ilişki öne sürülmüştür. Giderek daha fazla insan, küreselleşme, kültürel değişimler, sosyoekonomik değişimler ve stresin getirdiğı artan kaygı, depresyon ve kronik psikososyal stres ile yaşamaktadır. Amerika’da yapılan bir çalışmada, zihinsel stresin hipertansiyon hastalarında normal tansiyonlu kişilere göre daha fazla olduğu görülmüştür (Liu ve ark., 2017).

Hipertansiyonun diğer risk unsurları arasında alkol tüketimi, sigara kullanımı, dislipidemi, hareketsiz yaşam tarzı, obstrüktif uyku apnesi ve diyabet varlığı yer almaktadır (Karakovan ve Eti Aslan, 2014).

2.6. Hipertansiyonda Tanı

Hipertansiyon tanısının amacı; primer ve sekonder hipertansiyonu ayırt etmek, hastalığın şiddetini belirlemek, kardiyovasküler risk faktörlerini ve yaşam tarzını tanımlamak, tedavi seçimini etkileyebilecek kardiyovasküler hastalık, komorbidite veya subklinik organ hasarını aramaktır.

Hipertansiyona sahip hastalarda sıklıkla kan basıncı yükselmesine ilişkin spesifik semptomlar görülmez. Hipertansiyon genellikle tesadüfen bulunur veya hipertansif kardiyovasküler hastalık semptomları veya hipertansiyonun altta yatan ikincil bir nedeni ile birlikte saptanır. Baş ağrısı sıklıkla hipertansiyonun bir semptomu olarak kabul edilir, ancak şiddetli hipertansiyon vakaları dışında kan basıncı ile baş ağrısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Hipertansiyonun eşlik ettiği baş ağrısı genellikle başın arkasında lokalizedir, sabah erken saatlerde uyanır uyanmaz ortaya çıkar ve gün içinde kendiliğinden geçer. Hipertansiyonlu bazı hastalar baş dönmesi, çarpıntı, yorgunluk ve cinsel işlev bozukluğu gibi spesifik olmayan semptomlar sergilemektedir. Hipertansif kardiyovasküler hastalık semptomları hematüri, bulanık görme, geçici iskemik atağa bağlı baş dönmesi, anjina ve kalp yetmezliğine bağlı nefes darlığıdır (Lee ve ark., 2019).

Hipertansif hastanın ilk değerlendirmesinde, sistolik kan basıncı 180 mm Hg veya diyastolik kan basıncı 110 mm Hg üzerinde olan hastalar hipertansiyon tanısı almaktadır. Ancak kan basıncı 140/90 mm Hg ile 179/109 mm Hg arasında olan hastalar için, hipertansiyon tanısının doğrulanması için bir kez daha muayene yapılması gerekmektedir.

Tanının kesinleştirilmesi için, sistolik kan basıncı 140-159 mm Hg veya diyastolik kan basıncı 90-99 mm Hg olan hastaların, iki ile dört hafta içinde; sistolik kan basıncı 160-179 mm Hg veya diyastolik kan basıncı 100-109 mm Hg olan hastaların ise 1 ile 2 hafta içinde, en az 5 gün süresince sabah ve akşam evde otomatik bir kan basıncı ölçüm cihazıyla ölçüm yapılması önerilmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019).

Anamnezde hastanın, hipertansiyonun ilk tanısının zamanını, mevcut ve geçmiş kan basıncı ölçümlerini, mevcut ve geçmişteki antihipertansif ilaçları sorgulanmalıdır. Sekonder hipertansiyon belirtilerine özellikle dikkat gösterilmelidir. Kadınlar gebeliğe bağlı hipertansiyon açısından sorgulanmalıdır. Hipertansiyon hastalarında, özellikle eşlik eden hastalıklar mevcut olduğunda (diyabet, lipid metabolizması bozuklukları gibi), böbrek ve kardiyovasküler komplikasyon riskinin artması anlamına gelmektedir. Bu nedenle, diyabet, kalp yetmezliği, diğer kalp hastalıkları, çarpıntı, senkop atakları, nörolojik bozukluklar gibi beraberinde olan hastalıklar

içinde olmak üzere total kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi için dikkatli bir öykü alınmalıdır (Mancia ve ark., 2013).

Hipertansif hastaların fizik muayenesi şunları içermelidir; ilk muayenede nabzın yanı sıra her iki koldan kan basıncı ölçümü, boy ve kilo ölçümü ile bel çevresi ölçümü, karotis arterler, karın ve femoral arterler üzerindeki üfürümler için oskültasyon, tiroidin palpasyonu, kalp ve akciğerlerin muayenesi, böbrek büyümesi, kitleler, mesane distansiyonu ve anormal aort nabızı açısından karın muayenesi, alt ekstremitelerin ödem açısından incelenmesi ve nabızların palpasyonu, nörolojik muayene (Lee ve ark., 2019).

Ek kardiyovasküler risk faktörlerini, hipertansiyonun ikincil nedenlerini, subklinik organ hasarını ve beraberindeki hastalıkları belirlemek için laboratuvar incelemeleri yapılır. Antihipertansif tedavi öncesi rutin laboratuvar testleri yapılmalıdır. Gerekirse diğer önerilen ve genişletilmiş testler yapılabilir. Rutin olarak yapılması gereken tetkikler arasında hemogram, lipid profili, açlık kan şekeri, serum kreatinin ve ürik asit, elektrolitler, idrar tahlili ve elektrokardiyografi yer almaktadır (Lee ve ark., 2019).

2.7. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinde, tüm hastalara yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif ilaçların kullanımı önerilmektedir.

Klinisyenler, yüksek kan basıncının ileride oluşturabileceği kardiyovasküler riskleri azaltmak için özel bir çaba göstermeli ve hastanın tüm risk faktörlerini kapsamlı bir şekilde ele almalıdır. Farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımların entegre kullanımı ile hasta yönetimi yapılmalı, kan basıncı ve kardiyovasküler hastalık riski arttıkça tedavi yoğunlaştırılmalıdır (Whelton ve ark., 2018).

2.7.1. Non-farmakolojik tedavi

Hipertansiyon tedavisinde ilk adım genellikle yaşam tarzı değişiklikleridir. Bu değişikliklerin uygulanması düşük veya hiçbir risk içermez. Yaşam tarzı değişiklikleri arasında, tuz tüketiminin azaltılması, beden kitle indeksi yüksek

bireylerde kilo verilmesinin sağlanması, alkol tüketiminin kısıtlanması, sigaranın bırakılması ve haftalık minimum 150 dakika egzersiz yapılması yer alır (Appel ve ark., 2006).

Sodyum alımını azaltmanın kan basıncını düşürdüğüne dair güçlü ve tutarlı kanıtlar vardır. Yetişkinlere sodyum alımlarını günde en fazla 2.400 miligram (mg) (günde yaklaşık 5 gram/1 çay kaşığı sofraya tuzuna eşdeğer) ile sınırlandırmaları tavsiye edilmelidir. Kan basıncında daha da büyük bir azalma ile ilişkili olduğundan, sodyum alımının günde 1.500 mg'a düşürülmesi arzu edilir. Günde 2.400 mg sodyum kısıtlı diyet tüketen hastalardaki ortalama kan basıncı düşüşü sistolik 2 mm Hg diyastolik 1 mm Hg veya sodyumu günde 1.500 mg ile sınırlayanlar için sistolik 7 mm Hg diyastolik 3 mm Hg'dir. Ev dışında hazırlanan yiyecekler, konserve yiyecekler ve önceden paketlenmiş yiyecekler (kuru veya dondurulmuş), evde pişirilen yemeklerden veya dondurulmuş sebzelerden daha fazla sodyum içerir, bu nedenle hipertansif bir hasta bu tür gıdaların alımını bilinçli olarak kısıtlamalıdır (Yang ve ark., 2002).

Hipertansiyon olmayan bireylerde, yaşam tarzı değişiklikleri genellikle sodyum alımını yaklaşık %25 (günde 1000 mg) azaltarak ortalama 2-3 mm Hg'lık bir sistolik kan basıncı düşüşüne neden olur. Ancak, daha duyarlı olan bireylerde, hipertansiyonu olan kişilerde ve aynı anda 'Dietary Approaches to Stop Hypertension' (DASH) diyetini uygulayan veya kilo kaybı için destek alan kişilerde bu azalma iki katından daha fazla olabilir. Hipertansiyonlu erişkinlerde zaten kan basıncını düşürücü ilaçlarla tedavi ediliyor olsalar bile, sodyum alımının azaltılması sistolik kan basıncını yaklaşık 3 mm Hg daha fazla azaltabilir ve yaşam tarzı değişikliğinin devam ettirilmesini ve dikkatli bir şekilde izlenmesini gerektirse de ilaçların kesilmesini kolaylaştırabilir (Leiter ve ark., 1999).

Akdeniz diyeti ve DASH diyeti kolay uygulanabilir ve lezzetlidir; meyve, kepekli tahıllar, kabuklu yemişler, sebze ve doymamış yağlar açısından zengindir; ayrıca hem kırmızı hem de işlenmiş et tüketimini en az seviyeye indirir ve kardiyovasküler sağlık için beslenme önerilerine uygundur. Aradaki fark, DASH diyetinin düşük sodyum alımı önermek için daha uygun olmasıdır ancak bu Akdeniz diyetinin bir özelliği değildir. İkincisi, DASH diyeti, kümes hayvanları ve balık gibi protein

kaynaklarını içermesi ve serbest veya az yağlı süt ürünlerinin (günde iki veya üç porsiyon) tüketimine önem vermesi nedeniyle daha fazla protein içermektedir. DASH diyeti, günlük alınan sodyum miktarını 2300 mg'a düşürerek kan basıncını düşürür. Sodyumun günde 1500 mg'a düşürülmesi kan basıncını daha da düşürür. Ayrıca potasyum, kalsiyum ve magnezyum gibi bazı kişilerin kan basıncını düşürmesine yardımcı olan besinler açısından zengin çeşitli yiyecekler içerir. Akdeniz diyeti, kısmen kan basıncının ve endotelial fonksiyonun sürdürülmesi yoluyla etkilerine aracılık edebilmektedir (Verma ve ark., 2021).

Düzenli fiziksel aktivite, hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisi için faydalıdır ve daha düşük kardiyovasküler risk ve mortalite ile ilişkilidir. Sağlıklı yetişkinler, aerobik fiziksel aktiviteyi kademeli olarak haftada 300 dakika orta yoğunlukta veya haftada 150 dakika yüksek yoğunluklu aerobik fiziksel aktiviteye veya eşdeğer bir kombinasyona yükselterek ek faydalar elde edebilmektedir (Silva ve ark., 2022). Sistematik bir inceleme, herhangi bir düzeyde fiziksel aktiviteye katılan yüksek kan basıncı hastalarının KV mortalite riskinde azalmaya sahip olduğunu (%16-%67), oysa aktif olmayan bireylerde mortalite riskinde iki kattan fazla bir artış olduğunu göstermiştir. Düzenli olarak yapılan düşük yoğunluklu ve uzun süreli fiziksel aktiviteler, kan basıncını yüksek yoğunluklu antrenmanlardan daha az düşürse de yine de mortalite oranlarında azalmayla ilişkilidir (Rossi ve ark., 2012). Egzersizin sağlığa faydaları arasında tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarının azalmasının yanı sıra koroner arter hastalığının, hipertansiyonun, tip 2 diyabetin, inmenin, metabolik sendromun, kolon kanserinin, meme kanserinin ve depresyonun görülme sıklığında azalma yer almaktadır (Iqbal ve ark., 2019).

Hipertansiyon, aşırı kilo alımıyla ilişkilidir ve obezite, obstrüktif uyku apnesi ve/veya fazla kiloyla ilişkili artrit nedeniyle nonsteroidal antiinflatuar ilaçların sık kullanımı gibi hipertansiyonun ikincil nedenleri olabilen durumlarla yakından ilişkilidir. Vücut ağırlığını ideal seviyeye indirmek, kan basıncını azaltır. Kilo kaybı ayrıca antihipertansif ilaçların etkinliğini de artırır. Kilolu veya obez olan bireylerde 10 kilogram ağırlık kaybının, sistolik kan basıncında 6 mm Hg ve diyastolik kan basıncında 4.6 mm Hg azalmayla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Appel ve ark., 1997).

Tütün kullanımı önde gelen önlenebilir ölüm nedenidir ve kardiyovasküler hastalık riskini önemli ölçüde artırır. Tütün, sempatik sinir aktivitesinde ani bir artışa neden olur ve bu da artan kan basıncı, kalp hızı ve miyokardiyal kontraktilite yoluyla miyokardiyal oksijen talebini artırır. 20 prospektif kohort çalışmasının bir meta-analizi, kalp krizi veya kalp ameliyatından sonra sigarayı bırakmanın, bir hastanın ölüm riskini beş yılda %33'ten fazla azalttığını bulmuştur (Warburton ve ark., 2006).

Alkol tüketiminin; hipertansiyon sıklığıyla, kan basıncıyla ve kardiyovasküler hastalıklarla arasında paralel bir ilişki vardır. 'Prevention and Treatment of Hypertension Study' (PATHS) adlı bir araştırma, alkol tüketiminin azaltılmasının kan basıncı üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Bu çalışmada, müdahale grubu 6 aylık bir süre boyunca alkol tüketimini azaltmıştır ve bu grup sonunda kontrol grubundan 1,2/0,7 mm Hg daha düşük kan basıncına sahip olmuştur. Bu sonuçlar, alkol tüketiminin azaltılmasının kan basıncı düzeyinde olumlu bir etki yapabileceğini göstermektedir (Cushman ve ark., 1998).

2.7.2. Farmakolojik tedavi

Hipertansiyon tedavisi için başlangıç kriterleri, sistolik ve diyastolik kan basıncı seviyeleri ile birlikte kişinin toplam kardiyovasküler risk düzeyine de bağlıdır. Değiştirilebilir risk faktörleri, örneğin sigara içme, kandaki yüksek lipit düzeyleri, karın bölgesinde yağ birikimi, diyabet gibi faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Tedavi yaklaşımı, kan basıncının yüksekliğinin kontrol altına alınmasıyla birlikte diğer risk faktörlerini de içermelidir. (<https://temd.org.tr>, Erişim tarihi: 13 Mayıs 2023).

Herhangi bir kardiyovasküler hastalık risk faktörü olmasa da ikinci ve üçüncü evre hipertansiyonu olan hastalarda yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte veya bu değişikliklerden birkaç hafta sonra ilaç tedavisine hemen başlanması önerilmektedir. Kan basıncı düzeyi yüksek risk grubunda olan hastalarda, üç altı aylık yaşam tarzı değişikliklerine takriben eğer tansiyonlarda düzelme olmazsa ilaç tedavisine başlanabilmektedir. Evre 1 hipertansiyonu olan bir hastaya, eğer toplam kardiyovasküler hastalık riski yüksek ise yaşam tarzı değişikliğinin yanı sıra antihipertansif ilaç tedavisi de başlanması gerekmektedir. Düşük ve orta düzeyde riskli evre 1 hipertansiyonu olan hastalarda, eğer kan basıncı tekrarlı ziyaretlerde

yüksekse ve yaşam tarzı değişiklikleri uygulanmasına rağmen makul bir süre içinde bu seviyede kalmaya devam ederse, antihipertansif ilaç tedavisi düşünülmelidir. Hipertansiyonlu yaşlı hastalarda, sistolik kan basıncı değeri 150 mm Hg'nin üzerinde olduğunda ilaç tedavisi önerilir. Ancak, 65 yaşın üzerindeki hastalarda antihipertansif tedavi iyi tolere edildiği takdirde, hedef sistolik kan basıncı değeri 130-140 mm Hg olabilir (<https://temd.org.tr>, Erişim tarihi: 14 Mayıs 2023).

Tüm antihipertansif ilaçların arasında, ACEİ'leri, ARB'ler, beta blokerler (BB), kalsiyum kanal blokerleri (KKB) ve diüretikler kan basıncı ve kardiyovasküler hastalık riski üzerinde etkili bir azalma sağlamışlardır ve bu nedenle hipertansiyon tedavi stratejilerinin temelini oluşturmaktadırlar. Kan basıncı hafif yüksek ve kardiyovasküler hastalık riski düşük olanlarda tek ilaç ilk tercih olabilmektedir. Çoğu hipertansiyon hastası için başlangıç tedavisi olarak genellikle kombinasyon tedavisi önerilmektedir. Bir KKB veya diüretik ile bir renin-anjiyotensin sistemi bloke edici (bir ACEİ veya bir ARB) içeren kombinasyonlar ilk tercih edilen seçeneklerdir. Ancak, bu beş antihipertansif ilaç sınıfının diğer kombinasyonları da kullanılabilir (Williams ve ark., 2018). Beta blokerler, kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon veya koroner arter hastalığı gibi durumlarda diğer büyük ilaç sınıflarıyla birlikte kullanılabilir önerilmektedir. İki renin-anjiyotensin sistemi blokerinin aynı anda kullanımı tavsiye edilmemektedir (Aydoğdu ve ark., 2019).

Hipertansiyonu kontrol altına almak için, iki ilaç kombinasyonu yeterli olmadığında, üç ilaç kombinasyonu tedavisi önerilmektedir. Bu tedavi seçeneği, bir KKB, bir renin-anjiyotensin sistemi blokeri ve bir diüretik içermektedir (Weber ve ark., 2014).

2.7.2.1. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü ve anjiyotensin reseptör blokerleri

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve ARB'ler, kardiyovasküler olaylar ve mortalite üzerinde diğer ilaç sınıflarıyla benzer etkinliğe sahip olan ve en yaygın kullanılan antihipertansif ilaç sınıflarıdır (Volpe ve ark., 2005). Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve ARB'ler aynı zamanda kullanılmamalıdır, çünkü bu kombinasyonun sonuçlarına ilişkin ek bir yarar veya böbreklerde aşırı yan etki gözlenmemiştir (Fried ve ark., 2013).

Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve ARB'ler, diğer hipertansiyon ilaçlarına kıyasla albüminürinin azaltılmasında ve diyabetik veya diyabetik olmayan böbrek hastalığının ilerlemesinin geciktirilmesinde daha etkilidir. Yakın tarihte yapılmış bir meta-analiz, renin anjiotensin sistemi blokerlerinin son dönem böbrek yetmezliği riskinin azaltılmasında tek antihipertansif ajanlar olduğunu göstermektedir. Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve ARB'ler, hipertansiyon kaynaklı organ hasarının önlenmesi veya ilerlemesinin geciktirilmesinde etkili olabilirler. Bu ilaçlar, sol ventrikül hipertrofisi ve endotel yeniden şekillenmesi gibi hipertansiyona bağlı organ hasarını azaltabilmektedirler. Ayrıca, sol ventrikül işlevini geliştirerek atriyal fibrilasyon riskini azaltabilmektedir. Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve ARB'ler, kronik düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği hastalarında da kullanılabilir ve miyokard enfarktüsü sonrası tedavide etkili olmaktadır (Thomopoulos ve ark., 2017).

2.7.2.2. Kalsiyum kanal blokerleri

Kalsiyum kanal blokerleri hipertansiyon tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaç gruplarından biridir ve diğer önemli ilaç sınıfları gibi kan basıncını düzenlemede ve majör kardiyovasküler riskleri azaltmada etkilidir. Bu ilaçların, inme riskini azaltmak için diğer ilaçlardan daha etkili olduğu bilinmektedir, ancak kalp yetmezliğini önlemede diğer ilaçlar kadar etkili olmadığı ifade edilir (Thomopoulos ve ark., 2015).

2.7.2.3. Diüretikler

Diüretikler, hipertansiyon tedavisinin temel taşıdır ve 1960 yılından bu zamana kadar yaygın şekilde kullanılmaktadırlar. Bu ilaçların kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili oldukları birçok çalışma ve meta-analiz tarafından kanıtlanmıştır. Diüretikler ayrıca diğer ilaç gruplarına kıyasla kalp yetmezliğini önlemede daha etkilidirler (Thomopoulos ve ark., 2015).

Metabolik yan etkileri azaltmak için, bu ilaçlar düşük dozlarda kullanılabilir veya ACEİ'leri, ARB'ler gibi diğer ilaçlarla birlikte verilebilir. Ayrıca, diüretikler potasyum tutucu ajanlarla birlikte kullanılarak hipokalemi riski azaltılabilir (Roush ve ark., 2015). Kan basıncını düşürmede, diüretikler KKB'lerle birlikte

kullanıldığında etkili olabilmekle birlikte, en etkili kombinasyon ACEİ'leri veya ARB'lerle birlikte kullanılanlar olmaktadır. Beta blokerlerle birlikte kullanımları etkili olsa da diyabet gelişme riski nedeniyle dikkatli olunması gerekmektedir (Zillich ve ark., 2006).

2.7.2.4. Beta blokerler

Beta blokerler, plasebo ile karşılaştırıldığında inme, kalp yetmezliği ve diğer majör kardiyovasküler olayları önlemede etkili olduğu gösterilmiştir. Diğer antihipertansif ilaçlarla yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda kardiyovasküler olayları önlemede etkili olduğu, inme riskini azaltmada ise daha az etkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, BB'lerin yan etkileri nedeniyle tedaviyi bırakma oranının diğer majör antihipertansif ilaçlardan biraz daha fazla olduğu bildirilmiştir. (Corrao ve ark., 2008).

Beta blokerler, semptomatik anjina, nabız kontrolü gerektiren durumlar, miyokard enfarktüsü sonrası, kalp yetmezliği gibi durumlarda diğer ilaçların alternatifi olarak kullanılabilir. Ayrıca genç ve gebe kalmayı planlayan kadınlar için de önerilebilmektedir (Ayers ve ark., 2012).

2.7.2.5. Diğer antihipertansifler

Santral etkili ajanlar ve alfa reseptör blokerleri, kan basıncını düşürmede etkili olabilen diğer antihipertansif ilaç sınıflarıdır. Santral etkili ajanlar, merkezi sinir sisteminden sempatik çıkışı azaltarak etki gösterirler ve alfa reseptör blokerleri ise kan damarlarındaki alfa reseptörlerini bloke ederek etki gösterirler. Ancak, santral etkili ajanlar daha az kullanılmaktadır çünkü tolerabilitesi diğer ilaçlara göre daha azdır (Williams ve ark., 2018).

Diüretikler, BB'leri ve ACEİ'leri gibi diğer antihipertansiflerle birlikte kullanıldığında, alfa blokerler dirençli hipertansiyonun tedavisinde faydalı olabilmektedirler. Özellikle prostat hipertrofisi olan yaşlı erkeklerde hipertansiyon tedavisinin önemli bir bileşeni olabilmektedir (Sever ve ark., 2009).

2.8. Tedaviye Uyum

Hipertansiyon tedavisinde başarılı olmak için hastalara doğru tanının zamanında konulması, yaşam tarzı değişikliklerinin etkili bir şekilde uygulanması ve antihipertansif ilaç tedavisinin uygun zamanda başlatılması önemlidir. Ayrıca, hastaların tedaviye, yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte ilaç tedavisi açısından da uyum sağlamaları ve bu uyumu sürekli hale getirmeleri gerekmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019).

Hastaların hipertansiyon tedavisine uyumunun düşük olması durumunda, kardiyovasküler hastalık riski artmakta ve bunun sonucunda hastaneye başvuru sıklığı, yatış süresi ve tedavi maliyetleri artmaktadır. Ayrıca, morbidite ve mortalite oranları da yükseliş göstermektedir (Lu ve ark., 2022).

Hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyum göstermesi ve ilaç tedavisine düzenli olarak uyması büyük önem taşımaktadır. Uyum sorunu yaşayan hastaların uyum düzeyleri artırıldığında, kan basınçları kontrol altına alınabilmekte ve hedef organ hasarı önlenebilmektedir. Bu şekilde hastaların yaşam kalitesi artırılabilir. (Erci ve ark., 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı poliklinikler ve kliniğimize bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlık Merkezi'ne başvuran hastalar ile 01/04/2023-01/06/2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamız, Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı poliklinikler ve kliniğimize bağlı Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlık Merkezi'ne 01/04/2023-01/06/2023 tarihleri arasında ayaktan başvuran, en az 1 yıldır antihipertansif ilaç tedavisi alan, iletişim engeli olmayan ve araştırmayı kabul eden 18 yaş ve üzerindeki 351 hastaya yüz yüze görüşme ile anket uygulanarak yapılmıştır. Çalışmaya 18 yaşının altındaki kişiler, herhangi bir nedenle iletişim kurulamayanlar ve anket formunu doldurmak istemeyenler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Çalışmamızda, araştırmacılar tarafından hazırlanmış 31 sorudan oluşan bir anket formu ve 8 sorudan oluşan Morisky 8 maddeli ilaca uyum ölçeği kullanılmıştır. Hazırlanan anket formunda ilk 11 soruluk bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durumu, nerede yaşadığı, sigara alkol kullanma durumları, boy ve kilosu gibi sosyodemografik özellikler sorgulanmıştır. İkinci bölümde hipertansiyon tanı süresi, kronik bir hastalıklarının olup olmadığı, hipertansiyona bağlı komplikasyon gelişip gelişmediği, tansiyon ölçüm aletinin varlığı ve tansiyonlarını ölçme durumu sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğu merkez, aile hekimine yıllık başvuru sayısı, hipertansiyon ile ilgili probleminde başvurduğu merkez ve bu merkeze başvuru nedeni, hipertansiyon takibi için kontrollere düzenli başvurma durumu ve başvuru yapmıyorsa nedeni sorulmuştur.

Dördüncü kısımda hipertansiyon tanılı hastalarda önerilen yaşam tarzı değişikliklerini uygulama durumları sorgulanmıştır.

Son kısımda hipertansiyon hastalığında ilaç uyumunun değerlendirilmesi için Morisky 8 Maddeli İlaç Uyum Ölçeği sorularına geçilmiştir. Hastanın yanıtlarına dayanan bu ölçek, ilaç uyumunu belirlemek amacıyla 8 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek, ilaç tedavisine uyumu etkileyen olası nedenleri belirlemeye yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Oğuz Ülgen ve arkadaşları tarafından 2014 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçek puanlama skalası 0-8 aralığında yer almaktadır. Toplam puan, ilaç uyumunu değerlendirmek için kullanılır ve 8 puan yüksek uyumu, 6 veya 7 puan orta uyumu, 5 puan ve altı düşük uyumu ifade etmektedir.

3.5.Verilerin Analizi

Çalışma 351 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS (sürüm 21,0) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler sayı (n), yüzde (%), ortalama ve standart sapma (SS) kullanılarak gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel yöntemlerle ve Kolmogorov Smirnov / Shapiro Wilk testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada kategorik değişkenlerin arasında fark olup olmadığını değerlendirmek için Ki Kare Testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi veya Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak p değerinin 0,05'den küçük olması kabul edilmiştir.

3.6.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma, hasta popülasyonu kısıtlı bir bölgede olduğundan dolayı elde edilen sonuçlar herhangi bir toplum kesimi için genellenememektedir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15/03/2023 tarihinde vermiş olduğu E-71522473-050.01.04-230910-96

numaralı onay ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara yapılan araştırmanın amacı, verecekleri cevapların gizliliği, verilerin kullanımı konusundaki bilgilendirme sonrasında gönüllü olan katılımcılar örneklem kapsamına alınmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmamıza 228'i kadın, 123'ü erkek olmak üzere toplam 351 hipertansiyon hastası katılmıştır. Yaş ortalaması $60,4 \pm 10,8$ yıl (min=24,0, maks=90,0) bulunmuştur. Boy ortalaması $164,1 \pm 8,2$ cm (min=147,0, maks=188,0), kilo ortalaması $82,5 \pm 13,6$ kg (min=46,0, maks=150,0), VKİ ortalaması $30,7 \pm 5,2$ kg/m² (min=16,9, maks=49,3) saptanmıştır.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Yaş	18-45	32	9,1
	46-65	215	61,3
	>65	104	29,6
Cinsiyet	Kadın	228	65,0
	Erkek	123	35,0
Medeni durum	Bekar	71	20,2
	Evli	280	79,8
Aile yapısı	Yalnız yaşıyorum	36	10,3
	Çekirdek aile	280	79,8
	Geniş aile	35	10,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	44	12,5
	İlkokul-Ortaokul mezunu	204	58,1
	Lise mezunu	46	13,1
	Üniversite mezunu	49	14,0
	Diğer	8	2,3
Çalışma durumu	Tam zamanlı istihdam	70	19,9
	Yarı zamanlı istihdam	2	0,6
	İşsiz	4	1,1
	Serbest meslek	4	1,1
	Ev hanımı	191	54,4
	Öğrenci	1	0,3
	Emekli	79	22,5
Ekonomik durum	Düşük	65	18,5
	Orta	276	78,6
	Yüksek	10	2,8
Yaşadığı yer	Kentsel	287	81,8
	Kırsal	64	18,2

Tablo 4.2’de hastaların sigara tüketimi ve alkol tüketim özellikleri değerlendirilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %20,2’sinin (n=71) sigara tükettiği, %66,1’inin (n=232) sigara tüketmediği, %13,7’sinin (n=48) sigara tüketmeyi bıraktığı, %4,6’sının (n=16) alkol tükettiği, %90,0’ının (n=316) alkol

tüketmediği, %5,4'ünün (n=19) alkol tüketmeyi bıraktığı tespit edilmiştir. Sigara tüketim miktarı ortalama $28,8 \pm 16,3$ paket/yıl bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların sigara tüketimi ve alkol tüketim özelliklerinin değerlendirilmesi

		n	%
Sigara tüketimi	Evet	71	20,2
	Hayır	232	66,1
	Bıraktım	48	13,7
Alkol tüketimi	Evet, sık sık	0	0
	Evet, ara sıra	16	4,6
	Hayır	316	90,0
	Bıraktım	19	5,4

Tablo 4.3'te hastaların klinik ve özgeçmiş özellikleri değerlendirilmiştir. Hastalık süresi ortalaması $10,8 \pm 7,9$ yıl (min=1,0, maks=40,0) yıl bulunmuştur. Hastaların %75,6'sında (n=264) HT dışında kronik hastalığın var olduğu, %35,0'ında (n=123) HT hastalığına bağlı komplikasyon geliştiği görülmüştür.

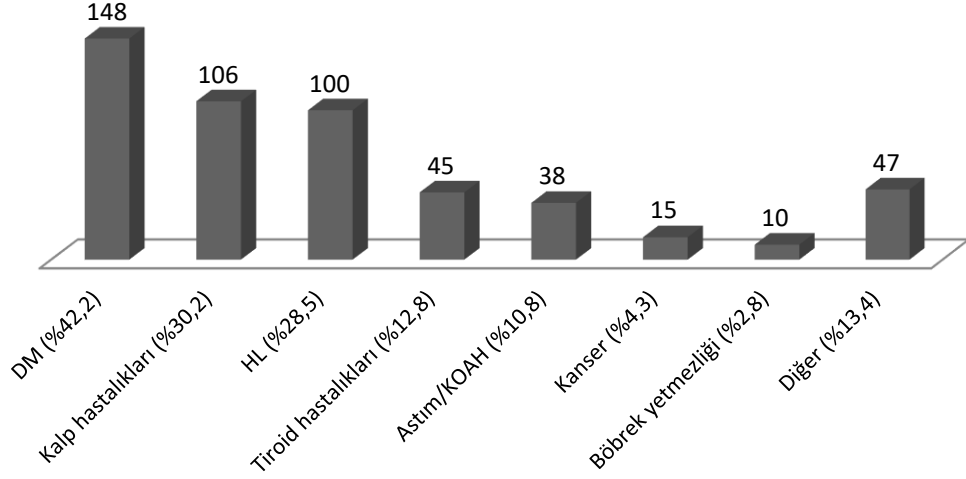
Tablo 4.3. Hastaların klinik ve özgeçmiş özelliklerinin değerlendirilmesi

		n	%
Hastalık süresi gruplaması	0-5 yıl	116	33,0
	6-10 yıl	102	29,1
	≥ 11 yıl	133	37,9
HT dışında başka hastalıklarınız var mı?	Hayır	85	24,4
	Evet	264	75,6
HT dışında kronik hastalıklar**	Dişabet	148	42,2
	Kalp hastalıkları	106	30,2
	Hiperlipidemi	100	28,5
	Tiroid hastalıkları	45	12,8
	Astım-KOAH	38	10,8
	Kanser	15	4,3
	Böbrek yetmezliği	10	2,8
	Diğer*	47	13,4
HT hastalığınıza bağlı komplikasyon gelişti mi?	Hayır	228	65,0
	Evet	123	35,0
Komplikasyon türü**	Kardiyovasküler hastalık	98	27,9
	Serebrovasküler hastalık	19	5,4
	Retinopati	12	3,4
	Nefropati	10	2,8

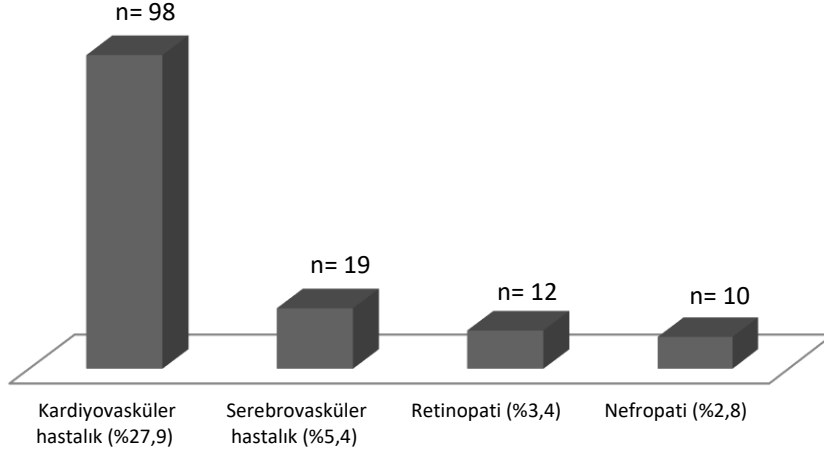
*Diğer hastalıkların içerisinde 15 inme, 8 romatoid artrit, 4 gastroözofageal reflü, 4 anksiyete, 3 osteoporoz, 3 vertigo, 2 migren, 2 gut, 1 lupus, 1 romatoid artrit, 1 osteoporoz, 1 depresyon, 1 buerger hastalığı, 1 benign prostat hiperplaisi, 1 ankilozan spondilit tanısı tespit edilmiştir.

**Tüm katılımcılarda görülme oranına göre yüzdelik hesaplanmıştır.

Ek hastalık olarak en sık (n=148, %42,2) DM, ikinci en sık (n=106, %30,2) kalp hastalıkları, komplikasyon olarak ise en sık (n=98, %27,9) kardiyovasküler, ikinci en sık (n=19, %5,4) serebrovasküler komplikasyonlar geliştiği tespit edilmiştir (Şekil 4.1-4.2).



Şekil 4.1. HT dışında kronik hastalıkların dağılımı



Şekil 4.2. HT hastalığına bağlı gelişen komplikasyonların türü

Tablo 4.4'te hastaların tansiyon ölçüm özellikleri değerlendirilmiştir. Hastaların %86,6'sının (n=304) evinde tansiyon aletinin olduğu, %25,1'inin (n=88) tansiyonlarını düzenli ölçtüğü, %50,4'ünün (n=177) tansiyonlarını bazen ölçtüğü, %24,5'inin (n=86) ise tansiyonlarını düzenli ölçmediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların tansiyon takibine ait bazı durumların değerlendirilmesi

		n	%
Evde tansiyon ölçüm aletiniz var mı?	Var	304	86,6
	Yok	47	13,4
Tansiyonlarınızı düzenli ölçer misiniz?	Evet	88	25,1
	Bazen	177	50,4
	Hayır	86	24,5

Tablo 4.5'te cinsiyete göre hastalık süresi karşılaştırılmıştır. Hastalık süresi kadınlarda ortalama $11,5 \pm 8,1$ yıl, erkeklerde ortalama $9,6 \pm 7,3$ yıl bulunmuş ve kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır ($p=0,034$). Hastalık süresi gruplandırıldığında kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.5. Cinsiyete göre hastalık süresinin değerlendirilmesi

		Cinsiyet				p
		Kadın		Erkek		
		n	%	n	%	
Hastalık süresi gruplaması	0-5 yıl	71	31,1	45	36,6	0,084**
	6-10 yıl	61	26,8	41	33,3	
	≥11 yıl	96	42,1	37	30,1	
Hastalık süresi ortalama±SS		228	11,5±8,1	123	9,6±7,3	0,034*

* Mann Whitney U testi, ** Ki kare testi, $p < 0,05$

Tablo 4.6'da hastaların sağlık kurumuna başvuru özellikleri değerlendirilmiştir. Hastalar herhangi bir sağlık problemi yaşadığında en sık ($n=137$, %39,1) aile sağlığı merkezine, ikinci en sık ($n=111$, %31,7) eğitim araştırma hastanesi/üniversite hastanesine başvurduğu görülmüştür. Aile hekimine başvuru sıklığı değerlendirildiğinde ise %43,6'sının ($n=153$) yılda 1-5 kez, %37,3'ünün ($n=131$) yılda 6-10 kez, %13,1'inin ($n=46$) yılda 10'dan fazla kez aile hekimine başvurduğu görülmüştür.

Tablo 4.6. Hastaların sağlık kurumuna başvuru özelliklerinin değerlendirilmesi

	n	%
Herhangi bir sağlık probleminizde ilk başvurduğunuz merkez sıklıkla neresidir?	Aile Sağlık Merkezi	137 39,1
	Devlet Hastanesi	89 25,4
	Eğitim Araştırma Hastanesi / Üniversite hastanesi	111 31,7
	Özel Hastane/Özel muayenehane	13 3,7

Tablo 4.6. Hastaların sağlık kurumuna başvuru özelliklerinin değerlendirilmesi (devam)

	Hiç	21	6,0
Aile hekiminize ne kadar sıklıkla başvurursunuz?	Yılda 1-5 kez	153	43,6
	Yılda 6-10 kez	131	37,3
	Yılda >10 kez	46	13,1

Tablo 4.7’de hastaların hipertansiyon hastalığı ile ilgili sağlık kurumuna başvuru özellikleri değerlendirilmiştir. Hastalar hipertansiyonla ilişkili bir sağlık problemi yaşadığında en sık (n=135, %38,5) eğitim araştırma hastanesi/üniversite hastanesine, ikinci en sık (n=105, %29,9) devlet hastanesine başvurduğu tespit edilmiştir. Başvuru nedeni sorulduğunda ise hastaların %28,5’inin (n=100) “Önce branştaki uzman hekime muayene olmak istiyorum”, %24,8’inin (n=87) “Evime yakın/ulaşımı daha kolay”, %24,8’inin (n=87) “Eğitim araştırmada hastalığının daha iyi araştırıldığını düşünüyorum” cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo 4.7. Hastaların hipertansiyonla ilişkili durumlarda sağlık kurumuna başvuru özelliklerinin değerlendirilmesi

		n	%
	Aile Sağlık Merkezi	87	24,8
Hipertansiyon ile ilgili bir sağlık probleminizde ilk başvurduğunuz sağlık merkezi neresidir?	Devlet Hastanesi	105	29,9
	Eğitim Araştırma Hastanesi / Üniversite hastanesi	135	38,5
	Özel Hastane/Özel muayenehane	24	6,8
	Aile hekimime güveniyorum	52	14,8
	Önce branştaki uzman hekime muayene olmak istiyorum	100	28,5
	Evime yakın/ulaşımı daha kolay	87	24,8
Bu merkeze başvuru nedeniniz nedir?	Eğitim araştırmada hastalığının daha iyi araştırıldığını düşünüyorum	87	24,8
	Devlet hastanesine randevu bulmakta zorlanıyorum	17	4,8
	Diğer	8	2,3

Tablo 4.8’de hastaların kontrollere gitme durumları değerlendirilmiştir. Hastaların %57,0’ının (n=200) hipertansiyon hastalığı için önerilen kontrollere gittiği, %43,0’ının (n=151) gitmediği görülmüştür. Kontrolüne gitmeyen hastaların ise en sık (n=115, %73,2) hastalığı önemli ve ciddi boyutta olmadığını düşündüğü için gitmediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların hipertansiyon kontrollerine gitme durumlarının değerlendirilmesi

		n	%
Doktorunuzun hipertansiyon hastalığınızın takip ve tedavisi için önerdiği kontrollere düzenli olarak gider misiniz?	Evet	200	57,0
	Hayır	151	43,0
Kontrollerinize düzenli olarak gitmiyorsanız nedeni nedir? *	Hastalığının önemli ve ciddi boyutta olmadığını düşünüyorum	115	73,2
	Randevu bulamıyorum	13	8,3
	Ulaşım sorunları	12	7,6
	Kontrole gitmeyi unutuyorum	9	5,7
	Yoğunum	3	1,9
	Diğer	5	3,2

*Katılımcılar birden fazla cevap verebilir.

Tablo 4.9’da hastaların HT tanısı aldıklarında doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumları değerlendirilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %85,2’sinin (n=299) yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirildiği görülmüştür.

Tablo 4.9. Hastaların HT tanısı aldıklarında doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumlarının değerlendirilmesi

		n	%
Hipertansiyon tanısı aldığınızda doktorunuz tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirildiniz mi?	Evet	299	85,2
	Hayır	52	14,8

Tablo 4.10’da hastaların yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevaplar değerlendirilmiştir. Hastaların %63,2’sinin (n=222) “Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük aldığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?” sorusuna azalma oldu, %21,4’ünün (n=75) “Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişim oldu mu?” sorusuna azalma oldu, %15,7’sinin (n=55) “Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra fiziksel aktivitenizde değişiklik oldu mu?” sorusuna artış oldu, %50,7’sinin (n=178) “Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemek alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?” soruna olumlu yönde oldu şeklinde cevap verdiği görülmüştür. “Stresli bir yaşamdan kaçınmak için özen gösterir misiniz?” soruna ise hastaların %8,3’ünün (n=29) her zaman, %18,2’sinin (n=64) sık sık, %54,4’ünün (n=191) bazen, %19,1’inin (n=67) hiçbir zaman şeklinde cevap verdiği görülmüştür.

Tablo 4.10. Hastaların yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevapların değerlendirilmesi

		n	%
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük aldığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?	Artış oldu	1	0,3
	Azalma oldu	222	63,2
	Değişmedi	121	34,5
	Bilinmiyor	7	2,0
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişim oldu mu?	Artış oldu	71	20,2
	Azalma oldu	75	21,4
	Değişmedi	205	58,4
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra fiziksel aktivitenizde değişiklik oldu mu?	Artış oldu	55	15,7
	Azalma oldu	21	6,0
	Değişmedi	275	78,3
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemek alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?	Olumlu yönde oldu	178	50,7
	Olumsuz yönde oldu	4	1,1
	Değişmedi	169	48,2
Stresli bir yaşamdan kaçınmak için özen gösterir misiniz?	Her zaman	29	8,3
	Sık sık	64	18,2
	Bazen	191	54,4
	Hiçbir zaman	67	19,1

Tablo 4.11’de hastaların sigara ve alkol tüketimi ile ilgili yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevaplar değerlendirilmiştir. “Eğer sigara kullanıyorsanız hipertansiyon tanısı aldıktan sonra sigara kullanma alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu?” sorusuna hastaların %25,6’sının (n=30) sigara kullanmayı bıraktım, %23,1’inin (n=27) kullandığım sigara miktarını azalttım, %50,4’ünün (n=59) değişmedi cevabını verdiği görülmüştür. “Eğer alkol kullanıyorsanız hipertansiyon tanısı aldıktan sonra alkol kullanma alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu?” sorusuna hastaların %35,9’unun (n=14) alkol kullanmayı bıraktım, %25,6’sının (n=10) kullandığım alkol miktarını azalttım, %38,5’inin (n=15) değişmedi cevabını verdiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Hastaların sigara ve alkol tüketimi ile ilgili yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevapların değerlendirilmesi

		n	%
Eğer sigara kullanıyorsanız hipertansiyon tanısı aldıktan sonra sigara kullanma alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu?	Sigara kullanmayı bıraktım	30	25,6
	Kullandığım sigara miktarını azalttım	27	23,1
	Kullandığım sigara miktarını arttırdım	1	0,9
	Sigara kullanmaya başladım	0	0
	Değişmedi	59	50,4

Tablo 4.11. Hastaların sigara ve alkol tüketimi ile ilgili yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevapların değerlendirilmesi (devam)

Eğer alkol kullanıyorsanız hipertansiyon tanısı aldıktan sonra alkol kullanma alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu?	Alkol kullanmayı bıraktım	14	35,9
	Kullandığım alkol miktarını azalttım	10	25,6
	Kullandığım alkol miktarını arttırdım	0	0
	Alkol kullanmaya başladım	0	0
	Değişmedi	15	38,5

Tablo 4.12’de hipertansiyon tanısı aldığı doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumlarına göre yaşam tarzı değişikliği sorularına verilen cevaplar değerlendirilmiştir. “Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük aldığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?” sorusuna yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilen hastaların %0,3’ü (n=1) artış oldu, %67,2’si (n=201) azalma oldu, %30,8’i (n=92) değişmedi, %1,7’si (n=5) bilinmiyor, bilgilendirilmeyen hastaların %40,4’ü (n=21) azalma oldu, %55,8’i (n=29) değişmedi, %3,8’i (n=2) bilinmiyor cevabını verdiği tespit edilmiş ve azalma oldu cevabını bilgilendirilen hastaların, değişmedi cevabını bilgilendirilmeyen hastaların istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha fazla verdiği görülmüştür (p=0,003). “Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişim oldu mu?” sorusuna yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilen hastaların %21,7’si (n=65) artış oldu, %23,7’si (n=71) azalma oldu, %54,5’i (n=163) değişmedi, bilgilendirilmeyen hastaların %11,5’i (n=6) artış oldu, %7,7’si (n=4) azalma oldu, %80,8’i (n=42) değişmedi cevabını verdiği saptanmış ve artış oldu cevabını bilgilendirilen hastaların, azalma oldu cevabını bilgilendirilen hastaların, değişmedi cevabını bilgilendirilmeyen hastaların istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha fazla verdiği tespit edilmiştir (p=0,002). “Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra fiziksel aktivitenizde değişiklik oldu mu?” sorusuna yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilen hastaların %18,1’i (n=54) artış oldu, %6,0’ı (n=18) azalma oldu, %75,9’u (n=227) değişmedi, bilgilendirilmeyen hastaların %1,9’u (n=1) artış oldu, %5,8’i (n=3) azalma oldu, %92,3’ü (n=48) değişmedi cevabını verdiği görülmüş ve artış oldu cevabını bilgilendirilen hastaların, değişmedi cevabını bilgilendirilmeyen hastaların istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha fazla verdiği tespit edilmiştir (p=0,012). “Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemek alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?” sorusuna yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilen

hastaların %56,9'u (n=170) olumlu yönde oldu %1,3'ü (n=4) olumsuz yönde oldu, %41,8'i (n=125) değişmedi, bilgilendirilmeyen hastaların %15,4'ü (n=8) olumlu yönde oldu, %84,6'sı (n=44) değişmedi cevabını verdiği görülmüş ve olumlu yönde oldu diyenler bilgilendirilen hastalarda, değişmedi diyenler bilgilendirilmeyen hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır (p=0,000). Diğer yaşam tarzı değişikliği soruları ile yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında doktoru tarafından bilgilendirilme durumu arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.12. Hipertansiyon tanısı aldığında doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumlarına göre yaşam tarzı değişikliği sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi

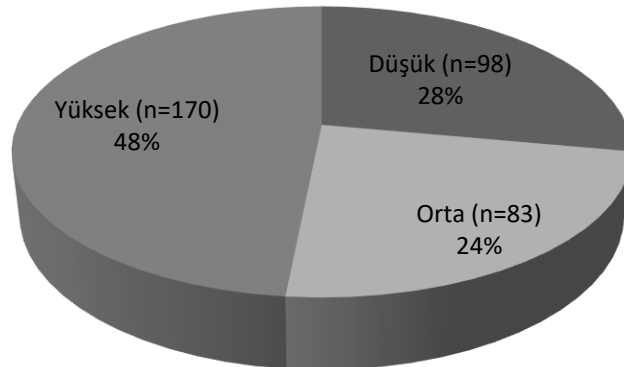
		Hipertansiyon tanısı aldığınızda doktorunuz tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirildiniz mi?				p
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük aldığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?	Artış oldu	1	0,3	0	0	0,003*
	Azalma oldu	201	67,2	21	40,4	
	Değişmedi	92	30,8	29	55,8	
	Bilinmiyor	5	1,7	2	3,8	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişim oldu mu?	Artış oldu	65	21,7	6	11,5	0,002*
	Azalma oldu	71	23,7	4	7,7	
	Değişmedi	163	54,5	42	80,8	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra fiziksel aktivitenizde değişiklik oldu mu?	Artış oldu	54	18,1	1	1,9	0,012*
	Azalma oldu	18	6,0	3	5,8	
	Değişmedi	227	75,9	48	92,3	
Eğer sigara kullanıyorsanız hipertansiyon tanısı aldıktan sonra sigara kullanma alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu?	Sigara kullanmayı bıraktım	24	25,3	6	27,3	0,967
	Kullandığım sigara miktarını azalttım	22	23,2	5	22,7	
	Kullandığım sigara miktarını arttırdım	1	1,1	0	0	
	Sigara kullanmaya başladım	0	0	0	0	
	Değişmedi	48	50,5	11	50,0	

Tablo 4.12. Hipertansiyon tanısı aldığı anda doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumlarına göre yaşam tarzı değişikliği sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi (devam)

	Alkol kullanmayı bıraktım	13	40,6	1	14,3	
	Kullandığım alkol miktarını	8	25,0	2	28,6	
Eğer alkol kullanıyorsanız hipertansiyon	azalttım					
tanısı aldıktan sonra alkol kullanma	Kullandığım alkol miktarını	0	0	0	0	0,384
alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu?	arttırdım					
	Alkol kullanmaya başladım	0	0	0	0	
	Değişmedi	11	34,4	4	57,1	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra	Olumlu yönde oldu	170	56,9	8	15,4	
yemek alışkanlığınızda değişiklik oldu	Olumsuz yönde oldu	4	1,3	0	0	0,000*
mu?	Değişmedi	125	41,8	44	84,6	
	Her zaman	21	7,0	8	15,4	
Stresli bir yaşamdan kaçınmak için özen	Sık sık	58	19,4	6	11,5	
gösterir misiniz?	Bazen	163	54,5	28	53,8	0,154
	Hiçbir zaman	57	19,1	10	19,2	

Ki kare testi, *: $p < 0,05$

Şekil 4.3'te Morisky tedavi uyumu ölçeğine göre tedavi uyumunun dağılımı gösterilmiştir. Ölçeğe göre hastaların %28,0'nın (n=98) tedavi uyumu düşük, %24,0'nın (n=83) orta, %48,0'nın (n=170) yüksek tespit edilmiştir.



Şekil 4.3. Morisky tedavi uyumu ölçeğine göre tedavi uyumunun dağılımı

Tablo 4.13’de sosyodemografik değişkenlere göre Morisky tedavi uyumu değerlendirilmiştir. Tablo incelendiğinde yalnızca yaşadığı yer ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Morisky tedavi uyumu yaşadığı yer kırsal bölge olanların %64,1’inde (n=41), yaşadığı yer kentsel bölge olanların %44,9’unda (n=129) yüksek saptanmış ve yaşadığı yer kırsal bölge olan hastalarda kentsel bölge olan hastalara göre tedavi uyumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Diğer demografik değişkenler ile Morisky tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.13. Sosyodemografik değişkenlere göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi

		Morisky Tedavi Uyumu						p
		Düşük		Orta		Yüksek		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-45	12	37,5	5	15,6	15	46,9	0,218
	46-65	64	29,8	54	25,1	97	45,1	
	>65	22	21,2	24	23,1	58	55,8	
Cinsiyet	Kadın	59	25,9	48	21,1	121	53,1	0,057
	Erkek	39	31,7	35	28,5	49	39,8	
Medeni durum	Bekar	23	32,4	17	23,9	31	43,7	0,589
	Evli	75	26,8	66	23,6	139	49,6	
Aile yapısı	Yalnız yaşıyorum	9	25,0	7	19,4	20	55,6	0,470
	Çekirdek aile	82	29,3	64	22,9	134	47,9	
	Geniş aile	7	20,0	12	34,3	16	45,7	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	9	20,5	9	20,5	26	59,1	0,122
	İlkokul-Ortaokul mezunu	61	29,9	48	23,5	95	46,6	
	Lise mezunu	14	30,4	7	15,2	25	54,3	
	Üniversite mezunu	14	28,6	14	28,6	21	42,9	
	Diğer	0	,0	5	62,5	3	37,5	
Çalışma durumu	Tam zamanlı istihdam	22	31,4	17	24,3	31	44,3	0,123
	Yarı zamanlı istihdam	1	50,0	0	0	1	50,0	
	İşsiz	0	,0	1	25,0	3	75,0	
	Serbest meslek	1	25,0	1	25,0	2	50,0	
	Ev hanımı	45	23,6	39	20,4	107	56,0	
	Öğrenci	1	100,0	0	0	0	0	
	Emekli	28	35,4	25	31,6	26	32,9	
Ekonomik durum	Düşük	24	36,9	11	16,9	30	46,2	0,351
	Orta	72	26,1	70	25,4	134	48,6	
	Yüksek	2	20,0	2	20,0	6	60,0	

Tablo 4.13. Sosyodemografik değişkenlere göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi (devam)

Yaşadığı yer	Kentsel	89	31,0	69	24,0	129	44,9	0,009*
	Kırsal	9	14,1	14	21,9	41	64,1	

Ki kare testi, *: p<0,05

Tablo 4.14'te sigara ve alkol tüketim alışkanlıklarına göre Morisky tedavi uyumu değerlendirilmiştir. Tablo incelendiğinde sigara ve alkol tüketimi ile Morisky tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamış, sigara paket/yıl ile Morisky tedavi uyumu arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır.

Tedavi uyumu sigara tüketenlerin %40,8'inde (n=29), sigara tüketmeyenlerin %50,4'ünde (n=117), sigarayı bırakanların %50,0'ında (n=24), alkol ara sıra tüketenlerin %37,5'inde (n=6), alkolü tüketmeyenlerin %48,4'ünde (n=153), alkolü bırakanların %57,9'unda (n=11) yüksek tespit edilmiştir.

Sigara tüketim miktarı tedavi uyumu düşük olanlarda ortalama 26,5±13,8 paket/yıl, orta olanlarda ortalama 37,5±19,2 paket/yıl, yüksek olanlarda ortalama 27,0±16,2 paket/yıl bulunmuş ve tedavi uyumu orta olanlarda düşük ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,040).

Tablo 4.14. Sigara ve alkol tüketim alışkanlıklarına göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi

		Morisky Tedavi Uyumu						p
		Düşük		Orta		Yüksek		
		n	%	n	%	n	%	
Sigara tüketimi	Evet	28	39,4	14	19,7	29	40,8	0,064*
	Hayır	54	23,3	61	26,3	117	50,4	
	Bıraktım	16	33,3	8	16,7	24	50,0	
Alkol tüketimi	Evet, sık sık	0	,0	0	,0	0	,0	0,178*
	Evet, ara sıra	8	50,0	2	12,5	6	37,5	
	Hayır	84	26,6	79	25,0	153	48,4	
	Bıraktım	6	31,6	2	10,5	11	57,9	
Sigara paket/yıl	ortalama±SS	44	26,5±13,8	22	37,5±19,2	53	27,0±16,2	0,040**

*Ki kare testi, **Kruskal Wallis testi, p<0,05

Tablo 4.15'de hastaların klinik ve özgeçmiş özelliklerine göre Morisky tedavi uyumu değerlendirilmiştir. Hastalık süresi, HT dışında kronik hastalık varlığı, HT hastalığına bağlı komplikasyon gelişme durumu ile Morisky tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. Tedavi uyumu hastalık

süresi 0-5 yıl olanların %45,7'sinde (n=53), 6-10 yıl olanların %47,1'inde (n=48), ≥ 11 yıl olanların %51,9'unda (n=69), HT dışında kronik hastalığı olanların %51,5'inde (n=136), olmayanların %40,0'unda (n=34), HT hastalığına bağlı komplikasyon gelişenlerin %48,8'inde (n=60), gelişmeyenlerin %48,2'inde (n=110) yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 4.15. Hastaların klinik ve özgeçmiş özelliklerine göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi

				Morisky Tedavi Uyumuna						p
				Düşük		Orta		Yüksek		
				n	%	n	%	n	%	
Hastalık süresi	0-5 yıl	37	31,9	26	22,4	53	45,7	0,536		
	6-10 yıl	31	30,4	23	22,5	48	47,1			
	≥11 yıl	30	22,6	34	25,6	69	51,9			
Hipertansiyon dışında başka hastalıklarınız var mı?	Hayır	25	29,4	26	30,6	34	40,0	0,108		
	Evet	73	27,7	55	20,8	136	51,5			
Hipertansiyon hastalığınıza komplikasyon gelişti mi?	Hayır	63	27,6	55	24,1	110	48,2	0,958		
	Evet	35	28,5	28	22,8	60	48,8			

Ki kare testi

Tablo 4.16'da hastaların tansiyon ölçme özelliklerine göre Morisky tedavi uyumu değerlendirilmiştir. Evde tansiyon aleti bulundurma ve tansiyonu düzenli ölçme durumları ile Morisky tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır.

Evde tansiyon aleti bulunduranların %51,0'unda (n=155) tedavi uyumu yüksek, %24,0 (n=73) orta, %25,0 (n=76) düşük, bulundurmayanların %31,9'unda (n=15) yüksek, %21,3'ünde (n=10) orta, %46,8'inde (n=22) düşük bulunmuş ve evde tansiyon aleti bulunduranlarda bulundurmayanlara göre tedavi uyumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, evde tansiyon aleti bulundurmayanlarda bulunduranlara göre tedavi uyumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,006).

Tedavi uyumu tansiyonlarını düzenli ölçenlerin %51,1'inde (n=45), bazen ölçenlerin %52,0'unda (n=92), düzenli ölçmeyenlerin %38,4'ünde (n=33) yüksek bulunmuş ve

düzenli ve bazen ölçenlerde düzenli ölçmeyenlere göre tedavi uyumu yüksek olanların oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001).

Tablo 4.16. Hastaların tansiyon ölçme özelliklerine göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi

		Morisky Tedavi Uyumu						p
		Düşük		Orta		Yüksek		
		n	%	n	%	n	%	
Evde tansiyon ölçüm aletiniz var mı?	Var	76	25,0	73	24,0	155	51,0	0,006*
	Yok	22	46,8	10	21,3	15	31,9	
Tansiyonlarınızı düzenli ölçer misiniz?	Evet	15	17,0	28	31,8	45	51,1	0,001*
	Bazen	45	25,4	40	22,6	92	52,0	
	Hayır	38	44,2	15	17,4	33	38,4	

Ki kare testi, *: p<0,05

Tablo 4.17’de hastaların sağlık kurumuna başvuru özellikleri ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Hastaların herhangi bir sağlık problemi yaşadığında başvurduğu merkez özellikleri ve aile hekimine başvuru sıklığı ile Morisky tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Tedavi uyumu en yüksek (%53,3) aile sağlığı merkezine başvuranlarda, ikinci en yüksek (%50,5) eğitim araştırma hastanesi/üniversite hastanesine başvuranlarda, üçüncü en yüksek (%42,7) devlet hastanesine başvuranlarda, en düşük (%23,1) özel hastane/özel muayenehaneye başvuranlarda tespit edilmiştir. Aile hekimine başvuru sıklığı tedavi uyumu ilişkisi incelendiğinde tedavi uyumu aile hekimine hiç başvurmayanların %38,1’inde (n=8), yılda 1-5 kez başvuranların %43,1’inde (n=66), yılda 6-10 kez başvuranların %56,5’inde (n=74), yılda >10 kez başvuranların %47,8’inde (n=22) yüksek saptanmıştır.

Tablo 4.17. Hastaların sağlık kurumuna başvuru özellikleri ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

							Morisky Tedavi Uyumu						p
							Düşük		Orta		Yüksek		
							n	%	n	%	n	%	
Herhangi bir sağlık probleminizde ilk başvurduğunuz merkez sıklıkla neresidir?	Aile Sağlık Merkezi						40	29,2	24	17,5	73	53,3	0,140
	Devlet Hastanesi						26	29,2	25	28,1	38	42,7	
	Eğitim Araştırma Hastanesi / Üniversite hastanesi						25	22,5	30	27,0	56	50,5	
	Özel Hastane/Özel muayenehane						6	46,2	4	30,8	3	23,1	

Tablo 4.17. Hastaların sağlık kurumuna başvuru özellikleri ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi(devam)

	Hiç	6	28,6	7	33,3	8	38,1	
Aile hekiminize ne kadar sıklıkla başvurursunuz?	Yılda 1-5 kez	44	28,8	43	28,1	66	43,1	0,202
	Yılda 6-10 kez	32	24,4	25	19,1	74	56,5	
	Yılda >10 kez	16	34,8	8	17,4	22	47,8	

Ki kare testi

Tablo 4.18’de hastaların kontrollere gitme durumu ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

HT hastalığının takip ve tedavisi için doktorunun önerdiği kontrollere düzenli olarak giden hastaların %51,0’ında (n=102) tedavi uyumu yüksek, %27,5’inde (n=55) orta, %21,5’inde (n=43) düşük, gitmeyen hastaların ise %45,0’ında (n=68) tedavi uyumu yüksek, %18,5’inde (n=28) orta, %36,4’ünde (n=55) düşük saptanmış ve kontrollere düzenli olarak giden hastalarda tedavi uyumu yüksek ve orta olanların oranı, kontrollere düzenli olarak gitmeyen hastalarda tedavi uyumu düşük olanların oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,005).

Tablo 4.18. Hastaların kontrollere gitme durumu ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

			Morisky Tedavi Uyumu						p
			Düşük		Orta		Yüksek		
			n	%	n	%	n	%	
Doktorunuzun HT hastalığınızın takip ve tedavisi için önerdiği kontrollere düzenli olarak gider misiniz?		Evet	43	21,5	55	27,5	102	51,0	0,005*
		Hayır	55	36,4	28	18,5	68	45,0	
Kontrollerinize düzenli olarak gitmiyorsanız nedeni nedir?		Ulaşım sorunları	3	25,0	1	8,3	8	66,7	0,610
		Randevu bulamıyorum	5	38,5	4	30,8	4	30,8	
		Hastalığımın önemli ve ciddi boyutta olmadığını düşünüyorum	45	39,1	20	17,4	50	43,5	
		Yoğunum	2	66,7	0	,0	1	33,3	
		Kontrolle gitmeyi unutuyorum	2	22,2	2	22,2	5	55,6	
		Diğer	1	20,0	2	40,0	2	40,0	

Ki kare testi, *: p<0,05

Tablo 4.19’da hastaların HT tanısı aldıklarında doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumuna göre Morisky tedavi uyumu değerlendirilmiştir. Yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilenlerin %50,2’sinde (n=150), bilgilendirilmeyenlerin ise %38,5’inde (n=20) tedavi uyumu

yüksek bulunmuştur ve bilgilendirilenler ile bilgilendirilmeyenler arasında tedavi uyumu açısından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır.

Tablo 4.19. Hastaların HT tanısı aldıklarında doktoru tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirilme durumuna göre Morisky tedavi uyumunun değerlendirilmesi

			Morisky Tedavi Uyumu						p
			Düşük		Orta		Yüksek		
			n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon tanısı aldığınızda doktorunuz tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirildiniz mi?	Evet	79	26,4	70	23,4	150	50,2	0,232	
	Hayır	19	36,5	13	25,0	20	38,5		

Ki kare testi

Tablo 4.20’de hastaların yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevaplar ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. “Günlük tuz alımınız 5-6 gramdan (1 çay kaşığı) fazla mıdır?” sorusuna evet cevabı veren hastaların %40,8’inde (n=60), hayır cevabı veren hastaların %53,9’unda (n=110) tedavi uyumu yüksek bulunmuş ve hayır cevabı verenlerde tedavi uyumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Diğer yaşam tarzı değişikliği soruları ile Morisky tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.20. Hastaların yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevaplar ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

					Morisky Tedavi Uyumu						p	
					Düşük		Orta		Yüksek			
					n	%	n	%	n	%		
Günlük tuz alımınız 5-6 gramdan (1 çay kaşığı) fazla mıdır?	Evet	Hayır			49	33,3	38	25,9	60	40,8	0,045*	
					49	24,0	45	22,1	110	53,9		
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük aldığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?		Artış oldu	Azalma oldu	Değişmedi	Bilinmiyor	0	,0	0	,0	1	100,0	0,253
						57	25,7	47	21,2	118	53,2	
						38	31,4	35	28,9	48	39,7	
						3	42,9	1	14,3	3	42,9	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişim oldu mu?		Artış oldu	Azalma oldu	Değişmedi		24	33,8	19	26,8	28	39,4	0,505
						19	25,3	19	25,3	37	49,3	
						55	26,8	45	22,0	105	51,2	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra fiziksel aktivitenizde değişiklik oldu mu?		Artış oldu	Azalma oldu	Değişmedi		17	30,9	11	20,0	27	49,1	0,611
						7	33,3	7	33,3	7	33,3	
						74	26,9	65	23,6	136	49,5	

Tablo 4.20. Hastaların yaşam tarzı değişikliği sorularına verdiği cevaplar ile Morisky tedavi uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (devam)

Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemek alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?	Olumlu yönde oldu	42	23,6	42	23,6	94	52,8	
	Olumsuz yönde oldu	2	50,0	0	,0	2	50,0	0,257
	Değişmedi	54	32,0	41	24,3	74	43,8	
	Her zaman	8	27,6	9	31,0	12	41,4	
Stresli bir yaşamdan kaçınmak için özen gösterir misiniz?	Sık sık	15	23,4	14	21,9	35	54,7	0,811
	Bazen	54	28,3	47	24,6	90	47,1	
	Hiçbir zaman	21	31,3	13	19,4	33	49,3	

Ki kare testi, *: $p < 0,05$

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hipertansiyon, dünya genelinde erken ölümlerin başlıca nedenlerinden biri olup, yetişkin hastaların yaklaşık %46'sı bu hastalığa sahip olduklarından habersizdir. Hipertansiyonlu yetişkinlerin yarısından daha azı (%42) teşhis ve tedavi edilmektedir. Hipertansiyonu olan yaklaşık 5 yetişkinden 1'inin (%21) tansiyonu kontrol altındadır (<https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/hypertension>, Erişim tarihi: 27 Mayıs 2023).

Hipertansiyonun önlenmesinde yaşam tarzı değişiklikleri önemli bir rol oynamakta ve tedavide yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra ilaç tedavisi de kullanılmaktadır. Tedavinin başarılı olabilmesi için hastaların bu yaşam tarzı değişikliklerini benimsemeleri ve ilaç tedavisine uyum göstermeleri gerekmektedir. Bu araştırma ile hipertansiyon hastalarının yaşam tarzı değişikliklerini ne ölçüde benimsedikleri, ilaç tedavisine ne ölçüde uyum gösterdikleri ve uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. İnanıyoruz ki, bu çalışmanın sonuçları hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu artırmak ve tedavi sonuçlarını iyileştirmek için gerekli stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda; hipertansiyon hastalarının yaklaşık %20 (n=70)'sinin önerilen kanıta dayalı yaşam tarzı değişikliklerinden hiçbirini uygulamadığı ve yalnızca üç kişinin önerilen yaşam tarzı değişikliklerine tam uyum gösterdiği saptanmıştır. Yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyum oranlarına göre sınıflandırıldıklarında; katılımcıların %43,58'inin “çok kötü”, %29,91'inin “kötü”, %19,94'ünün “orta”, %5,69'unun “iyi” seviyelerde uyum gösterdikleri görüldü. Bunun yanında; katılımcıların %85,2'sinin çoğunun yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgilendirildiği görülmüştür. Bilgilendirilen hastaların; tuz kısıtlaması, kilo kontrolü, fiziksel aktivite ve diyet önerilerine bilgilendirilmeyenlerden anlamlı oranda yüksek uyum gösterdikleri saptanmıştır. Katılımcıların ilaç tedavilerine uyumlarının yaşam tarzı değişikliğine uyum oranlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların %48,43'ünün ilaç tedavilerine “yüksek uyum” gösterdiği, %23,64'ünün “orta uyum” %27,92'sinin ise “düşük uyum” gösterdiği saptanmıştır.

Çalışmamızda; katılımcıların hipertansiyon hastalarına önerilen kanıta dayalı yaşam tarzı değişikliklerine uyumları değerlendirildiğinde katılımcıların büyük kısmının uyumunun yetersiz olduğu, bununla birlikte ilaç tedavisine uyumlarının yaşam tarzı değişikliklerine kıyasla daha iyi olduğu görülmüştür. Bunun yanında; ilaç tedavisine uyum ile yaşam tarzı önerilerine uyum arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yani ilaç tedavisine daha fazla uyum gösterenlerin yaşam tarzı önerilerine uyumunun da daha fazla olduğu, yaşam tarzı uyumu yüksek olanların da ilaç tedavisine uyumlarının daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür. Ayrıca erkek nüfusun kadın nüfusundan, genç yaştakilerin yaşlılardan, eğitim düzeyi yüksek olanların düşük olanlardan daha fazla oranda yaşam tarzı değişikliklerine uyum gösterdiği saptanmasına rağmen kadınların erkeklerden, yaşlıların gençlerden, eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlardan daha fazla oranda ilaç tedavilerine istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da daha yüksek uyum gösterdikleri görülürken; hem yaşam tarzı değişikliği hem de ilaç tedavisine uyumları evlilerin bekarlardan daha yüksek oranda olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgilendirilen hastaların; bilgilendirilmeyen hastalara oranla, günlük alınan tuz miktarında azalma gösterdikleri saptanmıştır. Sacks ve ark. ABD’de 412 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada tuz alımının azaltılmasının kan basıncında 4,6 mm Hg’ye kadar varan düşüşler oluşturduğunu tespit etmiştir (Sacks ve ark., 2001). Kanada’da 23,129 kişinin katıldığı bir çalışmada, diyetteki tuz miktarı azaltılmasının bir yılda görülen 11.550 kardiyovasküler olayı önleyeceği tahmin edilmektedir. Bu yolla, doktor ve laboratuvar harcamalarında %6,5, hipertansiyon tanısı olan hastaların ilaç ihtiyaçlarında %23 azalma olacağı bildirilmiştir (Joffres ve ark., 2007). Hipertansiyon tanılı hastaların her muayenesinde tuz kısıtlanması yönünde önerilerde bulunulmasının öneminin unutulmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgilendirilen hastaların; bilgilendirilmeyen hastalara oranla, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilolarında azalma gösterdikleri saptanmıştır. Çakır’ın 2003 yılında yaptığı çalışmada, hipertansif bireylerde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını arttırmaya yönelik eğitim sonrası deney grubunda kilo, bel çevresi ve beden kitle indeksinde anlamlı olacak

şekilde azalma saptandığı, bunun kan basınçlarını önemli oranda düşürdüğü, kontrol grubunda ise düşüşün olmadığı saptanmıştır (Çakır, 2003). Çakır'ın çalışması çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görüldüğü, hipertansif bireylerde kilo ölçümlerinin yapılması ve fazla kiloların verilmesi için ilgili birimlere yönlendirmenin tedaviyi tamamlayıcı unsurlardan biri olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgilendirilen hastaların; bilgilendirilmeyen hastalara oranla, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra fiziksel aktivitelerinde artış gösterdikleri saptanmıştır. Kim ve Kong'un Güney Kore'de 2015 yılında 3802 hastayla yaptıkları yaşam tarzı önerilerine bağlılıkları değerlendirdikleri çalışmada, hipertansif hastalara önerilen fiziksel aktiviteyi, hastaların %46 oranında gerçekleştirdikleri görülmüştür (Kim ve Kong, 2015). Kanada'da 1281 hastayla yürütülen bir çalışmada, hastalara yaşam tarzı değişikliği eğitimi verildikten sonra sadece %7,9'unun fiziksel aktivitelerinde iyileşme sağlandığı bulunmuştur (Neutel ve Campbell, 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, katılımcıların egzersiz alışkanlıkları incelenmiş ve elde edilen verilere göre, katılımcıların %55,3'ünün hiç egzersiz yapmadığı, %26,7'sinin ise haftada 3 gün ve üzeri, minimum 30 dakika süreyle egzersiz yaptığı saptanmıştır. (Şanlı, 2020). Hipertansiyon hastalarının her kontrol muayenelerinde fiziksel aktivitelerini arttırmalarını, hareketsiz yaşamdan kaçınmalarını tavsiye etmenin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgilendirilen hastaların; bilgilendirilmeyen hastalara oranla, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemek alışkanlıklarında olumlu yönde artış gösterdikleri saptanmıştır. Amerika'da 810 hastaya verilen DASH diyet eğitiminden sonra, hastaların %66'sının DASH diyetini uyguladığı, uygulayanların da %77'sinin kan basıncında önemli düşüşlere sebep olduğu gösterilmiştir (Appel ve ark., 2003). Kurçer ve Özbay, koroner arter hastalarını dahil ettiği çalışmada verilen eğitim sonrasında hastaların beslenme alışkanlıklarıyla alakalı bilgi düzeylerinin artışına paralel olarak diyet uyumlarının arttığı, kan basıncı düzeylerinde anlamlı ölçüde azalma olduğunu göstermiştir (Kurçer ve Özbay, 2011). Bu çalışmalar, çalışmamızı desteklemekte olup, hipertansif hastalara beslenme konusunda bilgi vermenin, her muayenede hatırlatmanın, gerekirse ilgili birimlere yönlendirmenin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda hastaların ilaç tedavisine yüksek uyumları %50'den az olduğu saptanmıştır. Irmak ve ark. sınırlı bir grup hastada yaptıkları müdahale çalışmasında katılımcıların neredeyse tamamının ilaç tedavisine tam uyum gösterdiği saptanmıştır (Irmak ve ark., 2007). Yine Atik ve ark. hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumlarının değerlendirildiği araştırmada; ilaç tedavilerine uyumun %60 civarında olduğu belirtilmiştir (Atik ve ark., 2018). Gökçeimam ve ark. hipertansiyon hastalarının bilinçli farkındalık düzeyleri ile ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkisini değerlendirdiği bir başka çalışmada ise uyum oranlarının düşük seviyelerde olduğunu saptamıştır (Gökçeimam ve ark., 2022). Alhaddad ve ark. yaptıkları çalışmada, tedaviye uyumlu hastaların oranının %55,9 olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca, tedaviye uyumun standardize bir yöntemle değerlendirilememesinin farklı sonuçlara neden olabileceği de öne sürülmüştür (Alhaddad ve ark., 2016). Literatürde hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumlarının değerlendirildiği farklı popülasyonlarda yapılan birçok çalışma olmakla birlikte ortaya konan veriler değişkenlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda da ilaç tedavisine yüksek uyum oranı %48 olarak bulunmuştur. Literatür verilerindeki bu farklılıklar araştırmaların yapıldığı popülasyona göre değişiklik gösterebileceği düşünülmekle birlikte bu değişkenliğin ortaya konabilmesi için daha kapsamlı araştırmaların gerektiği kanaatindeyiz.

Atik ve ark. Bolu'da 2016 yılında 342 hastaya yaptıkları bir çalışmada, şehirde yaşayanların kırsalda yaşayanlara göre tansiyonlarının daha iyi kontrol altında olduğu ve ilaç tedavisine olan uyumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Atik ve ark., 2016). Çalışmamızda, yaşadığı yer kırsal bölge olanların kentsel bölgede olanlara göre tedavi uyumlarının istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın yapıldığı kentsel popülasyonun yaşam yoğunluğunun fazla olduğundan dolayı tedaviye uyumlarının düşük olduğu, kırsal popülasyonun ise sağlıklı yaşam koşullarına daha kolay ulaştığından dolayı tedaviye uyumlarının yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların çoğunun evde tansiyon ölçüm aleti bulundurduğunu, evde tansiyon aleti olanların olmayanlara göre tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu ve düzenli ve bazen ölçenlerde düzenli ölçmeyenlere göre tedavi uyumu yüksek

olanların oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu sonucuna varılmıştır. Oskay ve ark. yaptıkları çalışmada hastaların %7,3'ünün tansiyonunu her gün ölçtördöğü, tansiyonlarını çoğu zaman ölçenlerin tedavi uyumunun daha yüksek olduğu, katılımcıların neredeyse dörtte birinin tansiyonlarını hiç ölçtörmediği ve tansiyonlarını hiç ölçtörmeyenlerin tedavi uyumunun daha düşük olduğu sonucu görölmüştür (Oskay ve ark., 2010). Mert ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise tansiyon ölçüm sıklığı arttıkça hastaların tedaviye uyumlarının yükseldiği gösterilmiştir (Mert ve ark., 2011). Hipertansif hastaların tansiyon ölçümlerinin hastalığa verdiği bir önemin göstergesi olduğundan, düzenli ölçüm yapan hastaların tedavilere daha uyumlu olacağını beklemekteydik. Hastalara düzenli tansiyonlarını ölçme önerilerinde bulunarak ilaç tedavisini hatırlatmasına faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Pavlik ve ark. gerçekleştirdikleri bir çalışmada, ABD'de 962 kadın ve erkek hastanın hipertansiyonla ilgili farkındalık düzeyi ve doktor kontrolüne gitme sıklığı incelenmiştir. Çalışmada, hipertansiyon hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan bireylerin doktor kontrollerine daha az sıklıkla gittikleri ve ilaç tedavisine uyumlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (Pavlik ve ark., 1997). Özbayram ve Nabi ve ark. çalışmalarında, hastaların düzenli olarak doktor kontrolüne gitmelerinin ilaç uyumunu artırdığı bulunmuştur (Nabi ve ark., 2016; Özbayram, 2008). Çalışmamızda, ilaç uyumu düşük hastaların kontrol randevularına daha az sıklıkla gittikleri ve ilaç uyum düzeyi yükseldikçe daha sık kontrole geldikleri tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında, hipertansiyon hastalarına sağlanan bilgilendirme ve düzenli kontrollerin teşvik edilmesi, ilaç uyumunu artırma potansiyeline sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, hastaların yaşam tarzı değişikliklerini benimsemelerinin ilaç uyumuyla ilişkisini incelediğimizde, günlük tuz alımları, streten kaçınma durumları, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemeklerde kullanılan tuz miktarının değişimi, fiziksel aktivitelerindeki değişim, kilo değişimi ve yeme alışkanlığı değişimi gibi faktörler değerlendirilmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlara göre, hastaların ilaç uyum düzeyleri arttıkça istatistiksel olarak anlamlı olmasa da olumlu yanıtların oranlarının yüksek olduğu gözlemlendi. Vatansever ve Ünsar'ın araştırmasında, beslenme

alışkanlıklarında olumlu tutum sergileyen bireylerin ilaç uyumunun da olumlu olduğu belirlenmiştir (Vatansever ve Ünsar, 2014). Hacıhasanoğlu'nun yaptığı kontrol gruplu deneysel çalışmada, hipertansif hastalara yönelik verilen ilaç uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarını arttırmaya yönelik eğitim sonucunda, deney gruplarında tedaviye uyumun arttığı ancak kontrol grubunda önemli bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir (Hacıhasanoğlu, 2007). Bell ve Kravitz'in çalışmasında, hekimlerin sağladığı danışmanlık eğitiminin tedaviye uyumu artırma konusunda ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir (Bell ve Kravitz, 2008). Hastaları yaşam tarzı değişiklikleri konusunda belli aralıklarla bilgilendirmenin, ilaç uyumlarını da artıracak, hastaların tansiyonlarını kontrol altında tutmada yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda ilaç tedavisine uyum ile yaş ve cinsiyet arasında ilişki kurulamamıştır. Çin'de 2012 yılında birinci basamak sağlık hizmetine başvuran 1114 hipertansiyon hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, 60 yaş ve üzeri hastalarda ilaç tedavisine uyum oranının en yüksek olduğu tespit edilmiştir (Lee ve ark., 2013). Kayseri'de 2010 yılında yapılan bir çalışmada, 400 hipertansif hastada ilaç tedavisine uyum üzerine yapılan bir araştırmada da 60 yaş ve üzerinde daha yüksek bir uyum oranı gözlenmiştir (Şarlı, 2011). Bakan ve İnci bir üniversite hastanesinde 116 hipertansiyon hastasına yaptıkları çalışmada, erkek hastaların kadın hastalardan ilaç tedavisine uyumları daha yüksek bulunmuşken, yaş ile uyum arasında ilişki tespit edilememiştir (Bakan ve İnci, 2021). Ross ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise kadınlarda tedavi uyumu erkeklere göre daha yüksek görülmüş, yaş ile uyum arasında ilişki tespit edilememiştir (Ross ve ark., 2004). Literatürdeki çalışmalar, yaş ve cinsiyet ile ilaç tedavisine uymanın farklı topluluklarda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşıldığını görmektedir.

Çalışmamızda ilaç tedavisine uyum ile medeni durum ve eğitim durumu arasında ilişki kurulamamıştır. Erci ve ark. 2018 yılında gerçekleştirdikleri bir çalışmada, ilaç tedavisine uyumda bekarların evlilerden, eğitim düzeyi yüksek olanların düşük olanlardan yüksek olduğu görülmüştür (Erci ve ark., 2018). Farklı bölgelerde, farklı popülasyonlarda yapılan çalışmaların sonuçlarının değişken olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda ilaç tedavisine uyum ile çalışma durumu ve ekonomik durum arasında ilişki kurulamamıştır. Cummings ve ark. 2015 yılında ABD’de 525 hasta ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, çalışma statüsünün düşüklüğü ve ekonomik durumdaki düşüklüğün düşük ilaç uyumuyla ilişkilendirildiği bulunmuştur (Cummings ve ark., 2016). Gelir durumu ile tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda farklı bulgulara rastlanmaktadır. Tümer ve arkadaşları ile Ergün ve arkadaşları gibi bazı çalışmalarda, tedavi uyumu ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmalarda, gelir düzeyi ile tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Ergün ve ark., 2002; Tümer ve ark., 2016). Ancak, Özkara ve ark. veya Aparcı ve ark. çalışmaları gibi diğer çalışmalar, gelir durumu ile ilaç uyumu arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Aparcı ve ark., 2008; Özkara ve ark., 2008). Bu çalışmalar, daha yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin ilaçlarını daha düzenli bir şekilde kullanma eğiliminde olabileceğini ve gelir düzeyinin tedavi uyumu ile ilişkili olabileceğini gösterdiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların tedavi süreleri ile ilaç uyumu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Mekonnen ve ark. yaptıkları çalışmada, antihipertansif ilaçları üç yıldan uzun süredir kullanan hastalarda ilaç uyumunun, üç yıldan kısa süre kullananlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu saptamıştır (Mekonnen ve ark., 2017). Lee ve ark. yaptıkları çalışmada ise on yıldan fazla antihipertansif ilaç kullanan hastalarda ilaç uyumunun diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Lee ve ark., 2013). Hastalık süresi arttıkça, hastaların ilaçlarını düzenli kullanımının arttığı görüşündeyiz.

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi hipertansiyon yönetiminde medikal tedavinin yanı sıra yaşam tarzı müdahalesi de oldukça önemlidir. Hipertansiyonlu hastalarda tedavi planlamasının ilk adımı yaşam tarzındaki değişiklikleri içermektedir. Özellikle düşük riskli hastalar için yaşam tarzı müdahalesi bile yeterli bir tedavi seçeneği olabilmektedir. Çalışmamızda, yaşam tarzı değişikliklerini uygulayan hastaların ilaç uyumunun daha yüksek olduğu bulgusuna rağmen, yaşam tarzı değişikliklerini uygulayan hasta sayısı oldukça düşük gözükmemektedir. Hekimlerin ilaç tedavilerini düzenlemelerine rağmen hastaların tedaviye uymaması, kan basıncı kontrolünün

sağlanmasını engellemektedir. Hastaların yaşam tarzı değişikliklerini anlamaları ve uygulamaları konusunda desteklenmeleri, düzenli hekim kontrolüne gitmeleri böylece hastaların yaşam tarzı değişikliklerine ve ilaç tedavilerine olan uyumlarının artışına yardımcı olacağı kanaatindeyiz.



6. KAYNAKLAR

- Adolfsson, B., Andersson, I., Elofsson, S., Rössner, S., Undén, A.L. (2005). Locus of control and weight reduction. *Patient Educ Couns*, 56(1), 55-61.
- Alderman, M.H. (1999). Barriers to blood pressure control. *Am J Hypertens*, 12, 1268-1269.
- Alhaddad, I.A., Hamoui, O., Hammoudeh, A., Mallat, S. (2016). Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Eastern population: adherence. *Vascular health and risk management*, 12, 407-413.
- Aparıcı, M., Kardeşoğlu, E., Yiğiner, Ö., Özmen, N., Cingözbay, B., Cebeci, B. (2008). Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(4), 333-338.
- Appel, L.J., Brands, M.W., Daniels, S.R., Karanja, N., Elmer, P.J., Sacks, F.M. (2006). Dietary approaches to prevent and treat hypertension: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 47(2), 296-308.
- Appel, L.J., Champagne, C.M., Harsha, D.W., Cooper, L.S., Obarzanek, E., Elmer, P.J. (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*, 289, 2083-2093.
- Appel, L.J., Moore, T.J., Obarzanek, E., Vollmer, W.M., Svetkey, L.P., Sacks, F.M., Bray, G.A., Vogt, T.M., Cutler, J.A., Windhauser, M.M., Lin, P.H., Karanja, N. (1997). A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group, *N Engl J Med*, 17, 336(16), 1117-1124.
- Arıcı, M., Birdane, A. (2015). Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu. *Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol*, 43(4), 402-409.
- Atik, F., Aktas, G., Kocak, M.Z., Erkus, E., Savli, H. (2018). Analysis of the Factors Related to the Blood Pressure Control in Hypertension. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, vol 28(6), 423-426.
- Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., Tükek, T., Sabuncu, T., Arıcı, M., Erdem, Y., Özın, B., Sahin, İ., Ertürk, Ş., Bitigen, A., Tokgözoğlu, L. (2019). Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu 2019 [2019 Turkish Hypertension Consensus Report]. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 47(6), 535-546.
- Ayers, K., Byrne, L.M., DeMatteo, A., Brown, N.J. (2012). Differential effects of nebivolol and metoprolol on insulin sensitivity and plasminogen activator inhibitor in the metabolic syndrome. *Hypertension*, 59(4), 893-898.
- Bakan, G., İnci, F.H. (2021). Treatment Compliance and Health Literacy in Patients with Hypertension. *Türk J Card Nur*, 12(28), 81-87.

Bayram, F., Demir, Ö., Sabuncu, T., Eren, M.A., Gedik, A.V., Çorapçıoğlu, D., et al. (2021). Prevalence and Awareness of Hypertension in Seven Distinct Geographic Regions of Turkey: The SEMT HT Study. *Turk J Endocrinol Metab*, 25(1), 1-10.

Bell, R.A., Kravitz, R.L. (2008). Physician counseling for hypertension: what do doctors really do? *Patient education and counseling*, 72(1), 115-121.

Blumenthal, J.A., Sherwood, A., Gullette, E.C., Babyak, M., Waugh, R., Georgiades, A., Craighead, L.W., Tweedy, D., Feinglos, M., Appelbaum, M., Hayano, J., Hinderliter, A. (2000). Exercise and weight loss reduce blood pressure in men and women with mild hypertension: effects on cardiovascular, metabolic, and hemodynamic functioning. *Arch Intern Med*, 160(13), 1947-1958.

Bundy, J.D., Mills, K.T., Chen, J., et al. (2018). Estimating the Association of the 2017 and 2014 Hypertension Guidelines With Cardiovascular Events and Deaths in US Adults. *JAMA Cardiol*, 3(7), 572-581.

Busnello, R.G., Melchior, R., Faccin, C., Vettori, D., Petter, J., Moreira, L.B., Fuchs, F.D. (2001). Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. *Arq Bras Cardiol*, 76(5), 349-354.

Büyüköztürk, K., İlerigelen, B., Kabakçı, G., Koylan, N., Kozan, Ö. (2004). Türkiye’deki hipertansiyon hastalarının risk profillerinin belirlenmesine yönelik geniş ölçekli bir çalışma: I.C.E.B.E.R.G. çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 32(6), 344-349.

Charles, L., Triscott, J., Dobbs, B. (2017). Secondary Hypertension: Discovering the Underlying Cause. *Am Fam Physician*, 96(7), 453-461.

Corrao, G., Zambon, A., Parodi, A., Poluzzi, E., Baldi, I., Merlino, L., Cesana, G., Mancia, G. (2008). Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: A population based study in Italy. *Journal of hypertension*, 26(4), 819–824.

Cramer, J. (2003). Medicine partnerships. *Heart (British Cardiac Society)*, 89 Suppl 2(Suppl 2), ii19–ii37.

Cummings, D.M., Wu, J.R., Cene, C., Halladay, J., Donahue, K.E., Hinderliter, A., Miller, C., Garcia, B., Penn, D., Tillman, J., DeWalt, D. (2016). Perceived Social Standing, Medication Nonadherence, and Systolic Blood Pressure in the Rural South. *J Rural Health*, 32(2), 156-163.

Cushman, W.C., Cutler, J.A., Hanna, E., Bingham, S.F., Follmann, D., Harford, T., Dubbert, P., Allender, P.S., Dufour, M., Collins, J.F., Walsh, S.M., Kirk, G.F., Burg, M., Felicetta, J.V., Hamilton, B.P., Katz, L.A., Perry, H.M., Willenbring, M.L., Lakshman, R., Hamburger, R.J. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS): effects of an alcohol treatment program on blood pressure. *Arch Intern Med*. 1998 Jun 8;158(11):1197-207.

Çakır, H. (2003). Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Rukiye Pınar)

Erci, B., Elibol, M., Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 26(2), 79-92.

Ergün, U.G., Yıldırım, M.Y., Alparslan, N. (2002). Esansiyel hipertansiyon hastalarında sosyoekonomik düzey farklılığı ve ilaç uyuncu. Türk Aile Hek Derg, 6(4), 165-171.

Erkoç, Y., Yardım, N. (2011). Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. 1. Basım, Anıl Matbaası, Ankara, s: 15-16.

Fried, L.F., et al. (2013). Combined angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephropathy. New England Journal of Medicine, 369(20), 1892-1903.

Garfinkle, M.A. (2017). Salt and essential hypertension: pathophysiology and implications for treatment. J Am Soc Hypertens, 11(6), 385-391.

Gökçeimam, P.Ş., Sünbül, E.A., Güçtekin, T., Sünbül, M. (2022). The Effect of Mindfulness Level on Drug Adherence in Hypertension Patients. Nam Kem Med J, 10(2), 212-218.

Graudal, N.A., Hubeck-Graudal, T., Jurgens, G. (2011). Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. The Cochrane database of systematic reviews, (11), CD004022.

Grossman, E., Vald, A., Peleg, E., Sela, B., Rosenthal, T. (1997). The effects of a combined low-sodium, high-potassium, high-calcium diet on blood pressure in patients with mild hypertension. J Hum Hypertens, 11(12), 789-794.

Hacıhasanoğlu, R. (2007). Birinci Basamakta Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Eğitim ve Evde izlemin İlaça Uyum ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. S Gözüm).

Hall, M.E., Hall, J.E. (2017). Pathogenesis of hypertension. Hypertension: A Companion to Braunwald’s Heart Disease E-Book. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, p:33-51.

Iqbal, S., Klammer, N., Ekmekcioglu, C. (2019). The Effect of Electrolytes on Blood Pressure: A Brief Summary of Meta-Analyses. Nutrients, 11(6):1362.

Irmak, Z., Düzöz, G.T., Bozyer, İ. (2007). Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 14(2): 39-47.

Joffres, M.R., Campbell, N.R., Manns, B., Tu, K. (2007). Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol*, 23(6):437-443.

Karakovan, A., Eti Aslan, F. (2014). Hipertansiyon dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Üçüncü Baskı, Akademisyen Tıp Kitap Evi, Ankara, s. 54-72.

Kim, Y., Kong, K.A. (2015). Do Hypertensive Individuals Who Are Aware of Their Disease Follow Lifestyle Recommendations Better than Those Who Are Not Aware?. *PLoS One*, 10(8), e0136858.

Kurçer, M.A., Özbay, A. (2011). Koroner Arter Hastalarına Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Anadolu Kardiyol Derg*, 11, 107-113

Lee, G.K., Wang, H.H., et al. (2013). Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One*, 8(4), 62775.

Lee, H.Y., Shin, J., Kim, G.H., Park, S., Ihm, S.H., Kim, H.C., Kim, K.I., Kim, J.H., Lee, J.H., Park, J.M., Pyun, W.B., Chae, S.C. (2019). 2018 Korean Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension: part II-diagnosis and treatment of hypertension. *Clinical hypertension*, 25, 20.

Leiter, L.A., Abbott, D., Campbell, N.R., Mendelson, R., Ogilvie, R.I., Chockalingam, A. (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 2. Recommendations on obesity and weight loss. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 160(9 Suppl), S7–S12.

Liu, M.Y., Li, N., Li, W.A., Khan, H. (2017). Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res*, 39(6), 573-580.

Lu, Q., Zhang, Y., Geng, T., Yang, K., Guo, K., Min, X., He, M., Guo, H., Zhang, X., Yang, H., Wu, T., Pan, A., Liu, G. (2022). Association of Lifestyle Factors and Antihypertensive Medication Use With Risk of All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Adults With Hypertension in China. *JAMA Netw Open*, 5(2), e2146118.

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., De Backer, G., Dominiczak, A., Galderisi, M., Grobbee, D.E., Jaarsma, T., Kirchhof, P., Kjeldsen, S.E., Laurent, S., Manolis, A.J., Nilsson, P.M., Ruilope, L.M., Schmieder, R.E., Sirnes, P.A., Sleight, P., Viigimaa, M., Waeber, B., Zannad, F. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 34(28), 2159–2219.

Manosroi, W., Williams, G.H. (2019). Genetics of human primary hypertension: Focus on hormonal mechanisms. *Endocrine reviews*, 40(3), 825–856.

Mekonnen, H.S., Gebrie, M.H., Eyasu, K.H., & Gelagay, A.A. (2017). Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC pharmacology & toxicology*, 18(1), 27.

Mert, H., Kuruoğlu, E. (2011). Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(1), 7-12.

Nabi, G., Boral, P.K., Mohanta, D., Mou, F.T., Rokonzaman, S. (2016). Non Compliance Pattern of Anti Hypertensive Treatment. *Journal of Dhaka Medical College*, 24(2), 108-116.

Neutel, C.I., Campbell, N., & Canadian Hypertension Society (2008). Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada. *The Canadian journal of cardiology*, 24(3), 199–204.

Oparil, S., Acelajado, M.C., Bakris, G.L., Berlowitz, D.R., Cifková, R., Dominiczak, A.F., Grassi, G., Jordan, J., Poulter, N.R., Rodgers, A., Whelton, P.K. (2018). Hypertension. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18014.

Oskay, E.M., Önsüz, M.F., Topuzoğlu, A. (2010). İzmir’de bir sağlık ocağında başvuranların hipertansiyon hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1), 3- 9.

Özbayram A. (2008). Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*, (Danışman: Doç. Dr. Nadi Bakırcı).

Özkara, A., Turgut, F., Selçoki, Y., Kanbay, M., Karakurt, M., Tekin, O. (2008). Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları, *Yeni Tıp Dergisi*, 25(2), 97-101.

Parikh, N.I., Pencina, M.J., Wang, T.J., Benjamin, E.J., Lanier, K.J., Levy, D., D’Agostino, R.B., Sr, Kannel, W.B., & Vasan, R.S. (2008). A risk score for predicting near-term incidence of hypertension: The Framingham Heart Study. *Annals of internal medicine*, 148(2), 102–110.

Pavlik, V.N., Hyman, D.J., Vallbona, C., Toronjo, C., & Louis, K. (1997). Hypertension awareness and control in an inner-city African-American sample. *Journal of human hypertension*, 11(5), 277–283.

Rahmouni, K., Correia, M.L., Haynes, W.G., & Mark, A.L. (2005). Obesity-associated hypertension: new insights into mechanisms. *Hypertension (Dallas, Tex. : 1979)*, 45(1), 9–14.

Ross, S., Walker, A., MacLeod, M.J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of human hypertension*, 18(9), 607–613.

Rossi, A., Dikareva, A., Bacon, S.L., Daskalopoulou, S.S. (2012). The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. *Journal of hypertension*, 30(7), 1277–1288.

Rossi, G.P., Bisogni, V., Rossitto, G., Maiolino, G., Cesari, M., Zhu, R., Seccia, T.M. (2020). Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension. *High blood pressure & cardiovascular prevention: the official journal of the Italian Society of Hypertension*, 27(6), 547–560.

Roush, G.C., Ernst, M.E., Kostis, J.B., Tandon, S., Sica, D.A. (2015). Head to head comparisons of hydrochlorothiazide with indapamide and chlorthalidone: antihypertensive and metabolic effects. *Hypertension*, 65(5), 1041–1046.

Sacks, F.M., Svetkey, L.P., Vollmer, W.M., Appel, L.J., Bray, G.A., Harsha, D., Obarzanek, E., Conlin, P.R., Miller, E.R., Simons-Morton, D.G., Karanja, N., Lin, P.H. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *The New England journal of medicine*, 344(1), 3–10.

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yilmaz, T., Cakir, B., Tuomilehto, J., TURDEP-II Study Group (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*, 28(2), 169–180.

Sengul, S., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, S., Karatan, O., Turgan, C., Hasanoglu, E., Caglar, S., Erturk, S., Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. (2016). Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of hypertension*, 34(6), 1208–1217.

Sever, P. S., Poulter, N. R., Dahlof, B., Wedel, H., & ASCOT Investigators (2009). Antihypertensive therapy and the benefits of atorvastatin in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: lipid-lowering arm extension. *Journal of hypertension*, 27(5), 947–954.

Silva, B.V., Sousa, C., Caldeira, D., Abreu, A., Pinto, F.J. (2022). Management of arterial hypertension: Challenges and opportunities. *Clinical cardiology*, 45(11), 1094–1099.

Şanlı, T. (2020). Birinci Basamakta Takip Edilen Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Değişikliği Başarısının Değerlendirilmesi. Kocaeli Derince Eğitim ve Arş. Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Kocaeli (Danışman: Doç. Dr. E. Şengül).

Şarlı Ş. (2011). Hipertansiyon Hastalığı Olanlarda Tedaviye Uyum, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kayseri (Danışman: Doç. Dr. İskender Gün).

Thomopoulos, C., Parati, G., Zanchetti, A. (2015). Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: Head to head comparisons of various classes of antihypertensive drugs-overview and meta-analyses. *Journal of hypertension*, 33(7), 1321–1341.

Thomopoulos, C., Parati, G., Zanchetti, A. (2017). Effects of blood pressure lowering treatment on outcome incidence. Effects in individuals with high normal and normal blood pressure: Overview and meta-analyses of randomized trials. *Journal of hypertension*, 35(11), 2150–2160.

Tikhonoff, V., Casiglia, E., Gasparotti, F., & Spinella, P. (2019). The uncertain effect of menopause on blood pressure. *Journal of human hypertension*, 33(6), 421–428.

Tümer, A., Bayğuğa, M., Dereli, F., Uysal, D. (2016), Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 105-113.

Vatansever, Ö., Ünsar, S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8):66-74

Verma, N., Rastogi, S., Chia, Y.C., Siddique, S., Turana, Y., Cheng, H.M., Sogunuru, G.P., Tay, J.C., Teo, B.W., Wang, T.D., Tsoi, K.K.F., Kario, K. (2021). Non-pharmacological management of hypertension. *Journal of clinical hypertension* (Greenwich, Conn.), 23(7), 1275–1283.

Volpe, M., Mancia, G., Trimarco, B. (2005). Angiotensin II receptor blockers and myocardial infarction: Deeds and misdeeds. *Journal of hypertension*, 23(12), 2113–2118.

Warburton, D.E., Nicol, C.W., Bredin, S.S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association journal*, 174(6), 801–809.

Weber, M.A., Schiffrin, E.L., White, W.B., Mann, S., Lindholm, L.H., Kenerson, J.G., Flack, J.M., Carter, B.L., Materson, B.J., Ram, C.V., Cohen, D.L., Cadet, J.C., Jean-Charles, R.R., Taler, S., Kountz, D., Townsend, R.R., Chalmers, J., Ramirez, A.J., Bakris, G.L., Wang, J., Harrap, S.B. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *Journal of clinical hypertension*, 16(1), 14–26.

Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Jr, Collins, K.J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S.M., Gidding, S., Jamerson, K.A., Jones, D.W., MacLaughlin, E.J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S.C., Jr, Spencer, C.C., Stafford, R.S., Taler, S.J., Thomas, R.J., Williams, K.A., Sr, Williamson, J.D., Wright, J.T., (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for

the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), 1269–1324.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D.L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S.E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G.Y.H., ESC Scientific Document Group (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European heart journal*, 39(33), 3021–3104.

Yang, B., Slonimsky, J.D., Birren, S.J. (2002). A rapid switch in sympathetic neurotransmitter release properties mediated by the p75 receptor. *Nature neuroscience*, 5(6), 539–545.

Yurekli, A.A., Bilir, N., Husain, M.J. (2019). Projecting burden of hypertension and its management in Turkey, 2015-2030. *PloS one*, 14(9), e0221556.

Zillich, A.J., Garg, J., Basu, S., Bakris, G.L., Carter, B.L. (2006). Thiazide diuretics, potassium, and the development of diabetes: A quantitative review. *Hypertension*, 48(2), 219–224.

7. EKLER

EK-1: Etik kurul kararı

	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu	
Sayı : E-71522473-050.01.04-230910 - 96		15.03.2023
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası		
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı		
İlgi : 14.03.2023 tarih ve 96 sayılı başvurunuz. Destekleyicisi olduğunuz "Hipertansiyon Hastalarının Yaşam Tarzı Değişikliği Önerileri ve İlaç Tedavisine Uyumlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir. Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir. Bilgilerinize rica ederim.		
Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ Etik Kurulu Başkanı		
Hasan KONAK Etik Kurulu Sekr. 		
Güvenli Elektronik İmzalı Aslı ile Aynıdır 15.03.2023		
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Doğrulama Kodu: BSLKZHN145 Pin Kodu: 61842 Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629 e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd/ek-5783&cD=BSLKZHN145&cS=230910 Bilgi için: Hasan Konak Unvanı: Sürekli İşçi 		

EK-2: Anket formu

**HİPERTANSİYON HASTALARININ YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ
ÖNERİLERİ VE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Değerli katılımcı bu anket formu ‘Hipertansiyon hastalarının yaşam tarzı değişikliği önerileri ve ilaç tedavisine uyumlarının değerlendirilmesi’ amacıyla Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından hazırlanmıştır. Cevaplarınız yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacak, kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

ANKET NO:

TARİH:

1) Yaş:

2) Cinsiyet:

- 1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni durum:

- 1) Bekar 2) Evli

4) Aile yapısı:

- 1) Yalnız yaşıyorum 2) Çekirdek aile 3) Geniş aile

5) Eğitim durumu:

- 1) Okuryazar değil
2) İlkokul-ortaokul mezunu
3) Lise mezunu
4) Üniversite mezunu
5) Diğer:

6) Çalışma Durumu:

- 1) Tam zamanlı istihdam
2) Yarı zamanlı istihdam
3) İşsiz
4) Serbest meslek
5) Ev hanımı
6) Öğrenci
7) Emekli

7) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

8) Nerede yaşıyorsunuz?

- 1) Kentsel bölge 2) Kırsal bölge

9) Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet (.....paket/yıl) 2) Hayır
3) Bıraktım (.....paket/yıl)

10) Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Evet, sık sık 2) Evet, ara sıra
3) Hayır 4) Bıraktım

11) Boy:cm

Kilo:kg

12) Kaç yıldır hipertansiyon (yüksek tansiyon) hastalığınız var?

13) Hipertansiyon dışında başka hastalıklarınız var mı?

- 1) Hayır
2) Evet
- Diyabetes mellitus (Şeker hastalığı)
 - Hiperlipidemi (Kolesterol yüksekliği)
 - Kalp hastalığı (Kalp yetmezliği- Geçirilmiş kalp krizi vs.)
 - Tiroid hastalıkları (Hipertiroidi/Hipotiroidi)
 - Kanser
 - Böbrek yetmezliği
 - Astım/KOAH
 - Diğer:

14) Hipertansiyon hastalığınıza bağlı komplikasyon gelişti mi?

- 1) Hayır
2) Evet
- Retinopati (Göz hastalığı)
 - Nefropati (Böbrek hastalığı)
 - Kardiyovasküler Hastalık (Kalp yetmezliği, Ritm bozukluğu, Kalp krizi)
 - Serebrovasküler Hastalık (İnme, Beyin kanaması)

15) Evde tansiyon ölçüm aletiniz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

16) Tansiyonlarınızı düzenli ölçer misiniz?

- 1) Evet 2) Bazen 3) Hayır

17) Herhangi bir sağlık probleminizde ilk başvurduğunuz merkez sıklıkla neresidir?

- 1) Aile Sağlık Merkezi
- 2) Devlet Hastanesi
- 3) Eğitim Araştırma Hastanesi / Üniversite hastanesi
- 4) Özel Hastane / Özel muayenehane

18) Aile hekiminize ne kadar sıklıkla başvurursunuz?

- 1) Hiç
- 2) Yılda 1-5 kez
- 3) Yılda 6-10 kez
- 4) Yılda >10 kez

19) Hipertansiyon ile ilgili bir sağlık probleminizde ilk başvurduğunuz sağlık merkezi neresidir?

- 1) Aile Sağlık Merkezi
- 2) Devlet Hastaneleri
- 3) Eğitim Araştırma Hastanesi / Üniversite hastanesi
- 4) Özel Hastane / Özel muayenehane

20) Bu merkeze başvuru nedeniniz nedir?

- 1) Aile hekimime güveniyorum
- 2) Önce branştaki uzman hekime muayene olmak istiyorum.
- 3) Evime yakın/ulaşımı daha kolay
- 4) Eğitim araştırmada hastalığımın daha iyi araştırıldığını düşünüyorum.
- 5) Devlet hastanesine randevu bulmakta zorlanıyorum.
- 6) Diğer:

21) Doktorunuzun hipertansiyon hastalığınızın takip ve tedavisi için önerdiği kontrollere düzenli olarak gider misiniz? (Cevabınız Evet ise 23. Soruyu Hayır ise 22. Soruyu cevaplayınız)

- 1) Evet
- 2) Hayır

22) Kontrollerinize düzenli olarak gitmiyorsanız nedeni nedir?

- 1) Ulaşım sorunları
- 2) Randevu bulamıyorum
- 3) Hastalığımın önemli ve ciddi boyutta olmadığını düşünüyorum
- 4) Yoğunum
- 5) Kontrole gitmeyi unutuyorum
- 6) Diğer:

23) Hipertansiyon tanısı aldığınızda doktorunuz tarafından yaşam tarzı değişiklik önerileri hakkında bilgilendirildiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

24) Günlük tuz alımınız 5-6 gramdan (1 çay kaşığı) fazla mıdır?

1) Evet 2) Hayır

25) Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük aldığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?

1) Artış oldu 2) Azalma oldu 3) Değişmedi
4) Bilinmiyor

26) Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişim oldu mu?

1) Artış oldu 2) Azalma oldu 3) Değişmedi

27) Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra fiziksel aktivitenizde değişiklik oldu mu? (Haftada 5 -7 gün en az 30 dakika orta yoğunlukta dinamik aerobik egzersiz; yürüyüş, koşu, bisiklete binme veya yüzme)

1) Artış oldu 2) Azalma oldu 3) Değişmedi

28) Eğer sigara kullanıyorsanız hipertansiyon tanısı aldıktan sonra sigara kullanma alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu? (Kullanmıyorsanız bu soruyu geçebilirsiniz.)

- 1) Sigara kullanmayı bıraktım.
- 2) Kullandığım sigara miktarını azalttım.
- 3) Kullandığım sigara miktarını arttırdım.
- 4) Sigara kullanmaya başladım.
- 5) Değişmedi.

29) Eğer alkol kullanıyorsanız hipertansiyon tanısı aldıktan sonra alkol kullanma alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu? (Kullanmıyorsanız bu soruyu geçebilirsiniz.)

- 1) Alkol kullanmayı bıraktım.
- 2) Kullandığım alkol miktarını azalttım.
- 3) Kullandığım alkol miktarını arttırdım.
- 4) Alkol kullanmaya başladım.
- 5) Değişmedi.

30) Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemek alışkanlığınızda değişiklik oldu mu? (Taze sebze, meyve, baklagiller, az yağlı süt ürünleri tüketiminde artma; kırmızı et ve doymuş yağ asitleri tüketimini azaltma.)

1) Olumlu yönde oldu

2) Olumsuz yönde oldu

3) Değişmedi

31) Stresli bir yaşamdan kaçınmak için özen gösterir misiniz?

1) Her zaman

2) Sık sık

3) Bazen

4) Hiçbir zaman



EK-3: Morisky 8 maddeli ilaç uyum ölçeği

	EVET	HAYIR
1) Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?		
2) İnsanlar bazen unutmaları dışında bazı nedenlerden ilaçlarını almazlar. Son2 haftayı düşündüğünüzde, tedavinizi almadığınız bir gün(ler) oldu mu?		
3) İlacı aldığınızda kendinizi kötü hissettiğiniz için, doktorunuz söylemeden hiç ilaç tedavinizi kestiğiniz ya da ara verdiğiniz oldu mu?		
4) Evden ayrıldığınızda veya seyahat ettiğinizde, ilacınızı yanınıza almadığınız olur mu?		
5) Dün ilacınızı aldınız mı? **		
6) Belirtilerinizin kontrol altında olduğunu hissettiğinizde, bazen ilaç tedavinizi durdurduğunuz olur mu?		
7) Bazı insanlar için her gün ilaç tedavisi almak gerçek bir sorundur. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hissedersiniz mi?		
8) Hangi sıklıkta ilacınızı almayı hatırlamakta zorlanırsınız? Hiç/ nadiren ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman ☐		

ÖZGEÇMİŞ

Adı	İbrahim Etem	Soyadı	Acar
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		2017
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Pratisyen hekim	Bafra Devlet Hastanesi		2018-2020
Pratisyen hekim	Alaçam Devlet Hastanesi		2020-2020
Araştırma görevlisi	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi		2020-
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta