



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE HASTA UYUMU VE HASTALARIN SAĞLIK ANLAYIŞLARINA YÖNELİK BİR GİRİŞİMİN UYUM ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Nur Şeyda ŞAHİN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE HASTA
UYUMU VE HASTALARIN SAĞLIK
ANLAYIŞLARINA YÖNELİK BİR GİRİŞİMİN
UYUM ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Nur Şeyda ŞAHİN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN-2014

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi tarafından TPF-13002 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLO DİZİNİ	v
ŞEKİL DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	8
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	8
2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	8
2.2.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma	8
2.2.2. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflaması	10
2.2.2.1. Esansiyel Hipertansiyon	10
2.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon	10
2.2.2.3. Hipertansiyonun Hedef Organ Hasarı ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Sınıflandırılması	11
2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	13
2.4. Hipertansiyon Tanı ve Klinik Değerlendirilmesi	14
2.4.1. Kan Basıncının Ölçülmesi	16
2.4.1.1. Kan Basıncı Ölçüm Yöntemleri	16
2.4.1.2. Kan Basıncı Ölçümünde Kullanılan Donanım	16
2.4.1.3. Kan Basıncının Hekim Tarafından Ölçülmesi	17
2.4.1.4. Evde Kan Basıncı Ölçümü	19
2.4.1.5. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü	19
2.4.2. Anamnez	20
2.4.3. Fizik Muayene	21
2.4.4. Laboratuvar İncelemeleri	22
2.5. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Riskin Belirlenmesi	23
2.6. Hipertansiyon Tedavisi	26
2.6.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	26
2.6.2. İlaç Tedavisi	28
2.7. Hipertansiyon Tedavisinde Uyum	30

2.7.1. Antihipertansif Tedavi Uyumu ile İlişkili Faktörler	31
2.7.1.1. Sosyodemografik Özellikler	32
2.7.1.2. Hastalık ile İlgili Faktörler	33
2.7.1.3. Tedavi ile İlgili Faktörler	34
2.7.1.4. Davranış ile İlgili Faktörler	34
2.7.1.5. Ekonomik Özellikler	35
2.7.2. Tedavi uyumunun Belirlenmesinde Kullanılan Yöntemler	35
2.7.3. Hasta Uyumunu Artırıcı Girişimler	36
2.8. Sağlık İnanışları ve Davranışı	39
2.8.1. Hastalık Algısının Bileşenleri	41
2.8.1.1. Hastalığın Kimliği	41
2.8.1.2. Nedensel İnanışlar	41
2.8.1.3. Zamansal İnanışlar	42
2.8.1.4. Kontrol veya Tedavi Hakkındaki İnanışlar	42
2.8.1.5. Sonuçlar	42
2.9. Sağlık İnanışlarını Geliştirme Müdahaleleri ve Grup Görüşmeleri	42
3.GEREÇ-YÖNTEM	44
3.1. Çalışma Tasarımı	44
3.2. İzinler	46
3.3. İstatistiksel Değerlendirme	47
4.BULGULAR	48
4.1. Sosyodemografik Özellikler	48
4.2. Yaşam Tarzı Alışkanlıkları	52
4.3. Hipertansiyon Sıklığı	64
4.4. Hipertansiyon Farkındalık, Tedavi Alma ve Kontrol Altında Olma Oranları	70
4.5. İlaç Uyumsuzluk Nedenleri	75
4.6. Kontrol Oranları	76
4.7. Hipertansiyona İlişkin Bilgi Düzeyleri	78
4.8. Hipertansiyon İzlemi ve Yaşam Tarzı Değişikliği	81
4.9. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyumu	85
4.10. Sağlık Anlayışına Yönelik Girişimin Uyum Üzerine Etkisi	88
5.TARTIŞMA	90

6.SONUÇ-ÖNERİLER.....	102
7.KAYNAKLAR.....	109
8.EKLER.....	117

KISALTMALAR

HT: Hipertansiyon

KB: Kan Basıncı

SKB: Sistolik Kan Basıncı

DKB: Diastolik Kan Basıncı

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

PATENT: Türk hipertansiyon prevalans çalışması

AYDINHİP: Aydın hipertansiyon prevalans çalışması

JNC: Amerikan Ulusal Birleşik Komitesi

ESH/ESC: Avrupa Hipertansiyon derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği

USPSTF: Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu

NHANES: Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi

ACEİ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri

ARB: Aldosteron reseptör antagonisti

KKB: Kalsiyum kanal blokeri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SALTÜRK: Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans

MMAS: Morisky ilaç uyum ölçeği

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. JNC VII kılavuzuna göre KB sınıflaması	9
Tablo 2. ESH/ESC 2013 kılavuzuna göre KB sınıflaması	9
Tablo 3. Sekonder hipertansiyonda değerlendirme kılavuzu	11
Tablo 4. Kan basıncı yüksekliği ile risk grupları	12
Tablo 5. JNC 7 Hipertansiyon tarama programı	15
Tablo 6. Kol çevresi ve manşon boyutu	17
Tablo 7. Farklı tipte ölçümlerle hipertansiyon tanımı için kan basıncı eşik değerleri	20
Tablo 8. Hipertansiyonlu hastalarda laboratuvar incelemeleri	22
Tablo 9. KV riskin dört kategoride katmanlandırılması	24
Tablo 10. Prognozu etkileyen faktörler	25
Tablo 11. Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Kan Basıncına Etkisi	26
Tablo 12. Antihipertansif tedavi stratejisi	27
Tablo 13. Antihipertansif Tedavi: Tercih Edilen İlaçlar	28
Tablo 14. Tedaviye uyumu etkileyen faktörler	32
Tablo 15. Tedaviye Hasta Uyumunu Artırmak İçin Genel Tedbirler	38
Tablo 16. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri	50
Tablo 17. Çalışmaya katılanların yaşam tarzı ile ilgili özellikleri	53
Tablo 18. Çalışmaya katılanların yemeğe başlamadan önce yemeklerine tuz ekleme özellikleri	55
Tablo 19. Çalışmaya katılanların alkol kullanma özellikleri	57
Tablo 20. Çalışmaya katılanların sigara kullanma özellikleri	60
Tablo 21. Çalışmaya katılanların egzersiz yapma özellikleri	63
Tablo 22. Ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı	65
Tablo 23. Yaş grupları ve cinsiyete göre hipertansiyon prevalans dağılımı	66
Tablo 24. HT prevalansının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	68
Tablo 25. HT prevalansının katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıklarına göre dağılımı	69
Tablo 26. Hipertansiyonu olan hastaların farkındalık oranlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	71

Tablo 27. HT hastalarının ilaç kullanım sıklığının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	73
Tablo 28. Çevresinde ilaç alımına yardımcı varlığına göre ilaç kullanma düzeni	74
Tablo 29. Ek kronik hastalık tanıları	75
Tablo 30. Hipertansiyon hastalarının ek hastalığı ve HT için ilaç kullanma durumları.....	75
Tablo 31. İlaç uyumsuzluk nedenleri.....	76
Tablo 32. Tedavi altında olan hipertansif hastaların kontrol oranlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	77
Tablo 33. Hipertansiyonun neden olabileceği komplikasyonlar hakkında bilgi durumu.....	79
Tablo 34. Kullanılan ilaç gruplarının dağılımı.....	80
Tablo 35. HT ilaçlarının bilinen yararları ile ilaç kullanma durumları.....	81
Tablo 36. Çalışmaya katılanların HT tanısı alma durumuna göre tansiyon ölçtürme sıklığı.....	82
Tablo 37. HT hastalarının kontrol sıklığının sosyodemografik özelliklerine ve bilgi alma durumuna göre dağılımı.....	83
Tablo 38. Tanı sonrası yaşam tarzı değişiklik durumu.....	84
Tablo 39. HT hastalarının ilaç uyumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	85
Tablo 40. HT hastalarının yaşam tarzı alışkanlıklarına göre ilaç uyum durumu	85
Tablo 41. İlaç adedi ve ek kronik hastalık varlığına göre ilaç uyumu.....	88
Tablo 42. Katılımcıların grup çalışması öncesi ve sonrası MMAS puanlarıyla SKB ve DKB ölçümleri.....	89

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. 2013 ESH/ESC Klavuzu Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Yönetim Algoritması.....	30
Şekil 2. Sağlık İnanç Modeli.....	40
Şekil 3. Ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı.....	65
Şekil 4. Yaş grupları ve cinsiyete göre hipertansiyon prevalans dağılımı	66
Şekil 5. Hipertansiflerin farkındalık, tedavi ve kontrol altında olma durumları	78

EKLER DİZİNİ

Ek-1: Özgeçmiş	117
Ek-2: Veri Toplama Formu	118

1. GİRİŞ

Hipertansiyon (HT) kavramı sistemik arterlerdeki kan basıncı yüksekliği ile ilişkilidir ve damar yatağı içinde dolaşan kanın damar duvarında yarattığı yüksek basınçtır. Hipertansiyonun, inme ve koroner kalp hastalığı gibi major komplikasyon risklerinde artışı beraberinde getiren kan basıncı yüksekliği olarak tanımlanması da olasıdır (1). Tüm dünyada önemli düzeyde morbidite ve mortaliteye yol açmasının yanı sıra, önlenabilir ve kontrol altına alınabilir bir hastalık olması nedeniyle halk sağlığı yönünden öncelik taşıyan kronik bir hastalıktır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 yılı Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Raporuna göre, kardiyovasküler hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en sık ölüm nedenidir (3). HT kardiyovasküler hastalık için başlıca risk etkenidir.

DSÖ verilerine göre dünya ölçeğinde prevalans %26,4'tür. Bu rakamın 2025 yılında %29,2 olacağı öngörülmektedir. Hipertansiyon tüm dünyadaki erişkin ölümlerin %6'sından sorumlu tutulmaktadır (4).

Hipertansiyon sıklığı, çalışılan nüfusun yaşı, ırksal özellikleri ve diyet alışkanlıklarına göre değişmektedir. Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi [National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1999-2000)] sonuçlarına göre, 35 yaş üstü yetişkin Amerikan halkının %29'u hipertansiftir. HT prevalansı kırk yaş altında erkeklerde, kırk yaş üzerinde ise kadınlarda daha yüksektir (5). Bazı Avrupa ülkelerinde 1990'larda yapılan bir çalışmada 35 yaş üstü yetişkinlerde HT prevalansı %44 bulunmuştur (6). Framingham Kalp Çalışmasında, 55-65 yaş arası normotansif olan erkek ve kadınlarda, 80-85 yaşında HT gelişme riski %90 bulunmuştur. Yine bu çalışmada 55 yaş altındaki katılımcıların yarısından çoğunda 10 yıl içinde HT geliştiği, erkeklere göre kadınların değişik KB düzeylerinde kardiyovasküler riskinin daha düşük olduğu gözlenmiştir (6).

Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma 'Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri' (TEKHARF) çalışmasıdır. Bu çalışmanın 2007/8 kohortunda, 140/90 mmHg ve üstü kan basıncı ya da antihipertansif ilaç tedavisi alma olarak tanımlanan hipertansiyon prevalansı kadınlarda %46,3 ve erkeklerde

%37,7 olarak bulunmuştur (7). Bir diğer çalışma ‘Türk Hipertansiyon Prevalans’ (PATENT) çalışmasıdır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği adına yapılan ve 2003 yılında 18-80 yaş arası yaklaşık 5000 bireyin katıldığı bu çalışmada HT prevalansı %31,8 bulunmuştur ve hipertansiyon prevalansı kadınlarda (% 36,1) erkeklerden (% 27,5) daha yüksektir (8). Bu çalışmanın 2012 yılında yapılan izlem çalışmasında (PATENT 2) HT prevalansında (%30,3) önemli bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır (9).

Aydın ilinde 18 yaş ve üzeri nüfusta yapılan Aydın Hipertansiyon Prevalans (AYDINHİP) çalışmasında hipertansiyon prevalansı %29,6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya göre hipertansiyon sıklığı kadınlarda erkeklerden anlamlı biçimde yüksektir (sırasıyla %34,1 ve %26). Her iki cinste de prevalans yaşla birlikte artmaktadır (10).

Çok ciddi bir sağlık sorunu olmasına ve kan basıncını düşürücü etkili ilaçların bulunmasına karşın tüm dünyada hipertansif bireylerin durumlarının farkında olması, yüksek kan basıncını düşürücü ilaç kullanma ve kan basıncının kontrol altında olması konularında büyük sıkıntılar vardır. Amerika Birleşik Devletlerinde hipertansif bireylerin %70’i yüksek kan basıncının farkında ve %59’u tedavi almaktadır; ancak kan basıncı (KB) kontrol altında olanların oranı yalnızca %34’tür (5,11). Avrupa ülkelerindeki hipertansif hastaların üçte ikisi ile dörtte üçünün hiç tedavi almadığı saptanmıştır (6). Gelişmiş ülkeler son dönemde bu oranları önemli ölçüde artırmış olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde durum iç açıcı değildir.

Ülkemizde ise hipertansif bireylerin durumlarının farkında olması, tedavi alma ve kan basıncının kontrolde olma oranlarında son yıllarda önemli artışlar gözlenmiştir. TEKHARF çalışmasında hipertansif erkeklerin %53,7’si, kadınların %60’ı ilaç tedavisi almaktadır. Kan basıncını normalize etme başarısı ilaç alan erkeklerde %64 iken, kadınlarda %52 düzeyinde bulunmuştur. İlaç alanların %58’inde kan basıncının tam kontrol altına alındığı (kan basıncı <140 ve/veya <90 mmHg), %24’ünde hafif hipertansiyon (kan basıncı 140-159 ve/veya 90-99 mmHg) düzeyine düşürüldüğü veya tutulabildiği bildirilmiştir (7). 2003 yılında yapılan PATENT çalışmasına göre, hipertansiyonlu olguların yalnızca %40,7’sinin hastalıklarının farkında olduğu, ilaç kullanan hasta oranının %31,1 olduğu, kan basınçları kontrol oranının ise %8,1’de kaldığı saptanmıştır (8). PATENT 2 çalışmasında ise bu oranlar sırasıyla %54,7, %47,4 ve %28,7’dir. Hipertansiyonun farkında olma oranı kadınlarda erkeklere nazaran daha

yüksektir (% 47,9'a karşın % 27,9) (9). Bölgemize ilişkin veriler yaklaşık 20 yıl öncesine dayanmaktadır. HM Sönmez, O Başak ve arkadaşlarının yapmış olduğu AYDINHİP çalışmasında hipertansif bireylerin yalnızca %57,9'ının hastalıklarının farkında olduğu, %82,1'inin tedavi aldığı ve %19,8'inin kontrol altında olduğu belirlenmiştir (10).

Tedaviye rağmen kan basıncı kontrolündeki başarısızlığın üç ana nedeni vardır: Hasta uyumsuzluğu, tedavi yetersizliği ve dirençli HT. Yönetim planlarına ve KB düşürücü ilaçlara uyum yokluğu, dünya çapında kötü HT kontrolünün başlıca nedenidir (12).

Hipertansiyon tedavisinde uyum; birey davranışlarının, sağlık çalışanlarının ilaç alma, randevulara gelme, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin önerilerine uyma derecesi olarak tanımlanmaktadır (13). Hasta uyumu üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Uyumu belirleyen değişkenler, hastaların uyum paternleri, uyumsuzluk nedenleri, uyumun önündeki engeller ve uyumu artırıcı girişimler bu araştırmaların başlıca ilgi alanlarıdır.

Hipertansiyon tedavisinde uyumun belirleyicisi olabilecek 200'den fazla değişken incelenmiş, ancak bulgulardaki farklılıklardan dolayı hangi faktörlerin uyumsuzluk açısından belirleyici olduğu net olarak ortaya konulamamıştır. DSÖ tedaviye uyumsuzluk nedenlerini demografik özellikler, hastalık, tedavi, davranış ve ekonomik özellikler olmak üzere beş ana kategori altında ele almaktadır. Bu faktörlerin bir veya birkaçının varlığı uyumsuzluğa yön vermektedir (14).

Sosyodemografik özelliklere ilişkin faktörlerden hasta yaşı, tedaviye karar vermeyi etkileyen temel bir faktördür. Yaş faktörüne göre yapılan değerlendirmelerde genel olarak gençlerin yaşlılara göre daha uyumsuz oldukları belirtilmektedir. Cinsiyetin uyum açısından belirleyici bir faktör olduğu ancak yaş özelliği ile birlikte ele alınmasının önemi vurgulanmaktadır. Genel olarak erkek hipertansiflerde uyumsuzluk eğilimi daha fazla iken, yaşa göre yapılan incelemelerde uyumsuzluğun genç erkeklerde, buna karşın ileri yaştaki kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (15,16). Bireyin medeni durumunun, onun sosyal destek sisteminin belirlenmesi açısından önemli olduğu varsayılmaktadır. Ancak medeni durum ile ilaç uyumu etkileşimine ilişkin veriler sınırlıdır. Öğrenim düzeyi, meslek ve sosyoekonomik durum bireyin sosyal statüsü açısından belirleyici özelliklerdir. Genel

olarak “eğitim düzeyi düşük ise, mesleki durum ve ekonomik durumu da düşüktür ve bununla ilişkili olarak uyum oranı düşük olacaktır” şeklinde formüle edilmektedir (17).

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişmesi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu süreç bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler (18). Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki bile olmasa görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar da yapabilirler (19). Hipertansiyon uzun yıllar belirtisiz ve komplikasyonsuz seyredebilir, ciddi komplikasyonlar uzun yıllar sonra ortaya çıkabilir. Belirtisiz dönemde hastaya tedaviyi benimsetmek güç olur. Bu nedenle yüksek kan basıncı tedavisinde hasta uyumu büyük önem kazanmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastalığının farkında olup, ciddiyetine inanan hipertansif bireylerde tedaviye uyumun daha iyi olduğu saptanmıştır (20,21). Ayrıca hipertansiyon dışında başka ilaç kullanımını gerektirecek kronik bir rahtsızlığın olması, günlük alınması gereken ilaç sayısını artıracadından dolayı, ilaç tedavisine uyumu olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir (22).

İlaça güven duymak, hastalık ya da komplikasyon korkusu, aile öyküsünde hipertansiyonun varlığı gibi tedavi ile ilgili faktörler; tedaviye uyumu olumlu etkileyen durumlar olarak kabul edilmiştir. Tedavi programında farklı ilaç gruplarının yer alması, tedavinin uzun süreli olması, ilaçların yan etkileri, ilaçların pahalı olması, günde birden fazla ilaç alınması vb.  zelliklerin tedavi programını daha karmaşık hale getirmesi, ilacın alınmasının unutulması tedaviye uyumunu olumsuz etkileyen nedenler olarak belirtilmektedir (22,23).

Hasta tarafından değiştirilen ilaç alım davranışları, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin yanında maliyetinde artmasına da neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastaların ilaçlarını reçete edilenin dışında kullanma oranı kabaca %20-50 olarak bulunmuştur (16). Hipertansiyon tedavisinde yaşanan sorunların başında, hastaların tedaviye ömür boyu devam edileceğinin bilincinde olmamaları ve tedaviye başlandıktan sonra kontrollerini düzenli yaptırılmamaları gelmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları ve hemşireler, hasta ile işbirliği içinde, hastanın tedavisine uyumunu yükseltmelidirler. Bu bağlamda hastanın ilaç kullanım özelliklerini ve ilaç tedavisindeki hatalarını tespit ederken

hastanın ailesi ile de işbirliği içinde olunmalıdır (24). Ayrıca davranışsal açıdan bakıldığında kan basıncının uzun dönemli kontrolünü sağlamak için hastalar tedaviye katılmalı ve bakımda kalmalı, yaşam tarzındaki değişiklikleri oluşturmalı ve bunları sürdürmelidir (22).

Sağlık sistemi ile ilgili unsurlar da tedaviye uyumda önemli rol oynamaktadır. Hizmetin dağılımı, finansman ve uygun eczacılık yönetimi gibi sağlık sistemine ilişkin işlevlerdeki aksaklıklar hipertansiyon ve diğer kronik hastalıklarda tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir (15).

Uyum üzerine yapılan çalışmalarda genellikle hastaların kendi beyanları, sorgulama, hap sayma (kutu), ilaç izlem sistemleri gibi sistemler kullanma – elektronik izleme, kan metabolitleri ölçümü ve karmaşık sağlık ve organizasyonel girişimler (kombine girişimler de içinde) gibi doğrudan veya dolaylı yöntemler kullanılmıştır. Dolaylı yöntemler arasında, hasta bildirim yöntemi için geliştirilmiş bazı ölçekler bulunmaktadır: Örneğin ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeği, Kısa İlaç Anketi (Brief Medication Questionnaire) ve Morisky İlaç Uyum Skalası (Morisky Medication Adherence Scala). Ayrıca son zamanlarda teknolojinin gelişmesi ile birlikte eczane ile bağlantılı izlem sistemi, elektronik monitor, çipli ilaç kutuları (MEMS) gibi elektronik izlem sistemleri oluşturulmuştur (25, 26,17).

Hipertansif hastalarda uyumu artırıcı birçok girişim kullanılmıştır. İlaç kullanımının basitleştirilmesi, hastanın motivasyonunu artırma, sosyal destek ve hatırlatıcıların kullanılması gibi girişimler kısmen etkili bulunmuştur. Genel düzeyde hasta eğitiminin ise etkisi saptanmamıştır (12).

Motivasyonel görüşme programları ya da daha eski sosyal destek girişimleri gibi özelleşmiş uygulamalar uyumu artırıcı ilginç yaklaşımlardır. En önemli danışman ise aile hekimi ve hasta uyumunu sağlamada işbirliği yaptığı diğer BB çalışanlarıdır (27). Dolayısıyla aile hekimleri HT yönetiminde kötü uyumun nedenlerini bilmek durumundadırlar.

Hasta yönetimi üzerinde hasta ile hekiminin ortaklaşamamış olması en önemli sorundur. Burada hekimin kişi merkezli yaklaşım göstermemesi başlıca neden gibi görünmektedir (22). Öte yandan hastanın sağlık inanışları, korku, kaygı ve beklentilerinin

belirlediği yerleşik sağlık anlayışı da önemli bir engeldir. Hastalar kendisine söylenenlerden çok kendi duyumsadıkları ve inandıklarıyla hareket etme eğilimindedirler. Dolayısıyla kan basıncını düşürmeye yönelik yapılması gerekenlerle ters düşen hasta inanışlarının değiştirilmesi önemlidir (18). Hastaların sağlık eğitimine yönelik girişimlerle bu olası görünmemektedir. Küçük gruplarda tartışma en etkili tutum değişikliği yaratıcı yöntemdir. Ancak hastalarının kolaylaştırılmış tartışma gruplarında kendi aralarında ilgili konuları tartışması, hasta uyumunu artırmaya yönelik olarak pek kullanılmamıştır.

Buradan hareketle çalışmamız aşağıdaki sorulara yanıt aramaktadır.

1. Aydın ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri nüfusun (evren, payda) yüksek kan basıncı sıklığı nedir? (Tanımlayıcı soru)
2. Farkındalık, tedavi alma ve kontrolde olma oranlarını nelerdir? (Tanımlayıcı soru)
3. Önceden tanı almış hipertansif hastalarda tedaviye (ilaçlara ve yaşam tarzı önerilerine) uyum durumu nedir? (Tanımlayıcı soru)
4. Uyum belirleyicileri ve hastaların gösterdiği uyum paternlerinin özellikleri nelerdir? (Tanımlayıcı soru)
5. Uyumun önündeki engeller nelerdir? (Tanımlayıcı soru)
6. Uyumu artırıcı bir girişim olarak küçük grup tartışmaları hipertansif bireylerde uyumu artırabilir mi? (Müdahale etkisi)
7. Tedaviye uyumun artması kan basıncında düşüşle ilişkili midir? (Karşılaştırma sorusu)

Çalışmamızın amacı, Aydın ili 18 yaş ve üzeri nüfustaki hipertansiyon sıklığı, farkındalık, tedavi ve kontrolde olma oranları ve uyuma ilişkin tanımlayıcı verilerin saptanması ve uyumu artırmaya yönelik bir girişimin etkisinin belirlenmesidir. Bu kapsamda;

1. Aydın ili 18 yaş ve üzeri nüfusta HT sıklığı, farkındalığı, kontrolde olma durumu ve hasta uyumuna ilişkin tanımlayıcı verilerin saptanması,

2.Uyumu artırıcı bir girişim olarak hastaların sağlık inanışlarını değiştirmeye yönelik yapılan küçük grup tartışmalarının hipertansif hastaların tedaviye uyumuna etkisinin saptanması ve

3.Tedaviye uyumun artması ile kan basıncı düşüşü arasındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon kavramı sistemik arterlerdeki kan basıncı yüksekliği ile ilişkilidir ve damar yatağı içinde dolaşan kanın damar duvarında yarattığı yüksek basınçtır (1). Anormal sayılması gereken kan basıncı düzeyi konusunda tartışmalar sürmektedir. Pickering 1972 yılında normal ve anormal kan basıncı arasında bir sınır olmadığını, mortalite ve arteryel basınç ilişkisinin nicel olduğunu ve kan basıncı arttıkça prognozun kötüleştiğini belirtmiştir. Hipertansiyonun, inme, koroner kalp hastalığı gibi major komplikasyon risklerinde artışı beraberinde getiren kan basıncı yüksekliği olarak tanımlanması da mümkündür. Kan basıncının 115/75 mmHg düzeyinden başlamak üzere her 20 mmHg sistolik ve her 10 mmHg diyastolik basınç artışları ile kardiyovasküler olaylara bağlı mortalite iki kat artmaktadır(28). Bugün kılavuzlarda sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mHg veya üzerinde bulunması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanır (2).

2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun sınıflamasının amacı her hastanın durumuna uygun kolay ve güvenilir bir yöntem sunmaktır. Sınıflama ile hastalığın ciddiyeti hakkında değerlendirme yapılabilir ve risk tanımlanarak sağaltım sağlanabilir.

2.2.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonun saptanması ve tedavisindeki amaç, yol açtığı hedef organ hasarlarına bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Bu amaçla periyodik olarak Avrupa Hipertansiyon Derneği – Avrupa Kardiyoloji Derneği [European Society of Hypertension- European Society of Cardiology (ESH-ESC)], Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Ulusal Birleşik Komitesi [American Joint National Committee (JNC)] tarafından hipertansiyona yaklaşım kılavuzları yayınlanmaktadır (29). **Tablo 1 ve 2'**de sırasıyla 2003 yılında yayınlanan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Birleşik Ulusal Kurul (JNC VII) raporundaki ve Avrupa Hipertansiyon

derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESH/ESC) 2013 arteriyel hipertansiyon tedavisi kılavuzundaki hipertansiyon sınıflaması verilmiştir (11,30).

Tablo 1. JNC VII kılavuzuna göre KB sınıflaması (11)

Kan basıncı sınıfı	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	< 80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	veya	90-99
Evre 2 HT	≥ 160	veya	≥ 100

Tablo 2. ESH/ESC 2013 kılavuzuna göre KB sınıflaması (30)

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

2.2.2. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

- Esansiyel Hipertansiyon
- Sekonder Hipertansiyon

Hipertansiyonun % 90'dan fazlasında kan basıncının yükselmesinden sorumlu etiyolojik faktörler halen bilinmemektedir. Sekonder hipertansiyon formları göreceli olarak ender hastalıklar olup; prevalansları toplam hipertansiyon vakalarının % 5–10 kadardır (31).

2.2.2.1 Esansiyel Hipertansiyon

Hipertansiyonu bulunan hastaların % 5'inde altta yatan renal ya da adrenal bir hastalık ya da tek gen mutasyonu sorumludur. Geri kalan % 95'lik hastada ise yüksek kan basıncı sebebinin açıklayabilecek bir nedenin net olarak ortaya konamadığı esansiyel hipertansiyon mevcuttur.

Esansiyel hipertansiyon, genetik ve çevresel unsurların bir fenotip oluşturmak üzere etkileşim gösterdikleri, karmaşık, multifaktöryel polijenik bir hastalıktır. Esansiyel hipertansiyonun nedenleri arasında genetik düşünceler, çevresel faktörler, tuz, renin'in rolü, sodyum iyonu duyarlılığı, hücre membran bozukluğu ve insulin direnci sıralanabilir. Çevresel etmenler arasında tuz tüketimi, alkol ve obezite önemli yer kaplamaktadır. Her ne kadar kan basıncı üzerinde etkili çevresel unsurlar yeterli düzeyde ortaya konabilmişse de esansiyel hipertansiyon gelişimini etki eden ve bu bozukluğa neden olan etkileşimleri açıklayan genetik faktörler hakkında sınırlı bir bilgi mevcuttur (15).

2.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon

Hipertansif erişikilerin küçük bir bölümünde KB yükselmesinin özgül bir nedeni saptanabilir. En sık sekonder nedenler renal parankimal hastalıklardır. Hipertansiyona yol açan birçok endokrin neden de mevcuttur. Bunlar arasında primer aldosteronizm, feokromasitoma, kortizol veya troid anormallikleri yer alır. En sık sekonder değerlendirme endikasyonu, şiddetli bir KB yükselmesi, ani başlangıçlı veya kötüleşen hipertansiyon ve ilaç tedavisine yetersiz yanıt veren KB'dır. İyi bir tıbbi öykü, fizik muayene ve rutin laboratuvar tetkiklerinden sonra düşünülebilecek başlıca hipertansiyon nedenleri **Tablo 3**'te gösterilmiştir (13).

Tablo 3. Sekonder hipertansiyonda değerlendirme kılavuzu

Düşünülen Tanı	Klinik Özellikler	Tanı Testleri
Renal parankimal HT	Kreatinin yüksekliği, idrar tahlilinde bozukluk	Üriner sistem USG, 24 saatlik idrarda protein ve kreatinin
Renovasküler HT	Kreatininde yeni yükselme, ACEİ veya ARB tedavisiyle kreatininde belirgin yükselme, refrakter HT, flaş AC ödemi, batında üfürüm	Kaptopril renogram, doppler USG, BT yada MR angiografi, konvansiyonel angiografi
Aort koarktasyonu	Kol nabız ve basıncı>bacak nabız ve basıncı, üfürüm	MR, aortagrafi
Primer aldosteronizm	Hipokalemi, refrakter HT	Plazma renin, aldosteron, 24 saatlik idrar K, tuz yüklemesi sonrası 24 saatlik idrarda K ve aldosteron, adrenal BT
Cushing sendromu	Santral obezite, mor strialar, kaslarda güçsüzlük	Plazma kortizolü, deksametazon sonrası idrar kortizolü, adrenal BT
Feokromasitoma	Taşikardi, baş ağrısı, terleme, solukluk ve anksiyete atakları	Plazma metanefrin, normetanefrin, 24 saat idrar katekolamin, adrenal BT
Obstruktif uyku apnesi	Gürültülü horlama, gündüz uyuklama, obezite	Polisomnografi

2.2.3 Hipertansiyonun Hedef Organ Hasarı ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Sınıflandırılması

Yüksek kan basıncını tespit ve tedavi etmenin amacı kardiyovasküler hastalığı ve ilişkili olarak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı

ve yokluğu ile de ilgilidir. Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir (2).

Yüksek - normal kan basıncı ile 1. 2 ve 3. evrede hipertansiyonu olan hastalar A, B ve C risk gruplarına göre değerlendirilmektedir. Bu sınıflamada diyabetin varlığı, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık ile eşdeğer tutulmaktadır. Risk grubu A'da kan basıncı ne düzeyde olursa olsun, klinik olarak kardiyovasküler hastalık, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur. Risk grubu B' de hastalarda klinik olarak kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı olmamakla birlikte, diyabet dışında 1 veya daha fazla risk faktörü bulunur. Risk grubu C'de ise hastalarda klinik kardiyovasküler hastalık ve hedef organ tutulumu mevcuttur (Tablo 4). Kan basıncı düzeyi ve risk grupları ile yapılan sınıflandırma doğrudan tedavi yaklaşımı ve prognozun belirlenmesi ile bağlantılıdır (2).

Tablo 4. Kan basıncı yüksekliği ile risk grupları

Kan basıncının derecesi(mmHg)	Risk grubu A	Risk grubu B	Risk grubu C
Yüksek-normal (130-139 / 85-89)	Non-farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik tedavi	İlaç tedavisi ©
Evre 1 (140-159/ 90-99)	Non-farmakolojik tedavi (12 aya kadar)	Non-farmakolojik tedavi (6 aya kadar)	İlaç tedavisi
Evre 2 ve 3 (≥160/100)	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi

©: Kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği veya diyabet'i olanlar.

HOH: Hedef organ hasarı, KKH: Klinik kardiyovasküler hastalık, DM: Diabetes mellitus

2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, dünyada önlenabilir ölüm nedenleri arasında bir numaralı risk faktörüdür. Hipertansiyon sıklığı, çalışılan popülasyonun yaşı, ırksal özellikleri ve diyet alışkanlıklarına göre değişmektedir. Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi (NHANES 1999-2000) sonuçlarına göre, 35 yaş üstü olan yetişkin Amerikan halkının %29'u hipertansiftir. Bu kişilerin %70'inin HT'lu olduğunun farkında olduğu ve %59'unun tedavi almakta olduğu, ancak %34'ünde KB'nın kontrol altında olduğu bildirilmektedir. Kırk yaş altında erkeklerde; kırk yaş üzerinde ise kadınlarda HT prevalansı daha yüksek bulunmaktadır. Framingham Kalp Çalışmasında, 55-65 yaş arası normotansif olan erkek ve kadınlarda, 80-85 yaşında HT gelişme riski %90 bulunmuştur. Yine bu çalışmada 55 yaş altındaki katılımcıların yarısından çoğunda 10 yıl içinde HT geliştiği, erkeklere göre kadınların değişik KB düzeylerinde kardiyovasküler riski daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bazı Avrupa ülkelerinde 1990'larda yapılan çalışmada 35 yaş üstü olan yetişkinlerde HT prevalansı %44 ve KB kontrol altında olan hipertansif hasta oranı ise %10'nun altında bulunmuştur. Bu çalışmalarda, Avrupa ülkelerindeki hipertansif hastaların üçte ikisi ile dörtte üçünün, Amerika'da ise yaklaşık yarısının hiç tedavi almadığı saptanmıştır (29).

Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma TEKHARF çalışmasıdır. Bu çalışmanın 2007/8 kohortunda 140/90 mmHg ve üstü ve ilaç tedavisi alanların hipertansif kabul edildiği verilerine göre hipertansiyon prevalansının kadınlarda %46,3, erkeklerde %37,7 olduğu bulunmuştur. Hipertansif erkeklerin %53,7' i, kadınların %60' ı ilaç tedavisi almaktadır. Tansiyonu normalize etme başarısı ilaç alan erkeklerde %64 iken, kadınlarda %52 düzeyinde bulunmuştur. İlaç alanlardan %58'inde tansiyonun tam kontrol altına alındığı (kan basıncı <140 ve/veya <90 mmHg), %24'ünde hafif hipertansiyon (kan basıncı 140-159 ve/veya 90-94 mmHg) düzeyine düşürüldüğü veya tutulabildiği öne sürülebilir (2). Bir diğer çalışma PATENT çalışmasıdır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin, 2003 yılında 18-80 yaş arası yaklaşık 5000 bireyin katıldığı bu çalışmada HT prevalansı %31,8 bulunmuştur ve hipertansiyon prevalansı kadınlarda (%36,1) erkeklerden (%27,5) daha yüksektir. Hipertansiyonun farkında olma oranı kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksektir (%47,9'a karşın %27,9). Farkındalık oranları yaşla birlikte yükselme gösteriyordu ve her yaş grubunda kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Bütün grupta kan basıncı yüksekliğinin farkında olma oranı % 40,7, ilaç tedavisi alma oranı % 31,1

(erkeklerde % 20,7, kadınlarda % 37,0) ve kan basıncı kontrol oranı ise % 8,1 (erkeklerde % 8,0, kadınlarda % 8,2) olarak bulunmuştur. Kan basıncı yüksekliğinin farkında olan ve ilaç tedavisi kullananlarda kontrol oranı ise % 20,7 olarak tespit edilmiştir. Kan basıncının farkında olan ve tedavi alan erkeklerde kan basıncı kontrol oranları, kadınlardan daha yüksektir (% 31,1'e karşın % 17,4) (9).

Aydın ilinde 18 yaş ve üzeri nüfusta yapılan AYDINHİP çalışmasında hipertansiyon prevalansı %29,6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya göre hipertansiyon sıklığı kadınlarda erkeklerden anlamlı biçimde yüksektir (Sırasıyla %34,1 ve %26). Her iki cinste de prevalans yaşla birlikte artmaktadır. Tüm hipertansif hastaların farkında olma oranları %57,9 olup kadınlarda erkeklerden daha yüksektir (sırasıyla %69,5 ve %45,7). Tüm gruplarda ilaç tedavisi alma oranı %82,1 ve kan basıncı kontrol oranı %19,8 olarak bulunmuştur (10).

2.4. Hipertansiyon Tanı ve Klinik Değerlendirilmesi

HT için ideal tarama aralığı bilinmemektedir. Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Çalışma Grubunun [U.S. Preventive Services Task Force" (USPSTF)] HT konusundaki 2007 kılavuzunda sırasıyla Sistolik Kan Basıncı (SKB) 120 mmHg ve Diastolik Kan Basıncı (DKB) 80 mmHg altında olan kişilere her iki yılda bir; SKB 120-139 ve DKB 80-89 mmHg arasında olanlarda ise yıllık tarama önerilmektedir (32). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Birleşik Ulusal Kurul (JNC VII) raporunda belirtilen diğer bir tarama programı da **Tablo 5'** te gösterilmiştir. Normal KB olanlara göre prehipertansiflerde ve risk faktörleri olanlarda HT gelişme riski daha yüksektir (11).

Tablo 5. JNC 7 Hipertansiyon tarama programı

Başlangıç kan basıncı (mmHg)		Önerilen takip sıklığı
<u>Sistolik</u>	<u>Diastolik</u>	
<130	<85	2 yılda bir
130-139	85-89	Senede bir
140-159	90-99	2 ay içerisinde kontrol edilecek* 160-179 100-109 1 ay içerisinde değerlendirilecek
>180	>110	Klinik duruma göre hemen ya da 1 hafta içerisinde değerlendirilecek

Hipertansiyonlu bir kişide yapılacak klinik değerlendirme ve araştırmaların dört ana amacı vardır.

Bunlar:

- a) Kan basıncının kronik olarak yüksek olduğunu doğrulamak ve düzeyini saptamak,
- b) Sekonder hipertansiyonun var olup olmadığını, varsa nedenini saptamak,
- c) Hedef organ hasarının varlığı ve yaygınlığını değerlendirmek,
- d) Prognozu ve tedaviyi etkileyebilecek diğer kardiyovasküler risk faktörlerini ve klinik özellikleri araştırmak (2).

Tanıya yönelik işlemler aşağıdakileri kapsar:

- tekrarlanan kan basıncı ölçümleri
- tıbbi öykü
- fizik muayene
- laboratuvar incelemeleri ve enstrümantal incelemeler.

Bunlardan bazıları kan basıncı düzeyleri yüksek olan bütün bireylerde rutin yaklaşımın bir parçası olarak kabul edilmelidir. Bazıları Avrupa'nın gelişmiş sağlık

sistemlerinde tavsiye edilmektedir ve yoğun şekilde kullanılıyor olabilir. Bazıları ise yalnızca temel muayene veya hastanın klinik seyri gerektirdiğinde endike olur (2,15).

HT tanısında tanıya yönelik işlemler:

- Tekrarlanan KB ölçümleri
- Anamnez
- Fizik muayene
- Laboratuvar incelemeleri (30)

2.4.1. Kan Basıncının Ölçülmesi

2.4.1.1. Kan basıncı ölçüm yöntemleri

Hipertansiyonun tedavi edilebilmesi öncelikle tanının doğru olarak konması ile mümkündür. Bu amaçla, kan basıncını saptamak için gerekli donanım ve çevre koşullarının sağlanması ve doğru bir teknik ile ölçüm yapılması gerekmektedir (2). KB hem gün içinde hem de günden güne, aydan aya ve mevsimden mevsime büyük spontan değişimlerle tanımlanır. Bu nedenle, HT tanısı, belirli bir zaman aralığında, farklı zamanlarda yapılan birden çok KB ölçümüne dayanmalıdır. KB yalnızca hafifçe yükselmişse, ölçümlerin birkaç ay boyunca tekrarlanması gerekir. Hastada KB yükselmesi daha belirginse, kardiyovasküler risk profili yüksek ya da çok yüksekse, kısa aralıklarla (haftalar veya günler) ölçümlerin tekrarlanması gerekir. Genellikle, HT tanısı her muayene ziyaretinde en az iki KB ölçümüne ve en az 2-3 muayene ziyaretine dayanmalıdır. Ancak, özellikle şiddetli vakalarda tanı, tek bir ziyarette elde edilen ölçüm sonuçları esas alınarak konabilir (29). Böylece kan basıncındaki ciddi değişkenlikten dolayı ölçümlerin tekrarlanması, başlangıçta saptanan yüksek değerlerin devam edip etmediğini veya normale dönerek yalnızca periyodik kontrollere mi ihtiyaç doğurduğunu öğrenmemizi sağlayacaktır.

2.4.1.2. Kan basıncı ölçümünde kullanılan donanım

Kan basıncını belirlemede altın standart arter içine bir kateter konularak direkt yöntemlerle, standart kriterlere uygun olduğu bilinen tansiyon aletleri (sfigmomanometre) kullanılarak ölçülmelidir. Üç tip manometre kullanılmaktadır: cıvalı, aneroid ve elektronik.

Ölçümler tercihen cıvalı sfıgmomanometre ile yapılmalıdır. Bu tip manometrelerde rezervuar dolu, cıva sütunu göz seviyesinde olmalı, basınç uygulanmadığı sırada cıva düzeyi mmHg olarak okunmalı ve basınç uygulanırken sütun oynamamalıdır. Cıvalı manometreler dışında kalibre edilmiş bir aneroid manometre veya osillometrik ölçüm yapan elektronik bir tansiyon aleti kullanılabilir. Bu cihazların kalibrasyonu en az altı ayda bir cıvalı manometrelerle karşılaştırılarak kontrol edilmelidir. Volüm-klamp pletismografi yöntemiyle parmaktan ölçüm yapan cihazlar güvenilir sonuçlar vermedikleri için kullanılmamalıdır (2).

Doğru sonuç alınabilmesi için tansiyon aleti manşonunun boyutları hastaya uygun olmalı ve manşon içerisindeki şişen kese bölümü kol çevresinin en az %80'ini sarmalıdır. Manşonun genişliği ise kol uzunluğunun üçte ikisi kadar olmalıdır. Normal erişkinlerde kullanılan tansiyon aletlerinde manşonun kesesi 12 cm eninde ve 35 cm boyunda olmalıdır. Obezlerde ve kol yapısı kaslı kişilerde kese genişliği 20 cm, uzunluğu 40 cm civarında olmalıdır. Kanada Hipertansiyon Birliği'nin bu konudaki önerisi şöyledir (**Tablo 6**) (2).

Tablo 6. Kol çevresi ve manşon boyutu

<u>Erişkin kol çevresi</u>	<u>Kese boyutları</u>
< 33 cm	12 x 23 cm
33-41 cm	15 x 33 cm
> 41 cm	18 x 36 cm

2.4.1.3. Kan basıncının hekim tarafından ölçülmesi

Ölçüm sırasındaki koşullar kan basıncını önemli derece etkilemektedir. Ölçümün günün hangi saatinde yapıldığı bilinmelidir. Yemeklerden ya da egzersizden sonra alınan ölçümler normalden düşük, sigara ya da kahve içimi sonrası ölçümler normalden yüksek çıkabilir. Dolayısıyla ölçüm öncesindeki 30 dakikalık süre içinde hastanın sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve tercihen yemek yememiş olması gerekir. Fenilefrinli nazal dekonjestanlar veya benzeri adrenerjik uyarıcıların kullanımı da hatalı ölçümlere neden olabilirler.

Ölçümlere, hasta sessiz bir odada en az 5 dakika istirahat ettikten sonra başlanmalıdır. Oda sıcaklığı ne soğuk ne de çok sıcak olmalıdır. Hasta sırtını herhangi bir yere (örneğin arkalıklı bir sandalyeye) yaslayarak oturmalı, tansiyon ölçülecek kolu çıplak olmalıdır. Ölçüm sırasında konuşmamalı, bacak bacak üstüne atmamalıdır. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarılmalı ve hastanın kolu desteklenmelidir.

Tansiyon aletinin manşonu alt ucu dirsek çukurunun 2,5-3 cm üzerinde olacak şekilde kolu sarmalıdır. Ölçüm sırasında steteskop manşonun altına sıkıştırılmamalıdır. Steteskop dirsek çukurunda serbest durmalı ve cilde hafifçe bastırılmalıdır. Ölçüm için manşonun kesesi brakial arter üzerine yerleştirilir, oskültatuar arayı önlemek amacıyla havası radial nabzın kaybolduğu düzeyin 20-30 mmHg üstüne kadar şişirilir. Stetoskop brakial arter üzerine yerleştirilir ve kontrol valvi açılarak saniyede 2-4 mmHg hızla indirilir. Oskültasyon yöntemi ile ölçüm yapıldığında manşonun basıncı azaltılmaya başladıktan sonra sesin ilk duyulduğu anda (Korotkoff faz 1) okunan değer, sistolik basınçtır. Sesin artık işitilmez olduğu anda okunan değer ise (Korotkoff faz 5) diyastolik kan basıncı olarak kabul edilir. Diyastolik basınç çok düşük ise seslerin hafiflemeye başladığı düzey (Korotkoff faz 4) diyastolik basınç olarak kaydedilir. Manşon uzun süre şişirilmiş bırakılırsa venöz sistemde dönüş azalacağı için sesler güç duyulur. Venöz konjesyonu önlemek için ölçümler arasında en az bir dakika beklenmelidir. Bunun tersine, sesler zor duyuluyorsa hastanın kolu baş seviyesinin üstüne kaldırılır, eli 5-10 kez açıp kapattırılarak venlerin boşalması sağlanır ve ölçümler tekrarlanır. Ölçümler arada ikişer dakika bırakılmak suretiyle en az iki defa yapılmalı ve bulunan sonuçların ortalaması alınmalıdır. Eğer iki değer arasındaki fark 5 mmHg'dan fazlaysa daha başka ölçümler de yapılmalı ve bunların sonuçlarının ortalaması alınmalıdır. Aritmisi olan hastalarda ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerini elde etmek için birkaç ölçüm yapmak gerekir. İlk muayenedeki ölçümler her iki koldan yapılmalı, yüksek olan koldaki kan basıncı hastanın kan basıncı olarak kabul edilmelidir. İzlemelerdeki kan basıncı ölçümleri tercihen sağ koldan yapılmalıdır. Yaşlılarda (65 yaş üzeri bireylerde), diyabetli hastalarda, ortostatik hipotansiyonun sık görüldüğü durumlarda ve antihipertansif ilaç tedavisi altındaki hastalarda ölçümlerin ayaktayken tekrar edilmesi gereklidir. Ayaktaki ölçümler hasta hemen ayağa kalkar kalkmaz ve ayağa kalktıktan 2 dakika sonra yapılmalıdır. Gençlerde (30 yaşın altında) kan basıncı yüksek bulunmuş ise koarktasyonu ekarte etmek için bacadan da ölçümler yapılmalıdır. Prognostik önemi açıklık kazanmadığı için izometrik egzersiz ile kan basıncı ölçümlerinin rutin uygulamada yeri yoktur.

Ölçümün hangi koldan ve hangi pozisyonda yapıldığı, sistolik ve diyastolik kan basınçları kaydedilmelidir. Hekim ölçtüğü değer hakkında hastasını bilgilendirmeli ve bulunan değerlere göre periyodik ölçümlerin ne kadar zamanda bir yapılacağını belirtmelidir.

Klinikte hekim tarafından kan basıncının değerlendirilmesinin başlıca iki avantajı vardır. İlki uygulamanın basitliği ve ucuzluğu, ikincisi ise hipertansiyonun tanı ve tedavisi ile ilgili kavramlarımızı dayandırdığımız araştırmaların tümünün bu yöntemle kan basıncını belirlemiş olmasıdır. Sonuç olarak hekimin ölçümleri tedavide kararımızı yönlendiren temel ölçümlerdir. Kan basıncının hekim tarafından ölçümünün dezavantajları ise, bilindiği gibi kan basıncındaki ciddi değişkenlik ve beyaz gömlek hipertansiyonudur. Bu nedenle günümüzde iki yöntem yaygın şekilde klinik kullanıma girmiştir. Bu yöntemler evde kan basıncı ölçümü ve ambulator kan basıncı monitorizasyonudur (2).

2.4.1.4. Evde kan basıncı ölçümü

Hipertansiflerin kan basıncı, muayenehanede veya klinikte ölçüldüğünde diğer yerlerdeki ölçüm sonuçlarına göre daha yüksek bulunma eğilimindedir. Kan basıncının muayenehane dışında ölçülmesi hipertansiyonlu hastaların ilk değerlendirmesi ve tedaviye verdikleri cevabın izlenmesi açısından değerli bilgiler verebilir. Kan basıncının hastanın kendisi tarafından ölçülmesi gerçek hipertansiyonun “beyaz önlük” hipertansiyonundan ayırt edilmesi, antihipertansif ilaçlara alınan terapötik cevabın değerlendirilmesi ve hastanın tedavi planına daha iyi uyması açısından önemlidir (30).

2.4.1.5. Ambulator kan basıncı izlemi

Ambulator kan basıncı monitorizasyonu hastanın günlük aktivitesini engellemeden bir ya da birkaç günlük dönemde otomatik olarak kan basıncını ölçme tekniğidir. Tekrarlayan klinik ve ev ölçümleri ambulator kan basıncı ölçümüne eşdeğer bilgiler sağlasa da, bu yöntemin avantajı günlük ölçümleri daha güvenilir vermesi ve gece değerlerini de ölçmesidir. Hipertansiyon tanısında özellikle ‘beyaz gömlek hipertansiyonu’ nun atlanmaması için ambulator kan basıncı ölçümleri yapılmalıdır.

Cihazın takılı olduğu sürede hasta günlük tutmalı, ilaçlarını, çalışma saatlerini, uyku, yemek yeme, üzülmeye ya da sinirlenme gibi dönemlerini kaydetmelidir. Uygun boyutta

manşon kullanılmalı ve farkların ± 5 mmHg'dan daha büyük olmadığını kontrol etmek için başlangıç değerleri sfingomanometreyle ölçülenlerle karşılaştırılmalıdır. Uygun sayıda sonuç elde etmek ve bazı sonuçların artefakt nedeniyle kabul edilmemesi durumunda çoğu saatin temsil edilmesi için, otomatik sonuçlar en fazla 20 dakikalık aralıklarla alınmalıdır.

Ambulatuvar kan basıncının genellikle muayenehanede ölçülen kan basıncından birkaç mmHg daha düşük olduğu akılda tutulmalıdır. **Tablo 7**'de gösterildiği üzere, farklı topluluk çalışmaları muayenehanedeki 140/90 mmHg değerlerinin ortalama 24 saatlik değerler olarak, 125-130 mmHg sistolik ya da 80 mmHg diyastolik değerlere karşılık geldiğine ve yine, buna karşılık gelen gündüz ve gece değerlerinin 130-135/85 mmHg ve 120/70 mmHg olduğuna işaret etmektedir. Bu değerler, ambulatuvar kan basıncıyla hipertansiyon tanısı koymak için yaklaşık eşik değerler olarak kabul edilebilir (2,30,33).

Tablo 7. Farklı tipte ölçümlerle hipertansiyon tanımı için kan basıncı eşik değerleri (mmHg)

	SKB	DKB
Muayenehanede veya klinikte	140	90
24 saatlik	125–130	80
Gündüz	130–135	85
Gece	120	70

2.4.2. Anamnez

Hipertansiyon hastalığı olanlarda klinik değerlendirme anamnezle başlar. Aile öyküsü alınırken hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, erken ortaya çıkan koroner kalp hastalığı, inme, periferik arter veya böbrek hastalığına ilişkin bilgilere özel önem verilmelidir.

Anamnezde özellikle dikkat edilmesi gereken unsurlar şunlardır:

- Kan basıncı yüksekliğinin süresi ve daha önceki düzeyleri ile daha önce uygulanan antihipertansif tedavinin sonuçları ve yan etkileri,

- Sekonder hipertansiyon nedenlerini düşündüren semptomlar ve kan basıncını yükseltebilecek ilaç veya maddelerin alımı (örn. meyan kökü, burun damlaları, kokain,

amfetaminler, oral kontraseptifler, steroidler, steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar, eritropoietin ve siklosporin),

- Yaşam tarzı faktörleri, örneğin diyetle yağ alımı (özellikle hayvansal yağ), tuz ve alkol, sigara ve fiziksel aktivite miktarı, erken erişkin yaşamda başlayan kilo alımı,

- Kan basıncı, kardiyovasküler risk ve tedavi sürecini ve sonlanmasını etkileyebilecek bireysel, ailesel ve çevresel faktörler,

-Organ hasarı açısından serebral, kardiyovasküler ve renal semptomlar (örn. Baş ağrısı, vertigo, göğüs ağrısı, çarpıntı, susama, poliüri, noktüri),

-Hastanın koroner kalp hastalığı, kalp yetersizliği, serebrovasküler hastalık, periferik damar hastalığı, diabetes mellitus, gut, dislipidemi, bronkospazm, seksüel disfonksiyon, böbrek hastalıkları ve diğer önemli hastalıkları ile ilgili geçmişi, bu klinik tablolarla ilgili şimdiki semptomları ve bu tabloların tedavisi için kullanılan ilaçlar ve sonuçları ile ilgili bilgiler (2,30,33).

2.4.3. Fizik Muayene

Fizik muayenenin amacı hipertansiyon tanısı koymak veya doğrulamak, sekonder hipertansiyon ve kardiyovasküler risk faktörlerini belirlemektir. Kan basıncının her iki koldan ve en az iki kere kurallara uygun bir şekilde ölçülerek kaydedilmesi gerekir. Kan basıncı her iki koldan ölçüldüğünde her iki kol arasındaki kan basıncı farkı SKB>20 ve/veya DKB>10 mmHg ise vasküler anomalilikler açısından incelenmelidir. Kan basıncına ek olarak, kalp hızı dikkatli bir şekilde ölçülmelidir. Çünkü normalin üzerindeki değerlerin tekrar tekrar saptanması daha yüksek riskin, artmış sempatik veya azalmış parasempatik aktivitenin veya kalp yetersizliğinin göstergesi olabilir. Boyun muayenesinde karotis üfürümlerinin, venöz dolgunluğun ve tiroid büyümesinin olup olmadığının tesbiti; ekstremitelerde periferik arter nabızlarında zayıflama veya kaybolma, arteryel üfürüm ve ödem aranması; akciğerlerde rallerin ve bronkospazmın araştırılması; batin muayenesinde üfürüm, anormal pulsasyon, böbreklerde büyüme veya başka kitle olup olmadığının ve göz dibinin, serebrovasküler hasar açısından sinir sisteminin incelenmesi gerekir. Ayrıca hastanın boy ve kilosu ölçülmeli, vücut kitle indeksi hesaplanmalıdır (2,30,33).

2.4.4. Laboratuvar İncelemeleri

Hipertansiyonlu hastalarda yapılacak laboratuvar incelemeleri, gerçekçi bir risk belirlemesi yapılması, hedef organ hasarının ve diğer klinik tabloların ortaya çıkartılması ve sekonder hipertansiyonun ekarte edilmesi amaçlarına yöneliktir. İncelemeler, en basitten en karmaşığa doğru gerçekleştirilmelidir. Hasta ne kadar gençse, kan basıncı ne kadar yüksekse ve hipertansiyonun gelişimi ne kadar hızlıysa tanısal incelemeler o kadar ayrıntılı olmalıdır. Bununla birlikte, gereken minimum laboratuvar incelemeleri tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bu amaçla yapılacak olan incelemeler birinci basamak temel laboratuvar incelemeleri, ikinci basamak laboratuvar incelemeleri ve gereğinde yapılacak diğer laboratuvar incelemeleri olmak üzere üçe ayrılabilir (**Tablo 8**).

Tablo 8. Hipertansiyonlu hastalarda laboratuvar incelemeleri

Birinci basamak temel laboratuvar incelemeleri	
Rutin idrar analizi	
Basit kan sayımı	
Kan şekeri	
Elektrokardiyografi	
Göğüs röntgenografisi	
İkinci basamak temel laboratuvar incelemeleri	
Tam kan sayımı	Açlık kan şekeri
Kreatinin	LDL-kolesterol
Sodyum	
Potasyum	
Total kolesterol	
HDL-kolesterol	
Gereğinde yapılacak laboratuvar incelemeleri	
Kreatinin klirensi	
Mikroalbuminüri	
24 saatlik idrarda protein	
Kan kalsiyumu	
Ürik asit	
LDL-kolesterol, apolipoproteinler, lipoprotein elektroforezi ve diğer lipid analizleri	
Hemoglobin A1C ve/veya fruktozamin	
TSH	
PRA, aldosteron ve katekolaminler	
Ekokardiyografi	
Kraniyal, renal ve periferik arterlerin ultrasonografi/ Doppler incelenmesi	
Batın ultrasonografisi	

Gereğinde yapılacak incelemeler sekonder hipertansiyonun nedenlerini veya hedef organ hasarı/klinik kardiyovasküler hastalık varlığını ve şiddetini ortaya çıkarmak amacına yöneliktir. EKG’de sol ventrikül hipertrofinin saptanması durumunda bunun ekokardiyografi ile kanıtlanması gereklidir. Kraniyal, renal veya periferik arter darlıklarından ya da aort anevrizmasından şüphe edilmesi durumunda bu damarlar ultrasonografi ile ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir (2).

2.5. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Riskin Belirlenmesi

Hipertansiyonlu hastalarda kardiyovasküler riski sadece kan basıncı düzeyi belirlemez. Birlikte bulunan kardiyovasküler risk faktörleri, hedef organ hasarları ve klinik kardiyovasküler hastalıklar da kişinin riski üzerinde etkili olur. Kardiyovasküler riskin hesaplanması için birkaç bilgisayar programı geliştirilmiştir. Ancak bunlardan bazıları Framingham verilerine dayanmaktadır ve bu veriler, koroner olaylar ve inme olayları insidansındaki önemli farklılıklar nedeniyle yalnızca bazı Avrupa topluluklarına uygulanabilir. Daha yakın tarihte geliştirilen Sistemik Koroner Risk Değerlendirme (SCORE) modeli, büyük Avrupa kohort çalışmaları sonucunda geliştirilmiştir. Model; yaş, cinsiyet, sigara içme alışkanlığı, total kolesterol ve sistolik kan basıncına bağlı 10 yıl içinde kardiyovasküler hastalıktan (sadece koroner değil) ölüm riskini tahmin etmektedir. HeartScore® SCORE (Sistemik Koroner Risk Değerlendirmesi) risk tablolarının elektronik karşılığıdır. Gelecek 10 yıl içindeki kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin yaklaşık riskini göstermek üzere “düşük”, “orta derece”, “yüksek” ve “çok yüksek” terimleri kullanılmıştır ve bu, Framingham veya SCORE modelleriyle hesaplanan toplam kardiyovasküler riskin artan düzeyine bir dereceye kadar benzer (**Tablo 9**) (30,33).

Tablo 9. KV riskin dört kategoride katmanlandırılması (30)

Diğer risk faktörleri, asemptomatik organ hasarı veya hastalık	Kan Basıncı (mmHg)			
	Yüksek normal SKB 130-139 veya DKB 85-89	1. derece HT SKB 140-159 veya DKB 90-99	2. derece HT SKB 160-179 veya DKB 100-109	3. derece HT SKB ≥ 180 veya DKB ≥ 110
Başka risk faktörü yok		Düşük risk	Orta risk	Yüksek risk
1-2 RF	Düşük risk	Orta risk	Orta-Yüksek risk	Yüksek risk
>3 RF	Düşük-Orta risk	Orta-Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk
OH, KBY Evre 3 veya DM	Orta-Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk	Çok Yüksek risk
Semptomatik KVB, KBY>evre 4 veya DM	Çok Yüksek risk	Çok Yüksek risk	Çok Yüksek risk	Çok Yüksek risk

Hipertansiyon toplam kardiyovasküler riskin sadece bir bileşenidir ve hastaya uygulanacak tedavi toplam kardiyovasküler risk göz önüne alınarak kişiye özel olarak düzenlenmelidir. **Tablo 10** riski katmanlandırmak için kullanılması gereken en yaygın klinik değişkenleri göstermektedir.

Tablo 10. Prognozu etkileyen faktörler (30)

Risk Faktörleri	Subklinik organ hasarı
• Sistolik ve diyastolik KB düzeyleri • Yaş (E >55 yaş; K >65 yaş) • Erkek cinsiyet • Sigara • Dislipidemi - TC >5.0 mmol/L (190 mg/dl) veya: - LDL-C >3.0 mmol/L (115 mg/dl) veya: - HDL-C: E <1.0 mmol/L (40 mg/dl), K <1.2 mmol/L (46 mg/dl) veya: - TG >1.7 mmol/L (150 mg/dl) • Açlık plazma glukoza 5.6-6.9 mmol/L (102-125 mg/dl) • Anormal glukoz tolerans testi • Abdominal obezite (Bel çevresi >102 cm (E), >88 cm (K)) • Obesite (BMI>30 kg/m²) • Ailede erken yaşta KV hastalık öyküsü (E <55 yaş; K <65 yıl)	• Elektrokardiyografik sol VH • Ekokardiyografik sol VH • Karotis duvarında kalınlaşma • Karotis/femoral nabız dalga hızı >12 • Ayak bileği/brakial KB indeksi <0,9 • Plazma kreatininde hafif artış: • E: 115-133 mmol/L (1.3-1.5 mg/dl) • K: 107-124 mmol/L (1.2-1.4 mg/dl) • Tahmini GFR (<60 mL/dak./1.73 m²) • Cr klirensinin (<60 mL/dak) düşük olması • Mikroalbuminuri 30-300 mg/24 saat • alb/Cr oranı >22 (E), >31 (K) mg/g
Diabetes mellitus	Yerleşik KV veya renal hastalık
• Açlık plazma glukoza ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl) (tekrarlanan ölçümlerde) veya • Yükleme sonrası plazma glukoza >11.0 mmol/L (198 mg/dl)	• Serebrovasküler hastalık: iskemik inme; beyin kanaması; geçici iskemik atak • Kalp hastalığı: miyokard infarktusu; angina; koroner revaskülarizasyon; KY • Böbrek hastalığı: diyabetik nefropati böbrek bozukluğu (serum E >133, K >124) proteinuri (>300 mg/24 sa) • Periferik arter hastalığı • İlerlemiş retinopati, eksuda, Papilla ödemi

Not: Beş risk faktöründen (abdominal obezite, açlık plazma glukozunda değişme, KB >130/85 mmHg, düşük HDL-K ve yüksek TG [yukarıda tanımlandığı şekilde]) ucunun bir arada bulunması metabolik sendroma işaret eder.

2.6. Hipertansiyon Tedavisi

2.6.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Kan basıncı düzeyi yüksek normal olan ve ilaç tedavisi gerektiren hastalar da dâhil olmak üzere tüm hastalarda, uygun olduğunda, yaşam tarzıyla ilgili önlemler alınmalıdır. Bunun amacı kan basıncını düşürmek, diğer risk faktörlerini ve klinik durumları kontrol altına almak ve daha sonra kullanılması gerekebilecek anit hipertansif ilaç dozunun azaltmaktır. Kan basıncını ya da kardiyovasküler riski düşüreceği yaygın kabul gören ve tüm hastalarda düşünülmesi gereken yaşam tarzı önlemleri şunlardır:

- 1) Sigarayı bırakmak,
- 2) Fazla kilolu bireylerde, kilo vermek, ideal kiloyu sağlamak,
- 3) Alkol tüketimini makul ölçülere indirmek,
- 4) Fiziksel aktivite,
- 5) Tuz alımını azaltmak,
- 6) Meyve ve sebze tüketimini artırmak ve doymuş, toplam yağ alımını azaltmak (30).

Yaşam tarzı değişikliklerinin KB üzerine etkisi **Tablo 11**'de verilmiştir.

Tablo 11. Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Kan Basıncına Etkisi

Kilo vermek	Normal vücut kütle endeksinin (18.5-24.9 kg/m) sağlanması	5-20 mmHg / 10 kilo kaybı
Diyette sodyum kısıtlaması	Günlük sodyum alımı <100 mmol/l (2.4 g sodyum veya 6 g sodyum klorid)	2-8 mmHg
Fiziksel aktivite	Aerobik fiziksel egzersiz (Haftanın birçok günü, günlük en az 30 dakika yürüyüş)	4-9 mmHg
Alkol tüketiminin kısıtlanması	Alkol alımını erkeklerde günde 2, Kadınlarda günde 1 içkiyle kısıtlanması	2-4 mmHg
Yeme planı uygulamak	Meyve ve sebzeden zengin, doymuş ve total yağ oranı düşük diyet	8-14 mmHg

Antihipertansif tedaviye başlama kararı iki ölçüte dayanmalıdır:

-Sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyi ve

-Toplam kardiyovasküler risk düzeyi (**Tablo 12**).

Hem yüksek hem de düşük KV risk grubundaki hastalar için genel hedef KB olarak <140/90 mmHg önerilmiştir (30).

Tablo 12. Antihipertansif tedavi stratejisi

Kan Basıncı (mmHg)				
	Yüksek normal	1. derece HT	2. derece HT	3. derece HT
RF yok	KB girişimi yok	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında KB kontrol altında değilse ilaç tedavisi	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında KB kontrol altında değilse ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + derhal ilaç tedavisi
1-2 RF	Yaşam tarzında değişiklik	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında KB kontrol altında değilse ilaç tedavisi	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında KB kontrol altında değilse ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + derhal ilaç tedavisi
≥3 RF	Yaşam tarzında değişiklik	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında KB kontrol altında değilse ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + derhal ilaç tedavisi
Organ hasarı,KBH veya DM	Yaşam tarzında değişiklik	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + derhal ilaç tedavisi
Semptomatik KVH, Evre ≥4 KBH veya OH/RF + DM	Yaşam tarzında değişiklik	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + derhal ilaç tedavisi

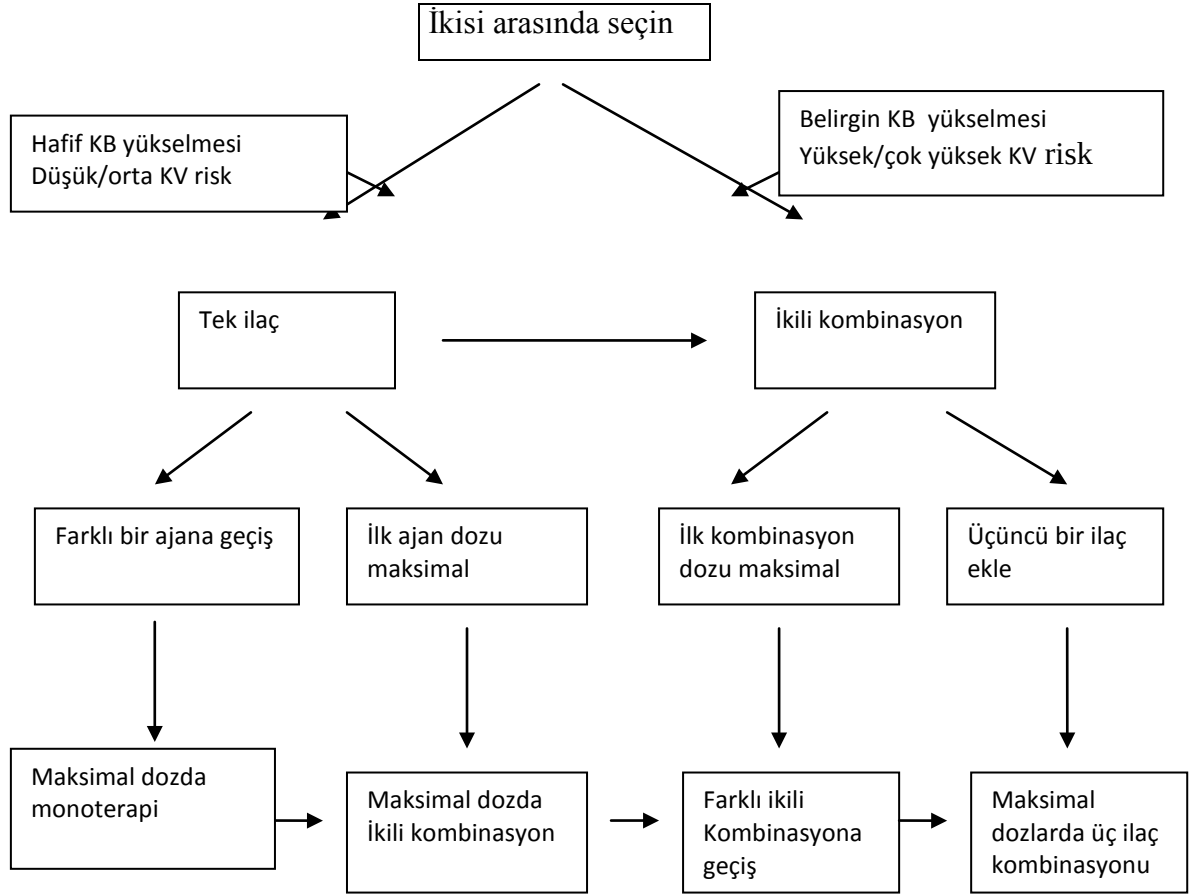
2.6.2. İlaç Tedavisi

Farmakolojik tedavide antihipertansif ilaç grubunda başlıca 6 ilaç sınıfı yer alır. Bunlar diüretikler, beta blokerler, alfa blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADE İnhibitörleri) ve anjiyotensin reseptör antagonistleridir (ARB). Başlangıç tedavisi açısından bakıldığında geçmişte ilaç seçimi ilaçların etkinliği ve yan etki profiline göre şekillenmiş, karşılaştırmalı çalışmalarda ilaçlar arasında etkinlik farkı olduğu saptanmış ancak günümüzde geniş ölçekli çalışmalarda tüm ilaç sınıflarının birbirine yakın etkinlikte olduğu gözlenmiştir. Yine de bazı ilaç sınıflarının hem kalp ve böbreklerin korunması, hem de endotel hasarının geciktirilmesi üzerinde, kan basıncını düşürücü etkilerinden bağımsız olarak ek faydalar gösterdikleri gösterilmiştir. Güncel kılavuzlarda önerilen ilaç grupları sıklıkla hipertansif hastaların sahip oldukları eş zamanlı diğer hastalıklar göz önünde tutularak belirlenmektedir (**Tablo 13**) (30,32).

Tablo 13. Antihipertansif Tedavi: Tercih Edilen İlaçlar (30)

Subklinik organ hasarı	
Sol ventrikül hipertrofisi	ACEI, ARB, KKB
Asemptomatik ateroskleroz	KKB, ACEI
Mikroalbuminüri	ACEI, ARB
Renal disfonksiyon	ACEI, ARB
Klinik olay	
İnme Hikayesi	KB düşüren herhangi bir ilaç
MI hikayesi	BB, ACEI, ARB
Angina pectoris	BB, KKB
Kalp yetmezliği	Diüretik, BB, ACEI, ARB, Mineralokortikoid antg
Aort anevrizması	BB
Atrial fibrilasyon önleme	BB, ACEI, ARB, Mineralokortikoid antag.
Hız kontrolü için	BB, non-dihidropiridin KKB
Son dönem BY/proteinüri	ACEI, ARB
Periferik arter hastalığı	ACEI, KKB
Diğer	
İzole sistolik HT (Yaşlılar)	Diüretik, KKB
Metabolik send.	ACEI, ARB, KKB
Diabetes mellitus	ACEI, ARB
Gebelik	KKB, Metildopa, BB
Siyah ırk	Diüretik, KKB

Randomize kontrollü çalışmalarda tekli tedavi alan hastaların önemli bir kısmında hedef değere ulaşılamaması kombinasyon tedavisini gündeme getirmiştir. İlaç tedavisine başlarken monoterapi için herhangi bir sıralama yapılmaksızın serbest yaklaşım önerilmiştir. ASCOT çalışmasında yüksek riskli hipertansif hastaların hedef değere ulaşması için her on hastadan dokuzuna kombinasyon tedavisi verilmesi söz konusu olmuştur. Daha önceleri kombinasyon tedavisi monoterapi ile tedavi edilen ve hedef kan basıncı değerine ulaşılmakta yetersiz kalındığı durumlarda alternatif bir tedavi olarak kullanılır iken, günümüzde başlangıç tedavisi olarak planlanabilmektedir (**Şekil 1**). ESH-ESC 2013 kılavuzunda kardiyovasküler riski artmış, kan basıncı değerleri yüksek (normalin üst sınırını sistolik >20mmHg, diyastolik >10mmHg aşarlarda), subklinik organ hasarı bulunan, diyabet ve kronik böbrek yetmezliği bulunan hastalarda kombinasyon tedavisi başlangıç tedavisi olarak önerilmektedir. Yine bu kılavuzda önerilen ilaç kombinasyonları, Renin-Anjiyotensin Sistemi (RAS) blokajı yapan ilaçların öncelikli olarak tiyazid veya kalsiyum kanal blokerleri ile birlikte kullanımı şeklindedir. Günlük pratikte RAS blokajı yapan ilaçların tiyazid gurubu ilaçlar ile kombinasyonu sıklıkla başvuru bir uygulama olmasına rağmen, yakın zamanda açıklanan ACCOMPLISH çalışmasının sonuçlarına göre ADE inhibitörlerinin (benazepril), kalsiyum kanal blokerleri ile (amlodipin) kombinasyonu, tiyazid kombinasyonuna göre primer sonlanım noktalarında %20 azalma sağlamış, her iki ilaç kombinasyonu yan etki profili açısından farklılık oluşmadığı saptanmıştır. Kombinasyon tedavisi içinde merak edilen bir konu da ADE inhibitörleri ile ARB gruplarının birlikte kullanımı olmuştur. Sonuçları 2008 yılında açıklanan ONTARGET çalışmasında, her iki ilacın kombine kullanımı kan basıncı düşüşünü bir miktar daha arttırsa da birincil sonlanım noktaları açısından fark oluşturmadığı saptanmış. Bununla birlikte ESH-ESC 2013 kılavuzunda nefropatili hastalarda, proteinüriyi önlemede daha etkin olsa da, ikili RAAS blokajının yapılmaması önerildi. Ayrıca kronik böbrek hastalığı olanlarda aldosteron reseptör antagonistinin, özellikle RAAS blokeri ile birlikte verilmemesi önerildi (1,30,33).



Şekil 1. 2013 ESH/ESC Klavuzu Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Yönetim Algoritması (28)

2.7. Hipertansiyon Tedavisinde Uyum

Hipertansiyon tedavisinde uyum; birey davranışlarının, sağlık profesyonellerinin, ilaç alma, randevulara gelme, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine uymasını kapsayan önerilere uyma derecesi olarak tanımlanmaktadır (13).

Kan basıncının etkin bir şekilde düşürülmesinde antihipertansif ilaç tedavisine uyum esastır. Tedaviye iyi bir uyumun kan basıncı kontrolünü ve hipertansiyona bağlı komplikasyonları azalttığı birçok çalışmada belirtilmiştir. Günümüzde etkin tedavi olanaklarına karşın, kan basıncının istenilen düzeylerde olmamasının başlıca nedeni olarak antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk belirtilmektedir. Hipertansiyonun uygun kontrolü, inme, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliğine bağlı ölümleri %15–20 oranında azaltır ve ciddi hipertansiyona ilerleyişi engeller. Hipertansif hastaların reçete edilen antihipertansif

ilaçları düzenli kullanma oranlarının %26,9–82,3 arasında olduğu, düzensiz ilaç kullanma oranlarının ise %8-%57,6 arasında olduğu bildirilmiştir (22).

JNC 7 raporuna göre, 1999–2000 yılları arasında hipertansiyon hastası olan bireylerin %70'inin hastalıklarından haberdar olduğu, %59'unun tedavi gördüğü, buna karşılık ancak %34'ünün kan basınçlarının kontrol altında olduğu bildirilmiştir (11). Hindistan ve Bangladeş Hipertansiyon Çalışma Grubunun raporuna göre ise, hipertansiyon hastası olan yaşlıların yalnızca %45'inin durumlarından haberdar olduğu ve %40'ının antihipertansif ilaç kullandığı, ancak %10'unun kan basınçlarının kontrol altına alındığı bildirilmiştir (34). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, hipertansiyonlu olguların yalnızca %40,7'sinin hastalıklarının farkında olduğu, ilaç kullanan hasta oranının %31,1 olduğu, kan basınçları kontrol oranının ise %8,1'de kaldığı saptanmıştır (8). Aynı çalışmanın 2013 yılı verilerinde ise oranlar artmış olmasına rağmen hala istenilen düzeyde değildir (9). HM Sönmez, O Başak ve arkadaşlarının (10) yapmış olduğu bir diğer çalışmada hipertansif bireylerin yalnızca %57,9'inin hastalıklarının farkında olduğu ve %19,8'inin kontrol altında olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon kontrolü bakımından ülkemizdeki oranlar oldukça düşüktür. Amerika ve Fransa %32-33'lük kontrol oranları ile en iyi konumda bulunurken, Batı Avrupa'da bu oran %15–25, İngiltere'de %5,9, Doğu Avrupa ise %5-6 civarındadır (22).

2.7.1. Antihipertansif Tedavi Uyumu İle İlişkili Faktörler

Hipertansiyon tedavisinde uyumun belirleyicisi olabilecek 200'den fazla değişken incelenmiş ancak bulgulardaki farklılıklardan dolayı hangi faktörlerin uyumsuzluk açısından belirleyici olduğu net olarak ortaya konulamamıştır. Bu faktörlerden bazıları **Tablo 14**'de verilmiştir. Bu faktörlerin bir veya birkaçının varlığı uyumsuzluğa yön vermektedir (14).

Tablo 14. Tedaviye uyumu etkileyen faktörler (14)

Kategori	Faktörler
Demografik özellikler	Yaş, ırk, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sağlık bilgisi
Hastalık	Hastalık tipi, süresi ve şiddeti, komplikasyon varlığı, hastaneyi kullanma sıklığı, sağlık bakım sunucularından memnuniyet, bakımın kalitesi
Tedavi	İlacın dozu, tipi, başka ilaç varlığı, ilaç temini, tedavinin gerektirdiği diyet, yan etki varlığı
Davranış	Doktor-hasta etkileşimi, hastanın bilgi düzeyi, kavrama durumu, hastalığı ve tedavisi ile ilgili inanışları, bakım sunanın bilgi düzeyi ve inanışları
Ekonomik özellikler	Ekonomik durum, sağlık sigortası ve sigorta tipi, tedavi ve ilaç fiyatları, hastanın geliri

2.7.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Hasta yaşı tedaviye karar vermeyi etkileyen majör bir faktördür. Yaş faktörüne göre yapılan değerlendirmelerde genel olarak gençlerin yaşlılara göre daha uyumsuz oldukları belirtilmektedir. Yaşlılar, sıklıkla kronik, hastalık/hastalıklar ile yaşamak zorundadırlar. Kullandıkları bir veya daha fazla ilacın sahip olduğu potansiyel yan etkilerle de risk altında bulunmaktadır. Yaşlılarda ilaç tedavisine uyumun eksikliği, tedavinin başarısızlığı ihtimalini artırdığı tespit edilmiştir. Cinsiyetin uyum açısından belirleyici bir faktör olduğu ancak yaş özelliği ile birlikte ele alınmasının önemi vurgulanmaktadır. Genel olarak erkek hipertansiflerde uyumsuzluk eğilimi daha fazla iken, yaşa göre yapılan incelemelerde uyumsuzluğun genç erkeklerde buna karşın ileri yaştaki kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (15,16).

Yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre 0,6 kat daha uyumlu oldukları tespit edilmiş (35). Cinsiyete ilişkin değerlendirmelerde bazı çalışmalarda da her iki cins arasında uyum açısından farklılık bulunmamışken ülkemizde yapılan bir araştırmada kadınlar arasında kilo kaybı ve düzenli egzersiz yapma önerilerine uyum erkeklere nazaran daha azdır (9). Yine Karaman ilinde yapılan bir çalışmada kadınların ve <49 yaş olanların düzenli ilaç kullanmaya uyumlara erkeklere göre daha az olarak bulunmuş (36).

Bireyin medeni durumunun, bireyin sosyal destek sisteminin belirlenmesi açısından önemli olduğu varsayılmaktadır. Ancak medeni durum ile ilaç uyumuna ilişkin veriler sınırlıdır.

Öğrenim düzeyi, meslek ve sosyoekonomik durum bireyin sosyal statüsü açısından belirleyici özelliklerdir. Genel olarak sosyoekonomik düzeyi düşük olmak, uyumsuzluk davranışı açısından risk olarak değerlendirilmekte, hipertansiyonun yönetimi için gerekli olan yaşam biçimi değişiklikleri konusunda aileler tarafından daha az desteklendiği, bireysel ve ailesel düzeyde de yaşam biçimi değişiklikleri açısından bilinç düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durum genel olarak “eğitim düzeyi düşük ise, mesleki durum ve ekonomik durumu da düşüktür ve bununla ilişkili olarak uyum oranı düşük olacaktır” şeklinde formüle edilmektedir (17).

Amerika’da yapılan bir çalışmada tedaviye uyum oranı işsiz olan grupta anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca sağlık sigortası olma durumu ile uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (15). Ülkemizde yapılan bir çalışmada eğitim ve gelir düzeyi daha düşük olan hipertansif hastaların tedaviye uyumları düşük olarak bulunmuş (37). Yine ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada da mesleği, gelir düzeyi, eğitim durumu ile uyum arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiş (38).

2.7.1.2. Hastalık İle İlgili Faktörler

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu görüşler hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu süreç bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler (18).

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar (19). Mesela bir kalp hastası hastalığının sebebinin sigara içmek ya da çok yağlı beslenmek gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini bırakacaktır (39). Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki bile olmasa görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar da yapabilirler. Akuttan kroniğe değişen zamansal inanışlar vardır. İlaç alımı ile zamansal inanışlar önemli ilişkiye sahiptir. Akut

hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler (19). Hipertansiyon uzun yıllar belirtisiz ve komplikasyonsuz seyredebilir, ciddi komplikasyonlar uzun yıllar sonra ortaya çıkabilir. Belirtisiz dönemde hastaya tedaviyi benimsetmek güç olur. Bu nedenle yüksek kan basıncı tedavisinde hasta uyumu büyük önem kazanmaktadır (15). Yapılan çalışmalarda hastalığının farkında olup, ciddiyetine inanan hipertansif bireylerde tedaviye uyumun daha iyi olduğu saptanmıştır (20,21).

Ayrıca hipertansiyon dışında başka ilaç kullanımını gerektirecek kronik bir rahatsızlığın olması, günlük alınması gereken ilaç sayısını artıracığından dolayı, ilaç tedavisine uyumu olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir (22).

2.7.1.3. Tedavi İle İlgili Faktörler

İlaça güven duymak, hastalık ya da komplikasyon korkusu, aile öyküsünde hipertansiyonun varlığı tedaviye uyumunu olumlu etkileyen durumlar olarak kabul edilmiştir. Tedavi programında farklı ilaç gruplarının yer alması, tedavinin uzun süreli olması, ilaçların yan etkileri, ilaçların pahalı olması, günde birden fazla ilaç alınması vb. özelliklerin tedavi programının daha karmaşık haline gelmesi ve dolayısıyla tedaviye uyumu daha olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (22,23).

İlaç almayı unutmanın en sık nedeni ileri yaş, ilaç yan etkisi, medikal tedavi planına uymama, kişinin hasta olma sorununu hatırlamak istememesidir. İlaç kullanımı yaşam tarzı olarak benimsendiğinde ilaç alma saatini unutma problemi çözülebilmektedir (40).

2.7.1.4. Davranış İle İlgili Faktörler

İlaç alımıyla ilgili tutum ve davranışlar, tedaviye uyumu başlı başına etkileyen önemli bir durumdur. Bu durum özellikle yaşlılarda, tedavide istenilen hedeflere ulaşılamamasına, psikolojik ve fizyolojik komplikasyonların gelişmesine ve hastalık kontrolünün zorlaşmasına neden olabilir. Hasta tarafından değiştirilen ilaç alım davranışları, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin yanında maliyetinde artmasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastaların ilaçlarını reçete edilenin dışında kullanım oranı kabaca %20-50 olarak bulunmuştur (16).

Hipertansiyon tedavisinde yaşanan sorunların başında, hastaların tedaviye ömür boyu devam edileceğinin bilincinde olmamaları ve tedaviye başladıktan sonra kontrollerini

düzenli yaptırmamaları gelmektedir. Sağlık bakım sunucuları ve hemşireler, hasta ile işbirliği içinde, hastanın tedavisine uyumunu yükseltmelidirler. Bu bağlamda hastanın ilaç kullanım özelliklerini ve ilaç tedavisindeki hatalarını tespit ederken hasta ailesi ile de işbirliği içinde olunmalıdır (24).

Ülkemizde yapılan ilaçla ilgili hekim, hemşire, eczacı gibi kişilerden bilgi alanların %74,8'i ilacını düzenli kullanmaktaydı. Buradan da anlaşılacağı gibi, tedavi konusunda herhangi bir sağlık ekibi üyesinden bilgi alan hastaların ilaçlarını daha düzenli kullandığı görülmektedir. Hipertansiyon hastaları sağlık personeli tarafından mutlaka ilaçlar konusunda eğitilmelidir (36). Ayrıca davranışsal perspektiften bakıldığında kan basıncının uzun dönemli kontrolünü sağlamak için hastalar tedaviye katılmalı ve bakımda kalmalı, yaşam tarzındaki değişiklikleri oluşturmalı ve bunları sürdürmelidir (22).

2.7.1.5. Ekonomik Özellikler

Sağlık sistemi ile ilgili unsurlar da tedaviye uyumda önemli rol oynamaktadır. Özellikle toplumun fakir kesimlerinde ilaca ulaşılabilirlik için sürekli finansman, karşılanabilir fiyatlar ve güvenilebilir tedarik sistemleri için uygun stratejilerin geliştirilmesi hastaların uyum sorununa önemli katkı sağlayacaktır. Hizmetin dağılımı, finansman ve uygun eczacılık yönetimi gibi sağlık sistemine ait fonksiyonlardaki aksaklıklar hipertansiyon ve diğer kronik hastalıklarda tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir (15).

2.7.2. Tedavi Uyumunun Belirlenmesinde Kullanılan Yöntemler

İlaç tedavisine uyumun objektif olarak belirlenmesi güçtür. Uyumun tanımlanmasında, her biri farklı avantaj ve dezavantajlara sahip doğrudan ve dolaylı yöntemler kullanılmaktadır. İlaç tedavisine uyumun değerlendirilmesinde standart bir yöntem bulunmadığı için çalışmalarda birden fazla yöntem kullanılması önerilmektedir.

Doğrudan yöntemler: 1. Kan basıncı düzeyleri

2. Üriner atıklar ve yıkım ürünleri

3. İlaç metabolitleri

4. Markerlar

Dolaylı yöntemler: 1.Tedavi sonucu

2.Hasta bildirimi

3.İlaç sayısı

4.Randevulara uyma

5.Reçetelerin takibi

6.Hekimin görüşü

Dolaylı yöntemlerden olan hasta bildirim yöntemi için geliştirilmiş bazı ölçekler mevcuttur (Örn. İlaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeği, Kısa İlaç Anketi(Brief Medication Questionnaire) ve Morisky İlaç Uyum Skalası (Morisky Medication Adherence Scala). Ayrıca son zamanlarda teknolojinin gelişmesi ile birlikte eczane ile bağlantılı takip sistemi, elektronik monitor, çipli ilaç kutuları (MEMS) gibi elektronik takip sistemleri oluşturulmuştur (17,25,26).

2.7.3. Hasta Uyumunu Arttırıcı Girişimler

Hasta uyumunu düzeltmek için yapılan çabalar, hastalara kendi bakımlarını yapabilmeleri için aktif sorumluluk verilmesi ve iyi bilgilendirmeye maksimum fizik ve emosyonel koşullara ulaşılır. Profesyonel sağlık personeli, hedef kan basıncına ulaşmak için ve hastaların bakımlarına katılım oranlarını artırmak için, hastalara tam ve doğru bilgi verme sorumluluğunu taşımaktadır (2).

Hipertansiyon yönetiminde başarılı olmak, kan basıncı kontrolünü sağlama ve devam ettirmede hastaların kararlı olmasını, ilaç tedavileri kadar tavsiye edilen non-farmakolojik tedaviye de uyum göstermelerini ve kontrollerine düzenli gitmelerini gerektirir. Etkin iletişim ve hasta ile sağlık çalışanı arasındaki güven, uyumu artırmada çok önemlidir (22).

İlgili araştırmaları gözden geçiren bir review, geleneksel hasta eğitim programlarının HT hastalarında ilaçlara uyum üzerine çok az etkisinin olduğunu gösterdi. Sonuçlar girişimlere göre farklılıklar göstermesine karşın, hasta motivasyon faktörleri, sosyal destek ya da hatırlatıcı teknikleri kullanan bazı programlar daha umut verici görünmektedir. İlginçtir ki en iyi etkiyi gösteren bazı girişimler, ilaca uyumu artırmak için sosyal desteği sistematik

olarak uygulayan eski çalışmalardır. Günümüzde bu alanda motivasyonel faktörlere daha çok vurgu yapan yeni girişimler geliştirilmektedir (12).

Motivasyonel görüşme programları ya da daha eski sosyal destek girişimleri gibi özel çalışanlar ve özelleşmiş girişimler uyumu artırıcı ilginç yaklaşımlardır. Ancak çoğu hasta için en önemli danışman yerel hekim ve hasta uyumunu sağlamada işbirliği yaptığı diğer BB çalışanlarıdır. Hekimler sıklıkla ilaç kullanma ve diğer sağlıkla ilişkili davranışları hakkında HT hastalarına soru sormalarına karşın, tıbbi uyumu ve yaşam tarzı danışmanlığını aktif bir şekilde geliştirme fırsatlarını kullanamamaktadırlar. Bu talihsizliktir, çünkü BB uyum danışmanlığı için çok iyi bir ortam olabilir. Hasta bakışını dikkate alan basit girişimler hasta uyumunu geliştirmede en umut verici yöndür. Ancak uyum girişimleri üzerine yapılmış çok sayıda çalışmaya karşın, farklı yaklaşımları doğrudan karşılaştırmaya izin verecek çok az sayıda karşılaştırma çalışması vardır (27).

HT yönetiminde hekim danışmanlık uygulamalarında geliştirilmesi gereken alanlar hala var. Bu tür danışmanlıkta her şeye uyan tek bir yaklaşım yoktur. Farklı ruhsal etkenler bu alandaki öz-etkililiğin farklı görünüşleriyle ilişkilidir. Dolayısıyla danışmanlık her bireyin gereksinimine yönelmelidir. Asgari çizgi hekimlerin uyumu artırıcı fırsatları değerlendirmesi ancak yalnızca bilgi vermenin ötesine giden yöntemleri uygulaması gibi gözüküyor; örneğin bireysel motivasyonel faktörler ve sosyal destek gibi bileşenler üzerine vurgu yaparak (41).

HT hastalarında ilaca ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun nasıl artırılacağı üzerine özellikle hasta hekim ilişkisi bağlamında ileri çalışmalara gereksinim var. Tıbbi görüşmelerde uyum konularında etkili bir şekilde konuşma eğitimini amaçlayan iletişim becerileri eğitimleri girişimleri bir yaklaşım olabilir. Uyum danışmanlığında mesajı nasıl ileteceğimizin mesajın ne olduğu kadar önemli olduğu açıktır (41).

Tedaviye uyum konusunda hastanın sosyal ve davranışsal yapısı ile ilgili özellikleri giderek önem kazanmaktadır. Kişilerin sağlık davranışını uygulayabilme olasılığını değerlendirmek de, hastalığı ile ilgili algısı karşısındaki tutumunu belirlemektedir. Bu nedenle kişinin sağlık konusundaki algısını olumlu yönde etkileyen girişimlerde tedaviye uyumu artırmaktadır. Tedaviye uyumu artırıcı genel tedbirler **Tablo 15**'te verilmiştir (42).

Tablo 15. Tedaviye Hasta Uyumunu Artırmak İçin Genel Tedbirler

- Hipertansiyonun tedavi ve komplikasyonları hakkında bilgi vermek,
- Hastalığın sinsi seyrini ve yaşam boyu tedavi gerekliliğini hastaya anlatmak, tedavinin önemi ve hipertansiyon hakkında hastaya bilgi vermek,
- İlaç gerektiğinde ihtiyaç olan en düşük dozu kullanmak,
- Olası yan etkileri en az olan, etkili fakat maliyet bakımından pahalı olmayan ilaçlar seçmek,
- Uzun etkili ve tercihen tek dozda kullanılacak ilaç seçimi düşünmek,
- Farmakolojik prensiplere uyarak reçete yazmak,
- Gerektiğinde tedaviye uygun bir ilaç eklemek,
- Reçete edilmiş ilacın kullanım zorlukları hakkında hastadan bilgi almak,
- Hasta ilacın alımı için eğer gerekiyorsa günlük yaşamında bir aktivite ile bütünleştirmek,
- Tedavinin amacını saptamak,
- Hasta için hedeflenen kan basıncı tespit etmek, hedeflenen kan basıncının gelişimi hakkında geri dönüşüm sağlamak,
- Tedavi süresince hasta kontrollerinin takibi ve devamı hakkında hastadan telefonla yeniden onay almak,
- Yeni tedavi stratejilerini hasta ile tartışmak ve karar verme sürecinde hastayı da dâhil etmek,
- Hastalara evde kan basıncı izlemeyi öğretmek,
- Problemi bilme ve hasta uyumsuzluğu belirtilerine karşı uyanık olmak,
- Kan basıncını yan etki gelişmeksizin normal düzeylere yakın seviyeye getirmeye hasta ile birlikte karar vermek,
- Aile desteğini sağlamak, hasta ile iletişime devam etmek,
- Hastayı kontrollere teşvik etmek ve ilgili sağlık personelinin aramak,
- Pahalı ve karmaşık kontrollerden kaçınmak,
- Hatırlatıcılar kullanmak,
- Sosyal destek sağlamak,
- Doktor hasta iletişimi sağlamak,
- Diğer profesyonellerle işbirliği içinde olmak (Hemşire, eczacı, diyetisyen, diş hekimi gibi)
- Uygun İlaç dışı tedavi (non-farmakolojik), seçeneklerini de değerlendirmek

2.8. Sağlık İnanışları ve Davranışı

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu görüşler hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu hastalık algısı veya bilişsel ifadeler bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler (18). Bunların önemine rağmen, hastaların hastalıkları ya da semptomları hakkındaki görüşleri tıbbi görüşmelerde nadiren sorgulanabilmekte ve hastalar hastalıkları hakkındaki inanışları doktorla paylaşma eğiliminde bulunmamaktadır.

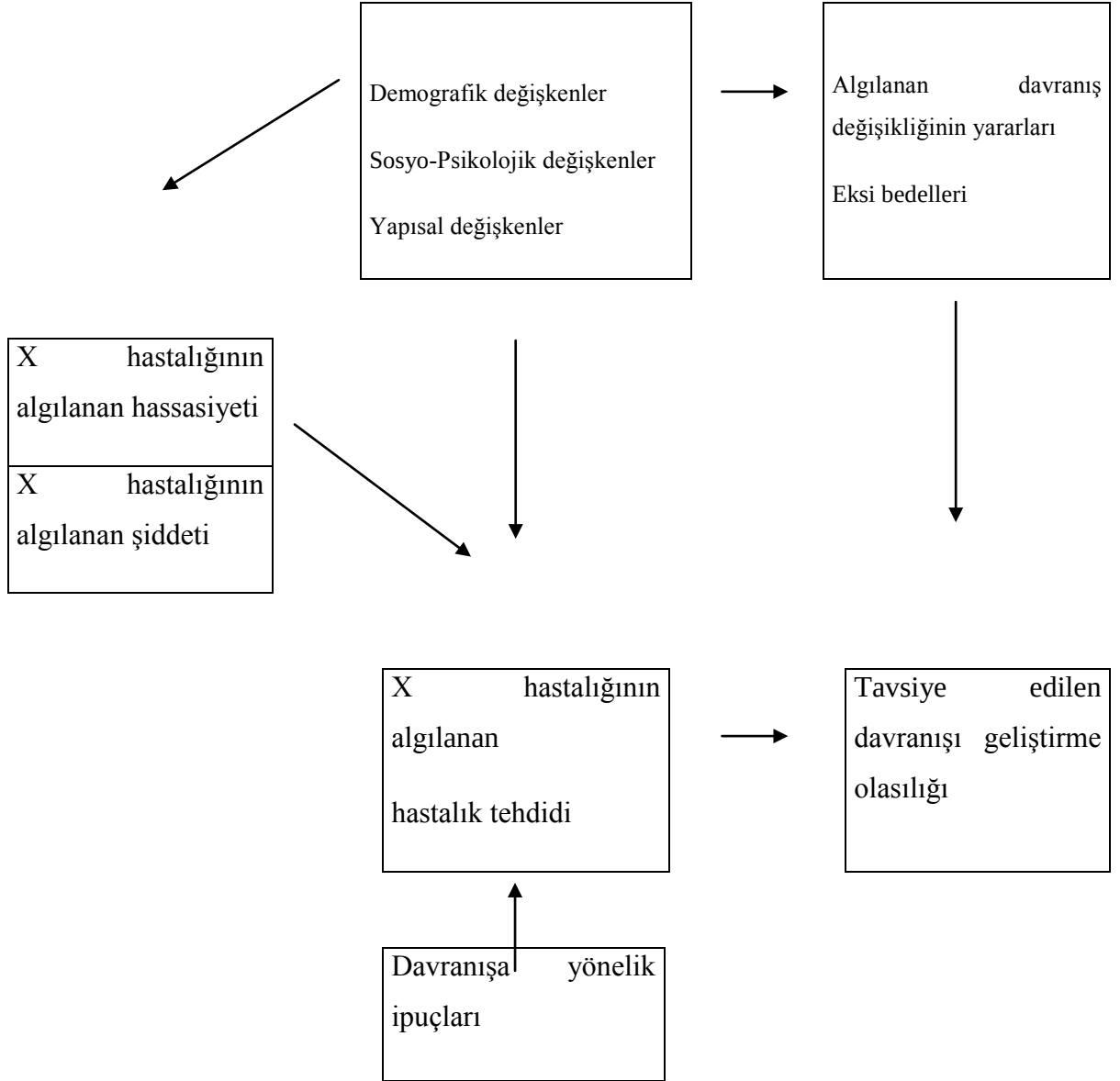
Aynı durumda olsa bile hastadan hastaya oldukça değişken şekilde rahatsızlığın ortaya çıkması, problem çeşitliliğini artırmaktadır. Son yıllarda sağlık psikologları bu problemleri anlamak ve cevap vermek için hastaların rahatsızlıklarına yönelik kendi ifadelerini ve modellerini oluşturduklarını göstermişlerdir. Bir semptom ya da tanı gibi yeni bir sağlık tehdidi ile karşılaşıldığında, bireyler bu tehdit karşısında bilişsel modeller geliştirirler ve bu durum mental ifadelerin yanıtlarını belirler. Bu modeller hastaların tıbbi bilgilerine veya aynı semptomlara ya da tanılara sahip olan aile bireylerinin kişisel deneyimlerine dayanır. Hastanın hastalık modeli, semptomların ya da hastalığın tehlikelerini azaltmak için hastaya rehber olur ve aynı zamanda tehlikeye karşı duygusal cevabını azaltmak için geliştirdiği başa çıkma stratejilerine de kılavuzluk eder (43).

Tedaviye uyum konusunda hastanın hastalığı ile ilgili sağlık inanışları önem kazanmaktadır. Bu noktada sağlık inanç modeli tedaviye uyumun açıklanmasında kullanılan ilk modellerden birisidir. Model, sağlık davranışlarının bilişsel formülasyonudur. Kişilerin sağlık davranışını uygulayabilme olasılığını değerlendirmekde, algıladığı engeller karşısındaki tutumunu göstermektedir. Sağlık inanç modeli uyum davranışında rol oynayan bireysel sağlık algılarını ve inançlarını içermektedir. Algılanan hassasiyet, algılanan şiddet, algılanan tehdit, algılanan yarar, algılanan engeller ve harekete geçiren olaylar, tetikleyiciler olmak üzere altı temel yapıdan oluşmaktadır. **Şekil 2**'de gösterildiği üzere bu altı faktör, kişilerin sağlık ile ilgili kararlarını belirlemede önemli faktörler olarak sıralanmaktadır (42).

BİREYSEL FAKTÖRLER

BELİRLEYİCİ FAKTÖRLER

OLASI DAVRANIŞLAR



Şekil 2. Sağlık İnanç Modeli

2.8.1. Hastalık Algısının Bileşenleri

Hastaların mental modeller geliştirme yolu hakkında tutarlı modelleri bulunmaktadır. Önceki çalışmalar 5 ana bileşen saptamıştır:

- Hastalığın kimliği
- Nedensel inanışlar
- Zamansal inanışlar
- Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar
- Sonuçlar

Hastalık algısının etkileyici yönü, aynı hastalıklara ya da problemlere sahip olan hastaların oldukça farklı algılarının olması ve bu algıların bazı hastaları yanlış yollara yönlendirebilmesidir (43).

2.8.1.1. Hastalığın Kimliği

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar. Çoğu insan soğuk algınlığı ya da besin zehirlenmesi gibi sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilmektedir fakat başka hastalıklara gelince belirsiz fikirleri vardır. Buna rağmen hastalar tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla inanışlar geliştirirler. Kimlik bileşeninin önemli yanı, hastalığın semptomları hakkındaki bakış açısı, tedaviyi düzenleyen tıbbi elemanların bakış açısından çok farklı olabilir. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki bile olmasa görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler (19).

2.8.1.2. Nedensel İnanışlar

Tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığın görüldüğüne dair inanışlar geliştirirler. Yaygın görülen hastalıklar hakkındaki yorumları stres veya hava kirliliği gibi hissedilen sağlığa zararlı durumlar üzerine yapılmaktadır (44).

Nedensel inanışlar, hastaların kendi durumları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede veya mantıklı yollarla hastalığını kontrol altında tutması için gereken

değişikliklerde önemlidir. Mesela bir kalp hastası hastalığının sebebinin sigara içmek ya da çok yağlı beslenmek gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini bırakacaktır (39). Başka hastalıklarda nedensel inanışlar, özellikle hasta kendini suçluyorsa duygusal cevabı da etkilemektedir. Kendini suçlamanın derecesi etyolojisi bilinmeyen hastalıklarda olduğu gibi kanser ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklarda daha yüksek olabilir.

2.8.1.3. Zamansal İnanışlar

Akuttan kroniğe değişen zamansal inanışlar vardır. Mesela HT hastalarında olduğu gibi hastalar hastalıklarını son zamanlarda ne kadar fazla stres altında olduklarına bağlayabilirler. İlaç alımı ile zamansal inanışlar önemli ilişkiye sahiptir. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler (19).

2.8.1.4. Kontrol veya Tedavi Hakkındaki İnanışlar

Zamansal ve nedensel ilişkiler bununla doğrudan bağlantılıdır. Genellikle kontrol inanışı hastanın kişisel kontrole ne kadar hassas olduğuna ve tedavi ile ne kadar kontrol edilebileceğine bağlıdır. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilidir (19).

2.8.1.5. Sonuçlar

Son bileşen ise hastanın hastalığının sonucu hakkındaki algısıdır. Bu durum işte, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik olarak yaşayacağı etkileri kapsamaktadır. Çoğu zaman, hastalığın sonucu hakkındaki görüşleri hastalığın ciddiyeti hakkındaki objektif klinik belirteçlerle zayıf ilişkili subjektif algılamaya bağlıdır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırmaktadır (45).

2.9. Sağlık İnanışlarını Geliştirme Müdahaleleri ve Grup Görüşmeleri

2002 yılında yapılan bir çalışma kalp krizi geçiren ve standart bakım alan hastaların farklı algılarına yönelik uygulanan bilişsel ve davranışsal müdahaleleri karşılaştırarak iyileşmenin gelişimini araştırmıştır. Müdahalenin hastaların hastanede kaldığı süre içerisinde hastalık inanışlarında belirgin pozitif değişikliklere neden olduğunu ve kontrol grubuna göre

işe geri dönüşlerinin belirgin olarak daha erken olduğunu bulmuşlardır (46). Bu da hastalık algısının kısa bilişsel müdahale ile başarılı bir şekilde değiştirilebileceğini öne sürmüştür ve bu yaklaşım kendini alıştırma ve işlevselliği artırmak için diğer hastalıklarda da yararlı olabileceğini düşündürmüştür. Şu anda yanlış hastalık inanışlarını, özellikle erken evrelerde düzenleyebilmek için efektif ve verimli metodlar geliştirmeye ihtiyaç vardır. Bu amaçla geliştirilen metodlardan birisi de grup görüşmeleridir.

Grup görüşmesi ifadesi, bireysel hasta-hizmet sunucu görüşmelerinden ziyade hasta grupları için tasarlanmış görüşmeleri anlatır. Hekimler sadece aynı hastalıkları tekrar tekrar görmüyor, aynı zamanda bu hastalıklardaki ortak başarısızlıkları ve bunlarla başa çıkmanın ortak yollarınında farkına varıyor. Hekimler sağlıklı şekilde diyet ve egzersiz yapmaya gayret eden hastalarla karşılaşırken aynı zamanda, düşük gelir düzeyi, ev desteğinden yoksun olma, depresyon ve kronik ağrı nedeniyle isteklerini yapmayan hastalarla da karşılaşılıyor. Bu şekilde dirençli hastalara ek destek sağlamanın bir yolu da aynı hastalığa sahip kişileri grup görüşmesinde tedavi etmektir (46).

Grup görüşmeleri diyabet gibi kompleks hastalıklarda, hastaların kendi yönetiminin teşvik edilmesi ve grup üyelerinin birbirlerine sağladıkları destek ile sağlık eğitiminin artırılması, hastaya ve sağlık sunucusuna avantaj sunabilir (48,49). Grup görüşmesi yöntemi diğer hastalar tarafından desteklenme modelini sağlar, ek olarak grup dinamiğinin gücü, destekleyici hasta kazanımları, kendi kendine bakımı geliştirir (50).

Beck ve ark. tarafından Colorado'da grup görüşmesine katılan ve kronik hastalığı olan 400 yaşlı hasta ile yapılan iki yıllık randomize klinik çalışmalarda, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hastaneye yatışlarda % 39'dan % 27'ye düşüş olduğu saptanmıştır. Ayrıca hekim aranmasında azalma ile birlikte hemşire aranma sayılarında artış ve her bir hastanın acil servis ziyaretlerinde % 53'den % 35'e düşüş olmuştur. Aynı zamanda birinci basamak başvurularında azalma olduğu tespit edilmiştir (47).

İyi kontrol edilemeyen tip 2 diyabetli bir başka hasta grubunda, total kolesterol/HDL oranında % 32 azalma, HbA1C seviyesinde % 30 düşüş ve sağlık giderlerinde % 7 azalma olduğu görülmüştür (50). Randomize klinik çalışmalar, grup görüşmesi ile kaynak kullanımının azaldığı, hastalık spesifik standartların ve bakımın arttığı ve yüksek hasta memnuniyetinin sağlandığı ile ilgili klinik ve sistemik faydaları göstermiştir (47,50,52).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Tasarımı

Araştırma kesitsel bir alan çalışması ve devamında girişimsel çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışmanın evreni olarak Aydın ili ve ilçelerindeki, kentsel ve kırsal kesimde yaşayan 18 yaş ve üstü yetişkin nüfus alındı. TUIK nüfus verileri kullanılarak Aydın ili ve ilçelerindeki 18 yaş ve üstü nüfustan tabakalı, sistemik rastgele örnekleme yapıldı. Örneklem büyüklüğü yüzde 95 güven aralığında 0,03 hata payı ve %30 beklenen prevalans ile hesaplandı. Yüzde 20 ulaşamama oranıyla birlikte örneklem büyüklüğü 1075 olarak belirlendi. Örneklem seçimi için şehir merkezi odak alınarak Aydın ili dört bölgeye ayrıldı. Her bölgeden bir ilçe ve ilçeye bağlı iki köy, ayrıca merkez ilçe ve bağlı iki köyü seçildi. Her bir yerleşim yerinde adres bilgilerine göre tek sayı ile numaralandırılmış apartman ve işyerleri seçilerek haneler belirlendi. Hane içindeki 18 yaş ve üzeri kişiler isim baş harflerine göre sıralanarak ilk sıradaki kişi çalışmaya alındı. Ev içerisinde ulaşılamayan kişiye çalıştığı yerde ulaşılmaya çalışıldı.

2013 Haziran ve Temmuz aylarında gerçekleştirilen çalışma için Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencilerinden ikişer kişilik iki ekip oluşturuldu. Çalışmayı gerçekleştiren uzmanlık öğrencileri (biri proje yürütücüsü), öncesinde çalışmanın amacı, anket uygulama tekniği ve kan basıncı ölçümü konusunda özel olarak eğitildiler. Oluşturulan anket formunun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği çalışma öncesinde aile hekimliği polikliniğine gelen hastalarla test edildi.

Çalışmanın amacına uygun veri toplamak üzere oluşturulan ve katılımcılara bizzat yaşadıkları ortamda (ev ya da çalışma yeri) yüz yüze görüşülerek uygulanan anket formu üç bölümden oluşmaktaydı. Birinci bölüm çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerini, yaşam tarzı alışkanlıklarını, hipertansiyon bilgi düzeylerini ve hipertansiyon ve diğer kronik hastalık tanılarını sorgulayan 22 soru içermekteydi (Ek-2: Veri toplama formu).

Ekonomik durum değerlendirmesi için katılımcılar eve giren toplam gelire göre üç kategoriye ayrıldı. Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 verilerine göre dört kişilik bir aile için açıklanan açlık ve yoksulluk sınırlarıyla kişi başı yıllık gelir ortalaması (gayri safi milli hasıla

– GSMH), aile gelir düzeylerini kategorize etmek üzere kullanıldı. Buna göre aylık toplam geliri 900TL'nin altında olanlar (açlık sınırının altında gelir) çok düşük, 900-3000 TL arasında olanlar (açlık sınırı ile yoksulluk sınırı arasında) düşük, 3001-9000 TL arasında olanlar (yoksulluk sınırı ile yıllık kişi başı ülke GSMH ortalaması arasında) orta ve 9000TL üzerinde olanlar yüksek gelir grubu olarak sınıflandırıldı. . Çalışmamızda üst gelir grubuna giren kişi sayısı çok az olduğu için bazı değerlendirmelerde 3000 TL üzerinde geliri olan katılımcılar orta-yüksek gelir grubu olarak değerlendirildi.

Katılımcıların meslekleri yedi ayrı grupta değerlendirildi (Ev hanımı, işçi, memur, serbest çalışan, sağlık çalışanı, çiftçi, diğer). Emekliler emekli oldukları ilgili meslek grubuna, işsizler ise 'diğer' grubuna alındı. Sosyal güvence değerlendirilmesinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu esas alınarak Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı 'sağlık güvencesi olanlar' olarak değerlendirildi. Hiçbir sağlık güvencesi olmadığı halde tedavi giderleri devlet tarafından karşılanan katılımcılar 'yeşil kart' grubuna alındı.

Anketin daha önce HT tanısı alan katılımcılara uygulanan ikinci bölümünde HT hastalarının ilaç isimleri, ilaç kullanma alışkanlıkları, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç uyumsuzluk nedenlerini sorgulayan 25 soru; üçüncü bölümünde ise Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği yer almaktaydı.

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği, 2003'te Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve dokuz ifadeyi kapsamaktadır. Ölçeğin ilk 8 sorusu "Evet" ve "Hayır" olarak yanıtlanmakta; "Evet" 1, "Hayır" 0 olarak kodlanmaktadır. Dokuzuncu soruda her bir madde için 1. "hiç/nadiren", 2. "ara-sıra", 3. "bazen", 4. "genellikle", 5. "her zaman" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 1-13 arasında değişmektedir. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu ve uyumsuz tanımlamaları, Morisky'nin önerisi doğrultusunda grubun frekans dağılımındaki %80'lik kesim noktasına göre belirlenmiştir. Buna göre toplam 1-7 puan alanlar tedaviye uyumlu, 8 ve üzerinde puan alanlar uyumsuz olarak tanımlanmaktadır. Ölçek Demirezen tarafından 2006'da Türk toplumuna uyarlanmış ve ölçeğin Cronbach α değeri 0,82 olarak bulunmuştur (53).

Araştırmaya katılan tüm kişilerin kan basıncı ölçümleri yapıldı. Kan basıncının normal değerleri ve evrelemesi için ESC-ESH 2013 raporu kullanıldı. Kan basıncı ölçümü, İngiliz Hipertansiyon Topluluğunun önerdiği standart yöntemle yapıldı. İki kez yapılan

ölçümde elde edilen değerlerin ortalaması kişinin kan basıncı değeri olarak kabul edildi. KB ölçümleri için standart erişkin manşonu olan ancak şişman ve zayıf kollar için de, sırasıyla, daha büyük ve daha küçük manşonlu Riester marka cıvalı sfigmomanometreli tansiyon aletleri kullanıldı. İlk KB ölçümü hasta oturur durumda ve 5 dakika dinlendikten sonra ve son 30 dk içinde sigara, kafein ya da alkol almama ve yemek yememe koşulları dikkate alınarak yapıldı. KB her iki koldan ölçüldü, sonraki ölçüm için ilk ölçümün yüksek olduğu kol kullanıldı ve yüksek olan koldaki kan basıncı katılımcının kan basıncı olarak değerlendirildi. Sistolik ve diyastolik kan basınçları için Korotkoff faz 1 (sesin başlaması) ve Korotkoff faz 5 (sesin kaybolması) noktaları esas alındı. Sesin tam olarak kaybolmaması durumunda diyastolik kan basıncı için seslerin hafiflediği ve boğuklaşmaya başladığı Korotkoff faz 4 kullanıldı. Elde edilen sistolik ve diyastolik KB değerleri mmHg olarak anket formuna ayrı ayrı kaydedildi. KB ölçümü sonucu SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg olanlar ya da daha önce HT tanısı alanlar hipertansif olarak değerlendirildi.

Hipertansiyonda farkındalık, daha önce bir sağlık çalışanı tarafından hipertansiyon tanısının konması; tedavi alma, anket uygulaması sırasında antihipertansif tedavi kullanıyor olması ve kontrol altında olma, anket uygulaması sırasında ölçülen kan basıncının sistolik <140 mmHg ve diyastolik <90 mmHg olması şeklinde tanımlandı.

Çalışmanın girişimsel kısmında, daha önce HT tanısı alan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 11 kişiyle 6 ve 5 kişilik olmak üzere iki küçük grup tartışması gerçekleştirildi. Bir kolaylaştırıcının moderatörlüğünde yapılan bu grup çalışmalarında hipertansif hastaların HT tedavisi konusunda yaptıklarını paylaşarak ve tartışarak birbirlerini etkilemeleri hedeflendi. Küçük grup tartışmaları öncesinde, 3 ve 6 ay sonrasında hasta uyumları MMAS ölçeğiyle değerlendirildi ve kan basıncı ölçümleri yapıldı.

3.2. İzinler

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulundan çalışma için etik uygunluk onayı (Karar sayı no: B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04-239) ve araştırma öncesinde Aydın Valiliği'nden gerekli izinler alındı.

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Toplanan veriler bir istatistik programı veri tabanına girilerek istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı analizlerde yüzdelere, ortalama ve standart sapma; gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi, student-t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post-hoc testler kullanıldı. Grup görüşmeleri öncesi ve kontroller sonrası değişkenleri kıyaslamak için Friedman varyans analizi veya Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişki durumunu belirlemek için Spearman veya Kendall sıra korelasyon analizleri yapıldı. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 1075 kişinin yaş ortalaması $45,6 \pm 15,5$ (18 – 100 yaş arası) idi. Katılımcıların 551'i (%51,3) kadın, 524'ü (%48,7) erkekti. Kadınların yaş ortalaması $44,9 \pm 15,9$ (18 – 100 yaş arası), erkeklerin yaş ortalaması $46,4 \pm 15,0$ (18 – 92 yaş arası) olarak bulundu. Kadınlarla erkeklerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$).

Kadınların %80,2'si ($s=442$) evli, %10,3'ü ($s=57$) bekar ve %9,5'i ($s=52$) boşanmış/dul; erkeklerin ise %82,1'i ($s=430$) evli, %15,5'i ($s=81$) bekar ve %2,4'ü ($s=13$) boşanmış/dul idi. Kadınlarda boşanmış/dul olanlar ve erkeklerde bekarlar diğer cinse göre daha fazlaydı ($\chi^2=27,078$; $p < 0,001$).

Çalışmaya katılanların %9,4'ü ($s=101$) [kadınların %15,2'si ($s=84$), erkeklerin %3,2'si ($s=17$)] okuryazar değildi. Kadınların %53,9'u ($s=297$), erkeklerin %55,3'ü ($s=290$), toplamda çalışmaya katılanların %54,6'sı ($s=587$) ilköğretim; kadınların %13,4'ü ($s=74$), erkeklerin %18,9'u ($s=99$), toplamda çalışmaya katılanların %16,1'i ($s=173$) lise ve kadınların %13,4'ü ($s=74$), erkeklerin %22,4'ü ($s=107$), toplamda çalışmaya katılanların %16,8'i ($s=181$) üniversite mezunu idi. Eğitim süreleri açısından değerlendirildiğinde kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktaydı ($\chi^2=57,183$; $p < 0,001$); erkekler kadınlara göre daha fazla eğitim almışlardı.

Çalışmaya katılanların %34,2'si ($s=368$) ev hanımı, %20,3'ü ($s=218$) işçi, %15,3'ü ($s=164$) memur, %14,1'i ($s=152$) serbest çalışan, %10,2'si ($s=110$) çiftçi, %1,7'si ($s=18$) sağlık çalışanı idi; %4,2'si ($s=45$) ise bir işte çalışmıyordu. Cinsiyete göre bakıldığında; kadınların %66,4'ü ($s=366$) ev hanımı, %12,9'u ($s=71$) işçi ve %8,3'ü ($s=46$) memur; erkeklerin ise %28,1'i ($s=147$) işçi, %22,9'u ($s=120$) serbest çalışan ve %22,5'i ($s=118$) memurdu. Kadın ve erkeklerin meslek dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($\chi^2=572,159$; $p < 0,001$); kadınlarda ev hanımı, erkeklerde ise işçi, memur, serbest çalışan ve çiftçi daha fazla idi.

Çalışmaya katılanlardan 566'sının (%52,7) aylık eve giren toplam geliri 900 ile 3000 TL arasında, 436'sının (%40,6) 900 TL'nin altında ve 73'ünün (%6,8) 3000 TL'nin üzerinde idi. Aylık eve giren toplam gelir bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Yüzde 65,4'ü ($s=703$) kentsel, %34,6'sı ($s=372$) kırsal bölgede oturmakta olan katılımcıların cinsiyete göre yerleşim yeri değerlendirildiğinde; kadınların %67,0'si ($s=369$), erkeklerin ise % 63,7'si ($s=334$) kentsel bölgede yaşıyorlardı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların sosyal güvencelerinin olup olmadığı sorgulandığında, çalışmaya alınan 1075 hastadan %7,1'inin ($s=76$) sosyal/sağlık güvencesinin bulunmadığı, %8,1'inin ($s=87$) yeşil kart ve %84,8'inin ($s=912$) SGK kapsamında (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur) sosyal güvencesinin olduğu görüldü. Kadınların % 10,5'inin ($s=58$) sağlık güvencesi yeşil kart, %82,2'sinin ise sağlık güvencesi SGK kapsamında idi. Yüzde 7,3'ünün de herhangi bir sağlık güvencesi yoktu. Erkeklerin ise %5,5'i ($s=29$) yeşil kart, %87,6'sı ($s=459$) SGK sağlık güvencesine sahipken %6,9'unun ($s=36$) herhangi bir sağlık güvencesi yoktu. Kadınların herhangi bir sağlık güvencesine sahip olma oranları erkeklere göre anlamlı derecede daha az idi ($\chi^2=9,244$; $p=0,010$).

Katılımcıların demografik verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, yerleşim yeri ve sosyal güvence durumu) **Tablo 16**'da verilmiştir.

Tablo 16. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		Kadın Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
Yaş (Ortalama±SS)		44,9±15,9 yıl	46,4±15,0 yıl	45,6±15,5 yıl
Cinsiyet		551 (51,3)	524 (48,7)	1075 (100,0)
Medeni durum $\chi^2=27,078$; $p<0,001$	Evli	442 (80,2)	430 (82,1)	872 (81,1)
	Bekar	57 (10,3)	81 (15,5)	138 (12,8)
	Boşanmış/dul	52 (9,5)	13 (2,4)	65 (6,1)
Eğitim $\chi^2=57,183$; $p<0,001$	Okuryazar değil	84 (15,2)	17 (3,2)	101 (9,4)
	Okuryazar	22 (4,0)	11 (2,1)	33 (3,1)
	İlköğretim	297 (53,9)	290 (55,3)	587 (54,6)
	Lise	74 (13,4)	99 (18,9)	173 (16,1)
	Üniversite (2-4 yıl)	74 (13,4)	107 (22,4)	181 (16,8)
Meslek $\chi^2=572,159$; $p<0,001$	Ev hanımı	366 (66,4)	0	366 (34,0)
	İşçi	71 (12,9)	149 (28,4)	220 (20,5)
	Memur	46 (8,3)	118 (22,5)	164 (15,3)
	Serbest çalışan	32 (5,8)	120 (22,9)	152 (14,1)
	Sağlık çalışanı	13 (2,4)	5 (1,0)	18 (1,7)
	Çiftçi	5 (0,9)	105 (20,0)	110 (10,2)
	Diğer	18 (3,3)	27 (5,2)	45 (4,2)
Gelir $\chi^2=12,348$; $p=0,006$	900 TL altı	250 (45,4)	186 (35,5)	436 (40,6)
	901-3000 TL	263 (47,7)	303 (57,8)	566 (52,7)
	3001 TL üstü	38 (6,9)	35 (6,6)	73 (6,7)
Yerleşim yeri $p>0,05$	Kentsel	369 (67,0)	334 (63,7)	703 (65,4)
	Kırsal	182 (33,0)	190 (36,3)	372 (34,6)
Sosyal güvence $\chi^2=9,244$; $p=0,010$	Yeşil kart	58 (10,5)	29 (5,5)	87 (8,1)
	Diğer	453 (82,2)	459 (87,6)	912 (84,8)
	Yok	40 (7,3)	36 (6,9)	76 (7,1)

Katılımcıların eğitim durumlarına göre yaş ortalamaları; okuryazar olmayanların $63,3 \pm 16,4$; okuryazar olanların $56,9 \pm 16,8$; ilköğretim mezunu olanların $46,7 \pm 13,6$; lise mezunu olanların $40,7 \pm 13,1$ ve üniversite (2-4 yıl) mezunu olanların $35,1 \pm 11,4$ idi. Eğitim düzeyi arttıkça yaş küçülmekteydi ($r=-0,351$; $p<0,001$).

Yerleşim yerine göre katılımcıların yaş ortalamaları kıyaslandığında; kentsel bölgede yaşayanların yaş ortalaması ($44,9 \pm 15,2$) kırsal bölgede yaşayanlara göre ($47,2 \pm 16,0$ istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktü ($t=-2,328$; $p=0,02$).—

Okuryazar olmayanların %82,2'sinin ($s=83$); okuryazar olanların %54,5'inin ($s=18$); ilköğretim mezunu olanların %48,7'sinin ($s=286$); lise mezunu olanların %16,2'sinin ($s=28$) ve üniversite mezunu olanların %11,6'sının ($s=21$) aylık aile geliri 900 TL'nin altındaydı. Çalışmaya katılanların eğitim süreleri ile eve giren aylık gelir miktarı arasında anlamlı düzeyde, orta derecede, pozitif yönde korelasyon saptandı ($r=0,431$; $p<0,001$).

Kentsel bölgede yaşayanların %7,7'si ($s=54$) okuryazar değil, %2,3'ü ($s=16$) okuryazar, %48,2'si ($s=339$) ilköğretim, %20,5'i ($s=144$) lise ve %21,3'ü ($s=150$) üniversite mezunu; kırsal bölgede yaşayanların %12,6'sı ($s=47$) okuryazar değil, %4,6'sı ($s=17$) okuryazar, %66,7'si ($s=248$) ilköğretim, %7,8'i ($s=29$) lise ve %8,3'ü ($s=31$) üniversite mezunu idi. Kentsel bölgede yaşayanların eğitim durumu kırsal bölgede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklıydı ($\chi^2=74,446$; $p<0,001$); kentsel bölgede yaşayanların eğitim durumu daha yüksekti.

Eğitim düzeyine göre sosyal güvence durumu değerlendirildiğinde; herhangi bir eğitimi olmayanların %19,8'inin yeşil kartı, %66,3'ünün ($s=67$) diğer sosyal güvencelerden biri vardı. Yüzde 13,9'unun ($s=14$) ise herhangi bir sosyal güvencesi yoktu. Okuryazar olanların %30,3'ünün ($s=10$) yeşil kartı, %57,6'sının ($s=19$) diğer sosyal güvencesi varken %12,1'inin sosyal güvencesi yoktu. Eğitim düzeyi ilköğretim olanların %9,2'sinin ($s=54$) yeşil kartı, %82,3'ünün ($s=483$) diğer sosyal güvencesi varken %8,5'inin ($s=50$) sosyal güvencesi yoktu. Lise mezunu olanların %1,2'sinin ($s=2$) yeşil kartı, %96,0'sının ($s=166$) diğer sosyal güvencesi varken %2,9'unun ($s=5$) sosyal güvencesi yoktu. Üniversite mezunu olanların ise %0,6'sının ($s=1$) yeşil kartı, %97,8'inin ($s=177$) diğer sosyal güvencesi varken %1,7'sinin ($s=3$) sosyal güvencesi yoktu. Eğitim düzeyi arttıkça SGK kapsamındaki sosyal güvencelerden birine sahip olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede artıyordu ve bu

anlamlılık ilkokul ve üzeri eğitim almış olanlarla diğerleri arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı ($\chi^2=30,654$; $p<0,001$).

Kentsel bölgede yaşayan katılımcıların %28,4'ünün (s=200) gelir düzeyi 900 TL ve altında, %62,9'unun (s=442) 900-3000 TL arasında, %8,7'sinin (s=61) 3000 TL ve üzerinde idi. Kırsal bölgede yaşayanların ise %63,4'ünün (s=236) gelir düzeyi 900 TL ve altı, %33,3'ünün (s=124) 900-3000 TL arası, %3,2'sinin de (s=12) 3000 TL ve üzerindeydi. Kentsel bölgede yaşayanların gelir düzeyi kırsal bölgede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti ($\chi^2=124,469$; $p<0,001$). Ayrıca 900 TL ve altı geliri olanların %15,1'inin (s=66) yeşil kartı, %74,1'inin (s=323) diğer sosyal güvencelerden biri varken %10,8'inin (s=47) herhangi bir sosyal güvencesi yoktu. 900-3000 TL geliri olanların %3,2'sinin (s=18) yeşil kartı, %91,9'unun (s=520) diğer sosyal güvencelerden biri mevcut; %4,9'unun (s=28) herhangi bir sosyal güvencesi yoktu. 3000 TL ve üzeri geliri olanların ise %4,1'inin (s=3) yeşil kartı, %94,5'inin (s=69) diğer sosyal güvencesi var; %1,4'ünün (s=1) sosyal güvencesi yoktu. Gelir düzeyi arttıkça SGK kapsamında sağlık güvencesi olma oranı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmaktaydı ($\chi^2=15,367$; $p<0,001$).

4.2. Yaşam Tarzı Alışkanlıkları

Katılımcıların %24,2'si (s=260) her zaman, %8,0'i (s=86) çoğu zaman, %29,4'ü (s=316) bazen yemeğe başlamadan önce yemeğine ek tuz koyduğunu, %38,4'ü (s=413) hiç tuz kullanmadığını belirtti. Çalışmaya katılanların %5,3'ü (s=57) düzenli, %20,1'i (s=216) sosyal içici olarak arada bir alkol kullanıyor, %74,6'sı (s=802) alkol kullanmıyordu. Sigara kullanma durumları sorgulandığında %52,2'si (s=561) hiç kullanmadığını, %17,2'si (s=185) daha önce kullandığını fakat bıraktığını, %30,6'sı (s=329) hala sigara kullandığını belirtti. Katılımcıların %9,6'sı düzenli, %26,4'ü (s=284) düzensiz egzersiz yapıyordu; %64,0'ü (s=688) ise hiç egzersiz yapmıyordu (**Tablo 17**).

Tablo 17. Çalışmaya katılanların yaşam tarzı ile ilgili bazı özellikleri

		Sayı	Yüzde
Yemeğe başlamadan önce tuz kullanma	Her zaman	260	24,2
	Çoğu zaman	86	8,0
	Bazen	316	29,4
	Hiçbir zaman	413	38,4
Alkol kullanma	Sosyal içiciyim	216	20,1
	Düzenli kullanıyorum	57	5,3
	Kullanmıyorum	802	74,6
Sigara kullanma	Kullanıyorum	329	30,6
	Kullanıyordum, bıraktım	185	17,2
	Hiç kullanmadım	361	52,2
Egzersiz yapma	Düzenli yapıyorum	103	9,6
	Düzensiz yapıyorum	284	26,4
	Yapmıyorum	688	64,0

Çalışmaya katılanların tuz kullanma alışkanlıkları sosyodemografik değişkenler dikkate alınarak karşılaştırıldı (**Tablo 18**). Yemeklere başlamadan önce tuz kullanma ile yaş arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$). Kadınların %57,2'si ($s=315$) erkeklerin %66,2'si ($s=347$) yemeğe başlamadan önce bazen de olsa ek tuz kullanmaktaydı. Erkeklerin yemeklere başlamadan önce ek tuz kullanma alışkanlığı kadınlara göre anlamlı ölçüde daha fazlaydı ($\chi^2=11,698$; $p=0,008$).

Okuryazar olmayanların %72,3'ü (s=73), okuryazar olanların %72,7'si (s=24), ilköğretim mezunu olanların %61,3'ü (s=360), lise mezunu olanların %60,7'si (s=105) ve üniversite mezunu olanların %55,2'si (s=100) yemeklere başlamadan önce ek tuz kullanmaktaydı. Eğitim durumu bakımından katılımcıların tuz kullanma alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ve eğitim düzeyi arttıkça yemeklere başlamadan önce tuz kullanma alışkanlığı azalmaktaydı ($\chi^2=24,975$; $p=0,015$).

Yemeğe başlamadan önce tuz kullanma alışkanlıkları açısından meslek grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2=29,250$; $p=0,045$). Yemeğe başlamadan önce yemeklerine bazen de olsa en az sağlık çalışanları (%44,4) ve en çok çiftçiler (%69,1) tuz eklemekteydi. Bu oran memurlarda %54,9; işçilerde %60,0; ev hanımlarında %61,7 ve serbest çalışanlarda %67,1 idi.

Kentsel bölgede yaşayanlar kırsal bölgede yaşayanlara göre yemeklere başlamadan önce daha nadir tuz kullanmaktaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=11,180$; $p=0,011$). Kentsel bölgede yaşayanların %41,4'ü (s=291), kırsal bölgede yaşayanların %32,8'i (s=122) yemeklere başlamadan önce hiçbir zaman tuz kullanmıyordu.

Katılımcıların tuz kullanma alışkanlıkları medeni durum ve gelir düzeyine göre anlamlı bir değişiklik göstermemekteydi. Çalışmaya katılanların tuz kullanma özelliklerine ilişkin ayrıntılı sayısal veriler Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Çalışmaya katılanların yemeğe başlamadan önce yemeklerine tuz ekleme özellikleri

	Her zaman Sayı (%)	Çoğu zaman Sayı (%)	Bazen Sayı (%)	Hiçbir zaman Sayı (%)	İstatistiksel değer
Cinsiyet					
Kadın	118 (21,4)	37 (6,7)	160 (29,0)	236 (42,9)	$\chi^2=11,698$ p=0,008
Erkek	142 (27,1)	49 (9,4)	156 (29,8)	177 (33,7)	
Medeni durum					
Evli	209 (24,0)	73 (8,3)	256 (29,4)	334 (38,3)	p>0,05
Bekar	38 (27,5)	9 (6,5)	35 (25,4)	56 (40,6)	
Diğer	13 (20,0)	4 (6,2)	25 (38,5)	23 (%35,4)	
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	28 (27,7)	7 (6,9)	38 (37,7)	28 (27,7)	$\chi^2=24,975$ p=0,015
Okuryazar	4 (12,1)	5 (15,2)	15 (45,4)	9 (27,3)	
İlköğretim	159 (27,1)	41 (7,0)	160 (27,3)	227 (38,6)	
Lise	35 (20,2)	19 (11,0)	51 (29,5)	68 (39,3)	
Üniversite (2 ve 4 yıl)	34 (18,8)	14 (7,7)	52 (28,7)	81 (44,8)	
Meslek					
Ev hanımı	83 (22,7)	29 (7,9)	114 (31,1)	140 (38,3)	$\chi^2=29,250$ p=0,045
İşçi	43 (19,5)	18 (8,2)	71 (32,3)	88 (40,0)	
Memur	30 (18,3)	10 (6,1)	50 (30,5)	74 (45,1)	
Serbest çalışan	49 (32,2)	16 (10,5)	37 (24,4)	50 (32,9)	
Sağlık çalışanı	2 (11,1)	1 (5,6)	5 (27,8)	10 (55,5)	
Çiftçi	37 (33,6)	10 (9,1)	29 (26,4)	34 (30,9)	
Diğer	16 (35,6)	2 (4,4)	10 (22,2)	17 (37,8)	
Gelir düzeyi					
<900 TL	115 (26,4)	31 (7,1)	140 (32,1)	150 (34,4)	p>0,05
901-3000 TL	137 (24,2)	48 (8,5)	149 (26,3)	232 (41,0)	
3001-9000 TL	7 (11,1)	6 (9,5)	24 (38,1)	26 (41,3)	
>9000 TL	1 (10)	1 (10)	3 (30,0)	5 (50,0)	

Yerleşim yeri					
Kentsel	151 (21,4)	58 (8,3)	203 (28,9)	291 (41,4)	$\chi^2=11,180$ $p=0,011$
Kırsal	109 (29,3)	28 (7,5)	113 (30,4)	122 (32,8)	
Toplam	260 (24,2)	86 (8,0)	316 (29,4)	413 (38,4)	

Çalışmaya katılanlar alkol kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde; alkol kullananların yaş ortalaması $41,1 \pm 12,8$, kullanmayanların ise $47,2 \pm 16,0$ idi ve alkol alanlar anlamlı ölçüde daha gençti ($t=-5,712$; $p<0,001$). Kadınlar (%9,8) erkeklere (%41,8) göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az alkol kullanmaktaydı ($\chi^2=145,248$; $p<0,001$).

Evlilerin %23,6'sı ($s=206$), bekarların %40,5'i ($s=56$) ve boşanmış/dul olanların %17,0'si ($s=11$) alkol kullanmaktaydı. Bekarlar alkol kullanma oranı diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($\chi^2=170,386$; $p<0,001$).

Okuryazar olmayanların %5,9'u ($s=6$), okuryazar olanların %30,3'ü ($s=10$), ilköğretim mezunu olanların %21,3'ü ($s=125$), lise mezunu olanların %37,6'sı ($s=65$), üniversite mezunu olanların ise %37,0'si ($s=67$) alkol kullanmaktaydı. Okuryazar olmayanlar herhangi bir düzeyde eğitim almış olanlara göre daha az alkol kullanmaktaydı ($\chi^2=61,620$; $p<0,001$).

Gelir düzeyine göre alkol kullanma durumuna bakıldığında; 900 TL altında geliri olan katılımcıların %20,4'ü ($s=89$), 900-3000 TL arası geliri olanların %28,3'ü ($s=160$), 3001 TL ve üzeri geliri olanların ise %32,9'u ($s=24$) alkol içmekteydi. Gelir düzeyleri arttıkça alkol kullanma durumu da istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmaktaydı ($\chi^2=10,336$; $p=0,006$).

Mesleklere göre hiç alkol kullanmama oranları ev hanımlarında %93,7 ($s=343$), işçilerde %60,9 ($s=134$), memurlarda %70,1 ($s=115$), serbest çalışanlarda %50,7 ($s=77$), sağlık çalışanlarında %61,1 ($s=11$), çiftçilerde %82,7 ($s=91$), diğer meslek gruplarında ise %68,9 ($s=31$) idi. Meslek grupları arasında alkol kullanma durumları açısından anlamlı fark vardı ve bu anlamlılık en az kullanan ev hanımları ve çiftçiler ile en çok kullanan serbest çalışanlar arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı ($\chi^2=170,386$; $p<0,001$).

Kentsel bölgede yaşayanlar (%28,8) kırsal bölgede yaşayanlara (%19,1) göre daha fazla alkol kullanmaktaydı ($\chi^2=11,155$; $p=0,003$). Çalışmaya katılanların alkol kullanma özelliklerine ilişkin ayrıntılı sayısal veriler **Tablo 19'** da verilmiştir.

Tablo 19. Çalışmaya katılanların alkol kullanma özellikleri

	Düzenli kullanan Sayı (%)	Sosyal içici Sayı (%)	Kullanmayan Sayı (%)	İstatiksel değer
Cinsiyet				
Kadın	10 (1,8)	44 (8,0)	497 (90,2)	$\chi^2=145,248$ $p<0,001$
Erkek	47 (9,0)	172 (32,8)	305 (58,2)	
Medeni durum				
Evli	47 (5,4)	159 (18,2)	666 (76,4)	$\chi^2=27,797$ $p<0,001$
Bekar	6 (4,3)	50 (36,2)	82 (59,5)	
Diğer	4 (6,2)	7 (10,7)	54 (83,1)	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	3 (3,0)	3 (3,0)	95 (94,0)	$\chi^2=61,620$ $p<0,001$
Okuryazar	4 (12,1)	6 (18,2)	23 (69,7)	
İlköğretim	31 (5,3)	94 (16,0)	462 (78,7)	
Lise	10 (5,8)	55 (31,8)	108 (62,4)	
Üniversite	9 (5,0)	58 (32,0)	114 (63,0)	

Meslek				
Ev hanımı	6 (1,6)	17 (4,7)	343 (93,7)	$\chi^2=170,386$ $p=0,001$
İşçi	29 (13,2)	57 (25,9)	134 (60,9)	
Memur	6 (3,7)	43 (26,2)	115 (70,1)	
Serbest çalışan	10 (6,6)	65 (42,8)	77 (50,6)	
Sağlık çalışanı	0	7 (38,9)	11 (61,1)	
Çiftçi	3 (2,7)	16 (14,6)	91 (82,7)	
Diğer	3 (6,7)	11 (24,4)	31 (68,9)	
Gelir düzeyi				
<900 TL	20 (4,6)	69 (5,8)	347 (79,6)	$p>0,05$
900-3000 TL	33 (5,8)	127 (22,5)	406 (71,7)	
>3000	4 (5,5)	20 (27,4)	49 (67,1)	
Yerleşim yeri				
Kentsel	42 (6,0)	160 (22,8)	501 (71,2)	$\chi^2=11,155$ $p=0,003$
Kırsal	15 (4,0)	56 (15,1)	301 (80,9)	
TOPLAM	216 (20,1)	57 (5,3)	802 (74,6)	

Çalışmaya katılanlar sigara kullanma durumlarına göre karşılaştırıldığında; sigara kullananlar ($43,5 \pm 13,3$), kullanmayanlara ($46,6 \pm 16,3$) göre daha gençti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($t=-2,964$; $p=0,003$).

Kadınların %14,7'si ($s=81$) sigara kullanırken, %11,8'i ($s=65$) daha önce kullanmış ve bırakmıştı. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla %47,3 ($s=248$) ve %22,9 ($s=120$) idi. Erkekler kadınlara göre daha fazla sigara kullanmaktaydı ($\chi^2=145,248$; $p<0,001$).

Evlilerin %29,9'u (s=261), bekarların %42,8'i (s=59), dul ve boşanmışların %13,8'i (s=9) sigara kullanıyordu. Medeni durumlarına göre katılımcıların sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2=27,928$; $p<0,001$); dul/boşanmışlar en az, bekarlar en fazla sigara içenlerdi.

Okuryazar olmayanların %13,9'u (s=14), okuryazarların %15,2'si (s=5), ilköğretim mezunlarının %31,3'ü (s=184), lise mezunlarının %38,7'si (s=67), üniversite mezunlarının ise %32,6'sı (s=59) sigara kullanıyordu. Eğitim düzeylerine göre sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktaydı ve bu anlamlılık ilköğretim ve üzeri eğitim almış olanlar ile diğerleri (okuryazarlar ve okuryazar olmayanlar) arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı ($\chi^2=27,219$; $p<0,001$).

Ev hanımlarının %10,4'ü (s=38), işçilerin %43,2'si (s=95), memurların %29,9'u (s=49), serbest çalışanların %45,4'ü (s=69), sağlık çalışanlarının %33,3'ü (s=6), çiftçilerin %51,8'i (s=57) ve diğer meslek gruplarında çalışanların ise %33,3'ü (s=15) sigara kullanıyordu. Meslek grupları arasında sigara kullanma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ve bu anlamlılık en az kullanan ev hanımları ile en çok kullanan işçiler, serbest çalışanlar ve çiftçiler arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı ($\chi^2=164,094$; $p<0,001$).

Gelir düzeyi ve yerleşim yerlerine göre katılımcıların sigara kullanma durumları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Çalışmaya katılanların sigara kullanma özelliklerine ilişkin ayrıntılı sayısal veriler **Tablo 20**'de verilmiştir.

Tablo 20. Çalışmaya katılanların sigara kullanma özellikleri

	Kullanan	Hiç kullanmayan	Bırakan	İstatistiksel değer
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet				
Kadın	81(14,7)	405 (73,5)	65 (11,8)	$\chi^2=211,094$ $p<0,001$
Erkek	248 (47,3)	156 (29,8)	120 (22,9)	
Medeni durum				
Evli	261 (29,9)	446 (51,2)	165 (18,9)	$\chi^2=27,928$ $p<0,001$
Bekar	59 (42,8)	71 (51,4)	8 (5,8)	
Diğer	9 (13,8)	44 (67,7)	12 (18,5)	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	14 (13,9)	69 (63,3)	18 (17,8)	$\chi^2=61,620$ $p<0,001$
Okuryazar	5 (15,2)	19 (57,6)	9 (27,2)	
İlköğretim	184 (31,4)	306 (52,1)	97 (16,5)	
Lise	67 (38,7)	73 (42,2)	33 (19,1)	
Üniversite	59 (32,6)	94 (51,9)	28 (15,5)	
Meslek				
Ev hanımı	38 (10,4)	279 (76,2)	49 (13,4)	$\chi^2=164,094$ $p<0,001$
İşçi	95 (43,2)	87 (39,5)	38 (17,3)	
Memur	49 (29,9)	82 (50,0)	33 (20,1)	
Serbest çalışan	69 (45,4)	56 (36,8)	27 (17,8)	
Sağlık çalışanı	6 (33,3)	6 (33,3)	6 (33,4)	
Çiftçi	57 (51,8)	30 (27,3)	23 (20,9)	
Diğer	15 (33,3)	21 (46,7)	9 (30,0)	

Gelir düzeyi				
<900 TL	133 (30,5)	239 (54,8)	64 (14,7)	p>0,05
901-3000 TL	177 (31,3)	286 (50,5)	103 (18,2)	
>3000 TL	19 (26,0)	36 (49,3)	18 (24,7)	
Yerleşim yeri				
Kentsel	211 (30,0)	365 (51,9)	127 (18,1)	p>0,05
Kırsal	118 (31,7)	196 (52,7)	58 (15,6)	
TOPLAM	329 (30,6)	561 (52,2)	185 (17,2)	

Düzenli veya düzensiz olarak egzersiz yapanlar ($42,7 \pm 12,6$) hiç egzersiz yapmayanlara ($47,3 \pm 15,9$) göre daha gençti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($t=-4,468$; $p<0,001$).

Kadınların %31,2'si ($s=171$) ve erkeklerin %41,0'i ($s=215$) egzersiz yapmaktaydı. Kadınlar ve erkeklerin egzersiz yapma alışkanlıkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=145,248$; $p<0,001$). Dul ve boşanmış olanlar (%24,6), evli (%34,5) ve bekar (%24,6) olanlara göre daha az egzersiz yapmaktaydı ($\chi^2=19,587$; $p=0,001$).

Okuryazar olmayanların %22,8'i ($s=23$), okuryazarların %30,3'ü ($s=10$), ilköğretim mezunu olanların %29,6'sı ($s=174$), lise mezunu olanların %45,1'i ($s=78$), üniversite mezunu olanların %56,4'ü ($s=102$) düzenli veya düzensiz olarak egzersiz yapmaktaydı. Eğitim düzeyi arttıkça egzersiz yapma oranları da artmaktaydı ($\chi^2=57,683$; $p<0,001$).

Ev hanımlarının %26,0'sı ($s=95$), işçilerin %29,5'i ($s=65$), memurların %50,6'sı ($s=83$), serbest çalışanların %45,4'ü ($s=69$), sağlık çalışanlarının %66,7'si ($s=12$), çiftçilerin %39,1'i ($s=43$), diğer mesleklerden katılımcıların %44,4'ü ($s=20$) egzersiz yapıyordu. Mesleklerine göre katılımcıların egzersiz yapma alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktaydı; bu anlamlılık en çok egzersiz yapan sağlık çalışanları ile en az egzersiz yapan ev hanımı ve işçiler arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı ($\chi^2=164,094$; $p<0,001$).

Egzersiz yapma alışkanlığının gelir düzeyi ile ilişkisine bakıldığında; 900 TL altında geliri olanların %26,8'i (s=117), 900-3000 TL arasında geliri olanların %39,9'u (s=226), 3001 TL ve üstünde geliri olanların ise %60,3'ü (s=44) egzersiz yapmaktaydı. Gelir düzeyi arttıkça egzersiz yapma oranı artmaktaydı ($\chi^2=40,671$; $p<0,001$).

Kentsel bölgede yaşayanların (%39,0) egzersiz yapma alışkanlığı kırsal bölgede yaşayanlara (%30,4) göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazlaydı ($\chi^2=9,226$; $p=0,010$).

Çalışmaya katılanların egzersiz yapma özelliklerine ilişkin ayrıntılı sayısal veriler **Tablo 21**'de verilmiştir.

Tablo 21. Çalışmaya katılanların egzersiz yapma özellikleri

	Düzenli yapan Sayı (%)	Düzensiz yapan Sayı (%)	Hiç yapmayan Sayı (%)	İstatistiksel değer
Cinsiyet				
Kadın	36 (6,5)	136 (24,7)	379 (68,8)	$\chi^2=16,291$ $p<0,001$
Erkek	67 (12,8)	148 (28,2)	309 (59,0)	
Medeni durum				
Evli	76 (8,6)	50 (36,2)	68 (49,2)	$\chi^2=19,587$; $p=0,001$
Bekar	20 (14,5)	50 (36,2)	68 (49,3)	
Diğer	7 (10,8)	9 (13,8)	49 (75,4)	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	5 (5,0)	18 (17,8)	78 (77,2)	$\chi^2=57,683$ $p<0,001$
Okuryazar	2 (6,1)	8 (24,2)	23 (69,7)	
İlköğretim	47 (8,0)	127 (21,6)	413 (70,4)	
Lise	22 (12,7)	56 (32,4)	95 (54,9)	
Üniversite	27 (14,9)	75 (41,5)	79 (43,6)	
Meslek				
Ev hanımı	16 (4,4)	79 (21,6)	271 (74,0)	$\chi^2=62,232$ $p<0,001$
İşçi	24 (10,9)	41 (18,6)	155 (70,5)	
Memur	22 (13,4)	61 (37,2)	81 (49,4)	
Serbest çalışan	20 (13,2)	49 (32,2)	83 (54,6)	
Sağlık çalışanı	2 (11,1)	10 (55,6)	6 (33,3)	
Çiftçi	16 (14,5)	27 (24,6)	67 (60,9)	
Diğer	3 (6,7)	17 (37,8)	25 (55,5)	
Gelir düzeyi				
<900 TL	33 (7,6)	84 (19,3)	319 (73,1)	$\chi^2=40,261$ $p<0,001$
900-3000 TL	59 (10,4)	167 (29,5)	340 (60,1)	
>3000 TL	11 (15,1)	33 (45,2)	29 (39,7)	
Yerleşim yeri				
Kentsel	68 (9,7)	206 (29,3)	429 (61,0)	$\chi^2=9,226$ $p=0,010$
Kırsal	35 (%9,4)	78 (21,0)	259 (69,6)	
TOPLAM	103 (9,6)	284 (26,4)	688 (64,0)	

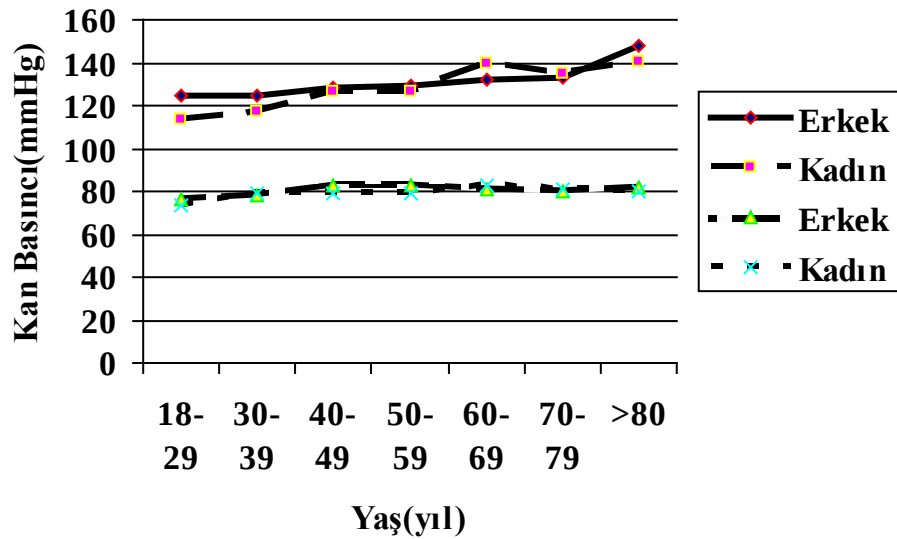
4.3. Hipertansiyon Sıklığı

Çalışmamıza katılan 1075 kişinin ortalama sistolik kan basıncı $126,2 \pm 17,9$ mmHg (erkeklerde $128,2 \pm 16,9$ mmHg, kadınlarda $124,3 \pm 18,6$ mmHg), ortalama diyastolik kan basıncı ise $79,1 \pm 11,2$ mmHg (erkeklerde $80,5 \pm 11,8$ mmHg, kadınlarda $77,8 \pm 10,5$ mmHg) olarak hesaplandı. SKB ve DKB ortalamaları erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla idi (sırasıyla $t=-3,525$; $p<0,001$ ve $t=-4,056$; $p<0,001$). Sistolik kan basıncı yaşla birlikte artış göstermekteydi; aralarında olumlu yönde, orta düzeyde, anlamlı bir korelasyon vardı ($r=0,337$; $p<0,001$). DKB ile yaş arasında da olumlu yönde, zayıf düzeyde, anlamlı bir korelasyon bulunmaktaydı ($r=0,193$; $p<0,991$).

Tablo 22 ve **Şekil 3**'de SKB ve DKB ortalamalarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 22. Ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı

	Kadın	Erkek	Toplam
SKB ortalaması			
18-29 yaş	113,4±11,3	124,2±13,7	118,2±13,5
30-39 yaş	117,5±15,9	124,5±13,4	120,8±15,2
40-49 yaş	126,2±17,6	128,0±14,9	127,1±16,4
50-59 yaş	126,4±16,9	129,1±19,5	127,9±18,4
60-69 yaş	139,5±20,2	131,8±17,5	135,4±19,1
70-79 yaş	134,4±21,5	133,4±18,9	134,0±20,3
80 yaş ve üzeri	140,6±17,1	147,8±28,4	143,8±22,6
TOPLAM	124,3±18,6	128,2±16,9	126,2±17,9
DKB ortalaması			
18-29 yaş	73,0±10,5	76,2±8,4	74,5±9,8
30-39 yaş	75,5±9,1	78,4±9,6	76,8±9,4
40-49 yaş	79,4±11,4	82,8±11,6	81,0±11,6
50-59 yaş	78,9±9,1	82,5±15,3	80,9±13,0
60-69 yaş	82,4±10,3	81,1±11,5	81,7±10,9
70-79 yaş	80,7±8,3	80,4±10,6	80,6±9,3
80 yaşve üzeri	80,2±11,0	82,0±8,2	81,0±9,7
TOPLAM	77,8±10,5	80,5±11,8	79,1±11,2

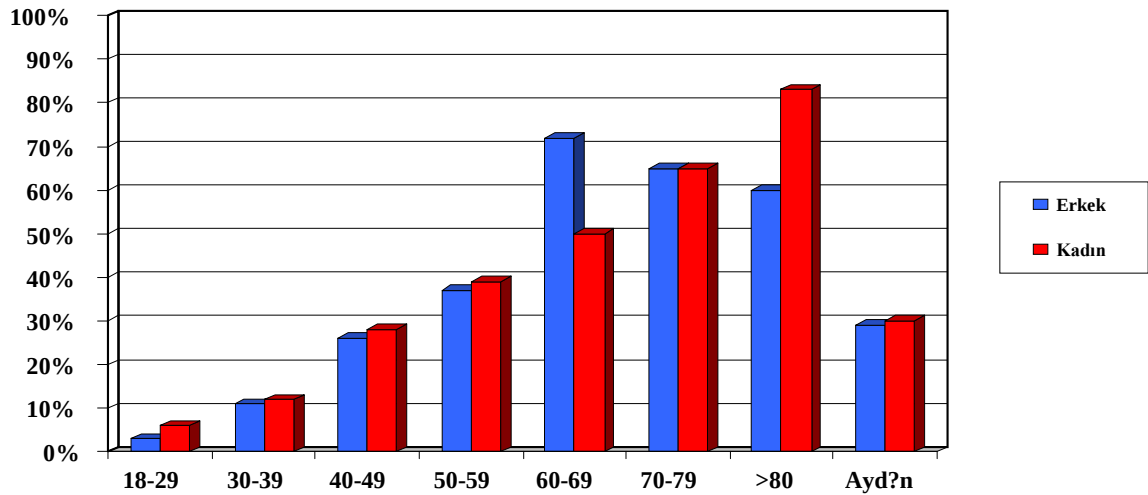


Şekil 3. Ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı

Bölgemizde HT prevalansı (KB yüksek çıkanlar + KB normal çıkıp daha önce HT tanısı alanlar) %29,4 (s=316) olarak saptandı. Çalışmaya katılanların %20,6'sı (s=221) daha önce HT tanısı almıştı; %8,8'i (s=95) ise yeni olarak saptandı. Hipertansiyon prevalansı kadınlarda %28,7 (s=158), erkeklerde %30,2 (s=158) olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Tüm katılımcılarda hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artış göstermekteydi ($\chi^2=215,013$; $p<0,001$). Yaş grupları ve cinsiyete göre hipertansiyon prevalansı dağılımı **Tablo 23** ve **Şekil 4**'de verilmiştir.

Tablo 23. Yaş grupları ve cinsiyete göre hipertansiyon prevalans dağılımı

	Kadın Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
Yaş			
18-29 yaş	3 (3,1)	5 (6,5)	8 (4,6)
30-39 yaş	14 (11,3)	13 (12,1)	27 (11,7)
40-49 yaş	35 (25,9)	35 (28,7)	70 (27,2)
50-59 yaş	34 (37,4)	44 (39,3)	78 (38,4)
60-69 yaş	42 (72,4)	34 (50,0)	76 (60,3)
70-79 yaş	21 (65,6)	17(65,4)	38 (65,5)
80 yaş ve üzeri	9 (60,0)	10 (83,3)	19 (70,4)
TOPLAM	158 (28,7)	158 (30,2)	316 (29,4)



Şekil 4. Yaş grupları ve cinsiyete göre hipertansiyon prevalans dağılımı

Eğitim düzeyine göre HT prevalansı değerlendirildiğinde; okuryazar olmayanların %58,4'ünde (s=59), okuryazar olanların %39,4'ünde (s=13), ilköğretim mezunlarının %31,0'inde (s=182), lise mezunlarının %16,8'inde (s=29) ve üniversite mezunlarının %18,2'sinde (s=33) HT vardı. Eğitim düzeyi arttıkça HT görülme sıklığı azalmaktaydı ($\chi^2=70,027$; $p<0,001$).

Ev hanımlarının %37,4'ünde (s=137), işçilerin %23,2'sinde (s=51), memurların %23,2'sinde (s=39), serbest çalışanların %27,0'sinde (s=41), sağlık çalışanlarının %22,2'sinde (s=4), çiftçilerin %32,7'sinde (s=36), diğer meslek çalışanlarının %17,8'inde (s=8) HT vardı. Meslek grupları arasında hipertansiyon prevalansı açısından anlamlı fark vardı; ev hanımlarında ve çiftçilerde diğer mesleklere göre daha yüksekti ($\chi^2=24,279$; $p<0,001$).

Gelir düzeyleri bakımından değerlendirildiğinde; geliri 900 altında olanların %34,4'ünde (s=150), 900-3000 TL arası olanların %27'sinde (s=153) ve 3000 TL üstünde olanların ise %17,8'inde (s=13) HT vardı. Gelir düzeyi arttıkça HT prevalansı azalmaktaydı ($\chi^2=11,542$; $p=0,009$).

Kentsel yerleşim bölgelerinde hipertansiyon prevalansı (%30,7) kırsala göre (%26,9) daha yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamlı değildi. HT prevalansının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı **Tablo 24**'te özetlenmiştir.

Tablo 24. HT prevalansının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	HT (+) Sayı (%)	İstatiksel değer
Cinsiyet		
Kadın	158 (28,7)	p>0,05
Erkek	158 (30,2)	
Yaş		
18-29	8 (4,6)	$\chi^2=210,948$ p<0,001
30-39	27 (11,7)	
40-49	70 (27,2)	
50-59	78 (38,4)	
60-69	76 (60,3)	
70-79	38 (65,5)	
80 ve üzeri	19 (70,4)	
Medeni durum		
Evli	268 (30,7)	$\chi^2=37,714$ p<0,001
Bekar	15 (10,9)	
Diğer	33 (50,8)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	59 (58,4)	$\chi^2=70,027$ p<0,001
Okuryazar	13 (39,4)	
İlköğretim	182 (31,0)	
Lise	29 (16,8)	
Üniversite	33 (18,2)	
Meslek		
Ev hanımı	137 (37,4)	$\chi^2=24,279$ p<0,001
İşçi	51 (23,2)	
Memur	39 (23,8)	
Serbest çalışan	41 (27,0)	
Sağlık çalışanı	4 (22,2)	
Çiftçi	36 (32,7)	
Diğer	8 (17,8)	
Gelir düzeyi		
<900 TL	150 (34,4)	$\chi^2=11,542$ p=0,009
900-3000 TL	153 (27,0)	
>3000 TL	13 (17,8)	
Sosyal güvence		
Yeşil kart	23 (26,4)	p>0,05
Diğer	270 (29,6)	
Yok	23 (30,3)	
Yerleşim yeri		
Kentsel	216 (30,7)	p>0,05
Kırsal	100 (26,9)	
TOPLAM	316 (29,4)	

Yemeğe başlamadan önce yemeklerine hiçbir zaman tuz koymayan katılımcıların %29,1'inde (s=120), yemeklere başlamadan önce her zaman, çoğu zaman ya da bazen tuz kullananların %29,6'sında (s=196) hipertansiyon vardı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Alkol kullanmayanlarda (%31,5; s=253) ve sigara kullanmayı bırakanlarda (%35,7; s=66) HT prevalansı anlamlı olarak daha fazla idi (sırasıyla $\chi^2=7,041$; $p=0,03$ ve $\chi^2=6,767$; $p=0,034$). Hipertansiyon prevalansı katılımcıların egzersiz yapma durumlarına göre bir değişiklik göstermemektedir ($p>0,05$). HT prevalansının katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıklarına göre dağılımı **Tablo 25**'de özetlenmiştir.

Tablo 25. HT prevalansının katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıklarına göre dağılımı

		HT (+)	HT(-)	İstatistiksel değer
		Sayı (%)	Sayı (%)	
Yemeklerde tuz kullanma durumu				
	Her zaman	71 (27,3)	189 (72,7)	p>0,05
	Çoğu zaman	18 (20,9)	68 (79,1)	
	Bazen	107 (33,9)	209 (66,1)	
	Hiçbir zaman	120 (29,1)	293 (70,9)	
Alkol kullanma durumu				
	Düzenli kullanıyorum	13 (22,8)	44 (77,2)	χ ² =7,041 p=0,03
	Sosyal içiciyim	50 (23,1)	166 (76,9)	
	Kullanmıyorum	253 (31,5)	549 (68,5)	
Sigara kullanma durumu				
	Kullanıyorum	82 (24,9)	247 (75,1)	χ ² =6,767 p=0,034
	Hiç kullanmadım	168 (29,9)	393 (70,1)	
	Bıraktım	66 (35,7)	119 (64,3)	
Egzersiz yapma durumu				
	Düzenli yapıyorum	25 (24,3)	78 (75,7)	p>0,05
	Düzensiz yapıyorum	75 (26,4)	209 (73,6)	
	Yapmıyorum	216 (31,4)	472 (68,6)	

4.4. Hipertansiyon Farkındalık, Tedavi Alma ve Kontrol Altında Olma Oranları

Tüm HT hastalarının %70,1'i (s=221) hipertansiyon hastası olduğunun farkında idi. Hipertansif kadınların %78,5'i (s=124), erkeklerin ise %61,4'ü (s=97) hipertansiyon hastası olduklarının farkındalardı ve aralarındaki istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=12,560$; $p=0,002$). Farkındalık oranları yaşla birlikte yükselme göstermekle birlikte 60 yaşından sonra bir plato oluşturmaktaydı ($\chi^2=50,154$; $p<0,001$). Bekarların farkındalık oranı (%33,3) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktü ($\chi^2=10,905$; $p=0,004$). Eğitim düzeyi açısından bakıldığında sekiz yıl ve üstü eğitim gören katılımcılarda farkındalık oranı daha düşüktü ve eğitim seviyesi arttıkça farkındalık oranı azalmaktaydı ($\chi^2=26,102$; $p=0,001$). Farkındalık oranları ev hanımı (%81,8) ve diğer mesleklerde (%87,5) en yüksek, serbest çalışanlarda (%51,2) ise en düşüktü ($\chi^2=31,623$; $p<0,001$).

Farkındalık oranları yerleşim yeri, gelir düzeyi ve sosyal güvence durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemekteydi ($p>0,05$). Hipertansif hastaların farkındalık oranlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı **Tablo 26**'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 26. Hipertansiyonu olan hastaların farkındalık oranlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	Farkındalık Sayı (%)	İstatiksel değer
Cinsiyet		
Kadın	124 (78,5)	$\chi^2=12,560$ $p=0,002$
Erkek	97 (61,4)	
Yaş		
18-29	2 (25,0)	$\chi^2=50,154$ $p<0,001$
30-39	8 (29,6)	
40-49	40 (57,1)	
50-59	57 (73,1)	
60-69	65 (85,5)	
70-79	33 (86,8)	
80 ve üzeri	16 (84,2)	
Medeni durum		
Evli	190 (70,9)	$\chi^2=10,905$ $p=0,004$
Bekar	5 (33,3)	
Diğer	26 (78,8)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	51 (86,4)	$\chi^2=26,102$ $p=0,001$
Okuryazar	13 (100,0)	
İlköğretim	125 (68,7)	
Lise	18 (62,1)	
Üniversite	14 (42,4)	
Meslek		
Ev hanımı	112 (81,8)	$\chi^2=31,623$ $p<0,001$
İşçi	29 (56,9)	
Memur	25 (64,1)	
Serbest çalışan	21 (51,2)	
Çiftçi	27 (75,0)	
Diğer	7 (87,5)	
Gelir düzeyi		
<900 TL	106 (70,7)	$p>0,05$
900-3000 TL	108 (70,6)	
>3000 TL	7 (53,8)	
Sosyal güvence		
Yeşil kart	15 (65,2)	$p>0,05$
Diğer	190 (70,4)	
Yok	16 (69,6)	
Yerleşim yeri		
Kentsel	144 (66,7)	$p>0,05$
Kırsal	77 (77,0)	
TOPLAM*	221 (70,1)	

*s=1075

Farkında olanların %87,3'ü (s=193) ve tüm hipertansiyonluların %61,0'i (s=193) ilaç kullanıyordu. HT hastası olduğunun farkında olan kadınların %88,7'si (s=110), erkeklerin ise %85,6'sı (s=83) ilaç tedavisi alıyordu ve aralarında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Hastaların yanlarında bulunan ilaçlardan ve ilaç adını hatırlayan hastaların ifadelerinden kullandıkları antihipertansif ilaç sayısı belirlendi. Buna göre daha önce HT tanısı alan hastaların %12,7'si (s=28) hiç antihipertansif ilaç kullanmazken, %68,8'i (s=152) bir ilaç, %16,3'ü (s=36) iki ilaç, %2,3'ü (s=5) üç ve daha fazla sayıda ilaç kullanıyordu. Kadınların %11,3'ü (s=14) hiç ilaç kullanmazken, %72,6'sı (s=90) bir ilaç, %14,5'i (s=18) iki ilaç ve %1,6'sı (s=2) üç ve daha fazla sayıda ilaç kullanmaktaydı. Erkeklerin ise %14,4'ü (s=14) hiç ilaç kullanmıyor; %63,9'u (s=62) bir ilaç, %18,6'sı (s=18) iki ilaç ve %3,1'i (s=3) üç ve daha fazla sayıda ilaç kullanıyordu. Kadın ve erkekler arasında kullandıkları ilaç adedi bakımından anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Antihipertansif ilaç kullananların %69,9'u (s=135) ilaçlarını düzenli kullanırken, %30,1'i (s=58) ara sıra kullanıyordu.

Kırsal bölgede yaşayanlarda ilaç kullanmama oranı (%24,7; s=19) kentsel bölgede yaşayanlara göre (%6,3; s=9), herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlarda ise (%37,5; s=6) sağlık güvencesi olanlara göre (%11,6; s=22) anlamlı ölçüde daha yüksekti (sırasıyla $\chi^2=19,805$; $p=0,001$) ve $\chi^2=11,693$; $p=0,002$). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir durumlarına göre hipertansiflerin ilaç kullanma durumları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Daha önce HT tanısı alanların yüzde %68,3'ü (s=151) kullandığı antihipertansif ilaçların ismini bilmiyordu ve %43,9'unun (s=97) ilacı yanında yoktu. Hastaların ilaç kullanımının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı **Tablo 27**'de verilmiştir.

Tablo 27. HT hastalarının ilaç kullanım sıklığının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	Düzenli kullanan Sayı (%)	Ara sıra kullanan Sayı (%)	Hiç kullanmayan Sayı (%)	İstatiksel değer
Cinsiyet				
Kadın	75 (60,5)	35 (28,2)	14(11,3)	p>0,05
Erkek	60 (61,9)	23 (23,7)	14 (14,4)	
Yaş				
18-29	0	2 (100,0)	0	p>0,05
30-39	4 (50,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	
40-49	23 (57,5)	10 (25,0)	7 (17,5)	
50-59	36 (63,2)	12 (21,1)	9 (15,8)	
60-69	41 (63,1)	18 (27,7)	6 (9,2)	
70-79	21 (63,6)	10 (30,3)	2 (6,1)	
80 ve üzeri	10 (62,5)	5 (31,3)	1 (6,3)	
Medeni durum				
Evli	117 (61,6)	47 (24,7)	26 (13,7)	p>0,05
Bekar	4 (80,0)	1 (20,0)	0	
Diğer	14 (53,8)	10 (38,5)	2 (7,7)	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	28 (54,9)	17 (33,3)	6 (11,8)	p>0,05
Okuryazar	7 (53,8)	5 (38,5)	1 (7,7)	
İlköğretim	75 (60,0)	31 (24,8)	19 (15,2)	
Lise	16 (88,9)	2 (11,1)	0	
Üniversite	9 (64,3)	3 (21,4)	2 (14,3)	
Meslek				
Ev hanımı	67 (59,8)	32 (28,6)	13 (11,6)	p>0,05
İşçi	16 (55,2)	10 (34,5)	3 (10,3)	
Memur	18 (72,0)	4 (16,0)	3 (12,0)	
Serbest çalışan	15 (71,4)	4 (19,0)	2 (9,5)	
Çiftçi	14 (51,9)	6 (22,2)	7 (25,9)	
Diğer	5 (71,4)	2 (28,6)	0	
Gelir düzeyi				
<900 TL	57 (53,8)	32 (30,2)	17 (16,0)	p>0,05
901-3000 TL	73 (67,6)	24 (22,2)	11 (10,2)	
>3000 TL	5 (71,4)	2 (28,6)	0	

Sosyal güvence				
Yeşil kart	8 (53,3)	7 (46,7)	0	$\chi^2=11,693$ p=0,002
Diğer	122 (64,2)	46 (24,2)	22 (11,6)	
Yok	5 (31,3)	5 (31,3)	6 (37,5)	
Yerleşim yeri				
Kentsel	97 (67,4)	35 (24,3)	12 (8,3)	$\chi^2=19,805$; p=0,001
Kırsal	38 (49,4)	21 (27,3)	18 (23,4)	
TOPLAM	135 (61,1)	58 (26,2)	28 (12,7)	

İlaç kullanma konusunda etrafından yardım alan 69 (%31,2) hastanın %73,9'u (s=51), yardım almayan 152 hastanın (s=68,8) ise %55,3'ü (s=84) ilaçlarını düzenli kullanıyordu. Etrafindan ilaç kullanma konusunda yardım almak düzenli ilaç kullanmayı anlamlı derecede artırıyordu ($\chi^2=7,798$; $p=0,02$) (**Tablo 28**).

Tablo 28. Çevresinde ilaç alımına yardımcı varlığına göre ilaç kullanma düzeni

	Düzenli kullanan Sayı (%)	Ara sıra kullanan Sayı (%)	Hiç kullanmayan Sayı (%)	İstatiksel değer
Etrafında ilaç alımına yardımcı varlığı				$\chi^2=7,798$; $p=0,02$
Var	51 (73,9)	14 (20,3)	4 (5,8)	
Yok	84 (55,3)	44 (28,9)	24 (15,8)	

Tüm hipertansif katılımcıların %35,7'sinin (s=79) tanı almış oldukları ek kronik hastalıkları bulunmaktaydı. En sık saptanan hastalık %40,5 (s=32) ile DM, ikinci sırada %13,9 (s=11) ile KAH, üçüncü sırada ise %5,1 (s=4) ile aynı oranda osteoporoz, troid hastalıkları, kalp yetmezliği ve astım idi. Ek hastalık tanıları nedeniyle ilaç kullanan HT hastalarının %69,2'si (s=63), başka ilaç kullanmayanların ise %55,4'ü (s=72) HT ilaçlarını düzenli kullanıyordu. HT dışında başka ilaç kullananlarda düzenli ilaç kullanma oranı anlamlı ölçüde daha fazla idi ($\chi^2=7,317$; $p=0,026$). HT hastalarının sahip oldukları ek kronik hastalıkları ve HT için ilaç kullanma durumları **Tablo 29** ve **Tablo 30**'te verilmiştir.

Tablo 29. Ek kronik hastalık tanıları*

Hastalıklar	Sayı (s)	Yüzde (%)
Diabetes mellitus	32	40,5
Koroner arter hastalığı	11	13,9
Troid hastalıkları	4	5,1
Osteoporoz	4	5,1
Kalp yetmezliği	4	5,1
Astım	4	5,1
Diğer hastalıklar	24	30,3
TOPLAM	79	

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 30. Hipertansiyon hastalarının ek hastalığı olma ve HT için ilaç kullanma durumları

HT ilacını	Ek hastalık için ilaç kullanma durumu		
	Evet, s (%)	Hayır, s (%)	
Düzenli kullanana	63 (69,2)	72 (55,4)	$\chi^2=7,317$ p=0,026
Ara sıra kullanan	22 (24,2)	34 (26,2)	
Hiç kullanmayan	6 (6,6)	24 (18,5)	
TOPLAM	91 (41,2)	130 (58,8)	

4.5. İlaç Uyumsuzluk Nedenleri

HT hastalarının ilaçlarını düzensiz kullanma veya hiç kullanmama nedenleri sorgulandığında; %24,9'u (s=55) hipertansiyon hastalığının kendilerinde rahatsızlık yaratmamasını, %23,1'i (s=51) ilaçlarını almayı unutmasını, %11,8'i (s=26) hipertansiyon konusunda bilgi eksikliğini neden olarak belirtti. Hastaların ilaç uyumsuzluk nedenleri **Tablo 31**'te sıralanmıştır.

Tablo 31. İlaç uyumsuzluk nedenleri*

	Sayı(s)	Yüzde(%)
Hastalığın belirtisiz olması	55	24,9
İlaçlarını almayı unutma	51	23,1
Bilgi eksikliği	26	11,8
İlacın bağımlılık yapma korkusu	15	6,8
İlaçların yan etki yaratması	8	3,6
Sağlık güvencesi sorunu	6	2,7
Doz sıklığı veya birden fazla ilaç kullanma	6	2,7
Tedavinin etkisizliğine inanma	1	0,5

*Birden çok seçenek neden olarak işaretlenmiştir.

4.6. Kontrol Oranları

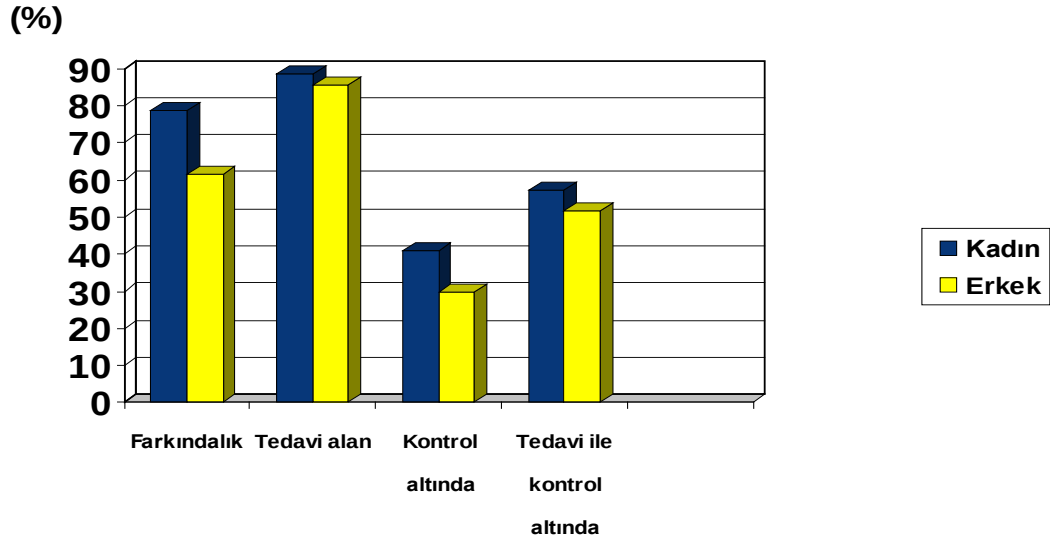
Tedavi alanların %54,9'unun (s=106) KB değerleri kontrol altındaydı. Tedavi alan kadınların %57,3'ünün (s=63), erkeklerin ise %51,8'inin (s=43) KB değerleri 140/90 mmHg'nın altındaydı. Tedavi önerildiği halde ilaç kullanmayan hastaların kontrol oranı %17,9 (s=5) bulundu ve tedavi alanlara göre (%54,9; s=106) anlamlı derecede daha düşüktü ($\chi^2=13,438$; $p<0,001$). Kentsel bölgede yaşayanlarda (%60,0; s=81) kırsal bölgede yaşayanlara göre (%43,1; s=25) kontrol oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($\chi^2=4,678$; $p=0,004$). Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, sosyal güvence varlığına göre kontrol oranları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Tedavi altında olan hipertansif hastaların kontrol oranlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı **Tablo 32**'de verilmiştir.

Tablo 32. Tedavi altında olan hipertansif hastaların kontrol oranlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	KB<140/90 mmHg Sayı (%)	KB≥140/90 mmHg Sayı (%)	İstatiksel değer
Cinsiyet			
Kadın	63 (57,3)	47 (42,7)	p>0,05
Erkek	43 (51,8)	40 (48,2)	
Yaş			
18-29	2 (100)	0	p>0,05
30-39	3 (60,0)	2 (40,0)	
40-49	21 (63,6)	12 (36,4)	
50-59	29 (60,4)	19 (39,6)	
60-69	28 (47,5)	31 (52,5)	
70-79	18 (58,1)	13 (41,9)	
80 ve üzeri	5 (33,3)	10 (66,7)	
Medeni durum			
Evli	92 (56,1)	72 (43,9)	p>0,05
Bekar	3 (60,0)	2 (40,0)	
Diğer	11 (45,8)	13(54,2)	
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	20 (44,4)	25 (55,6)	p>0,05
Okuryazar	8 (66,7)	4 (33,7)	
İlköğretim	64 (60,4)	42 (39,6)	
Lise	8 (44,4)	10 (55,6)	
Üniversite	6 (50,0)	6 (50,0)	
Meslek			
Ev hanımı	58 (58,6)	41 (41,4)	p>0,05
İşçi	10 (38,5)	16 (61,5)	
Memur	14 (63,6)	8 (36,4)	
Serbest çalışan	10 (52,6)	9 (47,4)	
Çiftçi	9 (45,0)	11 (55,0)	
Diğer	5 (71,4)	2 (28,6)	
Gelir düzeyi			
<900 TL	43 (48,3)	46 (51,7)	p>0,05
900-3000 TL	57 (58,8)	40 (41,2)	
>3000 TL	6 (85,7)	1 (14,3)	
Sosyal güvence			
Yeşil kart	7 (46,7)	8 (53,3)	p>0,05
Diğer	94 (56,0)	74 (44,0)	
Yok	5 (50,0)	5 (50,0)	
Yerleşim yeri			
Kentsel	81 (60,0)	54 (40,0)	χ2=4,678; p=0,04
Kırsal	25 (43,1)	33 (56,9)	
TOPLAM	106 (54,9)	87 (45,1)	

Tüm hipertansiflerde (yeni HT+daha önce tanı almış) kontrol oranı %35,4 (s=112) idi. Hipertansif kadınların %41,1'inin (s=65), hipertansif erkeklerin ise %29,7'sinin (s=47) KB değerleri 140/90 mmHg'nın altındaydı; cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

HT hastalarının farkındalık, tedavi alma ve kontrol oranları **Şekil 5**'de özetle gösterilmiştir.



Şekil 5. Hipertansiflerin farkındalık, tedavi ve kontrol altında olma durumları

4.7. Hipertansiyona İlişkin Bilgi Düzeyleri

Katılımcıların %46,5'i (s=500) normal kan basıncı değerlerini tam olarak biliyordu. Normal KB değerlerini tam bilme bakımından daha önce HT tanısı alanlarla (%43,4; s=96) almamış olanlar (%47,3; s=404) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Eğitim düzeyi ile normal KB değerlerini bilme arasında anlamlı bir ilişki vardı ve eğitim düzeyi arttıkça normal KB değerlerini bilme oranı da artmaktaydı ($\chi^2=81,572$; $p<0,001$).

Katılımcıların hipertansiyon hastalığı tedavi edilmediğinde meydana gelebilecek komplikasyonlara ilişkin bilgileri kalp krizi, felç, beyin kanaması, körlük, damar hastalıkları ve böbrek hastalıkları başlıkları altında sorgulandı. En fazla bilinenler %32,4 (s=348) ve %31,8 (s=342) oranlarıyla beyin kanaması ve felç idi. Yüzde 2,7'si komplikasyonların hepsini bilirken, %33,4'ü (s=359) ise hiçbirini bilmediğini belirtti. Hipertansiyonun neden olabileceği komplikasyonlar hakkında katılımcıların bilgi durumu **Tablo 33**'te verilmiştir.

Katılımcıların %26,9'u (s=289) daha önce HT ile ilgili bilgi almıştı; bunların %47,9'unun (s=137) bilgi kaynağı bir doktor veya sağlık çalışanı, %23,4'ünün (s=67) ise televizyon veya radyo idi. HT ile ilgili bilgi alan kişilerin düzenli KB ölçtürme sıklığı, normal KB değerlerini ve hipertansiyonun neden olabileceği tüm komplikasyonları bilme oranları almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla idi (sırasıyla $\chi^2=55,787$ ve $p<0,001$; $\chi^2=107,115$ ve $p<0,001$; $\chi^2=9,356$ ve $p=0,002$). Öte yandan HT konusunda daha önce herhangi bir yerden bilgi almak ilaç kullanma düzeninde istatistiksel olarak fark yaratmıyordu ($p>0,05$).

Tablo 33. Hipertansiyonun neden olabileceği komplikasyonlar hakkında bilgi durumu

	Bilenler, s (%)
Beyin kanaması	348 (32,4)
Felç	342 (31,8)
Kalp krizi	169 (15,7)
Körlük	73 (6,8)
Damar hastalıkları	48 (4,5)
Böbrek Hastalıkları	35 (3,3)
Hepsi	29 (2,7)
Fikrim yok	359 (33,4)

HT hastalarının %68,3'ü (s=151) kullandığı ilaçların ismini bilmiyordu. Sosyal güvencesi olanlar ve eğitim düzeyi yüksek okul olanlarda ilaç adını bilme oranı anlamlı ölçüde daha yüksek idi (sırasıyla $\chi^2=5,152$; $p=0,023$ ve $\chi^2=4,480$; $p=0,034$). İlaç ismini belirten ya da ilacı yanında olan HT hastalarının en sık kullandıkları ilaç grubu %14 (s=31) ile ARB-diüretik kombinasyonu, %7,7 (s=17) ile kalsiyum kanal blokeri ve %5,9 (s=13) ile ARB idi. Yüzde 43,9'unun (s=97) ise ilaçları yanında yoktu ve isimlerini de hatırlamıyordu (**Tablo 34**).

Tablo 34. Kullanılan ilaç gruplarının dağılımı

Kullanılan ilaç grupları	Sayı (s)	Yüzde (%)
ARB+Diüretik	31	14,0
KKB	17	7,7
ARB	13	5,9
ACEİ	11	5,0
Beta bloker	10	4,5
ACEİ+Diüretik	5	2,3
Diüretik	2	0,9
Üçlü kombinasyonlar	8	3,6
Diğer ikili kombinasyonlar	27	12,3
TOPLAM	124	56,1

Çalışmaya katılan hipertansif hastaların %67,0'si (s=148) hipertansiyon ilaçlarının kan basıncını düşürerek, %19,9'u (s=44) baş ağrılarını rahatlatarak kendilerine yardımcı olduğunu belirtirken %19,5'i (s=43) ilaçların yararı konusunda bilgi sahibi değildi. İlaçların kan basıncını düşürmeye, felçten korumaya ve baş ağrısını rahatlatmaya yardımcı olduğunu düşünenler ilaçlarını diğerlerine göre anlamlı ölçüde daha düzenli kullanmaktaydı (sırasıyla $\chi^2=11,414$ ve $p=0,003$; $\chi^2=7,517$ ve $p=0,003$; $\chi^2=6,767$ ve $p=0,034$). **Tablo 35'**da HT ilaçlarının bilinen yararları ile ilaç kullanma durumları verilmiştir.

Tablo 35. HT ilaçlarının bilinen yararları ile ilaç kullanma durumları

İlaçların yararları		Düzenli s (%)	Düzensiz s (%)	Hiç s (%)	Toplam s (%)	İstatistik
Bedenimdeki fazla sudan kurtarıyor	Evet	12 (66,7)	6 (33,3)	0	18 (8,1)	p>0,05
	Hayır	123 (60,6)	52 (25,2)	28 (12,7)	203 (91,9)	
Kan basıncını düşürüyor	Evet	96 (64,9)	41 (27,7)	11 (7,4)	148 (67,0)	$\chi^2=11,111$ p=0,004
	Hayır	39 (53,4)	17 (23,3)	17 (23,3)	73 (33,0)	
Felçten koruyor	Evet	26 (78,8)	7 (21,2)	0	33 (14,9)	$\chi^2=7,279$ p=0,026
	Hayır	109 (58,0)	51 (27,1)	28 (14,9)	188 (85,1)	
Kalp krizinden koruyor	Evet	19 (79,2)	5 (20,8)	0	24 (10,9)	p>0,05
	Hayır	116 (58,9)	53 (26,9)	28 (14,2)	197 (89,1)	
Baş ağrımı rahatlatıyor	Evet	34 (77,3)	8 (18,2)	2 (4,5)	44 (19,9)	$\chi^2=6,579$ p=0,037
	Hayır	101 (57,1)	50 (28,2)	26 (14,7)	177 (80,1)	
Bilmiyorum		16 (37,2)	11 (25,6)	16 (37,2)	43 (19,5)	

4.8. Hipertansiyon İzlemi ve Yaşam Tarzı Değişikliği

Çalışmaya katılanların %24,6'sı (s=264) daha önce hiç kan basıncını ölçtürmemişti. Yüzde 60,3'ü (s=648) düzensiz olarak, %2,5'i (s=27) düzenli olarak her gün, %7,8'i (s=84) ayda bir, %4,8'i (s=52) haftada bir ölçtürmekteydi. Hiç KB ölçtürmeme sıklığı erkeklerde (%30,0; s=157) kadınlara (%19,4; s=107) göre anlamlı derecede daha yüksekti ($\chi^2=20,189$; p<0,001). Kan basıncını hiç ölçtürmeme yüzdesinin en yüksek olduğu yaş grubu %28,4 ile 18-29 yaş aralığıydı. Daha önce HT tanısı alan katılımcılarla diğer katılımcılar arasında KB ölçtürme sıklığı açısından anlamlı fark vardı; HT tanısı olanlar daha sık ölçüm yaptırırken HT tanısı olmayanların hiç KB ölçtürmeme yüzdesi, hipertansif hastaların tanı aldıktan sonra hiç KB ölçtürmeme yüzdesine göre daha fazlaydı ($\chi^2=90,987$; p<0,001). Daha önce HT tanı alma durumuna göre tansiyon ölçtürme durumu **Tablo 36'**da verilmiştir.

Tablo 36. Çalışmaya katılanların HT tanısı alma durumuna göre tansiyon ölçtürme sıklığı

	Hiç Sayı (%)	Düzensiz Sayı (%)	Ayda bir Sayı (%)	Haftada bir Sayı (%)	Her gün Sayı (%)	
HT tanısı olanlar	24 (10,9)	127 (57,5)	25 (11,3)	28 (12,7)	17 (7,7)	$\chi^2=90,987$ $p<0,001$
HT tanısı olmayanlar	240 (28,1)	521 (61,0)	59 (6,9)	24 (2,8)	10 (1,2)	
TOPLAM	264 (24,6)	648 (60,3)	84 (7,8)	52 (4,8)	27 (2,5)	

Daha önce tanı almış HT hastalarının %56,1'i (s=124) düzensiz, %27,2'si (s=60) düzenli olarak kontrole giderken %16,7'i (s=37) hiç kontrole gitmiyordu. Düzenli kontrole gitme oranı kadınlarda %25,0 (s=32) iken, erkeklerde %29,9 (s=29) olarak bulundu. En fazla düzenli kontrole giden hastalar 18-29 yaş arasında (%50, s=1) ve 80 yaş üzerinde idi (%43,8; s=7). HT hastalarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek grupları ve gelir düzeyine göre düzenli kontrole gitme durumları arasında anlamlı bir fark yoktu. Ancak kentsel bölgede yaşayanlarda, sosyal güvencesi olanlarda ve hipertansiyon konusunda daha önce bilgi alanlarda düzenli kontrole gitme oranı anlamlı derecede daha fazla idi (sırasıyla $\chi^2=17,966$ ve $p<0,001$; $\chi^2=9,348$ ve $p=0,009$; $\chi^2=14,879$ ve $p=0,005$). Hastaların kontrol sıklığının sosyodemografik özelliklerine ve bilgi alma durumuna göre dağılımı **Tablo 37**'te özetlenmiştir.

Tablo 37. HT hastalarının kontrol sıklığının sosyodemografik özelliklerine ve bilgi alma durumuna göre dağılımı

Değişkenler	Düzenli kontrole giden Sayı (%)	Düzensiz kontrole giden Sayı (%)	Kontrole gitmeyen Sayı (%)	İstatiksel değer
Cinsiyet				
Kadın	31 (25,0)	76 (61,3)	17 (13,7)	p>0,05
Erkek	29 (29,9)	48 (49,5)	20 (20,6)	
Yaş				
18-29	1 (50,0)	0	1 (50,0)	p>0,05
30-39	3 (37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	
40-49	10 (25,0)	23 (57,5)	7 (17,5)	
50-59	17 (29,8)	31 (54,4)	9 (15,8)	
60-69	12 (18,5)	41 (63,1)	12 (12,5)	
70-79	10 (30,3)	18 (54,5)	5 (15,2)	
80 ve üzeri	7 (43,8)	7 (43,8)	2 (12,5)	
Medeni durum				
Evli	52 (27,4)	103 (54,2)	35 (18,4)	p>0,05
Bekar	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	
Diğer	5 (19,2)	20 (76,9)	1 (3,8)	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	16(31,4)	28 (54,9)	7 (13,7)	p>0,05
Okuryazar	3 (23,1)	7 (53,8)	3 (23,1)	
İlköğretim	28 (22,4)	74 (59,2)	23 (18,4)	
Lise	7 (38,9)	9 (50,0)	2 (11,1)	
Üniversite	6 (42,9)	6 (42,9)	2 (14,3)	
Meslek				
Ev hanımı	27 (24,1)	69 (61,6)	16 (14,3)	p>0,05
İşçi	10 (34,5)	14 (48,3)	5 (17,2)	
Memur	10 (40,0)	13 (52,0)	2 (8,0)	
Serbest çalışan	4 (19,0)	16 (76,2)	1 (4,8)	
Çiftçi	7 (25,9)	9 (33,3)	11 (40,7)	
Diğer	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	
Gelir düzeyi				
<900 TL	28 (26,4)	54 (50,9)	24 (22,6)	p>0,05
901-3000 TL	30 (27,8)	66 (61,1)	12 (11,1)	
>3000 TL	2 (28,6)	4 (57,1)	1 (14,3)	
Sosyal güvence				
Var	58 (28,3)	117 (57,1)	30(14,6)	$\chi^2=9,348$; p=0,009
Yok	2 (12,5)	7 (43,8)	7 (43,8)	

Yerleşim yeri				
Kentsel	41 (28,5)	90 (62,5)	13 (9,0)	$\chi^2=17,966$; p<0,001
Kırsal	19 (24,7)	34 (44,2)	24 (31,2)	
HT konusunda bilgi alma durumu				
Evet	32 (38,6)	45 (54,2)	6 (7,2)	$\chi^2=14,879$; p=0,005
Hayır	25 (21,0)	66 (55,5)	28 (23,5)	
Bilmiyorum	3 (15,8)	13 (68,4)	3 (15,8)	
TOPLAM	60 (27,2)	124 (56,1)	37 (16,7)	

Daha önce HT tanısı alan hastaların tanı aldıktan sonra yaşam tarzı değişiklikleri sorgulandığında; %57,5'i (s=127) yemeklerden önce tuz ve %7,7'si (s=17) alkol kullanmayı azaltmış; %3,2'si (s=7) alkol içmeyi bırakmıştı. Yüzde 8,6'sı (s=19) sigara kullanmayı azaltırken %5,8'i (s=13) tamamen bırakmıştı. Ayrıca hastaların sadece %4,5'i (s=10) düzenli olarak egzersiz yapmaya başlamıştı.

Hastaların tanı aldıktan sonra geliştirdiği yaşam tarzı değişiklikleri **Tablo 38**'de verilmiştir.

Tablo 38. Tanı sonrası yaşam tarzı değişiklik durumu

	Sayı	Yüzde
Tuz alışkanlığı		
Artırdım	2	0,9
Azalttım	127	57,5
Değişmedi	84	38,0
Bilmiyorum	8	3,6
Alkol alışkanlığı		
Artırdım	5	2,3
Azalttım	17	7,7
Bıaktım	7	3,2
Değişiklik yok	192	86,8
Sigara alışkanlığı		
Başladım	2	0,9
Artırdım	5	2,3
Azalttım	19	8,6
Bıaktım	13	5,8
Değişiklik yok	182	82,4
Egzersiz alışkanlığı		
Yapmıyorum	110	49,8
Düzenli yapmaya başladım	10	4,5
Değişiklik yok	101	45,7

4.9. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyumu

İlaçlarını kullanma durumlarına ilişkin kendilerine sorulan sorunun yanı sıra daha önce tanı almış 221 HT hastasının ilaç uyumunu ölçmek için Morisky uyum ölçeği de kullanıldı. Buna göre HT hastalarının Morisky uyum ölçeği puan ortalaması $5,82 \pm 2,91$ (2-12 arası) idi. Kadınların puan ortalaması $5,69 \pm 2,80$ erkeklerin ise $5,99 \pm 3,06$ idi ve aralarında anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Yaş grupları arasında en yüksek uyum ölçeği puan ortalaması 18-29 yaş arası ($8 \pm 2,82$) ve 80 yaş üzerindiydi ($6,56 \pm 2,75$).

Daha önce hipertansiyon tanısı alan hastaların %66,5'i (s=147) Morisky uyum ölçeğine göre ilaç tedavisine uyumluydu. Kadınlar (%69,4; s=86) ve erkekler (%62,9'u; s=61) arasında tedaviye uyum bakımından anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). İlaç tedavisine uyum 70 yaşına kadar artmakta, sonrasında ise azalmaktaydı; ancak yaş ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p > 0,05$). Medeni durum, eğitim, meslek ve gelir düzeyine göre de katılımcıların tedaviye uyumları anlamlı bir fark göstermemektedir ($p > 0,05$). Sosyal güvence varlığı ilaç tedavisine uyumu istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artırmaktaydı ($\chi^2=9,632$; $p=0,002$). Kentsel bölgede uyum oranı %75,0 (s=108), kırsal bölgede ise %50,6 (s=39) idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=13,357$; $p < 0,001$).

Hastaların MMAS puanlamasıyla belirlenen ilaç uyumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı **Tablo 39**'da verilmiştir.

Tablo 39. HT hastalarının ilaç uyumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	İlaç tedavisine uyumlu Sayı (%)	İlaç tedavisine uyumsuz Sayı (%)	İstatistiksel değer
Cinsiyet			
Kadın	86 (69,4)	38 (30,6)	$p > 0,05$
Erkek	61 (62,9)	36 (37,1)	
Yaş			
18-29	1 (50,0)	1 (50,0)	$p > 0,05$
30-39	5 (62,5)	3 (37,5)	
40-49	25 (62,5)	15 (37,5)	
50-59	37 (64,9)	20 (35,1)	
60-69	48 (73,8)	17 (26,2)	
70-79	22 (66,7)	11 (33,3)	
80 ve üzeri	9 (56,3)	7 (43,8)	

Medeni durum			
Evli	126 (66,3)	64 (33,7)	p>0,05
Bekar	4 (80,0)	1 (20,0)	
Diğer	17 (65,4)	9 (34,6)	
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	33 (64,7)	18 (35,3)	p>0,05
Okuryazar	6 (46,2)	7 (53,8)	
İlköğretim	84 (67,2)	41 (32,8)	
Lise	14 (77,8)	4 (22,2)	
Üniversite	10 (71,4)	4 (28,6)	
Meslek			
Ev hanımı	77 (68,8)	35 (31,3)	p>0,05
İşçi	16 (55,2)	13 (44,8)	
Memur	19 (76,0)	6 (24,0)	
Serbest çalışan	16 (76,2)	5 (23,8)	
Çiftçi	13 (48,1)	14 (51,9)	
Diğer	6 (85,7)	1 (14,3)	
Gelir düzeyi			
<900 TL	64 (60,4)	42 (39,6)	p>0,05
901-3000 TL	78 (72,2)	30 (27,8)	
3001-9000 TL	3 (60,0)	2 (40,0)	
>9000 TL	2 (100,0)	0	
Sosyal güvence			
Var	142 (69,3)	63 (30,7)	$\chi^2=9,681$ p=0,008
Yok	5 (31,3)	11 (68,8)	
Yerleşim yeri			
Kentsel	108 (75,0)	36 (25,0)	$\chi^2=13,357$ p<0,001
Kırsal	39 (50,6)	38 (49,4)	
TOPLAM	147 (66,5)	74 (33,5)	

Yemeklerde hiçbir zaman ek tuz kullanmayanlarda ilaç tedavisine uyum oranı (%77,8; s=70) tuz ekleyenlere (%58,8; s=77) göre daha yüksekti ($\chi^2=13,594$; p=0,004). Sigara, alkol kullanımı ve egzersiz yapma durumu ile ilaç tedavisine uyum arasında ise ilişki bulunamadı (p>0,05). Ayrıca kan basıncını hiç ölçtürmeyen veya düzensiz ölçtürenlerde ve düzenli kontrole gitmeyenlerde ilaç uyumu anlamlı ölçüde daha düşük idi (sırasıyla $\chi^2=13,971$; p=0,007 ve $\chi^2=33,838$; p<0,001). İlaçlarını düzenli kullandığını belirten hastaların %92,6'sı (s=125) Morisky uyum ölçeğine göre ilaç tedavisine uyumluydu. Hastaların yaşam tarzı alışkanlıklarına göre ilaç uyum durumları **Tablo 40**'da verilmiştir.

Tablo 40. HT hastalarının yaşam tarzı alışkanlıklarına göre ilaç uyumu durumu

	İlaç tedavisine uyumlu Sayı (%)	İlaç tedavisine uyumsuz Sayı (%)	İstatiksel değer
Tuz kullanımı			
Her zaman	22 (48,9)	23 (51,1)	$\chi^2=13,594$; $p=0,004$
Çoğu zaman	5 (45,5)	6 (54,5)	
Bazen	50 (66,7)	25 (33,3)	
Hiçbir zaman	70 (77,8)	20 (22,2)	
Alkol kullanımı			
Düzenli kullanıyorum	4 (50,0)	4 (50)	$p>0,05$
Sosyal içici	17 (58,6)	12 (41,4)	
Kullanmıyorum	126 (68,5)	58 (31,5)	
Sigara kullanımı			
Kullanıyorum	25 (53,2)	22 (46,8)	$p>0,05$
Hiç kullanmadım	86 (70,5)	36 (29,5)	
Bıaktım	36 (69,2)	16 (30,8)	
Egzersiz yapma durumu			
Düzenli yapıyorum	10 (71,4)	4 (28,6)	$p>0,05$
Düzensiz yapıyorum	37 (63,8)	21 (36,2)	
Yapmıyorum	100 (67,1)	49 (32,9)	
TOTAL	147 (66,5)	74 (33,5)	

Hipertansiyon tedavisi için birden fazla ilaç kullananlarda uyum daha fazlaydı. Tek ilaç kullananlarda tedaviye uyum oranı %73,0 (s=111), birden fazla kullananlarda ise %80,5 (s=33) idi. Birden fazla ilaç kullanmak ile tek ilaç kullanmak arasında tedaviye uyum bakımından bir fark yoktu. Ek kronik hastalığı olan hastalar ilaç tedavisine daha fazla

uyumluydu (%70,9; s=56); ancak ek kronik hastalığı olmayanların uyumuyla aralarındaki fark anlamlı değildi ($p>0,05$) (**Tablo 41**). Ayrıca hastaların ilaç kullanımı konusunda kendilerine yardım eden birilerinin olması tedaviye uyum oranını artırıyordu (%71; s=49), fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 41. İlaç adedi ve ek kronik hastalık varlığına göre ilaç uyumu

	İlaç tedavisine uyumlu Sayı (%)	İlaç tedavisine uyumsuz Sayı (%)	İstatiksel değer
İlaç adedi			
1 ilaç	111 (73,0	41 %27)	p>0,05
2 ilaç	29 (80,6)	7 (19,4)	
3 ve daha fala ilaç	4 (80,0)	1 (20,0)	
Tanı almış olduğu ek hastalık			
Var	56 (70,9)	23 (29,1)	p>0,05
Yok	91 (64,1)	51 (35,9)	

İlaç uyumu olan hastaların sistolik ($137,05\pm18,86$ mmHg) ve diyastolik ($83,68\pm13,24$ mmHg) kan basıncı ortalamaları, ilaç uyumu olmayan hastaların sistolik ($142,24\pm22,65$ mmHg) ve diyastolik ($87,03\pm10,21$ mmHg) kan basıncı ortalamalarından daha düşük olmakla birlikte aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Kan basıncı kontrolde olan HT hastalarının ilaç tedavisine uyumu (MMAS puan ortalaması $5,24\pm2,61$) kan basıncı kontrolde olmayanların ilaç tedavisine uyumundan (MMSA puan ortalaması $6,40\pm3,1$) anlamlı ölçüde daha fazlaydı ($t=13,02$; $p=0,003$). Tedavi uyumuna göre kan basıncının kontrolde olma durumu değerlendirildiğinde de, ilaç tedavisine uyumlu hastaların %57,1'inin ($s=84$), uyumsuz hastaların ise %36,5'inin ($s=27$) kan basıncı 140/90 mmHg'nin altındaydı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=8,401$; $p=0,004$).

4.10. Sağlık Anlayışına Yönelik Girişimin Uyum Üzerine Etkisi

Çalışmamızın devamında hipertansif katılımcılar arasından gönüllü 11 kişinin katıldığı hasta uyumuna yönelik bir girişim gerçekleştirildi. Katılımcılar altı ve beş kişilik iki

küçük grup çalışmasında hipertansiyon, ilaç kullanımı ve yaşam tarzı üzerine görüşlerini paylaştılar ve tartıştılar. Grup üyelerinin birbirini etkilemelerinin amaçlandığı bu çalışma öncesinde ve üç ve altı ay sonrasında hastaların ilaç uyumları ve kan basınçları ölçüldü.

Grup çalışması sonrasındaki MMAS puan ortalamaları (3. ayda $5,09 \pm 1,86$ ve 6. ayda $5,45 \pm 2,42$) çalışma öncesi MMAS puan ortalamasına ($6,45 \pm 3,11$) göre azalmıştı; ancak aralarındaki fark anlamlı bulunmadı. MMAS puanına göre ilaç tedavisine uyum durumları kıyaslandığında ise; grup çalışmasından üç ay sonraki kontrollerde saptanan ilaç uyumu, çalışma öncesine ve altı ay sonrasındaki kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti ($\chi^2=7,364$; $p=0,007$). Grup çalışması öncesinde katılımcıların %54,5'i tedaviye uyumlu iken, tedaviye uyum oranı çalışmadan üç ay sonra %90,9 ve altı ay sonra %72,7 olarak saptandı.

Katılımcıların grup çalışması öncesindeki, üç ve altı ay sonrası kontrollerindeki SKB ve DKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla $\chi^2R=6,465$; $p=0,039$ ve $\chi^2R=6,000$; $p=0,05$). Bu fark hem SKB hem de DKB için grup çalışması öncesi ile çalışma sonrasındaki ortalamalar arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı. Çalışmaya katılanların kan basınçlarının kontrol altında olma durumlarına bakıldığında; çalışma öncesi katılımcıların %36,4'ünün kan basınçları 140/90 mmHg'nin altında iken, bu oran çalışmadan üç ay sonra %72,7 ve altı ay sonra ise %63,6 idi ve aralarında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Katılımcıların grup çalışması öncesi ve sonrası MMAS puanlarıyla SKB ve DKB ölçümleri **Tablo 42**'de verilmiştir.

Tablo 42. Katılımcıların grup çalışması öncesi ve sonrası MMAS puanlarıyla SKB ve DKB ölçümleri

	Görüşme öncesi	Görüşme sonrası 3. ay	Görüşme sonrası 6. ay	İstatistiksel değer
MMAS puan ortalaması	$6,45 \pm 3,11$	$5,09 \pm 1,86$	$5,45 \pm 2,42$	$p>0,05$
SKB ortalaması	$146,55 \pm 25,87$	$133,64 \pm 9,50$	$136,73 \pm 9,93$	$\chi^2R=6,465$; $p=0,039$
DKB ortalaması	$88,55 \pm 13,41$	$82,00 \pm 7,37$	$81,27 \pm 5,46$	$\chi^2R=6,000$; $p=0,05$

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon epidemiyolojisine ilişkin ülke çapında yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte, bölgesel çalışmalar çok sayıdadır. Son 25 yılda yapılan çalışmaların aynı evrende benzer metodolojilerle yinelenmesi hipertansiyonun ülkemizde oluşturduğu hastalık yükü ve bunun zaman içindeki gidişi üzerine değerli bilgiler vermiştir. Çalışmamız 1995 yılında Aydın bölgesinde gerçekleştirilmiş olan AYDINHİP çalışması ile benzer metodolojiye sahiptir. Bu süre içinde ülke çapında yapılan iki büyük araştırmanın süveyans çalışması da gerçekleştirilmiştir.

Başlıca amacı hipertansiyon tedavisine uyum ve uyumu artırmaya yönelik bir girişimin ilaç uyumu ve KB değerleri üzerine etkilerini belirlemek olmakla birlikte, nüfusa dayalı gerçekleştirilen bu çalışmada hipertansiyona ilişkin epidemiyolojik özelliklerin saptanması da hedeflenmiştir. Böylece bir yandan yaklaşık 20 yıl önce yapılan AYDINHİP çalışması verileri temel alınarak bölgemizde hipertansiyon sıklığı ile KB yüksekliğinin farkında olma, tedavi alma ve kontrolde olma oranlarındaki gelişim ve değişim değerlendirilmiş, öte yandan tedaviye uyumda Morisky uyum ölçeği kullanılarak ve çalışmada saptanan hipertansif bireyler üzerinde uyumu artırıcı bir girişimin etkilerini saptayarak yeni veriler elde edilmiştir.

Hipertansiyon tedavisine uyumu artırmaya yönelik bir girişim olarak hipertansif hastaların katıldığı küçük grup tartışmaları gerçekleştirilmiştir. Bu grup toplantılarında hipertansif hastaların HT tedavisi konusunda yaptıklarını paylaşarak ve tartışarak birbirlerini etkilemeleri hedeflenmiştir. Girişimsel bölümüne katılımın azlığı çalışmamızın başlıca kısıtlılığıdır. Harcanan yoğun çabaya karşın toplam 11 hipertansif hastanın katıldığı iki grup çalışması yapılabilmektedir. Gönüllü katılımcı bulmada ve kabul edenleri bir araya getirmede başarılı olunamamıştır.

Topluma dayalı bir saha çalışması olarak örneklem büyüklüğümüz yeterli olmakla birlikte örneklem seçimimiz tartışılabilir. Aile hekimlerinin kayıtlı listelerinin örneklem seçimi için kullanılmasına izin verilmemesi nedeniyle coğrafik bölümler temelinde rast gele örneklem seçimi yapılmıştır. Örneklemimizde yer alan katılımcıların demografik

verilerinin TÜİK 2012 Aydın bölgesi verileriyle uyumlu olması, kentsel/kırsal oranının gerçek dağılımı yansıtması dikkate alındığında çalışmamızın verilerinin Aydın ili sınırlarında yaşayan toplum evrenini yansıttığını söyleyebiliriz (54). Ayrıca AYDINHİP çalışmasının da benzer örneklem seçimi metodolojisiyle yapılmış olması da izlem verilerinin yorumlanması anlamında olumlu bir durum olarak görülebilir (8).

Çalışma örnekleminin özellikleri

Hipertansiyon ile tuz tüketimi arasındaki ilişki birçok çalışmada araştırılmıştır. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması (SALTÜRK) çalışmasına göre Türkiye’de ortalama tuz tüketimi 14,8 gr/gün olarak bulunmuştur ve günlük tuz alımının %57’si yemeklerle gerçekleşmektedir (55). Çalışmamızda erkeklerde ve kırsal bölgede yaşayanlarda tuz tüketim miktarının ve sigara kullanımının daha yüksek bulunması, SALTÜRK çalışması sonuçlarıyla uyumludur. Bu benzerlik örneklem temsiliyetinin gücü açısından destekleyici bir durum olarak görülebilir.

Hipertansiyon prevalansı

Tüm çalışma grubunda ortalama sistolik kan basıncı (SKB) $126,2 \pm 17,9$ mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı ise $79,1 \pm 11,2$ mmHg olarak bulunmuştur. Sistolik ve diyastolik KB düzeyleri yaşla birlikte artış göstermektedir ve istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. Ortalama sistolik ve diyastolik KB değerleri, yaklaşık 20 yıl önce aynı bölgede benzer metodolojiyle yapılan AYDINHİP çalışmasının sonuçlarına göre daha düşük görünmektedir (10). En önemli farklılık bizim çalışmamızda sistolik ve diyastolik KB ortalamalarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmasıdır. Ulusal düzeyde yapılan ilk PatenT ve TERKHARF çalışmalarında da KB düzeylerine ilişkin olarak bizimkine benzer sonuçlar elde edilmiş olmakla birlikte kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (7, 8). Konya ilinde 800 kişi üzerinde yapılan başka bir bölgesel HT prevalans çalışmasında da genel eğilime uygun olarak kadınların sistolik ve diyastolik KB ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (29).

Çalışmamızın temel sonuçlarından biri %29,4 olarak saptanan hipertansiyon prevalansıdır. HT prevalansına ilişkin en belirgin demografik özellikler ise sıklığın yaşla birlikte artış göstermesi ve anlamlı olmamakla birlikte erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olmasıdır. Daha az eğitilmişlerde, ev hanımı ve çiftçilerde, düşük geliri olanlarda HT anlamlı

ölçüde daha sıktır. AYDINHİP çalışmasında saptanan %29,6'lık HT prevalansı dikkate alındığında, 1995-2013 yılları arasındaki dönemde bölgemizde HT prevalansının değişmemiş olduğu söylenebilir (10).

Son dönemde ülke genelinde de HT sıklığında bir değişikliğin olmadığı bilinmektedir. Ulusal düzeyde 18 yaş ve üstü yetişkin nüfusta HT prevalansı 2003 yılında (Patent çalışması) %31,8 iken 2012 yılında (Patent 2 çalışması) %30,3 bulunmuştur (8,9). Aynı çalışma verilerine göre Aydın'ın da yer aldığı Ege Bölgesinde HT prevalansı %28 olarak belirlenmiştir (9). Bu sonuçlar bizim saptadığımız prevalans hızıyla oldukça uyumludur. Ülkemizde yürütülen TEKHARF çalışmasının 1990 sonuçlarına göre HT prevalansı %33,7 iken 2007/8 kohortunda 30 yaş ve üzeri nüfusta Türkiye genelinde hipertansiyon prevalansı %37,7 bulunmuştur (7). Bizim çalışmamızda ise 30 yaş ve üzeri nüfusta HT prevalansı %41,9 bulunmuştur. Ülkemizde diyabet prevalansının araştırıldığı 2002 TURDEP çalışmasında HT prevalansı 20 yaş ve üstünde %29 (57), 2013 TURDEP II çalışmasında ise %31,4 olarak saptanmıştır (58). 2011 yılında ulusal düzeyde yapılan CREDIT çalışması sonuçlarına göre ise 18 yaş ve üstü nüfusta HT prevalansı %32,7'dir (59). Tüm bu sonuçlar HT prevalansının ülkemizde 2000'li yılların başlarında bir platoya ulaştığını göstermektedir. Diyabette gözlenen prevalans artışı hipertansiyon için söz konusu değildir.

Türkiye'nin batı bölgesinde bir il bazında yapılan çalışmamızın HT prevalans verileri ulusal düzeyde yapılan çalışmalarla ne kadar uyumlu ise bölgesel yapılan birçok başka çalışmanın verileri o kadar uyumsuz görünmektedir. HT prevalansı erişkin nüfusta Konya ilinde %50,8 ve Trabzon ilinde %44 (29, 60) bulunmuştur.

Dünyada değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda HT prevalansı farklı oranlarda bulunmuştur. 1980 ile 2002 yılları arasında MEDLINE taranarak bulunan literatür sonuçlarına göre Dünya'da HT prevalansı %26,4'tür (61). ABD'de yapılan NHANES III çalışmasının 1988-2008 yılları arasındaki verilerinin analizinde, HT prevalansı 1988-1994 yılları arasında %23,9 iken 1999-2000 yılları arasında %28,8'e yükselmiştir; fakat 1999-2000 ile 2007-2008 arasında bir değişiklik olmamıştır (62). Altı avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada 35 yaş ve üzeri nüfusta HT prevalansı %44,0 olarak bulunmuştur(6). İtalya, Belçika ve İngiltere'de 2008 yılında yapılmış bir diğer çalışmada ise HT prevalansı %24,4 olarak bulunmuştur (63).

Çalışmamızda katılımcıların %21,8'inin KB ölçümleri sistolik 140 ve/veya diyastolik 90 mmHg ve üzerinde çıkmıştır. AYDINHİP çalışmasında bu oran %26,8'dir (kadınlarda %31,1 ve erkeklerde %23,7). Türkiye popülasyonunda yapılan TEKHARF çalışması 2000 yılı ile 2008 yılı sonuçları karşılaştırıldığında da bizim çalışmamıza benzer olarak KB $\geq$ 140/90 mmHg olan kişilerin oranı azalmıştır (7). Aydın bölgesinde yaşayan nüfus evreninde KB yüksek çıkanların oranının azalması farkındalık, tedavi alma ve kontrol altında olma oranlarındaki artış ile açıklanabilir. Nitekim daha çok kişi HT tanısı almış ve tedavi görmektedir; daha çok kişinin KB kontrol altındadır. Çalışma sonuçlarımızın gösterdiği gibi kontrolde olma oranları da yükselmiştir. Bu nedenle HT prevalansı değişmemiş olmakla birlikte çoğunun KB kontrolde olduğu için güncel KB değerleri yüksek olanların oranı göreceli olarak azalmıştır.

Hipertansiyonla İlişkili Sosyodemografik Etkenler

Çalışmamızda HT prevalansı erkeklerde kadınlardan daha yüksek (%30,2'ye karşılık %28,7) çıkmış olmasına karşın, daha önce HT tanısı almış olanların oranı kadınlarda daha yüksektir (%22,5'e karşılık %18,5). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bu cinsiyet dağılımı AYDINHİP çalışması verilerinden farklıdır. AYDINHİP çalışmasında hem HT prevalansı hem de daha önce tanı almışların oranı kadınlarda erkeklerden anlamlı ölçüde daha yüksek çıkmıştır. Erkeklerin hiç KB ölçtürmeme sıklığının kadınlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olması erkeklerde tanısız girişimlerin ve dolayısıyla farkındalığın düşüklüğü (kadınlarda %78,5; erkeklerde %61,4) ile ilişkili olabilir. Ulusal ölçekte yapılan büyük çalışmalarda da HT prevalansı kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (7,8,9). Literatürde HT prevalansını erkeklerde (62,63) ve kadınlarda (7,8,9,10,61,66) daha yüksek saptayan çalışmalar bulunmakla birlikte dünya ölçeğinde yapılan değerlendirmede cinsiyet bakımından anlamlı bir fark yoktur (kadınlarda %26,5 ve erkeklerde %26,1) (61).

Çalışmamız sonuçlarına göre bölgemizde HT prevalansı yaş arttıkça artmaktadır. Prevalans 60-79 yaş grubunda kadınlarda, diğer yaş gruplarında erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Altmış ile 79 yaş arasında SKB, 60 yaş üzerinde DKB kadınlarda, tüm diğer yaş gruplarında ise erkeklerde daha yüksektir. Birçok çalışmada HT prevalansının yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir (7,8,9,10,60). AYDINHİP çalışmasında diğer çalışmalarla ve bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaşla birlikte HT prevalansı artmaktadır. Yalnızca 18-29 yaş grubunda erkeklerde daha fazla HT varken diğer yaş gruplarında HT görülme sıklığı

kadınlarda daha yüksektir (10). PatenT çalışmasında da benzer olarak HT prevalansı 18-29 yaş grubunda erkeklerde, diğer yaş gruplarında kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (8). Trabzonda yapılan prevalans çalışmasında ise yine benzer olarak 20-29 yaş grubunda erkeklerde kadınlara göre daha fazla HT görülmektedir (60).

Çalışmamızda eğitim ve gelir düzeyi azaldıkça HT prevalansı anlamlı derecede Sonuçlarımız Türkiye’de ve başka ülkelerde yapılmış çalışmalarla uyumludur (10,60,67,68). AYDINHİP çalışmasında da eğitim düzeyi düşük olanlarda HT prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda HT prevalansını ev hanımlarında ve çiftçilerde daha yüksek saptanmıştır. AYDINHİP çalışmasında ev hanımlarında ve işsizlerde daha yüksek bulunmuştur (10). Bizim çalışmamızda işsizler diğer meslek grupları kategorisinde değerlendirildiği için karşılaştırma olanağı olmamıştır. Trabzon’da yapılan prevalans çalışmasında da HT prevalansı bizim çalışmamızla uyumlu olarak ev hanımları ve çiftçilerde diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur (60).

Dünyada ve ülkemizde yapılmış çalışmalarda HT prevalansı kentsel ve kırsal bölgelerde yaşayanlarda farklı oranlarda bulunmuştur. Romanya’da yapılan SEPHAR çalışmasına göre kentsel bölgede HT prevalansı %41,5 kırsal bölgede %49,5’tir (69). PatenT çalışmasında hem kadın hem de erkeklerde HT prevalansının kırsal bölgede daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). AYDINHİP çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak SKB ortalaması kırsal bölgede anlamlı olarak daha yüksektir (10). Bu farklılığın nedeni olasılıkla kırsal bölgede yaşayan nüfusun yaş ortalamasının yüksek, eğitim ve gelir düzeyini düşük olmasıdır.

Farkındalık, Tedavi ve Kontrolde Olma Oranları

Hipertansiyonun yeteri kadar tedavi edilememesinin en önemli nedenlerinden biri farkındalık oranlarının düşük olmasıdır. Çalışmamızda HT farkındalığı %70,1 (erkeklerde %43,9 ve kadınlarda %56,1) olarak bulunmuştur; farkındalık kadınlarda (%78,5) erkeklerden (%61,4) anlamlı ölçüde daha yüksektir. AYDINHİP çalışmasında saptanan HT farkındalığı (%57,9) dikkate alındığında son dönemlerde bölgemizde HT farkındalığında %12,2 oranında bir artış görülmektedir. HT farkındalığındaki bu artış eğilimi Türkiye genelinde de gözlenmektedir. PatenT çalışmasında ülke genelinde %40 olan HT farkındalık oranı (kadınlarda %48, erkeklerde %28) (7), PatenT 2 çalışmasında %14,7’lik bir artışla %54,7’ye

yükselmiştir (kadınlarda %66,9 ve erkeklerde %40,6) (8,9). HT farkındalığı 2008 yılında yapılan Türk Hipertansiyon İnsidans çalışmasında %40,7 ve Trabzon'da yapılan prevalans çalışmasında %41 olarak bulunmuştur (56,60). Tüm bu çalışmalarda da farkındalık kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Görüldüğü gibi bölgemizdeki HT farkındalığı ülke genelinden ve diğer bölgesel çalışma sonuçlarından daha yüksektir.

HT farkındalığı yaşla birlikte artmakta, fakat ilginç olarak eğitim düzeyi arttıkça azalma göstermektedir. Bekarlarda ve serbest çalışanlarda daha az, ev hanımlarında daha fazladır. Dünyada ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu olarak farkındalık yaşla birlikte artmaktadır (8,9,60,69,70). ABD'de HT yaygınlığı ve sağlık üzerine etkileri sebebiyle HT önleme, tespit, farkındalık, tedavi ve kontrol oranlarını artırmak için ulusal programlar ve sağlık politikaları geliştirilmiştir (71). NHANES III çalışmasının 1988-2008 yılları arasındaki verilerinin analizinde HT farkındalığı 2007-2008 çalışmasında %80,7'ye çıkmıştır (62). Sonia ve arkadaşlarının New York'ta yaptıkları çalışmada HT farkındalık oranı %83 olarak bildirilmiştir (72). Yapılan çeşitli çalışmalarda HT farkındalık oranı Çin'de %42,6, Hindistan'da %54, Pakistan'da %35, Mısır'da %37,5, sahra altı Afrika'da %40, ABD'de %73 bulunmuştur (73). SEPHAR çalışmasında HT farkındalığı tüm grupta %44, erkeklerde %35 kadınlarda %53, kırsal bölgede %41 kentsel bölgede %48 bulunmuş ve farkındalığın yaşla birlikte arttığını gösterilmiştir (69).

Çalışmamızda dikkat çekici olarak 8 yıl ve üstü eğitim alanlarda HT farkındalığı arasında ters bir ilişki vardır. Eğitim düzeyi düşük olanların daha yaşlı olması ve gençlerde HT farkındalığının düşük olması sebebiyle eğitilmiş kişilerde farkındalık düşük çıkmış olabilir. Bizim çalışmamızda göreceli olarak yüksek bulunmakla ve son yıllarda önemli bir artış gözlenmekle birlikte, HT farkındalığının ülkemizde yapılmış çalışmalarda saptandığı gibi çok düşük olmasının başlıca nedenlerinden birisi de KB'nın yeterince ölçülmemesi olabilir. Çalışma grubunda daha önce hiç KB ölçtürmemiş kişilerin oranı %24,6 ve HT tanısı alanların hiç tansiyon ölçtürmeme oranı ise %10,9 dur. Özellikle daha eğitilmiş olmasına karşın 18-29 yaş grubunda ölçtürmeme oranı daha fazladır.

HT farkındalığının düşük olmasının bir diğer nedeni de HT hakkında bilgi eksikliği olabilir. Tüm katılımcıların %33,4'ünün hipertansiyonun neden olabileceği komplikasyonlar hakkında hiçbir fikri yoktur ve %73,1'i HT hakkında daha önce hiçbir yerden bilgi almamıştır.

Hipertansiyonda önemli sorunlardan biri de hastaların yeterli antihipertansif tedavi almamasıdır. Çalışmamızda tüm hipertansiflerin tedavi alma oranı %61, daha önce tanı almışların ise %87,3 bulunmuştur. Tedavi alma oranı cinsiyete ve yaşa göre değişmemektedir. Medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyi de etkili gözükmemektedir. Sağlık güvencesi olmayanlar ve kırsal bölgede yaşayanlar anlamlı ölçüde daha az tedavi almaktadır. Katılımcıların %61,1'i ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. HinT çalışmasında da ilaçlarını düzenli kullanma oranı verilerimize yakın bir şekilde %70 bulunmuştur (56).

PatenT çalışmasında hipertansiflerin yalnızca %31'inin, PatenT 2 çalışmasında %47,5'inin tedavi aldığı gösterilmiştir (8,9). PatenT çalışmasının devamı niteliğinde 2007 yılında yapılan HinT (Hypertension incidence in Turkey) çalışmasında antihipertansif tedavi görenlerin oranı %40, Konya ili prevalans çalışmasında ise %49 bulunmuştur (56,29). Bu oranlar bizim sonuçlarımızdan daha düşüktür.

PatenT 2 çalışmasında en sık kullanılan antihipertansif ilaç grubu ARB+HCTZ (%19,8) iken ikinci sıklıkta ACEİ (%12,3) ve üçüncü sıklıkta ise KKB (%8,7) olarak bulunmuştur (9). HinT verilerine göre yine en sık kullanılan antihipertansif ARB+Diüretik saptanmıştır (56). Çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer olarak %14 ile ARB+Diüretik ilk sırada kullanılmaktadır.

Kan basıncının kontrol altında olma oranı dünyada ve ülkemizde artmasına rağmen istenilen düzeyde değildir. Çalışmamızda tedavi alan hipertansiflerin yarıdan fazlasının (%55) KB değerlerinin kontrol altında olduğu gösterilmiştir. Kan basıncının kontrolde olmasında yerleşim yeri dışında tüm diğer sosyodemografik etkenler etkili gözükmemektedir; kırsal bölgede yaşayanlarda kontrol altında olma oranı daha düşüktür. Literatür incelendiğinde hem tüm hipertansiflerde hem de tedavi alanlarda kontrol oranı kadınlarda daha yüksektir (9,60,69). Çalışmamızın verileri AYDINHİP verileri ile birlikte değerlendirildiğinde, 1995-2013 yılları arasında KB kontrol oranları tüm hipertansiflerde (%9,4'den %35,8'e) ve tedavi alan hipertansiflerde (%19,8'den %54,9'a) önemli artışlar olmuştur (10). PatenT çalışmasında tüm hipertansiflerin %8,1'inin, antihipertansif tedavi alanların ise %20,7'sinin KB'nın kontrol altında olduğu gösterilmiştir (8). PatenT 2 çalışmasında ise 2003-2012 yılları arasında tüm hipertansiflerde kontrol oranı %20, tedavi alan hipertansiflerde ise %33 oranında artışla %28,7 ve %53,9'a yükselmiştir (9). Görüldüğü gibi çalışma sonuçlarımız ulusal düzeyde yapılan çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Farkındalık ve tedavi alma

oranlarındaki ciddi artışlarla uyumlu olarak en önemli artış kontrol oranlarında söz konusudur. KB kontrol oranlarının tüm hipertansiflerde %13,6 ve tedavi alanlarda %27,3 olarak saptandığı 2008 yılı HinT çalışması sonuçları dikkate alındığında kontrolde olma oranlarındaki artışın önemli kısmının 2008-2013 yılları arasında gerçekleşmiş olduğu söylenebilir (56).

NHANES III çalışmasının 1988-2008 yılları arasındaki verilerinin analizinde HT kontrol oranı 1988-1994 yılları arasında yüzde %27,3 iken 2007-2008 verilerine göre %50,1'e çıkmıştır (62). Zdrojewski ve arkadaşlarının yaptığı NATPOL III çalışmasında Polonyalılarda HT prevalansı %67 bulunmuş ve hipertansiflerin %33'ü daha önce tanı almamış, %10'u tanı almış fakat tedavi almamış, %45'i yetersiz tedavi almış ve sadece %12 hastada yeterli tedavi ile KB kontrol altına alınabilmiştir (74).

Tuz alımı, alkol ve sigara kullanımının etkisi

Tuz alımının HT'a sebep olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (75,76). Diyetle tuz alımının belirleyicisi olarak 24 saatlik idrarla tuz atılımının kullanıldığı SALTürk çalışmasında günde yaklaşık 6 gr tuz alımının SKB'ını 6,9 mmHg, DKB'ını 4,3 mmHg artırdığı saptanmıştır (55). Katılımcıların kendi ifadelerine dayanan çalışma sonuçlarımıza göre yemeklere başlamadan önce hiç tuz kullanmayanlar ile her zaman tuz kullananların KB değerleri arasında anlamlı fark yoktur. Ayrıca dikkat çekici olarak alkol kullanmayan ve sigara bırakanlarda HT prevalansı (sırasıyla %31,3 ve %35,1) anlamlı olarak daha fazladır. TEKHARF çalışmasında da verilerimize benzer şekilde sigara içip bırakanlarda HT gelişme olasılığı daha fazla bulunmuştur (7).

Hipertansiyon tedavisinde istenen kan basıncı değerlerine ulaşmada ilaç tedavisinin yanı sıra ilaç dışı tedavi önerilerinin yani yaşam tarzı değişikliklerinin mutlaka uygulanması gerekir. Çalışma sonuçlarımıza göre tanı aldıktan sonra hipertansif hastaların %42,7'si tanı aldıktan sonra tuz miktarını, %43,2'si alkolü, %27,7'si sigarayı azaltırken tümüyle bırakanlar çok azdır. Ayrıca hiç egzersiz yapmayanlar arasında düzenli egzersiz yapmaya başlayan hiç olmamıştır. Kırklareli'nde 198 hipertansif hastada yapılan uyum çalışmasında alkol kullanan katılımcıların %79'u alkolü, sigara kullanan katılımcıların ise %76'sı sigarayı azaltmıştır (15).

Uyumsuzluk Nedenleri

Tedaviler ne kadar etkili olursa olsun veya yeterli dozda kullanılsın, tedavinin başarıya ulaşması ilaçların düzenli ve önerilen şekilde kullanılmasına bağlıdır. Yeterli kan basıncı kontrolü sağlanamamasının en önemli nedeni hastaların ilaç tedavilerini düzenli kullanmamalarıdır. Literatür incelendiğinde hastaların ilaçlarını düzenli kullanmama nedenleri arasında en sık belirtilenler hipertansiyon hakkında bilgi eksikliği, unutkanlık, ilacın yan etkisi, maliyeti, hipertansiyonun belirti vermemesi, kullanılan dozun sıklığı, ilaç tedavisinin kendisine zarar verebileceği hatta ölümüne sebep olacağını düşünmesi, ilaca bağımlı hale gelebileceğine inanması, kan basıncının normal olduğunda ilacı kullanmanın gereksiz olduğu, tedavinin etkili olmadığına inanmasıdır (36,77-80). Ünalın ve arkadaşlarının (81) İzmir’de yapmış olduğu niteliksel çalışmada hastalar alternatif tıp yaklaşımları, ilaca bağımlı olma korkusu, ilaç yan etkilerinden korkmak ve hastalığın semptomsuz oluşu nedeniyle ilaçlarını düzenli kullanmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda da literatürde belirtildiği gibi hastaların ilaçlarını düzenli kullanmama nedenleri arasında ilk üç sırada ilaçlarını almayı unutma, iş yoğunluğundan ilaçları alamama ve kendini iyi hissettiğinden ilaçları bırakma olarak saptanmıştır. AYDINHİP çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğu önemsememe ve gereksiz görme nedenleriyle ilaçlarını kullanmadıklarını ya da düzensiz kullandıklarını belirtmişlerdir (10). İstanbul’da 650 hipertansif hastada yapılan bir çalışmada bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak ilaç tedavisine uyumsuzluk nedenleri arasında unutkanlık ilk sırayı almaktadır (82). Bu çalışmada unutkanlığın ilk sırada belirtilmesi, yanıtların yalnızca hasta beyanı ile sınırlı olmasına bağlı olabilir. Hastaların herhangi bir nedenle almadıkları ilaçlarını kısaca ‘unuttum’ diyerek yanıtladıkları düşünülebilir.

Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyumu

İlaçlarını kullanma durumlarına ilişkin kendilerine sorulan sorunun yanı sıra daha önce tanı almış HT hastalarının ilaç uyumu Morisky uyum ölçeği kullanılarak da değerlendirilmiştir. Ölçek puan ortalaması uyumsuzluk kesme puanı olarak kullanılan yedi puanın altında bulunmuştur ($5,82 \pm 2,91$). Buna göre daha önce HT tanısı alan katılımcıların %66,5’i ilaç tedavisine uyumludur. Çalışmamızın sonuçları, dünya ve Türkiye geneliyle uyumludur. Literatürde bildirilen antihipertansif ilaç tedavisine uyum oranı %26,9-%88,1

arasında değişmektedir (15,21,83-85). İzmir’de yapılan çalışmada ise hastaların MMSA ölçeği puan ortalaması 4.66 ± 2.23 ve tedaviye uyumlu hasta oranı %88,6 saptanmıştır (38).

İlaç uyumunu etkileyen bilinen ve bilinmeyen birçok faktör vardır. Bunlardan birisi de cinsiyettir. Çalışmamızda kadınlarda ilaç tedavisine uyum daha fazla olmakla birlikte aradaki fark anlamlı değildir. İlaç tedavisine uyum, 70 yaşına kadar artıp sonra azalmakla birlikte, yaş ile de ilişkili bulunmamıştır. Literatürde bazı çalışmalarda kadınlarda uyum oranı daha fazla iken tersi veriler saptayan çalışmalar da vardır (15,82,85-88). 2010 yılında Kayseri’de 400 hipertansif hastada yapılan tedaviye uyum çalışmasında 60 yaş ve üzerinde daha fazla uyum saptanmıştır (88). Çin’de 2012 yılında birinci basamağa başvuran 1114 hipertansif hastada yapılan uyum çalışmasında benzer şekilde 60 yaş üzerinde uyum oranı en fazla saptanmıştır (83).

Çalışmamızda sosyal güvencesi olanlarda olmayanlara göre, kentsel bölgelerde yaşayanlarda kırsal bölgelerde yaşayanlara göre ilaç uyumu anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Bunların dışında medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyinin tedavi uyumu üzerinde etkisi bulunmamıştır. Sosyal güvencenin olmayışı ilaçlara erişimde finansal engel, kırsal bölgede yaşama ise sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi engel oluşturmuşa benzemektedir.

Kişilerin doğrudan HT yönetimi ile ilişkili bazı davranışları uyum üzerinde etkili gözükmemektedir. Çalışma sonuçlarımıza göre yemeklerde hiç ek tuz kullanmayanlarda tedaviye uyum daha yüksektir. Kan basıncı ölçümü yaptırmayanlarda, HT için kontrole gitmeyenlerde uyum daha düşüktür. Buna karşın genel sağlıkla ilişkili sigara ve alkol kullanımı ve egzersiz yapma alışkanlığı gibi davranışlar HT tedavisine uyum üzerinde etkili görünmemektedir.

Tedavi Rejiminin Uyuma Etkisi

HT tedavisinde başlanan tedavi modeli oldukça önemlidir. Yapılan bazı çalışmalar günlük tek doz ilaç kullanımının avantajlı olduğu ve ilaç uyumunu kolaylaştırdığı yönünde sonuç vermiştir (83,88). Birden fazla ilaç kullanan hastaların günlük dozlarını atlamadan almalarının güç olacağı, ayrıca ilaç kullanmalarını gerektirecek ek kronik rahatsızlıklarının olmasının bu güçlüğü daha da artıracığı düşünülebilir. Ancak bizim çalışmamızda HT için kullanılan ilaç sayısı ve ek hastalıklar için başka ilaçlar kullanma durumu ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada hipertansiyon tedavisine tek

ilaç ile başlananlarda uyum %59,4 saptanırken, birden fazla ilaç ile başlananların %65,2'si tedaviye uyumlu bulunmuştur (15). Pakistan'da yapılan bir diğer çalışmada ise ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyumun arttığı gözlenmiştir (87). Literatürde kişinin ek kronik hastalığı olmasının tedavi uyumunu artırdığına yönelik veriler saptayan çalışmalar bulunmaktadır (87,88).

Daha önce HT tanısı almış katılımcıların %31,2'sinin çevresinde kendilerine ilaç almaları konusunda yardımcı olan yakınları vardır ve bu hastaların tedaviye uyumları anlamlı olarak daha yüksektir (%70,9). Aile desteğinin, kişide ilaç alımını hatırlatılıp destekleyerek ve kişinin motivasyonunu artırarak, tedavi uyumunun artmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan bir olgu kontrol çalışmasında da benzer olarak aile desteğinin ilaç tedavisine uyumu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (89). Yine Kırklareli'nde yeni HT tanısı alan hastalar üzerinde yapılan uyum çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş olup evde yardımcı olan birileri olması halinde tedaviye uyum oranı %69,1 bulunmuştur (15).

Çalışmamızın tedavi uyumu ile ilişkili en somut bulgusu, tedavi uyumu ile KB kontrolü arasındaki ilişkidir. Kan basıncı kontrolde olan hipertansiflerin ilaç uyumu, kontrolde olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Öte yandan tedaviye uyumlu olanların kan basıncı, uyumlu olmayanlara göre daha fazla kontrol altındadır. Bu ilişki, HT yönetiminde kontrol oranlarını yükseltmek için ilaç tedavisine ve tedavi uyumuna ağırlık vermenin önemini göstermektedir.

Sağlık İnanışlarına Yönelik Yapılan Girişim ve Etkileri

Kan basıncı yönetiminde; hastaların hastalık ve tedavisi ile ilişkili inanışları, hastalıkla ilgili yaşadıkları deneyimleri ve sosyokültürel özellikleri önemli rol oynamaktadır. Bu anlamda hastaların hipertansiyon konusundaki sağlık inanışlarını değiştirmeye yönelik yaptığımız grup toplantıları sonrasında tedaviye uyum oranları özellikle üçüncü ay kontrollerinde anlamlı ölçüde artmıştır; altıncı ay kontrollerinde ise çalışma öncesine göre yüksek olmakla birlikte bir miktar azalma göstermiştir.

Yapılan girişim sistolik ve diyastolik KB değerleri üzerinde de etkili olmuştur. Grup toplantılarının üç ve altı ay sonrasında katılımcıların hem SKB hem de DKB düzeyleri girişim öncesine göre anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur. Ancak bu azalma KB kontrol oranlarına yansımamış görünmektedir. Burada iki önemli duruma dikkat çekmek

gerekmektedir. Birincisi, hastalara sağlık çalışanları tarafından verilen eğitim ve tavsiyeler yerine doğrudan hastaların birbirlerini etkileyerek davranışlarını gözden geçirmeye yönelten grup tartışmalarının HT tedavisi üzerindeki olumlu etkisidir. Bu etki girişimin hemen sonrasında daha belirgin iken zaman geçtikçe azalma eğilimindedir. İkincisi ise, tartışmanın başında çalışmanın en önemli kısıtlılığı olarak belirttiğimiz gibi çalışmanın girişimsel bölümüne katılım çok düşük olmuştur. Her ne kadar buna uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiş olsa da sonuçlarımız bu nedenle dikkatli yorumlanmalıdır.

Adana’da Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 109 hipertansif hasta ile hastalık algılarına yönelik yapılan grup görüşmeleri sonrasında hastaların kan basıncı kontrol durumlarını inceleyen çalışmada, görüşmeler öncesi kan basıncı kontrol oranı %27,5 iken, üç ay sonra kontrollerde %70’e yükselmiştir (90). Bu çalışmada da bizim çalışmamız ile uyumlu olarak, grup görüşmelerinin hastaların hastalık algılarını olumlu yönde etkileyerek kan basıncı kontrolünde iyileşmeye katkıda bulunabileceği sonucuna varılmıştır.

6. SONUÇ-ÖNERİLER

Çalışmamız 1995 yılında yapılan AYDINHİP çalışmasından sonra, Aydın ili 18 yaş ve üzeri nüfusta, hipertansiyon hastalığı sıklığı, farkındalık, tedavi alma ve kontrolde olma oranlarına yönelik tanımlayıcı verilerin belirlenmesi; bunun yanı sıra hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyum durumlarının, uyumsuzluk nedenlerinin saptanması ve uyumu artırmaya yönelik yapılacak bir girişimin etkisinin gözlenmesi konusunda önemli sonuçlar ortaya koymuştur.

1. Aydın bölgesinde hipertansiyon prevalansı %29,4 olarak saptanmıştır. Son 20 yılda HT prevalansında bir değişiklik olmamıştır.
2. HT prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. Erkeklerde daha yüksek bulunmuş olmakla birlikte her iki cinsiyet arasındaki fark anlamlı değildir. Bunun yanı sıra eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda, ev hanımlarında ve çiftçilerde HT daha sıktır. Alkol kullanmayanlarda ve sigarayı bırakmış olanlarda HT görülme sıklığı anlamlı ölçüde daha fazladır.
3. Çalışma sonuçlarımıza göre bölgemizde hipertansif bireylerin %70,1'i durumlarının farkındadır; farkında olanların %87,3'ü, tüm hipertansiflerin ise %61'i tedavi almaktadır; tedavi alanların %54,9'unda, tüm hipertansiflerin %35,8'inde KB kontrol altındadır. Farkındalık, tedavi alma ve kontrol oranlarında son 20 yılda önemli artış gözlenmiştir.
4. Kadınlar durumlarının daha çok farkındadır. Farkındalık oranları yaşla birlikte artmaktadır. Bekarlar, eğitilmişler, serbest çalışanlar, yüksek gelirli durumlarının daha az farkındayken, ev hanımlarında farkındalık oran en yüksektir. Sosyal güvencesi olmayanlar ve kırsal bölgede yaşayanlar daha az tedavi almaktadır. Tedavilerinin uygulanması konusunda yakınlarından destek alanlarda ilaçlarını düzenli kullanma oranı anlamlı ölçüde artmaktadır. Kırsal bölgede yaşayanlar ve sosyal güvencesi olmayanlarda antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanmama oranları daha yüksektir.

5. İlaç uyumsuzluk nedenleri arasında en sık hastalığın semptomsuz doğası, unutkanlık ve bilgi eksikliği belirtilmiştir.
6. Hipertansiyon hastalığı, tedavisi ve yol açabileceği hastalıklar konusunda katılımcıların bilgi düzeyleri düşüktür. HT ile ilgili bilgi alanlarda bu durum davranışlara da yansımaktadır.
7. Daha önce HT tanısı almış olanların %66,5'i ilaç tedavisine uyumlu bulunmuştur. Sosyal güvence varlığı ve kentsel bölgede yaşama uyumu artırmaktadır. Yemeklerine tuz ekleyenlerde, KB ölçtürmeyenlerde ve HT için düzenli kontrole gitmeyenlerde tedaviye uyum daha düşüktür.
8. İlaç tedavisine uyum KB kontrol oranlarını artırmaktadır. KB kontrolde olanların tedaviye uyumu daha yüksektir.
9. Hastaların ilaç kullanımı ve yaşam tarzı üzerine görüşlerini paylaştıkları ve tartıştıkları grup toplantıları tedaviye uyumu artırmaktadır. Bu etki zamanla azalmaktadır. Tedaviye uyumdaki artış SKB ve DKB değerlerini düşürmektedir.
10. Çalışmamızın girişimsel bölümü özellikle katılımcı sayısının azlığı nedeniyle kısıtlılıklar içermektedir. Buna karşın sonuçlarımız umut vericidir. Daha fazla katılımcıyla ve kontrol grubunun da yer alacağı yeni çalışmalar yapılmalıdır.

ÖZET

HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE HASTA UYUMU VE HASTALARIN SAĞLIK ANLAYIŞLARINA YÖNELİK BİR GİRİŞİMİN UYUM ÜZERİNE ETKİSİ

Giriş ve amaç

Çalışmamızın amacı, Aydın ili 18 yaş ve üzeri nüfustaki hipertansiyon sıklığı, farkındalık, tedavi ve kontrolde olma oranları ve uyuma ilişkin tanımlayıcı verilerin saptanması ve uyumu artırmaya yönelik bir girişimin etkisinin belirlenmesidir.

Gereç ve yöntem

Araştırma kesitsel bir alan çalışması ve devamında girişimsel çalışma olarak tasarlanmıştır. TUIK nüfus verileri kullanılarak Aydın ili ve ilçelerindeki 18 yaş ve üstü nüfustan tabakalı, sistemik rastgele örnekleme yapıldı. Örneklem büyüklüğü 1075 olarak belirlendi. Haziran-Temmuz 2013 aylarında, çalışmaya alınacak kişilere bizzat yaşadıkları ortamlarda, yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulandı ve standardize edilmiş yöntemle kan basınçları ölçüldü. HT tanısı olan kişilerin tedaviye uyumlarını ölçmek için MMAS(Morisky Medication Adherence Scala) ölçeği kullanıldı ve 7 ve altı puan alanlar tedaviye uyumlu, 8 ve üstü alanlar tedaviye uyumsuz olarak kabul edildi. Çalışmanın girişimsel kısmında, daha önce HT tanısı alan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 11 kişiyle küçük grup tartışması gerçekleştirildi. Küçük grup tartışmaları öncesinde, 3 ve 6 ay sonrasında hasta uyumları MMAS ölçeğiyle değerlendirildi ve kan basıncı ölçümleri yapıldı. Veriler SPSS 17.0 istatistik programıyla oluşturulan veri tabanına işlenerek istatistiksel değerlendirme yapıldı.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması $45,6 \pm 15,5$ idi; %51,3'si (s:551) kadın, %54,6'sı(s:587) ilkokul mezunu, %81,1'i(s:872) evli ve %65,4'ü(s:703) kentsel bölgede yaşıyordu. Katılımcıların %38,4'ü(s:413) yemeklere başlamadan önce hiç tuz kullanmıyordu. Yüzde 5,3'ü(s:57) düzenli olarak alkol ve %30,6'sı(s:329) sigara kullanırken ve %64,0'ü(s:688) egzersiz yapmamaktaydı. Yüzde 24,6'sı(s:264) daha önce hiç kan basıncını ölçtürmemiş olan katılımcıların %46,5'i(s:500) normal kan basıncı değerlerini tam olarak bilmekteydi.

Bölgemizde HT prevalansı (KB yüksek çıkanlar+KB normal çıkıp daha önce HT tanısı alanlar) %29,4 (s:316) olarak saptandı. Çalışmaya katılanların %20,6'sı(s:221) daha önce HT tanısı almıştı, %8,8'i(s:95) ise yeni olarak saptanmıştı. Tüm HT hastalarının %70,1'i(s:221) hipertansiyon hastası olduğunun farkında idi. Farkında olanların %87,3'ü(s:193) (%69,9'u düzenli, %30,1'i ara sıra) ve tüm tanı almışların %61,0'i (s:193) tedavi alıyordu. Yüzde %68,3'ü (s=151) ilacının ismini bilmiyordu. İlaç ismini belirtenler veya yanında olan hastalar arasında en sık kullanılan ilaç grubu %14(S:31) ile ARB-diüretik kombinasyonu olarak bulundu; hiç ilaç kullanmayanların oranı ise %12,7 (s=28) idi. Tüm HT hastalarının % 35,4'ünün (s=112) , tedavi alanların %54,9'unun (s=106) kan basınçları kontrol altındaydı. Hastaların MMAS puan ortalaması $5,82 \pm 2,91$ idi ve daha önce tanı alan hipertansif hastaların %66,5'i(s:147) ilaç tedavisine uyuyordu. İlaçlarını düzensiz kullandığını veya hiç kullanmadığını belirten 86 (s=%38,9) hastanın tedaviye uyumsuzluk nedenleri sorgulandığında ilk sırada hastalığın semptom yaratmaması (%24,9; s=55), ikinci sırada ise ilaç almayı unutma (%23,1;s=51) yer almaktaydı.

Tedaviye uyum ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, sigara içme ve alkol kullanma alışkanlıkları, egzersiz yapma ve ek hastalığı olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Kentsel bölgede yaşamak ve hastanın herhangi bir sağlık güvencesinin olması tedaviye uyumu anlamlı ölçüde artırıyordu (sırasıyla $\chi^2=13,357$; $p < 0,001$ ve $\chi^2=9,681$; $p=0,008$). Ayrıca yemeklere başlamadan önce hiçbir zaman tuz kullanmayanlarda tedaviye uyum oranı anlamlı ölçüde daha yüksek iken ($\chi^2=13,594$; $p=0,004$) düzenli tansiyon ölçtürmeyen ve düzenli kontrole gitmeyen hastalarda uyum oranı anlamlı ölçüde daha düşüktü (sırasıyla $\chi^2=13,971$; $p=0,007$ ve $\chi^2=33,838$; $p < 0,001$).

Hastaların sağlık anlayışlarını değiştirmeye yönelik yapılan küçük grup görüşmelerinden üç ay sonraki kontrollerde saptanan ilaç uyumu, çalışma öncesine ve altı ay sonrasındaki kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti ($\chi^2=7,364$; $p=0,007$). Bunun yanı sıra katılımcıların grup çalışması öncesindeki, üç ve altı ay sonrası kontrollerindeki SKB ve DKB ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla $\chi^2R=6,465$; $p=0,039$ ve $\chi^2R=6,000$; $p=0,05$).

Sonuç

Çalışmamızda Aydın ili HT prevalansı Türkiye ortalamasına yakın değerde bulunmuştur ve son 20 yılda önemli bir değişiklik olmamıştır. Farkındalık, tedavi alma ve kontrol oranlarında ise önemli artış gözlenmektedir. Buna rağmen tedaviye uyum konusunda halen sıkıntılar yaşanmaktadır. Hastaların ilaç kullanımı ve yaşam tarzı üzerine görüşlerini paylaşarak sağlık inanışlarını değiştirmeye yönelik yapılan grup toplantıları tedaviye uyumu artırsa da etkisi zamanla azalmaktadır. Bu nedenle sağlık inanışlarını değiştirmeye yönelik kalıcılığı olan girişimlerin tedaviye uyumu artıracığı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: hipertansiyon, prevalans, farkındalık, tedavi, kontrol, hasta uyumu, sağlık inanışı.

ABSTRACT

PATIENT COMPLIANCE IN HYPERTENSION MANAGEMENT AND THE IMPACT OF AN INTERVENTION FOR PATIENT' HEALTH BELIEFS ON PATIENT COMPLIANCE

Introduction and aim

Aim of this study; (1) to identify awareness of hypertension and hypertension prevalence and to determine how many patients with hypertension disease are kept under control and how many of them have been treated; (2) to determine patient compliance to anti-hypertensive treatment and factors which effect to patient compliance: (3) to determine of descriptive data related to compliance: (4) to determine the effect of one attempt to improve compliance.

Materials and methods

In this sectional study; stratified, systemically and randomized sampling of 18 years and older population in Aydin, was done. Sampling size was determined as 1075. In June-July 2013, survey was performed to participants in their environment with face to face interview method and their blood pressure was measured with standardized method. MMAS scale was used to evaluate patients' compliance to treatment.. Interventional part of the study, small-group discussions were performed with 11 patients who diagnosed HT previously and agreed to participate in the study. Aim of this small group discussions were to influence each other with talking about patient' health beliefs on HT. After 3 and 6 months from small-group discussions, their blood pressure was measured and evaluated patients' compliance to treatment with MMAS again.

Results

%51,3 of participants were women, %54,6 of them were primary school graduate, %81,1 of them were married, %65,4 of them were living in urban region and their mean age was($\pm$ Standard deviation) 45,6 $\pm$ 15,5. %38,4 of participants were using no salt before enjoying meal. %5,3 of participants were using alcohol and %30,6 of them were smoking regularly.

%64,0 of participants had no exercise. Blood pressure of %24,6 of participants was never evaluated formerly.

Hypertension prevalence was determined as %29,4 in our region. %70,1 of all hypertension patients were aware of their illness. %87,3 of patients (%69,9 regularly, %30,1 irregularly) who were aware of their illness and %61,0 of all hypertension patients were treated. The most commonly used drug group was ARB-diuretic combination. Blood pressure of %54,9 of patients who used medical drugs and %35,4 of all hypertension was under control.

%66,5 of patients with MMAS scale mean point 5.82 ± 2.91 were using their medical drugs regularly. Major reasons for non-compliance to treatment were imperceptible symptoms of disease(%24,9) and forgetfulness of patient to take medical drugs(%23,1). Significant relation was not founded between patient compliance to treatment with age, gender, education level, marital status, career, income level, smoking and alcohol using, exercising and having additional disease($p > 0,05$). Patient compliance to treatment was founded less in patients who live in rural areas, patients who use salt before start eating, patients who measure their BP and go to control regularly than others. (respectively $\chi^2=13.61$ and $p < 0.001$; $\chi^2=13.90$ and $p=0.003$, $\chi^2=13,971$ and $p=0,007$; $\chi^2=33,838$ and $p < 0,001$).

Patient' medication adherence was founded more after 3 months from small-group discussions than before small-group discussions and after 6 months. The averages of SBP and DBP were less than according to before small-group discussions.

Conclusions

In our study, prevalence of HT was founded close in average of Turkey and has been no significant change in the last 20 years. A significantly increase were observed on the awareness, treated and control rates. Nevertheless, there are still difficulties in adherence to treatment. Patient' medication adherence was increased with small-group discussions what aimed changing patient' health beliefs, but the effect of this intervention was decreased with time. Therefore, this kind of interference is expected to improve therapy compliance.

Key words: hypertension, prevalence, awareness, treatment, control, patient compliance, health belief.

KAYNAKLAR

1. Eryılmaz U, Akgüllü Ç. Aile hekimliği uygulamasında hipertansiyon tanı süreci ve yönetim. Turkish Family Physician 2008; 3(2): 14-18.
2. Türk Kardiyoloji Derneği ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. <http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> 02.01.2014.
3. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2011.
4. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 WHO/ISH statement on management of hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1983-1992
5. Blumenfeld JD LJ. Hypertension and the kidney. In: Brenner BM (Ed). Brenner & Rector's The Kidney. 8 th ed. Philedelphia: Saunders Co;2008.p.1465-527.
6. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. JAMA. 2003; 289(18): 2363-9.
7. Onat A. Toplumumuzda kan basıncı ve hipertansiyon. <http://tekharf.org/2009.html/> 12.12.2013.
8. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç et al. Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens 2005; 23(10): 1817-23.
9. Şengül Ş, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel Ş, Karatan O, Turgan Ç, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, Ertürk Ş, on behalf of the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. Kidney International Supplements (2013) 3, 326–331; doi:10.1038/kisup.2013.68.
10. Sönmez HM, Başak O, The epidemiology of elevated blood pressure as an estimate for hypertension in Aydın, Turkey. Journal of Human Hypertension 1999; 13: 3999-404.
11. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560-2572.

12. Ogedegbe G, Schoenthaler A, Richardson T, Lewis L, Belue R, Espinosa E, Spencer J, Allegrante JP, Charlson ME. An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: rationale and design. *Contemp Clin Trials* 2007; 28: 169–81.
13. Cramer J. *Medicine Partnership*, Heart 2003; 89
14. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: Evidence for Action*. WHOPublication, 2003.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
15. Özbayram A. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008.
16. İçyeroğlu G. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 2012.
17. Stock St. Endüstri çalışanlarında uyumsuzluk ve yüksek kan basıncı çalışması. Lit Yayınevi. Münster, 1993
18. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 271-280.
19. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med* 2006; 6: 536–539.
20. Ren XS, Kazis LE, Lee A, Zhang H. Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2002; 27: 47-56.
21. Lagi A, Rossi A, Passaleva M T, Cartei A, Cencetti S. Compliance with therapy in hypertensive patients. *Intern Emerg Med* 2006; 1: 204-208.
22. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(2): 167-172.
23. Jokisalo E, Kumpusalo E, Enlund H, Halonen P, Takala J. Factors related to noncompliance with antihypertensive drug therapy, *Journal of Human Hypertension* 2002; 16: 577-583.
24. Lee Y. Awareness of blood pressure among older adults: A cross-sectional descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44: 796 – 804.

25. Jeannie K Lee. How should we measure medication adherence in clinical trials and practice? *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2007; 3(4): 685–690.
26. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther* 1999; 21: 1074-90.
27. Van Dulmen S, Slujis E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 55.
28. Karakoç VK, Ömer Z, Can H. Birinci Basamakta Hipertansiyona yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012; 62-67.
29. Yabul C. Konya ilinde hipertansiyon prevalansı ve farkındalık. Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2011.
30. 2013 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). *Journal of Hypertension* 2013, 31: 1281–1357.
31. Mancia G, Grassi G. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması. Kozan Ö. Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2009; 15-22.
32. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2007; 147:783.
33. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2007; 28: 1462-1536.
34. World Health Organization, Bulletin of the World Health Organization. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicenter study. Anonymous. 2001; 79(6): 490-498.
35. Ross S, Walker A, Macleod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs, *Journal of Human Hypertension* 2004; 18(9): 607-613.
36. Cingil D, Delen S. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Dern. Arş.* 2009; 37(8): 551-556

37. Aparcı M, Kardeşoğlu E, Comparison of the Treatment Period and Individual Properties of Patients with Hypertension Followed Up in the Two Cottage Hospitals from the Different Social Cultural Subgroups. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(4): 333-338.
38. Mert H, Özçakar N. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. Türk Aile Hek Derg 2011; 15(1): 7-12.
39. Weinman J, Petrie KJ, Sharpe N, Walker S. Causal attributions in patients and spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes. Br J Health Psychol 2000; 5: 263–273.
40. Majtas J. Medication compliance patterns in population with antihypertensive treatment. Acta Facult. Pharm. Univ. Comenianae, 2003; 50: 90–99
41. Finset A, Gerin W. How can we improve medication adherence and lyfestyle changes in hypertensive patiente? Patient Education and Councelling 2008; 72: 1 – 2.
42. Domaç M, Hayran o; Dülger GA, Balta E, Özkan O. Türkiye’de hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve antihipertansif kullanım özellikleri. Türk Eczacılar Birliği Araştırma Yayınları Dizisi. Ankara, 2000; 3.
43. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representtation of illness. Psychol Health 1996; 11:431-445.
44. Petrie KJ, Wessely S. Modern worries, new technology, and medicine. BMJ 2002; 324: 690–691.
45. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğin’in Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri 2007; 10: 192-200.
46. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman, J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. Psychosom Med 2002; 64: 580–586.
47. Scott JC, Beck A, William P, et al. A randomized trial of group outpatient visits for clinicall ill order HMO members: The cooperative health care clinic. J Am Geriatr Soc.1997; 45: 543–549.

48. Wellington M. Stanford health partners: rationale and early experiences in establishing physician group visits and chronic disease self-management workshops. *J Ambul Care Manag* 2001; 24: 10–16.
49. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26:1–7
50. Scott JC, Conner DA, Venhor I, et al. Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: A 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1463–1470.
51. Masley S, Sokoloff J, Hawes C. Planning group visit for high-risk patients. *Fam Pract Manag* 2000; 33–37.
52. Clancy DE, Cope DW, Magruder KM, Huang P, Salter KH, Fields AW. Evaluating group visits an an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29: 292-302.
53. Demirezen E. Türkiye’de ve Almanya’da yaşayan antihipertansif ilaç kullanan Türklerde ilaç tedavisine uyum. Hemşirelik Programı Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
54. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları. www.tuik.gov.tr/ 23.05.2014.
55. Türk toplumunda tuz tüketimi ve kan basıncı çalışması. www.turkhipertansiyon.org/pdf/salt_160608.ppt/ 23/05/2014
56. Arıcı M, Turgan C. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. *J Hypertens*. 2010; 28(2): 240-4.
57. Satman I, Yilmaz T, Sengu’l A et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 25: 1551–1556.
58. Satman I, Omer B, Tutuncu Y et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013; 28: 169–180.
59. Suleymanlar G, Utas C, Arinsoy T et al. A population-based survey of Chronic RENal Disease In Turkey—the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26: 1862–1871.

60. Erem C, Hacıhasanoglu A, Kocak M, Deger O, Topbas M. Prevalence of prehypertension and hypertension and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon Hypertension Study. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Mar; 31(1): 47-58.
61. Kearney PM, Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
62. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA*. 2010 May 26;303(20):2043-50.
63. Costanzo S, Di Castelnuovo A et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in healthy unrelated male-female pairs of European regions: the dietary habit profile in European communities with different risk of myocardial infarction—the impact of migration as a model of gene-environment interaction project. *J Hypertens*. 2008 Dec;26(12):2303-11.
64. Kastarinen M, Antikainen R et al. Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Finland during 1982–2007. *Journal of Hypertension*, 2009; 27, 1552-1559.
65. Pereira M, Lunet N et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *Journal of Hypertension* 2009, 27: 963–975.
66. Kearney PM, Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
67. Choi KM, Park HS, Han JH et al. Prevalence of prehypertension and hypertension in a Korean population: Korean National Health and Nutrition Survey 2001. *J Hypertens* 2006; 24: 1515–21.
68. Jenei Z, Pall D, Katona E et al. The epidemiology of hypertension and its associated risk factors in the city of Debrecen, Hungary. *Public Health* 2002; 116: 138–44.
69. Dorobantu M, Darabont RO, Badila E, Ghiorghe S. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Romania: Results of the SEPHAR Study. *Int J Hypertens*. 2010; 9: 706-94.
70. Wyatt SB, Akylbekova EL, Wofford MR, Coady SA, Walker ER, Andrew ME, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Jackson Heart Study. *Hypertension*. 2008; 51(3): 650-6.

71. Miller NH. Measuring hypertension control. *Manag Care*. 2003;12(8)(suppl hypertension): 51-55.
72. Angell SY, Garg RK, Gwynn RC, Bash L, Thorpe LE, Frieden TR. Prevalence, awareness, treatment, and predictors of control of hypertension in New York City. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2008; 1(1): 46-53.
73. Mittal BV, Singh AK. Hypertension in the developing world: challenges and opportunities. *Am J Kidney Dis*. 2010 Mar;55(3):590-8.
74. Zdrojewski T, Bandosz P, Szpakowski P et al. The prevalence of major risk factors for diseases of the cardiovascular system in Poland. Test results NATPOL PLUS. *Kardiolog. Pol.* 2004; 61(supl. IV): 15–17.
75. Zhou BF, Stamler J, Dennis B, Moag-Stahlberg A, Okuda N, Robertson C et al. Nutrient intakes of middle-aged men and women in China, Japan, United Kingdom, and United States in the late 1990s: the INTERMAP study. *J Hum Hypertens* 2003; 17: 623-30.
76. Khaw KT, Bingham S, Welch A, Luben R, O'Brien E, Wareham N et al. Blood pressure and urinary sodium in men and women: The Norfolk Cohort of the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 1397-403.
77. Hill M, Miller NH. Antihipertansif Tedaviye Uyum. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev.ed. Kazancı G. 3. baskı. İstanbul. Nobel kitapevi, 2004.
78. Ogedegbe G, Mancus CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003; 56: 520-529.
79. Burnier M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *American Journal of Hypertension*. 2006; 19(11): 1190-1196.
80. Turner BJ, Hollenbeck C, Weiner MG, et al. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009; 18: 672–681.
81. Ünalın P, Çifçili S, Uzuner A, Akman M. Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. *Türk Aile Hek Derg*. 2005; 9(4): 153-158.

82. Akgöl C. Hipertansiyon hastalarında antihipertansif tedaviye uyumun değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2008.
83. Lee GK, Wang HH et all. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. PLoS One. 2013; 8(4): 62775.
84. Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 1999; 6: 11-4.
85. Nandini N, Wayne P et all. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. Can Fam Physician. 2013; 59(2): 93–100.
86. Holt E, Joyce C et all. Sex Differences in Barriers to Antihypertensive Medication Adherence: Findings From the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults (CoSMO). J Am Geriatr Soc. 2013; 61(4): 558–564.
87. Hashmi S, Afridi M et all. Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan. PLoS One. 2007; 2(3): 280.
88. Şarlı Ş. Hipertansiyon hastalığı olanlarda tedaviye uyum, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2011.
89. Marin-Reyes F, Rodriguez-Moran M. Family support and drug therapy compliance in essential hypertension. Salud Publica Mex 2001; 43: 336-339.
90. Acehan O. Hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2010.

EKLER

Ek-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Nur Şeyda Şahin

Doğum yeri, tarihi: Ankara, 05.08.1982

Medeni durumu: Evli, 2 çocuk annesi

İletişim:

Adres: ADÜ Aile Hekimliği A.D. Aydın

e-mail: dr.n.seyda@hotmail.com

Telefon: 05417789380

Eğitim:

Çizmeci İlköğretim Okulu, Ankara

Dalaman Lisesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezunu (2007)

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. Araştırma görevlisi (giriş:14.03.2011)

Sertifikalar:

Sağlık Bakanlığı Çocuklarda İleri Yaşam Desteği, Erzurum, 2010

Sağlık Bakanlığı Travma ve Resüsitasyon Kursu, Erzurum, 2010

Sağlık Bakanlığı Rahim İçi Araç Uygulama Kursu, Aydın, 2013.

Sağlıkta Araştırma Kursu, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Aydın, 2013

Tütün bağımlılığı tedavisi ve eğitimi, 2013

SPSS Kursu, 3. Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, 2012

Niteliksel Araştırmalar Kursu, 4. Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, 7-10 Kasım 2013

İş deneyimi:

2007-2008 Burdur Gölhisar Yusufça Sağlık Ocağı

2010-2011 Erzurum Karayazı TEB İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisi

2011- Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

EK 2: Veri Toplama Formu

HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE HASTA UYUMU VE HASTALARIN SAĞLIK ANLAYIŞLARINA YÖNELİK BİR GİRİŞİMİN UYUM ÜZERİNE ETKİSİ

AÇIKLAMA: Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. N. Şeyda Şahin'in tez çalışmasıdır. Çalışma Aydın il sınırları içinde yüksek KB sıklığının; farkındalık, tedavi alma ve kontrolde olma oranlarının; önceden tanı almış hipertansiflerde tedaviye (ilaçlara ve yaşam tarzı önerilerine) uyumun; uyum belirleyicileri ve hastaların gösterdiği uyum paternlerinin; uyumun önündeki engellerin belirlenmesini ve uyumu artırıcı bir girişimin – küçük grup tartışmaları – sıklık çalışmasında saptanan hipertansif bireyler üzerindeki etkinliğinin saptanmasını amaçlamıştır. Çalışmaya katılanlardan bilgiler kimlik bilgileri olmaksızın elde edilecektir. İkinci kez ulaşılması gerekenlerin bilgileri ayrıca kodlanarak listelenecektir. Elde edile veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Okay BAŞAK

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı

ANKET FORMU

BİRİNCİ BÖLÜM

1-YAŞ: ...

2-CİNSİYET

(1) Kadın (2) Erkek

3-MEDENİ DURUM

(1) Evli (2) Bekar (3) Diğer (Belirtiniz:
.....)

4-MESLEĞİ

(1) Ev hanımı (2) İşçi (3) Memur (4) Serbest çalışan
(5) Sağlık çalışanı (6)Çiftçi (7) Diğer (Belirtiniz:
.....)

5-GELİR DÜZEYİ (AYLIK, AİLENİN GELİRİ)

(1) 900 TL ve altı (3)3001 TL-9000 TL
(2) 901 TL – 3000 TL (4) 9000 TL üstü

6-EGİTİM DÜZEYİ

- (1) Okuryazar değil (2) Okuryazar (3) İlköğretim
(4) Lise (5) Üniversite (2 VE 4 YIL)

7-SAĞLIK GÜVENCESİ VAR MI?

- (1) Evet (Yeşil kart)
(2) Evet (Diğer)
(3) Hayır

8- OTURDUĞU YER

- (1) Kentsel bölge (2) Kırsal bölge

9-YEMEKLERE BAŞLAMADAN ÖNCE TUZ ATIYOR MUSUNUZ?

- (1)Her zaman (3)Bazen
(2)Çoğu zaman (4)Hiçbir zaman

10-ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?

- (1)Düzenli kullanıyorum
(2)Sosyal içiciyim
(3)Kullanmıyorum

11-SİĞARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

- (1)Kullanıyorum
(2)Hiç kullanmadım
(3)Kullanıyordum, bıraktım

12-DÜZENLİ EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ?

- (1)Düzenli egzersiz yapıyorum
(2) Düzensiz egzersiz yapıyorum
(3)Egzersiz yapmıyorum

13-TANSİYONUNUZU NE SIKLIKTAKİ ÖLÇTÜRÜYORSUNUZ?

- (1)Düzensiz ölçtürüyorum (4)Her gün
(2)Ayda bir (5)Hiç ölçtürmüyorum
(3)Haftada bir

14-NORMAL SİSTOLİK VE DİASTOLİK TANSİYON DEĞERLERİ NELERDİR?

.....
.....

15-HİPERTANSİYON BULAŞICI BİR HASTALIK MIDIR?

- (1) Evet
- (2)Hayır
- (3) Bilmiyorum

16-HİPERTANSİYONUN TEDAVİ EDİLMEDİĞİ TAKDİRDE YOL AÇABİLECEĞİ SAĞLIK PROBLEMLERİNDEN BİLDİKLERİNİZ NELERDİR?.....

- (1)Kalp krizi
- (2)Felç
- (3)Beyin kanaması
- (4)Körlük
- (5)Damar hastalıkları
- (6)Böbrek hastalıkları
- (7)Hepsi
- (8)Bilmiyorum

17-BÖBREK HASTALIĞI HİPERTANSİYONA NEDEN OLABİLİR Mİ?

- (1)) Evet
- (2)Hayır
- (3) Bilmiyorum

18-HİPERTANSİYON İLE İLGİLİ HİÇ BİLGİ ALDINIZ MI?

- (1)Evet
- (2)Hayır
- (3) Bilmiyorum

19-CEVABINIZ EVET İSE; HİPERTANSİYONLA İLGİLİ BİLGİLERİ NEREDEN ALDINIZ?

- (1)Doktorumdan/Sağlık çalışanından
- (2)Kitap/Dergi/Gazete
- (3)TV/Radyo
- (4)İnternet
- (5)Diğer.....

20-DAHA ÖNCE HİPERTANSİYON TANISI ALDINIZ MI?

- (1) Evet
- (2)Hayır
- (3) Hatırlamıyorum

21-TANI ALMIŞ OLDUĞUNUZ EK HASTALIKLARINIZ VAR MI?

- (1)Evet
- (2)Hayır
- (3)Bilmiyorum

22-Cevabınız evet ise;HASTALIKLARINIZ

NELERDİR?.....

KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ:

ADI SOYADI:

İMZA:

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!

ANKETÖR:

.....

.....

İKİNCİ BÖLÜM

1 – Kaç TA ilacı kullanıyorsunuz?

.....
.....

2 –Tansiyon ilaçlarınızın adları nelerdir?

.....
.....

3-Tansiyon ilacınızın size nasıl yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?

- | | |
|--|-------------------------------|
| (1)Vucudunuzdaki fazla sudan kurtarıyor. | (5)Baş ağrınızı rahatlatıyor. |
| (2)Tansiyonunuzu düşürüyor. | (6)Diğer..... |
| (3)Felç olmaktan koruyor | (7)Bilmiyorum |
| (4)Kalp hastalıklarından koruyor | |

4- Doktorunuz ilaçlarınızı hangi sıklıkta almanızı önerdi?

- | | |
|-------------------------|---------------|
| (1)Hergün | (3)Bilmiyorum |
| (2)İhtiyaç duyduğunuzda | |

5-Tansiyon ilaçlarınızı doktorunuzun önerdiği sıklıkta düzenli kullanıyor musunuz?

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| (1)Evet, düzenli kullanıyorum. | (3)Hiç kullanmıyorum |
| (2)Hayır, ara sıra kullanıyorum | |

6-İlacınızı düzensiz kullanıyorsanız veya hiç kullanmıyorsanız nedeni nedir?

- (1)Hipertansiyon hakkında bilgi eksikliği olması
- (2)İlaçlarını almayı unutması
- (3)İlacın yan etkisi nedeniyle ilaç tedavisinin kendisine zarar verebileceğini düşünmesi,
- (4)Sağlık güvencesinin olmaması
- (5)Hipertansiyonun belirti vermemesi nedeniyle ilacı kullanmanın gereksiz olduğu düşüncesi,

düşüncesi,

- (6)Kullanılan dozun sıklığı ve gün içinde birden çok ilaç kullanma zorluğu
- (7)İlaca bağımlı hale gelebileceğine inanması,
- (8)Tedav

inin etkili olmadığına inanması

- (9)Diğer.....

7-Doktorunuza hipertansiyon hastalığınız için düzenli kontrole gidiyor musunuz?

- (1)Düzenli kontrole gidiyorum
- (2) Düzensiz kontrole gidiyorum
- (3)Kontrole gitmiyorum

8-Hipertansiyon dışında başka bir hastalığınız için ilaç kullanıyor musunuz?

- (1)Evet
- (2)Hayır

9-Ailenizde veya çevrenizde ilaçlarınızı kullanmanızda size yardım eden birileri var mı?

- (1)Evet
- (2)Hayır

10-Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra tuz kullanma alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?

- (1)Tuz kullanma miktarını artırdım
- (2) Tuz kullanma miktarını azalttım
- (3)Hiçbir değişiklik olmadı
- (4)Bilmiyorum

11- Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra alkol kullanma alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?

- (1)Alkol kullanmaya başladım
- (2) Alkol kullanmayı artırdım
- (3) Alkol kullanmayı azalttım
- (4) Alkol kullanmayı tümüyle bıraktım

12- Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra sigara içme alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?

- (1)Sigara içmeye başladım
- (2) Sigara içmeyi artırdım
- (3) Sigara içmeyi azalttım
- (4) Sigara içmeyi tümüyle bıraktım

13- Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra egzersiz yapma alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?

- (1)Egzersiz yapmıyorum
- (2)Evet, düzenli egzersiz yapmaya başladım
- (3)Hayır, eskiden olduğu gibi devam ediyor.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

14-Hipertansiyon ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz oldu mu?

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1)Her zaman | (3)Bazen |
| (2)Çoğu zaman | (4)Hiçbir zaman |

15- Hipertansiyon ilacınızı temin edemediğiniz oldu mu?

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1)Her zaman | (3)Bazen |
| (2)Çoğu zaman | (4)Hiçbir zaman |

16-Kendinizi iyi hissettiğinizde hipertansiyon ilacınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu?

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1)Her zaman | (3)Bazen |
| (2)Çoğu zaman | (4)Hiçbir zaman |

17-Kullandığınız hipertansiyon ilacınızın yan etkilerinden dolayı ilacınızı bıraktığınız oldu mu?

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1)Her zaman | (3)Bazen |
| (2)Çoğu zaman | (4)Hiçbir zaman |

18-Eğer başka hastalıklarınızla ilgili birden fazla ilacınız varsa bu hipertansiyonla ilgili ilaçlarınızı kullanmanızı olumsuz etkiliyor mu?

- | | |
|---------------|-----------------------------|
| (1)Her zaman | (4)Hiçbir zaman |
| (2)Çoğu zaman | (5)Başka ilaç kullanmıyorum |
| (3)Bazen | |

19-Hipertansiyon ilaçlarınızı reçete ettirmek için başka hekimlere gittiğinizde, ilaçlarınızın bu hekimler tarafından değiştirildiği oldu mu?

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1)Her zaman | (3)Bazen |
| (2)Çoğu zaman | (4)Hiçbir zaman |

20-İşinizin yoğun olduğu dönemlerde hipertansiyon ilacınızı almadığınız oldu mu?

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1)Her zaman | (3)Bazen |
| (2)Çoğu zaman | (4)Hiçbir zaman |

21-Sağlık güvencesi sorunları nedeniyle hipertansiyon ilacınızı alamadığınız oldu mu?

- | | |
|---------------|-----------------|
| (1)Her zaman | (3)Bazen |
| (2)Çoğu zaman | (4)Hiçbir zaman |

22- Hastane veya eczaneye ulaşım sorunları nedeniyle hipertansiyon ilacınızı alamadığınız oldu mu?

- | | |
|--------------|----------|
| (1)Her zaman | (3)Bazen |
|--------------|----------|

(2)Çoğu zaman

(4)Hiçbir zaman

23-Hastalığınızın ciddi olmadığını veya hastalığınızı önemsememeniz nedeniyle

hipertansiyon ilacınızı alamadığınız oldu mu?

(1)Her zaman

(3)Bazen

(2)Çoğu zaman

(4)Hiçbir zaman

24-Hastalığınızın size rahatsızlık yaratmaması nedeniyle hipertansiyon ilacınızı alamadığınız oldu mu?

(1)Her zaman

(3)Bazen

(2)Çoğu zaman

(4)Hiçbir zaman

25-Evden kısa veya uzun süreli ayrıldığınızda ilaçlarınızı yanınıza alıyor musunuz?

(1)Her zaman

(3)Bazen

(2)Çoğu zaman

(4)Hiçbir zaman

KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ:

ADI SOYADI:

İMZA:

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!

ANKETÖR:

MORİSKY UYUM SKALASI

Size hipertansiyon tedavisi almanız önerilmiş.Bireyler medikal tedavi alma ile ilgili bazı sorunlar tariflemişler ve biz sizin bu konudaki davranışlarınızla ilgileniyoruz.Ankette doğru veya yanlış cevap yok.Lütfen her soruya hipertansiyon tedavinizde ki kendi davranışlarınıza dayanarak cevap veriniz.

Lütfen doğru cevabı yuvarlak içine alınız

	HAYIR	EVET
Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?		
İnsanlar bazen unutmaları dışında bazı nedenlerden ilaçlarını almazlar. Son 2 haftayı düşündüğünüzde, tedavinizi almadığınız birgün oldu mu?		
İlacı aldığınızda kendinizi kötü hissettiğiniz için, doktorunuz söylemeden hiç ilaç tedavinizi kestiğiniz ya da ara verdiğiniz oldu mu?		
Evden ayrıldığınızda veya seyahat ettiğinizde, ilacınızı yanınıza almadığınız olur mu?		
Dün ilacınızı aldınız mı?		
Tansiyonunuzun kontrol altında olduğunu hissettiğinizde, bazen ilaç tedavinizi durdurduğunuz olur mu?		
Bazı insanlar için hergün ilaç tedavisi almak gerçek bir sorundur. Kan basıncı tedavi planınızın üzerinize yapışması bazen kendinizi kötü hissettirir mi?		
Hangi sıklıkta ilacınızı almayı hatırlamakta zorlanırsınız?(Lütfen doğru seçeneği yuvarlak içine alınız)	Hiç/Nadiren	
	Arada bir	
	Bazen	
	Sıklıkla	
	Her zaman	