

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

DOKTORA TEZİ

**TÜRKİYE VE ALMANYA'DA YAŞAYAN
ANTİHİPERTANSİF İLAÇ KULLANAN TÜRKLERDE
İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM**

ESMA DEMİREZEN

**DANIŞMAN
DOÇ.DR.NURSEN Ö. NAHCIVAN**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

İSTANBUL – 2006



TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak
olarak kabul edilmiştir.

tezi

Prof.Dr.Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Hemşirelik
Programın seviyesi : Yüksek Lisans Doktora
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Esmâ Demirezen
Tez Başlığı : Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Antihipertansif İlaç Kullanan Türklerde
İlaç Tedavisine Uyum
Sınav Yeri : İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 05 / 07 / 2006

Tez Sınav Jürisi

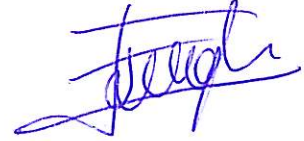
Ünvanı Adı Sovadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

- 1.Doç.Dr. Nursen Nahcivan / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı
Hemşireliği Anabilim Dalı (Danışman)
- 2.Prof.Dr. Zehra Durna / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı (Tez İzleme Jürisi)
- 3.Prof.Dr. Nevrez Koylan / İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi / Kardiyoloji Anabilim Dalı (Tez İzleme
Jürisi).
- 4.Prof.Dr. Semra Erdoğan / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı
Hemşireliği Anabilim Dalı
- 5.Prof.Dr. Nermin Olgun / Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

BEYAN

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

ESMA DEMİREZEN



İTHAF

Her zaman yanımda olan ve bana güç veren
başta Annem ve Babam, Haskız – Ali Demirezen olmak üzere
tüm aileme ithaf ediyorum . . .

TEŞEKKÜR

Değerli paylaşımları ve desteğinden dolayı tez danışmanım Doç.Dr. Nursen Ö. Nahcivan'a, Anabilim Dalı Başkanım Prof.Dr.Semra Erdoğan'a, okul müdürüm Prof. Dr. Zehra Durna'ya, I.Ü.Istanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi hocam Prof.Dr.Nevrez Koylan'a, uygulam sürecindeki desteklerinden dolayı Doç.Dr. Hasan Kudat'a, Farmakoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr.A.Yağız Üresin'e, Nefroloji Anabilim Dalı Prof.Dr. Tevfik Ejder'e, istatistiksel değerlendirmesindeki danışmanlığı için Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Biyoistatistik bilim dalı öğretim elemanı Dr. S. Yavuz Sanisoğlu'na ve desteklerinden dolayı Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm arkadaşlarıma,

Almanya'daki çalışmalarda desteğini esirgemeyen Evangelische Fachhochschule hemşirelik bölümü öğretim üyesi Prof.Dr.Ursula Henke'ye ve şahsında tüm ekibe, Ruhr Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Andreas Mügge'ye, Evangelische Kliniken'den Dr. Ayhan Yavuz'a, Bochum'dan Dr.Sonia Dabag'a, Essen'den Dr. Metin Öztürk ve Dr.Mohsen Tekiyeh'e, Gelsenkirchen'den Dr. Aydın Gegek, Dr. Selahattin Günay ve Dr. Hacı Karaarslan'a ve tüm ekiplerine.

Bu uzun süreç içerisinde, burada adını saymadığım, sayamadığım ancak varlıkları ve bilgileri ile ışık, enerjileri ile güç, motivasyon kaynağı olan herkese ve her şeye sonsuz teşekkürlerimle . . .

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından T-259/18062003 nolu proje olarak desteklemiştir.

Herzliches dank auch an das Dekanat,, Prof. Dr.Ursula Henke, Mitarbeitern und Studenten an der für der Evangelischen Fachhochschule RWL bereich Pflege und Kollegen und Freunde in Bochum, Essen und Gelsenkirchen.

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM	SAYFA
TEZ ONAYI	I
BEYAN	II
İTHAF	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ	VI – VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
ZUSAMMENFASSUNG	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1 – 3
2. GENEL BİLGİLER	4 –21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22 – 34
4. BULGULAR	35 – 77
5. TARTIŞMA	78 – 85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86 – 88
KAYNAKLAR	89 – 96
ETİK KURUL KARARLARI .(İ.Ü. ve Ruhr Üniversitesi).....	97 – 99
FORMLAR (VERİ TOPLAMA ARAÇLARI)	100 – 102
ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVSİNE UYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ	103 – 104
GÖRÜŞ ALINAN UZMANLAR	105 – 106
ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ GEÇERLİK DEĞERLENDİRMESİ	107 – 108
ÖZGEÇMİŞ	109 – 124

TEZ İÇİNDE YER ALAN TABLOLARIN LİSTESİ

NO	TABLO ADI	SAYFA
2.1	Kan Basıncının Sınıflandırılması	4
2.2	İlaç Uyumunun Değerlendirilmesinde Doğrudan ve Dolaylı Yöntemler	11
3.1	Türkiye ve Almanya'da Araştırmaya Katılan Hipertansiflerin Dağılımı (N=450)	25
4.1	Bireye İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)	36
4.2	Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)	37
4.3	Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)	38
4.4	Terapötik Çevreye İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)	38
4.5	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)	39
4.6	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu (Türkiye, N=224)	40
4.7	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Bireysel Faktörlerin Dağılımı (Türkiye, N=224)	41
4.8	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon ve Sağlık Durumu Faktörlerin Dağılımı (Türkiye, N=224).	42
4.9	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Tedaviye İlişkin Faktörlerin Dağılımı (Türkiye, N=224)	43
4.10	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Terapötik Çevreye İlişkin Faktörlerin Dağılımı (Türkiye, N=224)	45
4.11	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumda Belirleyici Faktörler (Türkiye, N=224)	46
4.12	Bireye İlişkin Özelliklerin Dağılımı (Almanya, N=226)	48
4.13	Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (Almanya, N=226)	49
4.14	Tedaviye İlişkin Bulguların Dağılımı (Almanya, N=226)	50
4.15	Terapötik Çevreye İlişkin Bulguların Dağılımı (Almanya, N=226)	51
4.16	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguların Dağılımı	52

	(Almanya, N=226)	
4.17	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu (Almanya, N=224)	52
4.18	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Bireysel Faktörlerin Dağılımı (Almanya, N=226)	54
4.19	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon ve Sağlık Durumu İlişkisi (Almanya, N=226)	55
4.20.	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon Tedavisi Faktörlerin İlişkisi (Almanya, N=226)	56
4.21	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Terapötik Çevre İlişkisi (Almanya, N=226)	57
4.22.	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumda Belirleyici Faktörler (Almanya, N=226)	59
4.23	Türkiye ve Almanya'da Yaşayanlarda Bireysel Özelliklerin Karşılaştırılması (N=450)	61
4.24.	Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Bireylerin Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=450)	63
4.25	Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Bireylerin Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=450)	64
4.26	Türkiye ve Almanya'daki Grupta Terapötik Çevreye İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=450)	65
4.27	Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyuma İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=450)	67
4.28	Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu (N=224)	68
4.29	Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Bireysel Faktörlerin Karşılaştırılması (N=450)	69
4.30	Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Hipertansiyon ve Sağlık Durumu Faktörlerinin Karşılaştırılması (N=450)	72
4.31	Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Hipertansiyon Tedavisi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=450)	75
4.32	Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Terapötik Çevre Faktörlerinin Karşılaştırılması (N=450)	77

TEZ İÇİNDE YER ALAN ŞEKİLLERİN LİSTESİ

NO	ŞEKİL ADI	SAYFA
3.1	Araştırma Tasarımı : Türkiye’de ve Almanya’da Yaşayan Hipertansiflerde İlaç Uyumu ve İlişkili Faktörler	22
3.2	Kan Basıncının Ölçümünde İzlenen Adımlar	29
4.1	Türkiye ve Almanya’da Yaş ve Anihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı	70
4.2.	Türkiye ve Almanya’da Çalışma Durumu ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı	70
4.3	Türkiye ve Almanya’da Hipertansiyona Bağlı Problem Yaşama Durumu ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı	73
4.4.	Türkiye ve Almanya’da Kronik Hastalık Durumu ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı	73
4.5.	Türkiye ve Almanya’da İlaçlara Bağlı Yan Etki Yaşama Durumu ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı	76

ÖZET

Demirezen E. Türkiye ve Almanya’da Yaşayan Antihipertansif İlaç Kullanan Türklerde İlaç Tedavisine Uyum, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi. İstanbul. 2006.

Bu çalışmanın amacı Türkiye ve Almanya’da yaşayan iki Türk hipertansif popülasyonda antihipertansif ilaç uyumunu belirlemek ve ilişkili faktörleri incelemektir. Araştırma Türkiye’de Şubat 2003- Ekim 2004 ve Almanya’da Mayıs 2003 – Temmuz 2004 tarihlerinde yürütülmüştür. Türkiye’deki çalışmalar İstanbul Üniversitesi’ne bağlı iki Tıp Fakültesi Hastanesi’nin birimlerinde , Almanya’da ise Bochum, Essen ve Gelsenkirchen şehirlerinde ise Türk hasta potansiyeli fazla olan hekimlerin muayenehanelerinde yürütülmüştür. Örneklem kapsamına kuruma gelen bireyler arasından olasılıksız olarak Türkiye’de 224, Almanya’dan 226, toplam 450 birey alınmıştır. Veriler Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği, anket formu ve kan basıncı ölçümleri ile yüz yüze görüşmelerle alınmıştır. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama,medyan kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler Student t test, Mann Whitney U testi, iki yönlü varyans analizi, post hoc çoklu karşılaştırma Tamhane’s T2 test ve lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Kan basıncı değerleri ve ölçek puanı uyumu için Kendall’s Tau b korelasyon analizi, ölçek iç tutarlık analizi için ise Chronbach alfa kullanılmıştır. Türkiye’de yaşayan hipertansiflerde uyumsuzluk oranı % 8 olarak belirlenmiş ve günde iki ve üzeri ilaç alanlarda, 4,28 kat (OR=4,28; % 95 GA=1,50 – 12,25) ve ilaca bağlı yan etki yaşayanlarda, 1,59 kat (OR=1,59; %95 GA=0,07 – 0,57) fazladır. Tedaviye uyumsuzluk oranı Almanya’da yaşayan grupta ise % 37,6’dır. İlaç uyumu ile “yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, günlük yaşamda kendini ifade edebilme, hipertansiyona bağlı şikayet yaşama, günlük alınan ilaç sayısı, ilaca bağlı yan etki yaşama, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu” arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur. İlaç tedavisine uyumsuzluk hipertansiyona bağlı şikayeti olduğunu ifade edenlerde 9,62 kat (OR=9,62; %95 GA=3,23 – 28,63) ve ilaçlara bağlı yan etki yaşadığını belirtenlerde 11,11 kat (OR=11,11; %95 GA=0,03– 0,24) daha fazla belirlenmiştir. Bulgular Türkiye ve Almanya’da uyumun istenilen düzeyde olmadığını, uyumun farklı özelliklerden etkilendiği ve konuyla ilgili daha fazla bilgiye gereksinim olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler:hipertansiyon, tedaviye uyum, antihipertansif, göçmenler, Almanya, Türkiye.

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından T- 259 / 18062003 no’lu proje olarak desteklemiştir.

ABSTRACT

Demirezen E. (2006). Antihypertensive Medication Compliance in Hypertensive Turkish Patients Living in Turkey and Germany İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Public Health Nursing, Nursing Program Doctorate Thesis, İstanbul.

The purpose of this comparative study was to define and determine related factors with medication compliance in hypertensive patient in Turkey and Germany. The study was conducted at various time intervals in Turkey February 2003–October 2004 and Germany May 2003– July 2004. Data were collected at two clinics at the İstanbul medicine faculty and physician offices with high proportion of Turkish patient in different cities, Bochum, Essen and Gelsenkirchen in Germany. Sample consisted of 224 patients from Turkey and 226 patient from Germany (Total 450). Data were collected with the Hypertension Compliance Assessment Scale, a questionnaire and blood pressure measurements during interviews. Results were evaluated statistically with descriptive (frequency distribution, percentage, mean, minimum, maximum, median) and analytical analysis (Student t test, Mann Whitney U test, logistic regression, two way anova, post hoc multiple comparative Tamhane's T2 test, Kendall's Tau b correlation and cronbach alpha analysis). Non compliance were 8 % in the group living in Turkey. "Daily taken number of medication, and side effects due to medications" were related factors and predictive factors for noncompliance. Those with 2 and more medications were found to have 4,28 (OR=4,28; % 95 GA=1,50 – 12,25), those with side effects due to medications 1,59 times (OR=1,59; %95 GA=0,07 – 0,57) more non compliant. Noncompliance were 37,6% in Germany. "Age, education, workin status, being able to express her/himself in daily life, problems related with hypertension, daily taken number of medications, side effects due to medications, being informed about hypertension and medications" were found to be related with medication compliance, but "problems related with hypertension, side effects due to medications" were most predictive factors. Those with problems related with hypertension were 9,62 times (OR=9,62; %95 GA=3,23 – 28,63) and those reporting side effects due to medications were 11,11 times more noncompliant. (OR=11,11; %95 GA=0,03– 0,24) . In conclusion, medication compliance is not at desired levels, related with various factors in both countries and more data are on this topic in both groups.

Key Words: hypertension, medication compliance, antihypertensiva, immigrants, Germany, Turkish

This study was supported by The Research Support Unit of İstanbul University as the project no T-259 / 18062006

ZUSAMMENFASSUNG

Demirezen E. (2006). Antihypertensive Medikationscompliance bei türkischen Hypertonie-Patienten in der Türkei und in Deutschland, Universität Istanbul, Gesundheits Wissenschafts Institut, Doktora Promotion in Bereich Pflege, Öffentliche Gesundheit, Istanbul.

Ziel dieser Vergleichsstudie ist die Bestimmung der Medikamentencompliance bei türkischen Patienten mit Hypertonie in der Türkei und in Deutschland, um die Einflußfaktoren im Hinblick auf die Compliance zu analysieren. Die Studie wurde in verschiedenen Kliniken in Istanbul und in Bochum, Essen und Gelsenkirchen durchgeführt. Die Daten wurden über Interviews mit türkischen Hypertonie Patienten in der Türkei (n=224) und Deutschland (n=226), mit dem Hypertonie Compliance Assessment Skala, einem Fragebogen und Blutdruckmessungen erhoben und mit Hilfe des SPSS Programms analysiert. Es wurden deskriptive Analysen wie Prozentzahl, Mode, Median etc. und Signifikanzanalysen wie Chi Square, Varianz, Regression, Kronbach Alfa etc. durchgeführt. Die Non-Compliancerate lag bei 8% bei den Patienten, die in der Türkei leben. Die tägliche Medikamenteneinnahme und die Nebenwirkungen in bezug auf die Medikamente sind die relevanten Faktoren, die die Medikamentencompliance beeinflussen. Diese Faktoren sind auch mitbestimmend für die Non-Compliance. Patienten mit Medikamenteneinnahmen von 2 oder mehr Medikamente waren 4,28 fach (OR=4,28; % 95 GA=1,50 – 12,25) und Patienten mit Nebenwirkungen 1,59 fach (OR=1,59; %95 GA=0,07 – 0,57) mehr noncompliant. Die Non-Compliance Rate der Patienten, die in Deutschland leben, lag bei 37,6%. Die Medikamentencompliance ist abhängig von Alter, Erziehung, Beschäftigungsverhältnis, der Fähigkeit, sich alltagssprachlich auszudrücken, Problemen in der Folge der Hypertonie, Nebenwirkungen der Medikation bzw. Informationen über Hypertonie und Medikamente. Aber die Haupteinflussfaktoren sind: Probleme in Folge der Hypertonie und Nebenwirkungen der Medikation. Patienten mit Problemen in Folge Hypertonie waren 9,62 fach (OR=9,62; %95 GA=3,23 – 28,63) und mit Nebenwirkungen 11,11 fach (OR=11,11; %95 GA=0,03– 0,24) mehr noncompliant. Die Daten zeigen, dass unterschiedliche Faktoren die Compliance beeinflussen. Es ist notwendig, weitere Daten über türkische Hypertonie Patienten in der Türkei und in Deutschland zu erheben.

Schlüssel wörter: hypertertonie, antihypertensiva medikamente, compliance, migranten Deutschland, Türkei

Dieses projekt wurde vom Forschungs institute der Universität Istanbul mit projekt nummer T-259 / 18062006 unterstützt.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, tüm toplumlarda sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturan ve bireylerde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen başlıca halk sağlığı sorunudur (Maier, Cooper, Kramer, Banegas, Giampaoli, Joffres, Poulter, Primatesta, Stegmayr, Thamm 2004).

Ülkemizde toplam 16.3 milyon yetişkin hipertansiftir (Onat 2001). Bu verilere göre Türkiye’de toplumun yaklaşık 1/3’ünün hipertansif olduğu ve Türk erişkinleri arasında insidansın giderek arttığı söylenebilir (Koylan 2004).

Hipertansiyon yönetiminde hedef, kan basıncının ilaç tedavisi ile ideal sınırlarda tutulmasıdır. Farmakoloji alanındaki gelişmeler sayesinde, günümüzde birçok farklı antihipertansif ilaçlar tedavi programlarında yer almaktadır. Tedavi programlarındaki bu gelişmelere karşın birçok toplumda, tedavi altındaki hipertansiflerin ilaç tedavilerini sürdürmede yetersizlikleri vardır. Bunun bir sonucu olarak tedavi altındaki bireylerin ancak % 25’inden daha azında kan basıncı değerleri istenilen sınırlardadır (Maier ve ark. 2004). Türkiye’de bu oran % 15-20 arasında değişmektedir (Arıca ve Çağlar 2002).

Antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk, kan basıncının kontrol altına alınamamasının başlıca nedenidir. Bireyin hekim önerilerine uyma düzeyi olarak tanımlanan “*Uyum*”, bireye ilişkin (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, göçmen ya da azınlık olarak ülkesi dışında yaşama, yaşadığı topluma uyum sağlayamama vb.), hastalık ve sağlık durumuna ilişkin (hipertansiyon süresi, ilaç kullanımı gerektiren başka kronik rahatsızlıkların olması, depresyon tanısı vb.), tedaviye ilişkin (antihipertansif ilaç kullanma süresi, günde alınan ilaç sayısı vb.) ve terapötik çevreye ilişkin özellikler (hekim-hasta etkileşimi, dil engeli, kurumun uzak olması, sağlık sigortasının olmaması, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu, tedaviden memnuniyet düzeyi vb.) olmak üzere birçok özellikler ile ilişkilidir (Stock,1993; Adherence to long term therapies,Evidence for Action WHO 2003, Domaç, Hayran, Dülger, Balta, Özkan 2001; Betancourt, Carillo, Green,1999). Türk erişkinlerinde hipertansiyon en yaygın kronik sağlık sorunu olmasına karşın (Onat 2000), antihipertansif ilaç tedavisi altındaki bireylerin tedaviye uyumuna ilişkin veriler sınırlıdır (Domaç ve ark.2001). Ancak bu sınırlı verilerle birlikte kan basıncı değerleri istenilen sınırlarda olanların hipertansiflerin oranındaki düşüklük, hastalığın yönetiminde ilaç tedavisine uyumun

önemli bir sorun olduğuna işaret etmektedir (Domaç ve ark.2001; Arıca ve Çağlar 2002).

İlaç uyumu ile ilişkili bireysel özelliklerden “kendi ülkesi dışında göçmen olarak yaşama” özelliği hızla globalleşen dünyada giderek daha da önem kazanmaktadır. Kendi ülkesi dışında yaşayanların kendi ülke vatandaşları ile karşılaştırıldığı çalışmalar sınırlı olmakla birlikte özellikle bazı derleme çalışmalarında “göçmen ya da azınlık olma durumunda yaşanan topluma uyum sağlayamama, dil engeli gibi sosyal ve kültürel özelliklerin, tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Betancourt ve ark. 1999; Shea ve ark. 1992).

Türk toplumu açısından, “göçmen olma” özelliği iki milyonu Almanya’da olmak üzere toplam üç milyon Türk’ün yaşadığı Avrupa bölgesindeki Türk popülasyonunun da (Unat 2002, Körber Vakfı 1998, Yılmaz 1997) önem kazanmaktadır. Türk göçmen popülasyonunun yoğun olarak yaşadığı Almanya’da toplumun % 12’sinden fazlasını göçmenler oluşturmaktadır. Ancak, Türklere ve diğer göçmen gruplarına ait veriler nüfus bilgileri, topluma uyumlarına ve ruhsal sorunlarına ilişkin veriler ile sınırlıdır. Kronik sağlık sorunları ve tedaviye uyumları ile ilgili veriler yok denecek kadar azdır. Razum, Geiger, Zeeb (2004) tarafından yayınlanan bir makalede Almanya’da, göçmenlere ve özellikle en büyük göçmen grubunu oluşturan Türklere ilişkin bilgilerin yetersiz olduğuna, Alman sağlık bakım sisteminin göçmenlerin kültürel ve sosyal özelliklerini dikkate almayan bir yapıda olduğunu, bu nedenle bu grupların dil problemi vb. nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanamadıkları belirtilmektedir. Yanı sıra Almanya’da yapılan bazı çalışmalarda (Oezcuerez ve 1999; Bongard ve ark. 2002;) kardiyovasküler sorunların Türk popülasyonunda başlıca morbidite ve mortalite nedeni olduğu; dil problemi, topluma uyum sağlayamama gibi nedenlerin genel nüfusa göre sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Hollanda’da yaşayan Türk diyabetikleri kapsayan bir çalışmada ise tedaviye uyumun genel popülasyona göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (Uitewaal, Hoes, Thomas, 2004). Avusturya’da yapılan bir başka çalışmada ise özellikle Türk göçmen kadınların dil engeli vb sorunlardan dolayı sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanamadıkları belirtilmektedir (Hochleitner M, Bader A, Sahin F, Bezirkan H, 2004).

Hipertansiyonun Türkiye’de ve Almanya’da yaşayan Türk popülasyonunda başlıca sağlık sorunu olması ve antihipertansif ilaç tedavisine uyuma ilişkin verilerin yetersizliği nedeniyle bu çalışmada Türkiye ve Almanya’da antihipertansif ilaç tedavisi alan bir grup Türk erişkinlerde, ilaç tedavisine uyumun belirlenmesi ve her iki ülkede antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Elde edilecek verilerin her iki ülkede sağlık çalışanlarına ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi, uyumsuzluk yönünden riskli olabilecek bireylerin belirlenmesi ve ilaç tedavisine uyumun geliştirilmesinde ışık tutacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 HİPERTANSİYON SINIFLANDIRMASI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Hipertansiyon, arteryal kan basıncının normal sınırların üstünde çıkması olarak tanımlanmaktadır. Amerikan ulusal hipertansiyonun önlenmesi, tanısı, değerlendirilmesi ve tedavisi ortak komitesinin (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) yedinci raporunda hedef kan basıncı değeri, $< 120 / 80$ mmHg olarak belirtilmektedir . Son rapora göre $> 120/80$ mmHg prehipertansif, $\geq 140 / 90$ mmHg hipertansif, $140 - 159 / 90 - 99$ mmHg birinci derece (Evre 1), $\geq 160/100$ mmHg ise ikinci derece (Evre 2) hipertansiyon olarak kabul edilmektedir (Chobanian, Bakris, Black, Cushman, Green, Izzo, Jones, Materson, Oparil, Wright, Rocella Jr. 2003) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1 Kan Basıncının Sınıflandırılması

<i>Kategori</i>	<i>Sistolik Kan Basıncı (mmHg)</i>	<i>Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)</i>
<i>Normal</i>	< 120	ve < 80
<i>Prehipertansiyon</i>	120 - 139	ve ya $> 80 - 89$
<i>Evre 1 Hipertansiyon</i>	140 - 159	veya 90 - 99
<i>Evre 2 Hipertansiyon</i>	≥ 160	veya ≥ 100

Kaynak: Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Rocella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee (2003), Seventh Report Of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, Hypertension, 12:6, 1206 - 1252.

Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkeyi etkileyen bir epidemiyoloji olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de erkeklerin % 43’ü, kadınların % 56’sı olmak üzere, toplam 16.3 milyon yetişkin hipertansiftir (Onat A 2001). Diğer ülkelere ait oranlar ise Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) % 28, Kanada’da % 27, İsveç ve İtalya’da % 38, İngiltere’de %42, İspanya’da %47, Almanya’da ise %55’dir (Maier ve ark.2004).

Bununla birlikte, özellikle kuzey Amerikan literatüründe, ülkeler için belirtilen bu hipertansiyon prevalans oranlarının, ülkelerin kendi içindeki sosyal ve ekonomik yönden dezavantajlı, göçmen ya da etnik azınlık gruplarında toplumun geneline göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu veriler önemli ölçüde Amerikan toplumunda yaşayan Afrika, Asya ve Latin kökenli bireyleri kapsamaktadır (Shea ve ark 1992;

Betancourt ve ark. 1999; Friday 1999; Morisky, Ang, Ward, Krousel-Wood, 2005; Collins ve Winkleby 2002).

Göçmen olarak yaşama durumunun hipertansiyon vb. koroner kalp hastalığı risk faktörleri üzerine etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmalar bulunmaktadır. Aynı etnik kökene sahip, başka bir ülkede göçmen olarak yaşayanlar ile kendi vatanında yaşayanların karşılaştırıldığı çalışmalar sıklıkla Asya (Fujimoto, Bergstrom, Boyko, Chen, Kahn, Leonetti, McNeely, Newell, Shofer, Wahl 2000; Richman, Bermingham, Ko, Mahojam, Steinbeck, Caterson 2000 ve Latin (Kaplan, Thompson, Coronado, Solomon 2004) kökenli bireyleride kapsamaktadır. Bu çalışmalarda, göç eden grupta kronik stres, topluma adaptasyon sorunları ve batılı yaşam biçimi ile sağlıksız beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi ile obezite, hipertansiyon vb kardiyovasküler risklerin arttığı vurgulanmaktadır (Fujimoto ve ark. 2000; Richman ve ark. 2000; Kaplan ve ark. 2004).

Türkiye dışında göçmen olarak yaşayan Türk popülasyonuna ilişkin veriler genellikle Avrupa bölgesinde yapılan sınırlı çalışma bulgularını yansıtmaktadır (Oezcuerez ve ark. 1999; Bongard ve ark. 2002; Hochleitner ve ark. 2004). Türk insanı 1960'larda, başta Almanya olmak üzere daha iyi gelir elde etmek ve çalışmak üzere göç etmeye başlamış ve bu ülkelerde azınlık göç toplumu özelliği kazanmıştır. Bugün Avrupa'da iki milyonu Almanya'da olmak üzere toplam üç milyon Türk yaşamaktadır (Yılmaz 1997; Körber Vakfı 1998; Unat 2002). Avrupa'da 40 yıllık bir geçmişine rağmen Türk popülasyonunun sağlık sorunları, hastalık yönetimine ilişkin problemleri yeteri kadar incelenmemiştir. Türk göçmenlerde kardiyovasküler sorunlarla ilgili olarak son yıllarda yapılan çalışmalarda (Oezcuerez ve ark. 1999; Bongard ve ark. 2002; Hochleitner ve ark. 2004) kardiyovasküler sorunların Türk popülasyonunda başlıca morbidite ve mortalite nedeni olduğu, dil problemi, topluma uyum sağlayamama vb. nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinden yararlanmanın genel popülasyonuna göre yetersiz olduğu belirtilmektedir. Almanya'da Giessen bölgesinde yaşayan Türk göçmenlerde koroner kalp hastalığı risk faktörlerinin incelendiği geniş kapsamlı Giessen çalışmasında hipertansiyon prevalansı Türk erkeklerde %12.2 , kadınlarda ise % 10.2 olarak belirlenmiştir Ancak konuyla ilgili veriler istenilen düzeyde değildir (Oezcuerez ve ark. 1999) . Avusturya (Hochleitner ve ark. 2004) ve Hollanda (Uitewaal ve ark. 2004) gibi Türklerin yoğun yaşadığı ülkelerde yapılan çalışmalarda, Türkiye'de kardiyovasküler risk faktörleri prevalansının tüm Avrupa ülkelerine göre

yüksekliğine ve göçün sağlık üzerine olumsuz etkisi ile Türk göçmen populasyonlarında koroner kalp hastalığı risk faktörleri ciddiyetinin daha da arttığına işaret edilmiş ancak prevalans oranı belirtilmemiştir. Bununla birlikte Almanya’da yaşayan ikinci kuşak Türk göçmenlerinde yapılan bir çalışmada ise göç ve topluma uyum adaptasyonun çabalarının, kan basıncını önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir (Bongard ve ark. 2002).

2.2. HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİ

Hipertansiyon tanısının konması ile birlikte ömür boyu devam eden bir tedavi süreci başlar. Hipertansiyon tedavisinde amaç ilaç tedavisi ile kan basıncını optimal sınırlarda tutmaktır. Ancak ilaç tedavisi ile birlikte hastanın obez ise kilo vermesi, tuz kısıtlaması, egzersiz yapması, sigara içmemesi, alkol alımını sınırlandırması gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları önerilerine uyması, hastalığın yönetiminde önemlidir (Chobanian ve ark. 2003; Öksüz 2004). Özellikle 1975’li yıllardan sonra yayınlanan büyük, çok merkezli, orta, uzun vadeli epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, antihipertansif tedavinin kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi belirgin şekilde azalttığını göstermektedir. Bu sonuçlara göre diyastolik kan basıncında 5 – 6 mmHg’lık, sistolik kan basıncında 10 – 14 mmHg’lık bir düşme, 5 yıl içinde inme riskini % 38, koroner kalp hastalığı riskini % 16 oranında azaltmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu 2000). Amerika Birleşik Devletleri’nde, 1980 yılı sonrasında etkin antihipertansif tedavi programlarının uygulanması ile serobrovasküler olaylarda % 59, koroner kalp hastalığında ise % 53 oranlarında bir azalma sağlandığı belirtilmektedir (Aricı ve Çağlar 2002).

Hipertansiyon tedavi programında yer alan temel ilaç grupları şöyle sıralanmaktadır ;

o **Diüretikler**

En yaygın kullanılan antihipertansiflerdendir. Diüretikler, başlangıçta plazma volümünü azaltarak sodyum (Na^+) tubuler reabsorbsiyonuna engel olur, bunun sonucunda Na^+ ve su alımı artar ve kalp debisinin düşmesi ile birlikte kan basıncı düşer. Tek başına verildiğinde hastaların %50’sinin kan basıncını düşürmede etkilidir. Kalp yetmezliği, böbrek yetersizliği ya da ödem durumlarında ilk tercih edilen ilaçlar arasındadır. Tedavi sırasında bazı hastalarda, hipopotasemi, hiponatremi, plazma lipid

düzeyinde yükselme, glukoz intoleransı ve erektil disfonksiyon gibi yan etkiler gelişebilmektedir (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız 2004).

○ **Beta blokerler**

Kalp hızı ve kalp debisinin azaltılması ile kan basıncı düşmektedir. Uzun süreli β - bloker kullanımından sonra kalp debisi düşük seyredilmektedir. Özellikle, aktive renin anjiotensin sistemi olan hastalarda, kalp atımı ve kardiyak kontraktiliteyi, böylelikle de kardiyak atımı azaltarak kan basıncının düşürülmesinde etkilidirler. Beta blokerlerin başlıca yan etkileri arasında glukoz intoleransı, plazma lipid düzeyinde yükselme, yatkın hastalarda bronşiyal astım gelişimi, bradikardi, atrioventriküler ileti bozukluğu, sol ventrikül yetersizliği, nazal konjesyon, kabus, konfüzyon, heyecan, yorgunluk, bitkinlik ve impotans gibi sorunlar yer almaktadır (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız 2004).

○ **Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACE)**

Hafif ve orta düzey hipertansiyonda giderek daha sık tercih edilen ilaçlardır. Bu grup ajanlar, güçlü bir vazokonstriktör olan anjiotensin II oluşumunu engelleyerek, aldesteron salınımını azaltır, bradikinin ve vazodilatatör üretimini artırarak vazodilatasyona neden olurlar. Bunun sonucunda, vazokonstriksiyon önlenir ve vazodilatasyon sonucu periferik damar direnci düşmesi sağlanır. Tedavide hastalarda baş dönmesi, yorgunluk hissi, kuru öksürük, hipotansiyon, renal arter darlığı bulunanlarda nadiren böbrek işlevinde bozulma, anjiyoödem gibi yan etkiler gelişebilmektedir (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız 2004).

○ **Anjiotensin Reseptör Blokerleri**

Anjiotensin reseptör blokerleri, selektif olarak vasküler anjiotensin II reseptörlerini bloke ederler. ACE'lere benzer şekilde kan basıncını düşürmektedirler. İyi tolere edilebilen etkin ilaçlardır. Yan etkileri ACE'e benzerdir ancak öksürük daha nadir görülmektedir. (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız, 2004).

○ **Kalsiyum Antagonistleri (ARB)**

Kalsiyum (Ca^{2+}) antagonistleri, damar düz kası ve miyokard hücre membranında adrenerjik (alfa-1, beta-1) ve anjiotensin II tip 1 reseptörlerin uyarılması ile çalışan, voltaja bağımlı L-Tipi yavaş kalsiyum kanallarını inhibe etmektedirler. Damar düz kası ve miyokard hücrelerine Ca^{2+} girişini azaltır ve böylece sitozolik Ca^{2+} düzeyini düşürerek eksitasyon kontraksiyon ilişkisini bozarlar ve bunun sonucunda vazodilatasyon meydana gelmektedir. Hastalarda yüzde kızarma, baş ağrısı, ödem, kalp yetmezliği, konstipasyon ve diş eti hipertrofisi gibi yan etkiler görülebilmektedir (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız 2004).

○ **Alfa Reseptör Antagonistleri**

Post sinaptik alfa adrenerjik reseptörlerin blokasyonu ile vazodilatasyon sağlanmaktadır. Hastalarda, özellikle ilk dozda hipotansiyon, baş dönmesi ve enerji kaybı gibi yan etkiler görülebilmektedir (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız 2004).

○ **Santral Sempatolitik Etkili İlaçlar**

Metildopa, klonidin, guanabenz ve guanfacin santral sinir sisteminde α_2 – adrenerjik reseptörleri uyararak periferik sempatik çıkışı azaltmakta ve kan basıncını düşürmektedirler. Hastalarda sedasyon, depresyon, yorgunluk, ağız kuruluğu, postural hipotansiyon, impotans gibi yan etkiler görülebilmektedir (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız 2004).

○ **Vazodilatörler**

Bu ajanlar doğrudan düz kaslarda vazodilatasyon sağlayarak kan basıncını düşürmektedir. Hastalarda, taşikardi, baş ağrısı, ödem, hirsutismus ve sistemik lupus eritematosus benzeri sendrom (hidralizin) gibi yan etkiler görülebilmektedir (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız 2004).

○ **Periferik Sempatik İnhibitörleri**

Periferik sempatik inhibitörleri günümüzde nadir olarak kullanılmaktadır. Bu grup ilaçlar α_1 adrenerjik reseptörleri stimüle ederek kan basıncını düşürmektedir. Hastalarda, sedasyon, depresyon, postural hipotansiyon, ağız kuruluğu, bitkinlik, uyku

bozukluğu gibi yan etkiler görülebilmektedir (Chun ve Lip 2002; Graettinger 2003; Zungur ve Yıldız 2004).

2.3. ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM

Konunun lideri olarak görülen Sackett (1976) ve günümüz uzmanları (Stock , 1993; Rudd 1998; Morisky 1999; Ryan 1999; Dezii 2000; Dunbar-Jacob 2000; Mallion ve Schmitt 2001; Cramer 2003) *uyumu* “birey davranışlarının, sağlık profesyonellerinin, ilaç alma, randevulara gelme, diyet ve yaşam biçimi değişikliklerini uymasını kapsayan önerilere uyma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Uyum “compliance” kavramı yerine düz hekim hasta iletişiminden ziyade, hekim hasta işbirliğini vurgulamasından dolayı bazı çalışmalarda sadakat “adherence”, kesinlik “precision” ve uygunluk “concordance” terimleri tanımlanmış, ancak buna rağmen sıklıkla yayınlarda “compliance” terimi kullanılmaktadır (Cramer J 2003). Konuyla ilgili sınırlı Türkçe literatürde ise, compliance “uyum” ya da “uyunç” olarak da tanımlanmıştır (Domaç ve ark. 2000; Kabakçı 2003).

Kan basıncının etkin bir şekilde düşürülmesinde antihipertansif ilaç tedavisine uyum esastır. Günümüzde etkin tedavi olanaklarına karşın, kan basıncının istenilen düzeylerde olmamasının başlıca nedeni olarak antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk belirtilmektedir. Antihipertansif ilaç tedavisine uyum prevalansı ise %19 – 87 gibi oldukça geniş bir aralıkta dağılım göstermektedir (Stock 1993). Bazı ülkelere ilişkin antihipertansif ilaç tedavisine uyum prevalansının Amerika Birleşik Devletlerinde % 51, Çin’de % 43 ve Gambia gibi Afrika ülkelerinde ise % 27 olduğu belirtilmektedir (Adherence to long term therapies,Evidence for Action WHO 2003, Section I). Almanya’da sanayi işçilerinde yapılan bir çalışmada (Stock 1993) ise tedaviye uyum oranının %27.27 – 69.31 gibi farklı değerlendirme aralıklarda olduğu belirtilmiştir. Ancak genel olarak gelişmiş ülkelerde ilaç tedavisine uyumun % 50 oranında, gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık kaynaklarındaki yetersizlikler ve hizmetlere ulaşımındaki eşitsizliklerden dolayı uyum oranının daha düşük olduğu varsayılmaktadır (Adherence to long term therapies,Evidence for Action WHO 2003, Section I). Suudi Arabistan’da Sowielem ve Elzubier,1998 tarafından yapılan bir çalışmada uyum oranı % 34.2 olarak belirlenirken yine aynı ülkeden Khalil ve Elzubier (1997) tarafından yapılan çalışmada uyum oranı % 53 olarak belirlenmiştir.

Hindistan'da ise Bharucha ve Kuruvilla (2003) antihipertansif ilaç tedavisine uyum oranını % 63.6 olarak belirlemişlerdir.

Türk popülasyonunda antihipertansif ilaç tedavisine uyuma ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Domaç ve arkadaşlarının (2001) ülke çapında yaptıkları bir çalışmada, bireylerden alınan ifadelerle göre hipertansif hastaların % 17'sinin ilaçlarını düzenli kullanmadığı, % 12.4'ünün ise önerilen dozda ilacını kullanmadığı belirtilmekte ve yine bu çalışmada Emiroğlu'nun 1983 yılında 55 yaş ve üzeri hipertansif hastalarda çalışma bulgularını vermektedir. Bu çalışmada hastaların % 35.4'ünün hekim tarafından önerilen ilacı almadığı, % 11.1'inin kendiliğinden bir ilaca başladığı, tüm grubun ilaçları hakkında bilgi sahibi olmadığı, % 70.6'nın ilaçların yararına inanmadığı, % 58.1'inde ise ilacın günlük dozuna uyumsuzluk olduğu belirtilmektedir. Veriler sınırlı olmakla birlikte ülkemizde kan basıncı kontrol oranının % 15 – 20 arasında olması antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluğun da önemli boyutlarda olduğunu düşündürmektedir (Arıca ve Çağlar 2002).

Buldukları toplumda göçmen, etnik azınlık olarak yaşayan gruplarda antihipertansif ilaç tedavisine uyuma ilişkin veriler daha çok Kuzey Amerika literatürü ile sınırlıdır (Shea ve ark. 1992; Betancourt ve ark. 1999; Friday 1999; Collins ve Winkleby 2002; Ward ve ark. 2000). Amerika'da yaşayan Afrika ve Latin kökenli hipertansifler kapayan bu çalışmalarda bu gruplarda hipertansiyon prevalansındaki yükseklik ile birlikte, antihipertansif ilaç tedavisine uyumun bu gruplarda toplumun geneline göre daha yetersiz oldu belirtilmekte ve düşük sosyo ekonomik düzey, eğitim, dil sorunu ve topluma uyum sağlayamama gibi faktörlerin önemine dikkat çekilmektedir.

Türk toplumunun yoğun olarak yaşadığı batı Avrupa ülkelerinde ise konuya ilişkin verileri sınırlıdır. Almanya'da yaşayan bir grup Türk te koroner kalp hastalığı risk faktörleri ve hipertansiyon prevalansının incelendiği bazı çalışmalarda (Oezcueremez ve ark. 1999; Bongard ve ark. 2002) bu grupta tedaviye uyum ve kan basıncı yönetiminin Alman popülasyonuna göre yetersiz olduğu belirtilmektedir. Hollanda'da yaşayan Türk diyabetiklerde tedaviye uyum ile ilgili yapılan bir çalışmada (Uitewaal ve ark. 2004) grubun Hollanda'daki genel diyabetik popülasyona göre daha yetersiz olduğu vurgulanmaktadır.

2.4. ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMUN TANILANMASI

İlaç tedavisine uyumun objektif olarak belirlenmesi güçtür. Uyumun tanılanmasında, her biri farklı avantaj ve dezavantajlara sahip doğrudan ve dolaylı yöntemler kullanılmaktadır.İlaç tedavisine uyumun değerlendirilmesinde “altın yöntem” olarak tanımlanabilecek ideal yöntemler ise bulunmamaktadır.Bu nedenle çalışmalarda birden fazla yöntemin kullanılması önerilmektedir (Stock 1993; Morisky 1999, Lahdenperä ve Kyngäs,2000; Gotlieb 2000), (Tablo 2.2).

Tablo 2.2 İlaç Uyumunun Değerlendirilmesinde Doğrudan ve Dolaylı Yöntemler

Doğrudan Yöntemler	Dolaylı Yöntemler
<ul style="list-style-type: none"> - Kan düzeyleri - Üriner atıklar-yıkım ürünleri - İlaçların metabolitleri - Markerler 	<ul style="list-style-type: none"> - Tedavi sonucu - Hasta bildirim - İlaç sayımı - Randevulara uyma - Reçetelerin takibi - Hekimin görüşü

İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesinde Doğrudan Yöntemler

Doğrudan yöntemler, alınan ilaçlar, metabolitler ya da belli markerler yardımı ile kan veya idrar gibi vücut sıvılarında incelenmesini kapsamaktadır. Hydrochlorthiazid, alpha-methyldopa ve propanol gibi antihipertansifleri idrar analizleri ile kanıtlamak mümkündür. Bu yöntemlerde en büyük sorun her ilaca ilişkin bir markerin olmaması, ilaca ya da bireye ilişkin farklılıklardan dolayı organizmada ilacın atık ürünlerinin farklı zamanlarda atılması ve buna bağlı olarak farklı sonuçlar elde etme olasılığının olabilmesidir (Schrey ve Noack ,1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs,2000; Evidence for Action WHO 2003)

İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesinde Dolaylı Yöntemler

Uygulamalarda ve çalışmalarda sık kullanılan yöntemlerdir. Değerlendirme alanı ya da kriterlerini aşağıdaki noktalar oluşturmaktadır (Schrey ve Noack 1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs,2000; Evidence for Action WHO 2003).

- **Tedavi Sonucu:** Hipertansiyon tedavisinde amaç, kan basıncının optimal düzeylere çekilmesidir. Antihipertansif ilaç tedavisi altındaki bireylerde tedavi sonucu olarak kan basıncı ölçümleri tedavinin değerlendirilmesinde ve hastanın bakım planının yönlendirilmesinde önemli göstergelerdir. Genel olarak tedaviye uyumlu olan hastalarda kan basıncının hedeflenen optimal değerlerde olması beklenmektedir (Schrey ve Noack 1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs,2000; Evidence for Action WHO 2003).

- **Hasta Bildirimi:** Hastanın bireysel bildirimine göre uyum durumunun değerlendirilmesidir. Bilgiler doğrudan görüşmeler ya da bireysel raporlandırmaya göre bireyden alınmaktadır. Basit, pratik ve ekonomik olmasından dolayı sık tercih edilmektedir. Ancak, temel sorun hastanın verdiği yanıtların doğruluk derecesidir (Schrey ve Noack 1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs 2000; Evidence for Action WHO 2003). Bunlar arasında uzun yıllardır en sık kullanılan, Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilen, bireyin genel ilaç alma davranışını değerlendirmeyi amaçlayan dört maddelik ilaç tedavisine uyum ölçeğidir (Morisky ve ark. 1986). Bu ölçek daha sonraki çalışmalarda revize edilerek 5 maddelik ve son olarak 9 maddelik ölçek olarak yeniden düzenlenmiştir (Kim ve ark. 2000; Morisky ve ark. 2005).

- **İlaç sayımı :** İlaç sayımı, bireyin izlendiği süre içerisinde ilaçlarını, ne oranda aldığıının yüzde olarak hesaplanmasını ve buna dayalı olarak tedaviye uyum durumunun değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu amaçla hastadan görüşmelere kullandıkları ilaçların kutuları ile gelmeleri istenir. Görüşme sırasında hastaya bildirilmeksizin kalan ilaçlar sayılır ve izlenen zaman dilimi içerisinde hastanın alması gerekenle aldığı ilaçların oranı hesaplanır. Basit bir yöntem olmakla birlikte yanılma payı da söz konusudur. Hastanın ilaçlarının en az % 80'ini almış olması

beklenmektedir. Bireyin alması gereken ilaçların % 80'inden azını aldığı durumlarda uyumsuz olarak tanımlanmaktadır. Gelişen teknoloji ile birlikte günümüzde ilaç sayımı için, ilaç kutusunun iç kapağına yerleştirilen, kapağın her açılmasında saat ve tarihin belirlenmesine olanak sağlayan mikroçipler kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemin dezavantajı ilaç kapağının açılmasının hastanın ilacını içtiğinin garantisi olmamasıdır (Schrey ve Noack,1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs 2000; Evidence for Action WHO 2003).

o Belirlenen randevulara gelme durumu: Bireyin düzenli rutin olarak randevulara gelmesi tedavi programına uyumunun önemli göstergelerinden biridir. Bireyin randevuların \geq % 80'ine gelmesi uyum için önemlidir (Schrey ve Noack 1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs 2000; Evidence for Action WHO 2003).

o Reçetelerin takibi : Bu yaklaşımda eczane kayıtlarından, bireyin reçete edilen antihipertansif ilaçlarını ara vermeden reçete ettirme ve alma durumu değerlendirilmektedir. Uyum kriteri olarak benzer şekilde \geq % 80 ilkesi izlenmektedir (Schrey ve Noack 1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs 2000; Evidence for Action WHO 2003).

o Hekim görüşü: Hekimin kişisel değerlendirmelerine göre uyumun değerlendirilmesidir. Ancak hekimlerin hasta uyumunu % 30 oranında fazla tahmin ettikleri belirtilmektedir. Bu nedenle güvenilir bir yöntem olarak tanımlanamamaktadır. (Schrey ve Noack 1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs 2000; Evidence for Action WHO 2003).

2.5. ANTİHIPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Yaklaşık 30 yıl önce 1975’lerde Haynes B. ve Sackett D. ile başlayan ilk uyum çalışmaları kapsamında günümüzdeki uyumun belirleyicisi olabilecek 200’den fazla değişken incelenmiştir. Ancak bulgulardaki farklılıklardan dolayı, bugün hangi faktörlerin “uyumsuzluk” açısından belirleyici olduğu söylenememektedir. Literatürde, uyumun kompleks ve karmaşık bir fenomen olmasının bu bölünmüşlüğü beraberinde getirdiği belirtilmektedir (Vermeire, Halonen, Takala 2001). Stock (1993) bu durumu “uyumla ilgili bir çok kemik parçacıklarının olduğunu, ancak henüz iskeletin tam olarak ortaya konamadığı” şeklinde ifade etmektedir.

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmalarda değişkenler, bireye (yaş, cinsiyet, eğitim, azınlık olma durumu, göçmen olma vb.), hipertansiyon ve sağlık durumuna (hastalığın süresi, ciddiyeti, başka kronik hastalıkların olması, depresyon vb.), hipertansiyon tedavi programına (tedavi tipi, ilaç sayısı, ilaca bağlı yan etki gelişimi, ilaç kullanma yılı vb.) ve terapötik çevreye ilişkin (sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk, kurumun yoğunluğu, uzun bekleme süresi, hekim – hasta iletişimi, dil engeli, sağlık hizmetlerinden memnuniyet vb.) faktörler olmak üzere dört grupta toplanmaktadır (Marston 1970; Park ve Jones 1996; Morisky 1999; Ryan 1999; Dezii 2000; Gottlieb 2000; Mallion ve Schmitt 2001; Vermeire ve ark.2001; Evidence for Action WHO 2003, Jokisalo ve ark. 2002; Cramer 2003).

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörlerin incelendiği bazı çalışmalardan elde edilen bazı bulgular şöyle sıralanmaktadır ;

Bireye İlişkin Faktörler

o Cinsiyet ve Yaş

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 kadınlarda ise yaşlı kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (Stock 1993). Cinsiyete ilişkin diğer değerlendirmelerde bazı çalışmalarda cinsiyetler arasında fark belirlenmezken (Monane ve ark. 1996; Bovet ve ark. 2002; Jokisalo ve ark. 2002; Jokisalo ve ark. 2003; Bharucha ve Kuruvilla 2003) bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha uyumlu oldukları belirlenmiştir.

Örneğin Ross ve ark. (2004) kadınların erkeklere göre 0.6 kat daha uyumlu olduklarını, benzer şekilde Shea ve arkadaşları (1992) latin ve afrika kökenli hipertansif Amerikalılarda da kadınların erkeklere göre daha uyumlu olduklarını belirlemişlerdir. Buna karşın Khalil ve Elzubier 1997 Suudi Arabistan'da yaptıkları bir çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha uyumlu olduklarını belirlemişlerdir.

Yaş faktörüne göre yapılan değerlendirmelerde ise genel olarak gençlerin yaşlılara göre daha uyumsuz oldukları belirtilmektedir (Ren ve ark. 2002). Sanayi sektöründe çalışan 25 – 55 yaş arasındaki Alman işçilerde yapılan bir çalışmada tedaviye uyumsuz olan grubun uyumlulara göre 7 yaş daha genç olduklarını (Stock,1993), Ross ve arkadaşları (2004) ise yaşlıların gençlere göre 5.9 kat daha fazla uyumlu oldukları belirlemişlerdir. Bununla birlikte Monane ve arkadaşları (1996), ileri yaş grubunun (75 – 84 yaş), 65 – 74 yaş grubuna göre tedaviye daha uyumlu olduklarını, benzer şekilde. Shea ve arkadaşları ise (1992) Latin ve Afrika kökenli hipertansif Amerikalılar da tedaviye uyumsuzluğun gençlerde fazla olduğu bulunmuştur. Ancak buna karşın Khalil ve Elzubier (1997) ise Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmalarında 50 yaşından genç olan grubun tedaviye daha uyumlu oldukları belirlemişlerdir. Bazı çalışmalarda yaş ve tedaviye uyum arasında bir ilişki belirlenmemiştir (Bovet ve ark. 2002; Jokisalo ve ark 2002) .

o Medeni Durum

Bireyin medeni durumun, bireyin sosyal destek sisteminin belirlenmesi açısından önemli olduğu varsayılmaktadır. Ancak medeni durum ile ilaç uyumuna ilişki veriler sınırlıdır. Stock (1993) endüstri alanında çalışan 25 – 55 yaş arasındaki Alman kökenli işçilerde yaptığı incelemede medeni durumu ve tedaviye uyum arasında bir ilişki belirlenmemiştir.

o Öğrenim Durumu, Meslek ve Sosyoekonomik Durum

Öğrenim düzeyi, meslek ve sosyoekonomik durum bireyin sosyal statüsü açısından belirleyici özelliklerdir (Stock 1993). Genel olarak düşük sosyoekonomik düzeyden olma, uyumsuzluk davranışı açısından risk olarak tanımlanmakta bu bireylerin, hipertansiyonun yönetimi için gerekli olan yaşam biçimi değişiklikleri konusunda, ailelerinden daha az desteklendiği, bireysel ve ailesel düzeyde de yaşam biçimi değişiklikleri konusunda bilinç düzeyinin yetersiz 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 (Stock St. 1993).

Shea ve arkadaşları (1992) Latin ve Afrika kökenli hipertansif Amerikalılarda yaptıkları incelemede, tedaviye uyumsuzluk işsiz olan grupta anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Yine aynı çalışmada sağlık sigortası durumu ile uyum arasında bir ilişki saptanmamıştır. Jokisalo ve arkadaşları (2002) ise eğitilmiş olan grupta tedaviye uyum anlamlı olarak daha iyi bulmuşlardır. Bununla birlikte bazı çalışmalarda ise antihipertansif ilaç tedavisine uyum ve eğitim düzeyi arasında bir ilişki belirlemediştir (Stock 1993; Bovet ve ark.2002; Ross ve ark. 2004).

Meslek gruplarına göre yapılan bir değerlendirmede ise Stock (1996) işçilerde tedaviye uyum ve eğitim düzeyi arasında fark belirlenmezken, usta başı olarak çalışan grupta tedaviye uyum düşük dereceli işçi grubuna göre daha iyi olduğunu belirlemiştir.

o Göçmen – Azınlık Grubuna Mensup Olma Durumu

Göçmen ya da etnik bir gruba mensup olma durumunun antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar sınırlıdır. Göç yada azınlık gruplarının genel topluma göre ekonomik ve sosyal yönden daha düşük düzeyde olmaları, topluma uyum sağlayamamaları bununla birlikte dil engeli, sağlık sistemi içerisinde güvensiz hissetme gibi nedenlerden dolayı tedaviye daha uyumsuz olabilecekleri belirtilmektedir (Betancourt ve ark.1999). Afrika kökenli Amerikalıları kapsayan bazı çalışmalarda siyahların beyazlara göre tedaviye uyumsuz ve kan basıncı kontrolünün daha yetersiz olduğu belirtilmektedir (Shea ve ark.1992; Monane ve ark. 1996; Betancourt ve ark.1999; Ward ve arkadaşları 2000). Bununla birlikte Shea ve arkadaşları (1992) Latin ve Afrika kökenli grupların kendi aralarında tedaviye uyum yönünden fark olmadığını belirlemiştir. Ward ve arkadaşları (2000) randevulara uyumu inceledikleri çalışmalarında Latin kökenli bireylerin Afrika kökenli Amerikalılara göre daha uyumlu olduklarını, Khalil ve Elzubier ise Suudi Arabistan’da yaptıkları bir çalışmada Suudi grupta tedaviye uyumun (% 42.9) Arap kökenlilerde yabancı uyruklulara göre (% 59.3) daha düşük olduğunu belirlemiştir.

Yapılan geniş kapsamlı literatür çalışmasında ülkemizde yaşayan farklı etnik gruplarda ve yurt dışında göçmen olarak yaşayanlarda antihipertansif ilaç tedavisine uyum konusunda çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Avrupa’da yaşayan Türklerde dil

problemi, topluma uyum sağlayamama vb. nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinden yararlanma ve tedaviye uyumun toplumun geneline göre daha yetersiz olduğu belirtilmektedir (Oezcuremez ve ark. 1999; Bongard ve ark. 2002; Hochleitner ve ark. 2004).

Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Faktörler

o Hipertansiyon Tanı Süresi

Hastalık süresi ve uyum ilişkisine ait literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda hastalık tanı süresi ile uyum arasında ilişki olmadığı (Stock St,1986) belirtilirken bazı çalışmalarda tanı konma süresi ile bireyin tedaviye uyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu, tedavi süresinin uzaması ile bireyin tedaviye uyumunun arttığı tedaviye yeni başladığı dönemde ise tedaviyi bırakma oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (Waeber ve ark. 2002) . Bobb ve arkadaşları (2002) ise kadınları kapsayan bir çalışmada hipertansiyon tanı süresinin artması ile uyumun da arttığını bulmuşlardır. Ancak buna karşın Khalil ve Elzubier (1997) beş yıldan daha az sürede tanı alan bireylerde, uyumun daha iyi olduğunu belirlemişlerdir.

o Başka Kronik Hastalıklar ve Depresif Duygu Durumu

Hipertansiyon dışında ilaç kullanımı gerektiren kronik bir rahatsızlığın olması, günde alınması gereken ilaç sayısını arttırmasından dolayı, ilaç tedavisine uyumu olumsuz etkilenebileceği varsayılmaktadır (Stock 1993). Bununla birlikte, depresif duygu durumunun da tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (DiMatteo ve ark. 2000; Lennon ve ark. 2002; Whang ve ark 2002; Jokisalo ve ark. 2003;). DiMatteo ve arkadaşları (2000) çalışmalarında depresif olan hastaların depresif olmayanlara göre 3 kat daha fazla uyumsuz olduklarını, bu nedenle depresyonun, tedaviye uyumda önemli bir belirleyici olduğu ve erken dönemde depresyon durumunun belirlenmesinin önemi vurgulanmıştır.

Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Faktörler

o Tedavi Özelliği ve İlaç Sayısı

Tedavi programında farklı ilaç gruplarının yer alması, günde birden fazla ilaç alınması vb. özelliklerin tedavi programının daha karmaşık haline gelmesine ve dolayısıyla tedaviye uyumu daha olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Khalil ve Elzubier 1997; Iskedjian ve ark.2002; Ren ve ark. 2002; Jokisalo ve ark 2002; Gascon ve ark.2004). Ancak Ross ve arkadaşları (2004) ilaç sayısı ile tedaviye uyum arasında bir ilişki belirlememişlerdir.

o İlaç Kullanma Süresi

Hipertansiyon tanı süresindeki artışa paralel olarak ilaç kullanma süresinin de uzaması ile genel olarak uyumun da arttığı belirtilmektedir (Monane ve ark.1996). Hershey ve ark (1980) ise beş yıldan daha kısa süredir tedavi altında olan bireylerin daha uyumlu olduklarını, Gascon ve arkadaşları (2004) ise ilaç kullanım yılının artması ile hastaların tedaviye daha uyumsuz olduklarını belirlemişlerdir.

o İlaça Bağlı Yan Etki Yaşama Durumu

Antihipertansif ilaç tedavisine bağlı yan etki yaşama durumu ilaç tedavisine uyumu etkileyen önemli belirleyici faktörler arasında yer almaktadır. Literatürde yan etkilere bağlı yetersiz uyum gelişme oranının % 5 – 10 arasında olduğu (Schrey ve Noack 1982; Mallion ve Schmidt 2001; Gerth 2002) ve bazı çalışmalarda antihipertansif ilaç tedavisine bağlı yan etki yaşama ile tedaviye uyumsuzluk arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Khalil ve Elzubier 1997; Gascon ve ark. 2004; Jokisalo ve ark. 2002).

Terapötik Çevreye İlişkin Faktörler

Sağlık hizmetlerine ilişkin özellikler, hekim – hasta etkileşimi, hastanın bilgilendirilme durumu ve aldığı hizmetten memnuniyetini kapsayan özellikler bu kapsamda yer almaktadır.

- Sağlık Hizmetlerine İlişkin Özellikler

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin, merkezinin uzak olması, uygun olmayan görüşme saatleri, uzun bekleme süresi gibi nedenler hastanın kontrollere gelmesini, ilaç teminini ve ilaç tedavisine uyumu olumsuz yönde etkilemektedir (Stock 1993; Jokisalo ve ark. 2002).

- Hekim - Hasta Etkileşimi

Hastanın, aldığı hizmetlerden memnuniyetinin temelinde hekimi ile olan iletişiminden duyduğu memnuniyet yatmaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyeti, hekim-hasta iletişimine ilişkin memnuniyetin bir temel göstergesi olarak tanımlanmaktadır (Stewart ve ark. 1999). Hekim empatisi, etkili iletişim, hasta memnuniyeti ve uyum arasında önemli bir ilişki vardır ve bu durum hastanın tedaviye uyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Çok kültürlü toplumlarda ise hekim- hasta iletişimi kültürel farklılıklar, dil engeli gibi sorunlardan dolayı etkilenmekte dolayısıyla hastanın uyumu ve tedavinin başarısını olumsuz yönde etkilenmektedir (Betancourt ve ark. 1999). Bu nedenle özellikle çok kültürlü toplumlarda, farklı sosyal ya da etnik gruplar ile yürütülen çalışmalarda, hekimin ve tüm sağlık profesyonellerinin bu özellikleri iletişim süreci içinde dikkate alması, etkin iletişim kurması ve hastanın tedavi sürecine aktif katılımının sağlanmasının tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir (Springer ve ark. 1999). Ancak bununla birlikte hekim ve hasta arasındaki etkin iletişim tüm bireylerde büyük önem taşımaktadır. Gascon ve arkadaşları (2004) kalitatif yöntemle yaptıkları çalışmalarında, kısa süreli danışmanlık, destekleyici olmayan hekim yaklaşımı, sınırlı düzeyde bilgilendirilme, hekim söylemlerinin ve yazılarının hasta tarafından anlaşılmasında, yetersiz göz iletişimin kurulması ve muayenenin gergin bir ortam içerisinde geçmesi gibi faktörlerin tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir.

- Bilgilendirilme Durumu

Hastanın, hastalığı ve tedaviye ilişkin inancı önemli ölçüde bilgisine bağlıdır. Bilgi düzeyinin artırılması ile hastaların hipertansiyonun yönetiminde daha fazla sorumluluk almalarını önemli ölçüde desteklemektedir (Haynes ve ark. 1976; Stock 1993; Khalil ve Elzubier 1997; Saounatsou ve arkadaşları 2001). Bilgilendirilme, tüm bireylerde önemli olmakla birlikte göçmen toplulukları, azınlık grupları ve sosyoekonomik yönden düşük

gruplar gibi hassas topluluklarda daha da önem kazanmaktadır (Stewart ve ark.1999). Ancak yapılan değerlendirmeler sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle bu grupların daha az bilgilendirildiği, eğitim gereksinimlerinin çoğu zaman hekimler tarafından göz ardı edildiği, bu bireylerin gereksinimlerinin zannedilenin aksine daha fazla olduğu bununla birlikte diğer gruplara göre daha az soru sordukları belirtilmektedir. Tüm bu faktörler bireyin sağlık hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmasını ve tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyecek niteliktedir (Stewart ve ark 1999).

Hasta eğitimi ve tedaviye uyuma ilişkin ülkemizde veriler sınırlıdır. Domaç ve arkadaşları (2001), çalışmalarında Emiroğlu'nun çalışmasında tedavi altındaki hastaların hiç birinin hastalıkları ve kullandıkları antihipertansifler konusunda bilgilendirilmediği belirtmektedirler. Avrupa'daki Türkleri kapsayan çalışmalarda ise genel olarak ana dilde eğitim programları, yazılı eğitim materyalleri ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması ile Türk göçmenlerinde sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin geliştirilebileceği ve tedaviye uyum da önemli gelişme sağlanabileceği belirtilmektedir (Oezcuremez ve ark. 1999; Bongard ve ark. 2002; Hochleitner ve ark 2004; Uitewaal ve ark. 2004).

2.6. TEDAVİYE UYUMUN BELİRLENMESİ VE GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşireler, koruyucu ve tedavi edici kurumlarda, hipertansif hastalarla karşılaşma olasılığı en fazla olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle, hemşirelerin antihipertansif ilaç tedavisine uyumun belirlenmesi ve geliştirilmesinde bilgili olmaları ve profesyonel ekip içerisinde bu konuda aktif rol almaları büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla, hemşireler ağırlıklı olarak eğitimci ve vaka yöneticisi olarak ekip içerisinde yer almakta ve etkin çalışmalar yürütmektedirler (Hill ve Miller 1996; Saounatsou ve ark,2001). Ülkemizde, Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yayınlanan Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu'nda da hastanın, hemşire gibi hekim dışındaki sağlık ekibi profesyonellerinin ziyareti ile daha sık izleme şansının sağlanabileceği belirtilmektedir.

Hipertansif hastanın yönetiminde amaç kan basıncının optimal seviyelere düşürülerek komplikasyonların önlenmesi, bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bunun sonucunda maliyetin en aza indirgenmesidir. Bu kapsamda hemşirenin rol ve fonksiyonları şunlardır;

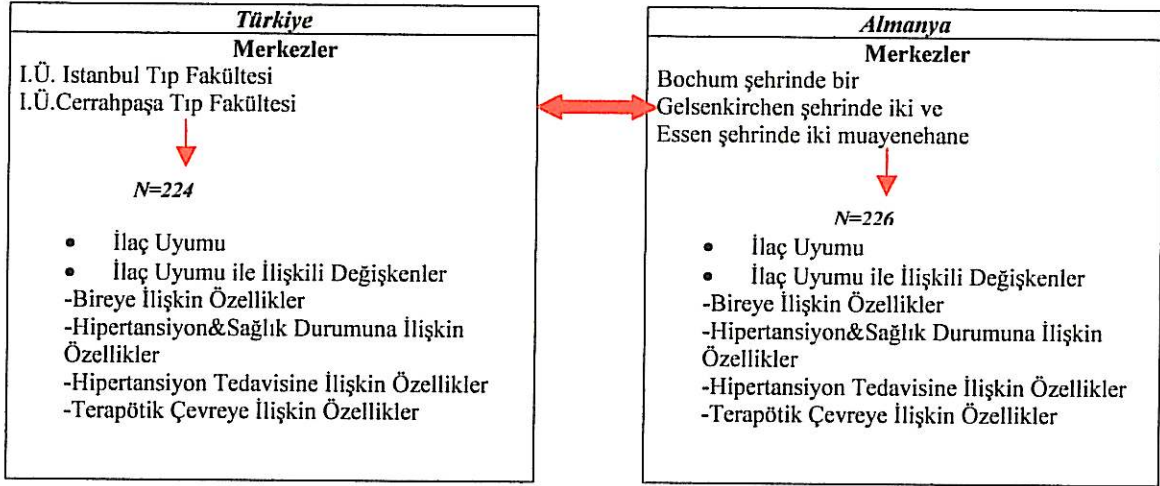
1. Hastanın ilaçlarını önerildiği gibi kullanması yönünde eğitim yapar ve izler,
2. Önerilen yaşam biçimi değişikliklerinin gerçekleştirilmesi konusunda hastanın eğitilmesi ve desteklenmesini sağlar,
3. Hastalık sürecini izler (kan basıncı, komplikasyonlar vb.),
4. İlaçların ya da hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilmesi için düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesini destekler ve gereksinimler yönünde eğitir,
5. Tedaviye uyumu etkileyebilecek faktörler yönünden hastayı değerlendirir ve buna yönelik olarak bireysel danışmanlık yapar,
6. Evde kan basıncının ölçümü ve değerlendirilmesi konusunda eğitir,
7. Grup eğitimleri ile bilinç artırma oturumları düzenler,
8. Kan basıncı takiplerini yapar ve duruma göre hekime yönlendirir,
9. Düzenli kontrollere gelmeyenleri belirleyerek kontrolleri hatırlatır (Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu 2000; Enç, Yiğit, Oğuz, Özer, Ergun, Altıok, Akın, Uysal, İncekara 2003).

Tüm bu girişimler hastanın tedaviye uyumu ve hipertansiyonun etkin yönetiminde önemli gelişmeler sağlayacaktır. Tedaviye uyumun geliştirilmesine yönelik, Amerikan Kalp Birliği bünyesinde oluşturulan Uyum Uzman Paneli tarafından hazırlanan aksiyon planında (Miller ve ark. 1997) ise hastada uyumun geliştirilmesinde hasta, sağlık çalışanları ve sağlık bakım sistemi işbirliğine dikkat çekilmiş ve vaka yöneticisi olarak hemşirenin hipertansif hastanın izleminde ve uyumun geliştirilmesinde eğitimci, danışman ve takip eden sağlık profesyoneli olarak önemi vurgulanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Araştırma, Türkiye ve Almanya’da yaşayan iki grup Türk hipertansif popülasyonda antihipertansif ilaç uyumunu belirlemek ve her iki ülkede antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörleri incelemek amacıyla karşılaştırmalı olarak planlanmıştır. Bu çalışmadaki araştırma tasarımı Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırma Tasarımı : Türkiye’de ve Almanya’da Yaşayan Hipertansiflerde İlaç Uyumu ve İlişkili Faktörler

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

1. Türkiye’de yaşayan hipertansiflerde ilaç uyumu nasıldır?
2. Türkiye’de yaşayan hipertansiflerde ilaç uyumu ile ilişkili faktörler nelerdir ?
3. Almanya’da yaşayan hipertansiflerde ilaç uyumu nasıldır?
4. Almanya’da yaşayan hipertansiflerde ilaç uyumu ile ilişkili faktörler nelerdir ?
5. Türkiye ve Almanya’da yaşayan hipertansiflerin ilaç uyumları arasında anlamlı fark var mıdır?
6. Her iki ülke arasında ;
 - o İlaç uyumu ile bireye ilişkin faktörler (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu algısı, günlük yaşamda kendini ifade edebilme durumu, yaşadığı yere uyum sağlama durumu) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?
 - o İlaç uyumu ile hipertansiyon ve sağlık durumuna ilişkin faktörlerden (hipertansiyon tanı süresi, hipertansiyona bağlı sıkıntı yaşama durumu, hipertansiyon dışında kronik hastalık durumu, depresyon tanısı) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?
 - o İlaç uyumu ile hipertansiyon tedavisine ilişkin faktörler (tedavi altında olma süresi, tedavi tipi, günde alınan ilaç sayısı, ilaca bağlı yan etki yaşama durumu) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?
 - o İlaç uyumu ile terapötik çevreye ilişkin faktörler(dil sorunu nedeni nedeniyle kendine ifade edememe, dil sorunu dışında nedenle kendini ifade edememe, muayene sırasında rahat olamama, doktorun yoğun olması, kurumun uzak olması, randevu almada zorluk yaşama, sağlık sigortasının olmaması, iletişimden memnun olmama, tedaviden memnuniyet, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma Türkiye ve Almanya’da farklı tarihlerde yürütülmüştür (Türkiye’de: Şubat – Mayıs 2003, Ağustos 2003- Mart 2004, Ağustos – Ekim 2004; Almanya’da: Mayıs -Temmuz 2003, Mart – Temmuz 2004). Türkiye’deki çalışmalar İstanbul Üniversitesi’ne bağlı iki Tıp Fakültesi Hastanesi’nin birimlerinde , Almanya’da ise Bochum, Essen ve Gelsenkirchen şehirlerinde Türk hasta potansiyeli fazla olan hekimlerin muayenehanelerinde yürütülmüştür (Tablo 3.1). Almanya’daki araştırma merkezleri Almanya’nın en büyük eyaletlerinden biri olan Kuzey Ren Westfalia eyaleti Türk popülasyonunun yoğun olduğu Ruhr bölgesinde yürütülmüştür. Ruhr bölgesi ağırlıklı olarak sanayi ve maden bölgesidir ve istihdam olanaklarının da etkisi ile bu bölgede göçmen oranı oldukça yüksektir (%10.66). Göçmenler arasında ise Türkler en büyük yabancı grubunu oluşturmaktadır (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration,2006).

Araştırma evrenini, her iki ülkede çalışmanın yapıldığı tarihlerde ilgili kurumlardan hizmet almak için gelen hipertansif bireyler oluşturmaktadır. Örneklem hacmi power analizine göre hesaplanmıştır. Number Cruncher Statistical Software-Statistical and Power Analysis Software (NCSS-PASS) programında yapılan hesaplamada güç değeri 0.90, güven aralığı % 95 ve sapma düzeyi 0.15 olarak seçilmiştir. Buna göre çalışmaya alınması gereken denek sayısı 450 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya örneklem kapsamına uyan bireyler arasından, olasılıksız örnekleme yöntemiyle seçilen 450 birey alınmıştır.

Örneklem kapsamına, her iki ülkede poliklinik ya da muayenehaneye gelen ;

- Hipertansiyon tanılı olan,
- Antihipertansif ilaç tedavisi alan,
- Son 3 aydır ilaç antihipertansif ilaçlarında değişiklik yapılmamış olan
- Son 6 ayda kalp krizi, anjio ya da by-pass geçirmemiş olan,
- Karaciğer ya da böbrek yetmezliği tanısı olmayan,
- Gebe ya da emzikli olmayanlar alınmıştır. Bu kriterle birlikte,

Almanya’da yaşayan grupta bireyin,

- En az 1 yıldır Almanya’da yaşıyor olması
- Sürekli ikametinin Almanya’da olması kriterleri dikkate alınmıştır.

Tablo 3.1 Türkiye ve Almanya’da Araştırmaya Katılan Hipertansiflerin Dağılımı (N=450)

Ülke	Kurum	N (%)
Türkiye	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ	
	Hipertansiyon polikliniği	73(32.6)
	Nefroloji polikliniği	18 (8.0)
	Farmakoloji polikliniği	60(26.8)
	Kalp-Araştırma birimi	27(12.1)
	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	
Hipertansiyon polikliniği	46(20.5)	
	Toplam	224(100)
Almanya	Bochum’da bir muayenehane	14(6.2)
	Gelsenkirchen’de birinci muayenehane	14(6.2)
	Gelsenkirchen’de ikinci muayenehane	6(2.7)
	Gelsenkirchen’de üçüncü muayenehane	19(8.4)
	Essen’de birinci muayenehane	158(69.9)
	Essen’de ikinci muayenehane	15(6.6)
	Toplam	226(100)
	Toplam	450(100)

Çalışmanın uygulaması için Türkiye’de İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Etik komisyonu izni (Ek 1), Almanya’daki çalışmalar için Ruhr Üniversitesi, Ruhr Tıp Fakültesi Etik komisyon izni alınmıştır (Ek II). Hastalardan ise çalışma ile ilgili gerekli açıklamalara yapıldıktan sonra sözel izin alınmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veriler görüşme yöntemi ile Anket Formu (Ek III) ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek IV) kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. ANKET FORMU

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmalar ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu 4 bölümden oluşmaktadır (Morisky ve ark.1986; Stock 1993; Morisky 1999; Betancourt ve ark.1999; Friday 1999; DiMatto,Lepper,Croghan 2000; Elzubier ve ark. 2000; Lahdenperä &Kyngäs 2000; Ward ve ark. 2000; Bob ve ark.2002; İskedjian ve ark. 2002; Bharucha ve Kuruville 2003; Gascon ve ark. 2004; Mallion ve Schmitt 2001; Vermeine ve ark. 2001; Lennon ve ark.2002; Ren ve ark.2002; Whang ve ark.2002; Jokisalo ve ark.2003; Ross ve ark.2004) : 1. Bireye ilişkin özellikler, 2. Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin

Özellikler, 3. Hipertansiyon Tedavi programına İlişkin Özellikler ve 4. Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır.

Bireye İlişkin Özellikler

- **Cinsiyet :** Doğrudan kadın ve erkek olarak belirtilmiştir.
- **Yaş :** Deneklere kronolojik yaşları doğrudan sorularak öğrenilmiş ve 35 – 58 yaş , 59 – 82 yaş olarak gruplandırılmıştır.
- **Öğrenim durumu :**Öğrenim durumu doğrudan sorularak öğrenilmiştir.Öğrenim durumuna göre okur yazar değil, ilköğretim okulu mezunu, lise ve üniversite mezunu olarak gruplandırılmıştır.
- **Medeni durum:** Medeni durum doğrudan sorularak öğrenilmiş, evli ve diğerleri olarak gruplandırılmıştır.
- **Çalışma durumu:** Çalışma durumu doğrudan sorularak öğrenilmiş,aktif çalışan ve çalışmayan olarak gruplandırılmıştır.
- **Gelir durumu algısı:** Gelir durumu algısı 1’den 3’e kadar puanlanan ve “iyi” “orta” ile “kötü” arasında değişen yanıt seçenekleri olan, gelir durumunu “Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlanırsınız?” sorusunun sorulması ile ölçülmüştür.
- **Almanya’da yaşama süresi:** Almanya’da yaşama süresi bireyden doğrudan sorularak alınmıştır.
- **Günlük yaşamda kendini ifade edebilme durumu:** Bireyin topluma aktivasyonunun tedaviye uyum ile ilişkisini belirlemek amacıyla doğrudan sorularak öğrenilmiş, Evet ve Hayır olarak belirtilmiştir.
- **Yaşadığı yere uyum sağlama durumu:** Bireylere doğrudan sorularak öğrenilmiş, Evet ve Hayır olarak gruplandırılmıştır.

Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

- **Hipertansiyon tanı yılı:** Hastaya doğrudan sorularak alınmış, < 5 yıl ve \geq 5 yıl olarak gruplandırılmıştır.
- **Depresif duygu durumu tanısı:** Hem hastaya doğrudan sorularak ve hem de hasta kayıtları incelenerek depresif duygu durumu tanısı alıp almadığı belirlenmiştir.
- **Hipertansiyona bağlı semptom yaşama durumu:** Hastaya doğrudan sorularak alınmış ve evet, hayır olarak gruplandırılmıştır.
- **Hipertansiyon dışında kronik hastalık durumu:** Hipertansiyon dışında kronik hastalık durumunun varlığı bireye doğrudan sorulmuş ve var , yok olarak kayıt edilmiştir.

Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Özellikler

- **Antihipertansif ilaç tedavisi süresi:** Tedavi süresi hastaya doğrudan sorularak öğrenilmiş; < 5 yıl ve \geq 5 yıl olarak gruplandırılmıştır.
- **Tedavi tipi:** Hasta dosyalarından tedavi planı incelenerek bilgi alınmış ve tek grup ilaçla yürütülen tedaviler mono tedavi, çoklu ilaç grupları ile yürütülenler kombine tedavi olarak kayıt edilmiştir.
- **Günlük reçete edilen ilaç sayısı:** Günlük reçete edilen ilaç sayısı hasta dosyalarından ve tedavi planı incelenerek alınmıştır 1 tane ve \geq 2 tane olarak gruplandırılmıştır.
- **Yan etki:** İlaça bağlı yan etkiler doğrudan hastaya sorularak öğrenilmiştir, evet, hayır olarak gruplandırılmıştır.

Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler

Bu bölümde terapötik çevreye ilişkin veriler sağlık hizmetlerine ilişkin özellikler, hekim – hasta etkileşimi ve hastanın bilgilendirilmesi durumu olarak kayıt edilmiştir.

- **Sağlık hizmetlerine ilişkin özellikler:** kurumun uzak olması, yoğun olması, randevu almada zorluk yaşama, sağlık sigortanın olmaması gibi hastanın sağlık hizmetlerden yaralanmasını ve ilaç tedavisine uyumunu olumsuz etkileyebilecek durumlar hastaya doğrudan sorulmuş ve Evet / Hayır olarak kayıt edilmiştir.
- **Hekim – hasta etkileşimi:** Dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe , dil sorunu bir neden dışında kendini ifade edememe, kurumun yoğun olması, doktorun yoğun olması, muayene sırasında rahat olamama ve aldığı sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu gibi hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilecek özellikler hastaya doğrudan sorularak öğrenilmiştir. Tüm değişkenler Evet ve Hayır olarak kodlanmıştır.
- **Hastanın bilgilendirilmesi:** İlaç tedavisine uyum ile ilişkili olduğu düşünülen hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumuna ait hastanın görüşü hastaya doğrudan sorularak alınmış ve Evet ve Hayır olarak belirtilmiştir.

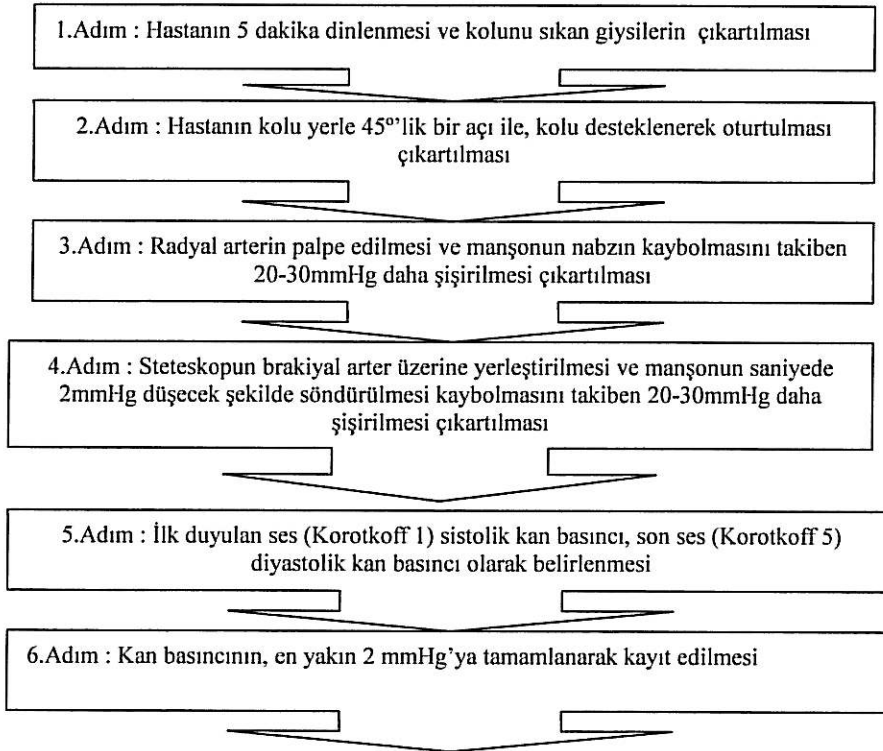
3.3.2. *ANTİHIPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ* (*HYPERTENSION COMPLIANCE ASSESMENT SCALE, Ek V*)

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum tanılama ölçeği Morisky ve arkadaşları tarafından 2003 yılında İngiltere’de geliştirilmiştir (Ek IV). Çalışma öncesinde Donald Morisky’den ölçeğin kullanımı için gerekli izinler alınmıştır (Ek V). Morisky ve arkadaşları tarafından Chronbach alfa değeri 0.86 olarak belirlenen ölçek ilaç alma davranışını tanılamaya yönelik 9 ifadeyi kapsamaktadır. İlk 8 soruda cevaplar Evet ve Hayır olarak yanıtlanmakta ve burada Evet cevapları 1, Hayır cevapları ise 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. Ölçek toplam puanı 1 – 13 puan arasında değişim göstermektedir. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu ve uyumsuz tanımlamaları Morisky’nin önerisi doğrultusunda grubun frekans dağılımına göre % 80’lik kesim noktasına göre belirlenmiştir. Buna göre toplam ölçek puanına göre 1 – 7 puan alan bireyler tedaviye

uyumlu olarak tanımlanırken, 8 ve üzerinde puan alanlar tedaviye uyumsuz olarak tanımlanmıştır.

3.3.3. KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

Kan basıncı ölçümleri aneroid tansiyon aleti ve yetişkin manşonu kullanılarak ölçülmüştür. Ölçüm öncesi hastanın 5 dakika dinlenmesi sağlanmış ve oturur pozisyonda, kol kalp hizasında desteklenerek brakial arter üzerinden, iki dakika aryla iki ölçümün ortalaması alınarak sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri kayıt edilmiştir (Esen ve ark. 2002; Choabania ve ark. 2003). Kan basıncı ölçümde izlenen aşamalar Şekil 3.2'de gösterilmiştir. Kan basıncı değerleri Amerikan ulusal hipertansiyonun önlenmesi, tanısı, değerlendirilmesi ve tedavisi ortak komitesinin yedinci raporundaki bilgilere (Choabania ve ark. 2003) göre değerlendirilmiş ve 120/80mmHg'dan düşük kan basıncı değerleri "iyi yönetimli" bunun üzerindeki değerlere sahip bireyler "kötü yönetimli" olarak tanımlanmıştır.



Şekil 3.2. Kan Basıncının Ölçümünde İzlenen Adımlar

Kaynak: Canbek (1995). Uluslararası Hipertansiyon Derneği, Klinisyen El Kitabı, Ed. Hansson L, Science Press, Turgut Yayıncılık, İstanbul.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Anket Formu (Ek III): Anket Formu'nun ön uygulaması 30 kişi üzerinde yapılmış, anlaşılır bulunmayan sorular yeniden düzenlenerek forma son şekli verilmiştir.

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (Hypertension Compliance Assessment Scale, Ek IV)

Bu çalışmada, antihipertansif bireylerin ilaç tedavisine uyumunu değerlendirmek amaçlandığı için öncelikle Anthipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bunun için yapılan işlemler sırasıyla şöyledir ;

o Ölçeğin Türkçeleştirilmesi

Ölçek, çeviri metodolojisine uygun olarak Türkçe'ye kazandırılmıştır. Toplam 9 maddelik ölçek araştırmacı, dil bilimci ve davranış bilimci olmak üzere üç uzman tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu gruptan alınan öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak her iki dili iyi bilen bir dil uzmanı tarafından geri çeviri (back translation) yöntemi ile tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Geri çeviri, Donald Morisky tarafından da orijinal ölçek ifadeleri ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Dil geçerlik çalışmasında görüş alınan uzmanların listesi Ek VI'te verilmiştir.

o Kapsam Geçerliği

Dil geçerlik çalışmasından sonra, elde edilen Türkçe Form ve orijinal İngilizce Form, kardiyoloji, halk sağlığı, genel dahiliye, nefroloji ve farmakoloji ile ilgili farklı uzmanlık alanlarında çalışan 10 öğretim üyesinin (Ek VII) görüşüne sunulmuş ve bildirilen öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Uzman görüşünün sağlıklı yapılabilmesi için; yapı geçerlik indeksi (CVI) kullanılmıştır (Talbot LA,1995; Burns N ve Groves SK 1997). Bunun için uzman görüşüne sunulan her bir ölçek maddesinin 1-4 puan arasında puanlanması istenmiştir. Her bir maddenin anlaşılabilirliğine yönelik yapılması istenen değerlendirmede 1 puan; Uygun değil, 2; Biraz uygun (maddenin/ifadenin revizyonu gerekli), 3 puan; Oldukça uygun (uygun ancak ufak değişiklik gerekli), 4 puan; Çok uygun olarak tanımlanmıştır. Yapılan

değerlendirmede, ölçek maddelerinin % 80'inin 3 ve 4 puan olarak değer alması beklenmiştir. Daha düşük (1 ve 2'den) olan maddeler tekrar gözden geçirilerek değişiklikler yapılmıştır. Çalışmada yapılan yüzdellik değerlendirmeye göre CVI: 0.94 gibi yüksek değerde bulunmuştur (Ek VIII).

o *Güvenirlilik*

Ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla çalışma kriterlerine uygun bir grupta (n=77) uygulanmıştır. Pilot çalışmaya alınan hastalar çalışmanın sonraki bölümüne dahil edilmemiştir. Çalışmada güvenirlik için iç tutarlık analizi yapılmış olup, incelenen çalışma grubunda Cronbach alfa değeri 0.72 olarak belirlenmiştir. Pilot çalışma dışındaki grupların Cronbach alfa değeri Türkiye'deki örneklem (n=224) grubunda 0.82, Almanya'daki örneklem grubunda (n=226) 0.88, tüm çalışma grubunda ise 0.87 olarak bulunmuştur (Ek IX).

Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun bir göstergesi olarak, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı arasındaki "uyumcululuk" Kendall's Tau b korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Buna göre sistolik kan basıncı ($r=0,374$; $p=0,000$) ve diyastolik kan basıncı değerleri ($r=0,330$; $p=0,000$) antihipertansif ilaç tedavine uyum ölçek total puanı ile uyumu bulunmuştur. Buna göre sistolik ve diyastolik kan basıncı yüksekliği ile birlikte antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk puanı da anlamlı olarak artmıştır.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler çalışmanın yürütüldüğü kurumlara gelen, çalışma kriterlerine uyan ve olasılıksız olarak belirlenen bireylerle yapılan 20 – 30 dakikalık yüz yüze görüşmelerle tek oturumda toplanmıştır. Çalışmanın planlama aşamasında her iki ülkede örneklem grubunun olasılıklı yöntemle oluşturulması planlanmıştır. Bu amaçla Türkiye'de yapılan çalışmada İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Bilgi İşlem merkezinden hipertansiyon polikliniğine kayıtlı hasta listelerine ulaşılmış, liste üzerinden sistematik örnekleme yöntemi ile hastalar seçilmiş, telefon numaralarına ulaşılmıştır. Hastalar telefon ile aranarak araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve bir görüşme yapmak üzere hipertansiyon polikliniğine davet edilmiştir. Hastaların bir bölümü görüşmeyi kabul etmemiş, geleceklerini belirtenler ise görüşmeye gelmemişlerdir. Bunun üzerine çalışma hipertansiyon polikliniğine gelen, çalışma kriterlerine uyan ve görüşmeye katılmayı

kabul eden hastaların alınmasına karar verilmiştir. İstanbul Tıp Fakültesi Hipertansiyon polikliniğinin sadece Salı ve Cuma günleri öğleden sonra faaliyet göstermesinden dolayı hasta sayısını arttırmak amacıyla Türkiye’de yürütülen çalışmada, hipertansif hasta popülasyonu fazla olan diğer merkezler yöneticileri ile görüşülerek çalışma kapsamına alınmıştır (Şekil 3.1).

Almanya’da yürütülen çalışmada ise, araştırmamanın klinik danışmanlığını kabul eden Ruhr Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi ve St. Josefs Hospital ve Bermansheil hastanelerinin kardiyoloji direktörü Prof. Dr. Andreas Mügge, kendi sorumluluğu altında St.Josefs Hospital hastanesi hasta listelerinden hipertansif hastaların seçilmesine izin vermiştir. Bu amaçla hastalık sınıflandırma sistemi ICD-10 kodlarına göre hipertansiyon tanımlı hastaların listesi bilgi işlem merkezinde alınmış ve soyadlarına göre Türk hastalar seçilmiştir. Belirlenen bu hastalar telefon ile aranarak çalışmanın amacı anlatılmış ve görüşme için hastaneye davet edilmiş ancak hastalar aile hekimlerine gittiklerini ifade ederek görüşmeye gelmemişlerdir. Bunun üzerine çalışmanın yürütüldüğü Ruhr bölgesinde Türk hastaların yoğun olarak gittikleri muayenehane, klinik ve merkezler araştırılmış, yöneticileri ile görüşülerek gerekli izinler alınmıştır. Bunun sonucunda üç ayrı şehirde (Bochum, Essen, Gelsenkirchen) belirlenen merkezlerde çalışma yürütülmüştür. Konaklama merkezi (Bochum) ve çalışmaların yürütüldüğü merkezler arasındaki uzaklıklar, Bochum – Essen için 25 km , Bochum – Gelsenkirchen için 15km idi.

3.6. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

- Her iki ülkede örneklem grubunun olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenmesinden dolayı, çalışma gruplarının ülke gruplarını temsil etme gücünün sınırlı olması
- Türkiye ve Almanya yaşayan grupların özellikleri yönünden denk olmaması

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler SPSS 10,0 (SPSSFW, SPSS Inc., Chicago, IL,USA) ve Number Cruncher Statistical Software- Statistical and Power Analysis Software (NCSS-PASS) programında yapıldı. Yanılma düzeyi olarak $\alpha = 0,05$ seçildi. Bu değerden küçük p değerleri için “istatistiksel açıdan önemli farklılığın olduğu” yorumu yapıldı. Kullanılan analizler şöyle sıralanmaktadır ;

- Çalışmanın örneklem hacmi NCSS-PASS prgramında 0,90 güç değeri, % 95 güven aralığı ve 0,15 sapma düzeyinde power analizi ile belirlenmiştir.
- Her üç bölümde (Türkiye’de yaşayan hipertansiflere ilişkin özellikler, Almanya’da yaşayan hipertansiflere ilişkin özellikler ve Türkiye ve Almanya’da yaşayan hipertansiflere ilişkin özelliklerin karşılaştırılması) tanımlayıcı veriler frekans dağılımı, yüzde, ortalama (standart sapma), minimum, maximum ve medyan ile belirlenmiştir.
- Gruplar arasındaki oransal farklılıklar ki kare (χ^2) analizleri ile değerlendirilmiştir.
- İki grup arasında non parametrik değerler ortalamalarının karşılaştırılmasında grup denek sayılarının > 30 ve grupların homojen olması durumunda Student t test ile, aksi halde Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.
- Grupların homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir.
- İlaç tedavisine uyum ile ilişkili olduğu belirlenen değişkenler arasından tedaviye uyumsuzlukta belirleyici faktörlerin belirlenmesinde lojistik regresyon modeli uygulanmıştır.
- Türkiye ve Almanya’da yaşayan gruplarda antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörlerin belirlenmesinde, ülkeler arasında incelenen değişkenlere göre ortalama antihipertansif ilaç tedavisine uyum ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı iki yönlü varyans analizi kullanılmış, grupların homojen olmamasından dolayı bu karşılaştırma post hoc çoklu karşılaştırma Tamhane’s T 2 testi ile yapılmıştır.
- Sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı “uyumu” Kendall’s Tau b korelasyon analizi ile,

- Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ölçeğinin güvenilirlik analizi ise Chronbach alfa ile değerlendirilmiştir.
- Saplı kutu grafikler ile Türkiye ve Almanya'da antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörlere ait antihipertansif ilaç tedavisine uyum ölçek puanı medyan değerleri verilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma bulguları, 1.Türkiye’de Yaşayan Hipertansiflere İlişkin Özellikler, 2. Almanya’da Yaşayan Hipertansiflere İlişkin Özellikler ve 3. Türkiye ve Almanya’da Yaşayan Hipertansiflere İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması olmak üzere üç bölümde ele alınmıştır.

4.1.TÜRKİYE’DE YAŞAYAN HİPERTANSİFLERE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Bu bölümde veriler, A.Tanımlayıcı Bulgular ve B. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile İlişkili Faktörler olmak üzere iki bölümde verilmiştir.

A.Tanımlayıcı Bulgular

Tanımlayıcı bulgular, Bireye İlişkin Bulgular; Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular; Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulgular, Terapötik Çevreye İlişkin Bulgular ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyuma İlişkin Bulgular olarak yer almaktadır.

- ***Bireye İlişkin Bulgular***

Türkiye’de yaşayan hipertansif grubun önemli bir oranı (% 71) kadın, 35 – 58 yaş arasında (% 51,3), ilkokul ve ortaokul mezunu (% 49,6), evli (% 75,0), çalışmıyor (% 88,4), gelir düzeyini orta olarak algılamakta (% 76,8), günlük yaşamda kendini ifade edebilmekte (% 92,0) ve yaşadığı yere uyum sağladığını belirtmektedir (% 97,1). Ortalama yaşın $59,35 \pm 10,35$ (35 – 82) olduğu grupta 17 hasta hastalık izlemi için şehir dışından gelmekteydi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Bireye İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)

Bireye İlişkin Özellikler		n (%)
Cinsiyet	Kadın	159 (71,0)
	Erkek	65 (29,0)
Yaş	35 – 58	115 (51,3)
	59 – 82	109 (48,7)
	$\bar{x} \pm SS$ (min – max)	59,35 \pm 10,35 (35 – 82)
Öğrenim durumu	Okur yazar değil	25 (11,2)
	İlk ve orta okul	111 (49,6)
	Lise	34 (15,2)
	Üniversite	54 (24,0)
Medeni durum	Evli	168 (75,0)
	Diğer	56(25,0)
Çalışma durumu	Aktif çalışan	26(11,6)
	Çalışmıyor	198 (88,4)
Gelir durumu algısı	İyi	39(17,4)
	Orta	172(76,8)
	Kötü	13 (5,8)
Kendini ifade edebilme	Evet	206 (92,0)
	Hayır	18 (8,0)
Yaşadığı yere uyum sağlama durumu*	Evet	201 (97,1)
	Hayır	6 (2,9)

* Toplam 17 hasta kontrolleri için şehir dışından gelmektedir (n=207)

• *Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular*

Çalışmaya katılanların hipertansiyon tanı yıl ortalaması 9,91 \pm 7.54 yıl (0,5 – 40) olmakla birlikte grubun önemli bir bölümü (% 85,7) 5 yıl ve daha uzun süredir hipertansiftir. Hipertansiyona bağlı şikayet yaşayanların oranı %83,9'dur. Grubun ortalama sistolik kan basıncı değerleri 144,15 \pm 20,35 mmHg (100- 210 mmHg), ortalama diyastolik kan basıncı değerleri ise 85,34 \pm 11,47 mmHg (60- 120 mmHg) olup, önemli bir bölümünün kan basıncı Evre 1 düzeyinde (% 33,0) ve kan basıncı yönetimi kötüdür (% 94,2) (Tablo 4.2). Hastaların önemli bölümünde (% 64,7) hipertansiyon dışında kronik rahatsızlığı olduğu ve % 9,4'ünün depresyon tanısı aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2 Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)

Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler		n (%)
Hipertansiyon tanı yılı	< 5yıl	32 (14,3)
	≥5 yıl	192 (85,7)
	$\bar{x} \pm SS$ (min-max)	9,91±7,45 (0,5 – 40)
Kan basıncı değerleri	Sistolik kan basıncı (mmHg) (min – max)	144,15±20,35 (100 – 210)
	Diastolik kan basıncı (mmHg) (min – max)	85,34±11,47 (60 – 120)
Kan basıncının sınıflandırılması	Normal	13 (5,8)
	Yüksek sınırdadır	66 (29,5)
	Evre 1	74 (33,0)
	Evre 2	71 (31,7)
Kan basıncı yönetimi	İyi	13 (5,8)
	Kötü	211 (94,2)
Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama	Evet	188(83,9)
	Hayır	36(16,1)
Kronik hastalık	Var	145(64,7)
	Yok	79(35,3)
Depresyon tanısı	Var	21(9,4)
	Yok	203 (90,6)

• **Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulgular**

Hastaların büyük bir bölümü (% 79,9) 5 yıl ve daha uzun süredir, ortalama olarak 9,61±7.48 (0.5 – 40) yıldır antihipertansif ilaç tedavisi altındadır. Tek ilaçla (mono tedavi) tedavi görenlerin oranı % 62,9 olup çoğunluğu (% 64,7) günde 2 ve daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadırlar. İlaça bağlı yan etki yaşayanların oranı % 20,1'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)

Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulgular	n (%)	
Antihipertansif ilaç yılı	<5 yıl	45 (20,1)
	≥5 yıl	179(79,9)
	$\bar{x} \pm SS$ (min-max)	9,61±7.48 (0,5- 40)
Tedavi tipi	Mono tedavi	141(62,9)
	Kombine tedavi	83(37,1)
İlaç alımı (adet/gün)	1 tane	79(35,3)
	≥ 2 tane	145(64,7)
Yan etki	Evet	45(20,1)
	Hayır	179(79,9)

• **Terapötik Çevreye İlişkin Bulgular**

Terapötik çevre özelliklerine ilişkin değerlendirmeye göre hastaların % 8,5'i kurumun uzak, % 8'i ise yoğun olduğunu ve %12,1'i hipertansiyon ve ilaçları ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirilmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Terapötik Çevreye İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye, N=224)

Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler	n (%)	
Dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe	Evet	0(0)
	Hayır	224(100)
Dil dışında nedenle kendini ifade edememe	Evet	1(0,4)
	Hayır	223(99,6)
Muayene sırasında rahat olamama	Evet	2(0,9)
	Hayır	222(99,1)
Doktorun çok yoğun olması	Evet	2(0,9)
	Hayır	222(99,1)
İletişimden memnun olmama	Evet	0(0)
	Hayır	224(100)
Kurumun uzak olması	Evet	19(8,5)
	Hayır	205(91,5)
Kurumun yoğun olması	Evet	18(8.0)
	Hayır	206(92.0)
Randevu almada zorluk yaşama	Evet	3(1,3)
	Hayır	221(98,7)
Sigortanın olmaması	Evet	1(0,4)
	Hayır	223(99,6)
Hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme	Yeterli	197(87,9)
	Yetersiz	27(12,1)
Tedaviden memnuniyet	Evet	224(100)
	Hayır	0(0)

• **Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle İlgili Bulgular**

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'nden elde edilen yanıtlara göre, hastaların % 43,3'ü tansiyon ilaçlarını içmeyi unuttuğunu, % 27,2'si son iki hafta içinde unutmada dışında bir nedenle ilaç almayı ihmal ettiğini, % 20,1'i ilaçların verdiği rahatsızlığa bağlı olarak hekimine söylemeden ilaçlarını bıraktığını, % 8,9'u seyahate çıktığında ya da evden ayrıldığında ilaçlarını unuttuğunu, % 9,8'i bir önceki gün ilaçlarını içmediğini, % 14,7'si ilaçlarını aynı şekilde almadığını, % 18,8'i tansiyonu iyi olduğunda ilaçlarını içmediğini, % 29,9'u tedaviye uymada zorluk yaşadığını ve % 41,5'i ilaçları içmeyi farklı sıklıklarda unuttuğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Dağılımı (Türkiye,N=224)

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Soruları		n (%)
1. Tansiyon ilaçlarınız içmeyi unuttuğunuz oluyor mu?	Evet	97 (43,3)
	Hayır	127(56,7)
2. Son 2 hafta unutmadığınız halde ilaçlarınızı ihmal ettiğiniz oldu mu?	Evet	61 (27,2)
	Hayır	163 (72,8)
3. Kullandığınız ilaçların size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacınızı azalttığınız ya da bıraktığınız oldu mu?	Evet	45(20,1)
	Hayır	179(79,9)
4. Seyahate çıktığınızda yada evden ayrıldığınızda ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	Evet	20 (8,9)
	Hayır	204 (91,1)
5. Dün tansiyon ilaçlarınızı içtiniz mi?	Evet	205 (90,2)
	Hayır	22(9,8)
6.Tansiyon ilaçlarınız hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?	Evet	191 (85,3)
	Hayır	33 (14,7)
7. Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde ilaçlarınızı içmeyi bırakır mısınız?	Evet	42 (18,8)
	Hayır	182(81,2)
8. Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	Evet	67 (29,9)
	Hayır	157(70,1)
9. Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz ?	Hiç/nadiren	131(58,5)
	Ara sıra	60(26,8)
	Bazen	32(14,3)
	Genellikle	0(0)
	Her zaman	1(0,4)

Türkiye'de yaşayan grubun antihipertansif ilaç tedavisine uyum ölçek puanı ortalaması $3,30 \pm 2,61$ (1-13) olup, hastaların % 8'inin antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu (Türkiye, N=224)

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu	n (%)
Uyumlu (<7)	206 (92,0)
Uyumsuz(≥8)	18 (8,0)
x ± SS (min-max)	3,30±2,61 (1-13)

B. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile İlişkili Faktörler

Bu bölümde çalışma kapsamında incelenen bireye ilişkin; Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin; Hipertansiyon Tedavisine İlişkin ve Terapötik Çevreye İlişkin Özelliklerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu ile ilişkisi incelenmiştir.

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Bireysel Özellikler İlişkisi***

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile bireysel faktörlerin ilişkisi Tablo 4.7’de sunulmuştur. İncelenen değişkenlerden cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu algısı, kendini ifade edebilme ve yaşadığı yere uyum sağlama gibi özelliklerin uyum yönünden anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Bireysel Faktörlerin Dağılımı (Türkiye, N=224)

Bireye İlişkin Özellikler	Uyumlu (n=206) n (%)	Uyumsuz (n=18) n (%)	İstatistik
Cinsiyet	Kadın Erkek 144(90,6) 62(95,4)	15 (9,4) 3 (4,6)	$\chi^2=1,45$ $p=0,23$
Yaş	35 – 58 59 – 82 104(90,4) 102(93,6)	11(9,6) 7(6,4)	$\chi^2=0,75$ $p=0,39$
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil İlk ve orta okul Lise Üniversite 23(92,0) 101(91,0) 31(91,2) 51(94,4)	2(8,0) 10(9,0) 3(8,8) 3(5,6)	$\chi^2=0,665$ $p=0,88$
Medeni Durum	Evli Diğer 155(92,3) 51(91,1)	13(7,7) 5(8,9)	$\chi^2=0,079$ $p=0,78$
Çalışma durumu	Aktif çalışan Çalışmayan 23(88,5) 183(92,4)	3(11,5) 15(7,6)	$\chi^2=0,099$ $p=0,75$
Gelir durumu algısı	İyi Orta Kötü 36 (92,3) 158(91,9) 12(92,3)	3 (7,7) 14 (8,1) 1 (7,7)	$\chi^2=0,011$ $p=1,11$
Günlük yaşamda kendini ifade edebilme	Evet Hayır 190 (92,2) 16(88,9)	16 (7,8) 2(11,1)	$\chi^2=0,228$ $p=0,63$
Yaşadığı yere uyum sağlama durumu	Evet Hayır 184(91,5) 6(100,00)	17(8,5) 0 (0)	$\chi^2=1,04$ $p=0,31$

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon ve Sağlık Durumu İlişkisi***

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum, hipertansiyon ve sağlık durumu ilişkisi Tablo 4.8'de sunulmuştur. İncelenen değişkenlerde hipertansiyon tanı yılı, hipertansiyona bağlı şikayet yaşama, kronik hastalık ve depresyon tanısı gibi özelliklerin uyum yönünden anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.8 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon ve Sağlık Durumu Faktörlerin Dağılımı (Türkiye, N=224).

Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler		Uyumlu (n=206) n (%)	Uyumsuz (n=18) n (%)	İstatistik
Hipertansiyon tanı yılı	<5yıl	29 (90,6)	3(9,4)	$\chi^2 = 0,087$ p=0,77
	≥ 5 yıl	177(92,2)	15(7,8)	
Hipertansiyon bağlı şikayet Yaşama	Evet	176(93,6)	12(6,4)	$\chi^2 = 3,59$ p=0,06
	Hayır	30(83,3)	6(16,7)	
Kronik hastalık	Var	134(92,4)	11(7,6)	$\chi^2 = 0,112$ p= 0,74
	Yok	72(91,1)	7(8,9)	
Depresyon tanısı	Var	17(81,0)	4(19,0)	$\chi^2 = 3,80$ p=0,051
	Yok	189(93,1)	14(6,9)	

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon Tedavisi Özellikleri***

Hipertansiyon tedavisine ait faktörlerden ilaç tedavisi yılı, tedavi özelliği, günlük alınan ilaç sayısı ve ilaca bağlı yan etki yaşama ile ilaç tedavisi uyum ilişkisi incelendiğinde, sadece günlük alınan ilaç sayısı ve ilaca bağlı yan etki yaşama durumları ile ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre günlük ilaç alımı bir olan ve ilaca bağlı yan etki yaşadığını belirtenlerde tedaviye uyumsuzluk beklenenin üzerinde bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Tedaviye İlişkin Faktörlerin Dağılımı (Türkiye, N=224)

Antihipertansif İlaç Tedavisine İlişkin Özellikler		Uyumlu (n=206) n (%)	Uyumsuz (n=18) n (%)	İstatistik
Antihipertansif ilaç yılı	<5yıl	41 (91,1)	4(8,9)	$\chi^2 = 0,054$ p= 0,82
	≥5 yıl	165(92,2)	14(7,8)	
Tedavinin Özelliği	Mono tedavi	128(90,8)	13(9,2)	$\chi^2 = 0,722$ p= 0,40
	Kombine tedavi	78(94,0)	5(6,0)	
İlaç alımı (adet/gün)	1 tane	67 (84,8)	12(15,2)	$\chi^2 = 8,45$ p= 0,004
	≥ 2 tane	139(95,9)	6(4,1)	
Yan etki yaşama	Evet	36(80,0)	9(20,0)	$\chi^2 = 8,88$ p= 0,003
	Hayır	170(95,0)	9(5,00)	

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Terapötik Çevreye Ait Özellikler İlişkisi***

Terapötik çevreye ilişkin özellikler kapsamında değerlendirilen “dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe, dil sorunu dışında bir nedenle kendini ifade edememe, muayene sırasında rahat olamama, doktorun çok yoğun olması, iletişimden memnun olmama, kurumun uzak olması, kurumun yoğun olması, randevu almada zorluk yaşama, sağlık sigortasının olmaması, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu ve tedaviden memnuniyet” gibi özelliklerin uyum durumuna göre dağılımları Tablo 4.10’da incelenmiştir. Buna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Terapötik Çevreye İlişkin Faktörlerin Dağılımı (Türkiye, N=224)

Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler	Uyumlu (n=206) n (%)	Uyumsuz (n=18) n (%)	İstatistik
Dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe	Evet 0(0) Hayır 206 (92,0)	0(0) 18(8,0)	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
Dil sorunu dışında nedenle kendini ifade edememe	Evet 0(0) Hayır 206 (92,4)	1 (100,00) 17(7,6)	$\chi^2=2,39$ $p=0,122$
Muayene sırasında rahat olamama	Evet 2 (100,00) Hayır 204(91,9)	0 (0) 18(8,1)	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
Doktorun çok yoğun olması	Evet 1(50,00) Hayır 205(92,3)	1(50,00) 17(7,7)	$\chi^2=0,786$ $p=0,375$
İletişimden memnun olmama	Evet 0(0) Hayır 206(92,0)	0(0) 18(8,0)	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
Kurumun uzak olması	Evet 16(84,2) Hayır 190(92,7)	3(15,8) 15(7,3)	$\chi^2=1,38$ $p=0,24$
Kurumun yoğun olması	Evet 16(88,90) Hayır 190 (92,2)	2(11,4) 16(7,8)	$\chi^2=0,228$ $p=0,63$
Randevu almada zorluk yaşama	Evet 3(100,0) Hayır 203(91,9)	0(0) 18(8,0)	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
Sağlık sigortasının olmaması	Evet 1(100,0) Hayır 205(91,9)	0(0) 18(8,1)	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
Hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu	Evet 181 (91,9) Hayır 25(92,6)	16(8,1) 2(7,4)	$\chi^2=0,017$ $p=0,90$
Tedaviden memnuniyet	Evet 206 (92,0) Hayır 0(0)	18(0,8) 0(0)	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$

• *Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumda Etkili Olan Faktörler*

Bu bölümde, çalışma kapsamında ilaç tedavisine uyum ile ilişkili olduğu belirlenen değişkenlerden sadece “günde alınan ilaç sayısı ve ilaca bağlı yan etki yaşama” değişkenleri lojistik regresyon modeline alınmıştır (Tablo 4.11). Buna göre, antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk günde iki ve üzeri ilaç alanlarda, günde 1 ilaç alanlara göre 4,28 kat (OR=4,28; % 95 GA=1,50 – 12,25) ve ilaca bağlı yan etki yaşayanlarda, yan etki yaşamayanlara göre 4,88 kat (OR=4,88; % 95 GA=0,07 – 0,57) fazladır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumda Belirleyici Faktörler(Türkiye, N=224)

Değişkenler	β	Standart Hata	Wald	p	Odds Oranı	% 95 Güven Aralığı
İlaç alımı (adet/gün)	1,46	0,54	7,35	0,0067	4,28	1,50 – 12,25
Yan etki yaşama	-1,59	0,52	9,20	0,0024	4,88	0,07 – 0,57
Constant	-2,08	0,52	17,44	0,000		
Model ki -kare = 91,96		df=2	p= 0,0002			

4.2. ALMANYA'DA YAŞAYAN HİPERTANSİFLERE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Bu bölümde Almanya'da yaşayan Türk hipertansiflere ilişkin veriler, A.Tanımlayıcı Bulgular ve B.Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile İlişkili Faktörler olmak üzere iki bölümde verilmiştir.

A.Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde Bireye İlişkin Bulgular; Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular; Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulgular, Terapötik Çevreye İlişkin Bulgular ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyuma İlişkin Bulgular yer almaktadır.

- *Bireye İlişkin Bulgular*

Almanya'da yaşayan hipertansif grubun önemli bir oranı (% 58,8) kadın, 59 – 82 yaş arasında (% 51,8), ilk ve orta okul mezunu (% 55,8), evli (% 92,0), her hangi bir işte çalışmamakta (% 87,2), gelirini orta düzeyde algılamakta (% 86,7), günlük yaşamda kendini ifade edememekte (% 69,9) ve yaşadığı yere uyum sağladığını (% 66,8) belirtmektedir .Yaş ortalaması $58,01 \pm 8,08$ (35 – 77) olup, Almanya'da yaşama yılı ortalaması $27,7 \pm 7,61$ (2 – 50) yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Bireye İlişkin Özelliklerin Dağılımı (Almanya, N=226)

Bireye İlişkin Özellikler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	133(58,8)
Erkek	93(41,2)
Yaş	
35 – 58	109(48,2)
59 – 82	117(51,8)
x±SS(min-max)	58,01±8,08 (35-77)
Öğrenim Durumu	
Okur yazar değil	87(38,5)
İlk ve orta okul	126(55,8)
Lise	11 (4,9)
Üniversite	2(0,8)
Medeni Durum	
Evli	208 (92,0)
Diğer	18(8,0)
Çalışma durumu	
Aktif çalışan	29(12,8)
Çalışmıyor	197 (87,2)
Gelir durumu algısı	
İyi	22 (9,7)
Orta	196 (86,7)
Kötü	8(3,6)
Günlük yaşamada kendini ifade edebilme	
Evet	68(30,1)
Hayır	158 (69,9)
Yaşadığı yere uyum sağlama durumu	
Evet	151(66,8)
Hayır	75 (33,2)
Almanya'da yaşam süresi (yıl)	29.7±7.61 (2 – 50)
	x±SS (min-max)

• **Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular**

Hipertansiyon tanı yılı ortalaması $10,87 \pm 6,59$ (1-35) yıl olan grubun oldukça büyük bir bölümü (% 96,5) 5 yıl ve daha uzun süredir hipertansiftir ve hipertansiyona bağlı şikayetleri olmaktadır (% 85,8). Grubun ortalama sistolik kan basıncı değerleri $150,18 \pm 22,17$ (110 – 240) mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı değerleri ise $88,43 \pm 10,02$ (70 – 120) mmHg'dır. Grubun % 43,4'ünün hipertansiyonu Evre 2 düzeyinde olup, çoğunluğunun (% 97,3) kan basıncı yönetimi kötüdür. Hipertansiyon dışında kronik rahatsızlığı olanların oranı % 92,0, depresyon tanılı olanların oranı ise % 30,5'dir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (Almanya, N=226)

<i>Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler</i>		n (%)
<i>Hipertansiyon tanı yılı</i>	< 5yıl	8 (3,5)
	≥5 yıl	218 (96,5)
	$x \pm SS$ (min-max)	$10,87 \pm 6,59$ (1-35)
Kan basıncı değerleri	Sistolik kan basıncı (mmHg)	$150,18 \pm 22,17$ (110 – 240)
	Diyastolik kan basıncı (mmHg)	$88,43 \pm 10,02$ (70 – 120)
Kan basıncının sınıflandırılması	Normal	6 (2,7)
	Yüksek sınırdadır	67 (29,6)
	Evre 1	55 (24,3)
	Evre 2	98 (43,4)
Kan basıncı yönetimi	İyi	6 (2,7)
	Kötü	220 (97,3)
Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama	Evet	194(85,8)
	Hayır	32(14,2)
Kronik hastalık	Var	208(92,0)
	Yok	18(8,0)
Depresyon tanısı	Var	69(30,5)
	Yok	157(69,5)

- **Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulgular**

Ortalama olarak $9,91 \pm 6,58$ (0,5 – 35) yıldır antihipertansif ilaç tedavisi altında olan hastaların büyük bir bölümü (% 86,3) 5 yıl ve daha uzun süredir ilaç tedavisi altındadır. Tek ilaçlı (mono tedavi) tedavi görenlerin oranı %77,9 olup, çoğunluğu günde 1 ilaç kullanmaktadır (% 63,3). İlaça bağlı yan etki yaşayanların oranı % 16,4'dür (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 Tedaviye İlişkin Bulguların Dağılımı (Almanya, N=226)

Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulgular		n (%)
Antihipertansif ilaç yılı	<5 yıl	31 (13,7)
	≥5 yıl	195(86,3)
	$\bar{x} \pm SS$ (min-max)	$9,91 \pm 6,58$ (0,5- 35)
Tedavi tipi	Mono tedavi	176(77,9)
	Kombine tedavi	50(22,1)
İlaç alımı (adet/gün)	1 tane	143(63,3)
	≥ 2 tane	83(36,7)
	$\bar{x} \pm SS$	$1,57 \pm 0,91$
Yan etki	Evet	37(16,4)
	Hayır	189(83,6)

- **Terapötik Çevreye İlişkin Bulgular**

Terapötik çevre özelliklerine ilişkin değerlendirmeye göre hastaların % 5,8'i yaşadığı çevrede dil sorunu yaşamakta, % 26,5'i hipertansiyon ve ilaçları konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilmediğini, % 4,4'ü aldığı sağlık hizmetlerinden memnun olmadığını belirtmektedir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 Terapötik Çevreye İlişkin Bulguların Dağılımı (Almanya, N=226)

Terapötik Çevreye İlişkin Veriler		n (%)
Dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe	Evet	13(5,8)
	Hayır	213(94,2)
Dil dışı bir nedenle kendini ifade edememe	Evet	3(1,3)
	Hayır	223(98,7)
Muayene sırasında rahat olamama	Evet	1(0,4)
	Hayır	224(99,6)
Doktorun çok yoğun olması	Evet	1(0,4)
	Hayır	225(99,6)
İletişimden memnun olmama	Evet	2(0,9)
	Hayır	224(99,1)
Kurumun uzak olması	Evet	0(0)
	Hayır	226(0)
Kurumun yoğun olması	Evet	1(0,4)
	Hayır	225(99,6)
Randevu almada zorluk yaşama	Evet	0(0)
	Hayır	226(0)
Sigortanın olmaması	Evet	0(0)
	Hayır	226(0)
Hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme	Yeterli	166(73,5)
	Yetersiz	60(26,5)
Tedaviden memnuniyet	Evet	216(95,6)
	Hayır	10(4,4)

• **Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyuma İlişkin Bulgular**

Hastaların % 70,5'i tansiyon ilaçlarını içmeyi unuttuğunu, % 48,2'si son iki hafta içinde unutma dışında bir nedenle ilaçlarını almayı ihmal ettiğini, % 16,4'ü verdiği rahatsızlıktan dolayı hekimine söylemeden ilaçlarını bıraktığını, % 17,3'ü seyahate çıktığında ya da evden ayrıldığında ilaçlarını unuttuğunu, % 40,7'si bir önceki gün ilaçlarını içmediğini, % 62,8'i ilaçlarını aynı şekilde almadığını, % 56,2'si tansiyonu iyi olduğunda ilaçlarını içmediğini, % 60,2'si tedaviye uymada zorluk yaşadığını ve % 50,4'ü ilaçları içmeyi farklı sıklıklarda unuttuğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.16) .

Tablo 4.16 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguların Dağılımı (Almanya, N=226)

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Soruların Dağılımı		n (%)
1. Tansiyon ilaçlarınız içmeyi unuttuğunuz oluyor mu?	Evet	159(70,5)
	Hayır	67(29,6)
2. Son 2 hafta unutmadığınız halde ilaçlarınızı ihmal ettiğiniz oldu mu?	Evet	109 (48,2)
	Hayır	117(51,8)
3. Kullandığınız ilaçların size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacınızı azalttığınız yada bıraktığınız oldu mu?	Evet	37(16,4)
	Hayır	189(83,6)
4. Seyahate çıktığınızda yada evden ayrıldığınızda ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	Evet	39 (17,3)
	Hayır	187(82,7)
5. Dün tansiyon ilaçlarınızı içtiniz mi?	Evet	134(59,3)
	Hayır	92(40,7)
6.Tansiyon ilaçlarınız hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?	Evet	84 (37,2)
	Hayır	142 (62,8)
7. Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde ilaçlarınızı içmeyi bırakır mısınız?	Evet	127(56,2)
	Hayır	99(43,8)
8. Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	Evet	136(60,2)
	Hayır	90(39,8)
9. Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz ?	Hiç/nadiren	112(49,6)
	Ara sıra	51(22,6)
	Bazen	54(23,9)
	Genellikle	9(4,0)
	Her zaman	0(0)

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu Tablo 4.17’de gösterilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda Almanya’daki örneklem grubunda antihipertansif ilaç tedavisine uyum ölçeği puan ortalaması $5,52 \pm 3,45$ (1-12) olup, % 37,6’sı antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz bulunmuştur (Tablo 4.17).

Tablo 4.17 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu (Almanya, N=224)

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu	n (%)
Uyumlu (<7)	141 (62,4)
Uyumsuz(≥ 8)	85(37,6)
$\bar{x} \pm SS$ (min-max)	$5,52 \pm 3,45$ (1 – 12)

B. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile İlişkili Faktörler

Bu bölümde, Bireye İlişkin, Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin, Hipertansiyon Tedavisine İlişkin ve Terapötik Çevreye İlişkin Özelliklerin Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum durumu ile ilişkisi incelenmiştir.

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Bireysel Faktörlerin İlişkisi***

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile bireysel faktörlerin ilişkisi Tablo 4.18'de sunulmuştur. Bireye ilişkin özellikler kapsamında antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkisi incelenen “yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu ve kendini ifade edebilme” özellikleri dışındaki değişkenler uyum yönünden farklılık göstermemiştir ($p < 0.05$). Buna göre 59 yaş ve üstü grupta, okur yazar olmayan, çalışmayanlarda ve günlük yaşamda kendini ifade edemediğini belirtenlerde tedaviye uyumsuzluk beklenenin üzerinden belirlenmiş ve bu fark grupların kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.18 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumu ile Bireysel Faktörlerin Dağılımı (Almanya, N=226)

Bireye İlişkin Özellikler	Uyumlu (n=141) n (%)	Uyumsuz (n=85) n (%)	İstatistik
Cinsiyet	Kadın 77(57,9) Erkek 64(68,8)	56 (42,1) 29 (31,2)	$\chi^2 = 2,78$ p=0,10
Yaş	35 – 58 59 – 82	33(30,3) 52(44,4)	$\chi^2 = 4,83$ p=0,03
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil 48(55,2) İlk ve orta okul 81(64,3) Lise 10(90,9) Üniversite 2(100,0)	39(44,8) 45(35,7) 1(9,1) 0(0)	$\chi^2 = 8,66$ p=0,03
Medeni Durum	Evli 131(63,0) Diğer 10(55,6)	77(37,0) 8(44,4)	$\chi^2 = 0,39$ p=0,53
Çalışma durumu	Aktif çalışan 23(79,3) Çalışmayan 118(59,9)	6(20,7) 79(40,1)	$\chi^2 = 4,06$ p=0,04
Gelir durumu algısı	İyi 15 (68,2) Orta 121(61,7) Kötü 5(62,5)	7 (31,8) 75 (38,3) 3 (37,5)	$\chi^2 = 0,36$ p=0,84
Günlük yaşamda kendini ifade edebilme	Evet 50 (73,5) Hayır 91(57,6)	18 (26,5) 67(42,4)	$\chi^2 = 5,14$ p=0,02
Yaşadığı yere uyum sağlama durumu	Evet 97(64,2) Hayır 44(58,7)	54(35,8) 31 (41,3)	$\chi^2 = 0,66$ p=0,42

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon ve Sağlık Durumu İlişkisi***

Hipertansiyon ve sağlık durumuna ilişkin özellikler kapsamında incelenen değişkenler arasında sadece hipertansiyona bağlı şikayeti olmadığını belirtenlerde ilaç tedavisine uyumsuzluk beklenilenin üzerinde bulunmuştur ($p<0.05$).

(Tablo 4.19).

Tablo 4.19 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon ve Sağlık Durumu İlişkisi (Almanya, N=226)

Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler		Uyumlu (n=141) N (%)	Uyumsuz (n=85) N (%)	İstatistik
Hipertansiyon tanı yılı	<5yıl	6 (75,0)	2(25,0)	$\chi^2 = 0,14$ p=0,71
	≥ 5 yıl	135(61,9)	83(38,1)	
Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama	Var	135(69,6)	59(30,4)	$\chi^2 =30,26$ p=0,000
	Yok	6(18,8)	26(81,3)	
Kronik hastalık	Var	126(60,6)	82(39,4)	$\chi^2 =3,66$ p=0,06
	Yok	15(83,3)	3(16,7)	
Depresyon tanısı	Var	38(55,1)	31(44,9)	$\chi^2 =2,67$ p=0,13
	Yok	103(65,6)	54(34,4)	

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon Tedavisi Özellikleri İlişkisi***

Hipertansiyon tedavisinin özellikleri ile ilaç uyumu ilişkisi Tablo 4.20'de incelendiğinde, günlük ilaç sayısı ve ilaca bağlı yan etki yaşama durumu ile ilaç tedavisine uyum yönünden gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre günlük olarak bir ilaç alan ve ilaca bağlı yan etki yaşadığını belirtenlerde antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk beklenilenin üzerinde bulunmuştur

(Tablo 4. 20).

Tablo 4.20. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon Tedavisi Faktörlerin İlişkisi (Almanya, N=226)

Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Özellikler		Uyumlu (n=141) N (%)	Uyumsuz (n=85) N (%)	İstatistik
Antihipertansif ilaç yılı	<5yıl	16 (51,6)	15(48,4)	$\chi^2 =1,78$ p=0,18
	≥5 yıl	125(64,1)	70(35,9)	
Tedavinin Özelliği	Mono tedavi	108(61,4)	68(38,6)	$\chi^2 =0,36$ p=0,55
	Kombine tedavi	33(66,0)	17(34,0)	
İlaç alımı (adet/gün)	1 tane	82 (57,3)	61(42,7)	$\chi^2 =4,23$ p=0,04
	≥2 tane	59(71,1)	24(28,9)	
Yan etki	Evet	7(18,9)	30(81,1)	$\chi^2 =35,63$ p=0,000
	Hayır	134(70,9)	55(29,1)	

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Terapötik Çevre İlişkisi***

Terapötik çevreye ilişkin özellikler kapsamında değerlendirilen “dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe, dil sorunu dışında bir nedenle kendini ifade edememe, muayene sırasında rahat olamama, doktorun çok yoğun olması, iletişimden memnun olmama, kurumun uzak olması, kurumun yoğun olması, randevu almada zorluk yaşama, sağlık sigortasının olmaması, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu ve tedaviden memnuniyet” özelliklerine göre uyum durumu Tablo 4.21’de verilmiştir. Buna göre terapötik çevre ile ilgili değişkenler arasında “hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilmediğini” belirten grupta tedaviye uyumsuzluk oranı beklenenin üzerinde bulunmuş olup istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.21), diğer özellikler ise benzer dağılım göstermiştir.

Tablo 4.21 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Terapötik Çevre İlişkisi (Almanya, N=226)

Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler	Uyumlu (n=206) n (%)	Uyumsuz (n=18) n (%)	İstatistik
Dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe	Evet Hayır 132 (62,0)	4(30,8) 81(38,0)	$\chi^2 = 0,283$ $p=0,60$
Dil sorunu dışı bir nedenle kendini ifade edememe	Evet Hayır 2(66,7) 139 (62,3)	1 (33,3) 84(37,7)	$\chi^2 = 0,000$ $p=1,000$
Muayene sırasında rahat olamama	Evet Hayır 0 (0) 141(62,7)	1 (100) 84(37,3)	$\chi^2 = 0,066$ $p=0,798$
Doktorun çok yoğun olması	Evet Hayır 1(100,00) 140(62,2)	0(0) 85(37,8)	$\chi^2 = 0,000$ $p=1,000$
İletişimden memnun olmama	Evet Hayır 1(50,0) 140(62,5)	1(50,0) 84(37,5)	$\chi^2 = 0,000$ $p=1,000$
Kurumun uzak olması	Evet Hayır 0(0) 141(62,4)	0(0) 85(37,6)	$\chi^2 = 0,000$ $p=1,000$
Kurumun yoğun olması	Evet Hayır 1(100) 140 (62,2)	0(0) 85(37,8)	$\chi^2 = 0,000$ $p=1,000$
Randevu almada zorluk yaşama	Evet Hayır 0(0) 141(62,4)	0(0) 85(37,6)	$\chi^2 = 0,000$ $p=1,000$
Sağlık sigortasının olmaması	Evet Hayır 0(0) 141(62,4)	0(0) 85(37,6)	$\chi^2 = 0,000$ $p=1,000$
Hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme	Yeterli Yetersiz 111 (66,9) 30(50,0)	55(33,1) 30(50,0)	$\chi^2 = 5,34$ $p=0,02$
Tedaviden memnuniyet	Evet Hayır 137 (63,4) 4(40)	79(36,6) 6(60,0)	$\chi^2 = 2,15$ $p=0,14$

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumda Etkili Olan Faktörler***

İlaç tedavisine uyum ile ilişkili bulunan değişkenler arasında uyumda etkili olan değişkenleri belirlemek amacıyla, “yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, günlük yaşamda kendini ifade edebilme, hipertansiyona bağlı şikayet yaşama, günlük alınan ilaç sayısı, ilaca bağlı yan etki yaşama, hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu” gibi değişkenler lojistik regresyon modeline alınmıştır (Tablo 4.22) . Yapılan değerlendirmede sadece “hipertansiyona bağlı şikayet yaşama ve ilaçlara bağlı yan etki yaşama” ile ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı odds oranları bulunmuştur. Buna göre ilaç tedavisine uyumsuzluk hipertansiyona bağlı şikayeti olduğunu ifade edenlerde 9,62 kat (OR=9,62; % 95 GA=3,23 – 28,63) ve ilaçlara bağlı yan etki yaşadığını belirtenlerde 11,11 kat (OR=11,11; % 95 GA=0,03– 0,24) daha fazla belirlenmiştir.

Tablo 4.22. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumda Belirleyici Faktörler (Almanya, N=226)

Değişkenler	β	Standart Hata	Wald	P	Odds Oranı	% 95 Güven Aralığı
Yaş	-0,20	0,35	0,34	0,56	1,22	0,42 – 1,61
Öğrenim durumu			3,57	0,31		
İlk ve orta okul mezunu	4,93	15,23	0,11	0,75	139,29	0,000 – 1,274E+14
Lise mezunu	4,43	15,22	0,09	0,77	83,67	0,000- 7,608E+14
Üniversite mezunu	3,00	15,27	0,04	0,84	20,16	0,000 – 1,994E+14
Çalışma durumu	- 0,70	0,64	1,21	0,27	2,01	0,14 – 1,73
Kendini ifade etme	- 0,08	0,44	0,03	0,85	1,08	0,39 – 2,17
Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama	2,26	0,56	16,57	0,000	9,62	3,23 – 28,63
İlaç sayısı(adet/gün)	0,52	0,36	2,02	0,16	1,68	0,82 – 3,42
Yan etki yaşama	-2,41	0,49	23,81	0,000	11,11	0,03 – 0,24
Hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme	-0,51	0,37	1,91	0,17	1,66	0,29 – 1,24
Constant	-3,18	15,24	0,04	0,84		
Model ki -kare = 77,58 df=10 p=0,0000						

4.3.TÜRKİYE VE ALMANYA'DA YAŞAYAN HİPERTANSİFLERE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde Türkiye ve Almanya'da yaşayan gruplara ilişkin veriler; karşılaştırmalı olarak A.Tanımlayıcı Bulgular ve B.Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile İlişkili Faktörler olmak üzere iki bölümde karşılaştırılmıştır :

A.Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde, Bireye İlişkin Bulgular, Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular, Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulgular, Terapötik Çevreye İlişkin Bulgular ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyuma İlişkin Bulgular olmak üzere beş alt başlık Türkiye ve Almanya'daki dağılımları verilmiştir.

- *Bireye İlişkin Bulgular*

Tablo 4.23'de her iki ülkede yaşayan hipertansiflerin bireysel özellikleri karşılaştırılmıştır. Her iki örneklem grubu yaş ve çalışma durumu yönünden benzer bulunmuştur. Cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, gelir durumu algısı, günlük yaşamda kendini ifade etme durumu ve yaşadığı yere uyum sağlama yönünden ülkeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Buna göre erkeklerin, okur yazar olmayanların ve ilk ve orta okulu mezunlarının, evlilerin, gelir düzeyi algısı orta olanların, günlük yaşamda kendini ifade edemeyenlerin ve yaşadığı yere uyum sağlayamadığını ifade edenlerin oranı Almanya'da yaşayan grupta anlamlı olarak daha fazladır (Tablo 4.23)

Tablo 4.23 Türkiye ve Almanya'da Yaşayanlarda Bireysel Özelliklerin Karşılaştırılması (N=450)

Bireye İlişkin Özellikler	Türkiye (n=224)	Almanya (n=226) n (%)	İstatistik
Cinsiyet	Kadın Erkek	133(58,8) 93(41,2)	$\chi^2 = 7,27$ p = 0,007
Yaş	35 – 58 59 – 82	109(48,2) 117(51,8)	$\chi^2 = 0,44$ p = 0,51
	$\bar{x} \pm SS$	58,01 \pm 8,09	Z=-1,05 P=0,29
Öğrenim durumu	Okur yazar değil İlkokul ve orta okul Lise Üniversite	87(38,5) 125(55,8) 11 (4,9) 2(0,9)	$\chi^2 = 95,30$ p=0,000
Medeni durum	Evli Diğer	208 (92,0) 18(8,0)	$\chi^2 = 23,76$ p=0,000
Çalışma durumu	Aktif çalışan Çalışmıyor	29(12,0) 197 (87,2)	$\chi^2 = 0,157$ p=0,69
Gelir durumu algısı	İyi Orta Kötü	22 (9,7) 196 (86,7) 8(3,5)	$\chi^2 = 7,49$ p=0,02
Günlük yaşamada kendi ifade edebilme	Evet Hayır	68(30,1) 158(69,9)	$\chi^2 = 180,86$ p= 0,000
Yaşadığı yere uyum sağlama durumu	Evet Hayır	151(66,8) 75(33,2)	$\chi^2 = 65,17$ p= 0,000

*Türkiye'de yapılan çalışmada 17 hastanın kontroller için şehir dışından gelmesinden dolayı, dağılım 207 hasta zerinden yapılmıştır

- ***Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular***

Her iki örneklem grubunda hipertansiyon ve sağlık durumuna ilişkin bulgular karşılaştırıldığında, kan basıncı yönetim durumu ve hipertansiyona bağlı şikayet yaşama değişkeni yönünden gruplar benzer bulunurken; hipertansiyon tanı yılı, ortalama kan basıncı değerleri (sistolik ve diyastolik) , kan basıncının sınıflandırılması, kronik bir rahatsızlığın olması ve depresyon tanısı yönünden ülkeler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.24).

Ortalama hipertansiyon tanı yılı ülkeler arasında fark göstermemekle birlikte, 5 yıl ve üzeri hipertansif olma, Evre 2 düzeyinde kan basıncına sahip olma, kronik rahatsızlık ve depresyon tanılı olma Almanya'da yaşayan grupta anlamlı olarak fazla bulunmuştur (Tablo 4.24). Bununla birlikte Almanya'da yaşayan grupta ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri Türkiye'de yaşayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.24. Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Bireylerin Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=450)

Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler	Türkiye (n=224) n (%)	Almanya (n=226) n (%)	İstatistik
Hipertansiyon tanı yılı			
< 5 yıl	32 (14,3)	8(3,5)	$\chi^2 = 16,04$
≥ 5 yıl	192 (85,7)	218(96,5)	$p=0,000$
$x \pm SS$	9,91 \pm 7,45	10,87 \pm 6,60	$t=-1,45$ $p=0,15$
Kan basıncı değerleri			
Sistolik kan basıncı (mmHg)	144,15 \pm 20,35 (100-210)	150,18 \pm 22,17 (100-240)	$t=-3,002$ $p=0,003$
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	85,33 \pm 11,47 (60-120)	88,43 \pm 10,02 (70-120)	$t=-3,05$ $p=0,002$
Kan basıncının sınıflandırılması			
Normal	13(5,8)	6(2,7)	
Yüksek sınırdaki	66(29,5)	67(29,6)	$\chi^2 = 9,69$
Evre 1	74(33,0)	55(24,3)	$p=0,02$
Evre 2	71(31,7)	98(43,4)	
Kan basıncı yönetimi			
İyi	13 (5,8)	6(2,7)	$\chi^2 = 2,76$
Kötü	211(94,2)	220(97,3)	$p=0,10$
Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama			
Evet	188(83,9)	194(85,8)	$\chi^2 = 0,32$
Hayır	36(16,1)	32(14,2)	$p=0,57$
Kronik hastalık			
Var	145(64,7)	208(92,0)	$\chi^2 = 49,60$
Yok	79(35,3)	18(8,0)	$p=0,000$
Depresyon tanısı			
Var	21(9,4)	69(30,5)	$\chi^2 = 31,47$
Yok	203(90,6)	157(69,5)	$p=0,000$

• **Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulgular**

Tablo 4.25’de Türkiye ve Almanya’da yaşayan grupta “antihipertansif ilaç kullanma yılı, tedavi tipi, günde alınan antihipertansif ilaç sayısı ve ilaca bağlı yan etki yaşama durumlarına” ilişkin özellikler karşılaştırılmıştır. Antihipertansif ilaç kullanma yılı ve ilaca bağlı yan etki yaşama yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken tedavi tipi ve günlük alınan ilaç sayısı yönünden ülkeler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, tek grup ilaç tedavi alma (mono tedavi), günde bir ilaç alma durumları Almanya’da yaşayan grupta anlamlı olarak fazladır ($p<0,05$). Bununla birlikte günlük alınan ortalama ilaç sayısı Türkiye’de yaşayan grupta ($2,08\pm 1,12$) , Almanya’da yaşayan gruba göre ($1,57\pm 0,91$) anlamlı olarak fazla bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.25).

Tablo 4.25 Türkiye ve Almanya’da Yaşayan Bireylerin Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=450)

Tedaviye İlişkin Bulgular		Türkiye (n=224) n (%)	Almanya (n=226) n (%)	İstatistik
Antihipertansif ilaç kullanma yılı	<5 yıl	45 (20,1)	31 (13,7)	$\chi^2 = 3,26$ $p=0,071$ $t=-0,445$ $p=0,656$
	≥ 5 yıl	175 (79,9)	195 (86,3)	
	$x \pm SS$	9,61 \pm 7,48	9,91 \pm 6,58	
	(min-max)	(0,5-40)	(0,5-35)	
Tedavi tipi	Mono tedavi	141 (62,9)	176 (77,9)	$\chi^2 = 12,04$ $p=0,001$
	Kombine tedavi	83 (37,1)	50 (22,1)	
İlaç alımı (adet/sayısı)	1 tane	79 (35,3)	143 (63,3)	$\chi^2 = 35,30$ $p=0,000$ $t=-5,40$ $p=0,000$
	≥ 2 tane	145 (64,7)	83 (36,7)	
	$x \pm SS$	2,08 \pm 1,12	1,57 \pm 0,91	
Yan etki	Evet	45 (20,1)	37 (16,4)	$\chi^2 = 1,043$ $p=0,31$
	Hayır	179 (79,9)	189 (83,6)	

• **Terapötik Çevreye İlişkin Bulgular**

Dil sorunu yaşama , dil sorunu dışında bir nedenle kendini ifade edememe, muayene sırasında rahat olamama, doktorun çok yoğun olması, iletişimden memnun olmama, kurumun uzak ve yoğun olması, randevu almada zorluk yaşama, sağlık sigortasının olmaması, hipertansiyon ve kullanılan ilaçlar konusunda bilgilendirilme ve

aldığı sağlık hizmetlerinden memnun olma durumunu kapsayan terapötik çevreye ilişkin özelliklerin yer aldığı bu bölümde, dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe, hipertansiyon ve ilaçları ile ilgili bilgilendirilmeme, tedaviden memnun olmama” gibi özellikler Almanya’da yaşayan grupta anlamlı olarak fazla bulunurken, kurumun uzak ve yoğun olması Türkiye’de yaşayan grupta beklenen üzerinde belirlenmiştir (Tablo 4. 26)

Tablo 4.26 Türkiye ve Almanya’daki Grupta Terapötik Çevreye İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=450)

Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler		Türkiye (n=224) n (%)	Almanya (n=226) n (%)	İstatistik
Dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe	Evet	0(0)	13(5,8)	$\chi^2 =13,27$ p=0,000
	Hayır	224(100)	213(94,2)	
Dil dışında nedenle kendini ifade edememe	Evet	1(0,4)	3(1,3)	$\chi^2 =0,243$ p=0,622
	Hayır	223(99,6)	223(98,7)	
Muayene sırasında rahat olamama	Evet	2(0,9)	1(0,4)	$\chi^2 =0,000$ p=0,994
	Hayır	222(99,1)	225(99,6)	
Doktorun çok yoğun olması	Evet	2(0,9)	1(0,4)	$\chi^2 =0,000$ p=0,994
	Hayır	222(99,1)	225(99,6)	
İletişimden memnun olmama	Evet	0(0)	2(0,9)	$\chi^2 =0,493$ p=0,482
	Hayır	224(100)	224(99,1)	
Kurumun uzak olması	Evet	19(8,5)	0(0)	$\chi^2 =20,02$ p=0,000
	Hayır	205(91,5)	226(100)	
Kurumun yoğun olması	Evet	18(8,0)	1(0,4)	$\chi^2 =16,04$ p=0,000
	Hayır	206(92,0)	225(99,6)	
Randevu almada zorluk yaşama	Evet	3(1,3)	0(0)	$\chi^2 =1,36$ p=0,243
	Hayır	221(98,7)	226(100)	
İlaç yazdırma işleminin fazla olması	Evet	0(0)	0(0)	$\chi^2 =0,000$ p=1,000
	Hayır	224(100)	226(100)	
Sigortanın olmaması	Evet	1(0,4)	0(0)	$\chi^2 =0,000$ p=0,996
	Hayır	223(99,6)	226(100)	
Hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu	Yeterli	197(87,9)	166(73,5)	$\chi^2 =15,15$ p=0,000
	Yetersiz	27(12,1)	60(26,5)	
Tedaviden memnuniyet	Evet	224(100)	216(95,6)	$\chi^2 =14,00$ p=0,000
	Hayır	0(0)	10(4,4)	

- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyuma İlişkin Bulguların Karşılaştırılması***

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'ne verilen cevapların ülkelere göre dağılımı ve uyum düzeyi dağılımı Tablo 4.27'de verilmiştir. Sadece kullanılan ilaçların verdiği rahatsızlık nedeniyle hekime söylemeden ilaçlarını bıraktığını ifade edenler yönünden her iki ülkede anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$), diğer değişkenler her iki ülke arasında anlamlı farklı dağılım göstermiştir ($p<0,05$). Buna göre Almanya'da yaşayan grupta "tansiyon ilaçlarını içmeyi unutma, seyahate çıktığında ya da evden ayrıldığında ilaçlarını unutma, bir önceki gün ilaçlarını içmeme, ilaçlarını aynı şekilde almama, tansiyonu iyi olduğunda ilaçlarını içmeme, tedaviye uymada zorluk yaşama, ilaçları içmeyi farklı sıklıklarda unutma" durumları anlamlı olarak fazla bulunmuştur ($p<0,05$),(Tablo 4.27).

Tablo 4.27 Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyuma İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=450)

Hipertansiyon Uyum Tanılama Ölçeğine İlişkin Sorular	Türkiye (n=224) n(%)	Almanya (n=226) n(%)	İstatistik
1. Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi unuttuğunuz oluyor mu?	Evet Hayır 97 (43,3) 127(56,7)	159 (70,5) 67 (29,6)	$\chi^2 = 33,56$ $p=0,000$
2. Son 2 hafta unutmadığınız halde ilaçlarınızı ihmal ettiğiniz oldu mu?	Evet Hayır 61 (27,2) 163 (72,8)	109 (48,2) 117(51,8)	$\chi^2 = 21,10$ $p=0,000$
3. Kullandığınız ilaçların size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacınızı azalttığınız yada bıraktığınız oldu mu?	Evet Hayır 45(20,1) 179(79,9)	37 (16,4) 189 (83,6)	$\chi^2 = 1,04$ $p=0,31$
4. Seyahate çıktığınızda yada evden ayrıldığınızda ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	Evet Hayır 20 (8,9) 204 (91,1)	39 (17,3) 187 (82,7)	$\chi^2 = 6,85$ $p=0,009$
5. Dün tansiyon ilaçlarınızı içtiniz mi?	Evet Hayır 205 (90,2) 22(9,8)	134(59,3) 92(40,7)	$\chi^2 = 56,74$ $p=0,000$
6. Tansiyon ilaçlarınız hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?	Evet Hayır 191 (85,3) 33 (14,7)	84 (37,2) 142 (62,8)	$\chi^2 = 109,52$ $p=0,000$
7. Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde ilaçlarınızı içmeyi bırakır mısınız?	Evet Hayır 42 (18,8) 182(81,3)	127 (56,2) 99 (43,8)	$\chi^2 = 67,26$ $p=0,000$
8. Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	Evet Hayır 67 (29,9) 157(70,1)	136 (60,2) 90 (39,8)	$\chi^2 = 41,62$ $p=0,000$
9. Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz ?	Hiç/nadiren Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman 131 (58,5) 60 (26,8) 32 (14,3) 0 (0) 1 (0,4)	112 (49,6) 51 (22,6) 54 (23,9) 9 (4,0) 0 (0)	$\chi^2 = 21,76$ $p=0,000$

Türkiye ve Almanya’da yaşayan gruplar arasında antihipertansif ilaç tedavisine uyum incelendiğinde, hipertansiyon tedavisi uyum ölçek puan ortalaması ve tedaviye uyumsuzluk oranı Almanya’da yaşayan grupta Türkiye’de yaşayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.28).

Tablo 4.28 Türkiye ve Almanya’daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu (N=224)

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu	Türkiye (n=224) n(%)	Almanya (n=226) n(%)	İstatistik
Uyumlu (<7)	206 (92,0)	141 (62,4)	$\chi^2 = 55,75$ $p=0,000$
Uyumsuz (≥ 8)	18 (8,0)	85 (37,6)	
$\bar{x} \pm SS$	3,30 \pm 2,61	5,52 \pm 3,45	Z=-6,86 $p=0,000$

B. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile İlişkili Faktörler

Bu bölümde Türkiye’de ve Almanya’daki hipertansiflerde ilaç tedavisine uyum durumunu belirleyen Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı ile ilişkili faktörler, Bireye İlişkin Özellikler, Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler, Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Özellikler ve Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir.

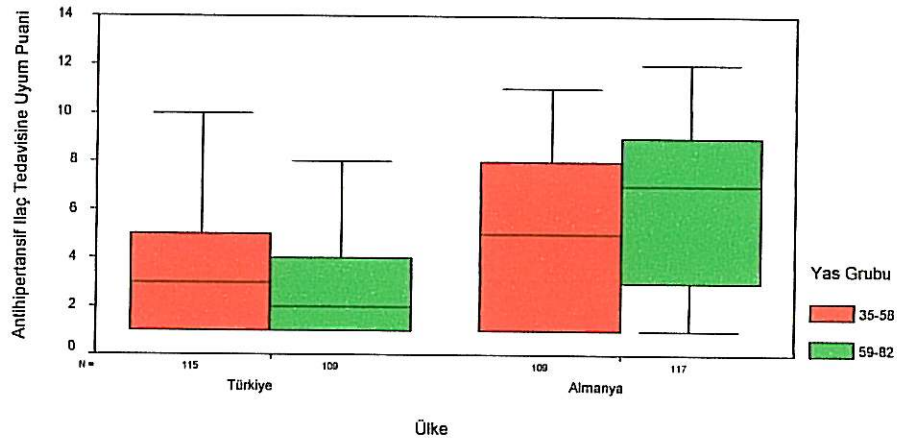
- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Bireysel Faktörlerin İlişkisi***

Her iki ülkede yaşayan bireylerin özellikleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkisi incelendiğinde Türkiye ve Almanya’daki grupların ortalama ilaç uyum puanları “cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu, gelir durumu algısı, günlük yaşamda kendini ifade edebilme ve yaşadığı yere uyum sağlama” özellikleri arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın Türkiye ve Almanya’da yaşayan grupta “yaş ve çalışma durumu” özellikler yönünden ilaç uyum ortalamaları anlamlı fark göstermiştir ($p<0,05$). Buna göre Almanya’da yaşayan 59 –82 yaş grubunda ve aktif olarak çalışmayanlarda ilaç uyum ortalama puanları yüksektir (Tablo 4.29).

Tablo 4.29 Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumu İle Bireysel Faktörlerin Karşılaştırılması (N=450)

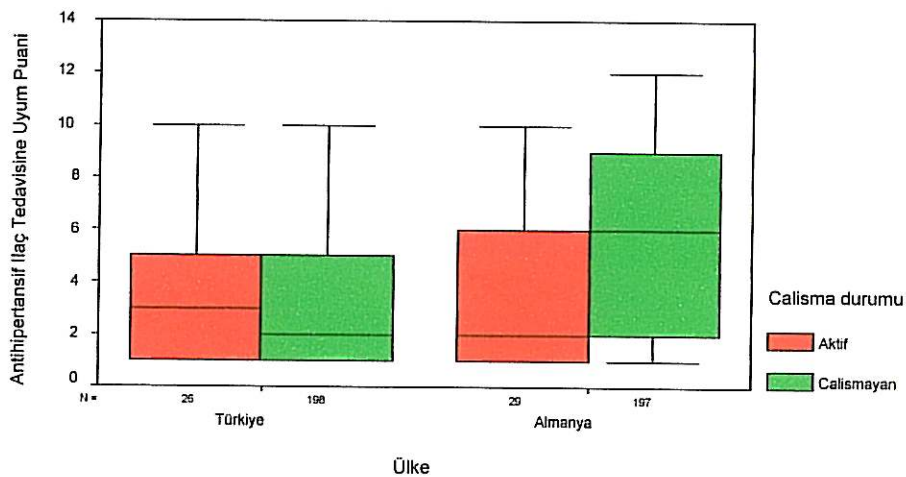
Bireye İlişkin Özellikler (BİÖ)	Türkiye x ±SS	Almanya x ±SS	BİÖ	Ülke	BİÖ* Ülke Etkileşimi
Cinsiyet	Kadın Erkek	6,00±3,35 4,83±3,49	F=7,29 p=0,007	F=53,29 p=0,000	F=1,36 p=0,24
Yaş	35 – 58 59 – 82	4,96±3,45 6,03±3,38	F=0,96 P=0,33	F=59,41 p=0,000	F=7,63 p=0,006
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil İlk ve orta okul Lise Üniversite	6,26±3,22 5,31±3,51 2,82±2,60 1,00±0,00	F=5,47 p=0,001	F=0,93 p=0,34	F=2,52 p=0,06
Medeni Durum	Evli Diğer	5,46±3,49 6,22±2,94	F=0,80 P=0,37	F=32,55 p=0,000	F=0,687 p=0,41
Çalışma durumu	Aktif çalışan Çalışmıyor	3,83±3,12 5,77±3,43	F=2,76 P=0,10	F=9,02 p=0,003	F=7,74 p=0,006
Gelir durumu algısı	İyi Orta Kötü	4,77±3,50 5,58±3,45 6,19±3,40	F=2,10 P=0,12	F=2,10 p=0,12	F=0,006 p=0,99
Günlük kendini ifade edebilme	Evet Hayır	4,35±3,35 6,01±3,37	F=4,80 P=0,03	F=17,41 P=0,000	F=2,83 p=0,09
Yaşadığı yere uyum sağlama durumu	Evet Hayır	5,27±3,53 6,03±3,24	F=0,05 P=0,83	F=14,77 p=0,000	F=0,84 p=0,36

Bireye ilişkin özellikler kapsamında Türkiye ve Almanya’da yaşayan gruplar arasında antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı yönünden farklılık belirlenen “yaş ve çalışma durumu” bireye ilişkin özelliklerin grafikleri Şekil 4.1 ve 4.2’de verilmiştir. Şekil 4.1’de görüldüğü gibi Almanya’da yaşayan 59 – 82 yaş grubundaki bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı medyan değeri daha yüksek olmak üzere bu grupta uyum daha yetersizdir.



Şekil 4.1. Türkiye ve Almanya’da Yaş ve Anihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı

Benzer şekilde, çalışma durumu özelliğinde de (Şekil 4.2) Almanya’da yaşayan ve çalışmayan grupta antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı medyan değeri yüksek belirlenmiş dolayısıyla uyum durumu bu grupta daha yetersiz olarak tanımlanmıştır.



Şekil 4.2. Türkiye ve Almanya’da Çalışma Durumu ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı

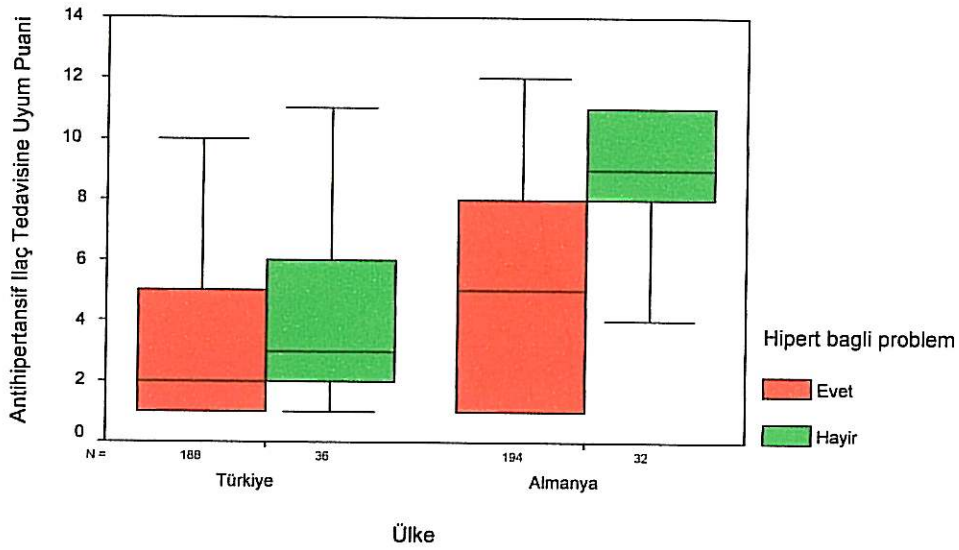
- ***Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Hipertansiyon ve Sağlık Durumu Faktörlerinin Karşılaştırılması***

Hipertansiyon ve sağlık durumuna ilişkin özellikler kapsamında incelenen değişkenlerden sadece “hipertansiyondan bağlı şikayet yaşama ve kronik bir rahatsızlığın olması” özellikleri Türkiye ve Almanya’da yaşayan gruplarda antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı ortalamaları farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre Almanya’da yaşayan ve hipertansiyona bağlı şikayeti olmadığını ifade edenlerde, bununla birlikte hipertansiyon dışında kronik bir rahatsızlığı olanlar ilaç tedavisine daha uyumsuzdur (Tablo 4.30).

Tablo 4.30 Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Hipertansiyon ve Sağlık Durumu Faktörlerinin Karşılaştırılması (N=450)

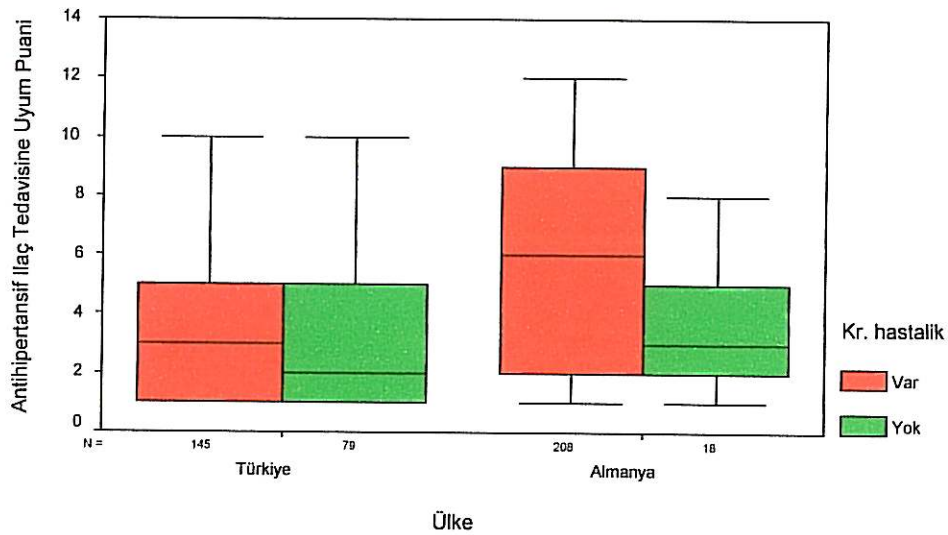
Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler (HSDİÖ)	Türkiye x±SS	Almanya x±SS	HSDİÖ (F/p)	Ülke (F/p)	HSDİÖ*Ülke Etkileşimi (F/p)
Hipertansiyon tanı yılı	< 5 yıl	3,44±2,83	F=2,41 p=0,12	F=3,66 p=0,06	F=3,28 p=0,07
	≥5 yıl	3,28±2,58			
Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama	Evet	3,12±2,50	F=35,78 p=0,000	F=64,86 p=0,000	F=9,78 p=0,002
	Hayır	4,22±2,97			
Kr. hastalık	Var	3,30±2,45	F=4,29 p=0,04	F=11,77 p=0,001	F=4,17 p=0,04
	Yok	3,29±2,89			
Depresyon tanısı	Var	3,76±2,84	F=2,12 p=0,15	F=26,92 p=0,000	F=0,05 p=0,82
	Yok	3,25±2,58			

Şekil 4.3'de ise hipertansiyona bağlı problem yaşama durumuna göre Türkiye ve Almanya'da hipertansiyon uyum tanımlama ölçek puanı grafiği verilmiştir. Buna göre Almanya'da yaşayan grupta ve hipertansiyona bağlı şikayeti olmadığını belirten grupta antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı medyan değeri Türkiye'de yaşayan gruba göre yüksektir.



Şekil 4.3 Türkiye ve Almanya'da Hipertansiyona Bağlı Problem Yaşama Durumu ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı

Benzer şekilde Almanya'da yaşayan ve kronik hastalığı olan grupta antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı medyan değeri yüksektir (Şekil 4.4)



Şekil 4.4. Türkiye ve Almanya'da Kronik Hastalık Durumu ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı

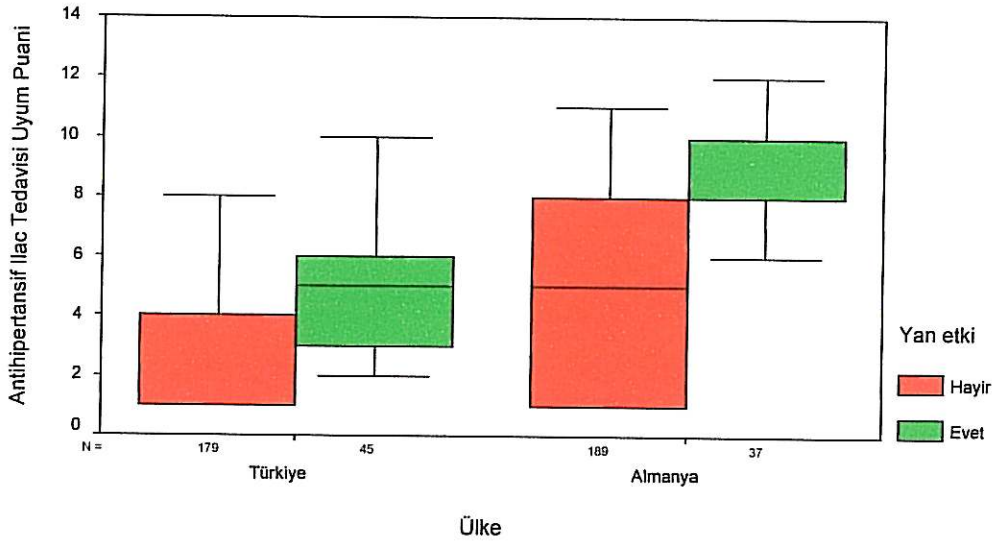
- *Anihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Hipertansiyon Tedavisi Faktörlerinin Karşılaştırılması*

Türkiye ve Almanya’da yaşayan bireylerin hipertansiyon tedavisi

Özellikleri antihipertansif ilaç tedavisine uyum ilişkisi incelendiğinde “ilaca bağlı yan etki yaşam” arasında anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.31). Buna göre Almanya’da yaşayan ve antihipertansif ilaçlarına bağlı yan etki yaşayanlar daha uyumsuzdur ($p<0.05$). Şekil 4.5’de görüldüğü gibi Almanya’da yaşayan ve ilaca bağlı yan etki yaşadığını ifade edenlerde antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı ortalamaları yüksektir.

Tablo 4.31 Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Hipertansiyon Tedavisi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=450)

Antihipertansif İlaç Tedavisine İlişkin Özellikler (AITİÖ)	Türkiye x±SS	Almanya x±SS	AITİÖ (F/p)	Ülke (F/p)	AITİÖ* Ülke Etkileşimi (F/p)
Antihipertansif ilaç yılı	<5 yıl 3,49±2,94 ≥ 5 yıl 3,25±2,52	5,45±3,88 5,53±3,38	F=0,042 p=0,84	F=29,38 p=0,000	F=0,161 p=0,69
Tedavi tipi	Mono tedavi 3,48±2,69 Kombine tedavi 2,99±2,44	5,63±3,42 5,12±3,53	F=2,413 p=0,12	F=43,78 p=0,000	F=0,001 p=0,98
İlaç alımı (adet/gün)	1 tane 3,98±2,99 ≥ 2 tane 2,93±2,30	6,08±3,34 4,54±3,44	F=19,28 p=0,000	F=39,92 p=0,000	F=0,716 p=0,39
Yan etki	Evet 5,47±2,68 Hayır 2,75±2,29	9,00±1,78 4,84±3,28	F=103,58 p=0,000	F=69,07 p=0,000	F=4,62 p=0,03



Şekil 4.5 Türkiye ve Almanya’da İlaçlara Bağlı Yan Etki Yaşama Durumu ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Puanı

3. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum ile Terapötik Çevreye Faktörlerinin Karşılaştırılması

Terapötik çevre özellikleri kapsamında incelenen “dil sorunu yaşama , dil sorunu dışında bir nedenle kendini ifade edememe, muayene sırasında rahat olamama, doktorun çok yoğun olması, iletişimden memnun olmama, kurumun uzak ve yoğun olması, randevu almada zorluk yaşama, sağlık sigortasının olmaması, hipertansiyon ve kullanılan ilaçlar konusunda bilgilendirilme ve aldığı sağlık hizmetlerinden memnun olma durumu gibi özelliklerin Türkiye ve Almanya’da yaşayan grupta ilaç tedavisine uyum ile ilişkisi Tablo 4.32’de verilmiştir. Buna göre Türkiye ve Almanya’da yaşayan bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyum puanı ortalamaları ile ilişkili terapötik çevre özellikleri bulunmamıştır ($p>0.05$). Vaka dağılımındaki yetersizlikten dolayı bazı özelliklerde istatistiksel analiz yapılamamakla birlikte bazı özelliklerin ülkelere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre Türkiye’de, yine vaka sayısı az olmakla birlikte, kurumun uzak olduğunu, randevu almada zorluk yaşadığını, sigortasının olmadığını belirtenler antihipertansif ilaç tedavisine daha uyumsuzdur. Almanya’da yaşayan grupta ise benzer şekilde vaka sayısı yetersiz olmasına karşın iletişimden memnun olmayan, hastalık ve ilaçları ile ilgili bilgilendirilmeyen ve tedaviden memnun olmadığını belirtenlerde antihipertansif ilaç tedavisine daha uyumsuzdur.

Tablo 4.32 Türkiye ve Almanya'daki Grupta Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum İle Terapötik Çevre Faktörlerinin Karşılaştırılması (N=450)

Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler (TÇİÖ)	Türkiye x±SS	Almanya x±SS	TÇİÖ F/p	Ülke (F/p)	TÇİÖ*Ülke Etkileşimi (F/p)
Dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe	Evet Hayır 3,30±2,61	5,38±2,76 5,53±3,49	F=0,026 p=0,87	F=57,79 p=0,000	*
Dil sorunu dışında nedenle kendini ifade edememe	Evet Hayır 8,00±0,00 3,28±2,59	5,67±2,52 5,52±3,46	F=1,89 p=0,17	F=0,001 p=0,98	F=1,67 p=0,20
Muayene sırasında rahat olamama	Evet Hayır 4,00±4,24 3,29±2,60	8,00±0,00 5,51±3,45	F=0,724 p=0,40	F=2,730 p=0,10	F=0,226 p=0,64
Doktorun çok yoğun olması	Evet Hayır 7,50±0,71 3,26±2,59	6,00±0,00 5,52±3,45	F=1,59 p=0,21	F=0,041 p=0,84	F=1,003 p=0,32
İletişimden memnun olmama	Evet Hayır -	6,50±2,12 5,51±3,46	F=0,208 p=0,65	F=58,41 p=0,000	*
Kurumun uzak olması	Evet Hayır 4,05±2,64 3,23±2,60	- 5,52±3,45	F=1,26 p=0,26	F=60,26 p=0,000	*
Kurumun yoğun olması	Evet Hayır 3,67±2,66 3,27±2,61	6,00±0,00 5,52±3,45	F=1,26 p=0,26	F=2,10 p=0,15	*
Randevu almada zorluk yaşama	Evet Hayır 3,33±0,52 3,30±2,61	- 5,52±3,45	F=0,000 p=0,98	F=58,74 p=0,000	*
<i>Sigortanın olmaması</i>	Evet Hayır 4,00±0,00 3,30±2,61	- 5,52±3,45	F=0,053 p=0,82	F=59,15 p=0,000	*
Hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgilendirilme durumu	Yeterli Yetersiz 3,25±2,64 3,70±2,31	5,06±3,47 6,78±3,06	F= 8,10 p=0,005	F=40,72 p=0,000	F=2,71 p=0,10
Tedaviden memnuniyet	Evet Hayır 3,30±2,60 -	5,47±3,45 6,60±3,34	F=1,312 p=0,25	F=55,36 p=0,000	*

* İstatistiksel analiz yapılamamıştır

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Türkiye ve Almanya'da yaşayan hipertansiflerde ilaç tedavisine uyumun belirlenmesi ve her iki ülkede uyum ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Her iki ülkede, hipertansiyon önemli sağlık sorunu olmasına rağmen, hastalığın yönetiminde önemli rol oynayan antihipertansif ilaç tedavisine uyuma ilişkin veriler oldukça sınırlıdır. Çalışma bulgularının Türkiye ve Almanya'da, hipertansif Türk popülasyonu ile çalışan sağlık profesyonellerine, ilaç tedavisine uyumun belirlenmesi ve geliştirilmesinde yol gösterici olması düşünülmektedir.

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmalarda birçok faktörün ilaç tedavisine uyum ile ilişkili olduğu belirtilmekte ve genel olarak bu faktörler bireye, hipertansiyon ve sağlık durumuna, hipertansiyon tedavisine ve terapötik çevreye ilişkin faktörler olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir (Marston 1970; Park ve Jones 1996; Morisky 1999; Ryan 1999; Dezii 2000; Gottlieb 2000; Mallion ve Schmitt 2001; Vermeire ve ark.2001; Evidence for Action WHO 2003, Jokisalo ve ark. 2002; Cramer 2003)

Bireye ilişkin özellikler kapsamında yer alan "göçmen olarak yaşama, etnik ya da azınlık grubuna mensup olma" çok kültürlü özellik kazanan toplumlarda giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Ülkemiz göç alan bir ülke olmakla birlikte, önemli ölçüde yurt dışına göç veren bir ülke konumundadır. Dış göç, çeşitli ülkeler ile yapılan antlaşmalar sonucunda 1960'lı yıllarda çoğunluğu gelişmiş batı Avrupa ülkelerine işçi göçü ile başlamıştır ve yoğunluğu azalmakla birlikte günümüzde de devam etmektedir. Bu durum Türk insanı açısından incelendiğinde Avrupa ülkeleri arasında 2 milyon Türk popülasyonu ile Almanya önem kazanmaktadır. Misafir işçi "Gastarbeiter" olarak tanımlanan ve bu ülkeye giden ve bir çoğu ülkesine dönmeyen "birinci kuşak göçmenleri" bugün bu ülkede doğup büyüyen ikinci, hatta üçüncü kuşak Türkler izlemiş ve halen izlemeye devam etmektedir. Bu grup genellikle Amerikan literatüründen alışık olduğumuz "Türk Kökenli Alman" terimi ile tanımlanmaktadırlar (Yılmaz 1997; Körber Vakfı 1998; Unat 2002). Almanya'da yaşayan Türklerin Alman toplumuna entegrasyonu ile ilgili çalışmalar topluma uyum sağlamada temel olarak görülen dil kursları sürmekle birlikte (www.tuerkischebotschaft.de/tr/arsiv/2002/TrKitap2002.pdf) bu grubun sağlık ve sosyal

sorunlarına ilişkin çalışmalar sınırlıdır (Oezcuremez ve ark. 1999; Bongard ve ark. 2002; Razum ve Zeeb 2004; Zeeb ve Razum 2004).

Türkiye ve Almanya'da yaşayan ve antihipertansif ilaç tedavisi altında olan bireylerde ilaç tedavisine uyumun belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmaya ilişkin bulgular 1. Türkiye ve Almanya'da antihipertansif ilaç tedavisine uyum nasıldır ? ve 2. Türkiye ve Almanya'da antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörler (bireye, hipertansiyon ve sağlık durumu, hipertansiyon tedavisi ve terapötik çevreye ilişkin özellikler) nelerdir ?

1. Türkiye ve Almanya'da antihipertansif ilaç tedavisine uyum nasıldır ?

Antihipertansif ilaç tedavisine uyumu inceleyen araştırmalarda, ilaç tedavisine uyum prevalansı % 27,27 – 69,31 gibi oldukça geniş bir aralıkta tanımlanmaktadır (Stock, 1993). Türkiye'de toplumun 1/5'inin hipertansif olması ve kan basıncı yönetiminin istenilen düzeylerde olmamasına rağmen antihipertansif ilaç tedavisine ilişkin veriler sınırlıdır. Ancak, mevcut sınırlı veriler dahi ilaç tedavisine uyumun önemli bir sorun olduğuna işaret etmektedir (Domaç ve ark.2001, Arıca ve Çağlar 2002). Türklerin yoğun olarak yaşadığı Almanya'da da, Türklere ilişkin veriler genel olarak bu grubun tedaviye uyumsuz ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının yetersiz olduğu yönündedir (Oezcuremez ve ark. 1999, Bongard ve ark. 2002).

Çalışma grubunda, uyumsuzluk oranı Türkiye'de % 8, Almanya'da % 37,6'dır. Uyumsuzluk oranı ve uyum puanı ortalamaları Almanya'da yaşayan grupta yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk düzeyi ile birlikte puanı sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri de artmıştır ($p < 0,05$). Bu bulgu, tedaviye uyumda kan basıncı değerlerinin önemli bir belirleyici olduğu görüşünü desteklemektedir (Schrey ve Noack 1982; Stock 1993; Morisky 1999; Gotlieb 2000; Lahdenperä ve Kyngäs,2000; Evidence for Action WHO 2003). Kendi anavatanı dışında bir ülkede göçmen olarak ya da etnik bir gruba mensup olma durumunun antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar sınırlıdır. Ancak bu grupların toplumun geneline göre ekonomik ve sosyal yönden daha düşük olanaklara sahip oldukları, topluma uyum sağlayamama, dil engeli ve kendilerini sağlık sistemi içerisinde güvende hissetmemelerinden dolayı tedaviye uyumun yetersiz olabileceği belirtilmektedir (Betancourt ve ark.1999). Konuyla ilgili çalışmaların önemli bir bölümü ise kuzey Amerika literatüründendir. Afrika kökenli Amerikalıları kapsayan bazı çalışmalarda bu grubun

beyazlara göre tedaviye uyumsuz ve kan basıncı kontrolünün daha yetersiz olduğu belirtilmektedir (Shea ve ark. 1992; Monane ve ark. 1996; Betancourt ve ark.1999; Ward ve ark. 2000). Bununla birlikte, Shea ve arkadaşları (1992) Latin kökenli ve Afrika kökenli Amerikalılar arasında tedaviye uyumun benzer olduğunu belirlemişlerdir. Khalil ve Elzubier (1997) ise Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada arap kökenli olmayanların tedaviye daha uyumlu olduklarını belirlemişlerdir.

Avrupa bölgesinde, toplumunun % 8,9'u göçmen olan, 2 milyon Türk ile en büyük Türk popülasyonuna sahip olan Almanya'da yakın bir tarihte yayınlanan bir derlemede ise bu ülkede yaşayan ve önemli bir bölümünü Türklerin oluşturduğu göçmenlerin sağlık hizmetleri sunumunda göz ardı edildiği, gereksinimleri ve problemleri dikkate alınmadığı, dolayısı ile bu grupların "Alman Sağlık Sistemi'nden" etkin bir şekilde yararlanamadığı bu nedenle sistemde önemli düzenlemelere gereksinim olduğu vurgulanmaktadır (Razum ve ark. 2004). Almanya'da yaşayan Türk popülasyonunda kardiyovasküler risklere ve sorunlara işaret edilen bazı çalışmalar da (Oezcuremez ve ark. 1999, Bongard ve ark. 2002) bu görüşleri desteklemektedir. Bununla birlikte, Hochleitner ve arkadaşlarının (2004) Avusturya'da yaptıkları çalışmada Türk göçmenlerin ve özellikle Türk göçmen kadınların, erkeklere göre daha dezavantajlı olduklarını, hizmetlerin ücretsiz olmasının bu grubun sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmasında yeterli olmadığı, göçmen grubunun gereksinimlerinin belirlenmesi ve hizmetlerden yararlanmada engelleyici faktörlerin üzerinde durulmasının gereği vurgulanmaktadır. Çalışmada, Almanya'da yaşayan grupta tedaviye uyum ve kan basıncının yönetimindeki yetersizliğin, kendi ülkesi dışında başka bir yerde göçmen olmanın beraberinde getirdiği, dil sorunu, hekim ve sağlık hizmetlerine güvensizlik, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanma, göçmen olarak sosyo ekonomik (düşük eğitim, gelir düzeyi, iyi olmayan yaşam koşulları vb.) yönden dezavantajlı gruba mensup olma ve buna bağlı nedenlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

2. Türkiye ve Almanya’da antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili faktörler (bireye, hipertansiyon ve sağlık durumu, hipertansiyon tedavisi ve terapötik çevreye ilişkin özellikler) nelerdir?

Türkiye’de yaşayan grubun yaş ortalaması $59,35 \pm 10,35$ (35 – 82 yaş) idi. Grubun önemli bir bölümü kadın, 35 – 58 yaş arasında, ilk ve orta okul mezunu, evli, çalışmayan, orta gelir düzeyine sahip, kendini ifade etme konusunda sorunu olmayan ve yaşadığı yere uyum sağladığını ifade eden hastalardan oluşmaktaydı. Bireye ilişkin genel özellikleri itibariyle çalışma grubumuz sosyo ekonomik yönden düşük – orta düzeyde yaşlı bir grubu oluşturmaktaydı. Almanya’da yaşayan grubun yaş ortalaması ise $58,01 \pm 8,08$ (35 – 77 yaş) idi ve uzun süredir bu ülkede yaşamaktaydı ($29,7 \pm 7,61$; 2 – 50 yaş). Bununla birlikte önemli bir bölümü kadın, 59 – 82 yaş arasında, aktif olarak çalışmayan, orta gelir düzeyinde idi. Bununla birlikte hastaların % 69,9’u kendini günlük yaşamda ifade edemediğini ve % 33,2’si ise yaşadığı yere uyum sağlayamadığını belirtmiştir. Bu özellikleri ile çalışma grubumuz uzun süredir Almanya’da yaşayan, sosyo ekonomik yönden orta – düşük, düşük eğitim düzeyinde, Alman topluma adaptasyon konusunda sıkıntıları olan bir grup idi ve bu yönüyle Almanya’da yaşayan grubun önemli bir bölümü ile benzer özellikler taşıdığı düşünülmektedir. Her iki popülasyona ilişkin özellikler karşılaştırıldığında, Almanya’da yaşayan grupta erkek, okur yazar olmayan, evli, gelir düzeyi orta, günlük yaşamda kendini ifade edemeyenlerin ve yaşadığı yere uyum sağlamadığını belirtenlerin sayısı beklenen üzerinde bulunmuştur. Cinsiyete ilişkin bu farklılığın Almanya’da yaşayan Türk kadınlarının erkeklere göre sağlık hizmetlerine ulaşmada dil engeli, düşük eğitim ve yanında eş ya da çocuk olmaksızın tek başına sağlık gereksinimlerini karşılayamama gibi nedenlerden dolayı erkeklere göre daha dezavantajlı oldukları düşünülmektedir. Hochleitner ve arkadaşlarının (2004) Avusturya’da yaptıkları çalışmada Türk göçmenlerin ve özellikle Türk göçmen kadınların, erkeklere göre daha dezavantajlı olduklarını, hizmetlerin ücretsiz olmasının bu grubun sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmasında yeterli olmadığı, göçmen grubunun gereksinimlerinin belirlenmesi ve hizmetlerden yararlanmada engelleyici faktörlerin üzerinde durulmasının gereği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda Almanya’da yaşayan Türk toplumunun önceki yıllara göre giderek daha fazla Alman toplumuna entegre olduklarını, zannedilenin aksine Türklerin Almanlarla iletişimlerinin, Almanca’yı kullanma becerilerinin giderek arttığı, daha fazla Alman basın yayın organlarını takip ettiği belirtilmektedir ve bu oranlar daha genç yaştaki Türklerde yaşlılara göre daha da

artmaktadır (www.tuerkischebotschaft.de/tr/arsiv/2002/TrKitap2002.pdf). Ancak çalışma grubumuzun yaşlı gruptan oluşması ve uzun süredir Almanya'da yaşamaları bu grubun sosyo ekonomik ve eğitim seviyesi düşük topluma adaptasyon ve dil konusunda önemli sorunu olan birinci kuşak göçmen grubunun özelliklerini taşıdığı düşünülmektedir. Her iki ülkede yaşayan bireysel özellikleri yönünden karşılaştırıldığında ise düşük eğitilmiş, evli olma, orta gelir düzeyi algısına sahip olma, kendini ifade etme konusunda sıkıntı yaşama ve yaşadığı yere uyum sağlayamama Almanya'da yaşayan grupta fazla olması bu durumu destekler niteliktedir. Hastalarla yapılan görüşmelerde önemli bir bölümünün Zonguldak bölgesinden göç ettiği belirlenmiş çalışmanın yürütüldüğü bölgenin ağırlıklı olarak maden bölgesi olması bu durumda etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışma grubumuzun Almanya'ya göç ile birlikte bu ülkede yine iyi olmayan koşullarda, uzun süreli çalışma saatleri, düşük ücretli işlerde çalışma, Türklerin yoğun olarak bulunduğu bölgelerde Almanlar tarafından sıkça "küçük İstanbul" olarak tanımlanan bölgelerde iç içe küçük gruplar halinde yaşamaları vb. koşullardan dolayı bu grubun uzun süreli bu ülkede yaşamalarına rağmen günlük yaşamda kendilerini ifade etme ve yaşadıkları yere uyum sağlayamadıklarını ifade etmeleri bu grubun topluma henüz adapte olmadıkları düşünülmektedir. Yine Almanya'da yaşayan grupta kronik hastalık oranının Türkiye'de yaşayan gruba göre fazla olmasında yaşam koşullarındaki yetersizlikler, önemli ölçüde fiziksel iş gücüne dayanan alanlarda çalışmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Hamburg'da yapılan ve yaşlı Türk göçmenlerin yaşam koşullarının Alman yaşlıları ile karşılaştırıldığı bir çalışmada göçmen Türklerin genel sağlık durumlarının göre daha yetersiz, gelirlerinin daha düşük, yaşadıkları dairelerin küçük, yaşam konforlarının daha düşük ve aile nüfusunun daha fazla olduğu belirlenmiştir (Kauth-Kokshoorn 1999). Yaşam koşullarındaki tüm bu yetersizliklerin bireyin topluma uyum sağlamasını önemli ölçüde etkilediği, bununla birlikte Türklerin yaşadıkları bölge bu bölgedeki iş sahasının özellikleri (maden bölgesi, sanayi, bölgesi, otomotiv sektörü vb.) ve Türk nüfusunun yoğunluğunun Almanya'da yaşayan Türklerin yaşam biçimini önemli bir biçimde etkilediği, düşük eğitim düzeyinde iş gücü ile yapılan işlerde çalışan ve Türklerin daha yoğun olarak yaşadığı bölgelerde göçmen grupların daha kendi içine kapalı bir yaşam sürdürdükleri dolayısıyla Alman toplumuna entegre olmama durumunun daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Buna karşın Türk nüfusunun daha az, iş alanlarının daha eğitilmiş, teknolojiye dayalı iş gücü gerektiren iş sahaslarının olması burada yaşayan Türk nüfusunda, daha Alman toplumuna entegre, yeniliğe ve gelişmeye açık kılmaktadır.

Bireylerin hipertansiyon ve sağlık durumlarına ilişkin bulguları incelendiğinde Almanya'da yaşayan grupta daha fazla olmak üzere her iki ÷lkede bireylerin önemli bir bölümü 5 yıl ve daha uzun süredir hipertansifti, Almanya'da yaşayan grubun kan basıncı değerleri daha yüksek, kan basıncı yönetimi daha yetersizdi, hipertansiyon dışında başka bir kronik rahatsızlığı vardı ve depresyon tanılı idi. Bununla birlikte her iki ÷lkede kan basıncı değerleri istenilen düzeyde değildi ve kan basıncı kontrol altında olanların oranı Altun, Arıcı, Nergizoğlu, Derici, Karahan, Turgay, Sindel, Erbay, Hasaoğlu, Çağlar (2003) % 8,1'lik ve Abacı, Oğuz, Kozan, Toprak, şenocak, Değer, şahin, Fici, Erol (2006) ÷lke çapında belirledikleri % 16,6 – 30,5 oranlarının altında belirlenmiştir. Genel olarak bulgular Almanya'da yaşayan grubun kan basıncı yönetiminin, bununla birlikte genel sağlık durumunun Türkiye'de yaşayan gruba daha yetersiz olduğuna işaret etmektedir. Bu durumun “göçmen” olma dil sorunu, topluma uyum sağlayamama vb. nedenlerle sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanamama, düşük gelire bağlı olarak yaşam konforunun düşük olması; topluma adapte olamama, kendini yabancı bir ortamda yaşama durumu, gelecek kaygısı ve buna bağlı olarak yaşanan kronik strese bağlı olarak depresyon oranının fazla olması durumu ile ilişkili olduğu düşün÷lmektedir. Özellikle yaşlı popülasyonda Türkiye'de ve çoğunlukla göç ettiği memleketinde yaşama arzusuna karşın, Türkiye'deki ortama yabancı olma, kronik hastalıkları olmasından dolayı aşına olduğu Alman sağlık siteminden kopamama, çocukların ve hatta torunların bu ÷lkede yaşaması ve onlardan kopamama gibi nedenlerden dolayı günlük yaşamsal stres düzeyinin yüksek olabileceği düşün÷lmektedir.

Son yıllarda Almanya'da emeklilik hakkını elde edenlerin Almanya'dan kopmadan ancak uzun süre Türkiye'de yaşadıkları gözlenmektedir. Bu grup “pendel migranten” olarak “gel – git göçmenler” olarak tanımlanmaktadır. Bunlar genellikle yılın yaklaşık yarısını Türkiye geçirmekte ve daha sonra tekrar Almanya'ya dönmemektedir. Ancak řu an kendi gereksinimlerini karşılayabilecek fiziksel güçte olan bu grubun gereksinimlerinin gelecek yıllarda yaşlılığa ve bağımlılığının artmasına bağlı olarak artacağı düşün÷lmektedir. Carta, Bernal, Hardoy, Abad (2005) Avrupa bölgesine ilişkin geniş kapsamlı çalışmalarında göçün depresyon gelişiminde önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Wurff, Beekman, Djikshoorn, Spijker, Smits, Stek, Verhoeff (2004) Hollanda'da Türk ve Tunus'lu göçmenlerle yaptıkları bir çalışmada Türk yaşlıların % 61,5'inin depresif oldukları belirlenmiştir. Almanya'da Diefenbacher ve Heim (1994)

tarafından yapılan bir diğerk çalışmada ise klinikte depresyon tanılı Türk ve Alman hastalar karşılaştırılmış depresyon belirti ve bulguların Türk populusyonda daha ciddi düzeyde olduğu belirtilmiştir. Göçmen olmanın depresyon ile birlikte diğerk psikolojik sağlık sorunlarının gelişimi üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Carta ve ark.2005). Kronik stres, topluma adaptasyon sorunları, travmalar vb. olayların bu durum ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bu durumu destekler nitelikte, çalışmamızda da Almanya'da yaşayan grupta depresyon oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Etkin kan basıncı kontrolüne kombine tedaviler önerilmesine karşın (Moser ve Black 1998) hipertansiyon tedavisine ilişkin bulgular incelendiğinde Almanya'da yaşayan grubun daha fazla olmak üzere grubun önemli bir bölümünün tek grup ilaçla ve günlük bir doz ile tedavi altında olduğu belirlenmiştir.

Terapötik çevreye ilişkin özellikler incelendiğinde ise ülkeler arasında belirlenen farklılıkların her iki ülkedeki sağlık hizmetlerine ilişkin önemli veri sağladığı düşünölmektedir. Buna göre dil sorunu nedeniyle kendini ifade edememe, hipertansiyon ve ilaçlarla ilgili yeterli düzeyde bilgilendirilmeme ve tedaviden memnun olmama Almanya'da yaşayan grupta fazla iken Türkiye'de yaşayan grup kurumun uzak olması, kurumun yoğun olmasını hizmet sunumun da önemli sorunlar olarak ifade etmişlerdir. Türkiye'de çalışmanın yürütöldüğu üniversite polikliniklerinin hasta yoğunluğu oldukça yüksektir ve şehir dışı de olmak üzere hastalar İstanbul'un çok farklı semtlerinden üniversite kliniklerine gelmektedirler. Dolaysıyla kurumun uzaklığı ve yoğunluğu hastalar için önemli sorunlar arasındadır. Almanya'da yaşayan grupta ise 13 hasta dil sorunu nedeniyle kendini ifade edemediğini belirtmiştir. Almanya'da çalışmaların yürütöldüğu merkezlerin 2'si dışındaki hekimler Türk kökeni idi ancak bu hekimler de Türkçe bilmekteydi ve Türk kökenli hemşire çalıştırmaktaydı. Bu karşın 13 hasta dil engelini bir sorun olarak ifade etmiştir. Buna paralel olarak bu grupta bilgilendirilme ve tedaviden memnuniyet de yetersiz bulunmuştur. Hastanın, hastalığı ve tedaviye ilişkin inancı ve memnuniyeti önemli ölçüde bilgisine bağlıdır. Bilgi düzeyinin arttırılması ile hastaların hipertansiyonun yönetiminde daha fazla sorumluluk almalarını desteklemektedir. Bilgilendirilme, tüm bireylerde önemli olmakla birlikte göçmen toplulukları, azınlık grupları ve sosyoekonomik yönden düşük gruplar gibi hassas topluluklarda daha da önem kazanmaktadır (Stewart ve ark.1999) ancak bu grupların daha az bilgilendirildiği, eğitim gereksinimlerinin çoğu zaman hekimler tarafından göz ardı edildiği, bu bireylerin gereksinimlerinin zannedilenin aksine daha fazla olduğu ancak diğerk gruplara göre daha az

soru sordukları belirtilmektedir. Almanya’da yaşayan grubun kendine ifade etme, bilgilendirilme ve tedaviden memnuniyete ilişkin yaşadıkları sorunların bu durumla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yapılan regresyon analizinde ise her iki ülkede ilaca bağlı yan etki yaşama durumu ilaç tedavisine uyumsuzlukta belirleyici bir faktör olarak belirlenmiş bunu Türkiye’de günde 2 ve üzerinde ilaç alma, buna Almanya’da yaşayan grupta hipertansiyona bağlı şikayet yaşama durumu eklenmiştir. Tedavi programında yer alan ilaç grupları ve reçete edilen ilaç sayısı günlük tedavi programının karmaşıklığı açısından önem taşımaktadır. Bir çok çalışmada tedavi programının karmaşıklığının tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Khalil ve Elzubier 1997; Iskedjian ve ark.2002; Ren ve ark. 2002; Jokisalo ve ark 2002; Gascon ve ark.2004). Buna karşın Ross ve arkadaşları (2004) ilaç sayısı ile tedaviye uyum arasında bir ilişki belirlememişlerdir. Bununla birlikte antihipertansif ilaç tedavisine bağlı yan etki yaşama durumu ilaç tedavisine uyumu etkileyen önemli belirleyici faktörler arasında yer almaktadır. Literatürde yan etkilere bağlı yetersiz uyum gelişme oranının % 5 – 10 arasında olduğu (Schrey ve Noack 1982; Mallion ve Schmidt 2001; Gerth 2002) ve bazı çalışmalarda antihipertansif ilaç tedavisine bağlı yan etki yaşama ile tedaviye uyumsuzluk arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Khalil ve Elzubier 1997; Gascon ve ark. 2004; Jokisalo ve ark. 2002). Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama ilaç tedavisine uyumsuzluğun bir sonucu olarak uyumsuzluğun anlamlı olarak fazla olduğu Türk göçmen grubunda belirleyici bir faktör olarak belirlenmiştir. Literatürde bir ciddiyet göstergesi olarak belirtilerin olması hastalığın kontrolünde önemli motivatör bir faktör olarak belirtilmekte ve şikayeti olanların tedaviye daha uyumlu olmalarının beklendiği vurgulanmaktadır (Stock 1986). Çalışma kapsamında elde edilen bulgular antihipertansif ilaç tedavisine uyumun multifaktöryel bir durum olduğunu ve kendi ülkesi dışında başka bir ülkede göçmen olmanın, ülke sağlık sisteminin daha iyi olmasına karşın gereksinimleri karşılamada yeterli olmadığını ve bu ülkelerde göçmenlere ilişkin faktörlerin dikkate alınmasının gereğini ortaya koymaktır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Türkiye ve Almanya’da yaşayan hipertansiflerde antihipertansif ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu çalışmada elde edilen sonuçlara ilişkin özet noktalar şöyle sıralanmaktadır ;

- Her iki ülkede hipertansif bireylerin tedaviye uyumu ve kan basıncı değerleri istenilen düzeyde değildir.
- Türkiye’de yaşayan grupta günde iki ve üzeri ilaç alma ve ilaca bağlı yan etki yaşama durumları, Almanya’da yaşayan grupta ise 59 –82 yaş arasında olma, okur yazar olmama, çalışmama, günlük yaşamda kendini ifade edememe, hipertansiyona bağlı şikayet yaşama, günde 2 ve üzeri ilaç alma, ilaca bağlı yan etki yaşama ve hipertansiyon ve ilaçları konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilme özellikleri antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkili bulunmuştur.
- Türkiye’de antihipertansif ilaç tedavisine uyumda “günde 2 ve üzeri ilaç alma ve ilaca bağlı yan etki yaşama”, Almanya’da yaşayan grupta ise “hipertansiyon bağlı şikayet yaşama ve ilaca bağlı yan etki yaşama” belirleyici faktör olarak tanımlanmıştır.
- Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilişkisi incelenen “Terapötik çevre” özelliklerinde vaka sayıları sınırlı olmakla birlikte Türkiye’de yaşayan grupta “kurumun uzak olması, kurumun yoğun olması” gibi özellikler, Almanya’da yaşayan grupta ise “dil sorunu, hipertansiyon ve hastalıkları konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilmeme ve tedaviden memnun olmama” gibi özellikler ön plana çıkmıştır.

Bu sonuçlar ışığında her iki ülkede sağlık hizmeti sunucuları ve hizmet planlayıcılarına önerilerimiz şöyle sıralanmaktadır ;

ÖNERİLER

Türkiye’de Yaşayan Gruba Yönelik Öneriler

- Rutin kontroller de antihipertansif ilaç tedavisine uyum ve uyumu etkileyebilecek olası riskleri değerlendirilmelidir
- Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun arttırılmasına yönelik eğitim- danışmanlık ve izlemi kapsayan hizmetler sunulmalıdır.
- Ulaşım engeli vb. faktörleri ortadan kaldırmak ve hizmette sürekliliği sağlamak amacıyla sağlık ocağı gibi toplum temelli sağlık merkezlerinde hipertansiyon izlemine yönelik programlar yürütülmelidir
- Sağlık ocağı bünyesinde yürütülecek hizmetin sunumda sorumluluk alacak hekim ve hemşireler bu konuda eğitilmelidir
- Kliniklerdeki hastanın eğitimlerini planlamak, yürütmek, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunmak üzere en az lisans mezunu hemşireler görevlendirilmelidir
- Kliniklerde yer alan hipertansiyon polikliniklerinde genel muayene ve reçete yazımı ile sınırlı hizmetler genişletilmelidir
- Antihipertansif ilaç tedavisine uyum ile ilgili toplumun her kesiminden insanların anlayabileceği şekilde, broşürler ve kısa filmler hazırlanmalıdır
- Konuyla ilgili daha fazla araştırmalar yürütülmelidir.

Almanya'da Yaşayan Gruba Yönelik Öneriler

- Rutin kontroller de bireyin antihipertansif ilaç tedavisine uyum ve uyumu etkileyebilecek olası riskleri değerlendirilmelidir
- Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun artırılmasına yönelik anadilde eğitim-danışmanlık ve izlemi kapsayan hizmetler sunulmalıdır
- Türk kökenli hekim ve hemşireler dahil, tüm sağlık profesyonelleri Türk göçmenlerin özellikle birinci kuşağın sağlık ve sosyal sorunları ile ilgili bilgilendirilmelidir
- Kültüre, sosyal ve göçmen olma durumuna ilişkin özellik ve sorunların sağlık hizmetlerinin sunumuna etkileri ve önlemler konusunda sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir
- Türk populasyonun fazla olduğu bölgelerde hizmet veren iç hastalıkları uzmanı ve aile hekimlerinin “Türk hipertansif hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörler” konusunda bilgilendirilmesi
- Özellikle göçmenlerin yoğun olarak bulunduğu bölgelerde bulunan “Göçmen Merkezlerinde” konuyla ilgili eğitim almış, Türkçe bilen sağlık profesyonellerince toplum temelli olarak “hipertansiyon ve izlemi” konusunda sağlık eğitim programlarının yürütülmesi ve eğitilmiş personel tarafından kan basıncı kontrollerinin yapılması
- Göçmen kadın grubunun sağlık hizmetlerinin sunumunda daha dezavantajlı grup olarak ayrıca değerlendirilmesi
- Türk göçmenlere ilişkin bu konuda daha fazla araştırma yapılması.

KAYNAKLAR

- Abacı A, Oguz A, Kozan O, Toprak N, Senocak H, Deger N, Sahin M, Fici F, Erol C (2006). Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study), *J. Hum. Hypertens*, 20 (5): 355 – 61.
- Adherence to long term therapies, Evidence for action, World Health Organization 2003, http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_introduction.pdf, Erişim 1.07. 2005.
- Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgay C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S (2005). for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases, prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (The PatenT study) in 2003, *J. Hypertens*, 23 (10) :1817 – 23.
- Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2002; 33 (1) : 4 – 9 .
- Beaufragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Daten und Fakten, <http://www.integrationsbeauftragte.de/gra/daten/daten.php>, Erişim 01.03.2006.
- Betancourt JR, Carillo JE, Green AR. (1999) Hypertension in multicultural and minority populations : Linkin communication to compliance, *Current Hypertension Reports*, 1: 482 – 488 .
- Bharucha NE, Kuruvilla T. Hypertension in the Parsi Community of Bombay: a study on prevalence, awareness and compliance to treatment, *BMC (BioMed Central) Public Health* 2003, 3:1, <http://biomedcentral.com/1471-2458/3/1> , Erişim 03.06. 2004.
- Bobb LB, Duff EMW, Bailey EY. (2002) Compliance and blood pressure control in women with hypertension, *West Indian Journal*, 51:4, 236 – 40 .
- Bongard St, Pogge SF, Arslaner H, Rohrmann S, Hodapp V.(2002) Acculturation and cardiovascular reactivity of second – generation Turkish immigrants in Germany, *Journal of Psychosomatic Research* 53, 795 – 803.
- Bovet P, Burnier M, Madeleine G, Waeber B, Paccaud F.(2002) Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles, *Bulletin of the World Health Organization*, 80:1, 33 – 39 .
- Burns N, Grove SK. (1997) *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique &*

- Utilization. 3rd. Ed., W.B Saunders Company, Philadelphia.
- Canbek E, (1995). Canbek E &Gür A. Çeviri Ed., Uluslararası Hipertansiyon Derneği, Klinisyenin El Kitabı, Hipertansiyon, L. Hansson (Ed.), Beevers DG, Laragh JH, Pickering TG, Turgut Yayıncılık, İstanbul.
- Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Abad JM.(2005) Migration and mental health in Europe (the state of mental health in Europe working group: appendix 1), Clin Pract Epidemiol Ment. Health 1:13, <http://www.cpementalhealth.com/content/1/1/13>
- Chobanian A.V, Bakris G.L, Black H.R., Cushman, W.C, Green L.A, Izzo JL , Jones D.W, Materson B.J, Oparil S, Wright JT, Rocella Jr.E J (2003) Seventh Report on the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, Hypertension, 12:6, 1206 – 1252.
- Chun N, Lip GYH.(2002) Hypertension, Patients at risk , Excerpta Medica Publications, London.
- Collins R, Winkleby MA.(2002) African American Women and Men at High and Low Risk For Hypertension : A Signal Detection Analysis of NHANES III, 1988 – 1994, Preventive Medicine 35, 303 – 312.
- Cramer J.(2003) Medicine Partnership, Heart; 89 (Suppl II): ii 19 – 21, www.heartjnl.com
Erişim 05.04.2004
- Dezii Ch. M. (2000) Medication Noncompliance: What is the problem ? Managed Care, 9: 9, 7 –12,
http://www.managedcaremag.com/supplements/009_compliance_suppl/0009.compliance.pdf , Erişim 02.04.2005
- Diefenbacher A, Heim G (1994). Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients, Psychom Med, 56 (6): 551 – 6.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000), Depression is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment, Meta-analysis of the effects of an anxiety and depression on patient adherence, Archives of Internal Medicine, 160: 14; 2101 – 2107.
- Domaç M, Hayran O, Dülger GA, Balta E, Özkan Ö(2000). Türkiye’de Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu ve Antihipertansif Kullanım Özellikleri, Türk Eczacılar Birliği Araştırma Yayınları Dizisi: 3, Ankara.
- Dunbar-Jacob, J. & Schlenk E.A. (2000) Patient adherence to treatment regimen. In A. Baum, T.A. Revenson & J.E.Singer (Eds.) Handbook of health psychology (pp.571-580). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Dursun AN, Esen AM (2002). Çev.Ed. Fuster V. Alexander RW, O'Rourke RA (Ed)., Hurst's, 10.Baskı, 3.Cilt, Mc Graw-Hill, Medical Publishing Division, AND Danışman Eğitim ve Yayıncılık ve Organizasyon Ltd., 1 baskı, 3 Cilt, 1553 – 1604.
- Elzubier AG, Husain AA, Suleiman IA, Hamid ZA.(2000) Drug compliance among hypertensive patients in Kassala, Eastern Sudan, Eastern Mediterranean Health Journal, 6:1, 100-105.
- Enç N, Yiğit Z, Oğuz S, Özer S, Ergun FŞ, Altıok MG, Akın S, Uysal H, İncekara E. (2003) Hipertansiyon, Kılavuz Hazırlama Kurulu, , Türk Kardiyoloji Derneği, Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar , Hipertansiyon, Hemşirelik Bakım Kılavuzu, .
- Friday GH (1999). Antihypertensive medication compliance in African- American Stroke Patients: Behavioral Epidemiology and Interventions, Neuroepidemiology 18(5):223 – 30.
- Fujimoto WY, Bergstrom RW, Boyko EJ, Chen KW, Kahn St.E, Leonetti DL, McNeely MJ, Newell LL, Shofer JB, Wahl PW (2000). Type 2 diabetes and the metabolic syndrome in Japanese, Americans Diabetes Research and Clinical Practice 50 Suppl. 2, p. 73-76.
- Gascon JJ, Sanchez-Ortuno M, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment, Family Practice 21(2): 125 – 130 .
- Gerth, WC(2002). Compliance and Persistence with Newer Antihypertensive Agents, Current Hypertension Reports 2002, 4: 424- 33.
- Gottlieb H(2000). Medication nonadherence : finding solution to a costly medical problem, Drug Benefit Trend, 12(6): 57 – 62.
- Graettinger W (2003). Systemic Hypertension, In Current Diagnosis & Treatment in Cardiology, Second Edition, Ed. Crawford MH, Large Medical Books, Medical Publishing Division, New York.
- Haynes BR, Sackett DL, Gibson ES, Taylor WD, Hackett BC, Roberts RS, Johnson AL.(1976). Improvement of Medication Compliance in Uncontrolled Hypertension, The Lancet, 12; 1265 – 1268.
- Hayran O. (1993). Sağlık Araştırmalarında Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi, Pratik El Kitabı, S. Sample Size Determination in Health Studies Manual by K.Lawanga & S. Lemeshow, WHO, GENEVA 1991, Marmara Üniversitesi Yıyam No: 522, Tıp Fakültesi Yayın No:5, İstanbul.
- Hershey JC, Morton BG, Davis JB, Reichgott MJ (1980). Patient Compliance with

- Antihypertensive Medication, Am J Public Health 1980; 70 : 10; 1081 – 1089.
- Hill MN, Miller NH (1996). Compliance Enhancement, A Call for Multidisciplinary Team Approaches, Circulation, 93 : 4 –6.
- Hochleitner M, Bader A, Sahin F, Bezirkan H. Free access to health care, is this all immigrant women need ?, [http:// www.2uibk.ac.at/lbi_frauen/global/kongresse/pdf_dateien/sao_pedro_2004_vortrag2.pdf](http://www.2uibk.ac.at/lbi_frauen/global/kongresse/pdf_dateien/sao_pedro_2004_vortrag2.pdf) , 05.05.2006
- Iskedjian M, Einarson Th R, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, Ilersich AL,(2002) Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: Evidence from a meta- analysis, Clinical Therapeutics, 24:2, 302 – 316.
- Jokisalo E, Enlund H, Pirjo Halonen, Takala J, Kumpusalo E (2003). Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy, Blood Pressure, 12: 49 – 55.
- Jokisalo E, Kumpusalo E, Enlund H, Halonen P, Takala J (2002). Factors related to non – compliance with antihypertensive drug therapy, Journal of Human Hypertension, 16, 577 – 583.
- Kabakçı GM (2003) Antihipertansif tedavide yaşam kalitesi ve hasta uyumu, Kardiyoaktüel, 1:1, 6 – 7 .
- Kaplan MS, Thompson B, Coronado GD, Solomon CC (2004). Higher Fat Intake and Lower Fruit and Vegetable Intakes are Associates with greater Acculturation among Mexicans Living in Washington States, Journal of the American Dietetic Association, J Am Diet Assoc; 104: 51 – 57.
- Kauth-Kokshoorn E (1999) Residential and living conditions of elderly women and men immigrants in Hamburg, Gesundheitswesen, 61 (11): 522 – 7.
- Khalil SA, Elzubier AG (1997). Drug compliance among hypertensive patients in Tabuk, Saudi Arabia, Journal of Hypertension, 15:5, 561 – 565 .
- Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM (2000). Development and Testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale, Prog. Cardiovasc. Nurs 15(3), 90 – 96 .
- Koylan N. (2004) Diyabet, Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Risk, 1: 1-2, 29 – 34.
- Kyngäs, H., Lahdenperä T.(1999) Compliance of patients with hypertension and associated factors, Journal of Advanced Nursing, 29(4), 832-839.

- Lahdenpera TS, Kyngas HA (2000). Compliance and its evaluation in patients with hypertension, *Journal of Clinical Nursing*, 9: 826 – 833 .
- Lennon C, Hughes CM, McElnay JC (2002). The influence of depression and perceived health competence on adherence in patients with heart disease, *The International Journal of Pharmacy Practice*, 10 (Suppl) : R18.
- www.pharmj.com/IJPP/bpc2002/ijpp_bpc2002_rl., Erişim 09.04.2004
- Maier KW, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, Poulter N, Primatesta P, Stegmayr B, Thamm M.(2004) Hypertension Treatment and Control in Five European Countries, Canada, and the United States, *Hypertension* 43:10 – 17.
- Mallion JM, Schmitt D. (2001). Patient Compliance In The Treatment of Arterial Hypertension, *European Society of Hypertension Scientific Newsletter: Update on Hypertension Management*, 2:7,
- Marston MV (1970). Compliance with medical regimens: A review of literature, *Nursing Research*, 19:4, 312 – 323.
- Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS (1997) The multilevel compliance challenge : Recommendations for a call to action, A statement for Healthcare Professionals, *Circulation*; 95: 1085 – 1090.
- Monane M, Bohn RL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Levin R, Avorn J (1996). Compliance with Antihypertensive Therapy among Elderly Medicaid Enrolees: The Roles of Age, Gender and Race, *American Journal of Public Health*, 86 : 12, 1805 – 1808.
- Morisky D, Green LW, Levine D (1986). Concurrent and Predictive Validity of a self-reported measure of medication adherence, *Medical Care*, 24:1, 67 – 74.
- Morisky D. (1999). Compliance with medical regimens: The key behavioral factor in cardiovascular disease prevention, *Schweizer Seminar on Cardiovascular Disease Ulaanbaatar, Mongolia* September 28, 1999.
- www.bol.ucla.edu/~dmorisky/mongolia1/sld019.htm, Erişim 07.04.2003
- Morisky DE, Ang A, Ward HJ, Krousel-Wood M (2005). Assessing and Improving Medication Adherence among African Americans, paper presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association, Philadelphia.
- Moser M ve Black H R (1998). The role of combination therapy in the treatment of hypertension, *American Journal of Hypertension*, 11 : 73 – 78.
- Number Cruncher Statistical Software- Statistical and Power Analysis Software (NCSS-PASS)

- Oezcueremez AP, Bilgin Y, Wollny M, Gediz A, Arat A, Karatay E, Akıncı A, Sinterhauf K, Koch H, Siegfried I, Georgi R, Brenner G, Kloer HU(1999). Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study, *Atherosclerosis*, 144(1): 185-98.
- Onat A. (2000) Türk erişkinlerinde kalp sağlığı, risk profili ve kalp hastalığı (TEKHARF),Orhanlar Matbaası.
- Onat A(2001). Risk factors and cardiovascular disease in Turkey,*Atherosclerosis* 156,1–10.
- Öksüz E.(2004) Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13:3, 99- 104.
- Park DC, Jones,TR(1998) Medication adherence and aging In A.D. Fisk&W.A.Rogers (Eds), *Handbook of human Factors and the Older Adult*, 257-88, San Diego, CA: Academic Press.
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten, *Deutsches Ärzteblatt*, Jg 101, 43: 2882 – 2887.
- Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland, *Der Nervenarzt* 11, 1092 – 1098.
- Ren XS, Kazis LE, Lee A, Zhang H (2002). Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 27, 47 – 56.
- Richman RM, Bermingham M, Ko JR, Mahojam D, Steinbeck K, Caterson ID(2000). Cardiovascular risk factors in elderly Koreans in Australia and Korea, *Asia Pacific J Clin Nutr* , 9(1): 46- 52.
- Ross S, Walker A, MacLeod MJ (2004). Patient compliance in hypertension : role of illness perceptions and treatment beliefs, *Journal of Human Hypertension*, 18: 9, 607-613.
- Rudd P(1998). Compliance with Antihypertensive Therapy : Raising the Bar of Exceptions, *Am J Man Care (The American Journal of Managed Care)*; 4:957 – 966.
- Ryan AA(1999). Medication compliance and older people: review of the literature, *International Journal of Nursing Studies*, 36:153-162.
- Saounatsou M, Patsi O, Fasoi G, Stylianou M, Kavga A, Economou O, Mandi P, Nicolaou M (2001). The Influence of the Hypertensive Patient's Education in Compliance with Their Medication, *Public Health Nursing*, 18 :6, 436 – 442.

- Schrey A, Noack E.A. (1982). Compliance Handbuch, Luxemburg, (Haynes RB, Taylor DW & Sackett DJ. (1979) Methods for compliance in health care. Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press Publication.
- Section I, setting the scene, www.who.int/entity/chronic_conditions/en/Section1.pdf,
Erişim 05.03.2006
- Shea St, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis ChK. (1992) Correlates of Non adherence to Hypertension Treatment in an Inner City Minority Population, American Journal of Public Health, 82:12, 1607 – 1612.
- Sowielem LS, Elzubier AG (1998) Compliance and knowledge of hypertensive patients attending PHC centres in Al-Khobar, Saudi Arabia, Eastern Mediterranean Health Journal,4:2, 301 – 307.
- Stewart AL, Springer AN, Stable EJP, Posner SF, Bindman AB, Pinderhughes HL, Washington AE(1999). Interpersonal Process of Care in Diverse Populations, The Milbank Quarterly, 77: 3, 305 – 339.
- Stock, St. (1993). Non-Compliance and Bluthochdruck, Eine medizinsoziologische Studie bei Industriearbeitern, Lit Verlag, Münster.
- Talbot LA (1995). Principles and Practice of Nursing Research. Mosby Year Book, St.Louis.
- Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000.
Türklerin Almanya'ya Uyumunu, Bazı Klişeler ve Araştırma Sonuçları (2002), T.C Berlin Büyükelçiliği Yayın No : 1, www.tuerkischebotschaft.de/tr/arsiv/2002/TrKitap2002.pdf
- Uitewaal P, Hoes A, Thomas S, (2004) Diabetes education on Turkish immigrant diabetics: predictors of compliance, Patient Education and Counseling, www.elsevier.com/locate/pateducou , [Basımda].
- Unat NA.(2002) Bitmeyen Göç, Konuk İşçilikten Ulus- Ötesi Yurttaşlığa, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, Göç Çalışmaları 1, İstanbul.
- Vermeire E, Hearnshaw H, Royen PV. (2001) Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review, Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics ; 26; 331 – 342.
- Ward HJ, Morisky DE, Lees NB, Sharif BA (2000). A clinic and community based approach to hypertension control for an underserved minority population: design and methods, Am J. Hypertens 13; 177 – 183.
- Was ist ein Deutscher? Was ist ein Türke? Deutsch-Türkisches Symposium (1997),

- Körber Stiftung, Hamburg,1998 [Alman olmak nedir ? Türk olmak nedir ?, Türk – Alman Sempozyumu, Körber Vakfi-Hamburg 1997].
- Whang Ph W, Bohn Rh L, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J (2002) Noncompliance with Antihypertensive Medications, The impact of Depressive Symptoms and Psychosocial Factors, J. Gen. Intern Med. 2002; 17 : 504 – 511.
- Winkleby MA, Collins R.(2002) African American Women and Men at High and Low Risk for Hypertension : A Signal Detection Analysis of NHANES III, 1998 – 1994, Preventive Medicine 35, 303 – 312.
- Wurff van der F.B, Beekman ATF, Djikshoorn H, Spijker J.A, Smits C.H.M, Stek ML, Verhoeff A (2004) Prevalence and risk factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands, Journal of Affective Disorders 83, 33 – 41.
- Yılmaz T (1997). Ich muss die Rückkehr vergessen! Die migrationsgeschichte und die Lebensituation in Alter der Türkischen Migrantinnen in der Bundesrepublik, SOKOP-Verlag, Duisburg,1997 [Geriye Dönüşü Unutmam Gerekıyor! Federal Almanya’da Yaşayan Türk Göçmen Kadınların Göç Süreci ve Yaşam Koşulları].
- Zeeb H, Razum O (2004) Brustkrebs bei türkischen Frauen in Deutschland – epidemiologische Erkenntnisse und Forschungsagenda, Zentralbl Gynakol, 126 : 77 – 80
- Zungur M, Yıldız A (2004) Hipertansif Hastaya Yaklaşım, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13:8; 297- 304.

Ek.l. İstanbul Üniversitesi Etik Kurul Kararı

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Yerel Etik Kurulu

Sayı: 161

Tarih: 07.04.2003

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

İlgi:22.01.2003 tarih ve 002752 sayılı yazınız.

Yüksekokulumuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Nursen Nahçıvan'ın,üstlendiği "Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Antihipertansif ilaç kullanan Türklere ilaç Tedavisine Uyum ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışması hakkındaki Etik Kurul tutanağımız ektedir.

Yüksekokulumuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Nursen Nahçıvan'a iletilebilmesi için gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Deniz SARGIN
İstanbul Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanı



Eki:Tutanak

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi: 05.03.2003
Toplantı Yeri : Sait Bekem Toplantı Salonu
Toplantı Sayısı: 03
Prot.No.Sayısı :

Yüksekokulumuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Nursen Nahçıvan'ın,üstlendiği "Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Antihipertansif ilaç kullanan Türklere ilaç Tedavisine Uyum ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışma kurulumuzda incelendi,etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü,uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr.Deniz SARGIN

Prof.Dr.Mübeccel DEMİRKOL

Prof.Dr.Berrin UMMAN

Prof.Dr.Cahide GÖKKUŞU

Prof.Dr.Koray ACARLI

Prof.Dr.Selim BADUR

Doç.Dr.Pınar Yamantürk-ÇELİK

Prof.Dr.Emin DARENDELİLER

Prof.Dr.Beyhan ÖMER

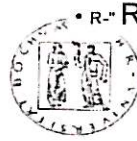
Prof.Dr.Oğuzhan ÇOBAN

Prof.Dr.Veli UYSAL

Prof.Dr.Kamil PEMBEÇİ

Prof.Dr.Nüran YILDIRIM

Ek II. Ruhr Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Etik Komisyon İzni



• R-• RUHR-UNIVERSITÄT

BOCHUM

Medizinische Fakultät
ETHIK - KOMMISSION
Der Vorsitzende

Telefon: 0234/302-6421/6825 Telefax:
0234/302-6834 Burkle-de-la-Camp-
Platz 1 [http://www.ruhr-uni-
bochum.de/ethik](http://www.ruhr-uni-bochum.de/ethik)

44789 Bochum

Antrag vom 23.05.2003 **eingegangen** am 26.05.2003

Registrier - Nr.: **2102**

Bei Schriftwechsel bitte immer Registrier-Nr. angeben!

Thema: Medikationscompliance bei türkischen Hypertonie

Patienten in der Türkei and in Deutschland

Untersucher: Professor Ursula Henke / Esma Demirezen

Abteilung: Fachbereich Pflege

Klinik: Ev. Fachhochschule RWL

Immanuel Kant Str. 18 - 20, 44803 Bochum

Die Ethikkommission hat hinsichtlich des beantragten Untersuchungsvorhabens im Rahmen der Forschung am Menschen aufgrund des vorgelegten Materials

keine Bedenken

X uX

folgende Bedenken

folgende Auflagen

Bochum, den 5.06.2003

Professor Dr med. Michael Zwanz
Vorsitzender der Ethik-Kommission
der Medizinischen Fakultät

der Ruhr-Universität Bochum

Hinweis: Klinische Prüfungen gemäß § 67 AMG sind bei zuständigen Regierungspräsidenten und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Berlin anzugehen.

Ek III.

ANKET FORMU

Antihipertansif İlaç Tedavine Uyumu
Görüşme Formu

Form No:

Kayıtlı olduğu birim/ kurum :

Bireye İlişkin Özellikler

Adınız, Soyadınız ?

Yaşınız ?

Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

Medeni Durumunuz ? 1.Evli 2. Diğer:.....

Öğrenim Durumunuz ? 1.Okur yazar değil 2.İlk – orta okul mezunu
3. Lise mezunu 4. Üniversite mezunu

Çalışıyor musunuz ? 1. Evet 2.Hayır

Maddi durumunuzu nasıl görüyorsunuz ? 1. İyi 2. Orta 3.Kötü

Günlük yaşamda kendinizi ifade edebiliyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır

Yaşadığı ülke : 1. Türkiye 2.Almanya

Yaşadığınız yere uyum sağladığınızı düşünüyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

Kaç yıldır burada yaşıyorsunuz ?

Hipertansiyon ve Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

Kan Basıncı Değeri: Sistolik kan basıncı /Diyastolik kan basıncı :..... /mmHg

Kaç yıldır tansiyon hastasıınız ? yıldır

Kan Basıncının Değerlendirilmesi : 1.Optimal 2.Normal 3. Yüksek sınırdaki
4. Evre 1 5.Evre 2

Yüksek tansiyona bağlı şikayetiniz oluyor mu ? 1.Evet 2.Hayır

Hipertansiyon Tedavisine İlişkin Özellikler

Kaç yıldır tansiyon ilacı kullanıyor sunuz ?

Kullandığınız ilaçlar (adlarını, reçete edilen doz)

1.İlaç Adı:..... Dozu:.....

2.İlaç Adı:..... Dozu:.....

3.İlaç Adı:..... Dozu:.....

Hipertansiyon (Yüksek tansiyon) dışında başka bir uzun süreli hastalığınız var mı ? 1.Var

2.Yok

Depresyon tanısı durumu : 1. Var 2. Yok

Terapötik Çevreye İlişkin Özellikler

“Şimdi size okuyacağım durumlardan hangileri yüksek tansiyon tedavisinde sağlık hizmetlerinden istediğiniz gibi yararlanmanızı etkilemektedir ? Lütfen, Evet ya da Hayır olarak belirtiniz”

Dil sorunu nedeniyle şikayetleri ya da sorularını tam olarak ifade edememe

1.Evet 2.Hayır

Doktora, dil sorunu dışında bir nedenle soru soramama

1.Evet 2.Hayır

Muayene sırasında rahat olamama 1.Evet 2.Hayır

Doktorun çok yoğun olması 1.Evet 2.Hayır

İletişimden memnun olmama 1.Evet 2.Hayır

Hastanenin/kurumun uzak olması 1.Evet 2.Hayır

Hastane/kurumun çok yoğun olması 1.Evet 2.Hayır

Hastane/kurumdan randevu almada zorluk yaşama

1.Evet 2.Hayır

Sağlık sigortasının olmaması 1.Evet 2.Hayır

Hipertansiyon ve ilaçlarını konusunda bilgi durumu ? 1.Yeterli 2. Yetersiz

Ek IV. ANTİHIPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ

Bu bölümde size tansiyon ilaçlarınız ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum, lütfen durumunuza uygun olarak Evet ya da Hayır olarak cevaplayınız;

* Antihipertansif Uyum Tanılama Ölçeği

1. Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi bazen unuttuğunuz oluyor mu?	Evet	Hayır
2. Son iki hafta içinde, unuttuğumuz halde tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ihmal ettiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
3. Kullandığınız tansiyon ilaçlarının size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacı azalttığınız ya da bıraktığınız hiç oldu mu?	Evet	Hayır
4. Seyahate çıktığınızda ya da evden ayrıldığınızda tansiyon ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	Evet	Hayır
5. Dün, tansiyon ilacınızı içtiniz mi?	Evet	Hayır
6. Tansiyon ilaçlarınızı hep aynı şekil de mi kullanıyorsunuz?	Evet	Hayır
7. Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde bazen ilaç içmeyi bırakır mısınız ?	Evet	Hayır
8. Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz, tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşıyorsunuz mu?	Evet	Hayır
9. Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkta unutuyorsunuz?		
1. Hiç/Nadiren	2. Ara sıra	3. Bazen
	4. Genellikle	5. Her zaman

Total Ölçek Puanı : _____

Uyum Durumu: 1. Uyumlu (1-7) 2. Uyumsuz (≥8)

Ek V. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (Hypertension Compliance Assessment Scale) Orjinali ve Prof. Donald Morisky'den Çalışmada Kullanım İzni

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, LOS ANGELES

UCLA

BERKELEY · DAVIS · IRVINE · LOS ANGELES · RIVERSIDE · SAN DIEGO · SAN FRANCISCO



SANTA BARBARA · SANTA CRUZ

July 7, 2003

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
P.O. BOX 951772
LOS ANGELES, CALIFORNIA 90095-1772

Prof. Ursula Henke / Esmâ Demirezen
Evangelische Fachhochschule RWL
Immanuel-Kant Strasse 18-20
44803 Bochum
Germany

Dear Professor Demirezen:

Thank you for your letter requesting permission to use our self-reported medication-taking behavior. The original version of the scale appeared in a 1986 article titled "Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence" *Medical Care* 1986; 24:67-74. I have used self-reported medication taking measures for all my adherence-related research involving chronic diseases (hypertension and diabetes) and infectious diseases (tuberculosis and HIV). The five-item scale was validated with a urine test of a biochemical marker and indicated greater than a 95% concordance with self-reported high compliance and presence of the marker. This information has been published in: Morisky DE, Malotte CK, Choi P, et al. A Patient Education Program to Improve Adherence Rate with Antituberculosis Drug Regimens. *Health Education Quarterly* 1990; 17:253-268. Self-reported measures have been found to be reliable as well as demonstrating both concurrent and predictive validity. Our most recent 24 month longitudinal study with hypertensive patients using an expanded measure has demonstrated higher levels of internal consistency and significant concurrent validity. We have an article under review regarding the results of our updated compliance assessment scale and I will provide you with the information below.

I have appended the 9-item scale which we have just finalized with the hypertensive population consisting of African and Hispanic Americans. Another colleague is using this scale or components of it and has found positive correlation with increase in CD-4 cell counts. That is with patients taking medication for HIV/AIDS. We used a dichotomous response category of "yes" or "no" for each of the items from 1-8 and item 9 was a Likert scale of never/rarely, once in a while, sometimes, usually, and all the time.

1. Do you sometimes forget to take your high blood pressure pills?
2. People sometimes miss taking their medications for reasons other than forgetting. Thinking over the past two weeks, were there any days when you did not take your high blood pressure medicine?
3. Have you ever cut back or stopped taking your medication without telling your doctor, because you felt worse when you took it?

4. When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your high blood pressure medication?
5. Did you take your high blood pressure medicine yesterday?
6. Do you have a special routing or reminder system to help you take your medications?
7. When you feel like your blood pressure is (high) under control, do you sometimes stop taking your medicine?
8. Taking medication everyday is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your blood pressure treatment plan?
9. How often do you have difficulty remembering to take all your blood pressure medication? (never/rarely, once in a while, sometimes, usually, and all the time).

You will need to reverse the code response in a positive direction for items 1-4, 7,8 and 9. Codes are no=0 and yes = 1 and for item 9 (1-5). The nine item compliance scale had an alpha reliability of .862 (n= 746). I will give you permission to translate our self-reported medication-taking questionnaire for your study in Germany. Also, you will have my permission to translate the instrument into German as well, provided you acknowledge my contribution and share with me the results of your findings.

Best wishes and I look forward to hearing from you regarding your results with this scale. I also look forward to meeting you one of these years in your home country of Turkey.

Sincerely,



Donald E. Morisky, Sc.D., M.S.P.H., Sc.M.
Professor
Department of Community Health Sciences

Ek VI. Dil Geçerlik alışmasında Grüş Alınan Uzmanların Listesi
(alfabetik sıraya göre)

- o Do.Dr.İ.Ercan Alp (Boğaziçi Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü)
- o Prof.Dr.Onur Güntürkün (Ruhr Üniversitesi, Psikoloji Fakültesi, Biyopsikoloji Bilim Dalı)
- o Arş.Gör.Esra Özdemir (İ.Ü.Hasan Ali Yücel Eğitim Fak.,İngilizce Dili Eğitimi Anabilim Dalı)
- o Okutman Olcay Şemioğlu'ndan (İstanbul Üniversitesi, Yabancı Diller Fakültesi)

Ek VII. Yapı Geçerlik Çalışmasında Görüş Alınan Uzmanların Listesi (alfabetik sıraya göre)

- o Doç.Dr.Türkinaz Aştı (İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları ABD)
- o Prof.Dr.Zehra Buğra(I.Ü.Istanbul Tıp Fakültesi.,Kardiyoloji ABD)
- o Prof.Dr.Zehra Durna (İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD)
- o Prof.Dr.Tevfik Ecder (I.Ü.Istanbul Tıp Fakültesi,Nefroloji ABD)
- o Doç.Dr.Nuray Enç (İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD)
- o Prof.Dr.Semra Erdoğan (İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD)
- o Prof.Dr.Nevrez Koylan (I.Ü.Istanbul Tıp Fakültesi,Kardiyoloji ABD)
- o Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu (I.Ü.Istanbul Tıp Fakültesi,Genel Dahiliye ABD)
- o Prof.Dr.Ercüment Yılmaz (I.Ü.Istanbul Tıp Fakültesi,Kardiyoloji ABD)

Ek VIII. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Yapı Geçerlik İndeksi

Değerlendirmesi

Sorular	x
1.Tansiyon ilaçlarınız içmeyi unuttuğunuz oluyor mu? (Evet / Hayır)	3.81
2. Son 2 hafta unutmadığınız halde ilaçlarınızı ihmal ettiğiniz oldu mu? (Evet / Hayır)	3.64
3. Kullandığınız ilaçların size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacınızı azalttığınız yada bıraktığınız oldu mu? (Evet / Hayır)	3.54
4. Seyahate çıktığınızda yada evden ayrıldığınızda ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu? (Evet / Hayır)	3.81
5.Dün tansiyon ilaçlarınızı içtiniz mi? (Evet / Hayır)	4.0
6. Tansiyon ilaçlarınız hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz? (Evet / Hayır)	3.81
7. Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde ilaçlarınızı içmeyi bırakır mısınız? (Evet / Hayır)	3.90
8. Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşadınız mı? (Evet / Hayır)	3.45
9. Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz ? (Hiç/nadiren, ara sıra, bazen, genellikle, her zaman)	3.72
Hipertansiyon Uyum Ölçeği Ortalama indeks	3.74
Yapı Geçerlik İndeksi	0.94

Ek IX. Türkiye ve Almanya'da Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Yapı Geçerlik İndeksi Değerlendirmesi

		<i>Türkiye</i> (n=227)		<i>Almanya</i> (n=227)		<i>Toplam</i> (n= 454)	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tansiyon ilaçlarınız içmeyi unuttuğunuz oluyor mu?	Evet	99	38.2	160	61.8	259	100
	Hayır	128	65.6	67	34.4	195	100
Son 2 hafta unutmadığınız halde ilaçlarınızı ihmal ettiğiniz oldu mu?	Evet	63	36.6	109	63.4	172	100
	Hayır	164	58.2	118	41.8	282	100
Kullandığınız ilaçların size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacınızı azalttığınız yada bıraktığınız oldu mu?	Evet	46	55.4	37	44.6	83	100
	Hayır	181	48.8	190	51.2	371	100
Seyahate çıktığınızda yada evden ayrıldığınızda ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	Evet	21	35	39	65	60	100
	Hayır	206	52.3	188	47.7	394	100
Dün tansiyon ilaçlarınızı içtiniz mi?	Evet	205	60.5	134	39.5	339	100
	Hayır	22	19.1	93	80.9	115	100
Tansiyon ilaçlarınız hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?	Evet	193	69.7	84	30.3	277	100
	Hayır	34	19.2	143	80.8	177	100
Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde ilaçlarınızı içmeyi bırakır mısınız?	Evet	43	25.1	128	74.9	171	100
	Hayır	184	65	99	35	283	100
Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	Evet	68	33.2	137	66.8	205	100
	Hayır	159	63.9	90	36.1	249	100
Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz ?	Hiç/nadiren	133	54.3	112	45.7	245	100
	Ara sıra	61	54.5	51	45.5	112	100
	Bazen	32	36.8	55	63.2	87	100
	Genellikle	0	0	9	100	9	100
	Her zaman	1	100	0	0	1	100
	<i>Cronbach a</i>			<i>82.1</i>		<i>88.3</i>	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esmâ	Soyadı	Demirezen
Doğ. Yeri	Leverkusen (Almanya)	Doğ. Tar.	05.12.1972
Uyruğu	Türk	TC Kim No	43162740636
Email	demirezen_esma@yahoo.com	Tel	0535 412 09 85

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	I.U.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2006
Yük.Lis.	I.U.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	1999
Lisans	I.U.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	1996
Lise	Üsküdar Anadolu Lisesi	1990

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Araştırma Görevlisi	I.U.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	29.08. 1996 den beri
2.		-
3.		-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma *	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
Almanca	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi	KPDS 84	
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi	ÜDS 81,25	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı		50,00	
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft office programları	Iyi
SPSS istatistik programı	Iyi

KATILDIĞI KONGRELER / SEMPOZYUMLAR

- 30.5.-14.6.1996 HABİTAT II'de Gönüllü Sağlık Personeli
- 2-4.7.1997 V. Ulusal Hemşirelik Kongresi / İzmir
- 16-18.4.1998 VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi/Çukurova Üni., Adana
- 14 – 16.5. 1998 VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi / Ankara
- 27-31.5.1998 İ.Ü. Tıp Fakültesi 14. Kurultayı
- 24-26. 9.1998 I. Ulusal Evde Bakım Kongresi / İstanbul
- 29-31.5.1999 Uluslar arası katılımlı, Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi/ İstanbul
- 3-4.6.1999 I. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Toplantısı
- 20 –24.6. 1999 Türk Tabipler Birliği Halk Sağlığı Gezici Eğitim Seminerleri
(Kayseri-Sivas-Nevşehir)
- 6-12.9.1999 35.Ulusal Psikiyatri Kongresi,Uluslararası Kros-kültürel
Psikiyatri Uydu Sempozyumu
- 13.16.10.1999 ESSOP 1999, Annual Congress of the European Society for
Social Pediatrics
- 23- 26.3. 2000 Ulusal Yaşlılık Sempozyumu/ İstanbul
- 21-23.4.2000 Crisis Management (Private and Public)/ Istanbul
- 8-12.10.2000 International Public Health Congress: Health 21 in Action
- 8-12.4.2001 I. Ulusal Obezite Kongresi- İstanbul
- 30.4- 4.5.2001 Ulusal Kanser Kongresi- İstanbul
- 19-22.6.2001 Uluslararası Katılımlı Akademik Yazarlık Sempozyumu- İzmir
- 25-27 .6. 2003 Medizin und Gesundheit Hauptstadtkongress, Deutscher
Pflegekongress, ICC Berlin. (Tıp ve Sağlık Kongresi- Berlin/
Almanya)
- 30.6-1.7.2003 „Auch Migranten Werden Alt“ Lebenslagen und Perspektiven in
Europa, Fachtagung. Kreis Unna, Lünen. (“Göçmenlerde
Yaşlanıyor” Yaşam Koşulları ve Avrupa Perspektifi, Lünen/
Almanya)
02. 07. 2003 „Bochum gegen Plötzlichen Herztod“ Informationsveranstaltung,
Bochum. (Ani Kalp Ölümüne Karşı, Bochum/ Almanya)

- 25.03- 16.03. 2004 7. Jahrestagung, Migration und Öffentlicher Gesundheitsdienst (Göç ve Kamu Sağlık Hizmetlerinin Sunumu), Bielefeld – Almanya
- 21.04.2004 Fachtagung Interkulturelle Öffnung der gesundheitlichen und Psychosozialen Versorgung der Migratinnen und Migranten Bochums ,(Bochumda Yaşayan Göçmenlerin Tıbbi ve Psikososyal Gereksinimlerinin Karşılanmasında İnterkültürel Açılımlar, Bochum- Almanya .
- 11- 12. 10. 2004 Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Nüfus, Uluslararası Göç ve Üreme Sağlığı, Uluslararası Konferans, İstanbul.
- 03.11. – 06. 11. 2005 IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi , Ankara
26. 11. 2004 İnsan İlişkileri ve İletişim Teknikleri Sempozyumu, Harbiye Askeri Müzesi, İstanbul
- 15.12. 2004 Kontraseptifler ve Kadın Cinsel Sağlığına Etkisi, Hatice Eryılmaz, Türk Androloji Derneği Aylık Bilimsel Toplantısı, Hyyat Regency, İstanbul .
- 26.01.2005 İnkontinans Cerrahisinin Kadın Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi, Türk Androloji Derneği Aylık Bilimsel Toplantısı, Hyyat Regency,İstanbul .
- 05.05 – 06.05. 2005 19 Mayıs Üniversitesi, Ordu Sağlık Yüksekokulu IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi
- 08.06 – 11.06. 2005 6. Ulusal Androloji Kongresi, Princess Otel, İzmir.
- 21.08 – 26.08. 2005 The International Forum for Social Sciences and Health, World Congress: “Health Challenges in the Third Millennium, İstanbul.
- 17.11 – 20.11. 2005 Sexual Medicine Society of North America, 2005 Fall Meeting, Hilton, New York .
15. 02. 2006 Muammer Kendirci : Erektile disfonksiyon tedavisinde kök hücre uygulamaları, Androloji Derneği Aylık Bilimsel Toplantısı,
- 20.04 – 22.04.2006 Sempozyum, Androlojide Yeni Uygulama Alanları ve Teknikler, Türk Androloji Derneği, İstanbul.

KURS VE WORKSHOPLAR

31.8-15.9.1997	Türk Alman Yaz Akademisi – 1997
5.8- 10.1997	Rahim İçi Araç Uygulama Sertifika Programı
14- 16.5.1998	VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Hemşirelikte Araştırma Kursu
27-31.5.1998	İ.Ü. Tıp Fakültesi 14. Kurultayı/ İstatistik Kursu
24-26. 9.1998	I. Ulusal Evde Bakım Kongresi / “Bir komplikasyonlu Diyabet Olgusu Işığında Kronik Hastalıklarda Evde Bakım
5-6 .10.1998	Alzheimer’li Hastaya Evde Hemşirelik Bakımı Kursu
16-18.4.1999	VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi/ Klinik Eğitim Becerileri Çukurova Üniversitesi , Adana
29-31.5.1999	Uluslar arası katılımlı, Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi/ İstanbul Sigaranın Bırakılması Kursu
20-24.6.1999	11. Türk Tabipleri Birliği Gezici Halk Sağlığı Eğitimi Gezisi
15-19.5.2000	International Summer Course in Bioistatistics - Design and Analysis of Clinical Trial - Statistical methods in environmental and occupational epidemiology - Practical applications using major statistical packages ,Çukurova Üniversitesi / Adana
8-12.10.2000	International Public Health Congress: Health 21 in Action, Sağlık Araştırmalarında Bilgisayar ve İnternetin Kullanımı
2-28.1.2001	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri A.Ş. Evde Bakım Hemşiresi Eğitim Programı- İstanbul
08.06. 2005	Kadında Orgazmik Bozukluklar Kursu, 6. Ulusal Androloji Kongresi,İzmir
09.06.2005	Temel Cinsel Sağlık Kursu, 6.Ulusal Androloji Kongresi,İzmir.
10.06.2005	Depresyon Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu, 6.Ulusal Androloji Kongresi- İzmir
10.07 - 14.07.2005	1. Konak Otel- Datça “Kişisel Gelişim” Semineri

- 09.07 – 17.07.2006 Institute of Alcohol and Drug Studies, The State of New Jersey Rutgers, Center for Alcohol Studies Education and Training Division
- 10.07-13.07.2006 Providing Services to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender and Orientation Questioning Clients, Institute of Alcohol and Drug Studies, The State of New Jersey Rutgers, Center for Alcohol Studies Education and Training Division.

SERTİFİKA PROGRAMLARI

- 5.8- 10.1997 Rahim İçi Araç Uygulama Sertifika Programı
- 16.09. 2004 – 06.07. 2006 Bağımlılık Terapisi Eğitim Programı, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı , İstanbul

ÇEŞİTLİ TOPLANTI VE KONGRELERDE SÖZEL / POSTER OLARAK SUNULAN ÇALIŞMALAR

Demirezen E: Der Mensch und die Medien, 4. Türk-Alman Yaz Akademisinde (31.8-15.9.97) Almanca sözel sunum

Erdoğan S, **Demirezen E:** Okul Sağlığını Geliştirme Programı: İlköğretim Öğrencilerinde Büyüme, Anemi, ve Okul Başarısı . VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi (14-16.5.98)/ Ankara. Sözel sunum

Demirezen E, Nahcivan N: Sigara Koruma Programı: Okul Sağlığı Programı Model Önerisi, Uluslar arası katılımlı, Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi/ İstanbul (29-31.5.99) , Sözel sunum

Nahcivan N, **Demirezen E,** Çalışkan M, Coşansu G:Okul Çocuğu olan Ebeveynlerin Ev Ortamında Sigara İçme Davranışı :Cinsiyet ve Sağlığın Önemini Algılama ile İlişkisi , Uluslararası katılımlı, Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi/ İst.(29-31.5.99) , Sözel sunum

Nahcivan N, **Demirezen E**, Erdoğan S: Birinci Basmakta Yaşlılarda Depresyon ile İlişkili Faktörler: Sosyodemografik Özellikler, Deneyimlenen Sosyal Kayıplar, Sağlık sorunları ve İyilik Durumu, 35.Ulusal Psikiyatri Kongresi,Uluslararası Kros-kültürel Psikiyatri Uydu Semp.(6-12.9. 1999), Sözel sunum

Demirezen E, Erdoğan S: Risk Factors for Coronary Heart disease in Schoolchildren, ESSOP 1999, Annual Congress of the European Society for Social Pediatrics (13-16.10.99) Poster çalışması

Nahcivan N,Esin N, Erdoğan S, **Demirezen E**, , Coşansu G ,Çalışkan M: An Evaluation of the Earthquake victims and the effectiveness of nursing interventions , International Public Health Congress, “21 Health in Action” , (8-12 October,2001)İstanbul., Sözel sunum

Demirezen, E., Aksoy,G.: Onkoloji Hastalarının Evde Bakımı,Ulusal Kanser Kongresi (30.4- 4.5.2001), İstanbul, Sözel sunum

Erdoğan,S, **Demirezen E.**: Health and Nursing in Turkey, Evangelische Fachhochschule RWL, 20-25 Eylül,2002, İngilizce ve Almanca sözel sunum

Coşansu G, **Demirezen E**, Erdoğan S. Adölesanlarda Obezite Sıklığı Ve İlişkili Faktörler: Bir Okul Sağlığı Çalışması, IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (3-6.11.2004) , Ankara, Poster çalışması

Cora B, Baycan S, **Demirezen E**. Jinekolojik Kanselerler: Risk Faktörleri ve Erken Tanıya Yönelik Uygulamalar, 19 Mayıs Üniversitesi, Ordu Sağlık Yüksekokulu IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (05.05 – 06.05. 2005), poster çalışması

Tamdoğan E, Saatçi S, Kırtman H, **Demirezen E**. Kadın Sağlığı Geliştirme Programı: Bir Ön Çalışma, 19 Mayıs Üniversitesi, Ordu Sağlık Yüksekokulu IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (05.05 – 06.05. 2005), poster çalışması

Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaş Altı Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi, 6. Ulusal Androloji Kongresi 8-11 Haziran 2005, sözel sunum

Demirezen E. The need for transcultural approach in German Health care system- Transcultural Nursing, The International Forum for Social Sciences and Health, World Congress: "Health Challenges in the Third Millennium, 21 – 26 August 2005, Istanbul, sözel sunum

Ifradem MA, Balkaya N, Bulut K, Elsner Ch.B, Capar H, **Demirezen E**, Ertürk A, Hasanovik H, Gallwitz B, Horn D, Kumas H, Nastos İ, **Reploh K**, Schulz B, Yüksel N, Ziesmer U., "Der muslimische Patient im Krankenhaus" ein Leitfaden für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der St. Elizabeth Stiftung Bochum, 2. Gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, 21 – 23 Eylül, 2005 Berlin, sözel sunum.

Demirezen E, Erdogan S. Sexual Dysfunction in Turkish Women : a Community – Based Study, Sexual Medicine Society of North America, 2005 Fall Meeting, Hilton New York (17.11 – 20.11. 2005), Poster çalışması

Demirezen E, Erdogan S. Sexual Dysfunction in Turkish Women Over 40 Years of Age : A Pilot Study , Sexual Medicine Society of North America, 2005 Fall Meeting, Hilton New York (17.11 – 20.11. 2005), Poster çalışması

Demirezen E, Kadioglu A, Henke U, Sanlı O. Sexual Problems In Hypertensive Turkish Women In Turkey And Germany : A Transcultural Study, International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWH), Lisbon , Portugal, (09.03 – 12.03.2005), Poster çalışması

YAYINLANAN ÇALIŞMALAR

➤ *Ulusal - Hakemli Dergilerde*

Demirezen E (1998). İnsan ve Medya, RTÜK İLETİŞİM, 1:4, 12-13.

Erdoğan S, **Demirezen E** (1998) Okul Sağlığını Geliştirme Programı: İlköğretim Öğrencilerinde Büyüme, Anemi, ve Okul Başarısı . VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi (14-16.5.98) / Kongre Kitabı, Tam metin

Demirezen E, Nahcivan N (1999). Sigara Korunma: Okul Sağlığı Programı İçin Model Önerisi, Çocuk Forumu Dergisi, 2:3, 34-38.

Nahcivan N, **Demirezen E**, Çalışkan M, Coşansu G: Okul Çocuğu olan Ebeveynlerin Ev Ortamında Sigara İçme Davranışı : Cinsiyet ve Sağlığın Önemini Algılama ile İlişkisi , Çocuk Forumu Dergisi, 3:2, 40-45, Nisan-Mayıs-Haziran 2000

Demirezen E, Erdoğan S (2001). Okul Çağı Çocuklarda Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri , Çocuk Forumu Dergisi, 4:1, 10-15 .

Demirezen E, Seçginli S. (2004) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kadın Sağlığı'nın Değerlendirilmesi, Hemşirelik Forumu, 7:4, 49- 52.

Demirezen E. (2003) Alt Gastrointestinal Sistem Kanamalarında Tanı ve Tedavi [Almanca Çeviri], Frühmorgen P., 14. Türk-Alman Gastroenteroloji ve Hepatoloji Kongresi, İstanbul, 11 Haziran, 2002 konuşması Aktüel Tıp Dergisi , 8:5, 6-7.

Seçginli S, Erdoğan S, **Demirezen E.** (2004) Okul Sağlığı Tarama Programı : Bir Pilot Çalışma Örneği, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi , 13: 12, 462 – 465.

Demirezen E. (2005) (Prof.Dr. C. ELL, Dr. MAY) Barret Karsinomunda Endoskopik Mukoza Rezeksiyonu, 15. Türk-Alman Gastroenteroloji ve Hepatoloji Kongresi, 10 Haziran 2005, İstanbul [Almanca Çeviri]

Coşansu G, **Demirezen E**, Erdoğan S. (2005) Adölesanlarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler : Bir Okul Sağlığı Çalışması, Hemşirelik Forumu Dergisi, Temmuz – Ağustos, 7:4, 1 – 5.

Demirezen E, Coşansu G. (2005) Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14 : 8, 174 – 178.

Demirezen E. (2005) Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun tanılanmasında kullanılan geçerli ve güvenilir araçlar, Türk Androloji Bülteni, Haziran, Sayı 21, s.180.[İngilizce çeviri].

Demirezen E. (2006) Birinci Basamakta Kadın Cinselliğinin Değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted), 15:5, Mayıs , 79 – 81.

➤ **Kitap / Kitapçık / Rehber Çalışmaları**

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, **Demirezen E**, Çalışkan M: Sarıyer-Bahçeköy, Halk Sağlığı Hizmetleri ve Araştırmaları Projesi, Çalışma Rapor Kitapçığı,1997-Istanbul.

Erdoğan S, Nahcivan NÖ, Esin MN, **Demirezen E**, Coşansu G, Bulduk S, Seçginli S, Öztürk N. Çatalca Çakılköy Nüfus ve Sağlık Bilgileri 2002, İstanbul -Bebek Rotary Kulübü 2420. Bölge, İstanbul,2003.

Erdoğan S, Nahcivan NÖ, Esin MN, **Demirezen E**, Coşansu G, Bulduk S, Seçginli S, Öztürk N. Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi, Uygulama Rehberi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4588, İstanbul, 2005.

➤ *Uluslar arası Dergilerde Yayınlanan Çalışmalar*

Index'e giren çalışmalar;

NaHCivan Ö N, **Demirezen E** . Depressive symptomatology among Turkish older adults with low income in a rural community sample, Journal of Clinical Nursing 2005, 14, 1232 – 1240.

Demirezen E, Erdogan S. Sexual Dysfunction in Turkish Women : a Community – Based Study, The Journal of Sexual Medicine, Vol 3, Supplement 1, 2006 'da özet olarak yayınlanmıştır, p.24-25.

Demirezen E, Erdogan S. Sexual Dysfunction in Turkish Women Over 40 Years of Age : A Pilot Study , The Journal of Sexual Medicine, Vol 3, Supplement1, 2006 'da özet olarak yayınlanmıştır, p.24.

Index'e girmeyen çalışmalar ;

Ifradem MA, Balkaya N, Bulut K, Elsner Ch.B, Capar H, **Demirezen E.**, Ertürk A, Hasanovik H, Gallwitz B, Horn D, Kumas H, Nastos İ, **Reploh K**, Schulz B, Yüksel N, Ziesmer U. Der muslimische Patient im Krankenhaus, Leitfaden für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der St. Elizabeth Stiftung, 2004, Bochum, ("Hastanedeki Müslüman Hasta" konulu St. Elizabeth Hastanesi çalışanlarına yönelik hazırlanan rehber).

YURT DIŞINDA YÜRÜTÜLEN AKADEMİK VE AKADEMİK OLMAYAN ÇALIŞMALAR

➤ *Misafir Öğretim Görevliliği*

1. Evangelische Fachhochschule RWL (Bochum-Almanya), Hemşirelik Yüksek Okulu'nda ;

- 2002/2003 Öğretim Yılı II. Dönem, 23.05.2003- 04.07.2003 tarihleri arasında toplam 14 saat, Family Health Nursing (Aile Sağlığı Hemşireliği) seminerleri
- 2003 /2004 Öğretim yılı II. Dönem , 22.03.2004 – 03.07.2004 tarihleri arasında toplam 30 saat Pflege von Migranten anders oder nicht anders (“Göçmenlerde Hemşirelik Bakımını Farklı mı değil mi ? , Transkültürel Hemşirelik) seminerleri
- 2003 /2004 Öğretim yılı II. Dönem , 30. 03.2004 – 25.05.2004 tarihleri arasında toplam 30 saat Nursing Research (Pflegeforschung), “Hemşirelikte Araştırma” seminerleri yürütülmüştür.
- 2005 / 2006 öğretim yılı II. Dönem'de Evangelische Fachhochschule RWL Hemşirelik programı kapsamında, blackboard sistemi ile internet üzerinden Prof.Dr. Ursula Henke ile birlikte “Transkültürel Hemşirelik” seminerleri

2. Bergen University College, Faculty of Health and Social Sciences, Bergen Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda ;

- 17- 21.10.2005 tarihleri arasında “Cultural Awareness” modülü kapsamında tarihleri “Transcultural Nursing- Nursing Care in Turkish Immigrants” konusunda sunum gerçekleştirilmiştir.

➤ *Yurt Dışında Yürütülen Sağlık Eğitimi Programları*

Almanya’da “Türkler Göçmenlere” yönelik çeşitli göçmenlik merkezlerinde yürütülen sağlık eğitimi çalışmaları ;

- 20.04. 2004 Arbeiterwohlfahrt (AWO) Unterbezirk Gelsenkirchen/Bottrop, Internationales Migranten Zentrum’da (Gelsenkirchen Arbeiterwohlfahrt’ın Enternasyonal Göçmenler Merkezinde), “Kadınlarda Sık Görülen Kanseler ve Korunma Yolları”
- 30.04. 2004 Multikulturelle Jugend-Familien-und Seniorenarbeit (IFAK), Bochum, (Genç-Ailelere ve Yaşlılara Yönelik Multikültürel Hizmetler Birimi’nde , “Kadınlarda Sık Görülen Kanseler ve Korunma Yolları”
- 12.05. 2004 Multikulturelle Jugend-Familien-und Seniorenarbeit (IFAK), Bochum, (Genç-Ailelere ve Yaşlılara Yönelik Multikültürel Hizmetler Birimi’nde , “Sağlıklı Yaşam İlkeleri”
- 25.05.2004 Arbeiterwohlfahrt (AWO) Unterbezirk Gelsenkirchen/Bottrop, Internationales Migranten Zentrum’da (Gelsenkirchen Arbeiterwohlfahrt’ın Enternasyonal Göçmenler Merkezinde), “Sağlıklı Bir Yaşam İçin Neler Yapmalıyız”
- 02.06.2004 IFAK, Kindergarten e.v. Stahlhausen’da , “Kadınlarda Sık Görülen Kanseler ve Korunma Yolları”
- 06.06.2004 Arbeiterwohlfahrt (AWO) Unterbezirk Gelsenkirchen/Bottrop, Internationales Migranten Zentrum’da (Gelsenkirchen Arbeiterwohlfahrt’ın Enternasyonal Göçmenler Merkezinde), “Sağlıklı Beslenme İlkeleri”

INTERNET ORTAMINDA YAYINLANAN BAZI ÇALIŞMALAR VE ÇALIŞMALARLA İLİŞKİN HABERLER

- *Ulusal Çalışmalara İlişkin İnternette Yayınlanan, Raporlar;*

20 – 24 Haziran 1999 tarihleri arasında Türk Tabipler Birliği Halk Sağlığı Kolu tarafından gerçekleştirilen “Halk Sağlığı Gezici Eğitim Seminerleri’ne “ilişkin rapor (http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/ges_rpr_99.htm)

- Yurt Dışında Yürütülen Çalışmalara İlişkin Yayınlanan Haberler ;

Evangelische Fachhochschule RWL Bochum, EFH- Aktuell Nr.4/ 2002, Evangelische Fachhochschule RWL Bochum – Almanya, okul gazetesi) “Pflegetag fordert Neupositionierung der Pflege in Deutschland, 24.09.2002, 5. Fachbereichstag des FBs Pflege, Gesundheit 21, Ziele und Aufgaben der Gesundheitsvorsorge- die Rolle der Pflegenden” programı kapsamında İngilizce ve Almanca olarak yapılan “Health and Nursing in Turkey” sunumunun yer aldığı toplantıya ilişkin Prof. Dr. Ursula Henke tarafında hazırlanan haber. [Round-Table diskutiert die „Zukunft sozialpflegerischer ... www.efh-bochum.de/deutsch/aktuell/efhaktuell/archiv/pdf/EFH-Aktuell-04-2002.pdf](http://www.efh-bochum.de/deutsch/aktuell/efhaktuell/archiv/pdf/EFH-Aktuell-04-2002.pdf) –

Demirezen E. Okul gazetesi : EFH- Aktuell , Nr.3/ 2004 “Türkische Doktorandin forscht an der EFH RWL zur Medikamentencompliance” (Evangelische Fachhochschule RWL Bochum – Almanya, okul gazetesi, Almanya’da yürüttüğüm doktora çalışmasına ilişkin haber)

Bergen University College, Faculty of Health and Social Sciences’de (Bergen Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Norveç) 17 – 21.10.2005 tarihler arasında olarak gerçekleştirilen “Cultural Awareness” modülü kapsamında misafir öğretim elemanları ve yürütülen çalışmalara ilişkin haber. [Flerkulturell fremtid i sykepleien? - Høgskolen i Bergen www.hib.no/aktuelt/nyheter/2005/10/cultural.asp-15k](http://www.hib.no/aktuelt/nyheter/2005/10/cultural.asp-15k)

GÖZLEM GEZİSİ

17.07.2006 The New Hope Foundation Main Facility, P.O. Box 66, 546 Count Road
 , Route # 520 , Marlboro, New Jersey,
<http://www.newhopefoundation.org/?sec=6&cat=0&pid=5>

YURT DIŞINDA YÜRÜTÜLEN PROJELER

- Almanya’da yürütölen öğrenci projesi;

Proje Adı : Perspektive der Pflegestudenten (Hemşirelik Yösekokulu Öğrencilerinin Hemşirelikte Araştırma’ya İlişkin Görüşleri)

Proje Danıőmanları : MSc. Esmā Demirezen , Prof. Dr. Ursula Henke

Evangelische Fachhochschule Öğrencileri : Hoffman J, Kühnel M, Schönhaus S,
 Becker D, Hohmann M, Huseman T, Bartelt A.

Proje okul dekanlığına öğrenciler tarafından sunulmuőtır.

YURT DIŞINDA ÇALIŞMA GRUBU ÜYELİĞİ

20.5.2003’den beri Ruhr Üniversitesi Kliniği St. Josephs Hospital’in “Müslöman Hastalarda Bakım” çalışma grubu üyeliği

ULUSLARA ARASI DERGİDE DANIŞMA KURULU ÜYELİĞİ

[Revista Referência](#)”, Scientific Journal of the Health Sciences Research Unit: Nursing Domain, dergisinde uluslararası peer review, www.escaf.pt/UI/revista/fichtecnica.htm - 25k, (Kasım 2005)

KOMİSYON / DANIŞMA KURULU ÜYELİKLERİ

- İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Uluslar arası İlişkiler komisyonu
- İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu , Acil Komisyonu
- Androloji Derneği, Kadın ve Erkek Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Çalışma Grubu

ÖDÜL VE TEŞEKKÜRLER

Demirezen E. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 12 – 18 Mayıs 1999 Hemşirelik haftası kutlamalarında yabancı konukların ağırlanması.

Demirezen E., Erdoğan S. Risk Factors for Coronary Heart disease in Schoolchildren (Mastır tez çalışması) , Annual Congress of the European Society for Social Pediatrics - ESSOP (13-16.10.1999) Gürson Çocuk Sağlığı Vakfı Poster Ödülü

Demirezen E. Beykoz bölgesinde kadınlara yönelik sağlık eğitim programlarının düzenlenmesi nedeniyle Türk Kadınlar Konseyi Boğaziçi Şubesi tarafından Teşekkür Belgesi

Demirezen E. Uluslar arası Lions 118-T Yönetim Çevresi Federasyonu 2004 – 2005 Dönemi Teşekkür Belgesi

Demirezen E. Prof.Dr. Perihan Velioğlu Hemşirelik Fonu Teşekkür Belgesi, 16 Mayıs 2005.

Demirezen E. Bilmedya Grup , Klinik Aktüel Tıp Dergisi'nden "Teşekkür" belgesi. 15 Haziran 2005

DERNEK ÜYELİKLERİ

- İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği
- Türk Hemşireler Derneği (THD)
- Halk Sağlığı Kurumu Derneği (HASAK)
- Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL)
- Transcultural Nursing Society (20 Haziran 2006)
- European Transcultural Nurses' Association (ETNA) (2006)
- International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWH)(17 Ocak 2006)