



**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**PRİMER HİPERTANSİYON HASTALARINDA EŞLERİN TEDAVİDEKİ
ROLÜ VE UYUM DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Sümeyya Havva KOKAÇYA
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Erhan YENGİL

HATAY – 2017

**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**PRİMER HİPERTANSİYON HASTALARINDA EŞLERİN TEDAVİDEKİ
ROLÜ VE UYUM DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sümeyya Havva KOKAÇYA

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Erhan YENGİL

HATAY-2017

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Adı: PRİMER HİPERTANSİYON HASTALARINDA EŞLERİN
TEDAVİDEKİ ROLÜ VE UYUM DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Tezi Hazırlayanın Adı: Dr. Sümeyya Havva KOKAÇYA

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Doç. Dr. Erhan YENGİL
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Doç. Dr. Erhan YENGİL
3. Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI

I.İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| I. İÇİNDEKİLER..... | I |
| II. TABLO LİSTESİ..... | III |
| III. ŞEKİL LİSTESİ..... | IV |
| IV. KISALTMALAR..... | V |
| V. TEŞEKKÜR..... | VII |
| VI. ÖZET..... | VIII |
| VII. ABSTRACT..... | X |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. Tanım..... | 3 |
| 2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi..... | 6 |
| 2.3. Kan Basıncı Ölçümü..... | 8 |
| 2.4. Beyaz Önlük HT'si..... | 11 |
| 2.5. Maskeli HT..... | 12 |
| 2.6. HT Tanı ve Klinik..... | 12 |
| 2.7. HT Tedavi..... | 14 |
| 2.8. HT'de tedaviye uyum..... | 23 |
| 2.9. Aile Hekimliğinde HT Yönetimi..... | 26 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 28 |
| 3.1. Evren ve Örneklem Büyüklüğü:..... | 28 |
| 3.2. İzin:..... | 28 |
| 3.3. Veri Toplama ve Uygulama..... | 29 |
| 3.4. Kan basıncı ölçümü:..... | 30 |
| 3.5. Eğitim..... | 30 |
| 3.6. Girişim..... | 31 |
| 3.7. İstatistiksel Analiz..... | 31 |
| 4. BULGULAR..... | 33 |
| 4.1. Sosyodemografik Özellikler..... | 34 |
| 4.2. Yaşam Tarzı Değişikliği..... | 38 |
| 4.3. HT Farkındalık bilgi düzeyi..... | 40 |

| | |
|--|----|
| 4.4. Eşlerin davranışları ve tutumları..... | 42 |
| 4.5. İlaç uyumu | 43 |
| 4.6. Eğitim programı sonrası HT izlemi ve yaşam tarzı değişikliği | 43 |
| 5. TARTIŞMA..... | 49 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 57 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 59 |
| 8. EKLER | 74 |
| 8.1. Eğitim Öncesi Anket Formu | 74 |
| 8.2. Eğitim Sonrası Anket Formu | 79 |
| 8.3. Eşlere Gönderilen Mesajlar | 83 |
| 9. ÖZGEÇMİŞ..... | 86 |

II. TABLO LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1:ESH/ESC 2007 Hipertansiyon Kılavuzuna Göre Kan Basıncı Düzeylerinin Sınıflandırılması KB Sınıflaması..... | 6 |
| Tablo 2: Kan Basıncı Seviyelerinin JNC 8 e Göre Tanımı ve Sınıflaması..... | 8 |
| Tablo 3: Poliklinikte KB'yi Ölçerken Dikkat Edilmesi Gerekenler | 10 |
| Tablo 4: Klinikte ve Evde Kan Basıncı Ölçüm Sonuçlarına Göre Kan Basıncı Seviyelerinin ESC 2013 Kılavuzuna Göre Tanımı..... | 11 |
| Tablo 5: Sekonder HT ve Organ Hasarı Düşündüren Belirtiler ve Bulgular..... | 14 |
| Tablo 6: Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Kan Basıncına Etkisi..... | 19 |
| Tablo 7: Sosyodemografik Veriler..... | 35 |
| Tablo 8 : Hastaların HT Hakkındaki Farkındalıkları | 40 |
| Tablo 9: Eşlerin Destek Oldukları Konular ve Grupların Birbiri ile Karşılaştırılması | 42 |

III. ŞEKİL LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Şekil 1: JNC-VII. Raporunda Verilen Tedavi Algoritması..... | 16 |
| Şekil 2: 2013 ESH/ESC Kılavuzu Arteryal Hipertansiyon Tedavisi Yönetim Algoritması..... | 17 |
| Şekil 3: Müdahale Grubu (vaka) EŞ Eğitimi | 31 |
| Şekil 4:Çalışmaya Alınan Hastaların 3 Aylık Takip Sürecindeki Akış Şeması | 33 |
| Şekil 5: Kontrol ve Vaka Gruplarının Eğitim Durumu..... | 35 |
| Şekil 6: Grupların Meslek Dağılımları..... | 36 |
| Şekil 7: Kontrol ve Vaka Gruplarının SKB ve DKB..... | 38 |
| Şekil 8: Gruplar Arası Sigara İçme Durumu..... | 39 |
| Şekil 9: Kontrol Grubu Eğitim Öncesi ve Sonrası Sigara Kullanım Miktarları | 44 |
| Şekil 10: Vaka Grubu Eğitim Öncesi ve Sonrası Sigara Kullanım Miktarları | 44 |
| Şekil 11:EŞlerin Yemek Pişirirken Tuz Atma Oranları..... | 45 |
| Şekil 12: Vaka Grubunda EŞlerin Tuzu Azaltmaya Yönelik Teşvikleri | 46 |
| Şekil 13: Kontrol Grubunda EŞlerin Tuzu Azaltmaya Yönelik Teşvikleri..... | 47 |

IV. KISALTMALAR

| | |
|-------------|--|
| Patent | :Türkiye prevalans çalışması, Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey |
| MI | :Myokardiyal enfarktüs |
| KV | :Kardiyovasküler |
| HT | :Hipertansiyon |
| KB | :Kan basıncı |
| SKB | :Sistolik kan basıncı |
| DKB | :Diyastolik kan basıncı |
| RAS | :Renin anjiotensin sistemi |
| WHO/ISH | :Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası Hipertansiyon Cemiyeti |
| ESH/ESC | :Avrupa Hipertansiyon Derneği / Avrupa Kardiyoloji Derneği |
| NHANES | :Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi |
| NICE | :Ulusal Klinik Mükemmellik Enstitüsü |
| JNC | :Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, Ortak Ulusal Komite |
| TUR | :Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu |
| DASH diyeti | :(Dietary Approach to Stop Hypertension-Hipertansiyonu Durdurmak için Beslenme Yaklaşımları) |
| ASH/ISH | :Amerikan Hipertansiyon ve Uluslararası Hipertansiyon Dernekleri |
| EKBÖ | :Evde kan basıncı ölçümü |
| AKBÖ | :Ambulatuvar kan basıncı ölçümü |
| KBH | :Kronik böbrek hastalığı |

| | |
|------|--|
| KBY | :Kronik böbrek yetmezliği |
| KAH | :Koroner arter hastalığı |
| DM | :Diyabetes mellitus |
| BMI | :Vücut kitle endeksi |
| EKO | :Ekokardiyogram |
| EKG | :Elektrokardiyogram |
| ACEI | :Asetil kolin esteraz inhibitörler |
| ARB | :Asetil kolin esteraz reseptör blokerler |
| ASM | :Aile sağlığı merkezi |
| SPSS | :Statistical Package for the Social Sciences |
| SD | :Standart sapma |

V. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve mesleki tecrübelerini bizimle paylaşan, her anlamda bize yol gösterip yanımızda olduğunu hissettiren ve anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER' e,

Tezimin her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, “ya yetişmiyor, olmuyor ” dediğimde “merak etme yetişir, güzel olacak, güzel olacak” diyen, değerli danışman hocam, abim, mesleğime farklı bir bakış açısı sağlayan hocam Sayın Doç. Dr. Erhan YENGİL'e,

Güler yüzlü ve samimi yaklaşımıyla mesleki bilgi ve tecrübelerini paylaşan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Pınar DÖNER'e,

Her türlü teknik sıkıntıda, ne zaman sıkışsam yardımına koşan, gece gündüz hiç yardımını esirgemeyen değerli Yrd. Doç. Dr. Cenk GÜNER'e

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda birlikte çalıştığımız sevgili asistan arkadaşlarıma ve hep bana moral veren canım eş kıdemlim Dr. Okan Yağız ÖZONUR'a

Uzmanlık eğitimim boyunca rotasyon yaptığım, birlikte çalıştığım bölümlerdeki tüm doktor arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve hastane çalışanlarına,

Hayatımın her anında desteğini yanında hissettiğim, neredeyse tıp fakültesine başladığımdan beri yanımda olan, bu bölümü seçmeme neden olan, hayat arkadaşım, aşkım Hanifi'ye, zor günlerimde bakınca bana umut ve yaşama sevinci aşılayan, ders çalışmalıyım dediğimde bana moral ve izin veren değerli çocuklarım Zeynep Duru ve Abdullah'a hayatıma katkılarından dolayı,

Tüm aileme, özellikle benim bu günlerime gelmemi sağlayan canım rahmetli anneciğime şükranlarımı sunarım.

VI. ÖZET

PRİMER HİPERTANSİYON HASTALARINDA EŞLERİN TEDAVİDEKİ ROLÜ VE UYUM DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Aile hekimlerinin poliklinikte en sık karşılaştığı kronik hastalık hipertansiyondur (HT). Bu araştırmada hipertansif hastalara ve yakınlarına verilen eğitimin, hastaların uyum düzeylerini, HT ile ilgili farkındalık düzeylerini, kan basınçlarını ve yaşama tarzlarını ne derecede etkilediğini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Randomize, kontrollü, müdahale araştırması olarak planlanan çalışmamız 2017 yılında, polikliniğe başvuran primer hipertansiyon hastalığı tanısı almış, 108 erkek hastayla yapıldı. Hastalar 56 tanesi vaka, 52 tanesi ise kontrol grubu olarak randomize edildi. Her hastanın kan basıncı (KB) ölçüldü, eşlerin tedavi hakkındaki tutum, davranış ve desteklerini ve hastaların alışkanlıklarını inceleyen bir anket ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği doldurtuldu. Bütün hastalara ilk başvuru anında ve sonraki kontrollerinde çeşitli kılavuzlardan yararlanarak hazırlanmış olduğumuz hipertansiyon bilgilendirme kılavuzu yazılı olarak verildi. HT ile ilgili sözel ve görsel eğitim verildi. Hastalar 3 ay boyunca izlendi ve bu süreç boyunca vaka grubundaki hastaların eşlerinin cep telefonlarına haftada 2 kez HT ile bilgilendirici kısa mesaj gönderildi. 3. ayın sonunda tüm hastaların KB'si tekrar ölçüldü, anketler tekrar uygulandı. Analiz için SPSS paket programı kullanıldı ve $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Her iki grubun yaş, eşlerin yaşı, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyleri, VKİ'leri ve KB'leri, alkol ve sigara kullanım düzeyleri, eşlerin destek düzeyi ve tedaviye uyum düzeyleri birbirine benzerdi. Eğitim sonrasında kontrol grubundaki tedaviye uyumsuz olan hastaların %33'ü, vaka grubundaki daha önce tedaviye uyumsuz olan hastaların ise %100'ü tedaviye uyumlu hale geldi. Kontrol grubundaki 3 hasta vaka grubunda ise 4 hasta alkol kullanmayı tamamen bıraktı. Eğitim programı sonrasında her iki grupta da alkol kullanım miktarlarında azalma eğilimi olduğu gözlemlendi. Düzenli egzersiz yapan hasta sayısı kontrol grubunda 21'den 32'ye, vaka grubunda ise 15'ten 41'e çıktı. Vaka grubunda eğitim öncesi tuzuna bakmadan yemeğe tuz atarken 4 kişi de, eğitim sonrasında tuzuna bakmadan

yemeğe tuz davranışını bıraktı. Her iki hasta grubunun da hem SKB hem de DKB ortalamaları, günlük tuz kullanım miktarları ve VKİ'leri anlamlı derecede azaldı. Kontrol grubunda eğitim öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark yokken, vaka grubunda eğitim sonrası eş desteği, eğitim öncesine oranla anlamlı bir düzeyde arttığı gözlemlendi.

Sonuçlar: Sonuç olarak, HT'de hastanın ve eşlerinin sürekli olarak bilgilendirilmeleri, hem hastalara olan eş desteğini, hem hastanın HT farkındalığını ve tedaviye uyumunu arttırmıştır. Alkol, sigara ve tuz tüketimini azaltmış, düzenli egzersiz gibi olumlu yönde yaşam tarzı değişikliklerini tetiklemiştir. Hekimlerin HT gibi kronik hastalıklarda hem hastaları hem de hasta yakınlarını bilgilendirmeleri, hastaların tedaviye uyumlarını arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Tedavi uyumu, Eş desteği, Hasta eğitimi

VII. ABSTRACT

THE ROLE OF PRIMARY HYPERTENSION PATIENTS' WIVES IN TREATMENT AND COMPLIANCE LEVELS

Aim: Hypertension (HT) is the chronic disease most frequently encountered by family physicians in the outpatient clinic. In this study, we aimed to investigate the effect of education given to hypertensive patients and their relatives on the degree of compliance, awareness, blood pressures and lifestyles of patients

Methods: Our study, planned as a randomized, controlled intervention study, was conducted in 2017 with 108 male patients who had been diagnosed with primary hypertension disease who applied to polyclinics. Patients were randomized into 56 patients as a case and 52 as a control group. Each patient's blood pressure (BP) was measured, a questionnaire surveying the attitudes, behaviors and supports of the spouses about treatment and patients' habits, and the Morisky Compliance Scale were filled. At the time of initial admission and every follow-up visits, all patients were given an written information guide which was prepared by following various guidelines. Verbal and visual education about HT was given. Patients were monitored for 3 months and an informative text message was sent twice a week to the mobile phone of the spouses of the patients in the case group during this process. At the end of the third month, all patients were re-measured for BP, and the questionnaires were reapplied. SPSS package program was used for the analysis and $p < 0.05$ was considered significant

Results: Both groups had similar age, spouse age, occupation, educational status, income levels, Body mass indexes (BMIs), BPs, alcohol and cigarette use levels, spousal support level and treatment compliance level. After education, 33% of the patients in the control group who were incompatible with the treatment and 100% of the patients who were not compliant with the treatment in the case group became compliant with the treatment. 3 patients in the control group and 4 patients in the case group completely stopped using alcohol. After the education program, it was observed that the alcohol use amounts tended to decrease in both groups. The number of patients who exercise regularly, increased from 21 to 32 in the control

group and from 15 to 41 in the case group. In the case group, 4 patient were putting salt on meal without looking its taste, all of them left this behavior after the education. Both systolic BP and diastolic BP averages, daily salt usage and BMIs were significantly lower in both groups of patients, after the education. In terms of spouse support level there was no significant difference in the control group before and after the education, however in the case group after the education, the spouse support level increased significantly compared to the education.

Conclusion : As a result, educating of patients and their spouses continuously in HT, has increased partner support, patient's awareness and treatment compliance. Alcohol, cigarette and salt consumption has reduced and it has triggered lifestyle changes in a positive way, such as regular exercise. In chronic illnesses such as HT, educating both patients and their relatives by their physician increases the treatment compliance of the patients.

Keywords: Hypertension, Treatment compliance, Spouse support, Patient education

1. GİRİŞ

Hipertansiyon (HT) kronik bir hastalık olup birçok ülkede yetişkin nüfusu etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (1). Türkiye’de yetişkin nüfusun üçte birinde HT vardır. Türkiye’de erişkin popülasyonda en geniş çapta yapılmış olan epidemiyolojik çalışma olan PatenT (Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey) çalışmasına göre 2003 yılında Türkiye’de HT prevalansı %31.8, 2012 yılında yapılan PatenT2 çalışmasında ise %30.3 olarak bulunmuştur (2,3). Son yıllarda obezitenin, yaşlı nüfusun artması ve tuz kullanımının fazlalığı HT prevalansında artışa yol açmaktadır (4,5).

HT; böbrek yetmezliği, kalp-damar hastalığı, inme, miyokard enfarktüsü, erken ölüm ve yeti kaybı gibi birçok hastalıkla dolaylı veya direk olarak ilişkilidir. HT'nin komplikasyonları nedeniyle her yıl 9.4 milyon kişi ölmektedir. Bu sebeple HT'nin kontrolü halk sağlığının en önemli öncelikleri arasında yer almaktadır (6,7).

HT birinci basamakta en sık karşılaşılan kronik hastalıklardan birisidir. HT tedavisindeki ana amaç, kan basıncını azaltmanın ötesinde, bireyin yaşam kalitesini yükseltmek ve uzun dönemde oluşabilecek muhtemel kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskini en aza indirmektir. HT'nin kontrolüne ilişkin önemli bir mesafe alınmasına rağmen hala hastaların %50.0-75.0’i kan basıncını kontrol edememektedir (6,8). HT'nin tanı ve tedavisiyle ilgili ulusal ve uluslararası kılavuzlarda yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisine uyumun önemi vurgulanmaktadır (6,9). Çünkü HT'nin kontrolünde en önemli problemlerden biri hastanın tedaviye uyumunun az olmasıdır. Uzun süreli tedaviye uyumun %50.0’den daha düşük olduğu belirtilmektedir (9).

Bireylerin hastalıkları hakkındaki bilgi eksiklikleri, farkındalıklarını ve hastalığa karşı tutumlarını da etkilemektedir. Bu da hastalık kontrolünde bu büyük bir engel teşkil etmektedir (10). Uygulanan eğitim ve izlem programları sonrası hastaların yaşam tarzındaki değişikliğe ve ilaç tedavisine uyumları artmaktadır (11),

(12). Uygulanan bu tür programlar sonrası kardiyovasküler hastalıkların ve hastaneye tekrar yatışların azaldığı da bilinmektedir (13).

Kronik hastalıklarda aynı evi ve hayatı paylaşan eşlerin de hastalık hakkında bilgi sahibi olmaları, eşlerinin tedavilerini, hastalığının gidişatını takip etmeleri ve yaşam tarzı değişikliği için onları teşvik etmeleri eşlerinin tedaviye uyumunu arttırabilir (14,15).

Bu araştırmada, antihipertansif ilaç kullanan evli erkek primer HT hastalarında, yürütülmekte olan tedavilerine ek olarak kendilerine ve eşlerine yönelik bireyselleştirilmiş eğitim ve danışmanlık uygulamasının, hastanın tedaviye uyum derecesini, kişide yaşam tarzı değişikliği ve kan basıncı kontrolü açısından nasıl bir etkisi olacağını belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Hipertansiyon, sistemik arterlerdeki kan basıncı yüksekliği ile ilişkili olup damar içinde dolaşan kanın damar çeperinde yarattığı yüksek basınçtır. Bu basıncın ortaya çıkmasına katkıda bulunan en önemli etkenler kalbin pompaladığı kan miktarı ve damar çeperlerinin bu akıma karşı oluşturduğu dirençtir. Kalbin kasılması ile birlikte arterlerde oluşan basınca; sistolik kan basıncı (SKB), gevşemesi ile arterlerde oluşan basınca ise diyastolik kan basıncı (DKB) denir ve DKB, periferik direncin göstergesidir. HT ise sistemik kan basıncının kalıcı yüksekliği anlamına gelmektedir. Her ne kadar HT kişiye özgü olup diyet alışkanlığı, ırk, yaş ve cinsiyet gibi birçok faktörden etkilense de tanısal yaklaşımı ve tedavi kararını kolaylaştırmak için oluşturulan kılavuzlarda çeşitli kan basıncı (KB) sınır değerleri tanımlanmıştır. Günümüzde kılavuzlarda sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mHg veya üzerinde bulunması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanmıştır (8).

2.1.1. Sınıflandırma

HT tüm dünyada en sık mortalite ve morbiditeye neden olan kronik hastalıklar arasındadır. Bu yüzden ülkeler ve çeşitli tıbbi kuruluşlar, tanı ve tedavi için kılavuzları oluşturmuştur. Sınıflama ile hastalığın şiddeti hakkında değerlendirme yapılabilir ve risk tanımlanarak ona göre tedavi planlanabilir.

2.1.1.1. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

- Esansiyel Hipertansiyon
- Sekonder Hipertansiyon

HT'li vakaların % 90'ından fazlasında kan basıncı yüksekliğinin etiyolojik faktörleri halen bilinmemektedir. Sekonder hipertansiyon ise nisbeten daha az görülen hastalıklar olup; toplam hipertansiyon vakalarının % 5–10'unu oluşturmaktadırlar (16).

2.1.1.1.1. Esansiyel Hipertansiyon

Herhangi bir neden olmaksızın, kendiliğinden ortaya çıkan kan basıncı yükselmesine “esansiyel hipertansiyon” veya “primer (birincil) hipertansiyon” denilmektedir. Tüm hipertansiyon nedenlerinin %90-95'inden sorumludur. Muhtemel nedenler arasında tuz, sodyum iyonu duyarlılığı, hücre membran bozukluğu, renin, çevresel faktörler ve insulin direnci sıralanabilir. Hastalar hiçbir yan etki göstermeden yıllarca yaşayabilir. Toplumda görülme sıklığı her geçen gün daha da artmaktadır. Aile hekimliğinde en sık karşılaşılan kronik hastalıktır (17).

2.1.1.1.2. Sekonder Hipertansiyon

Hipertansiyonlu olguların sadece %5-10'ununda, KB yükselmesinin özgül bir sadece nedeni saptanabilir ve bu olgular sekonder hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır (18–20). En sık sekonder nedenler renal parankimal hastalıklardır. Bunun dışında feokromasitoma, primer aldosteronizm, kortizol veya tiroid anormallikleri gibi endokrin nedenler de sekonder HT'ye neden olabilir. Bu hastalıkların önemli bir kısmının tedavi edilebilir nitelikte olması, hastalıkların tedavisi ile de hipertansiyonun kalıcı tedavisini mümkün kılabilmektedir (18,21).

2.1.1.2. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma

Arteriyel kan basıncının normal kabul edilen sınırları ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada da zaman zaman tartışma konusu olmuştur. Bu tartışmanın ana nedeni arteriyel kan basıncının cinsiyete, yaşa, ölçülen mekâna ve kişinin o andaki psikolojik durumu gibi birçok faktöre bağlı olarak değişmesinden kaynaklanmaktadır. Bu yüzden hekimlere yol göstermesi amacıyla HT tanı ve tedavisiyle ilgili çeşitli kılavuzlar yayınlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası Hipertansiyon Cemiyeti (1999-WHO/ISH) ve ABD Birleşik Ulusal Komitesinin Altıncı Raporunda (JNC-VI): 18 yaşın üzerindeki erişkinlerde ideal kan basıncının 120/80 mm Hg'nin altında olması gerektiği bildirilmiştir (22).

HT kılavuzları içerisinde en bilinenleri; Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) tarafından ilki 2003 yılında yayınlanmış olan ve son olarak da 2013 yılında yayınlanan ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzudur (23).

Ayrıca Ortak Ulusal Komite (JNC) tarafından en son 2014 yılında 8.si yayınlanan JNC HT kılavuzu ve İngiltere'deki Ulusal Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) tarafından 2011 yılında yayınlanmış olan HT kılavuzları da vardır (4,6,24) . Kılavuzlar arasında farklılıklar olduğundan ve her ülkenin kendine özgü bir yapısı olduğundan dolayı 2015 yılında Türk HT uzlaşma raporu (TUR) yayınlanmıştır (25). Bu kılavuz ile HT kılavuzları Türkiye açısından değerlendirilmiş, öneriler sunulmuş ve ortak bir yaklaşım ortaya konmuştur. Türkiye'de HT ile karşılaşan tüm hekimlere temel başvuru kaynağı olabilecek kolay bir metin oluşturulmaya çalışılmıştır.

2013 ESC/ESH 13 kılavuzu, HT sınıflamasında sistolik <120 mmHg ve diyastolik <80 mmHg değerlerini optimal ve 120-129 mmHg ve/veya 80-84 değerleri arasını normal olarak tanımlamıştır (Tablo 1). JNC 8 kılavuzunda ise herhangi bir optimal tanımı yapılmamış bunun yerine ilaçla tedaviye başlama sınırları tanımlanmıştır.

JNC 7 kılavuzu 2004 yılında yayınlanmıştır. Yine aynı ekip tarafından hazırlanan JNC 8'in yayınlanması ise yaklaşık 10 yıl gibi uzun bir süre almış olup, bu kılavuzda hastalara 9 tane öneri sunulmuştur (4).

ESC/ESH 13 kılavuzunda 130-139 ve 85-89 değerleri yüksek normal olarak tanımlanırken JNC 8 kılavuzunda 120-139 ve 80-89 değerleri preHT olarak tanımlanmıştır. Ancak ilaç başlama sınırı olarak evre 1 HT belirlenmiştir (tablo 1 ve tablo 2).

ESC/ESH kılavuzunda HT 3 evre de ele alınırken JNC raporunda 2 evre yer almıştır. NICE kılavuzu da ESC/ESH gibi HT'yi 3 sınıfa ayırmış, evre 3 yerine şiddetli HT tanımını kullanmıştır. Türkiye için geliştirilen uzlaşma raporunda ise ESC/ESH 13'de olan tablo aynen kullanılmıştır (tablo 1)

Tablo 1: ESH/ESC 2007 Hipertansiyon Kılavuzuna Göre Kan Basıncı Düzeylerinin Sınıflandırılması KB Sınıflaması

| Kategori | Sistolik | | Diastolik |
|--------------------------|-----------------|---------|------------------|
| Optimal | <120 | ve | <80 |
| Normal | 120-129 | Ve/veya | 80-84 |
| Yüksek Normal | 130-139 | Ve/veya | 85-89 |
| Evre 1 HT | 140-159 | Ve/veya | 90-99 |
| Evre 2 HT | 160-179 | Ve/veya | 100-109 |
| Evre 3 HT | >180 | Ve/veya | >110 |
| İzole Sistolik HT | >140 | Ve | <90 |

2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Dünyada yaklaşık bir milyar hipertansiyon hastası bulunmaktadır (6,26). Dünyada önlenemez ölüm nedenleri arasında HT, bir numaralı risk faktörüdür. Hipertansiyon sıklığı, yaş, cinsiyet, genetik yapı ve diyet alışkanlıklarına göre değişmektedir (20,27,28). Dünya nüfusu yaş ortalamasının giderek artmasına paralel olarak hipertansiyon sıklığı da giderek artmaktadır.

2000 yılında yayınlanan tüm dünyada yapılan araştırmaya göre, dünyada erişkin nüfusun %26.4'ünün (erkeklerde %26.6 ve kadınlarda %26.1) hipertansiyonu olduğu saptanmıştır. Ülkemizdeki ise bu oran %29.6 bulunmuştur. (erkeklerde %26.0 ve kadınlarda %34.1) (29).

Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi (NHANES 1999-2000) sonuçlarına göre, 35 yaş üstü olan Amerikalıların %29'u hipertansiftir. Bu kişilerin %30'u HT'li olduğunun farkında bile değildir. Hastaların sadece %59'unun tedavi aldığı bulunmuştur (30).

Dünya’da gerçekleştirilen ve en uzun süreli çalışmalardan biri olan Framingham Kalp Çalışması sonucuna göre hipertansiyon insidansının; yaşla birlikte erkeklerde 30-39 yaşları arasında % 3.3, 70-79 yaş arasında % 6.2 ve kadınlarda 30-39 yaşları arasında % 1.5, 70-79 yaş arasında % 8.6 yükseldiği belirlenmiştir (31).

Türkiye’de hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma TEKHARF çalışmasıdır. Bu çalışmanın 2007 yılı verilerine göre hipertansiyon prevalansı erkeklerde % 37.7 kadınlarda % 46.3 olduğu bulunmuştur (8). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği’nin, 2003 yılında 18-80 yaş arası yaklaşık 5000 bireyin katıldığı PatenT çalışmasında HT prevalansı % 31.8 bulunmuştur ve hipertansiyon prevalansı erkeklerde (%27.5) kadınlarda (%36.1) daha düşük olarak saptanmıştır. Farkındalık oranları yaşla birlikte yükselme göstermiş ve her yaş grubunda kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (3,32).

2012 yılında yapılan PatenT2 çalışmasında ise Türkiye’de hipertansiyon prevalansı %30.3 (erkeklerde %28.4; kadınlarda %32.3) olarak bulunmuştur (5). Patent2 çalışması 26 ilde yürütülmüş olup Hatay ili çalışmaya dahil edilmemiştir. HT prevalansı bölgelere göre de farklılık göstermekte olup Hatay’ın da içinde bulunduğu Akdeniz bölgesinde HT prevalansı %28.9 bulunmuştur (33).

Aydın’da 18 yaş ve üzeri nüfusta yapılan AYDINHİP çalışmasında ise hipertansiyon prevalansı kadınlarda %34.1, erkeklerde %26, genel nüfusta ise %29.6 olarak bulunmuştur (34).

Cinsiyet, toplumlarda kan basıncı üzerinde farklı etki göstermektedir. Erkeklerde daha sık gözlemlenen sistolik hipertansiyona 60 yaşından sonra kadınlarda daha sık rastlandığı bildirilmiştir (35). Postmenopozal kadınlarda menapoz öncesine göre iki kat daha fazla hipertansiyon görülmektedir (36).

Türkiye’de, cinsiyet kan basıncını farklı etkilemektedir. 30-39 yaş grubuna kadar erkekler ile kadınların kan basınçları farklı değil iken, 40 yaşından itibaren kadınlar erkeklerden daha yüksek sistolik ve diyastolik kan basıncı edinirler (37). Yaş ilerledikçe her iki cinsiyette sistolik ve diyastolik kan basıncı anlamlı bir biçimde giderek artmaktadır (38).

Tablo 2: Kan Basıncı Seviyelerinin JNC 8 e Göre Tanımı ve Sınıflaması

| Kategori | Sistolik(mmHg) | | Diastolik(mmHg) |
|------------------|-----------------------|------|------------------------|
| Normal | <120 | ve | <80 |
| Pre HT | 120-139 | Veya | 80-89 |
| Evre 1 HT | 140-159 | Veya | 90-99 |
| Evre 2 HT | ≥160 | veya | ≥100 |

2.3. Kan Basıncı Ölçümü

Birinci basamakta HT tanı ve takibi için poliklinikte KB ölçümü altın standarttır. Kan basıncını doğru bir şekilde belirleyebilmek için gerekli çevre koşullarının sağlanması, yeterli donanım ve doğru bir teknik ile ölçüm yapılması gerekmektedir (8).

2.3.1. KB'nin sağlık personeli tarafından ölçümü

Eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından, uygun manşonlu tansiyon ölçüm aleti içeren oskültatuar, elektronik veya otomatik yöntemle koldan ölçüm yapılmalıdır. İlk muayene sırasında her iki koldan ölçüm alınmalıdır. KB günden güne, aydan aya ve mevsimden mevsime büyük spontan değişimlerle tanımlanır. Bu nedenle, HT tanısı, belirli bir zaman aralığında, farklı zamanlarda yapılan birden çok KB ölçümüne dayanmalıdır. NICE kılavuzunda ise iki ölçüm birbirinden farklı ise 3. Bir ölçüm yapılması ve düşük olan 2 ölçümün ortalamasının alınmasını önerilmektedir. NICE kılavuzuna göre eğer her iki kol arasında 20 mmHg'den, ESC/ESH 13 kılavuzuna göre 10 mm Hg'den daha fazla fark var ise sonraki ölçümlerde yüksek tansiyonu mevcut olan kol kullanılmalıdır.

Hasta, kan basıncı ölçümünden önce 3-5 dk süreyle oturup dinlenmelidir. KB ölçümünden en az 30 dakika öncesinde hastanın sigara içmemiş, kafeinli içecek içmemiş olması gerekmektedir. Egzersizden ya da yemekten sonra alınan ölçümler normalden düşük çıkabilir. Ölçüm yapılacak ortam sakin bir yer olmalıdır. Hasta oturur pozisyonda ve sırtı herhangi bir yere (koltuğa, sandalyeye) dayalıyken, KB ölçülecek kolu çıplak olmalıdır. Ölçüm sırasında konuşmamalı, çok hareket

etmemelidir. Manşon, hastanın kalp seviyesinde olacak şekilde, hastanın avuçları açık olmalı ve kol desteklenecek şekilde ölçüm yapılmalıdır.

Manşonun alt ucu, dirsek çukurunun 2-3 cm üzerinde olacak şekilde kolu sarmalıdır. Ölçüm sırasında steteskop manşonun altına sıkıştırılmamalıdır. Steteskop dirsek çukurunda serbest durmalı ve cilde hafifçe bastırılmalıdır. Bu ölçüm en az 2 kere yapılmalı ve TUR'a göre iki ölçüm birbirinden çok farklıysa fazladan ölçümler yapılmalı ve ortalaması kaydedilmelidir. Venöz konjesyonu önlemek için ölçümler arasında en az bir dakika beklenmelidir.

Manşonun kesesi brakial arter üzerine yerleştirilir, havası radial nabzın kaybolduğu düzeyin 20-30 mmHg üstüne kadar şişirilir. Stetoskop ise manşon ile brakial arter arasına, brakial arterin üstüne yerleştirilir ve kontrol valvi açılarak saniyede 2-4 mmHg hızla indirilir. Manşonun basıncı azaltılmaya başladıktan sonra sesin ilk duyulduğu anda (Korotkoff faz 1) okunan değer, sistolik basınçtır. Sesin duyulmaz olduğu andaki değer ise (Korotkoff faz 5) diyastolik kan basıncı olarak kayıt edilir. Diyastolik basınç çok düşük ise seslerin hafiflemeye başladığı düzey (Korotkoff faz 4) diyastolik basınç olarak kabul edilir.

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

Poliklinikte veya muayenehanede kan basıncının hekim tarafından ölçülmesinin başlıca avantajı, uygulamanın kolaylığı ve ucuzluğudur. Ayrıca hipertansiyonun tanı ve tedavisi ile ilgili kılavuzlarda ve araştırmaların tümünün bu yöntemle kan basıncını belirlemiştir. Kan basıncının hekim tarafından ölçümünün en önemli dezavantajı ise beyaz gömlek hipertansiyonudur. Bu sorunu aşabilmek için klinik pratikte iki yöntem yaygın bir şekilde kullanıma girmiştir. Bu yöntemler evde kan basıncı ölçümü ve ambulatuvar kan basıncı takibidir (8).

2.3.2. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü (AKBÖ)

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü, hastanın üzerinde taşıdığı bir cihazla, günlük aktivitesini engellemeden bir ya da birkaç günlük dönemde otomatik olarak kan basıncını ölçülmesidir. Günlük KB değişimlerini daha güvenilir vermesi ve gece değerlerini de ölçebilmesi büyük bir avantajdır. Hastaya cihaz bağlıken, hastanın ağır fiziksel egzersizden kaçınması gerekir. Manşon otomatik olarak şiştiği zaman hastanın kolunu kalp hizasına getirmesi, hareketsiz tutması ve konuşmaması gerekir. Doğru bir sonuç elde etmek için otomatik sonuçlar en fazla 20 dakikalık aralıklarla alınmalıdır. Cihazın takılı olduğu sürede aldığı ilaçlarını, çalışma saatlerini, uyku ve yemek sürelerini, stres yaşadığı dönemlerini bir tarafa kaydetmelidir.

Özellikle ‘beyaz gömlek hipertansiyonu’ nun atlanmaması için, eğer KB ölçümleri arasında ciddi farklar varsa, preeklampsi şüphesi olan gebelerde ve ilaç tedavisine dirençli HT hastalarında ambulatuvar kan basıncı ölçümleri büyük önem taşır.

KB normalde gece azalır. ESC/ESH 13 kılavuzuna göre, 24 saatlik ortalama kan basıncının 130/80 mmHg, gündüz ortalamasının 135/85 mmHg veya gece ortalamasının 120/70 mmHg üstünde olması HT olarak tanımlanmıştır (23).

Ambulatuvar kan basıncının muayenehanede ölçülen kan basıncından genellikle birkaç mmHg daha düşük olduğu akılda tutulmalıdır.

Tablo 3: Poliklinikte KB'yi Ölçerken Dikkat Edilmesi Gerekenler

| |
|---|
| Ölçümden önce hastanın kafeinli içecek içmediğinden, egzersiz yapmadığından veya KB'yi etkileyebilecek ilaç almadığından emin olun |
| Ölçüme başlamadan önce hastanın 5 dk süreyle dinlenmiş olması |
| Aritmisi olan veya heyecanlandığını fark ettiğiniz hastalarda, güvenilirliği arttırmak için, KB ölçümlerini tekrarlayın |
| Manşonu kalp seviyesinde tutun |
| Oskültatuar yöntemi uygularken, sistolik ve diyastolik KB'yi belirlemek için sırasıyla Korotkoff faz I ve V'i (kayboluş) değerlerini kullanın. |
| Diyabetlilerde, yaşlılarda ve ortostatik hipotansiyonun görülebileceği durumlarda, ilk muayene sırasında, KB'yi ayağa kalktıktan 1 ve 3 dakika sonra tekrar ölçün |
| İlk muayenede KB'yi her iki koldan da ölçerek olası bir fark varsa görün. Daha yüksek değeri olan koldan ölçmeye devam edin |

Tablo 4: Klinikte ve Evde Kan Basıncı Ölçüm Sonuçlarına Göre Kan Basıncı Seviyelerinin ESC 2013 Kılavuzuna Göre Tanımı

| Kategori | SKB (mmHg) | | DKB (mmHg) |
|-------------------------------------|------------|---------|------------|
| Poliklinik KB | ≥140 | ve/veya | ≥90 |
| Ambulatuvar KB Gündüz (veya uyanık) | ≥135 | ve/veya | ≥85 |
| Ambulatuvar KB Gece (veya uykuda) | ≥120 | ve/veya | ≥70 |
| Ambulatuvar KB 24-saat | ≥130 | ve/veya | ≥80 |
| Ev KB | ≥135 | ve/veya | ≥85 |

2.3.3. Evde Kan Basıncı Ölçümü (EKBÖ)

Hastanın KB'sinin kendi tarafından evde ölçülmesidir. En az 3-4 gün süre boyunca sabah-akşam KB ölçüldükten sonra tanısal değerlendirme yapılır. Hesaplama yapılırken ilk gün çıkarılır ve diğer günlerin ortalaması alınarak değerlendirme yapılır. EKBÖ, ambulatuvar kan basıncı ölçümüne (AKBÖ) göre daha uzun sürelerde ölçüm yapmaya fırsat verdiği için dolayı günler arasındaki KB değişimlerini görmeye imkân sağlar. AKBÖ'ye nazaran daha kolaydır. Buna karşın günlük aktiviteler arasında ve uykuda KB ölçümü yapılamaz. Kan basıncının hastanın kendisi tarafından ölçülmesi, ilaçlara alınan terapötik cevabın ve hastanın tedaviye uyumunun değerlendirilmesi ile gerçek hipertansiyonun “beyaz önlük” hipertansiyonundan ayırt edilmesi bakımından önemlidir (23).

2.4. Beyaz Önlük HT'si

Hastaların çoğu muayene sırasında stresli ve heyecanlıdır. Bu nedenle poliklinikte hekim tarafından yapılan ölçüm, normal günlük aktivite sırasındaki ölçüme göre yüksek çıkabilir. Beyaz önlük HT'si; poliklinikte ve muayenehanede KB ölçüm sonucu yüksek çıkarken AKBÖ veya EKBÖ sonuçlarının normal sınırlarda kalması olarak tanımlanır. Toplumda normal popülasyonda görülme oranı %13 iken bu oran HT hastalarda %32 olarak bulunmuştur. Poliklinikte kan basıncı ölçümünün $\geq 140/90$ mmHg ve evde $\leq 135/85$ mmHg bulunması ile tanı konur.

Beyaz önlük HT'si hekim yerine hemşire veya yardımcı sağlık çalışanı tarafından yapılan KB ölçümlerinde oran olarak daha az görülmektedir. Muayene

süresi uzadıkça ve muhtemelen hekimle hasta arasında terapötik bir ilişki kurulduğundan ilerleyen muayenelerde beyaz önlük HT'si azalmaktadır. Bunun yanında poliklinikte manuel değil de otomatik KB ölçüm aletleri ile ölçüldüğünde, hemşire veya hekime ihtiyaç duyulmadığından dolayı beyaz önlük etkisi azalmaktadır .

2.5. Maskeli HT

İzole ambulatuvar HT veya maskeli HT, Beyaz önlük HT'sinin aksine poliklinikte KB <140/90 mmHg KB olurken, poliklinik dışı ölçümlerde KB'nin daha yüksek olmasıdır. Nadir görülür. Genç, erkek, sigara ve alkol tüketen, anksiyeteli, ailesinde HT öyküsü olan ve obez bireylerde daha sık görülür. Bu hastalarda normotansif kişilere kıyasla organ hasarı riski daha yüksektir, bu yüzden tanı ve tedavide ve bu risk faktörleri dikkate alınmalıdır.

2.6. HT Tanı ve Klinik

2.6.1. Anamnez

Klinik değerlendirme anamnezle başlar. Doğru tanı ve tedavi için kapsamlı ve doğru bir anamnez alınmalıdır. Hastalığın ne zaman başladığı, tanı konup konmadığı, aile öyküsü, ilaç öyküsü gibi konular üzerinde durulmalıdır. Aile öyküsünde HT, diyabet, dislipidemi, inme, periferik arter veya böbrek hastalıkları özellikle sorulmalıdır.

Anamnezde özellikle dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

- İlk kez HT tanısını ne zaman almış?
- İlk kez ne zaman tedaviye başlanmış?
- Antihipertansif tedavinin sonuçları ve yan etkileri
- Sekonder hipertansiyon nedenlerini düşündüren semptomlar
- Kan basıncını yükseltebilecek ilaç veya maddelerin alımı (örn. fenilefrinli nazal dekonjestanlar, meyan kökü şerbeti, amfetaminler, steroidler, oral kontraseptifler...)
- Diyet, egzersiz, alkol, madde ve sigara kullanım durumu.

- Son organ hasarı açısından serebral, kardiyovasküler ve renal semptomlar
- Hastanın inme, koroner kalp hastalığı diyabet, dislipidemi, böbrek hastalıkları başta olmak üzere geçmiş hastalıkları ve kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır .

2.6.2. Fizik Muayene

HT hastasında fizik muayenedeki amaç HT tanısı koymak veya tanıyı teyit etmek olduğu kadar, KV ve sekonder HT risk faktörlerini belirlemektir. Her hastanın kan basıncının her iki koldan ölçülmesi ve kaydedilmesi gerekir. Hastanın kilosu ve boyu kaydedilmeli, Vücut kitle indeksi hesaplanmalıdır. Boyunda karotis üfürümüne, venöz dolgunluğa ve tiroid boyutlarına bakılmalıdır. Nabızların değerlendirilmesi için periferik arterler palpe edilmelidir. Göğüs oskültasyonunda bronkospazm, ral, ronküs varlığı incelenmelidir. Karın muayenesinde anormal üfürüm, pulsasyonlar gözlenmeli, kitle olup olmadığı palpasyonla tesbit edilmelidir. Detaylı bir nörolojik muayene ve göz dibi muayenesi yapılmalıdır.

2.6.3. Laboratuvar incelemeleri

HT hastasından istenecek laboratuvar tetkiklerinin amacı, sekonder hipertansiyon nedenlerini ve risk faktörlerini belirlemektir. Risk faktörleri ne kadar fazla ise laboratuvar incelemelerde o kadar ayrıntılı olmalıdır (tablo 5)

HT için yapılacak incelemeler; birinci basamak temel laboratuvar incelemeleri, ikinci basamak laboratuvar incelemeleri ve gereğinde yapılacak diğer laboratuvar incelemeleri olmak üzere üçe ayrılabilir:

1) Birinci basamak temel laboratuvar incelemeleri: Tam idrar tetkiki, Tam kan sayımı, Açlık kan şekeri, serum üre ve kreatini, Elektrokardiyografi, Akciğer grafisi

2) İkinci basamak temel laboratuvar incelemeleri: Tam kan sayımı, Açlık kan şekeri, Kreatinin, LDL kolesterol, Sodyum, Potasyum, Total kolesterol, HDL-kolesterol

3)Gerektiğinde yapılacak ek laboratuvar incelemeleri: AKBÖ, Kreatinin klirensi, Mikroalbuminüri, 24 saatlik idrarda protein, plazma renin aktivitesi, Kan kalsiyumu, Ürik asit, LDL-kolesterol, apolipoproteinler, lipoprotein elektroforezi ve diğer lipid analizleri, Hemoglobin A1C ve/veya fruktozamin, TSH, PRA, aldosteron ve katekolaminler, Ekokardiyografi, Kraniyal, renal ve periferik arterlerin ultrasonografi/ Doppler incelenmesi, Batın ultrasonografisi

Tablo 5: Sekonder HT ve Organ Hasarı Düşündüren Belirtiler ve Bulgular

| Sekonder HT düşündüren belirtiler ve bulgular |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Abdominal üfürüm alınması (renovasküler HT)• Nörofibromatozis cilt bulguları (feokromasitoma)• Cushing sendromu belirtileri(hiperkortizolemi)• Eş zamanlı değerlendirilen kol KB'ye göre femoral nabızların daha zayıf olması ve gecikmesi, femoral kan basıncının azalması (aort koarktasyonu; aort hastalığı; alt ekstremitte arterlerinin hastalığı)<ul style="list-style-type: none">• İki kol arası KB farkı (aort koarktasyonu; subklavyan arter darlığı)• Palpasyon ile böbreklerde büyüme saptanması (polikistik böbrek)<ul style="list-style-type: none">• Göğüs veya kalpte üfürüm duyulması (aort koarktasyonu; üst ekstremitte arterlerinin hastalığı) |
| Organ Hasarı düşündüren belirtiler ve bulgular |
| <ul style="list-style-type: none">•Retina: fundoskopik anormallikler•Beyin: motor veya duyu kaybı•Kalp: kalp hızı, 3. veya 4. kalp sesi, kalpte üfürüm, aritmiler, apeks vurusunun yeri, pulmoner raller, periferik ödem•Karotis arterleri: sistolik üfürümler•Periferik arterler: nabız yokluğu, zayıflaması veya asimetrisi, soğuk ekstremiteler, iskemik cilt lezyonları |

2.7. HT Tedavi

HT tedavisinde ana amaç, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve uzun dönemde yüksek kan basıncı nedeniyle oluşabilecek kardiyovasküler mortalite ve morbidite riskini en aza indirmektir. Kan basıncı miktarındaki düşüş ile

kardiyovasküler mortalite, MI ve inme insidansında azalma arasında doğru orantı olduğu gösterilmiştir. HT tedavisinde ilaç tedavisi ve ilaç dışı yöntemler kullanılmaktadır.

2.7.1. Farmakolojik tedavi

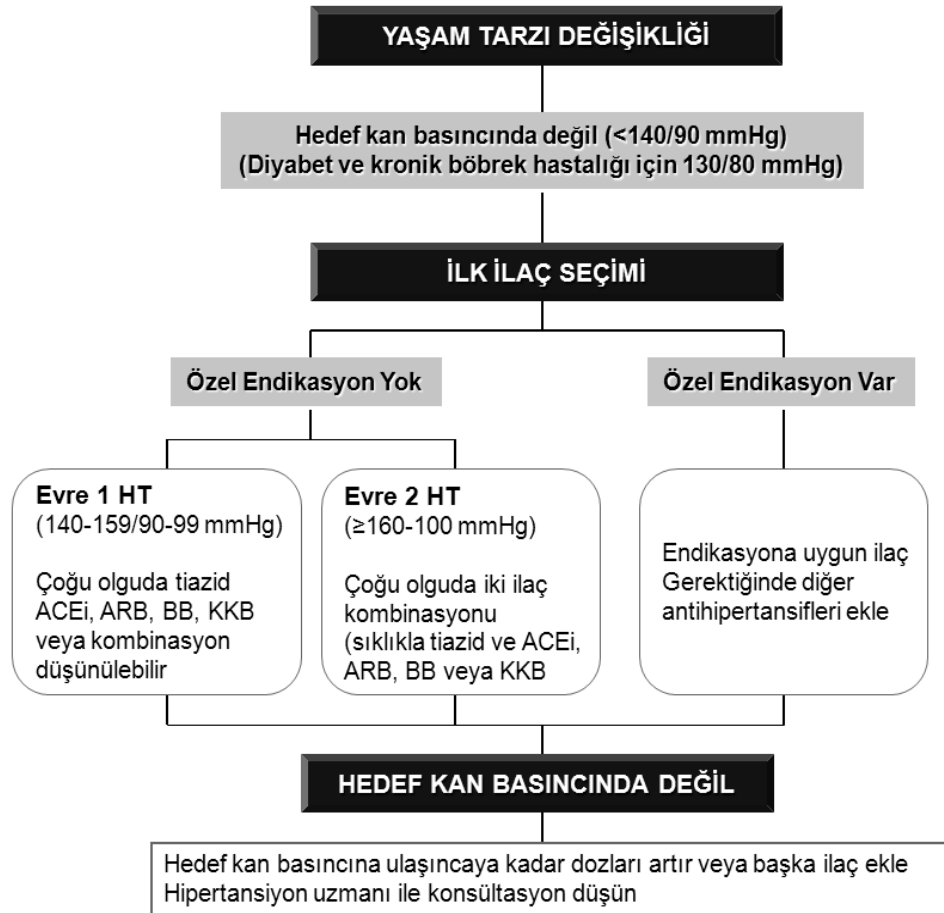
Evresine bakılmaksızın her hastaya önce yaşam tarzı değişikliği önerilmelidir. Yaşam tarzını değiştirme veya ilaç dışı tedavi yöntemleri yetersiz kalırsa hastaya ilaç tedavisi başlanmalıdır. Günümüzde değişik gruplardan ilaçlar, birçok etki mekanizmasıyla hipertansiyon tedavisinde kullanılmaktadır. Başlıca 6 sınıf antihipertansif ilaç grubu vardır. Bunlar, beta blokerler, alfa blokerler, diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE İnhibitörleri) ve anjiyotensin reseptör antagonistleridir (ARB). On yıllık kardiyovasküler riskin, Framingham risk skoruna göre $>10\%$ olması, ilaç tedavisi için eşik değer olarak kabul edilmektedir. HT'li çoğu hastada en uygun hedef KB'nin 140/90 mmHg'nin altında olmasıdır (39). Geçmişte ilaç seçimi ilaçların etkinliği ve yan etki profiline göre şekillenmiştir Ancak günümüzde yapılan büyük ölçekli çalışmalara göre antihipertansif tedavide kullanılan ilaçlar arasında kardiyovasküler mortalite ve morbidite açısından anlamlı bir fark olmadığı kabul edilmiştir (6). Güncel kılavuzlarda önerilen ilaç grupları genelde hipertansif hastaların sahip oldukları diğer hastalıklar göz önünde tutularak belirlenmektedir (ŞEKİL 1, ŞEKİL 2) (23,40).

Yine bazı özel durumlarda bazı ilac gruplarının kullanılması daha ön plana çıkmaktadır. Örneğin beta blokerler; kalp yetmezliği, angina pectoris, miyokard infarktusu sonrasında, tiazid diüretikleri; izole sistolik hipertansiyonda tercih edilmektedir. ACE inhibitorleri ve ARB'ler ise, nefropatilerde, sol ventrikul hipertrofisi, karotis aterosklerozu, proteinuri/mikroalbuminuri, atriyal fibrilasyon ve metabolik sendromda ilk tercih olarak önerilmektedir (23).

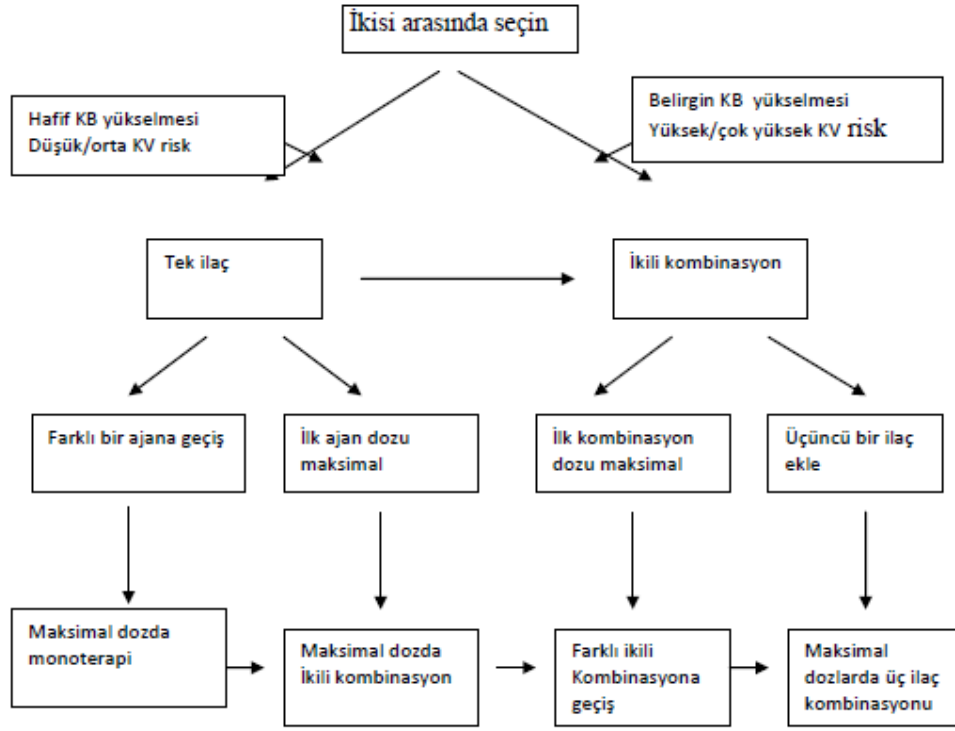
HT tedavisinde çoğu vakada monoterapi ile istenilen hedeflere ulaşılamamaktadır. Bu durum kombinasyon tedavisini gündeme getirmiştir. ASCOT çalışmasında yüksek riskli hipertansif hastaların hedef değere ulaşması için her on hastadan dokuzuna kombinasyon tedavisi verilmesi söz konusu olmuştur (41).

Böbrek hastalarında diabetlilerde, yüksek riskli hastalarda veya, daha düşük kan basıncı hedefinin istendiği her durumda, daha da sık gerek duyulduğu belirlenmiştir (42). Günümüzde kombinasyonlar başlangıç tedavisi olarak planlanabilmektedir. ESH-ESC 2013 kılavuzunda kardiyovasküler riski artmış, kan basıncı değerleri yüksek (normalin üst sınırını sistolik >20mmHg, diyastolik >10mmHg aşarlarda), subklinik organ hasarı bulunan, diyabet ve kronik böbrek yetmezliği bulunan hastalarda kombinasyon tedavisi başlangıç tedavisi olarak önerilmektedir.

Bu kılavuzda önerilen ilaç kombinasyonları, Renin-Anjiyotensin Sistemi (RAS) blokajı yapan ilaçların öncelikli olarak tiazid veya kalsiyum kanal blokerleri ile birlikte kullanımı şeklindedir. Tedavide başka bir ilgi konusu da ACE inhibitörleri ile ARB'lerin kombinasyonudur. 2008'deki ONTARGET çalışmasında, her iki ilacın kombine kullanımı kan basıncı bir miktar daha düşürse de primer sonlanım noktaları açısından fark oluşturmadığı saptanmıştır.



Şekil 1: JNC-VII. Raporunda Verilen Tedavi Algoritması



Şekil 2: 2013 ESH/ESC Kılavuzu Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Yönetim Algoritması

Antihipertansif ilaçların yeterli dozda kullanılmaması ve kombine tedavinin tercih edilmemesi, kan basıncı kontrolünün yetersiz olmasına yol açmaktadır (43,44). Bu nedenle hipertansiyon tedavisinde ilaç seçimi çok önem kazanmaktadır. Uluslararası hipertansiyon derneğinin ve Dünya sağlık örgütü'nün antihipertansif ilaç seçimi için önerdiği göz önünde bulundurulması gereken faktörler içerisinde hedef organ hasarları, sosyoekonomik durum, kardiyovasküler risk profili, eşlik eden diğer hastalıklar ve kullanılan diğer ilaçlar yer almaktadır (45).

Hedef kan basıncına daha kolay ulaşılabilmesi için antihipertansif tedavinin KV hasar gelişmeden önce başlanması gerekir. Önceki kılavuzlarda preHT evresindeki hastalarda yüksek risk varlığında ilaç başlanması önerilmekte, hatta KBY olan ve KV riski olan hastalara 120/80 mmHg üzerindeki KB seviyelerine bile ilaç başlanması tavsiye edilmekte idi. Oysa güncel kılavuzların biri olan ESC/ESH 2013 kılavuzu tüm gruplarda ilaç başlama sınırı olarak 140/90 mmHg değerini önermektedir. Ayrıca diyabetik hastalar için diyastolik kan basıncı hedefi <85 mmHg olarak tavsiye edilmektedir.

ESC/ESH 2013 kılavuzuna göre evre 1 HT'li, düşük ve orta riske sahip hastalarda eğer yüksek KV risk mevcutsa ve hedef organ hasarı varsa ilacın hemen başlanmasını gerektiği ifade edilmiştir. Eğer hastada risk faktörü yoksa hastanın birkaç ay yaşam tarzı değişikliği ile takip edilmesi önerilmiştir. Hastada KV risk varsa bu sürenin birkaç haftaya indirilmesi uygun görülmüştür. JNC 8 kılavuzunda ise 60 yaş altındaki evre 1 HT'li tüm hastalara bir önceki kılavuzunda da olduğu gibi ilaç başlanmasını önermektedir. Bu kılavuzda yaşam tarzı değişikliği ile takip yoktur. Ayrıca sadece diyabet (DM) ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) risk faktörü olarak yer almaktadır.

JNC 8 kılavuzunda yaşlı hastalar için bir önceki JNC 7 kılavuzuna göre önemli bir fark vardır. Bu hastalarda ilaç başlama ve hedef KB değerleri 150/90 mmHg olarak belirlenmiştir. Tedavi ile 140 mmHg altında kontrol sağlanmış hastalarda ilaç tedavisine devam edilmesi önerilmektedir. NICE 2011 kılavuzunda ise 80 yaşın altında ve evre 1 HT'li olan hastalarda hedef organ hasarı, KV hastalık, renal hastalık, DM varsa ilaç başlanmasını önermektedir.

TUR, erişkinbpopülasyonda tedaviye başlamak için 140/90 mmHg değerini eşik değer alırken, 80 yaş üstü hastalarda SKB hedef değerini 160 mmHg olarak önermektedir. Evre 1 HT'si olan hastada eğer koroner arter hastalığı (KAH), DM ve KBY yoksa 1-3 ay yaşam tarzı değişikliği ile takip önermektedir Evre 2 veya evre 3 HT hastalarına ise hemen ilaç tedavisine başlamak tavsiye edilmiştir.

2.7.2. Yaşam Tarzı Değişikliği

HT'si olan ilaç kullanan, kullanmayan tüm hastalara yaşam tarzı değişikliği önerilmeli, hastalar bu konuda bilgilendirilmeli ve cesaretlendirilmelidir. Amaç kan basıncını düşürmek, diğer klinik durumları ve risk faktörlerini kontrol altına almak ve ilerde kullanılması muhtemel anitipertansif ilaç dozunu azaltmaktır. Bu maksatla önerilen yaşam tarzı değişiklikleri şunlardır:

- Sigaranın bırakılması
- Kilo verilmesi
- Diyete dikkat edilmesi ve tuz miktarının azaltılması
- Düzenli egzersiz yapılması
- Stresin azaltılması
- Alkolün azaltılması veya bırakılması

Tablo 6: Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Kan Basıncına Etkisi

| | | |
|--------------------------------|--|---------------------------|
| Kilo Vermek | Normal Vücut Kütle Endeksinin (18.5-24.9 kg/m) Sağlanması | 5-20 mmHg / 10 Kilo Kaybı |
| Diyette Sodyum Kısıtlaması | Günlük Sodyum Alımı <100 mmol/l (2.4 g Sodyum veya 6 g Sodyum Klorid) | 2-8 mmHg |
| Fiziksel Aktivite | Aerobik Fiziksel Egzersiz (Haftanın birçok günü, günlük en az 30 dakika yürüyüş) | 4-9 mmHg |
| Alkol Tüketiminin kısıtlanması | Alkol Alımını Erkeklerde Günde 2, Kadınlarda Günde 1 İçkiyle Kısıtlanması | 2-4 mmHg |
| Yemek Planı Uygulamak | Meyve ve Sebzedden Zengin, Doymuş ve Total Yağ Oranı, Düşük Diyet | 8-14 mmHg |

2.7.2.1. Kilo Verilmesi

Yağ dağılımının en kolay göstergelerinden biri olan artmış bel/kalça oranı ile karakterize olan santral ya da abdominal obezite sıklıkla hiperinsülinemi ve dislipidemi ile birlikte seyrederek kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır (46,47). Obezite, koroner arter hastalığı (KAH) için bağımsız bir risk faktörüdür (48). Yapılan çalışmalarda, kan basıncı ile vücut ağırlığı arasında direkt, kuvvetli ve sürekli bir ilişki olduğuna dair kanıtlar elde edilmiştir. Obezite, kalbin yapısında ve fonksiyonlarında yarattığı çeşitli değişikliklerle hipertansiyona neden olmaktadır (46,47). Vücut ağırlığının normalin %20 üzerinde olması durumunda, hipertansiyon sıklığı normal ağırlıktakilere göre 2 kat artmaktadır (47).

Bu nedenle hastanın kilo vermesi hem kan basıncını hem de kullanılan ilaç sayısını azaltmada oldukça önemlidir. 10 kg kilo kaybının sistolik kan basıncında 6 mmHg, diyastolik kan basıncında 4.6 mmHg'lik bir düşüşe neden olduğu gösterilmiştir. Çalışmaları incelendiğinde 1 kg zayıflama, sistol / diyastol kan basıncında 1.6 /1.3 mmHg düzeyinde bir azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (49). Tüm HT hastaları kilo vermeye teşvik edilmeli, bu konuda hastaların motivasyonları artırılmalıdır.

2.7.2.2. Sigaranın bırakılması

DSÖ 2020 yılında tütün kullanımı nedeniyle 9 milyonu aşkın kişinin öleceğini öngörmektedir (50).

Sigaranın tek başına KB yi yükselttiği bilinmektedir. Bundan sorumlu mekanizma, muhtemelen santral düzeyde ve sinir uçlarında sempatik sistemin uyarılmasına bağlı plazma katekolamin düzeyinin yükselmesidir. Bunun yanında; sigara, antihipertansif ilaçların kan basıncını düşürücü etkisini azaltarak, endotel bağımlı arteriolar dilatasyonu bozar ve sol ventrikül hipertrofisi gelişimini hızlandırır (51,52). Sigara kanın pıhtılaşma eğilimini artırır, HDL kolesterol düzeyini düşürür . Sigara içmek, koroner kalp hastalığının yanı sıra serebrovasküler ve periferik vasküler hastalık gelişimini hızlandırmaktadır (47).

Bununla birlikte sigara, hipertansiyonlu hastada ayrı bir risk faktörü olarak içmeyenlere kıyasla kardiyovasküler morbiditeyi % 50-60 arttırdığı bildirilmiştir. Yine başka bir çalışmada Sigara içmeye devam eden hipertansif hastaların, sigara içmeyenlere göre kıyasla kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda 3 ile 5 kat daha yüksek riske sahip oldukları gösterilmiştir (53).

Bu sebeple, kardiyovasküler hastalıklarda birincil korunma programlarının hedeflerinden biri de sigara ile mücadele olmalıdır. Özellikle sigara içen hipertansif hastalar ve yakınlarına sürekli olarak sigarayı bırakmaları konusunda telkinde bulunulmalıdır (20).

2.7.2.3. Fiziksel Egzersiz

TEKHARF (Türk Erişkinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasında koroner kalp hastalığı olanların incelenmesi sonucu, Türk erkek ve kadınlarında kalp hastalığı için en önemli en risk faktörlerinin hipertansiyon ve fiziksel inaktivite olduğu gösterilmiştir (54).

KB ile fiziksel inaktivite arasında negatif bir ilişki mevcuttur. Düzenli egzersiz ve spor, hipertansiyonun kontrol altına alınmasını kolaylaştırmaktadır (55).

Sedanter yaşam süren kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fiziki aktivitesi olanlara göre % 20-50 daha fazladır (56). Fiziksel aktivitenin KB'yi düzenleyici rolü vardır. Uygun fiziksel aktivite ile sistolik ve diyastolik kan basıncı 5 mmHg azalmaktadır. Egzersizin haftada en az 3-4 kez, en az 30 dakika, merdiven çıkma, bisiklete binme hızlı yürüme gibi orta şiddette yapılması önerilmektedir. Ağır egzersizler ise kalp hastalığı olanlarda ve yaşlılarda miyokard infarktüsüne (MI) neden olabileceği için pek önerilmemektedir.

Fiziksel egzersizin olası koruyucu mekanizmaları arasında serum norepinefrin seviyesinde azalma, insüline karşı hassasiyet oluşması, vasküler yapıdaki değişiklikler ve nöral ve barorefleks mekanizmalar yer almaktadır (56).

HT'li hastaların yapacakları düzenli fiziksel egzersiz, hipertansiyonun hem önlenmesinde hem de tedavisinde yarar sağlayabilecektir.

2.7.2.4. Alkol Kullanımını Azaltmak

Alkol tüketimi ile kan basıncı arasında doğrudan veya dolaylı bir ilişki vardır. Alkolün kan basıncı üzerine ikili etkisi mevcuttur. Akut alkol alımında periferik vazodilatasyon, tuz ve su atılımında artma nedeniyle kan basıncı düşürken, kronik alkol kullanımı, arter duvarındaki sertlik ve baroreseptör mekanizmasında bozukluklar meydana getirerek KB'yi arttırdığı ileri sürülmektedir

Aşırı alkol tüketimi HT için önemli bir risk faktörü olup inme riskini arttırmak ve antihipertansif tedaviye karşı direnç oluşturmaktadır (6,56).

2.7.2.5. Tuz Kısıtlaması Ve Diyet

Yaşam tarzı değişiklikleri içinde en etkili yöntem tuz kullanımının azaltılmasıdır. Çünkü tuz alımının artmasının KB artışına neden olduğu atık kesin olarak bilinmektedir.

Tuz alımındaki değişiklikler karşısında bireylerde gözlenen KB değişiklikleri geniş bir farklılık göstermektedir. Bunun ana nedeni de bireylerin tuza olan hassasiyet ve direncinin farklı sebeplere bağlı olmasıdır. Bu nedenler arasında; yaş,

genetik faktörler, ırk, kilo, vücut kütle indeksi(BMI), diyabet, böbreklerdeki fonksiyon bozuklukları ve beslenme şekli sayılabilir (57).

Türk toplumunun kan basıncı değerleri diğer ülkelere kıyasla daha yüksektir (57). 2008 yılında yapılan SALTürk çalışmasında (Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması), Türkiye’de günlük tuz alımının diğer ülkelere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (57).

Çalışmalarda HT olan hastalarda sodyum azaltılması ile KB’de belirgin azalma gösterilmiştir. DASH diyeti (Dietary Approach to Stop Hypertension- Hipertansiyonu Durdurmak için Beslenme Yaklaşımları) HT’yi durdurmak için geliştirilen, daha fazla meyve, sebze, tahıl tüketimi, düşük yağ alımı, yağsız et ve süt ürünleri, birlikte balık ve baklagiller tüketimini öneren bir diyet programdır. DASH diyetini uyumun KB düşürücü etkisi olduğu ortaya konmuştur. DASH çalışması, 459 hastanın 11 haftalık beslenme programını içeren geniş ölçekli bir çalışmadır . Bu çalışmada DASH diyeti uygulayanlarda KB’ de kontrol grubuna göre ortalama 5.5/3.0 mmHg düşüş sağlanmıştır. HT’ si olan grupta ise daha belirgin bir düşüş kaydedilmiş olup ortalama düşüş 11.3/5.5 mmHg’ dir. Bu diyet ile birlikte önerilen günlük tuz miktarı 1.5 gr olarak belirtilmiştir.

Günde yaklaşık 3 gr’ lık tuz tüketimi sağlayan uygulamalar (tuzlu gıdalardan kaçınma, masada tuz bulundurmama ve yemeğe tuz koymama) sağlanan kan basıncındaki düşüşün, o toplumda inme insidansında %33, koroner kalp hastalığı insidansında ise %25 civarında azalma sağladığı gösterilmiştir (20).

Yine bir çalışmada sodyum alım miktarındaki 100 mmol/gün oranında azalmanın, HT’den % 20 oranında korunma sağlandığı gösterilmiştir . Bu nedenle tuz kullanımını kısıtlanması halk sağlığı açısından da çok önemli bir koruyucu faktör olarak değerlendirilmektedir. Buna yönelik olarak TC Sağlık Bakanlığı 2011 yılında tuz kullanımının azaltılmasına yönelik büyük bir kampanya başlatmıştır (58).

2.7.2.6. Stresin Azaltılması

Stres, organizmanın kendini tehdit altında hissettiği durumlarda ortaya çıkan bir durumdur. Bu durumda kortizol gibi önemli stres hormonlarının salınımı

artmaktadır. Kronik strese maruziyet, strese başa çıkmada yetersizlikler, birçok kronik hastalığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır (59,60). Tekrarlayan streslere maruz kalan kişilerde, daha sık hipertansiyon ortaya çıkabilmektedir. Sempatik sinir sisteminin duygusal strese yanıt olarak aktive olduğu ve otonomik cevaplara yanıt olarak HT ortaya çıktığı düşünülmektedir. Beyaz önlük HT'sinin oluşumunda bu mekanizmanın olduğu ileri sürülmektedir. KB düşürülmesinde stresin azaltılmasının ve kafein alımının etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur .

2.8. HT'de Tedaviye Uyum

2.8.1. Uyumla İlişkili Faktörler

2.8.1.1. Hastalıkla İlişkili Faktörler

Kişiler, kendilerine bir hastalık tanısı konduğu zaman genelde genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inançlar doğrultusunda da hastalıkları ile mücadele ederler veya yardım arayışına girerler. Hastanın, kendi hastalığı ile ilgili algısı zamanla değişebilir ve bu da tedaviye yanıtta da değişmeye yol açabilir. Bu süreç kişinin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler (61).

Hastalar genellikle hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili çıkarımlar yaparlar (62). Örneğin bir depresyon hastası, hastalığının sebebi olarak yoğun strese neden olan işini görüyorsa, işi bırakabilir. Ya da bir kalp yetmezliği hastası hastalığının sebebini sedanter yaşam tarzına ve sigaraya bağlıyorsa egzersize başlayabilir ve sigarayı bırakabilir.

Bununla birlikte hastalar, tedavinin yan etkileri hakkında hatalı çıkarımlar yapabilirler. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha kısa sürede terk etme eğilimindedirler (62).

Kronik bir hastalık olan HT, yıllarca komplikasyonsuz olarak seyredebilir. Belirtisiz dönemde hastayı tedaviye ikna etmek güç olabilir. Bu nedenle tedavide hasta uyumu büyük önem arz etmektedir (63). Hastalarda iç görü düzeyi arttıkça tedaviye uyum artar. Çalışmalarda hastalığının farkında olan bireylerde tedaviye uyumun daha iyi olduğu gösterilmiştir (64,65). Bunun yanında HT dışı diğer

hastalıklara bağlı günlük alınan ilaç sayısı arttıa hastanın HT tedavisine uyumu negatif yönde etkilenebilmektedir (66).

2.8.1.2. Tedavi ile ilişkili faktörler

Tedavi uyumunu olumlu yönde etkileyen faktörler arasında hekime ve ilacın etkinliğine güvenmek, ailede HT yks ve hastalığın sonuçlarından korkmak gösterilebilir. Uzun süreli tedavi, günde birden çok ilaç alınması, ilaç yan etkileri gibi faktörlerin ise tedaviye uyumu olumsuz etkileyen faktörler olduğu bilinmektedir (66,67). Daha önce uzun süreli hiç bir ilaç kullanmamış bir hastanın uzun yıllar düzenli ilaç kullanması pek olası değildir. Hasta bıkkınlık nedeniyle veya unuttuğu için ilaçlarını almayabilir. İleri yaş, hastalığı kabullenmeme de ilaç almayı unutmaya neden olabilmektedir (68).

2.8.1.3. Sosyokültürel ve sosyodemografik zellikler

Hastanın tedaviye uyumundaki en önemli faktörlerden biri de hastanın yaşıdır. Genellikle gençler yaşlılara göre ilaç tedavisine daha uyumsuzdur (69). Bu durumun nedeni gençlerin henüz hastalığın komplikasyonlarıyla karşılaşmamış olması ve yaşlanmayacaklarını düşünmeleri olabilir. Yaşlı insanlar genelde kronik hastalıklardan daha çok muzdariptiler. Bu da daha çok ilaç ve daha çok yan etki anlamına gelmektedir.

Cinsiyet de tedaviye uyumdu önemli bir faktördür. Yapılan çalışmalarda erkeklerin gençken, kadınların ise yaşlıyken ilaç uyumunu daha kötü olduğu gösterilmiştir (63,70). Ancak genel olarak erkek hipertansiflerde uyumsuzluk eğilimi daha fazladır.

Bir çalışmada kadınların erkeklere göre 0,6 kat daha fazla tedaviye uyumlu oldukları bildirilmiştir (71). Türkiye'de yapılan bir araştırmada düzenli egzersiz yapma ve diyet önerilerine uyum, erkeklere kıyasla kadınlarda daha az bulunmuştur (72).

ğrenim düzeyi genelde sosyoekonomik durum ile paralellik gösterir ve kişinin sosyal statüsü açısından belirleyici özelliklerindedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olmak, tedaviye uyumsuzluk açısından risk olarak değerlendirilmektedir. Bu

durumun nedenleri arasında kişinin hastalığına karşı farkındalık düzeyinin az olması, aile desteğinin zayıf olması gibi faktörler sayılabilir (73).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da gelir ve eğitim düzeyi daha yüksek olan hipertansif hastaların tedaviye uyumları daha iyi olduğu gösterilmiştir (74).

2.8.1.4. Ekonomik Özellikler

Ülkenin ekonomik düzeyi, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe ve sağlık sistemi ile ilgili faktörler de tedaviye uyumda önemli rol oynamaktadır. İlaç fiyatlarının düşürülmesi, ilaca ve hekime kolay ulaşım, sağlık hizmetlerinin ucuz, mümkünse ücretsiz olması da hastaların tedaviye uyumunu arttıracaktır. Kısacası kaliteli ve kolay ulaşılabilir sağlık sistemi HT ve diğer kronik hastalıklarda tedavi uyumunu olumlu yönde etkileyen faktörlerdendir (63).

2.8.2. Tedavi uyumunun belirlenmesinde kullanılan yöntemler

Tedaviye uyumun objektif olarak tesbit edilmesi zordur. Çünkü birey eşinden, çocuklarından ve çevresinden çekindiği için ilaçlarını alma konusunda her zaman dürüst davranmayabilir. İlaç tedavisine uyumun değerlendirilmesinde standart bir yöntem olmadığı için çalışmalarda farklı yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Bunlar kabaca doğrudan ve dolaylı yöntemler olarak ikiye ayrılır.

Doğrudan yöntemler arasında KB düzeylerinin, ilaç metabolitlerinin, markerlerin ve üriner yıkım ürünlerinin ölçümü vardır. Dolaylı yöntemler ise hastadan bilgi almak, kutuda kalan ilaç sayısı, randevulara belirlenen tarihte gelme, reçete takibi ve tedavi sonucunun değerlendirilmesidir.

Dolaylı yöntemlerden olan hastanın öz bildirimi ile ilgili geliştirilmiş bazı ölçekler mevcuttur (Örn. Morisky İlaç Uyum Skalası (Morisky Medication Adherence Scala) ve İlaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeği, Kısa İlaç Anketi (Brief Medication Questionnaire)).

Bunun yanında eczane takip sistemi ve hastaların reçetelerinin elektronik ortamda takibini sağlayan medulla sistemi ise hekimin tedaviyi takibinde kolaylıklar sağlamaktadır (73).

2.8.3. Hasta Uyumunu Arttırıcı girişimler

Tedaviye uyumu arttırmak için öncelikle sağlık personelinin hastaya karşı dürüst olması gerekir (8). İyi bilgilendirilmiş ve kendisine aktif sorumluluk verilmiş hastanın tedaviye uyumu artar.

Kan basıncı kontrolünü sağlamak ve devam ettirmede hastaların kararlı olmasını, ilaç tedavileri kadar tavsiye edilen yaşam tarzı değişikliklerine de uyum göstermelerini ve kontrollerine düzenli gelmelerini temin etmek gerekir. Etkin iletişim ve hasta ile hekim arasındaki güven, uyumu arttırmada çok önemlidir (66).

Sosyal destek girişimleri ve motivasyonel görüşme programları gibi girişimler uyumu artırıcı yaklaşımlardır. Birçok hasta için ilk ve en önemli danışman kendi aile hekimi ve o sağlık kurumunda çalışan diğer sağlık personelidir. Muayenelerde hekimler ilaç kullanma ve non-farmakolojik girişimlerini sorsa da yaşam tarzı değişikliğini aktif bir şekilde sorgulamamaktadır. Oysa aile hekimliği sistemi, uyum danışmanlığı için oldukça uygundur.

Ancak bu tür danışmanlıkta her şeye uyan tek bir yaklaşım yoktur. Her hasta ayrı bir dünya olduğu için bireyin eğitimi, beklentisi, farkındalığı ve ihtiyaçları göz önüne alınarak her hasta için uyumu arttırıcı farklı bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu da hekimin ve sağlık personelinin beceri, ilgi ve zekâsıyla orantılıdır.

Hekimin danışmanlık uygulamalarında hala geliştirilmesi gereken alanlar vardır. Bireysel motivasyonel faktörler ve sosyal destek gibi bileşenler üzerinde daha fazla durulmalıdır (75). Hastaya verilen mesaj kadar bunun nasıl verileceği de çok önemlidir. Son yıllarda sadece hastaları değil hasta yakınlarını da bilgilendirmek, sosyal desteği arttırıcı bir girişim olarak öne çıkmaktadır.

2.9. Aile Hekimliğinde HT Yönetimi

HT birinci basamakta en sık karşılaşılan kronik hastalıklardan biridir. Bu nedenle aile hekimi tarafından uygun bir şekilde tedavi edilmeli ve hastalık süreci doğru bir şekilde yönetilmelidir. Bunun için hekim, tedaviye uyumu arttırıcı girişimlerde bulunmalıdır.

HT, KV mortalite ve morbiditenin en önemli nedenleri arasındadır. HT' si olan hastaların çoğu hastalıklarının farkında değildir veya tedavi almamaktadır. Ayrıca hastalar ömür boyu ilaç kullanmaya ve yaşam tarzlarını değiştirmeye pek gönüllü olmayabilirler.

Hastaların HT tedavisine uyumunu arttırmak için uygulanabilecek yollar şu şekilde sıralanabilir:

- Hastayı ve hasta yakını HT ile ilgili bilgilendirmek (oluş nedenleri, klinik belirtileri ilerde oluşabilecek muhtemel komplikasyonlar) ve tedavinin önemini anlatmak
- İlaç dışı yöntemlerin en az ilaçlar kadar önemli olduğunu anlatıp, yaşam tarzı değişikliği önermek
- Hastanın yaşına, diğer hastalıklarına ve klinik durumuna göre için en uygun ilacı seçmek
- Kullanacağı ilacın muhtemel yan etkilerini açıklamak
- Mümkünse günde tek doz kullanabileceği bir ilaçla başlamak (basitten karmaşığa doğru)
- Hastayı yakından takip etmek, bu süreçte kararları birlikte almak
- Tedaviye uyumu engelleyen sorunları belirlemek
- Aile desteği ve sosyal destek sağlanması için, aile bireylerini de tedavi sürecinin içine katmak
- Tedaviye devam etmeyen hastalara ulaşmak ve tekrar tedavi için teşvik etmek

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem Büyüklüğü:

Çalışmanın evreni Hatay ilindeki Primer HT tanısı almış hastalardan oluştu. Randomize, kontrollü, müdahale araştırması (Interventional Studies) olarak planlanan çalışmamıza JNC 8 tanı kriterlerine göre Primer Hipertansiyon hastası olan, 40-65 yaş arası, evli ve tedavi planında antihipertansif tedavi kullanan erkek hastalar alındı. Mustafa Kemal Üniversitesi Aile hekimliği, Genel Dahiliye ve Kardiyoloji polikliniklerine 2017 yılı mart, nisan, mayıs aylarında başvuran, Primer hipertansiyon hastalığı tanısı almış, evli 40-65 yaş arası erkek hastalar arasından, dahil edilme ve hariç bırakılma açısından değerlendirildikten sonra, onamları alınan hastalar çalışmaya dahil edildi. Okuma yazma bilmeyen, akıl hastalığı ya da zayıflığı olan veya onam veremeyecek durumda olan kişiler çalışmaya dahil edilmedi.

Onamı alınan hastalar basit sistematik randomizasyon ile 1 hasta müdahale, 1 hasta kontrol grubu olacak şekilde iki gruba ayrıldı. Hedef sistolik KB farkı 5 mm Hg ve her iki grupta sistolik KB için standart sapma 10 mm Hg olacağı düşünülerek; $\alpha=0.05$ ve çalışmanın gücü %80 ($\beta=0.20$) olarak alındığında her bir grup için en az 49 kişi gerekmektedir. %15 Çalışma süresinde oluşabilecek (ayrılma, kontrole gelmeme, ilaç eklenmesi vs) nedenler düşünüldüğünde her bir grup için en az 59 kişi olması hedeflendi. Çalışmamızda müdahalenin etkinliğini sistolik kan basıncı değerlerindeki düşme ile belirlendi.

Ayrıca çalışmamız süresince ilaç tedavi değişikliğine gidilen hastalar, eşlerinden ayrılan veya eşi vefat eden hastalar çalışmamızdan çıkarıldı.

3.2. İzin

Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (09/02/2017-O1) Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Kardiyoloji Anabilim Dalı

ve Genel Dahiliye Bilim dalından gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Çalışmaya katılım için davet edilen hastalara çalışma hakkında sözel bilgi verilip yazılı onamları alındı.

3.3. Veri Toplama ve Uygulama

Gönüllülük esasına göre; çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onam alındıktan sonra; her hastaya ilk görüşme sırasında tarafımızdan hazırlanan 4 bölümde oluşan bir anket uygulandı. Birinci kısım, Sosyodemografik verilerini sorgulayan tarafımızdan hazırlanan 9 soru içeren anketi; ikinci kısım, yine mevcut literatür taramalarından elde ettiğimiz bilgiler dahilinde hastalıkları hakkındaki eşlerin tedavideki ve yaşam düzeyleri hakkındaki tutum, davranış ve desteklerini ve hastaların kendi diyetlerini beslenme tarzları, tuz kullanım alışkanlıklarını sorgulayan 8 soruluk anketi. Üçüncü kısım ise diyet, egzersiz, ilaç, sigara ve alkol kullanımı hakkındaki tutum, davranış ve bilgi düzeylerini sorgulayan 16 maddelik likert tarzı bir anketi. Ayrıca dördüncü kısım da ilaç uyum düzeylerini sorgulayan Morisky (Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği) uyum ölçeğinden oluşmaktaydı. Bu ölçek 2003'te Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve dokuz ifadeyi kapsamaktadır. Ölçeğin ilk 8 sorusu "Evet" ve "Hayır" olarak yanıtlanmakta; "Evet" 1, "Hayır" 0 olarak kodlanmaktadır. Dokuzuncu soruda her bir madde için 1. "hiç/nadiren", 2. "ara-sıra", 3. "bazen", 4. "genellikle", 5. "her zaman" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 1-13 arasında değişmektedir (76). Toplam 1-7 puan alanlar tedaviye uyumlu, 8 ve üzerinde puan alanlar uyumsuz olarak tanımlanmaktadır. Ölçek Demirezen tarafından 2006'da Türk toplumuna uyarlanmıştır (76).

Çalışmaya başlamadan önce uygulayacağımız anket okunabilirlik ve anlaşılabilirlik açısından pilot olarak Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hipertansiyon hastalığı olan ya da olmayan 27 kişiye uygulanmıştır. Anket soruları tekrardan düzenlenmiştir. Ardından çalışmaya başlanmıştır.

Tüm hastaların (hasta müdahale ve hasta kontrol gruplarındaki) tansiyonları başvuru anında ve her geldiğinde çalışma yardımcısı tarafından aynı tansiyon aleti kullanılarak ölçüldü. Ayrıca her hastanın ilk geldiğinde boy ve kiloları kaydedildi.

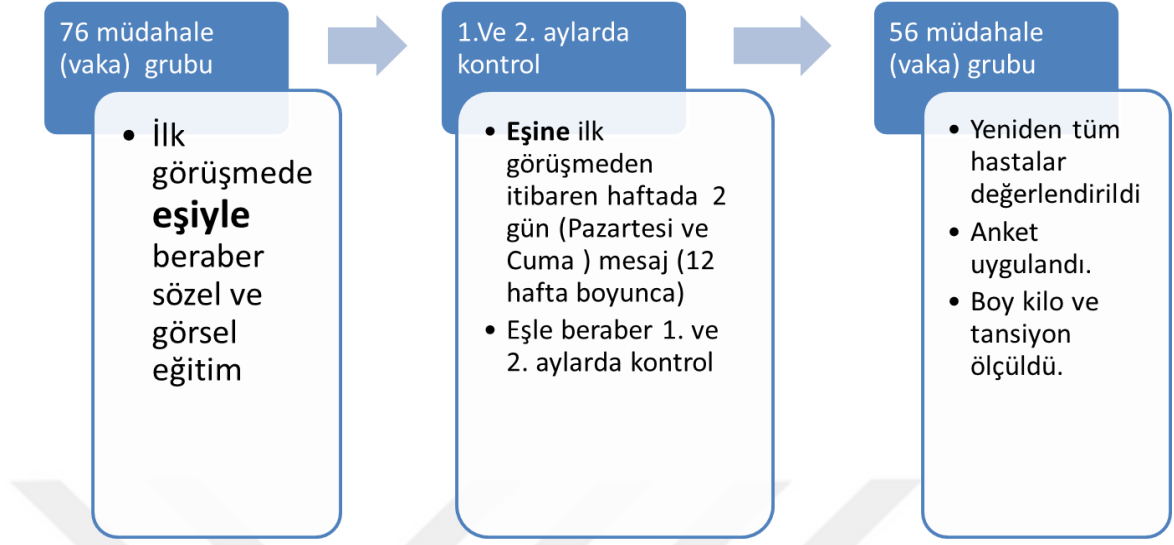
3.4. Kan basıncı ölçümü:

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yayınlanmış standartlar uyarınca yapıldı. Ölçümlere, hastalar poliklinik odasında en az 5 dakika istirahat ettikten sonra başlandı. Bu poliklinik odası bu hastalar için kullanıldı. Sakin ve sessiz bir odaydı. Eğitimler de aynı odada verildi. Ölçümler sırasında hastaların en az 30 dk öncesinde çay, kahve ve sigara içmemiş olmalarına dikkat edildi. Ölçümler için erişkin boy manşon kullanan 48 mm skala, çift hortum bağlantılı, dış bez 13 x 47 cm, iç lastik ölçü: 12 x 23 cm ölçülebilir kol çapı: 29-40 cm ölçüleri arasında olan Erka marka manşonlu tansiyon aleti kullanıldı. Her iki koldan ölçüm yapılarak, yüksek olan koldaki KB hastanın KB olarak kabul edildi. Bundan sonraki takiplerde aynı kol kullanıldı.

3.5. Eğitim

Tüm hastalara kılavuzlardan yararlanarak hazırlanmış olduğumuz hipertansiyon bilgilendirme kılavuzu yazılı olarak verildi. Ardından hastalıkları ile ilgili sözel ve görsel eğitim verildi. Eğitim tüm hastalara aynı kişi tarafından verildi. Hastalara hastalıkları ile ilgili beraber neler yapılacağı anlatıldı. Eğitimde ilaç tedavisinin önemi, düzenli ilaç kullanılması gerekliliği anlatıldı. Ayrıca ilaç tedavisi kadar önemli olan şeyin yaşam tarzı değişikliği olduğu söylendi. Yaşam tarzı değişikliğinde hastanın düzenli egzersiz yapması, sigarayı mutlaka bırakması gerektiği ve bu konuda yardımcı olunacağından bahsedildi. Tuz kısıtlanmasının mutlaka yapılması gerektiği, fast food tarzı beslenmeden uzak durulmasından bahsedildi. Beslenme konusunda örneklerle detaylı olarak anlatıldı. Sağlıklı beslenmek için neler yapması gerektiği söylendi. Kişiyeye özel bireysel eğitim yapıldı. Hastaların yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisine uymadıkları takdirde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar anlatıldı. Tansiyon hastalığının öneminden bahsedildi. Kişilerin kendi hekimleri tarafından yapılan tedavilerine hiçbir şekilde müdahale edilmedi.

3.6. Girişim



Şekil 3: Müdahale Grubu (vaka) Eş Eğitimi

Hasta müdahale grubundaki hastaların eşlerine de hastayla birlikte eğitim verildi. Ayrıca bu gruptaki eşlere hipertansiyon hastalığı ile ilgili olarak Pazartesi-Cuma günleri olmak üzere haftada iki (2) kez bilgilendirmek üzere kısa mesaj gönderildi. Mesajlar 12 hafta boyunca eşlere gönderildi. (Ek 3 de mesajlar bulunmaktadır) Tüm hastalar 1. ve 2. Ayın sonunda kontrollere çağırıldı. Kontrollerde hastaların tedaviye uyumu, hastalıkları ile ilgili akıllarına takılanlar cevaplandırıldı.

3. ayın sonunda tüm hastaların tansiyonları yine aynı kişi tarafından ölçüldü. Boy ve kiloları tekrar alınarak ve ilk uyguladığımız hastalık hakkında diyet, egzersiz, bilgi düzeylerini sorgulayan anket ve Morisky uyum anketi tekrar uygulandı.

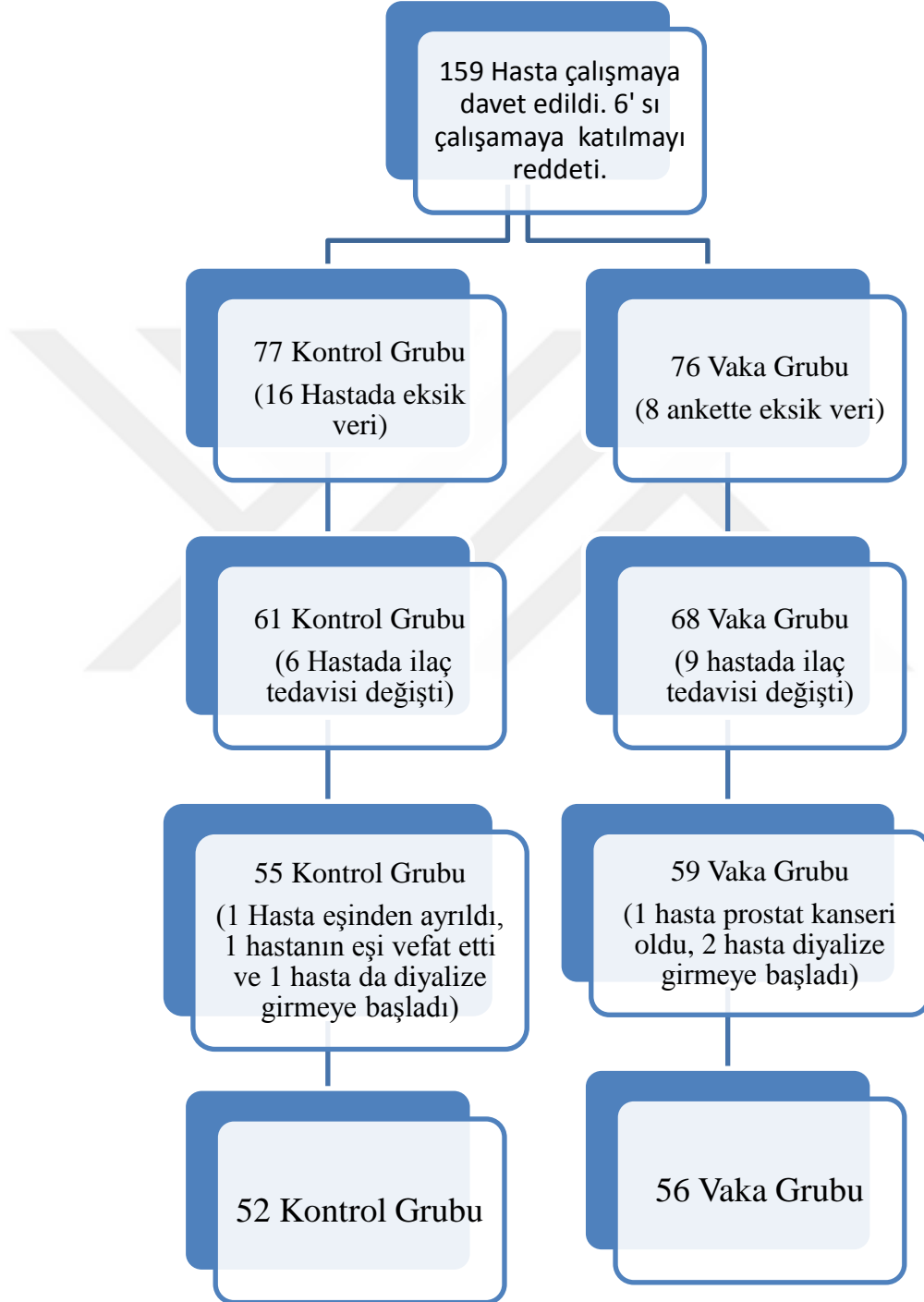
3.7. İstatistiksel Analiz

Doldurulan anket formları toplandı ve veriler SPSS 23.0 paket istatistik programına girildi. Elde edilen verilerin sıklık ve dağılımlarına bakıldı. Demografik veriler açısından her iki grup karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler normal dağılım yönünden Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi ilk olarak her grup için öncesinde ve sonrasında tekrarlayan değerler karşılaştırıldı. Grup içi; tekrarlayan ölçümler arasındaki ilişki Wilcoxon Signed Ranks Testi ile kategorik değişkenler arasındaki

ilişkiler ise McNemar ve Marginal Homogeneity testleri ile incelendi. Gruplar arası karşılaştırmalarda; kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile, sürekli değişkenler için Students's t ve/veya Mann-Whitney U testleri kullanıldı. Tüm istatistiksel veriler için $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.



4.BULGULAR



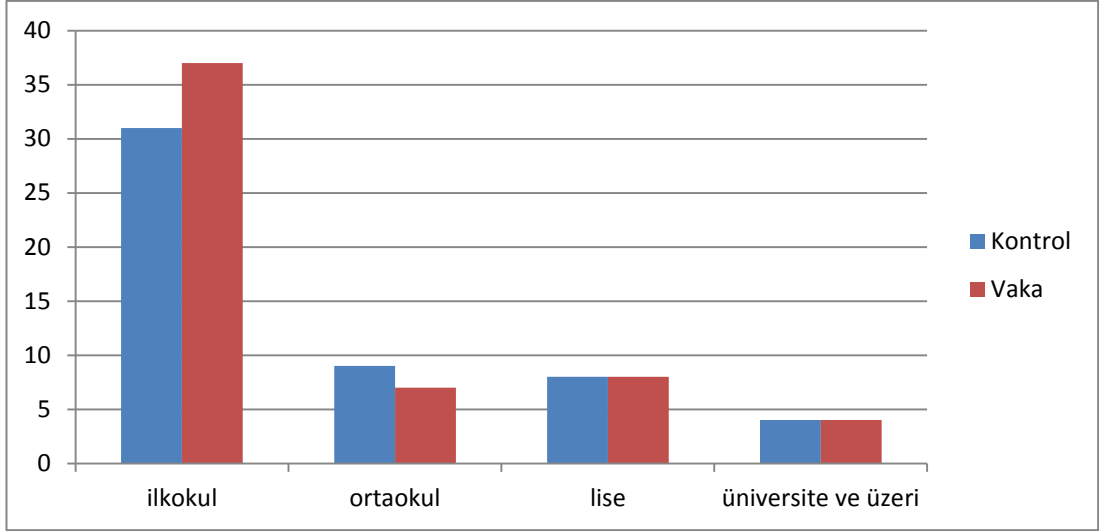
Şekil 4:Çalışmaya Alınan Hastaların 3 Aylık Takip Sürecindeki Akış Şeması

Çalışmaya 153 hasta katıldı. Bunlardan 77'si kontrol 76'sı vaka grubuydu. 6 hasta çalışmaya katılmak istemedi. Katılmak istememe nedenleri ise yeterli zamanlarının olmaması ve diğer bölümlerde de işlerinin olmasıydı. Anket değerlendirilmesi sırasında kontrol grubunda 16 ankette, vaka grubunda 8 ankette eksik veri olmasından; kontrol grubundan 6 vaka grubundan 9 kişinin ilaç tedavisi değiştiğinden çalışmadan çıkarıldı. Ayrıca kontrol grubundan 1 kişinin eşi vefat ettiğinden ve 1 kişi de eşinden ayrıldığından 1 kişi diyalize girmeye başladığından çalışmadan çıkarıldı. Vaka grubundan da ayrıca 1 kişide prostat kanseri ortaya çıktığından ve 2 kişi de diyalize girmeye başladığından çalışma dışı bırakıldı. Toplam üç ay sonunda 108 hasta (vaka 56, kontrol 52) değerlendirilmeye alındı.(Şekil 2)

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 55.09 ± 6.13 idi. En düşük yaş 42 ve en yüksek yaş ise 68 idi. Kontrol grubu yaş ortalaması 55 ± 6.74 ; vaka grubu yaş ortalaması 55.18 ± 5.57 idi. Kontrol grubu ile vaka grubu arasında yaşları benzer bulundu ($p=0.11$).

Hastalar eğitim seviyelerine göre bakıldığında kontrol grubunun 31'i (%59.6) ilkokul, 9'u (% 17.3) ortaokul, 8'i (%15.4) lise, 4'ü (%7.7) üniversite ve üzeri mezundu. Vaka grubunda ise 37'si (%66.1) ilkokul 7' si (12.5) ortaokul, 8'i (14.3) lise, 4' ü (%7.1) üniversite ve üzeri mezundu. Eğitim seviyelerine göre bakıldığında her iki grup birbirlerine benzerdi ($p=0.89$).(şekil 5)



Şekil 5: Kontrol ve Vaka Gruplarının Eğitim Durumu

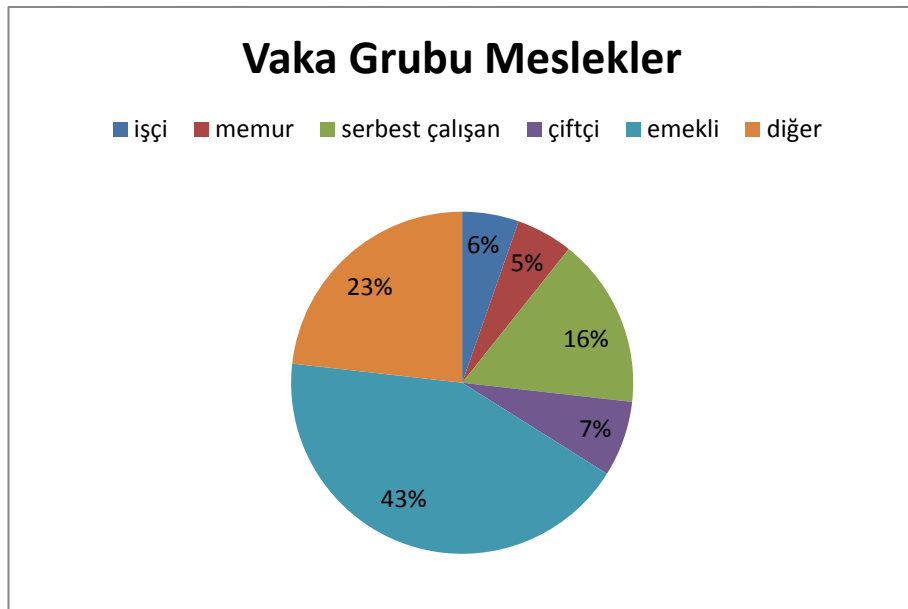
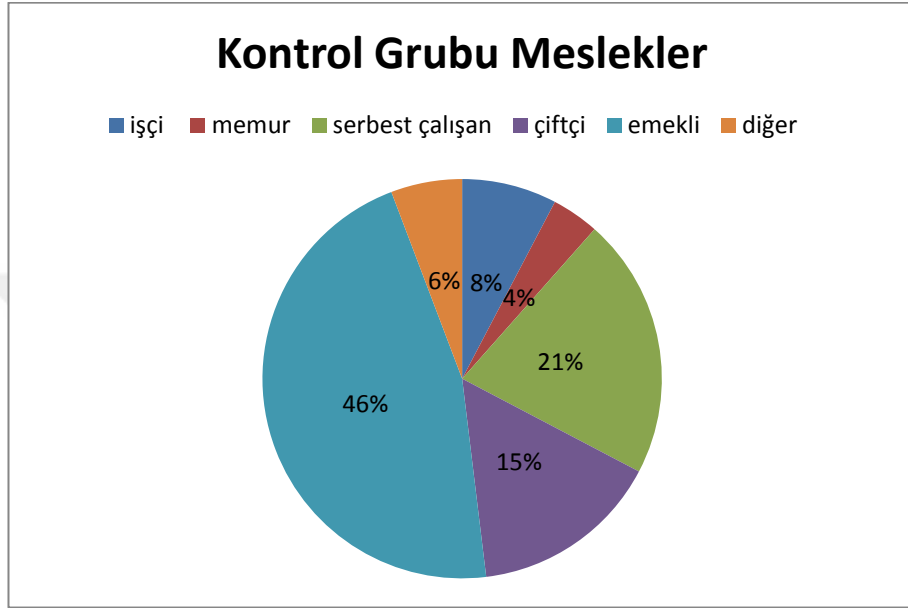
Hastaların gelir düzeyine bakıldığında kontrol grubunun 18'inin (%34.6) aylık geliri 1501-4600 TL arasında, 32'sinin (%61.5) 1501 TL altında ve 2'sinin (%3.8) 4600 TL üzerindedir. Vaka grubunda ise 14 (%25) hastanın aylık geliri 1501-4600 TL arasında, 40'ının (%71.4) 1501 TL altında ve 2'sinin (%3.6) 4600 TL üstündedir. Vaka grubu hastalarıyla kontrol grubu hastaları arasında gelir yönünden anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.54$). (tablo 7)

Tablo 7: Sosyodemografik Veriler

| | Gelir düzeyi | | | Oturduğu yer | |
|---------|----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| | 1500ve altı TL | 1501-4600 TL | 4601-9000 TL | Kentsel | Kırsal |
| KONTROL | 32 (%61.5) | 18 (%34.6) | 2 (%3.8) | 32 (%61.5) | 20 (%38.5) |
| VAKA | 40 (%71.4) | 14 (%25) | 2 (%3.6) | 37 (%66.1) | 19 (%33.9) |

Kontrol grubunun 23'ü (%44.2) çalışıyor, 29'u (%55.8) ise herhangi bir işte çalışmıyordu. Vaka grubunda ise 22'si (%39.3) çalışıyor, 34'ü (%60.7) çalışmıyordu. Hastaların çalışma durumları birbirine benzerdi ($p=0.60$).

Kontrol grubu hastalarının 4'ü (%7.7) işçi, 2'si (%3.8) memur, 11'i (%21.2) serbest çalışan, 8'i (%15.4) çiftçi, 24'ü (46.2) emekli, 3'ü (%5.8) diğer meslek gruplarındandı. Vaka grubunda ise 3'ü (%5.4) işçi, 3'ü (%5.4) memur, 9'u (%16.1) serbest çalışan, 4'ü (%7.1) çiftçi, 24'ü (%42.9) emekli ve 13'ü (%23.2) diğer meslek gruplarındandı. Her iki grup benzer meslek gruplarına sahipti ($p= 0.16$). (şekil 4)



Şekil 6: Grupların Meslek Dağılımları

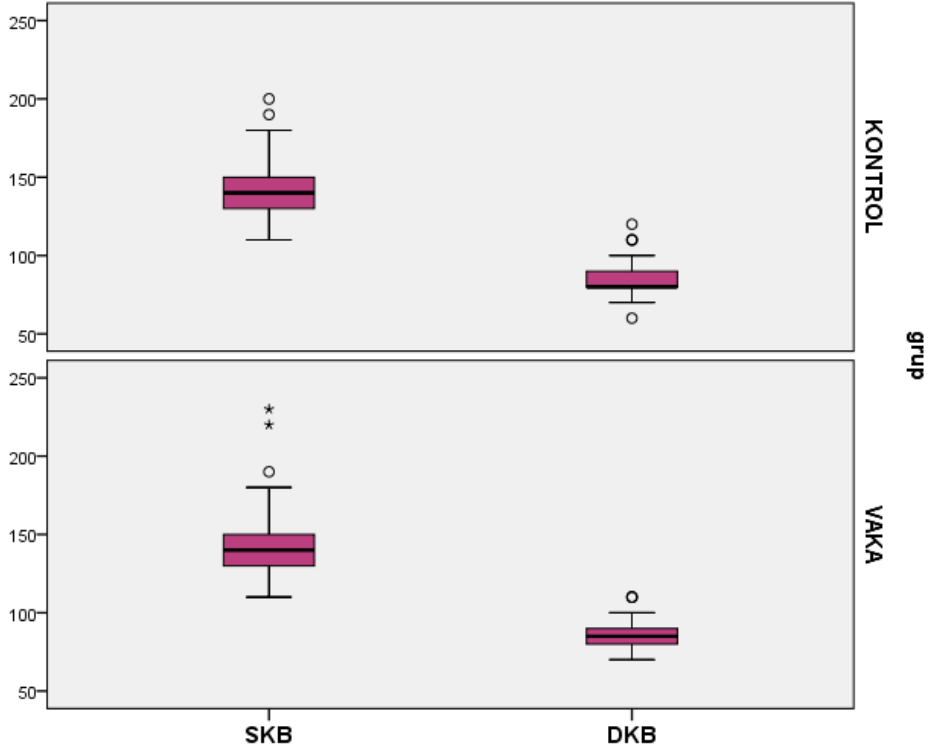
Kontrol grubu eşlerinin yaş ortalaması 50 ± 8.46 vaka grubunun eşlerinin yaş ortalaması 51.55 ± 6.81 idi. Her iki grup da eşlerin mesleklerine bakıldığında en fazla ev hanımları oluşturmaktaydı. Kontrol grubunun 36'sı (%69.2) vaka grubunun 49'u (%87) ev hanımı idi.

Kontrol grubundaki hastaların 28'inin (%53.8), vaka grubundakilerin ise 37'sinin (%66.1) evinde tansiyon aleti bulunmaktaydı. Kontrol grubundaki hastaların 26'sı (%50), vaka grubundakilerin ise 36'sı (%64.3) tansiyonlarını kendileri ölçüyordu.

Hastalara hipertansiyon hastalığının tedavi edilmediği takdirde yol açabileceği sağlık problemlerini bilip bilmedikleri sorulduğunda kontrol grubunun 36'sı (%69.2), vaka grubunun ise 40'ı (%71.4) biliyordu.

Hastalara yine daha önceden hipertansiyon hastalığı ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları sorulduğunda hastaların kontrol grubunda 11'i (%21.1), vaka grubunda ise 11'i (%19.6) daha önce eğitim almıştı. Her iki hasta grubu da benzer şekilde eğitim almıştı ($p=0.85$).

Her iki koldan ölçüm yapılarak, yüksek olan koldaki KB hastanın KB olarak kabul edildi. Kontrol grubundaki hastaların SKB ortancası 140 mmHg (110-200) ve DKB ortancası 80 mmHg (60-120); Vaka grubunun ise SKB ortancası 140 mmHg (110-230) ve DKB ortancası 85 mmHg (70-110) idi. (sistolik kan basıncı $p=0.75$)(diastolik kan basıncı $p= 0.60$). (şekil 5)

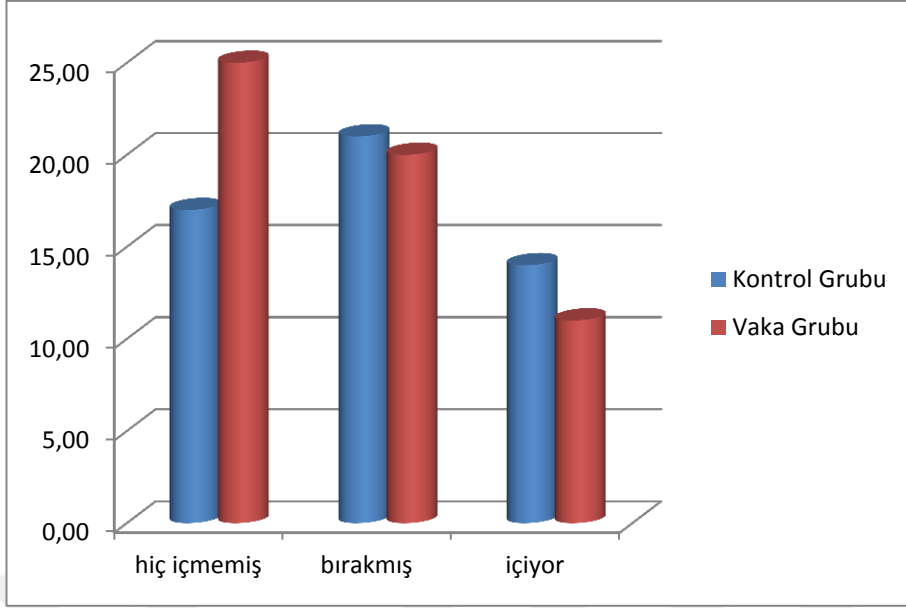


Şekil 7: Kontrol ve Vaka Gruplarının SKB ve DKB

Çalışmaya alınan tüm hastaların kiloları ve boyları ölçülerek vücut kitle indeksleri hesaplandı. Kontrol grubu vücut kitle indeksleri ortalaması 30.49 ± 5.74 (19.6-49.3), vaka grubununki ise 32.04 ± 5.43 (22.1-52.2) idi ($p=0.15$).

4.2. Yaşam Tarzı Değişikliği

Kontrol grubundaki 14 (%26.9) hasta aktif sigara içicisiydi, 17'si (%32.7) hiç sigara kullanmamıştı ve 21'i (%40.4) daha önceden sigara içip bırakmıştı. Vaka grubundaki hastaların ise 11'si (%19.7) aktif sigara içicisiydi, 25'i (%44.6) hiç sigara içmemişti ve 20'si (%35.7) ise daha önceden sigara içip bırakmıştı ($p=0.37$). (Şekil 6)



Şekil 8: Gruplar Arası Sigara İçme Durumu

Kontrol grubu hastalarının 12'si (%23.1) alkol kullanıyordu. Vaka grubunda ise 9 kişi (%16.1) alkol kullanmaktaydı. Her iki grupta da benzer alkol kullanımı bulunmaktaydı ($p=0.36$).

Kontrol grubundaki 21 hasta (% 40.4), vaka grubundaki ise 15 hasta (%26.8) düzenli egzersiz yapmaktaydı. Gruplar birbirine benzer özellikteydi ($p=0.13$).

Kontrol grubundaki hastaların 43'ü (%82.7), vaka grubundaki hastaların 49'u (%87.5) tansiyonlarını ölçtürmekteydi. Ne sıklıkta ölçtürdükleri sorulduğunda kontrol grubundaki hastaların 20'si (%38.5) sadece kendilerini kötü hissettiğinde, 11'i (%21.2) ayda bir, 10'u (%19.2) haftada bir, 4'ü (%7.7) her gün, 2'si (%3.8) ise günde 2-3 kez ölçüm yapmakta olduğunu belirtti. Vaka grubunun ise 20'si (%35.7) sadece kendilerini kötü hissettiğinde, 3'ü (%5.4) ayda bir, 14'ü (%25) haftada bir, 10'u (17.9) her gün, 3'ü (%5.4) ise günde 2-3 kez ölçüm yapmakta olduğunu belirtti.

Kontrol grubundaki hastaların 1'i (%1.9), vaka grubundaki hastaların ise 4'ü (%7.1) yemeğin tuzuna bakmadan yemeğe tuz attıklarını belirtti. İki grup birbirine benzerdi ($p=0.197$). Kontrol grubundaki hastaların 35'i (%67.3), vaka grubundakilerin de 35'i (%62.5) günlük 1 çay kaşığı veya daha az tuz kullanmaktaydı ($p=0.42$). Kontrol grubundaki hastaların 44'ü (%84.6), vaka grubundakilerin de 43'ü

(%76.8) hastalıklarını öğrendiklerinden sonra tuz kullanım miktarını azaltmıştı (p=0.30).

Kontrol grubunun 31'i (%59.6) köy ekmeği, 13'ü (%25) fırın ekmeği, 8'i (%15.4) kepekli ekmeği yemekteydi. Vaka grubundakilerin ise 18'i (%32.1) köy ekmeği, 24'ü (%42.9) fırın ekmeği, 11'i (%19.6) kepekli ekmeği ve 3'ü (%5.4) diğer ekmeği türlerini tüketmekteydi.

4.3. HT Farkındalık Bilgi Düzeyi

Tablo 8 : Hastaların HT Hakkındaki Farkındalıkları

(1:kesinlikle katılmıyorum 2:katılmıyorum 3:kararsızım 4:katılıyorum 5:kesinlikle katılıyorum)

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | P değeri |
|--|---------|------------|------------|-----------|------------|------------|----------|
| 1)Tansiyon ilaçlarının etkisiz olduklarını düşünüyorum | Kontrol | 26 (%50) | 10 (%19.2) | 6 (%11.5) | 7 (%13.5) | 3 (%5.8) | 0.72 |
| | Vaka | 23(%41.1) | 9 (%16.1) | 7 (%12.5) | 13 %23.2) | 4 (%7.1) | |
| 2)Doktorum hastalığım ile ilgili beni bilgilendiriyor | Kontrol | 17 (%32.7) | 5 (%9.6) | 7 (%13.5) | 18 (%34.6) | 5 (%9.6) | 0.65 |
| | Vaka | 21 (%37.5) | 8 (%14.3) | 5 (%8.9) | 14 (%25) | 8 (%14.3) | |
| 3)İlaçların yan etkisi beni korkutuyor | Kontrol | 21 (%40.4) | 9 (%17.3) | 8 (%15.4) | 7 (%13.5) | 7 (%13.5) | 0.60 |
| | Vaka | 18 (%32.1) | 11 (%19.6) | 5 (%8.9) | 11 (%19.6) | 11 (%19.6) | |
| 4)İlaçlarımı içmeyi unutuyorum | Kontrol | 22 (%42.3) | 4 (%7.7) | 8 (%15.4) | 12 (%23.1) | 5 (%9.6) | 0.54 |
| | Vaka | 23 (%41.1) | 7 (%12.5) | 4 (%7.1) | 13 (%23.2) | 9 (%16.1) | |
| 5)Tansiyonumun sürekli yüksek olmamasından dolayı ilaçları kullanmayı gereksiz görüyorum | Kontrol | 27 (%51.9) | 6 (%11.5) | 8 (%15.4) | 3 (%5.8) | 8 (%15.4) | 0.13 |
| | Vaka | 24 (%42.9) | 14 (%25) | 3 (%5.4) | 7 (%12.5) | 8 (%14.3) | |

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | P değeri |
|--|---------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------|
| 6)Kronik birçok hastalığım olduğundan çok ilaç içmekten sıkıldım | Kontrol | 22 (%42.3) | 8 (%15.4) | 3 (%5.8) | 7 (%13.5) | 11 (%21.2) | 0.45 |
| | Vaka | 19 (%33,9) | 5 (%8.9) | 6 (%10.7) | 13 (%23.2) | 13 (%23.2) | |
| 7)İlaçların bağımlılık yapabileceği endişem var | Kontrol | 23 (%44.2) | 13 (%25) | 6 (%11.5) | 4 (%7.7) | 6 (%11.5) | 0.44 |
| | Vaka | 21 (%37.5) | 11 (%19.6) | 5 (%8.9) | 11 (%19.6) | 8 (%14.3) | |
| 8)Bitkisel yöntemlerle tansiyonum yükseldiğinde düşürüyorum | Kontrol | 18 (%34.6) | 8 (%15.4) | 7 (%13.5) | 10 (%19.2) | 9 (%17.3) | 0.92 |
| | Vaka | 18 (%32.1) | 8 (%14.3) | 6 (%10.7) | 15 (%26.8) | 9 (%16.1) | |
| 9)İlaçlarımı hergün almalıyım | Kontrol | 2 (%3.8) | 1 (%1.9) | 4 (%7.7) | 13 (%25) | 32 (%61.5) | 0.79 |
| | Vaka | 4 (%7.1) | 1 (%1.8) | 5 (%8.9) | 18 (%32.1) | 28 (%50) | |
| 10)Egzersiziz hipertansiyona faydalı olduğunu düşünüyorum | Kontrol | 1 (%1.9) | 4 (7.7%) | 10 (%19.2) | 15 (%28.8) | 22 (%42.3) | 0.49 |
| | Vaka | 3 (%5.4) | 5 (%8.9) | 14 (%25) | 19 (%33.9) | 15 (%26.8) | |
| 11)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra egzersize başladım | Kontrol | 16 (%30.8) | 11 (%21.2) | 7 (%13.5) | 13 (%25) | 5 (%9.6) | 0.34 |
| | Vaka | 22 (%39.3) | 17 (%30.4) | 7 (%12.5) | 8 (%14.3) | 2 (%3.6) | |
| 12)Hipertansiyon hastalığının ciddi bir hastalık olduğunu düşünüyorum | Kontrol | 0 (%0.0) | 0 (%0.0) | 7 (%13.5) | 17 (%32.7) | 28 (%53.8) | 0.06 |
| | Vaka | 2 (%3.6) | 4 (%7.1) | 2 (%3.6) | 20 (%35.7) | 28 (%50) | |
| 13)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra alkol içme miktarımda değişiklik oldu | Kontrol | 3 (%5.8) | 0 (%0.0) | 5 (%9.6) | 7 (%13.5) | 4 (%7.7) | 0.01 |
| | Vaka | 7 (%12.5) | 2 (%3.6) | 0 (%0.0) | 1 (%1.8) | 3 (%5.4) | |
| 14)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra diyet yapmaya başladım | Kontrol | 9 (%17.3) | 3 (%5.8) | 11 (%21.2) | 22 (%42.3) | 7 (%13.5) | 0.41 |
| | Vaka | 16 (%28.6) | 6 (%10.7) | 7 (%12.5) | 19 (%33.9) | 8 (%14.3) | |
| 15)Hastalığımı öğrendikten sonra sigara içmeyi azalttım | Kontrol | 8 (%15.4) | 2 (%3.8) | 4 (%7.7) | 4 (%7.7) | 3 (%5.8) | 0.38 |
| | Vaka | 7 (%12.5) | 3 (%5.4) | 0 (%0.0) | 4 (%7.1) | 4 (%7.1) | |
| 16)Kendimi iyi hissettiğimde ilaçlarımı kullanmayı bırakıyorum | Kontrol | 34 (%65.4) | 4 (%7.7) | 3 (%5.8) | 5 (%9.6) | 6 (%11.5) | 0.16 |
| | Vaka | 24 (%42.9) | 4 (%7.1) | 4 (%7.1) | 12 (%21.4) | 12 (%21.4) | |

4.4. Eşlerin Davranışları ve Tutumları

Kontrol grubundaki hastalara eşlerinin desteği sorgulandığında 5'i (%9.6) mükemmel, 10'u (%19.2) çok iyi, 17'si (%32.7) iyi, 7'si (%13.5) orta, 4'ü (%7.7) biraz destek gördüğünü, 9'u (%17.3) ise hiç destek görmediğini ifade etti.

Vaka grubundaki hastalara eşlerinin desteği sorgulandığında ise 8'i (%14.3) mükemmel, 19'u (%33.9) çok iyi, 12'si (%21.4) iyi, 4'ü (%7.1) orta, 3'ü (%5.4) biraz destek gördüğünü, 10'u (%17.9) ise hiç destek görmediğini belirtti. Gruplar birbirine benzerdi (p=0.39).

Eşlerin hangi konularda destek olduğuyula ilgili detaylar tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Eşlerin Destek Oldukları Konular ve Grupların Birbiri ile Karşılaştırılması
1:Hiç 2:Az 3:Orta 4:İyi 5:Çok iyi

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | P değeri |
|---|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|----------|
| Egzersiz yapmaya teşvik | Kontrol | 17 (%32.7) | 5 (%9.6) | 6 (%11.5) | 16 (%30.8) | 8 (%15.4) | 0.814 |
| | Vaka | 13 (%23,2) | 7 (%12,5) | 9 (%16,1) | 17 (%30,4) | 10 (%17.9) | |
| Diyet yapmaya teşvik | Kontrol | 13 (%25) | 6 (%11.5) | 5 (%9.6) | 17 (%32.7) | 11 (%21.2) | 0.68 |
| | Vaka | 12 (%21.4) | 4 (%7.1) | 9 (%16.1) | 22 (%39.3) | 9 (%16.1) | |
| İlaçları düzenli kullanmayı sağlamak | Kontrol | 14 (%26.9) | 2 (%3.8) | 5 (%9.6) | 20 (%38.5) | 11 (%21.2) | 0.77 |
| | Vaka | 10 (%17.9) | 1 (%1.8) | 7 (%12.5) | 23 (%41.1) | 14 (%25) | |
| Tuzu azaltmaya yönelik teşvik | Kontrol | 13 (%25) | 2 (%3.8) | 4 (%7.7) | 19 (%36.5) | 14 (%26.9) | 0.57 |
| | Vaka | 13 (%23.2) | 4 (%7.1) | 9 (%16.1) | 15 (%26.8) | 15 (%26.8) | |
| Düzenli doktor kontrollerine gitmeye teşvik | Kontrol | 10 (%19.2) | 2 (%3.6) | 9 (%16.1) | 25 (%44.6) | 10 (%17.9) | 0.63 |
| | Vaka | 10 (%17.9) | 2 (%3.6) | 9 (%16.1) | 25 (%44.6) | 10 (%17.9) | |

Kontrol grubundakilerin eşlerinin 33'ü (%63.5), vaka grubundakilerin eşlerinin ise 38'i (%67.9) yemek pişirirken tuz atmaktaydı (p=0.63).

4.5. İlaç Uyumu

Uygulanan Morisky Uyum Ölçeği'ne göre eğitim öncesi puan ortancaları vaka grubunda 5 (2-11), kontrol grubunun ise 5 (2-12) idi (p=0.12). Eğitim sonrası ise vaka ve kontrol grubu ortancaları sırayla 3(1-6) ,4 (2-9) olarak bulundu.

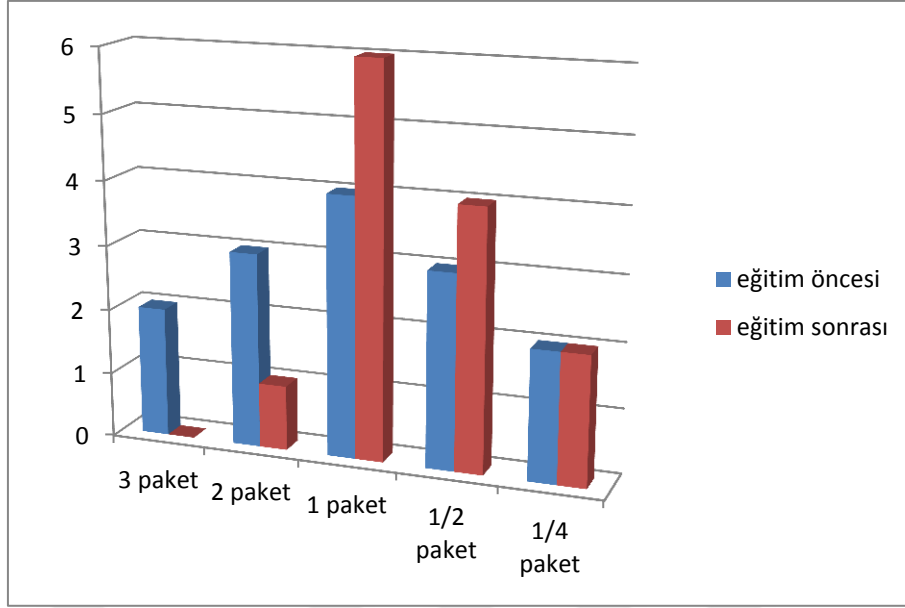
Eğitim öncesi kontrol grubundan 46 kişi (%88.5) tedaviye uyum gösterirken, 6 kişi (%11.5) ilaç tedavisine uyumsuzdu. Eğitim sonrasında ise kontrol grubundaki tedaviye uyumsuz olan 6 kişiden 2'si daha tedaviye uyumlu hale geldi.

Eğitim öncesi vaka grubundan 43 kişi (%76.8) tedaviye uyum gösterirken, 13 kişi (%23.2) ilaç tedavisine uyumsuzdu. Eğitim sonrasında ise vaka grubundaki bütün hastalar tedaviye uyumlu hale geldi (p=0.03).

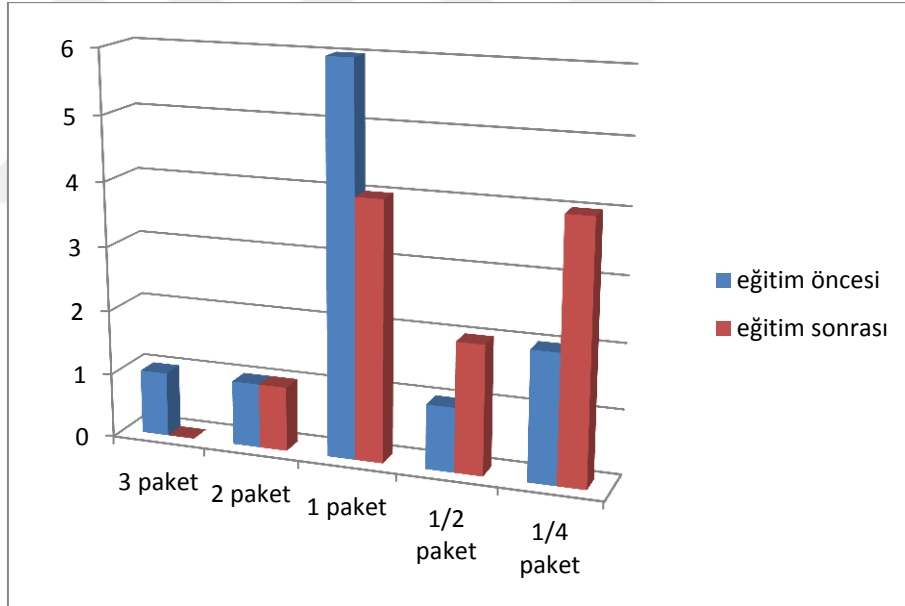
4.6. Eğitim Programı Sonrası HT İzlemi ve Yaşam Tarzı Değişikliği

Eğitim programı sonrası kontrol grubunun 9'u (%17.3), vaka grubunun ise 4'ü(%7.1) alkol kullanmaya devam etmekteydi. Eğitim programı sonrası kontrol grubundaki 3 hasta vaka grubunda ise 4 hasta alkol kullanmayı tamamen bırakmıştı. Eğitim programı sonrasında her iki grupta da alkol kullanım miktarlarında azalma eğilimi olduğu gözlemlendi.

Eğitim programı sonrası kontrol grubunun 13'ü (%25), vaka grubunun ise 11'i (%19.6) sigara kullanmaya devam etmekteydi. Eğitim programı sonrası kontrol grubunda 1 hasta sigarayı tamamen bıraktı. Her iki grupta da günlük sigara sayılarında azalma olduğu gözlemlendi. (şekil 6, 7)



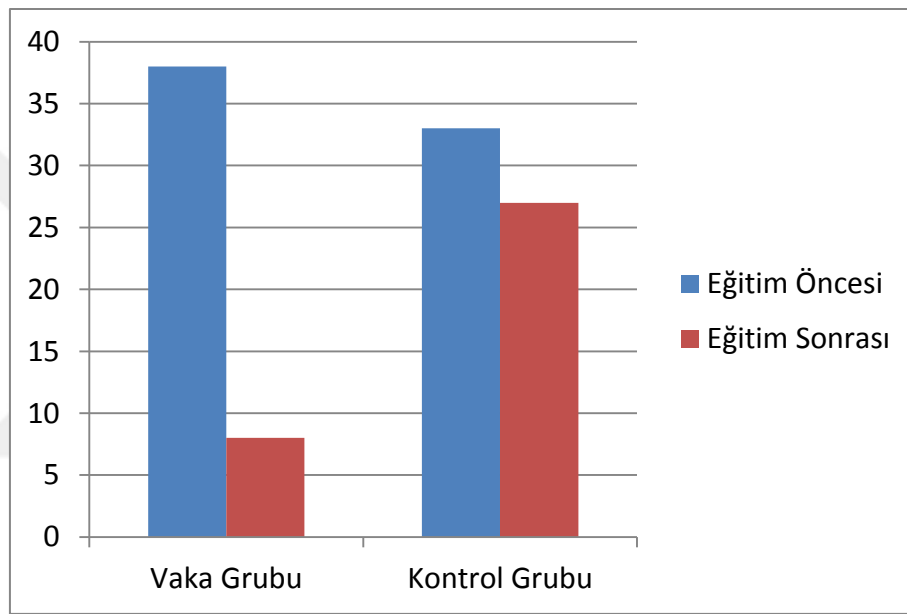
Şekil 9: Kontrol Grubu Eğitim Öncesi ve Sonrası Sigara Kullanım Miktarları



Şekil 10: Vaka Grubu Eğitim Öncesi ve Sonrası Sigara Kullanım Miktarları

Eğitim programı öncesinde kontrol grubunun 21'i (%40.4) düzenli egzersiz yaparken, eğitim sonrasında bu sayı 32'ye (%61.5) yükseldi ($p=0.007$). Eğitim programı öncesinde vaka grubunun 15'i (%26.8) düzenli egzersiz yaparken, eğitim sonrasında bu sayı 41'e (%73.2) yükseldi ($p<0.001$).

Eğitim programı öncesinde kontrol grubundakilerin 33 tanesinin eği (%63.5) yemeği piğirirken tuz atıyorken, eğitim sonrasında bu sayı 27'ye (%51.9) gerilemiğti ($p=0.03$). Eğitim programı öncesinde vaka grubundakilerin 38 tanesinin eği (%67.9) yemeği piğirirken tuz atıyorken, eğitim sonrasında bu sayı 8'e (%14.3) gerilemiğti ($p<0.001$). Eğlerin yemek piğirirken tuz atma oranları eğitim öncesi ve sonrası karđılađtırıldıđında her iki grupta da tuz atma oranlarında anlamlı derecede azalma tesbit edildi.(Şekil 9)



Şekil 11:Eğlerin Yemek Piğirirken Tuz Atma Oranları

Eğitim programı öncesinde kontrol grubundan 1 hasta (%1.9) yemeğin tuzuna bakmadan yemeğe tuz atarken, eğitim sonrasında aynı kiği alığkanlığına devam etmiğti. Vaka grubunda ise eğitim öncesi 4 kiği (%7.1) yemeğin tuzuna bakmadan yemeğe tuz atarken, eğitim sonrasında ise bu 4 kiği de tuzuna bakmadan yemeğe tuz atmayı bıraktı.

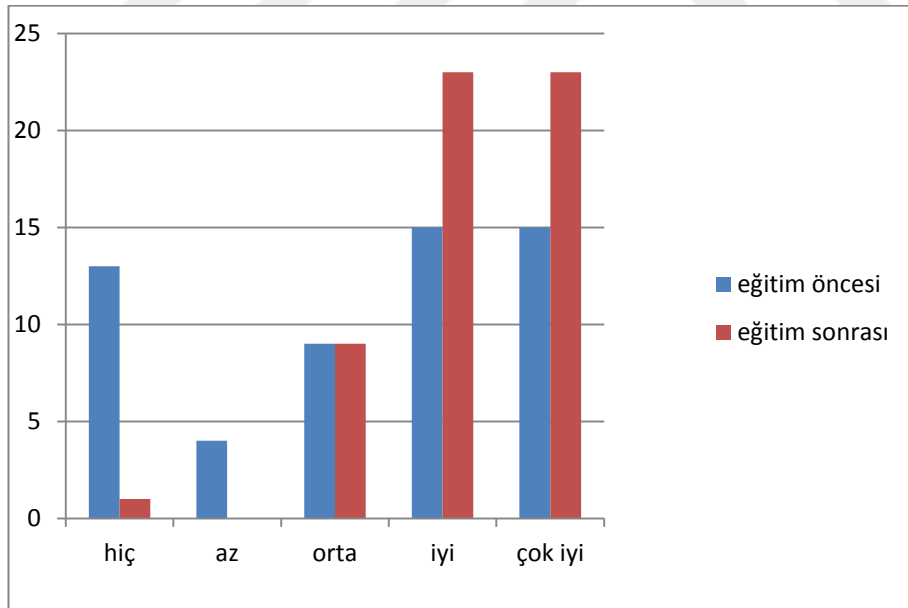
Eğitim programı öncesi kontrol grubundaki hastaların SKB ortancası 140 mmHg (110-200) ve DKB ortancası 80 mmHg (60-120) idi. Eğitim programı sonrasında ise kontrol grubunun SKB ortancası 130 mmHg (110-160), DKB ortancası 80 mmHg (60-100) olarak bulundu. (SKB $p<0.001$, DKB $p=0.005$)

Eğitim programı öncesi vaka grubunun SKB ortancası 140 mmHg (110-230) ve DKB ortancası 85 mmHg (70-110) idi. Eğitim programı sonrasında ise vaka grubunun SKB ortancası 130 mmHg (110-150), DKB ortancası 80 mmHg (60-110) olarak bulundu. (SKB $p<0.001$, DKB $p=0.001$).

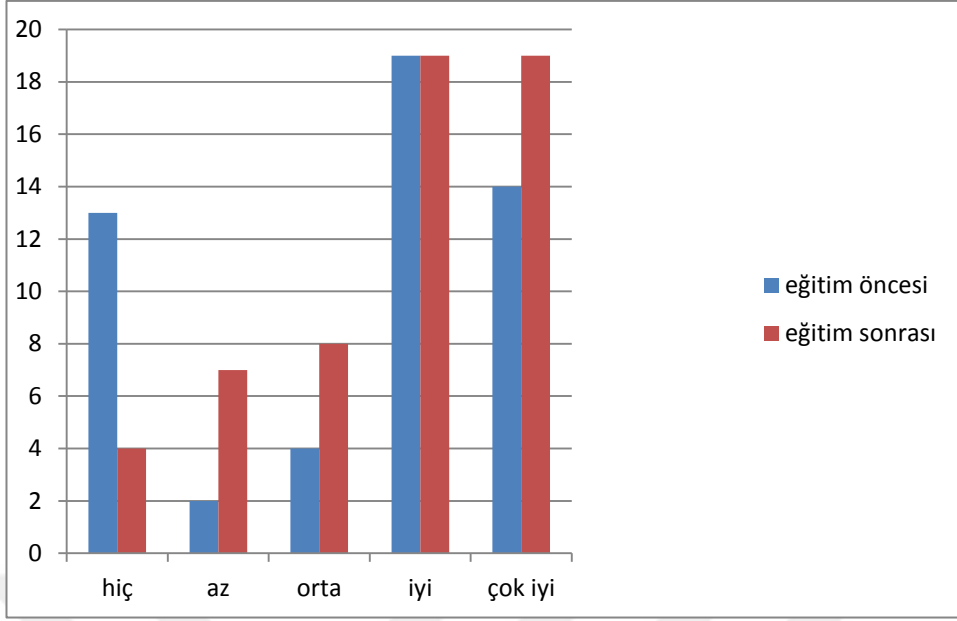
Eğitim programı öncesi kontrol grubu VKİ ortalaması 30.49 ± 5.74 (19.6-49.3), vaka grubundaki ise 32.04 ± 5.43 (22.1-52.2) idi ($p=0.15$). Eğitim programı sonrasında kontrol grubu VKİ ortalaması 29.8 ± 5.44 (19.0-48.9), ($p<0.001$) vaka grubundaki ise 30.78 ± 5.31 (21.0-52.0) bulundu. ($p<0.001$).

Eđ desteği açısından eğitim sonrasında iki grup arasında anlamlı bir farklılık ortaya ıktı. Kontrol grubunda eğitim öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark yokken, vaka grubunda eğitim sonrası eđ desteği, eğitim öncesine oranla anlamlı bir düzeye arttığı gözlendi ($p<0.001$)

Vaka grubunda eğlerin tuzu azaltmaya yönelik teğvikinde eğitim öncesine nazaran eğitim sonrasında anlamlı bir artış bulundu ($p<0.001$) (Şekil 10- 11).



Şekil 12: Vaka Grubunda Eğlerin Tuzu Azaltmaya Yönelik Teğvikleri



Şekil 13: Kontrol Grubunda Eşlerin Tuzu Azaltmaya Yönelik Teşvikleri

Günlük tuz kullanımında her iki grupta da eğitim öncesi ve sonrası arasında anlamlı derecede bir azalma gözlemlendi (kontrol $p=0.21$, vaka $p<0.00$).

Eğitim sonrasında vaka grubunda diyeteye uyum oranları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha iyiydi ($p=0.01$). Yine eğitim sonrasında vaka grubundaki hastaların, ilaçların bağımlılık yapabileceğine dair endişeleri anlamlı derecede azalmıştı ($p=0.023$).

Eğitim sonrası vaka grubu KB si normal olsa da ilaç kullanmayı kontrol grubuna göre daha fazla gerekli görmekteydi ($p= 0.03$) . Her iki grupta da eğitim sonrası hastaların bu fikri istatistiksel olarak anlamlı değişti (kontrol grubu $p= 0.02$) (vaka grubu $p< 0.001$).

Eğitim sonrası kontrol grubu daha fazla ilaçlarını içmeyi unutuyordu ($p= 0.04$). Eğitim öncesi ve sonrası kıyaslandığında her iki grupta eğitim sonrası ilaç içmeyi daha az unutmaya başlamıştı (kontrol grubu $p= 0.01$),(vaka grubu $p= 0.02$).

Kontrol grubundaki hastalarda eğitim sonrası ilaçların yan etkisinden korkmaları değişmezken ($p= 0.29$), vaka grubunda eğitim sonrası bu korkuları belirgin azaldı ($p<0.001$).

Her iki grupta da ilaçların bağımlılık yapabileceği endişesi, derecede azaldı (kontrol grubu $p= 0.001$) , (vaka grubu $p= 0.02$).

Eğitim sonrası her iki grup da egzersizin tansiyon hastalığına faydalı olduğunu düşünüyordu (kontrol grubu $p= 0.04$) , (vaka grubu $p<0.00$).



5. TARTIŞMA

HT, Türkiye’de son derece sık görülen ancak yeterince tedavi edilmeyen bir halk sağlık sorunudur. Hipertansiyon kontrol oranı, tüm hipertansiflerde 2003 verilerine göre (Patent) %8 iken, 2007 verilerine göre (HINT) %14’tur; antihipertansif tedavi alanlarda 2003 verilerine göre (Patent) %20’dir. 2011 yılında ulusal düzeyde yapılan CREDIT çalışmasına göre ise 18 yaş ve üstü nüfusta HT prevalansı %32.7 bulunmuştur (77). Çalışmamız polikliniğe başvuran ve HT tanısı almış hastalar üzerinde yapıldığından dolayı hastalık prevalansı ve farkındalık durumlarının oranı değerlendirilememiştir. Her ne kadar Patent2 çalışmasında Hatay ili yer almamış olsa da Hatay’ın bulunduğu Akdeniz bölgesinde HT prevalansı bu çalışmada %28.9 bulunmuştur. Burdan da anlaşılacağı üzere HT, ilimizde önemli bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

Çalışmamızın temel amacı hipertansiyon tedavisine uyum ve uyumu artırmaya yönelik olarak hastaların kendilerine ve eşlerine verilen eğitimin ilaç uyumu, yaşam tarzı ve KB değerleri üzerine etkilerini belirlemektir. Bu nedenle kontrol grubundaki hastalara, vaka grubunda ise hem hastalara hem de eşlerine ilk muayene sırasında ve sonraki kontrollerinde HT tedavisi, komplikasyonları, yaşam tarzı değişikliği ile ilgili bilgilendirme sunumu yapıldı. Vaka grubundaki hastaların eşlerine ek olarak HT ile ilgili haftada 2 kez kısa mesajla bilgi ve öneriler gönderildi. 3 aylık takip sonunda klinik parametreler, hastaların tedaviye uyumu, yaşam tarzı değişiklikleri değerlendirildi.

Çalışmaya sadece erkek hastalar dahil edildiği için kadın hastalar hakkında herhangi bir veri elde edilemedi. Ülkemizde yapılan büyük çalışmalarda da HT prevalansı erkeklerde kadınlardan daha düşük bulunmuştur (23,68,72). Literatürde HT prevalansını erkeklerde ve kadınlarda daha yüksek saptayan çalışmalar bulunmakla birlikte tüm çalışmalar değerlendirildiğinde cinsiyet bakımından anlamlı bir fark yoktur (erkeklerde %26.1 ve kadınlarda %26.5) (3,34,72,78–81).

Hastalar eğitim seviyelerine göre bakıldığında kontrol grubunun %76.9'unun, vaka grubunun ise % 78.6'sının ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Yine kontrol grubunun %61.5'inin, vaka grubunun ise % 71.4'ünün aylık gelirinin asgari ücret olan 1500 TL ve altında olduğu bulunmuştur. İstanbul'da yapılan bir çalışmada KB kontrolü sağlanmış ve sağlanamamış hastaların gelir ve eğitim düzeyleri karşılaştırılmış, KB kontrol altında olmayanların eğitim düzeylerinin genellikle ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu, KB kontrol altında olanların ise ortaokul ve lise mezunu olduğu saptanmıştır (74). Yine aynı çalışmada gelir düzeyi yüksek olan grupta KB kontrolü düzeyinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yapılan birçok çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerin ilaç tedavisine uyumunun daha az olduğu gösterilmiştir (82-84).

Aile hekimliği polikliniğimize başvuran hastaların düşük sosyokültürel düzeye sahip olması nedeniyle HT ile ilgili farkındalığı artırmak ve KB kontrolü sağlamak için üzerimize daha fazla görev düştüğü söylenebilir. Kontrol muayenelerinin süreleri ayarlanırken ve HT ile ilgili bilgilendirme yapılırken hastaların sosyoekonomik ve kültürel düzeyleri mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

Çalışmamızdaki önemli bulgulardan biri, her iki grubun da yaklaşık %30'unun HT tedavi edilmediği takdirde yol açabileceği sağlık problemlerini bilmemeleri ve yine her iki gruptaki hastaların sadece %20'sinin HT ile ilgili eğitim almış olmalarıdır. Aypak ve ark. yaptığı çalışmada ise HT hastalarının %15'inin kontroller sırasında egzersiz ve diyet açısından hekim tarafından bilgilendirilmedikleri ortaya konmuştur (85). HT hastalarının %50'sinden fazlasında düzenli poliklinik kontrolleri ve kan basıncı kontrolü sağlanamamaktadır. Yine bu hastaların yarısından fazlası, ilk kez başlanan ilaçlarını ilk yıl içerisinde bırakmaktadır. Hastalık, tedavi ve muhtemel komplikasyonlarla ilgili bilgi eksikliği tedaviye uyumu etkilemektedir (86,87). Bu nedenle hastaların hastalıklarıyla ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması önemlidir (23,74) Bunu sağlamak için muayene odalarına HT ile ilgili bilgilendirme afişleri asılmalı, masa üzerine bilgilendirici broşürler konmalıdır. HT'nin sinsi bir başlangıç göstermesi ve uzun süre asemptomatik seyretmesi sonucunda yaşanan tanı güçlüğüne aşabilmek için farklı bir şikayetle bile muayene gelse mümkünse her hastanın KB'si ölçülmelidir.

Türkiye'deki sigara içme oranı %23.7 olup, Avrupa ortalamasının üstündedir (88). Çalışmamızdaki kontrol grubundaki hastaların %29'u, vaka grubundaki hastaların ise %20'si aktif olarak sigara içmekteydi. Eğitim programı sonrasında ise hem vaka hem de kontrol grubunda günlük içilen sigara sayılarında azalma olduğu tesbit edildi. Eğitim programı sonrası kontrol grubunda 1 hasta sigarayı tamamen bıraktı.

Sigaranın tek başına, muhtemelen santral düzeyde ve sinir uçlarında sempatik sistemin uyarılmasına bağlı plazma katekolamin düzeyini artırarak KB'yi yükselttiği bilinmektedir (89). Ancak bir kaç epidemiyolojik çalışmada, sigara içenler arasında KB düzeylerinin içmeyenlerle aynı veya onlardan daha düşük olduğu gösterilmiştir (90). Bununla birlikte ambulatuvar KB'nin izlendiği çalışmalarda ise hem normotansif sigara içicilerinde, hem de tedavi almayan hipertansif hastalarda, sigara içmeyenlere nazaran daha yüksek günlük KB değerleri gösterilmiştir (91,92).

Uygulanan eğitim sonrasında, kontrol grubunda ise 2 hasta sigarayı tamamen bırakmıştı. KB kontrolünde sigaranın bırakılması önerilebilecek en etkili yaşam tarzı değişikliklerinden biridir.

Kontrol grubunun %23.1'i, vaka grubunun ise %16.1'i alkol kullanıyordu. Eğitim programı sonrası kontrol grubundaki 3 hasta vaka grubunda ise 4 hasta alkol kullanmayı tamamen bırakmıştı. Eğitim programı sonrasında her iki grupta da günlük tüketilen alkol miktarlarında azalma olduğu gözlemlendi. Çalışmamızda her iki grupta da 3 aylık süreç boyunca alkol alım miktarını arttıran hasta olmaması da hasta eğitiminin önemini vurgulamaktadır. Kırklareli'nde yapılan bir uyum çalışmasında HT hastalarından alkol kullananların %79'u alkolü, sigara kullananların ise %76'sı sigarayı azaltmıştır (63).

Eğitim programı öncesinde kontrol grubunun 21'i (%40.4) düzenli egzersiz yaparken, eğitim sonrasında bu sayı 32'ye (%61.5) yükseldi ($p=0.007$). Eğitim programı öncesinde vaka grubunun 15'i (%26.8) düzenli egzersiz yaparken, eğitim sonrasında bu sayı 41'e (%73.2) yükseldi ($p<0.001$). Anlamlı fark, vaka grubunda daha belirgindi. Yakın tarihli bir metaanalizinde, dinamik aerobik dayanıklılık

egzersizinin istirahat halindeki SKB'i 3 mmHg, DKB'yi 2.4 mmHg ve gündüz ambulatuvar KB'nı sırasıyla 3.3/3.5 mmHg azalttığı gösterilmiştir (93).

Fiziksel egzersiz, kardiyovasküler riskin ve KB'nın azaltılmasında önemli yaşam tarzı değişikliklerinden biridir (4). Genel olarak bisiklet sürme, yürüyüş, koşu, ve yüzme gibi dinamik ve aerobik egzersizlerin KB kontrolünde etkili olduğu bilinmektedir. Buna karşın halter veya vücut geliştirme gibi, izometrik egzersizler ise aksin KB'yi arttırabileceği için önerilmez. Bizim çalışmamızda ise 3 aylık eğitim sonrasında vaka grubundaki düzenli egzersiz yapan hasta sayısının yaklaşık 3 katına çıkması, hasta ve eşlerinin hastalıkla ilgili eğitiminin, hastanın yaşam tarzını olumlu yönde nasıl etkilediğini göstermesi açısından çarpıcı bir örnektir.

Çalışmamızda günlük tuz tüketiminde her iki grupta da eğitim sonrası, eğitim öncesine kıyasla anlamlı derecede bir azalma gözlemlendi (kontrol p=0.21 vaka p<0.001). Eğitim programı öncesinde kontrol grubundan 1 hasta yemeğin tuzuna bakmadan yemeğe tuz atarken, eğitim sonrasında aynı kişi alışkanlığına devam etmişti. Vaka grubunda ise eğitim öncesi 4 kişi yemeğin tuzuna bakmadan yemeğe tuz atarken, eğitim sonrasında ise bu 4 kişi de tuzuna bakmadan yemeğe tuz atmayı bıraktı. Yine kişiler HT tanısı aldıktan sonra kontrol grubundaki hastaların %84.6'sı, vaka grubundakilerin ise %76.8'i tuz kullanım miktarını azalttığını ifade etti. Eşlerin yemek pişirirken tuz atma oranları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında her iki grupta da tuz atma oranlarında anlamlı derecede azalma tesbit edildi.

Çanakkale'de 2014 yılında 86 HT hastanın diyetinde 1gr/gün tuz azaltılıp 3 aylık takip sonunda SKB'de 6 mmHg, DKB'de ise 4 mm Hg düşüş olduğu gösterilmiştir (94). İzmir'de yapılan yapılan bir çalışmada bireylerin genel olarak besinlerin tuz değeri hakkındaki bilgileri ile bu besinleri tüketme davranışları arasındaki uyum düşük gözlenmekle birlikte HT'li hastaların uyumunun HT'si olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (95).

Yapılan bilimsel çalışmalarda ülkemizde tuz tüketiminin Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği değerin yaklaşık üç katı kadar olduğu gösterilmiştir (96).

Avrupa'nın en çok tuz tüketen ülkesi olduğumuz için Sağlık Bakanlığımız 2011-2015 arasında Türkiye aşırı tuz tüketilmesinin önlenmesi programını

uygulamaya koymuştur (58). Bu programın ikinci aşaması ise 2017-2021 yılları arasında uygulanmaya konmuştur. Bu programa göre kamu kurumlarında yemekte masa üstündeki tuzlukların kaldırılması, ekmek ve salçalardaki tuz oranının azaltılması, aile hekimlerine tuzu azaltmaya yönelik materyallerin verilmesi, halkı bilgilendirici kamu spotlarını yayınlanması gibi bir dizi faaliyetler hayata geçirilmiştir. Örneğin salçalardaki maksimum tuz oranı %14'ten %10'a dşrlmştir (97).

Ülkemizdeki sodyum tüketimi ve KB ile ilişkisi ilk kez inceleyen Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı alışması ile (SALTürk) araştırılmıştır (12). 1768 bireyin incelendiği bu çalışmada, en çok tuz tüketiminin Akdeniz bölgesinde, en az tuz tüketiminin ise Ege bölgesinde olduğu gösterilmiştir (96).

Ege bölgesinde bulunan Aydın'da yapılan bir çalışmada HT hastaların nerdeyse dörtte biri, yemeğin tuzuna bakmadan her zaman tuz attığını belirtmişlerdir (69). Bizim alışmamızdaki oranların düşük olmasının nedeni, bir gastronomi kenti olan Hatay'da birçok yemeğin zaten salçalı ve tuzlu olarak hazırlanması, simitin bile tuza batırılarak yenmesi, kzde pişen mısırın tuzlu sudan geçirilip sunulması gibi kültürel alışkanlıklar olabilir. Dolayısıyla hastalar yiyeceği şeyin zaten tuzlu olacağını varsayarak, yemeğin tadına bakmadan daha az oranda tuz atıyor olabilirler.

HT ile VKİ HT arasında doğrusal bir ilişki olduğu bilinmektedir. PatenT çalışmasında hipertansif bireylerde VKİ ortalaması 29.8 kg/m² iken, normotansiflerde bu değerin 25.1 kg/m² olduğu saptanmıştır (77). Çalışmamızın sonuçlarına göre eğitim programı sonrasında hem kontrol hem de vaka grubunun VKİ ortalamalarında anlamlı derecede bir düşüş olduğu saptanmıştır. Bu durum, hastaların düzenli egzersiz yapma oranlarındaki artışa, diyetlerine daha fazla uyum göstermelerine bağlı olabilir.

Eş desteği açısından eğitim sonrasında iki grup arasında anlamlı bir farklılık ortaya ıktı. Kontrol grubunda eğitim öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark yokken, vaka grubunda eğitim sonrası eş desteğinin, eğitim öncesine oranla anlamlı bir düzeyde arttığı gözlendi. Vaka grubunda eşlerin tuzu azaltmaya yönelik teşviğinde eğitim öncesine nazaran eğitim sonrasında anlamlı bir artış bulundu.

Eğitim sonrasında vaka grubunda diyete uyum oranları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha iyiydi ($p=0.01$). Yine eğitim sonrasında vaka grubundaki hastaların, ilaçların bağımlılık yapabileceğine dair endişeleri anlamlı derecede azalmıştı ($p=0.023$)

Her iki grup da eğitim sonrası ilaç içmeyi daha az unutmaya başlamıştı. Ancak vaka grubu kontrol grubuna oranla ilaçlarını içmeyi daha az unutuyordu.

Kontrol grubundaki hastalarda eğitim sonrası ilaçların yan etkisinden korkmaları değişmezken ($p= 0.29$) , vaka grubunda eğitim sonrası bu korkuları belirgin azaldı ($p<0.001$).

Her iki grupta da ilaçların bağımlılık yapabileceği endişesi, derecede azaldı (kontrol grubu $p< 0.001$) , (vaka grubu $p= 0.02$) .

Eğitim sonrası her iki grup da egzersizin tansiyon hastalığına faydalı olduğunu düşünüyordu.

İlaç tedavisine uyumun değerlendirildiği Morisky Uyum Ölçeği'ne göre eğitim öncesi kontrol grubunun 46'sı tedaviye uyum gösterirken, 6 kişi ilaç tedavisine uyumsuzdu. Eğitim sonrasında ise kontrol grubundaki tedaviye uyumsuz olan 6 kişiden 2'si daha tedaviye uyumlu hale geldi.

Eğitim öncesi vaka grubundan 43 kişi tedaviye uyum gösterirken, 13 kişi ilaç tedavisine uyumsuzdu. Eğitim sonrasında ise vaka grubundaki bütün hastalar tedaviye uyumlu hale geldi ($p=0.03$). Belki de çalışmamızın en önemli bulgularından biri kuşkusuz hasta ve eşlerin eğitiminin, tek başına hasta eğitiminden daha üstün olduğu ve hastaların tedaviye uyumunu arttırıcı bir faktör olduğudur.

HT kontrolünde tedavi uyumsuzluğu önemli bir konudur. Tedaviye uyum; cinsiyet, yaş, ekonomik düzey, kullanılan ilaç sayısı ve türü, uygulanan tedavi türü, hekimin hastasını bilgilendirilmesi, komorbid hastalık varlığı, hasta-hekim arasındaki ilişki ve sosyal destek mekanizmaları gibi birçok faktörden etkilenir (98).

HT hastalarında ilaç tedavisine uyum oranı %26.9-%88 arasında değişmektedir (63,99–101). İzmir'de yapılan, yaş ortalamaları çalışmamızdaki

hastaların yaş ortalamalarına yakın olan 91 HT'li hastanın MMSA ölçeği puan ortalaması 4.66 ± 2.23 ve tedaviye uyum oranı ise %88.6 saptanmıştır (102).

Hastalar genelde az sayıda ilaç kullanma eğilimindedir. Çalışmalar günlük tek doz ilaç kullanımının hastanın tedaviye uyumunu arttırdığını göstermiştir (103). Eisen ve ark. yaptığı bir çalışmada günlük tek doz ilaç kullanan hastalarda ilaç uyumu %84 olarak saptanırken, günlük 3 doz ilaç kullanan hastalarda %59 olarak bulunmuştur (104). Bu nedenle mümkünse tedaviye tek bir ilaçla başlamak gereklidir.

Çalışmamızda hastaların yalnızca yaklaşık %20'si hastalıkları ile ilgili hekimlerinden bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Yapılan birçok çalışmada eğitim programlarının ve izlemlerin hastaların HT tedavisine uyumunu arttırdığı bildirilmiştir (105,106).

HT'de hasta eğitimi ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların gözden geçirildiği bir derlemede, geleneksel hasta eğitim programlarının HT hastalarında ilaçlara uyum üzerine etkisinin az olduğunu göstermiştir. Sosyal destek ya da hatırlatıcı teknikleri kullanan bazı programlar daha umut verici görünmektedir. İlginç bir biçimde en çok hasta uyumunun gözlemlendiği çalışmalar, sosyal desteği sistematik olarak uygulayan eski çalışmalardır (107).

Bizim çalışmamızda hem hastanın hem de aynı evde yaşayan ve aynı sofrayı paylaşan eşinin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesinin ve 3 ay boyunca telefonlarına haftada 2 kez gelen kısa mesajlarla hastalıkla ilgili eğitime devam edilmesinin hem hastanın yaşam tarzını hem de klinik durumunu olumlu şekilde etkilediği açıkça gösterilmiştir.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken sistolik kan basıncındaki düşmeye göre yapıldı. Eğitim sonrası uyumda her iki grupta da anlamlı bir şekilde uyum saptandı. Fakat vaka grubunda daha fazla uyum saptandı. Örneklem sayısı az olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Sadece erkeklerin çalışmaya alınması çalışmanın başlıca kısıtlılıklarındandır. Her iki grubunda daha önceden tam

anlamıyla eğitim almamış olmasıdır. Ayrıca hasta eşlerine gönderilen bütün kısa mesajların eşler tarafından okunduğu varsayılmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Eğitim programı sonrasında:

1. Kontrol grubundaki tedaviye uyumsuz olan 6 kişiden 2'si daha tedaviye uyumlu hale geldi. Vaka grubundaki ise daha önce tedaviye uyumsuz olan 13 hastanın tamamı bütün hastalar tedaviye uyumlu hale geldi.

2. Kontrol grubundaki 3 hasta vaka grubunda ise 4 hasta alkol kullanmayı tamamen bıraktı. Eğitim programı sonrasında her iki grupta da alkol kullanım miktarlarında azalma eğilimi olduğu gözlemlendi.

3. Kontrol grubunda 1 hasta sigarayı tamamen bıraktı. Her iki grupta da günlük sigara sayılarında azalma olduğu gözlemlendi.

4. Düzenli egzersiz yapan hasta sayısı kontrol grubunda 21'den 32'ye, vaka grubunda ise 15'ten 41'e çıktı.

5. Eşlerin yemek pişirirken tuz atma oranları her iki grupta anlamlı derecede azaldı.

6. Vaka grubunda eğitim öncesi tuzuna bakmadan yemeğe tuz atarken 4 kişi de, eğitim sonrasında tuzuna bakmadan yemeğe tuz davranışını bıraktı.

7. Her iki grup da hem SKB hem de DKB ortalamaları anlamlı derecede düştü.

8. Her iki grup da VKİ ortalamaları anlamlı derecede düştü.

9. Eş desteği açısından eğitim sonrasında iki grup arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıktı. Kontrol grubunda eğitim öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark yokken, vaka grubunda eğitim sonrası eş desteği, eğitim öncesine oranla anlamlı bir düzeyde arttığı tespit edildi.

10. Vaka grubunda eşlerin tuzu azaltmaya yönelik teşvikinde eğitim öncesine nazaran eğitim sonrasında anlamlı bir artış oldu.

11. Günlük tuz kullanımında her iki grupta da anlamı derecede bir azalma gözlendi.

12. Vaka grubunda diyete uyum oranları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha iyi hale geldi.

13. Her iki grupta da ilaçların bağımlılık yapabileceği endişesi, derecede azaldı.

14. Vaka grubunun, kontrol grubuna oranla ilaçlarını içmeyi daha az unuttuğu anlamlı derecede gözlendi

15. Genel olarak her iki grubun da HT ile ilgili farkındalığı ve tedaviye uyumu arttı.

Yaşam tarzı değişiklikleri açısından eğitilmesi ve bilgilendirilmesi, tedaviye hasta uyumunu artırılması önemlidir.

HT'ye yönelik hastalara ve eşlerine verilecek bir eğitimin; hastaların yaşam kalitelerini arttırması, hastalığın maliyetini ve komplikasyonlarını azaltması ve KB kontrolünün sağlanması gibi etkilerinin yanında toplum sağlığı ve sağlık sistemi üzerinde de olumlu etkileri olacaktır.

Hastaların HT tedavisine uyumunu arttırmada aile hekimine de düŐen görevler vardır. Özellikle hastalara ve hasta yakınlarına HT ile ilgili mutlaka bilgilendirme yapılmalı hastaya düzenli ilaç kullanımının önemi vurgulanmalıdır. Özellikle KB'yi dŐrececek yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli, bu öneriler kayıt edilmeli ve bir sonraki muayenede ne kadarının hayata geçirildiği sorulmalıdır. Tedaviye baŐlarken hastaların yaşı, sosyoekonomik düzeyi, sosyal güvencesi, aile desteği düzeyi, ek hastalıklar gibi durumlar göz önüne alınmalıdır. Hekim, hemşire, hasta ve diğer sağlık personelinin içinde olduğu multidisipliner bir yaklaşım, danışmanlık, aile fertlerinin bilgilendirilmesi tedaviye uyumu arttırabilir. KB'nin uzun dönemli kontrolünü sağlamak için hastalar tedaviye aktif olarak katılmalı, yaşam tarzında değişiklik oluŐturmalı ve bunları sürdürmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Aydın Z, Öztürk S. Up-to-Date Approach to the Treatment of Hypertension. Haseki Tıp Bülteni [Internet]. 05 Aralık 2014;52(4):251–5. Tarihinde adresinden erişildi: <http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/3/685/article/251-255.pdf>
2. TUIK [Internet]. [kaynak 09 Mart 2017]. Tarihinde adresinden erişildi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059
3. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, vd. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens [Internet]. Ekim 2005;23(10):1817–23. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148604>
4. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, vd. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. JAMA [Internet]. 05 Şubat 2014;311(5):507. Tarihinde adresinden erişildi: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.284427>
5. Turk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği [Internet]. [kaynak 12 Aralık 2016]. Tarihinde adresinden erişildi: http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php.
6. Chobanian A V, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, vd. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA [Internet]. 21 Mayıs 2003;289(19):2560–72. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748199>
7. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. J Gen Intern Med [Internet]. Mart 2005;20(3):219–25. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15836524>

8. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. [Internet]. [kaynak 05 Mayıs 2017]. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/21298.htm?wbnum=1102>.
9. Aminoff UB, Kjellgren KI. The nurse--a resource in hypertension care. J Adv Nurs [Internet]. Ağustos 2001;35(4):582–9. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529958>
10. Waeber B. Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patients. Blood Press [Internet]. 2001;10(2):62–73. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11467762>
11. Zernike W, Henderson A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension. J Clin Nurs [Internet]. Ocak 1998;7(1):37–44. Tarihinde adresinden erişildi: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2702.1998.00128.x>
12. Saounatsou M, Patsi O, Fasoı G, Stylianou M, Kavga A, Economou O, vd. The influence of the hypertensive patient’s education in compliance with their medication. Public Health Nurs [Internet]. 18(6):436–42. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11737812>
13. Drevenhorn E, Kjellgren KI, Bengtson A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. J Clin Nurs [Internet]. Temmuz 2007;16(7b):144–51. Tarihinde adresinden erişildi: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2005.01493.x>
14. Meric M, Oflaz F. Living with a husband on hemodialysis: “Tides in the life of wives”. J Psychiatr Nurs [Internet]. 2013;4(1):21–6. Tarihinde adresinden erişildi: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdır=phd&plng=eng&un=PHD-96268
15. Rees CE, Bath PA. The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. J Adv Nurs [Internet]. Nisan

- 2000;31(4):833–41. Tarihinde adresinden erişildi:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10759979>
16. Mancia G, Grassi G. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması. İçinde: Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. 1.Baskı. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti; 2009. s. 15–22.
 17. Şahin EM, Tunç H, Tanrıkulu F, Özer C, Şahin İ. Kronik Hastalık Polikliniği Başarılı mı? Edirne Devlet Hastanesi Deneyimi. Göztepe Tıp Derg. 2004;19:96–9.
 18. Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension. Part I: definition and etiology. Circulation [Internet]. 25 Ocak 2000;101(3):329–35. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10645931>
 19. Yoo J-H. Deletion polymorphism in the gene for angiotensin-converting enzyme is associated with essential hypertension in men born during the Pacific War. Mech Ageing Dev [Internet]. Ağustos 2005;126(8):899–905. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15869784>
 20. Khatib O, MS. E-G. Clinical Guidelines for The Management of Hypertension [Internet]. 29. 2005 [kaynak 10 Şubat 2017]. Tarihinde adresinden erişildi: [url: http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf](http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf).
 21. Rossi GP, Taddei S, Viridis A, Ghiadoni L, Albertin G, Favilla S, vd. Exclusion of the ACE D/I Gene Polymorphism as a Determinant of Endothelial Dysfunction. Hypertension [Internet]. 01 Şubat 2001;37(2):293–300. Tarihinde adresinden erişildi: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.HYP.37.2.293>
 22. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med [Internet]. 24 Kasım 1997;157(21):2413–46. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9385294>
 23. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, vd. 2013

- ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* [Internet]. Temmuz 2013;31(7):1281–357. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817082>
24. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, vd. [Turkish Hypertension Consensus Report]. *Turk Kardiyol Dern Ars* [Internet]. Haziran 2015;43(4):402–9. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26142798>
25. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, vd. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* [Internet]. Ocak 2014;16(1):14–26. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24341872>
26. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: U.S. Department of Health and Human Services. 2004.
27. Bruce NG, Cook DG, Shaper AG, Thomson AG. Geographical variations in blood pressure in British men and women. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1990;43(4):385–98. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2324779>
28. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, vd. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertens (Dallas, Tex 1979)* [Internet]. Mart 1995;25(3):305–13. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7875754>
29. Çakmak HA, Arslan E, Erdine S. Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler. 2009;37(7):1–4.

30. Blumenfeld JL. Hypertension and the kidney. İçinde: Brenner B, editör. Brenner and Rector's The Kidney. 8. Philadelphia: Saunders Co; 2008. s. 1465–527.
31. Dannenberg A, Garrison R, Kannel W. Incidence of hypertension in the Framingham Study. Am J Public Heal. 1988;78(6):676–9.
32. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Ark. TÇ ve. Türkiye Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent) [Internet]. [kaynak 12 Aralık 2016]. Tarihinde adresinden erişildi: adresi:http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf.
33. Derneği TH ve BH. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması - 2 [Internet]. 2012 [kaynak 12 Aralık 2017]. Tarihinde adresinden erişildi: http://www.turkhipertansiyon.org/prevalans_calismasi_2.php
34. Sönmez HM, Başak O, Camci C, Baltacı R, Karazeybek HS, Yazgan F, vd. The epidemiology of elevated blood pressure as an estimate for hypertension in Aydın, Turkey. J Hum Hypertens [Internet]. Haziran 1999;13(6):399–404. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10408590>
35. Rosenthal T, Oprail S. Hypertension in women. J Hum Hypertens. 2000;14(10–11):691–704.
36. Calhoun D, Oprail S. Gender and Blood Pressure. İçinde: Izzo J, Black H, editörler. Hypertension primer: the essentials of high blood pressure: basic science, population science, and clinical management. 3. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. s. 253–7.
37. Yıldız A. Esansiyel hipertansiyonda TAFI (Thrombin-Activatable Fibrinolysis Inhibitor) Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006.
38. Onat A, Dursunoğlu D, Sansoy V. Relatively high coronary death and event rates in Turkish women. Relation to three major risk factors in five-year

- follow-up of cohort. *Int J Cardiol* [Internet]. 29 Ağustos 1997;61(1):69–77. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9292335>
39. Narkiewicz K, van de Borne PJ, Hausberg M, Cooley RL, Winniford MD, Davison DE, vd. Cigarette smoking increases sympathetic outflow in humans. *Circulation* [Internet]. 11 Ağustos 1998;98(6):528–34. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9714109>
40. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 04 Aralık 2007;147(11):783–6. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18056662>
41. Meurin P. The ASCOT trial: clarifying the role of ACE inhibition in the reduction of cardiovascular events in patients with hypertension. *Am J Cardiovasc Drugs* [Internet]. 2006;6(5):327–34. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17083267>
42. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, vd. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* (London, England) [Internet]. 13 Haziran 1998;351(9118):1755–62. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9635947>
43. WANG Z, CAO L, WU Y. Differences in Knowledge, Attitude and Behavior with Respect to Hypertension among Cardiologists, Neurologists and Other Physicians in Internal Medicine. *Hypertens Res*. 2001;24(459–462).
44. GÖGEN S, ÖZDEMİR Y. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNDA HİPERTANSİF HASTALARIN TAKİBİ. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni*. 2005;4(1):8–15.
45. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007.

46. Kaya A, Gedik V, Bayram F, Bahçeci M. Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması hekim için tanı ve tedavi rehberi. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [Internet]. 2011 [kaynak 02 Şubat 2017]. Tarihinde adresinden erişildi: http://www.temd.org.tr/files/pdf/obezite_klvz_web.pdf
47. Samur G, Yıldız E. OBEZİTE VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR / HİPERTANSİYON. 1. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, editör. ANKARA: Klasmat Matbaacılık; 2008.
48. Onat A, Yüksel H. Türk Erişkinlerinde Obezite ile Abdominal Obezite, Belirleyicileri ve Sonuçları. İçinde: Onat A, editör. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük [Internet]. Logos Yayıncılık; 2017. s. 141–52. Tarihinde adresinden erişildi: <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>
49. Lee Y-J, Tsai JCR. ACE gene insertion/deletion polymorphism associated with 1998 World Health Organization definition of metabolic syndrome in Chinese type 2 diabetic patients. Diabetes Care [Internet]. Haziran 2002;25(6):1002–8. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12032106>
50. Onat A. Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi: Eğilimler ve Kadında Farklı Kardiyometabolik Etkiler. İçinde: Onat A, editör. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük [Internet]. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. s. 120–31. Tarihinde adresinden erişildi: <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>
51. Virdis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L. Cigarette smoking and hypertension. Curr Pharm Des [Internet]. 2010;16(23):2518–25. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20550499>
52. Arık N, Korkmaz M. Primer Hipertansiyon Patogenezi. İçinde: Arık N, editör. Nefroloji. İstanbul: Deniz matbaacılık; 2001. s. 275–6.
53. Zellner C, Sudhir K. Lifestyle modification for hypertension Syndrome. 1997;9(6):63–6.

54. ONAT A, SANSOY V, YILDIRIM, KELEŞ İ, AKSU H, USLU N, vd. Erişkinlerimizde kan basıncı: 8-yıllık seyri, tedavi oranı, koroner kalp hastalığı ile bazı etkenlerle ilişkileri. Türk Kardiyol Dern. 1999;27(3):136–43.
55. Barış N, Özerkan F, Önder M, Akdeniz B, Güneri S. Esansiyel Hipertansiyonda Hedef Organ Hasarı Sayısı ile Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim Gen Polimorfizmi Arasındaki İlişki. Turk Kardiyol Dem Arş. 2004;32(2):107–14.
56. Lane D, Lip GYH. Ethnic differences in hypertension and blood pressure control in the UK. An Int J Med. 2001;94(7):391–6.
57. Franco V, Oparil S. Salt sensitivity, a determinant of blood pressure, cardiovascular disease and survival. J Am Coll Nutr [Internet]. Haziran 2006;25(3 Suppl):247S–255S. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16772636>
58. Bakanlığı S, Müdürlüğü TSHG, Başkanlığı B ve FAD. TÜRKİYE AŞIRI TUZ TÜKETİMİNİN AZALTILMASI PROGRAMI [Internet]. Çom S, IRMAK H, KESİCİ C, Ilgaz Ş, editörler. Ankara: Deniz Matbaacılık; 2011. Tarihinde adresinden erişildi: www.beslenme.saglik.gov.tr
59. Kayalı M, Oral N. Stres, Hipertansiyon ve Koroner Kalp Hastalığı İlişkisi. Hipertans Bülteni. 1993;3(3):82–5.
60. Sherwood A, Hinderliter AL, Light KC. Physiological determinants of hyperreactivity to stress in borderline hypertension. Hypertens (Dallas, Tex 1979) [Internet]. Mart 1995;25(3):384–90. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7875764>
61. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatı Dergis. 2007;8:271–80.
62. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. Clin Med [Internet]. 6(6):536–9. Tarihinde adresinden erişildi:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17228551>

63. A Ö. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. Marmara Üniversitesi; 2008.
64. Ren XS, Kazis LE, Lee A, Zhang H, Miller DR. Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications. J Clin Pharm Ther [Internet]. Şubat 2002;27(1):47–56. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11846861>
65. Lagi A, Rossi A, Passaleva MT, Cartei A, Cencetti S. Compliance with therapy in hypertensive patients. Intern Emerg Med [Internet]. Eylül 2006;1(3):204–8. Tarihinde adresinden erişildi: <http://link.springer.com/10.1007/BF02934738>
66. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull [Internet]. 2009;8(2):167–72. Tarihinde adresinden erişildi: https://www.ejmanager.com/mnstemps/1/khb_008_02-167.pdf
67. Jokisalo E, Kumpusalo E, Enlund H, Halonen P, Takala J. Factors related to non-compliance with antihypertensive drug therapy. J Hum Hypertens [Internet]. Ağustos 2002;16(8):577–83. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12149664>
68. Majtas J. Medication compliance patterns in population with antihypertensive treatment. Acta Fac Pharm Univ Comenianae. 2003;(50):90–9.
69. Şahin NŞ. HİPERTANSİYON YÖNETİMİNDE HASTA UYUMU VE HASTALARIN SAĞLIK ANLAYIŞLARINA YÖNELİK BİR GİRİŞİMİN UYUM ÜZERİNE ETKİSİ. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.
70. İçyeroğlu G. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. Fırat Üniversitesi; 2012.
71. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. J Hum Hypertens [Internet]. Eylül

- 2004;18(9):607–13. Tarihinde adresinden erişildi:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15029218>
72. Sengul S, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel S, Karatan O, vd. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. *Kidney Int Suppl* [Internet]. Aralık 2013;3(4):326–31. Tarihinde adresinden erişildi:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S215717161531162X>
73. Stock S. Endüstri çalışanlarında uyumsuzluk ve yüksek kan basıncı çalışması. İçinde Munster: Lit Yayinevi; 1993.
74. Arpacı M, Kardeşoğlu E, Yiğiner Ö, Özmen N, Cingözbay, Bekir Yılmaz Cebeci BS. Comparison of the Treatment Period and Individual Properties of Patients with Hypertension Followed Up in the Two Cottage Hospitals from the Different Social Cultural Subgroups. *TAF Prev Med Bull* [Internet]. 2008;7(4):333–8. Tarihinde adresinden erişildi:
<http://www.scopemed.org/?mno=413>
75. Finset A, Gerin W. How can we promote medication adherence and lifestyle changes in hypertensive patients? *Patient Educ Couns* [Internet]. Temmuz 2008;72(1):1–2. Tarihinde adresinden erişildi:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18538724>
76. Demirezen E. Türkiye ve Almanya’da yaşayan antihipertansif ilaç kullanan Türklerde ilaç tedavisine uyum. İstanbul Üniversitesi; 2006.
77. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, vd. A population-based survey of Chronic REnal Disease In Turkey--the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. Haziran 2011;26(6):1862–71. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051501>
78. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* (London, England) [Internet]. 365(9455):217–23. Tarihinde adresinden erişildi:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15652604>

79. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Zito F, Krogh V, Siani A, Arnout J, vd. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in healthy unrelated male-female pairs of European regions: the dietary habit profile in European communities with different risk of myocardial infarction--the impact of migration as a model of. *J Hypertens* [Internet]. Aralık 2008;26(12):2303–11. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008709>
80. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA* [Internet]. 26 Mayıs 2010;303(20):2043–50. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20501926>
81. Onat A. Toplumumuzda kan basıncı ve hipertansiyon [Internet]. [kaynak 13 Mart 2017]. Tarihinde adresinden erişildi: <http://tekharf.org/2009.html/>
82. Cramer J. Medicine partnerships. *Heart* [Internet]. 01 Mayıs 2003;89(90002):19ii–21. Tarihinde adresinden erişildi: http://heart.bmj.com/cgi/doi/10.1136/heart.89.suppl_2.ii19
83. Eisen SA, Woodward RS, Miller D, Spitznagel E, Windham CA. The effect of medication compliance on the control of hypertension. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2(5):298–305. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3655955>
84. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. [Family support of treatment compliance in essential arterial hypertension]. *Salud Publica Mex* [Internet]. 43(4):336–9. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11547594>
85. Hill MN, Bone LR, Kim MT, Miller DJ, Dennison CR, Levine DM. Barriers to hypertension care and control in young urban black men. *Am J Hypertens* [Internet]. Ekim 1999;12(10 Pt 1):951–8. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10560780>
86. Rose LE, Kim MT, Dennison CR, Hill MN. The contexts of adherence for

- African Americans with high blood pressure. *J Adv Nurs* [Internet]. Eylül 2000;32(3):587–94. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11012800>
87. Kozan Ö, Tengiz I, Özcan EE, Özpelit ME, Taştan A, Türk UÖ, vd. [The evaluation of hypertensive patients who are supposedly under control according to office blood pressure measurements with ambulatory blood pressure monitoring: an observational prospective study in three big cities (AKB3IL study)]. *Turk Kardiyol Dern Ars* [Internet]. Eylül 2012;40(6):481–90. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23363892>
88. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, vd. Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. Mayıs 2001;76(5):349–54. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359183>
89. Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens* [Internet]. Mayıs 1992;10(5):495–9. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1317911>
90. Seltzer CC. Effect of smoking on blood pressure. *Am Heart J* [Internet]. Mayıs 1974;87(5):558–64. Tarihinde adresinden erişildi: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/000287037490492X>
91. Bang LE, Buttenschøn L, Kristensen KS, Svendsen TL. Do we undertreat hypertensive smokers? A comparison between smoking and non-smoking hypertensives. *Blood Press Monit* [Internet]. 5(5–6):271–4. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153050>
92. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Zampi I, Battistelli M, vd. Cigarette smoking, ambulatory blood pressure and cardiac hypertrophy in essential hypertension. *J Hypertens* [Internet]. Ekim 1995;13(10):1209–15.

Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8586813>

93. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertens (Dallas, Tex 1979)* [Internet]. Ekim 2005;46(4):667–75. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16157788>
94. Yaprak M. Hipertansiyon ve Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarında Eğitimin Tuz Diyeti Üzerine Etkisinin Araştırılması. Ege üniversitesi; 2013.
95. Aygün O, Yavuz S, Aygün K, Yıldırım E. The relevance between knowing the salt ingredient of nutrients and consuming them: Is it better with hypertensive patients? *Türkiye Aile Hekim Derg* [Internet]. 22 Aralık 2015;19(4):170–8. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.turkailehekderg.org/makaleler/arastirma/besinlerin-tuz-iceriklerini-bilme-ile-bu-besinleri-tuketme-arasindaki-uyumluluk-hipertansiyon-hastalarinda-uyum-daha-mi-fazla/>
96. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, vd. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press* [Internet]. Ekim 2010;19(5):313–8. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698734>
97. Bakanlığı türkiye sağlık. TÜRKİYE AŞIRI TUZ TÜKETİMİNİN AZALTILMASI PROGRAMI 2017-2021. 2. sağlık bakanlığı halk sağlığı müdürlüğü, editör. Ankara; 2016.
98. Uzuner A, Akman M, Ünal PC, Çiççili S. Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve İnanışları. *Türkiye Aile Hekim Dergis* [Internet]. 2005;9(4):153–8. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.turkailehekderg.org/makaleler/arastirma/hastalarin-hipertansiyon-ve-antihipertansifler-konusundaki-almi-ve-inanislari/>
99. Chapman RH, Pelletier EM, Smith PJ, Roberts CS. Can adherence to antihypertensive therapy be used to promote adherence to statin therapy? *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 03 Kasım 2009;3:265–75. Tarihinde

adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19936170>

100. Bailey BJ, Carney SL, Gillies AH, McColm LM, Smith AJ, Taylor M. Hypertension treatment compliance: what do patients want to know about their medications? *Prog Cardiovasc Nurs* [Internet]. 1997;12(4):23–8. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9433730>
101. Hassan NB, Hasanah CI, Foong K, Naing L, Awang R, Ismail SB, vd. Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. *J Hum Hypertens* [Internet]. Ocak 2006;20(1):23–9. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16177812>
102. Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türkiye Aile Hekim Derg* [Internet]. 2011;15(1):7–12. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.turkailehekderg.org/makaleler/arastirma/multidisipliner-bir-ozel-calisma-modulu-arastirmasi-hipertansiyon-hastalarinin-tedaviye-uyumlarinin-incelenmesi/>
103. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J Manag Care Pharm* [Internet]. Nisan 2006;12(3):239–45. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16623608>
104. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* [Internet]. 12 Nisan 2004;164(7):722–32. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078641>
105. Klootwyk JM, Sanoski CA. Medication adherence and persistence in hypertension management. *J Clin Outcomes Manag*. 2011;18(8):351–8.
106. Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, vd. Effect of pay for performance on the management and outcomes of

hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ* [Internet]. 25 Ocak 2011;342(jan25 3):d108–d108. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.d108>

107. Ogedegbe G, Schoenthaler A, Richardson T, Lewis L, Belue R, Espinosa E, vd. An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2007;28(2):169–81. Tarihinde adresinden erişildi: [http://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144\(06\)00046-2/references](http://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144(06)00046-2/references)



8. EKLER

8.1. Eğitim Öncesi Anket Formu

Primer Hipertansiyon Hastalarında Eşlerin Tedavideki Rolü ve Uyum Düzeyleri Üzerine Etkisi

Bu çalışmada primer hipertansiyon hastalarında eğitimin ve eşlerin ilaç kullanımı, yaşam tarzındaki değişiklik ve uyum düzeyleri üzerine etkisini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Kimliğiniz ve hastalığınız ile ilgili bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler çalışma amacı dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.

Dr.Sümeyya Havva KOKAÇYA
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

| | |
|---|---------------------------|
| DOSYA NO : | |
| HASTA TELEFON NO: | EŞİNİN TELEFON NO: |
| Hastanın Adı-Soyadı: | Eşinin Adı-Soyadı: |
| Yaş: | Yaş: |
| Meslek: 1)işçi 2)memur 3)serbest çalışan 4)çiftçi 5)emekli 6) diğ er | Meslek: |

1) EĞİTİM DURUMU

1)Okur yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite ve üstü

2)MEDENİ DURUMU

1)Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Ayrı yaşıyor

3)ÇALIŞMA DURUMU 1) Çalışıyor 2)Çalışmıyor

4)GELİR DÜZEYİ 1) 1500 TL ve altı 2) 15001-4600 TL 3)4601-9000TL 4)9000 TL ve üzeri

5)OTURDUĞU YER 1) Kentsel Bölge 2)Kırsal Bölge

6)ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ? 1) Evet sürekli kullanıyor 2) Hayır kullanmıyorum

CEVABINIZ EVET İSE NE KADAR?..... NE SIKLIKTA?.....

7)SİGARA KULLANIM DURUMU

HAYATINIZDA 100 ADETTE FAZLA SİGARA KULLANDINIZ MI? 1) Evet 2) Hayır

A)HİÇ İÇMEMİŞ.....

B)BIRAKMIŞ.....yıldır içmiyor,.....yıl.....paket/gün içmiş

C)İÇİYOR.....yıl.....paket/gün

- 8) EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ ? 1) Evet yapıyorum Egzersiz tipi-sıklık-süresi :
- 2)Hayır hiç yapmıyorum
- 9) TANSİYONUNUZU ÖLÇTÜRÜYOR MUSUNUZ? 1)Evet 2)Hayır
- 10) NE SIKLIKTA TANSİYONUNUZU ÖLÇTÜRÜYORSUNUZ?
- 1)Günde 2-3 defa 2)Hergün 3)Haftada bir 4)Ayda bir 5)Sadece kendimi kötü hissettiğimde
- 11) EVDE TANSİYON ALETİNİZ VAR MI? 1)Evet 2)Hayır
- 12)KENDİNİZ TANSİYONUNUZU ÖLÇÜYOR MUSUNUZ? 1)Evet 2)Hayır
- 13)KENDİNİZ TANSİYONUNUZU NE SIKLIKLA ÖLÇÜYORSUNUZ?
- 1)Günde 2-3 defa 2)Hergün 3)Haftada bir 4)Ayda bir
- 5)Sadece kendimi kötü hissettiğimde
- 14)SİZCE NORMAL SİSTOLİK VE DİASTOLİK TANSİYON DEĞERLERİ NEDİR?.....
- 15)HİPERTANSİYON HASTALIĞI TEDAVİ EDİLMEDİĞİ TAKDİRDE YOL AÇABİLECEĞİ SAĞLIK PROBLEMLERİNİ BİLİYOR MUSUNUZ?
- 1)Evet 2)Hayır
- 16)HİPERTANSİYON HASTALIĞI İLE İLGİLİ HIÇ ÖNERİ VE/VEYA EĞİTİM ALDINIZ MI?
- 1)Evet 2)Hayır
- 17)EĞİTİM VE/VEYA BİLGİYİ ALDIYSANIZ NERDEN ALDINIZ?
- 1)Doktor/sağlık çalışanı 2)Kitap/dergi/gazete 3)Tv/radyo 4)İnternet
- 5)Komşu/arkadaş/aile 6)Diğer
- 18)KRONİK HERHANGİ BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?
- 1)Diabet 2) koroner arter hastalığı 3)kronik böbrek hastalığı 4) kanser
- 5)Diğer
- LABORATUVAR: SKB/DKB: / KG: kg BOY: cm
- AKŞ: TOT KOL: HDL: LDL:
- TRİGLİSERİT:
- FRAMİNGHAM RİSK SKORU:.....

2.KISIM

1)KAÇ YILDIR HİPERTANSİYON HASTASISINIZ?

2)KULLANDIĞINIZ TANSİYON İLAÇLARI NELER? 1. 4.
2. 5.
3. 6.

3)HASTALIĞINIZDA EŞİNİZİN DESTEĞİ NASIL?

1)Mükemmel 2)Çok iyi 3)İyi 4)Orta 5)Biraz 6)Hiç

4)EŞİNİZİN HASTALIĞINIZLA İLGİLİ AŞAĞIDAKİ KONULARDA DESTEĞİ NASIL?(ÇOK İYİ:5 İYİ:4 ORTA:3 AZ:2 HIÇ:1)

| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| A)EGZERSİZ YAPMAYA TEŞVİK | | | | | |
| B)DİYET YAPMAYA TEŞVİK | | | | | |
| C)İLAÇLARI DÜZENLİ KULLANMA | | | | | |
| D)TUZU AZALTMAYA YÖNELİK TEŞVİK | | | | | |
| 5)DÜZENLİ DOKTOR KONTROLLERİNE GİTME | | | | | |

5)EŞİNİZ YEMEĞİ PİŞİRİRKEN TUZ ATAR MI? 1) Evet 2) Hayır

6)HASTALIĞINIZI ÖĞRENDİKTEN SONRA TUZ KULLANMA ALIŞKANLIĞINIZDA DEĞİŞİKLİK OLDU MU?

1)Tuz kullanma miktarını arttırdım 2)Miktarı azalttım 3)Herzamanki gibi kullanıyorum 4)Bilmiyorum

7)GÜNLÜK TUZ TÜKETİMİNİZ YAKLASIK NE KADAR ?

1)Bir Çay kaşığı 2) Bir tatlı kaşığı 3)Daha fazla

8)TUZLU GIDALARDAN NELERİ SIK TÜKETİRSİNİZ?

Zeytin..... adet/gün Sucuk..... Kez/ay Diğer.....
Peynir..... kalıp/ay Turşu..... Kez/ay

9)HANGİ TÜR EKMEK YERSİNİZ?

1)Fırın ekmeği 2)Köy ekmeği 3)kepekli ekmeğe 4)Diğer.....

10)YEMEĞİN TUZUNA BAKMADAN TUZ ATAR MISINIZ?

1)Evet 2)Hayır

3. KISIM

Aşağıdaki ifadelere 1-5 arası bir puan verin

1:kesinlikle katılmıyorum **2:**katılmıyorum **3:**kararsızım **4:**katılıyorum **5:** kesinlikle katılıyorum

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1)Tansiyon ilaçlarının etkisiz olduklarını düşünüyorum | | | | | |
| 2)Doktorum hastalığım ile ilgili beni bilgilendiriyor | | | | | |
| 3)İlaçların yan etkisi beni korkutuyor | | | | | |
| 4)İlaçlarımı içmeyi unutuyorum | | | | | |
| 5)Tansiyonumun sürekli yüksek olmamasından dolayı ilaçları kullanmayı gereksiz görüyorum | | | | | |
| 6)Kronik birçok hastalığım olduğundan çok ilaç içmekten sıkıldım | | | | | |
| 7)İlaçların bağımlılık yapabileceği endişem var | | | | | |
| 8)Bitkisel yöntemlerle tansiyonum yükseldiğinde düşürüyorum | | | | | |
| 9)İlaçlarımı hergün almalıyım | | | | | |
| 10)Egzersiz hipertansiyona faydalı olduğunu düşünüyorum | | | | | |
| 11)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra egzersize başladım | | | | | |
| 12)Hipertansiyon hastalığının ciddi bir hastalık olduğunu düşünüyorum | | | | | |
| 13)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra alkol içme miktarımda değişiklik oldu | | | | | |
| 14)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra diyet yapmaya başladım | | | | | |
| 15)hastalığımı öğrendikten sonra sigara içmeyi azalttım | | | | | |
| 16)Kendimi iyi hissettiğimde ilaçlarımı kullanmayı bırakıyorum | | | | | |

4.KISIM

MORİSKY UYUM SKALASI

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

Lütfen doğru cevabı yuvarlak içine alınız

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

8.2. Eğitim Sonrası Anket Formu

Primer Hipertansiyon Hastalarında Eşlerin Tedavideki Rolü ve Uyum Düzeyleri Üzerine Etkisi

Bu çalışmada primer hipertansiyon hastalarında eğitimin ve eşlerin ilaç kullanımı, yaşam tarzındaki değişiklik ve uyum düzeyleri üzerine etkisini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Kimliğiniz ve hastalığınız ile ilgili bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler çalışma amacı dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.

Dr.Sümeyya Havva KOKAÇYA
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Hastanın Adı-soyadı:

Dosya no:

Yaş:

1)ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ? 1) Evet sürekli kullanıyoru 2) Hayır
kullanmıyorum

CEVABINIZ EVET İSE NE KADAR?..... NE SIKLIKTA?.....

2)SİGARA KULLANIM DURUMU

HAYATINIZDA 100 ADETTE FAZLA SİGARA KULLANDINIZ MI? 1) Evet 2) Hayır

A)HİÇ İÇMEMİŞ.....

B)BIRAKMIŞ.....yıldır içmiyor,.....yıl.....paket/gün içmiş

C)İÇİYOR.....yıl.....paket/gün

3) EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ ? 1) Evet yapıyorum Egzersiz tipi-sıklık-süresi :
2)Hayır hiç yapmıyorum

4) TANSİYONUNUZU ÖLÇTÜRÜYOR MUSUNUZ? 1)Evet 2)Hayır

5) NE SIKLIKTA TANSİYONUNUZU ÖLÇTÜRÜYORSUNUZ?

1)Günde 2-3 defa 2)Hergün 3)Haftada bir 4)Ayda bir 5)Sadece kendimi kötü
hissettiğimde

6) EVDE TANSİYON ALETİNİZ VAR MI? 1)Evet 2)Hayır

7)KENDİNİZ TANSİYONUNUZU ÖLÇÜYOR MUSUNUZ? 1)Evet 2)Hayır

8)KENDİNİZ TANSİYONUNUZU NE SIKLIKLA ÖLÇÜYORSUNUZ?

1)Günde 2-3 defa 2)Hergün 3)Haftada bir 4)Ayda bir

5)Sadece kendimi kötü hissettiğimde

9)SİZCE NORMAL SİSTOLİK VE DİASTOLİK TANSİYON DEĞERLERİ NEDİR?.....

LABORATUVAR: SKB/DKB: / KG: kg BOY: cm

AKŞ: TOT KOL: HDL: LDL:

TRİGLİSERİT:

FRAMİNGHAM RİSK SKORU:.....

2.KISIM

1)HASTALIĞINIZDA EŞİNİZİN DESTEĞİ NASIL?

- 1)Mükemmel 2)Çok iyi 3)İyi 4)Orta 5)Biraz
6)Hiç

2)EŞİNİZİN HASTALIĞINIZLA İLGİLİ AŞAĞIDAKİ KONULARDA DESTEĞİ NASIL?(ÇOK İYİ:5 İYİ:4 ORTA:3 AZ:2 HİÇ:1)

| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| A)EGZERSİZ YAPMAYA TEŞVİK | | | | | |
| B)DİYET YAPMAYA TEŞVİK | | | | | |
| C)İLAÇLARI DÜZENLİ KULLANMA | | | | | |
| D)TUZU AZALTMAYA YÖNELİK TEŞVİK | | | | | |
| 5)DÜZENLİ DOKTOR KONTROLLERİNE GİTME | | | | | |

3)EŞİNİZ YEMEĞİ PİŞİRİRKEN TUZ ATAR MI? 1) Evet 2) Hayır

4)HASTALIĞINIZI ÖĞRENDİKTEN SONRA TUZ KULLANMA ALIŞKANLIĞINIZDA DEĞİŞİKLİK OLDU MU?

1)Tuz kullanma miktarını arttırdım 2)Miktarı azalttım 3)Herzamanki gibi kullanıyorum 4)Bilmiyorum

5)GÜNLÜK TUZ TÜKETİMİNİZ YAKLASIK NE KADAR ? 1)Bir Çay kaşığı 2) Bir tatlı kaşığı
3)Daha fazla

6)TUZLU GIDALARDAN NELERİ SIK TÜKETİRSİNİZ?

Zeytin..... adet/gün Sucuk..... Kez/ay Diğer.....

Peynir..... kalıp/ay Turşu..... Kez/ay

7)HANGİ TÜR EKMEK YERSİNİZ?

1)Fırın ekmeği 2)Köy ekmeği 3)kepekli ekmek 4)Diğer.....

8)YEMEĞİN TUZUNA BAKMADAN TUZ ATAR MISINIZ?

1)Evet 2)Hayır

3. KISIM

Aşağıdaki ifadelere 1-5 arası bir puan verin

1:kesinlikle katılmıyorum **2:**katılmıyorum **3:**kararsızım **4:**katılıyorum **5:** kesinlikle katılıyorum

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1)Tansiyon ilaçlarının etkisiz olduklarını düşünüyorum | | | | | |
| 2)Doktorum hastalığım ile ilgili beni bilgilendiriyor | | | | | |
| 3)İlaçların yan etkisi beni korkutuyor | | | | | |
| 4)İlaçlarımı içmeyi unutuyorum | | | | | |
| 5)Tansiyonumun sürekli yüksek olmamasından dolayı ilaçları kullanmayı gereksiz görüyorum | | | | | |
| 6)Kronik birçok hastalığım olduğundan çok ilaç içmekten sıkıldım | | | | | |
| 7)İlaçların bağımlılık yapabileceği endişem var | | | | | |
| 8)Bitkisel yöntemlerle tansiyonum yükseldiğinde düşürüyorum | | | | | |
| 9)İlaçlarımı hergün almalıyım | | | | | |
| 10)Egzersiz hipertansiyona faydalı olduğunu düşünüyorum | | | | | |
| 11)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra egzersize başladım | | | | | |
| 12)Hipertansiyon hastalığının ciddi bir hastalık olduğunu düşünüyorum | | | | | |
| 13)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra alkol içme miktarımda değişiklik oldu | | | | | |
| 14)Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra diyet yapmaya başladım | | | | | |
| 15)hastalığımı öğrendikten sonra sigara içmeyi azalttım | | | | | |
| 16)Kendimi iyi hissettiğimde ilaçlarımı kullanmayı bırakıyorum | | | | | |

4.KISIM

MORİSKY UYUM SKALASI

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

Lütfen doğru cevabı yuvarlak içine alınız

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

8.3. Eşlere Gönderilen Mesajlar

- 1.sağlıklı bir yaşam için Eşinizin hareketli yaşamasını sağlayın. Örneğin taşıt daha az kullanın
- 2.Tansiyon ilaçları bağımlılık yapmaz. Eşinizin düzenli ilaç kullanmasını teşvik edin
- 3.Eşinizin sigara bırakmasına destek olun
- 4.Sofraya tuz koymayın
- 5.Eşinizin sağlığı için Yemeği pişirirken tuz koymayın
- 6.Günlük en az 30 dk yürüyüş yapın
- 7.Hergün sebze meyve yiyin
- 8.Eşinizi alkolden uzak tutmaya çalışın
- 9.Eşiniz günlük 2 kadehten fazla alkol almasın. Mümkünse bıraksın
- 10.Eşiniz Stresli ve gergin olduğunda tansiyonu daha fazla yükselecek
- 11.İşlenmiş ve hızlı tüketilen (fast food) gıdaları kısıtlayın
- 12.Gıdaları tuz yerine taze ot, limon suyu veya sirke ile tatlandırın
- 13.Tansiyon hastaları İlaçlarını hekiminin önerdiği şekilde düzenli olarak almalı
- 14.Eşiniz Tansiyonunu hergün aynı saatte (sabah kalkınca ve akşam)dinlenmiş durumda ölçsün
- 15.Kan basıncı kontrol altına alınca veya hastanın yakınmaları ortadan kalkınca ilaç tedavisi bırakılmamalı
- 16.Birçok hastada mevcut olan ‘vücut ilaca alışır, ilaç yan etki yapar,ilaç bağımlılık yapar’ gibi düşünceler yanlıştır
- 17.Yaşam tarzı değişikliği ilaç kadar tedavide önemli. Temel noktalar;tuzu azalt,kilo ver,egzersiz yap,sigarayı bırak,alkolü azalt.
- 18.Günlük tuz tüketimi 5-6 gr olmalı (1 çay kaşığı). Sadece beyaz ekmekten aldığımız tuz miktarı 7.2 dir.
- 19.Tansiyon hastalığı tedavi edilmezse inme,felç,beyin kanaması,kalp krizi,körlük ,kalp yetmezliği ve hatta ani ölüme neden olabilir
- 20.Kırmızı eti azaltın,haftada 2 kez balık yiyin

21.Öğünlerinizde potasyum içeren ıspanak,mercimek,kuru fasülye, kuru kayısı gibi yiyecekler tüketin.

22.Salçasız yemek yemelisiniz.Turşudan uzak durmayı unutmayın

23.Yapılan araştırmalara göre tek başına aerobik egzersiz yaparak kan basıncında 10 puanlık bir düşüş elde edebilirsiniz

24.Kilonuzu olması gereken hizaya getirirseniz kan basıncında 10-29 puanlık bir düşüş olabilir

25. Düzenli hekim kontrollerine gitmeyi unutmayın.



8.4. Hastalara Verilen Eğitim Kitapçığı



9. ÖZGEÇMİŞ

Dr Sümeyya Havva KOKAÇYA, 09.04.1984 tarihinde Adıyaman' da doğdu. İlköğretim okulunu Cumhuriyet İlkokulu'nda, ortaokul Adıyaman Anadolu Lisesi'nde ve lisei Adıyaman Özel Açık Kolejinde okumuştur. 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi' ni bitirmiştir. 2009 yılında Gaziantep Sağlıkçılar Sağlık Ocağında 3 ay çalıştıktan sonra istifa etmiştir.2011-2014 yılları arasında çeşitli anabilimdallarında asistanlık yapıp 05.10.2014 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı' nda uzmanlık eğitimine başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.





T. C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
HİPERTANSİYON
HASTA BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ



Hazırlayan: Dr . Sümeyya Havva KOKAÇYA

HİPERTANSİYON HASTALARINDA YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ VE EĞİTİM

Dünyada 1.5 milyar insanda hipertansiyon vardır ve her yıl 7 milyon kişi hipertansiyon yüzünden ölmektedir. Hipertansiyon tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülen bir hastalıktır. Hipertansiyon hastalarının tedavisinde birincil amaç hastalıkların morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Hipertansiyon uzun süre herhangi bir şikayet yapmadan sessiz seyrettikten sonra önemli hastalıklara ve komplikasyonlara neden olmaktadır. Ayrıca kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı, erken ölüm ile ilişkili olup sağlık ve ekonomi alanında önemli bir yük oluşturmaktadır. Bununla birlikte hipertansiyon önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.

YÜKSEK KAN BASINCI (HİPERTANSİYON) NE DEMEKTİR?

Farklı iki günde en az iki kez yapılan ölçümlerde 18 yaşını geçmiş erişkin bir bireyde büyük tansiyonun 140 mm Hg (civa basıncı) ve üzerinde ya da küçük tansiyonun 90 mm Hg ve üzerinde olmasına hipertansiyon (yüksek tansiyon) adı verilmektedir. Kan basıncı için normal değerler büyük tansiyonun 120 mm Hg'nin, küçük tansiyonun ise 80 mm Hg'nin altında olmasıdır. Büyük tansiyonu 120-139 mm Hg, küçük tansiyonu 80-89 mm Hg arasında ölçülen kişiler yüksek tansiyon gelişimi için adaydırlar ve ileride yüksek tansiyon gelişmemesi için hekimleri tarafından önerilen sağlıklı beslenme, sigarayı bırakma, egzersiz yapma, kilolu ise kilo verme gibi bazı tedbirleri almaları gerekmektedir. Yaşı ≥ 80 olanlarda sistolik KB'nin 150 mmHg'ye kadar kabul edilebilir olduğu bildirilmektedir.(1)



YÜKSEK TANSİYON GÖRÜLME SIKLIĞI NEDİR?

Ülkemizde 18 yaş üstü her 3 kişiden biri hipertansiyon hastasıdır. Yaşla birlikte hipertansiyon görülme olasılığı artmaktadır. 60 yaşından sonra her 10 kişiden yedisi , 70 yaşından sonra her 10 kişinin 7-8 inin hipertansiyon hastalığı vardır. 55-60 yaşına gelen bir kişide bu yaştan sonra tansiyon hastalığı çıkma olasılığı %80-90 arasında değişmektedir.

TANSİYON HASTALIĞININ TANISI NASIL KONULMAKTADIR?

Her doktora gidildiğinde mutlaka tansiyon ölçülmelidir. Siz rahatken yapılan ölçümlerde büyük tansiyonunuzun 140 veya küçük tansiyonunuzun 90 ın üstünde olması tansiyon hastalığınız olabileceğini işaret etmektedir. Doktorunuzun iki kez farklı günlerde yaptığı ölçümlerde yüksek tansiyonunuz 140 üstünde veya küçük tansiyonunuz 90ın üzerindeyse tansiyon hastalığını tanısı konulur. Evde doktorunuza 2. Kez gidene kadar düzenli bir şekilde tansiyonuzu ölçtürüp bir yere kaydederek götürmeniz tanınız da faydası olacaktır.

YÜKSEK TANSİYON İÇİN RİSKLER NELERDİR?

Birçok risk faktörü bulunmaktadır.

1.Yaş: Yaş artıkça hipertansiyon hastalığı görülme sıklığı artmaktadır.

2.Cinsiyet:50 yaş altında erkeklerde daha sıktır. 50-55 yaş arasında her iki cinsiyette de görülme sıklığı eşitlenmektedir. 55 yaşından sonra kadınlarda daha sık görülmektedir.

3. Kalıtım: Yüksek tansiyonlu kişilerin yaklaşık % 60'ında ailede de tansiyon yüksekliği söz konusudur.

4. Bel çevresi: Şişmanlığın diğer bir ölçütü bel çevresidir. Şişmanların yaklaşık % 40'ında yüksek tansiyon görülmektedir. Genç hastaların yaklaşık üçte biri şişmandır. Güncel kılavuzlarda, sağlıklı bel çevresi ülkemizin de içinde yer aldığı Akdeniz ülkeleri için kadınlarda 80 cm, erkeklerde 94 cm olarak tanımlanmıştır.

| BEDEN KİTLE İNDEKSİ - | |
|-----------------------|--------------------|
| 18.5'den az | Zayıfsınız |
| 18.5-24.9 arasında | Normal kilolusunuz |
| 25-29.9 arasında | Fazla kilolusunuz |
| 30-39.9 arasında | Şişmansınız |
| 40'ın üzerinde | Aşırı şişmansınız |

5. Şeker hastalığı: Şeker hastalarında yüksek tansiyona çok sık rastlanır.

6.Aşırı tuz tüketimi: Yüksek tansiyona yol açan nedenlerden biridir.

7. Fiziksel aktivitelerin azlığı: Yüksek tansiyon görülme olasılığı artırır.

8.Alkol tüketimi: Fazla miktarda ve düzenli alkol kullananlarda yüksek tansiyon görülme sıklığı artar.

9.Stres: Yüksek tansiyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir.

10.Irk: Siyah ırk da daha sık gözüktür.

KAN BASINCINDAKİ YÜKSELMELERİN NEDENİ NEDİR?

Hastaların % 90-95'inde yüksek tansiyona neden olabilecek altta yatan başka bir hastalık yoktur. Bunlara primer (birincil) hipertansiyon denir. Geri kalan % 5-10 hastada yüksek tansiyon bir nedene ya da hastalığa ikincil olarak ortaya çıkmıştır. Buna da sekonder (ikincil) hipertansiyon adı verilir.

En sık rastlanan ikincil hipertansiyon nedenleri şunlardır:

- Çok tuzlu gıdaların tüketilmesi (özellikle tuza hassas kişilerde)
- Böbrek hastalıkları
- Böbrek üstü (adrenal) bezlerinin hastalıkları
- Böbrek damarlarının daralması
- Doğuştan büyük atar damarın (aortun) bir bölümünün dar olması (aort koarktasyonu)
- Tiroid bezi hastalıkları (Hipertiroidi, hipotiroidi)

Bu problemlerin çoğu girişimsel yöntemlerle veya ilaç tedavisi ile çözümlenebilir. Örneğin, böbrek damarlarına giden atar damardaki darlık, balonla açılabilir veya cerrahi olarak düzeltilebilir. Hipertiroidi ya da hipotiroidi ilaç tedavisiyle ortadan kaldırılabilir. Bu nedenle, özellikle kan basıncı yüksekliği ilk olarak tesbit edildiğinde hekimler detaylı bir öykü ve fizik muayene sonrasında bazı laboratuvar tetkikleri isterler. Bazen de özel testlere gerek duyabilirler.

KAN BASINCININ YÜKSEK OLDUĞU HİSSEDİLEBİLİR Mİ?

Bu sorunun cevabı genellikle hayırdır. Gerçekten hipertansiyonlu birçok kişi yüksek tansiyonlu olduklarını bilmeden yaşarlar ve bunun tehlikeli sonuçlarıyla karşılaşır. Bilinmesi için tek yol belirli aralıklarla kan basıncını ölçtürmektir. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde şu belirtiler bulunabilir: Baş dönmesi, baş ağrısı (genellikle kafa arkası ve ensede), çabuk yorulma, nefes darlığı, görme bozuklukları, göğüste ağrı, burun kanaması, kulak çınlaması, çarpıntı, kafada ağırlık hissi, göz kanamaları. Bu belirtiler başka hastalarda da görülebildiğinden hipertansiyona özgü değildirler.

YÜKSEK TANSİYON HASTALIĞININ TEDAVİSİ NEDİR?

Tedavi 2 unsurdan oluşmaktadır.

- 1.Yaşam tarzı değişikliği
2. İlaçlar

*****YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİNDE NE YAPACAĞIZ?**

1.İDEAL KİLODA OLUN!!!!

Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde erişkin popülasyonun %64,9'unun normal vücut ağırlığının üzerinde olduğu (%34.6 fazla kilolu, %30.3 obez) bildirilmektedir. Aşırı kilolu iseniz veya şişmansanız mutlaka kilo verin ve/veya en azından kilonuzun en az %5–10'u kadarını verin.

2.TUZ KULLANIMINIZI AZALTIN!!!!

Günlük tuz alımınızı 5-6 gr indirin. 1 çay kaşığı tuz yaklaşık 5 gr kadardır. Sofralarınıza tuzluk koymayın. Tuzlu yiyeceklerden kaçının. Yiyeceklerin çoğunda tabii tuz bulunur. Et, balık, yumurta ve sütte sodyum oranı yüksektir. Bitkisel yiyeceklerde ise azdır. Hazır yiyeceklerde de tuz oranı yüksektir. Hipertansiyonlu kişilerde tuz alımının azaltılması ile KB daha kolay kontrol altına girer. Bunu sağlamak için aşırı tuz içeren salamura gıdalar, zeytin, turşu gibi yiyecekler yenmemeli, salata tuzsuz yenmeli, pişirmede katılan tuz azaltılmalıdır. Çeşni verici baharatlar kullanılabilir. Tam tuzsuz bir diyet tavsiye edilmemektedir.



3.SAĞLIKLI BESLENİN!!!!

Sağlıklı beslenmek her zaman çok iyidir. Öncelikle, öğün atlamayın. Unutmayın, sağlıklı bir yaşam biçimi düzenliyoruz, diyet yapmıyoruz! Bu yüzden, günde üç iyi öğün yiyin. Birkaç makul öneri:

- 1) Porsiyonları azaltmaya çalışın.
- 2) Yavaş yiyin ve vücudunuzu dinleyin. Hızlı yerseniz fazla kaçırabilirsiniz.
- 3) Besin etiketlerini okuyun ve düşük tuzlu olanları tercih edin.
- 4) Bisküvi, kahvaltılık gevrek, kek, ekmek, pizza ve hamburger gibi hazır ve işlenmiş gıdaları kısıtlayın.
- 5) Çabuk tüketilen, işlenmiş ve aşırı yağ, rafine şeker ve tuz içeren yiyeceklerin tüketiminden kaçınılmalıdır.

Hipertansiyon hastalarının beslenmesinde ağırlıklı olarak sebze ve meyve, az yağlı besinler, tam tahıl, sebze kaynaklı protein ve haftada en az iki kez balık yer almalıdır.



4.SİGARAYI BIRAKIN!!!!

Sigarayı kullanmayın! Eğer kullanıyorsanız en kısa zamanda bırakın. Sigara bırakılması kardiyovasküler hastalık riskini azaltır. Az kullanmanın hiç kullanmamaktan daha kötü olduğunu unutmayın.



5. ALKOLÜ AZALTIN!!!!

Tansiyon hastalarının alkol kullanması önerilmez. Eğer kullanılıyorsanız erkeklerde 2 kadehten, kadınlarda 1 kadehten fazlasını kullanmayın.

6.DÜZENLİ EGZERSİZ YAPIN!!!!

Genel olarak haftada 5 gün 30 dk dan az olmamak şartıyla düzenli aktivite veya spor yapın.

Hafif tempolu yürüyüş, yüzme, aerobik olabilir. En yararlı egzersiz şekli haftada en az 5 gün, günde 20-30 dakikalık tempolu yürüyüşlerdir. Bu yürüyüşler düz yolda, temiz havada yapılmalı, soğuk ve ayaz varsa ağız

ve burun atkıyla kapatılmalıdır. Masa başı yapıyorsanız saat başı kalkıp germe hareketleri yapın.



7.STRESDEN UZAK DURUN!!!!

Stresli ve gerginseniz tansiyonunuz daha çok yükselecektir. Daha relax olun. Gevşeme egzersizleri yapabilirsiniz. Yoga, psikoterapi, meditasyon, tatil sizin stresli yaşamınızı olumlu etkileyecektir. Müzik dinleyin.

*****İLAÇ KULLANIMI**

1-İLAÇ KULLANIRKEN NELERE DİKKAT EDİLMELİDİR?

Hekiminiz her hastaya uygun tansiyon ilacı reçete etmektedir. Hekiminizin size önerdiği tansiyon ilacını onun tavsiye ettiği şekilde hergün düzenli almalısınız. Tansiyon hastalığı süregelen bir hastalık olduğu için ömür boyu ilaçlarınızı almanız gerekmektedir. Ve hayat boyu hekim kontrolünde sürdürülmesi gereken bir durumdur. Bu nedenle tansiyonunuz

normale inince iyi oldum diye ilacı kesmeyiniz. Çünkü tansiyonunuz birkaç gün sonra yeniden yükselecektir.

Herhangi bir yan etki oluştuğu zaman mutlaka hekiminize bildirin. Belki ilacınızı değiştirir. Kendi kafanızdan ilaçlarınızı bırakmayın.

Kan basıncı ölçümlerinizi ilaç alırken de sürdürün.



KAN BASINCI ÖLÇÜLÜRKEN NELERE DİKKAT EDİLMELİDİR?

Kan basıncı ölçülecek olan kişi en az 10 dakika sakin bir ortamda dinlenmiş olmalıdır. Son yarım saat içinde çay, kahve ve sigara içmemiş olmalıdır. Kan basıncı her iki koldan ölçülmelidir. Her iki koldan da en az ikişer dakika ara ile ikişer ölçüm alınıp ortalama değer hesaplanmalıdır. Yüksek olan tarafın değeri dikkate alınmalıdır. Ölçüm sırasında kolu sıkı giysiler gevşetilmelidir. Kol alttan desteklenerek kalp hizasında tutulmalıdır. Kan basıncı bu konuda eğitilmiş bir kişi tarafından tekniğine uygun olarak ölçülürse sonuçları çok daha güvenilir olacaktır.



HİPERTANSİYON KONUSUNDAKİ YANLIŞ BİLİNELER NELERDİR?

- *Şikayeti bulunmayan bir kişinin kan basıncı değerlerindeki yükseklikleri önemsememesi
- *Hipertansiyonu bilinen bir kişinin düzenli hekim takibine gitmemesi, düzenli ilaç kullanımını çeşitli nedenlerle aksatması ya da bırakması
- *İlaçların uzun vadede kendisine zarar vereceğini düşünerek ve ilaç kesildiğinde olabilecek olumsuzlukları gözardı ederek ilacını bırakması
- *Başka bir hipertansiyon hastasının ilacını kendisine de iyi geleceğini düşünerek hekime danışmadan alması
- *İlaç tedavisi dışında hipertansiyon kontrolünde ve tedavisinde çok önemli olan sigara ve alkolün bırakılması, hareketli yaşam tarzının

benimsenmesi, kilo verilmesi, sağlıklı beslenme ve tuz kısıtlaması gibi faktörlerin ihmal edilmesi

*Hipertansiyonu kontrol etmek için bilimsel kanıtı bulunmayan çeşitli tedavilerin (örneğin bazı bitkiler) denenmesi

KAYNAKLAR:

- 1.Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich) 2014;16:14–26
- 2.Türkiye Hipertansiyon Derneği
- 3.Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu
- 4.Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği –Hipertansiyon Tedavi kılavuzu ve Yaşam tarzı önerileri
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı- Hipertansiyon ve Egzersiz broşürü

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr Sümeyya Havva KOKAÇYA, 09.04.1984 tarihinde Adıyaman' da doğdu. İlköğretim okulunu Cumhuriyet İlkokulu'nda, ortaokul Adıyaman Anadolu Lisesi'nde ve lisei Adıyaman Özel Açı Kolejinde okumuştur. 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi' ni bitirmiştir. 2009 yılında Gaziantep Sağlıkçılar Sağlık Ocağında 3 ay çalıştıktan sonra istifa etmiştir.2011-2014 yılları arasında çeşitli anabilimdallarında asistanlık yapıp 05.10.2014 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı' nda uzmanlık eğitimine başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.