



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**SAMSUN İLİ ATAĞUM İLÇESİNDE HİPERTANSİYF
YAŞLI BİREYLERDE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DR. GÜLÇİN ELMAS AKINCI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN – 2018



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**SAMSUN İLİ ATAĞUM İLÇESİNDE HİPERTANSİYF
YAŞLI BİREYLERDE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. Gülçin Elmas AKINCI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Cihad DÜNDAR

SAMSUN - 2018

TEŞEKKÜR

Tez çalıŐmalarım sırasında destek ve yardımlarını esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri; tez danışmanım Prof. Dr. Cihad Dündar'a, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Yıldız Pekşen'e, Prof. Dr. Őennur Dabak'a, Prof. Dr. Sevgi Canbaz'a, Prof. Dr. Ahmet Tefvik Sünter'e ve Yrd. Doç. Dr. Özlem Terzi'ye en içten teşekkürlerimi sunarım.



BEYAN

Samsun ili atakum ilçesinde hipertansif bireylerde ilaç tedavisine uyum ve etkileyen faktörler başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



ÖZET

Amaç: Hipertansiyon yaşlı hastalarda görülme sıklığı giderek artan ve önemli sağlık sorunlarına neden olan fakat tedavi edilebilen ve komplikasyonları geciktirilebilen kronik bir hastalıktır. Hastalıkla mücadelede en büyük engellerden biri tedavi uyumsuzluğudur. Çalışmada yaşlı hipertansif bireylerin ilaç uyum sıklığının saptanması ile uyumu etkileyen sosyodemografik ve bilişsel faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Samsun ili Atakum ilçesinde ikamet eden 65 yaş ve üzeri hipertansif bireyler oluşturmaktadır. Minimum örneklem büyüklüğü 331 kişi olarak hesaplanmıştır. Hastaların ilaç uyumunun ve bilişsel durumun değerlendirilmesinde Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği, Standardize ve Modifiye Edilmiş Mini Mental Testler kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya, çoğu kadın (%57,3) olmak üzere, toplam 358 hipertansif yaşlı birey katılmıştır. Araştırma grubundaki bireylerin %10,9'unda ilaç tedavisine uyumsuzluk, %36'sında bilişsel durum bozukluğu saptanmıştır. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, hipertansiyon tanı süresi, görme-ışitme zorluğu yaşama ve bilişsel bozukluğun tedavi uyumunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Sonuçlar: İlaç uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu saptanan bilişsel bozukluk, işitme zorluğu, görme zorluğu gibi belirleyiciler hasta odaklı yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır. İlaça uyumu etkileyen faktörlere yönelik sağlık programları tasarlanmalı ve bilişsel bozukluğu olan hastaları hedef alan etkili stratejiler geliştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon, tedavi uyumu, yaşlı, biliş bozuklukları

ABSTRACT

Objective: Hypertension is one of the most common chronic diseases of which occurrence frequency in elderly patients is increasing and causes major health problems, even though it can be treated and delayed complications. One of the biggest obstacles to the fight against this disease is nonadherence to the treatment. The aim of this study is to determine the medication adherence frequency in hypertensive elderly patients and investigate the sociodemographic and cognitive factors which affect the adherence.

Material and Methods: This descriptive cross-sectional study relies on the data collected from hypertensive elderly -over 65 years- who live in Atakum district of Samsun province. The minimum sampling is calculated as 331 people. “Hypertension Adherence Assesment Scale”, “Standardized” and “Modified Mini-Mental State Examination” were used to assess the adherence to medication and cognitive status of the participants.

Results: A total of 358 hypertensive elderly, most of whom are women (57.3%), are participated in the study. In the study group, 10.9% of the individuals are found to be non-adherence to treatment and 36% had cognitive dysfunction. The study emerges that age, marital status, educational status, duration of hypertension, visual and hearing impairment, and cognitive dysfunction are negative effectors of medication adherence.

Conclusions: The determinants such as cognitive dysfunction, visual and hearing loss, etc., which are associated with medication non-adherence, demonstrate that a patient-centered care approach is required. Healthcare programs should be designed according to the factors which affect medication adherence and effective strategies should be developed for the patients with cognitive dysfunctions.

Key Words: Hypertension, medication adherence, aged, cognitive dysfunction

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR.....	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hipertansiyon Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	5
2.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi.....	8
2.3. Hipertansiyon Tedavisi.....	9
2.3.1. Hipertansiyon tedavisinin amaç ve hedefleri.....	9
2.3.2. Hipertansiyon tedavisinde önerilen davranış değişiklikleri.....	10
2.3.3. Hipertansiyonda korunma.....	11
2.4. Hipertansiyon Tedavisine Uyum.....	14
2.4.1. Hipertansiyon tedavisine uyum ve uyumun epidemiyolojisi.....	14
2.4.2. Hipertansiyon tedavisinde ilaç uyumunun önemi.....	14
2.4.3. İlaç tedavisine uyumun belirlenmesinde kullanılan yöntemler.....	15
2.5. Yaşlı Hastalarda İlaç Uyumsuzluğu ile İlişkili Faktörler.....	16
2.5.1. Sosyodemografik faktörler.....	16
2.5.2. Bilişsel bozukluklar.....	17
2.6. Hasta Uyumunu Artırmanın Yolları.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırma Evreni.....	20
3.2. Araştırma Grubu.....	20
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	21
3.3.1. Sosyodemografik veri formu.....	22
3.3.2. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (AİTUÖ).....	22
3.3.3. Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Eğitimsizler İçin Modifiye Edilmiş Mini Mental Test (MMT-E).....	23
3.4. İstatistiksel Analiz.....	24
4. BULGULAR.....	26
4.1. Araştırma Grubunun Bireysel Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	26

4.2.	Araştırma Grubunun Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi.....	28
4.3.	Araştırma Grubunun İlaç Kullanım Özellikleri	29
4.4.	Araştırma Grubunun Bilişsel Durumunun Değerlendirilmesi	30
4.5.	Araştırma Grubunun Antihipertansif Tedaviye Uyumunun Değerlendirilmesi	31
4.5.1.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun bireysel özelliklere ve zararlı alışkanlıklara göre değerlendirilmesi.....	31
4.5.2.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun sağlık durumuna göre değerlendirilmesi	33
4.5.3.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun bilişsel duruma göre değerlendirilmesi	34
4.5.4.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumda etkili olan faktörlerin değerlendirilmesi	35
5.	TARTIŞMA	37
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
7.	KAYNAKLAR	44
8.	EKLER..	55

KISALTMALAR

ACE	Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AİTUÖ	Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
CDC	Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi
CHEP	Kanada Hipertansiyon Eğitim Programı
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DALY	Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılları
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	Avrupa Hipertansiyon Derneği
İBBS	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
MMT-E	Eğitimsizler için Modifiye Edilmiş Mini Mental Test
RAS	Angiotensin Sistem Aktivasyonu
SMMT	Standartize Mini Mental Test
SKB	Sistolik Kan Basıncı
TEKHARF	Türkiye Kronik Hastalık Risk Faktörleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1.	Kayıtlı olunan aile sağlığı merkezleri ve cinsiyet dağılımı	26
Tablo 2.	Sosyodemografik özelliklerin dağılımı (n=358)	27
Tablo 3.	Sigara ve alkol kullanımının cinsiyete göre dağılımı	28
Tablo 4.	Bilişsel durumun cinsiyete göre dağılımı	30
Tablo 5.	Bilişsel durumun yaş gruplarına göre dağılımı	30
Tablo 6.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun cinsiyete göre dağılımı	31
Tablo 7.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	32
Tablo 8.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun sigara ve alkol kullanım alışkanlıklarına göre dağılımı	33
Tablo 9.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun görme ve duymada zorluk yaşama durumuna ilişkin özelliklere göre dağılımı	34
Tablo 10.	Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun bilişsel duruma göre dağılımı ...	34
Tablo 11.	Araştırma grubunda antihipertansif ilaç tedavisine uyumu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi	36

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sistolik kan basıncı (SKB)'nin 140 mm Hg, diyastolik kan basıncı (DKB)'nin 90 mm Hg üzerinde olması olarak kabul edilen hipertansiyon, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre gelişmiş ülkelerde önlenebilir mortalitenin en yaygın sebebidir (1-3). 2008'de 1 milyar olan hipertansif birey sayısının 2025'te 1,5 milyara ulaşacağı öngörülmektedir (4, 5). DSÖ raporlarına göre 2010 yılında hipertansiyonun 9,4 milyon ölüme ve hastalık yükünün %7'sine neden olduğu bildirilmiştir (4). Orta ve düşük gelirli ülkelerde 50 yaş ve üzeri bireylerde toplam hipertansiyon prevalansı %52,9 bulunmuştur (6). Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers For Disease Control and Prevention – CDC)'nin yayınladığı raporlara göre Amerika'daki yetişkin bireylerin üçte biri, yani yaklaşık 75 milyon kişi, yüksek kan basıncına sahiptir ve bunların sadece yarısı kontrol altındadır (7). Hipertansiyon %24'lük bir sıklık ile ülkemiz için de önemli bir halk sağlığı sorunudur (5).

Hipertansiyon yaşla birlikte artış gösteren kronik bir hastalıktır (1, 4). Kan basıncının yüksek olması, genç erişkinlikten ileri yaş gruplarına kardiyovasküler morbidite ve mortalite ile kuvvetli ve doğrudan ilişkilidir (8). Hipertansiyonda kan basıncının düşürülmesi ile yaşlı bireyler de dâhil, hastalığa bağlı iskemik kalp hastalıkları ve inme gibi morbidite ve mortalite riskleri azalmaktadır (9). Altmış beş yaş ve üstü bireyler sıklıkla hipertansiyon hastalığı ile mücadele etmektedirler (8, 9).

Ülkemizde, yaşam süresinin artmasıyla birlikte giderek artan altmış beş yaş üstü bireylerde hipertansiyon sıklığı %68 olarak saptanmıştır (5). Hipertansiyon tanısı ve tedavisi ile birçok yönü genç ve yaşlı hastalarda benzer olmakla birlikte, yaşlılara özgü ve yaşlıları tedavi ederken dikkat gerektiren pek çok ilgili konu bulunmaktadır (8, 10, 11). Bu konulara örnek olarak, yaşlı bireyler artan hastalık yükü nedeniyle birden fazla ilaç kullanmakta, genç bireylerden daha fazla unutkanlık yaşamakta, ilaç-ilaç etkileşimlerinden ve ilaç yan etkilerinden daha fazla etkilenmektedirler (10, 11).

Çok fazla tuz ve yağ içeren yiyecek tüketimi, yeterince meyve ve sebze tüketmeme, zararlı alkol tüketimi, sedanter yaşam hipertansiyona zemin hazırlayan davranışsal risk

faktörleridir; bununla birlikte bu davranışsal faktörlere zemin hazırlayan sosyoekonomik faktörler de bulunmaktadır (5, 12).

Ulusal ve uluslararası kılavuzlar kan basıncının kontrol edilmesinde yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisine uyumun önemini vurgulamaktadır (13, 14). Tedaviye uyum; hastanın ilaç alma, randevulara gelme, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine uyma derecesi olarak tanımlanır (15, 16). İlaç tedavisine uyum ise reçete edilen ilacı alma olarak tanımlansa da ilaca devam etme ve reçetelenenden fazla ilaç almamayı da içermektedir (10, 17).

İlaç tedavisine uyumsuzluk hastalığın tedavi edilememesine ve uygun olmayan klinik sonuçlara neden olarak yaşam kalitesinde bozulmaya ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (18-21). Tüm dünyada ve ülkemizde kan basıncı kontrolünün %25'in üzerine çıkarılamamasında rol oynayan en önemli faktörlerden biri hastanın ilaç tedavisine uyumsuz olması olarak belirtilmektedir (5, 22).

Kronik bir hastalığı olan bireylerde ilaç uyumsuzluğu %30 - %60 arasında değişmektedir (20, 23, 24). İlaç uyumsuzluğunun nedenleri arasında sosyodemografik özellikler ile birlikte bilişsel yetersizlikler, ilacın hastalığı tedavi edeceğine dair inancı olmadığı için ilacı kullanmayı reddetme, ilacın istenmeyen etkilerinin olması ve maliyet endişesi gibi birçok faktör bulunmaktadır (25).

Yaşlı bireylerde ilaç uyumsuzluğu sık görülmektedir ve bilişsel kayıp ya da fiziksel yetersizlik nedeniyle bireyler istemeden ilaç alımında başarısızlık gösterebilmektedirler (11, 25, 26). Yaşlı hastalardaki bilişsel kayıplar ilaç uyumu için önemli bir bariyerdir ve bu bireyler, ilaç uyumu ile ilgili daha genel sorunlar yaşama riski taşımaktadır (27, 28). İlaç tedavisine uyum ilacı yazdırma, ilacın kullanma şeklini anlama ve ilaç alma zamanına uyma gibi bilişsel yetenekler gerektirir; bilişsel bozukluğu olan hastalarda buna benzer birçok görevi yerine getirmekte zorlanma olmaktadır (26, 29). Bu görevler sözel bellek, çalışma belleği, işlem hızı ve muhakeme gerektirir; bunların bazıları veya hepsinin bilişsel bozuklukları olan yaşlı bireylerde bozulması beklenmektedir (26).

Bilişsel fonksiyonu bozuk olan hastalarda ilaç uyumunun kötü olması, hasta bakıcıları, bakım ekipleri ve sağlık sistemi sunucuları da dâhil olmak üzere birçok paydaşı etkilemektedir (26). Bilişsel bozukluğu olan kişilerin bakıcılarında ilaca uyumun önemi hakkında farkındalık yaratmanın ilaç uyumu üzerinde yararlı bir etkisi olduğu bilinmektedir (27). Bununla birlikte, bilişsel bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ile ilgili bir bilgiler kısıtlıdır. İlaç uyumsuzluğunun yaygınlığı, uyumdaki engeller ve uyumsuzlukla ilişkili kolaylaştırıcılar; hasta veya bakıcılarda uyumu arttıracak yöntemler ve uyumun artırılmasına yönelik mevcut yöntemlerin etkililiği hakkında literatür bilgisine gereksinim vardır (26).

Araştırmalarda ilaç uyumunun iyileştirilmesinin klinik sonuçlar üzerinde tedavideki ilerlemelerden çok daha büyük bir etkiye sahip olabileceği görülmektedir (30). Bu nedenle, ilaç uyumunu doğru ölçmek ve iyileştirmek, araştırmacılar ve sağlık hizmeti sunucuları için büyük önem taşımaktadır. Tedavi uyumu ile kan basıncı kontrolünün sağlanmasıyla birlikte, hipertansif yaşlı bireylerin, ölüm oranları azalacak ve sağlıklı geçirilen yaşam süresi artacaktır (22).

İlaç uyumunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi, reçete edilen ilacın etkinliğini ortaya koymayı amaçlayan bir müdahalenin başarısını belirlemek için önemlidir (19). Ancak hasta düzeyinde elde edilen verilerin eksikliği göz önüne alındığında, araştırmalarda elde edilen sonuçlar, tedaviye uyumun sorgulanmadığını göstermektedir (31).

Yaşlı hipertansif bireylerin tedavisi ile ilgili pek çok öneri, mevcut sınırlı kanıt nedeniyle uzman görüşüne dayanmaktadır (8). Hekimlere göre birinci basamakta kronik hastalıkların yönetimi konusunda hizmet sunmada en önemli güçlük hastaların ilaç (%61) ve ilaç dışı tedavilere (%25) uyum göstermemesidir (5).

Genellikle belirti vermeden seyreden, ölümcül birçok hastalığa sebep olan, tedavi başlandıktan sonra sürekli kontrol edilmesi gereken hipertansiyon, özellikle yaşlı bireylerde bilişsel bozukluklar ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tedavi uyumsuzluğu ile birlikte görülebilmektedir. Bu çalışmada hipertansiyon tedavisine

uyum gösteren yaşı bireylerin sıklığının saptanması ile uyumu etkileyen sosyodemografik ve bilişsel faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon Tanımı ve Epidemiyolojisi

Sistolik kan basıncının 140 mm Hg, diyastolik kan basıncının 90 mm Hg'nın üzerinde bulunması hipertansiyon hastalığı olarak tanımlanır (4, 32). Dünyada ve Türkiye'de her 5 kişiden biri hipertansiyondan etkilenmektedir (4, 5). Hipertansiyon, günümüzde dünya çapında yaklaşık 1 milyar insanı etkilemektedir ve bu rakamın artan obezite sıklığı ve uzayan yaşam süresiyle ilişkili olarak 2025 yılında 1,5 milyara çıkacağı öngörülmektedir (33).

Hipertansiyon sık görülen, oluşturduğu komplikasyonlar ile iş gücü kaybına neden olan ve tedavi edilmediğinde sıklıkla kardiyovasküler hastalıklara, böbrek hastalıklarına ve inmeye neden olan küresel bir halk sağlığı sorunudur (4, 8). Dünya üzerinde ölümlerin üçte biri (yılda yaklaşık 17 milyon) kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir (34). Son on yılda hipertansiyon nedeni ile oluşan ölümler artmıştır ve hipertansiyona bağlı hastalık yükünün %7'sine neden olmaktadır (4, 35).

Hipertansif hastaların sıklığının artması, dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte sağlıksız beslenme, alkolün zararlı kullanımı, tütün kullanımı ve fiziksel hareketsizlik gibi değiştirilebilir davranışsal risk faktörlerine bağlanmaktadır; sosyoekonomik faktörler de hastalık yüküne katkıda bulunmaktadır (35).

Hipertansiyon risk faktörleri:

a) Sigara kullanımı: Tek başına sigaranın neden olduğu hastalıklar en önemli engellenebilir hastalık ve erken ölüm nedenidir (12). Sigaranın kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları ve kanser gelişimi ile ilgili etkisi çok iyi bilinmektedir (12, 36). Bununla birlikte sigara içme ile birlikte beslenme, çevre kirliliği, radyasyon ve şişmanlık gibi diğer etkenler de göz önünde bulundurulmalıdır (36). Türkiye Kronik Hastalık Risk Faktörleri (TEKHARF) 2011 çalışmasında 65-74 yaş sigara kullanma

sıklığı erkeklerde %20,4; kadınlarda %3,3 olarak bulunmuştur (5). Sigara içme ileri yaşlarda azalmakla birlikte, en fazla sigara bırakma oranları kadınlarda 45 ve üzeri, erkeklerde 55 ve üzeri yaşlardadır (5). Sigarayı bırakanlarda sigara içenlere göre metabolik sendrom, diyabet, koroner kalp hastalığı ve ölüm riskinin daha fazla olduğunu saptayan çalışmalar bulunmaktadır (36-38). Yanı sıra günde ondan fazla sigara içmenin göbeklilikten koruduğu ve açlık insülin düzeylerini azaltma etkisinin olduğu sonuçların da değerlendirilmesi gerekmektedir (36-38). Halk sağlığını yakından ilgilendiren sigara kullanımı ile mücadele hızlı sonuç alınabilen bir süreç değildir. Sigara içme sıklığının izlenmesi sağlık politikalarının üretiminde gerekli olmaktadır. Bu nedenle yasal, ekonomik, sosyal alanlardaki önlemlerle çok yönlü olarak bu çabanın sürdürülmesi gerekmektedir.

b) Fiziksel aktivite: Toplumda yetersiz fiziksel aktivite önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ tahminlerine göre dünyada gerçekleşen ölümlerin %1,9'u, hastalık yükünün 19 milyon Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability-Adjusted Life Year - DALY) yetersiz fiziksel aktivite nedeniyle olmaktadır. Dünyada meme kanseri, kolon-rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının %10-16'sından, iskemik kalp hastalıklarının %22'sinden yetersiz fiziksel aktivite sorumlu tutulmaktadır (5). DSÖ varsayımlarına göre Türkiye'de hastalık yükünün %8-16'sı insanların yetersiz fiziksel aktivitesine bağlıdır (39). Türkiye Kronik Hastalık Risk Faktörleri çalışması sonuçlarına göre toplumda sedanter bir şekilde yaşayan bireylerin oranı yaşla birlikte artmakta, kadınlarda fiziksel aktivite düzeyi her yaş grubunda erkeklerden daha düşük bulunmaktadır. Kırsal kesimde kentlerden daha fazla fiziksel aktivite yapılmaktadır (5). Çalışma ortamında yapılan fiziksel aktivite düzeyi, boş zaman ve ev yaşamı aktivite düzeyine göre daha yüksektir, bu da çalışma yaşamından emekliliğe geçen yaşlılardaki yetersiz fiziksel aktiviteyi açıklamaya yardımcı olmaktadır (5). Fiziksel aktivitenin hem vücut ağırlığının kontrolü ile hem de diğer mekanizmalarla kronik hastalık gelişim riskini azalttığı, haftanın en az 5 günü yapılan sadece 30 dakikalık hafif egzersizlerin dahi kardiyovasküler olayları azalttığı bilinmektedir (12). Yine egzersizin sosyal yaşam, duygu durumu ve zihinsel işlevler üzerine olumlu etkileri bildirilmektedir (12).

c) Beslenme: Dünyada sindirim sistemi kanserlerinin yaklaşık %19'u, iskemik kalp hastalıklarının yaklaşık %31'i, inme olgularının yaklaşık %11'inin yetersiz sebze ve meyve tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir (5). Diğer tarafta dünyada her yıl gerçekleşen ölümlerin 2,7 milyonu (%4,9) ve hastalık yükünün 26,7 milyon DALY'si (%1,8) ise aynı sebepten kaynaklanmaktadır (39).

Kalp ve damar hastalıkları ve inme için önemli bir risk faktörünü oluşturan hipertansiyonu kontrol etmek için tuz tüketiminin kısıtlanması önerilmektedir. Tuz tüketiminin mide kanseri, osteoporoz, böbrek hastalıklarının gelişimiyle de yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir (40, 41).

Türkiye Kronik Hastalık Risk Faktörleri çalışma sonuçlarına göre, genç erkek ve kadınların yaklaşık dörtte biri yemeğin tadına bakmadan tuz attığını belirtmiştir (5). Yaşla birlikte bu oran azalarak 65-74 yaş grubunda yaklaşık %10 düzeyine düşmekle birlikte 75 yaş üzerinde tekrar artmaktadır (Erkek ve kadınlar için sırasıyla %17,7 ve %14,1) (5). Tansiyon kontrolünde tuz kısıtlamasının, artmış posa, sebze, meyve ve kalsiyum tüketimi ile birlikte çok daha etkin olduğu gösterilmiştir (12).

d) Alkol tüketimi: DSÖ dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76,3 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu bildirmektedir. Alkol, dünyada küresel hastalık yükünü oluşturan risk faktörleri içinde üçüncü sıradadır (42). Fazla miktarda alkol tüketimi kardiyovasküler hastalıklardan inme ve hipertansiyona neden olmaktadır (5, 43, 44). Günde 30 gramı aşmayan alkol alımının kardiyovasküler hastalık riskini arttırmadığı, bununla birlikte alkolün ılımlı miktarlarda alınmasının bu riski azalttığı gösterilmiştir (44, 45). Bu etkinin alkolün, HDL kolesterol konsantrasyonlarını arttırması ve inflamasyon sürecini etkilemesi nedeniyle ortaya çıktığına ilişkin bulgular mevcuttur (46, 47). Yanı sıra alkolün özellikle şiddet, kaza ve yaralanmalar gibi sosyal etkileri olması da halk sağlığı açısından önemini arttırmaktadır (5). Dünya genelinde alkolün neden olduğu morbidite ve mortalite dünya hastalık yükünün %4,1'ini teşkil etmekte ve sigara ve hipertansiyonun neden olduğu morbidite ve mortaliteye yaklaşmaktadır (12). Kentte alkol kullanma (%14) kırsal alandan (%11) daha fazladır ve alkol kullanım oranı yaşla birlikte azalmaktadır (5).

e) Sosyoekonomik faktörler: Gelir azlığı, eğitim seviyesinin düşük olması, sağlıksız konutlar ve plansız kentleşme gibi sağlığın sosyal belirleyicileri davranışsal risk faktörlerini olumsuz yönde etkileyerek hipertansiyon hastalığının gelişimine etki etmektedir (36). Kentleşme ile değişen yemek alışkanlığı, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı ve alkolün zararlı kullanımı hipertansiyon gelişimini tetiklemektedir (48).

f) Obezite: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 2015'te hazırladığı Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nda obezite kısaca vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (49). Obezite esansiyel hipertansiyonu olan hastalarda artmış kan basıncının en önemli ve önlenebilir nedenlerinden biridir ve obez bireylerde, obez olmayanlara göre hipertansiyon gözlenme olasılığı 3 kat daha fazladır (50-52). Vücut ağırlığının 4,5 kg artması, erkeklerde SKB'nı 4,4 mm Hg, kadınlarda ise 4,2 mm Hg artırmaktadır (53). Çok sayıda çalışma obez bireylerde hipertansiyon oluşmasını sıvı retansiyonu ile açıklamaktadır. Sıvı retansiyonunun insülin direnci, böbrekte yapısal değişiklikler, vasküler değişiklikler, sempatik sinir sistemi, renin-angiotensin sistem (RAS) aktivasyonu ve hipotalamo-hipofizer-adrenal aksındaki değişimlerle ilgili olduğu belirtilmiştir (51, 54-56).

2.2. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığa kronolojik bir sınırlama getirmiş ve 65 yaş üzerini yaşlı olarak kabul etmiştir; 65-74 arası genç yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üzeri bireyler de çok ileri yaşlılık grubunda yer almaktadır (57, 58). 65 yaş, bireylerin işten emekliye ayrıldığı ve bazı sağlıkla ilgili güvencelerden ve sosyal güvencelerden yararlanmaya başladığı dönem olduğu için sosyal ve ekonomik yaşlılığın da başlangıcıdır. 2016 yılında Türkiye'de Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre 65 yaş üzeri nüfus %8,3; kadınlar %9,4, erkekler %7,3 olarak belirlenmiştir (3).

Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri 2010 yılı raporuna göre, ortalama yaşam süresi Türkiye'de 74,6 yıl, dünyada 69,31 yıl olup; 2050 yılında Türkiye'de 78,5'e,

dünyada 75,6 yıla yükselmesi beklenmektedir (59). Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3'e yükselmiştir (3).

Önümüzdeki birkaç on yıl içinde dünya nüfus yapısında hızlı değişimler olacağı tahmin edilmektedir. Yaş yapısındaki en önemli değişim çocuk-yaşlı dengesinde gerçekleşecek ve 2050 yılında tarihte ilk kez yaşlı sayısı, çocuk sayısına ulaşacaktır (60).

Yaşlıların çoğunluğunu fakir, eğitim düzeyi düşük ve yalnız kadınlar oluşturmaktadır. Kentleşme olgusunun en bariz sonuçlarından biri olan geniş aileden çekirdek aileye dönüş, yaşlıların yaşam ve bakım şeklini etkilemektedir (60).

2.3. Hipertansiyon Tedavisi

2.3.1. Hipertansiyon tedavisinin amaç ve hedefleri

Dünya çapında kalp hastalığının ve inmenin en önemli önlenebilir nedeni olan hipertansiyonun erken fark edilmesi kalp krizi, kalp yetmezliği, inme ve böbrek yetmezliği riskini en aza indirmektedir (4, 8, 18, 19).

Yaşlı bireylerde hipertansiyon tedavisi öncelikli olarak yaşam tarzı değişiklikleri önerileri ile başlamaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri alkol tüketiminin azaltılması, kilonun azaltılması, fiziksel egzersiz ve sağlıklı beslenmedir (61).

Araştırmalar kan basıncını düşürmenin sağlık yararlarını sürekli olarak göstermiştir (62-64). Örneğin, SKB'de 10 mm Hg'lik bir düşüş, koroner kalp hastalığında %22'lik, serebrovasküler olaylarda %41'lik ve kardiyometabolik mortalitede %41-46'lık bir azalma ile ilişkilidir (63, 64). Bununla birlikte tedavi planı ve amaçlarının belirlenirken, 160 mm Hg altında olan SKB'nın 10 yıllık ölüm oranını arttırmadığını gösteren araştırma sonucu ile değerlendirilmesi önerilmektedir (36).

Klinik araştırmalar yaşlı hastalarda başarıyla kullanılan beş ilaç sınıfı belirlemiştir. Bunlar Tiyazid diüretikler, Anjiotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) İnhibitörleri, beta blokerler, Anjiotensin Reseptör Blokerleri ve kalsiyum kanal blokerleridir (2).

Antihipertansif ilaç seçimi: 2007 Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon dernekleri (ESH/ESC) kılavuzunda antihipertansif tedaviyle ilgili çok sayıda randomize çalışmalar incelenmiş ve antihipertansif tedavinin temel yararlarının öncelikle kan basıncı düşüşünden kaynaklandığı ve kullanılan ilaçlardan büyük ölçüde bağımsız olduğu sonucuna varılmıştır (1).

Hipertansiyon kılavuzlarındaki tedavi önerileri klinik yargının yerini tutmamaktadır ve bakımla ilgili kararlarda, her bir hastanın klinik özellikleri ve koşullarının dikkatlice düşünümesi ve dâhil edilmesi önerilmektedir (65).

2.3.2. Hipertansiyon tedavisinde önerilen davranış değişiklikleri

Sağlıklı beslenme ve diyetteki tuz alımını azaltma dâhil olmak üzere sağlıklı yaşama yoluyla kan damarlarının yaşlanmasının yavaşlatılabilir fakat kan damarlarının sertleşmesi nedeniyle hipertansiyon riski engellenemez bir şekilde yaşlanmayla birlikte artmaktadır (5).

Bazı insanlar için, tütün kullanımını durdurmak, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapmak ve alkolün zararlı kullanımından kaçınmak gibi yaşam tarzı değişiklikleri tansiyonu kontrol etmek için yeterlidir. Bu değişikliklerin yetersiz kaldığı bireyler ise kan basıncını kontrol etmek için reçeteli ilaçlara gereksinim duyarlar (1). Kan basıncı düzeyi yüksek olan ve ilaç tedavisi gerektiren hastalar da dâhil olmak üzere tüm hastalarda, uygun olduğunda, yaşam tarzıyla ilgili önlemler alınmalıdır. Bunun amacı kan basıncını düşürmek, diğer risk faktörlerini ve klinik durumları kontrol altına almak ve daha sonra kullanılması gerekebilecek antihipertansif ilaç dozunu azaltmaktır. Kan basıncını ya da kardiyovasküler riski düşüreceği yaygın kabul gören ve tüm hastalarda önerilmesi gereken yaşam tarzı önlemleri şunlardır (61):

-**Sigara içiminin bırakılması**; Tütün kullanımını durdurma ve tütün ürünlerine maruz kalmanın engellenmesi gerekmektedir (33, 66).

-**Alkol tüketiminin kısıtlanması**; Alkolün alımı günde bir kez standart bir içeceğe sınırlandırılarak, zarar verecek düzeyin altında tüketilmesi gerekir. Erkeklerde günde iki kadehten fazla olmayacak şekilde, kadınlarda ve zayıf kişilerde bir kadehten fazla olmayacak şekilde sınırlamak SKB'de 2-4 mm Hg azalmaya neden olmaktadır (33).

-**Tuz kısıtlanması**; Diyetteki tuz miktarının günde 1 gram azaltılması felçleri %5, kalp krizlerini %3; günde 9 gram azaltılması ise felçleri %34, kalp krizlerini %24 azaltacaktır (66, 67). Tuzun günde 5 g'dan az alınması (bir çay kaşığı altında) önerilmektedir (68). Besinlerle alınan sodyumu 100 mmol/gün'den (2,4 gr sodyum ya da 6 g sodyum klorür) fazla olmayacak şekilde azaltmak SKB'de 2-8 mm Hg azalmaya neden olmaktadır.

-**Kilo kontrolü**; Fazla kilolu bireylerde kilo verilmesi önerilmektedir (33, 51). Normal vücut ağırlığının sağlanmasıyla SKB'de 5 ila 20 mm Hg azalma sağlanacağı bilinmektedir (50, 53).

-**Fiziksel aktivite**; Günde en az 30 dakika, haftada üç günden fazla hızlı yürüme gibi düzenli fiziksel aktivite yapmak SKB'de 4-9 mm Hg azalma meydana getirmektedir (5, 12, 33).

-**Diyet düzenlemeleri**; Meyve, sebzedden zengin, az yağlı süt ürünleri ve doymuş yağ içeriği düşük beslenme ile SKB'de 8-14 mm Hg azalma olmaktadır. Potasyumdan zengin besinlerin beslenmeye dâhil edilmesi de kan basıncını azaltmaktadır (33, 66, 69).

2.3.3. Hipertansiyonda korunma

DSÖ'nün verilerine göre orta ve düşük gelirli ülkelerde yapılan harcamaların büyük çoğunluğu ilaç tedavilerine ayrılırken, bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme programlarına ayrılan pay daha azdır (70). Kardiyovasküler hastalıklar toplumda

ortalama bir riske sahip olan bireylerde gelişmekte, toplumun büyük bir kısmını etkilemekte ve bu nedenle kardiyovasküler riskin azaltılmasında toplum temelli uygulamalar etkili olmaktadır. Özellikle davranış değiştirmeye odaklı müdahaleler okul ve çalışma ortamını da kapsamalıdır. Sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, alkol ve sigara kullanımının bırakılması okul ve iş yerlerini de içeren ve politika yapmayı gerektiren müdahalelerdir. Maliyet etkili müdahalelere örnek olarak; sigara, alkol vergisinin arttırılması, alkol satışının yasaklanması ve kısıtlanması, sigara içilmeyen alanların oluşturulması örnek gösterilebilir (66).

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Çalışma Grubunun hipertansiyon konusundaki 2007 kılavuzunda en az her iki yılda bir tarama önerilmektedir (71).

Bireylerin günlük tuz tüketiminin azaltılması: Diyetle tuz alımı hipertansiyona gelişimine katkıda bulunmaktadır ve günlük alınan tuz miktarının azaltılması bireysel faktörlerden bağımsız olarak tansiyonda düşmeye neden olmaktadır (66). Kalp hastalıkları ve inme sıklığını azaltmada toplum temelli tuz azaltmaya yönelik çalışmalar maliyet etkili müdahalelerdir (66).

DSÖ'nün önerdiği günlük tuz alımı 5 gramdır. Buna rağmen çoğu ülkede günlük tuz kullanımı 9-12 g/gün bulunmuştur (68, 72).

Türk Böbrek Vakfının gerçekleştirdiği Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması'na (SALTürk) göre, Türkiye'de günlük tuz tüketiminin 18 gram olup önerilen üst sınırın üç katından fazladır (73). Ülkemizde aşırı tuz tüketiminin kademeli olarak azaltılmasını sağlamak amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı'nca "Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011-2015" hazırlanmış ve uygulamaya konmuştur (67). Programın uygulanmaya başlanmasının ardından yapılan yasal düzenlemelerle; ekmeklerde tuz miktarı %25 azaltılarak %2'den %1,5'e; pastırmadaki tuz oranı %8,5'dan %7'ye; kırmızı pul biberdeki tuz oranı %9'dan %7'ye; salçaların tuz içeriği %64 azaltılarak %14'den %5'e; sofralık zeytinde tuz miktarı yaklaşık %50 azaltılarak en fazla %8'e düşürülmüş ve tuz paketlerinde "Tuzu Azaltın, Sağlığınızı Koruyun" ifadesinin yer alması zorunlu hale getirilmiştir (74). Ayrıca devlet

dairelerinden başlanarak yemekhane ve restoranlarda masalardan tuzlukların kaldırılması için de gerekli yasal girişimlerde bulunulmuştur (75).

Beslenmede tuz alımının azaltılması sektörler arası işbirliği gerektirir. Politika yapıcılar, sağlık çalışanları, yemek endüstrisi ve topluma pay düşmektedir. Birçok ülke bireylerin günlük tuz alımının azaltılması konusunda başarılı çalışmalara imza atmıştır. Örneğin Finlandiya bu ülkelerden biridir. 1970'den beri geniş medya kampanyaları, yemek endüstrisi ile işbirliği, tuz etiketi uygulaması mevzuatı ile bunu başarmıştır. Bu dönemde kalp krizi nedeni ölüm ve inmede azalma meydana gelmiştir. İngiltere, Kuzey İrlanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yemek endüstrisi ile işbirliği yaparak günlük tuz alımının azaltılmasında başarılı programlar yürütmüşlerdir (66).

Hipertansiyon ile mücadelede işyeri ortamına yönelik müdahaleler: Çalışma ortamı hipertansiyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde önemli bir müdahale alanıdır (76). Çalışan bireyler toplumun büyük bir kısmını oluşturmaktadır ve günün önemli ve aktif kısmını işyeri ortamında geçirmektedir. İşyerinde sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesine ve sürdürülmesine yardımcı bir ortam oluşturulabilir. Çalışanlara yönelik müdahaleler hipertansiyon ile birlikte diğer hastalıkların erken tedavisine olanak sağlayabilir (4, 66). İşyeri sağlıklı yaşam programları bireysel riskleri (Tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, alkolün zararlı kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve diğer sağlık riski davranışları) azaltarak çalışan sağlığını geliştirmeye odaklanmalıdır (4).

Hekimlere düşen görevler: Hekimler bulaşıcı olmayan hastalıklara neden olan riskli davranışların farkında olmalı ve toplumu bilgilendirmelidir (66).

2.4. Hipertansiyon Tedavisine Uyum

2.4.1. Hipertansiyon tedavisine uyum ve uyumun epidemiyolojisi

Tedaviye uyum hastanın ilaç alma, randevulara gelme, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine uyma derecesi olarak tanımlanır ve uyumsuzluğun klinik uygulamada ölçülmesi zordur (15, 77). İlaç tedavisine uyum ise ilacı gününde ve saatinde alma, ilaca ara vermeme gibi birden çok boyutu ilgilendiren bir tanımdır (10, 17). Kronik bir hastalığı olan bireylerde ilaç uyumsuzluğu %30-%60 arasında değişmektedir (20, 23, 24). Yaşla birlikte bilişsel yeteneklerin ve fiziksel yeterliliğin gerilemesi ile bireyler ilaç uyumunda sorunlar yaşayabilmektedir (11, 25, 29, 78). Oysa kronik bir hastalığı bulunan yaşlı bireylerde ilaca uyumu sağlamak tedavinin temel bir parçasıdır ve hipertansiyon gibi çoğunlukla belirti vermeyen bir hastalıkta kritik bir öneme sahiptir (79).

Tüm dünyada ve ülkemizde kan basıncı kontrolünün %25'in üzerine çıkarılamamasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi hastanın tedaviye uyumsuzluğu olarak belirtilmiştir (22). Hipertansiyonun başarılı bir şekilde tedavisinde ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasında hastanın belirlenmiş olan tedavi planına uyumu önem taşımaktadır (80).

2.4.2. Hipertansiyon tedavisinde ilaç uyumunun önemi

Hipertansiyonu olan gruptaki kişilerin yaklaşık üçte birinin tansiyonu kontrol altında değildir (36). Kadınlarda kontrolde olmama, erkeklerde ise farkında olmama önemli bir sorun olarak görülmektedir (5).

İlaç tedavisine uyum pozitif sağlık sonuçları ile ilişkilidir. İlaç tedavisine uyum göstermenin genel sağlık davranışının bir belirteci olabileceğini destekleyen çalışmalar mevcuttur (26, 81). İlaç uyumsuzluğu, uygun olmayan klinik sonuçlar ile birlikte hayat kalitesinde bozulmaya ve ekonomik kayıplara neden olur (19, 26). Bir araştırmada, ilaç uyumunun artırılmasının klinik sonuçlar üzerinde tedavideki

ilerlemelerden çok daha büyük bir etkiye sahip olabileceği sonucuna varmıştır (30). Bu nedenle, ilaç uyumunu iyileştirmek ve doğru ölçmek, araştırmacılar ve sağlık hizmeti sunucuları için büyük önem taşımaktadır.

İlaç uyumsuzluğunun tespit edilmesi ve nedenlerinin belirlenmesi, uyumsuzluğun klinik sonuçlar üzerindeki etkilerini ve sağlık sistemi üzerindeki ekonomik etkilerini anlamakta önem arz etmektedir (19).

Hipertansiyon tedavisinde ilaç uyumuna halk sağlığı yaklaşımı; ilaç uyumu ile ilgili müdahaleler üçüncül korunma içerisindedir. İlaç uyumunun sağlanmasının bireysel ve toplumsal yararları bulunmaktadır. İlaç uyumsuzluğunun saptanması ve önlem alınması ise tedaviden en yüksek yararın alınmasına neden olarak istenmeyen sonuçları azaltacaktır (30). Antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu olan bireylerde tıbbi nedenli maliyetlerin, ilaç uyumu olmayan bireylere göre daha az olduğu saptanmıştır (82).

2.4.3. İlaç tedavisine uyumun belirlenmesinde kullanılan yöntemler

İlaç uyumunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi, uyumun geliştirilmesi veya bir ilaç rejiminin etkinliğini ortaya koymayı amaçlayan bir müdahalenin başarısını belirlemek için önemlidir (19). Bireylerin ilaç uyumunu değerlendirmek için güçlü ve zayıf yanlarıyla çok sayıda yöntem bulunmasına karşın önemli bir zorluk, ilaca bağlılığın altın standart bir ölçüsünün bulunmamasıdır. Altın standart, ilaç tutarlılığının değerlendirilmesi için duyarlılığın ve özgünlüğün en uygun dengesi ile basit, geçerli ve güvenilir bir araç veya yöntemdir (19).

İlaç uyumunu ölçecek altın standart bir yöntem bulunmadığı için, klinikte ve araştırmalarda birden fazla ölçüm yöntemi kullanımı önerilmektedir. Kullanılan yöntemler standart tanımları olan uluslararası karşılaştırılabilir nitelikte olmalıdır (19).

Tedavi uyumsuzluğunu değerlendiren yöntemler doğrudan ve dolaylı yöntemler olarak iki başlık altında yer alır. Doğrudan yöntemler kişinin vücudunda ilacın kendisinin, metabolitlerinin veya kan, idrar ya da diğer vücut sıvılarında diğer

belirteçlerin varlığını araştıran yöntemler olup, tedavi süreçlerinde kullanımları pek tercih edilen yöntemler değildir (80). Dolaylı yöntemler ise elektronik ilaç izlemi, ilaç sayımı, eczane kayıtları, tıbbi kayıtlar, doğrudan gözetimli tedavi, klinisyen değerlendirmeleri ve kişisel bildirimler gibi yöntemlerdir (83). Tüm bu yöntemler içinde kişisel rapor ve aile hekimliklerinin veri tabanları, kalıcılık oranlarını ölçmek için uygun olan yöntemlerdir (19).

Bu yöntemler arasında kişisel bildirimlerin diğer yöntemlere göre hız, maliyet, tedaviye yön verebilme gibi bazı avantajları bulunmaktadır (84). Bu amaçla yaygın olarak kullanılan ölçeklerden bazıları Hill-Bone ölçeği, kısa tedavi ölçeği, Morisky ilaç uyum ölçeği ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğidir (17, 85-88).

2.5. Yaşlı Hastalarda İlaç Uyumsuzluğu ile İlişkili Faktörler

2.5.1. Sosyodemografik faktörler

İlaç tedavisine uyumunu etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda sosyodemografik özelliklerin ilaç uyumunu etkilediği görülmektedir. İlaç uyumsuzluğunu artıran faktörler:

- İleri yaş (79, 89-91),
- Erkek cinsiyet (79, 90),
- Kırsal kesimde yaşama (89, 91),
- Eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması (92-95),
- Sigara içme (92, 96),
- Eşlik eden hastalıkların bulunması (92, 97, 98),
- Çoklu ilaç kullanma (89-91) olarak sıralanabilir.

2.5.2. Bilişsel bozukluklar

Bilişsel bozukluklar yaşlı nüfusta ilaç uyumu için önemli bariyerdir (26, 99). Mental komorbiditesi olan hastalarda ilaç uyumunun daha düşük olduğu gösterilmiştir (89).

Uyum ilacı değerlendirme, ilaç yazdırma, ilacın kullanılma şeklini anlama, ilaç alım zamanına uyma gibi bilişsel yetenekler gerektirir; bilişsel bozukluğu olan hastalar birçok görevi yerine getirmekte zorluk yaşamaktadır (26, 29, 100).

Bilişsel yetersizliği olan hastalarda uygun ilaç kullanımı ve ilaç uyumunu sağlamak dâhil olmak üzere ilaç yönetimi için birçok yönden özel bir dikkat gereklidir (26, 100). Ne yazık ki, bilişsel bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ile ilgili bir bilgi eksikliği vardır; örneğin uyumsuzluğun yaygınlığı, uyumdaki engeller ve uyumsuzlukla ilişkili kolaylaştırıcılar, hastalar veya bakıcılar tarafından uyumu arttıracak yöntemler ve uyumun artırılmasına yönelik mevcut yöntemlerin etkililiği hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Bu konular, hasta bakıcıları, yaşlı bakımı ekipleri, ilaç yardımı planları ve sağlık hizmet sunucuları da dâhil olmak üzere çok paydaşlar için hayati derecede önemlidir (26).

Yanı sıra hipertansiyonun bilişsel fonksiyonu bozduğunu gösteren gözlemsel çalışmalar mevcuttur (101-103).

2.6. Hasta Uyumunu Artırmanın Yolları

Hastaların ve bakım verenlerin ilaç uyumu konusunda eğitilmesi ve ilaç alımı ile ilgili hatırlatıcıların kullanılması ilaç uyumunu artıran yöntemlerdir. Yaşlı bireylerde ilaç uyumunun arttırılmasına yönelik müdahaleler istatistiksel olarak anlamlı olmalarına karşın; az veya orta derecede etkilidirler (30, 79). Sağlık hizmetini sunanlara yönelik müdahaleler ve ilaç danışmanlığı daha az bir iyileşme sağlarken; ilaç etiketleri ve ilaç kutusu düzenleyicisi kullanmak daha fazla bir iyileştirmeye neden olmaktadır (27, 79). Hatırlatıcılar gibi küçük ve pratik düzenlemelerle ilaç uyumunda bir iyileşme olmakta fakat daha fazla bir iyileşme gerekmektedir (27, 30, 79).

Kanada Hipertansiyon Eğitim Programı (Canadian Hypertension Education Program - CHEP) 2012 yılında antihipertansif tedaviye hastanın uyumu için öneriler geliştirilmiştir (76). Bu öneriler aşağıda sıralanmıştır;

1. İlaç alımlarını günlük alışkanlıklarına göre ayarlama, günde tek doz tedavileri tercih etme, “çok haplı” rejimleri, “tek haplı” rejimlere çevirme, ilaç alımlarını düzenleyen basit kutular veya elektronik cihazların kullanılmasını teşvik etme,
2. Antihipertansif tedaviye hastanın katılımı ile hasta ve ailesinin tedavi konusunda eğitilmesi,
3. Eczacılar ve işyeri sağlık ekipleriyle işbirliği yapılarak yaşam biçimi değişiklikleri ve ilaç tedavilerine uyum takip edilmeli, telefon bağlantıları ile tedaviye uyumun artırılması ile tedaviye uyum izleminin iyileştirilmesi.

Tedaviye hasta uyumunu artırmak için genel tedbirler şu şekilde sıralanabilir (104);

- Günde tek doz tedavileri tercih etme, ilaç gerektiğinde ihtiyaç olan en düşük dozu kullanmak,
- Uzun etkili ve tercihen tek dozda kullanılacak ilaç seçimi düşünmek, olası yan etkileri en az olan, etkili ilaçlar seçmek,
- Gerektiğinde tedaviye uygun bir ilaç eklemek,
- Yeni tedavi stratejilerini hasta ile tartışmak ve karar verme sürecinde hastayı da dâhil ederek birlikte karar vermek,
- Bireye hipertansiyonun tedavi ve komplikasyonları hakkında bilgi vermek, hastalığın sinsi seyrini ve yaşam boyu tedavi gerekliliği hakkında hastaya bilgi vermek (100),
- Hastalara evde kan basıncı ölçmeyi öğretmek,
- İlaç tedavisine uyumu takip etmek (105),
- Hedeflenen kan basıncının gelişimi hakkında geri dönüşüm sağlamak,
- Reçete edilmiş ilacın kullanım zorlukları hakkında hastadan bilgi almak,
- Tedavi süresince hasta kontrollerinin takibi ve devamı hakkında hastadan telefonla yeniden onay almak, hasta ile iletişime devam etmek (105),
- Hastayı kontrollere teşvik etmek ve ilgili sağlık personelinin aramak,
- Ailesinin tedavi konusunda eğitilmesi, aile desteğini sağlamak,

- İlaç alımlarını düzenleyen basit kutular veya elektronik cihazların kullanılmasını teşvik etmek (27, 79),
- İlaç alımlarını günlük alışkanlıklarına göre ayarlamak, örneğin ilaç alımı ve günlük yaşamında bir aktivitenin bütünleştirilmesi gibi,
- Sosyal destek alınmasını sağlamak.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Evreni

Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Samsun Atakum ilçesinde ikamet eden 65 yaş ve üzeri hipertansif bireyler oluşturmaktadır. 2016 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Samsun il nüfusu 1 295 927'dir (106). Atakum ilçesinin toplam nüfusu ise ADNKS 2016 verilerine göre 181 302 kişidir (107).

Türkiye için 2016 yılı 65 yaş üzeri nüfus 6 651 503 (toplam nüfusun %8,3'ü) olarak hesaplanmıştır. 2011 yılında yapılan TEKHARF çalışmasında İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS)'na göre Samsun ilinin yer aldığı Batı Karadeniz Bölgesi'nde hipertansiyon prevalansı %30,6 olarak bulunmuştur (5). Aynı çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı %68 olup, erkeklerde %59, kadınlarda %76 olarak saptanmıştır.

İlçede hipertansiyonu olan 65 yaş üzeri bireylerin sayısı bilinmemektedir, bu nedenle yukarıda bahsedilen araştırma verileri kullanılarak, Atakum ilçesindeki 65 yaş ve üzeri hipertansif nüfus 8 475 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu evrenden, %5 Tip 1 hata ile incelenen değişken yönünden beklenen ilaç uyumsuzluğu sıklığının %34,2 olduğu durumda; 0,05'lik farkın anlamlı olarak gösterilebilmesi için gereken minimum örneklem büyüklüğü 331 kişi olarak hesaplanmıştır (5, 28, 108).

3.2. Araştırma Grubu

Atakum ilçesindeki yaşlı nüfusa ait adres kayıtları bilinmediğinden, örneklemin Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşturulmasına karar verilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü dönemde Atakum ilçesinde 15 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve bu merkezlerde görev yapan 43 aile hekimi bulunmaktadır. Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama ve İzleme Şubesi ile görüşülerek ilçedeki aile hekimlerine kayıtlı birey sayısının 3 500 ile 4 100 arasında değiştiği ve birbirine yakın sayılarda olduğu öğrenilmiştir. Bu nedenle homojenizasyonu sağlamak

amacıyla aile hekimlerinin tümünden ve eşit sayıda yaşlı hipertansif birey alınması öngörülmüştür.

Araştırma süresince en az bir yıldır hipertansiyon tanısı almış ve en az bir adet/gün antihipertansif ilaç kullanan 358 hastaya ulaşılmıştır. Hipertansiyon öyküsü, “sizde en az bir yıldır var olan ve doktorun tanı koyduğu hipertansiyon (yüksek kan basıncı) hastalığı var mı?” sorusu ile değerlendirilmiştir. Daha önce bir hekim tarafından hipertansiyon tanısı almış olan ve antihipertansif ilaç kullananlar, kan basıncı ölçümleri ne olursa olsun “hipertansiyonu var” olarak kabul edilmişlerdir.

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma verileri, 02 Mayıs 2017 – 15 Haziran 2017 tarihleri arasında, Atakum ilçesinde yer alan aile sağlığı merkezlerine başvuran ve çalışma kriterlerine uygunluk gösteren 65 yaş ve üzeri 358 bireye yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanarak elde edilmiştir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan çalışma için etik uygunluk onayı (Karar No: 2017/123; Sayı No: B.30.2.ODM.0.20.08/832) ile araştırma öncesinde Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden izin ve valilik oluru alınmıştır. 2017 yılı nisan ayı içinde Atakum ilçesi dışında bir ASM’de hipertansiyonu olan 65 yaş üzeri 20 hastada anketin ön deneme uygulaması yapılmıştır. Kullanılan terminoloji anket uygulananlar için tekrar gözden geçirilmiş, bulunan aksaklıklar dikkate alınarak anket formu yeniden düzenlenmiştir.

Çalışmada yer alacak bireylere uygulama öncesinde anket formlarının içeriği ve nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi verildikten sonra, sözlü onamları alınarak gönüllü olanların katılımı sağlanmıştır. İlaç uyumunun değerlendirilmesinde Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (AİTUÖ), bilişsel durumun değerlendirilmesinde ise Standartize Mini Mental Test (SMMT) ve Eğitimsizler için Modifiye Edilmiş Mini Mental Test (MMT-E) kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik veri formu

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık geliri, sosyal güvence varlığı, sigara ve alkol kullanımı, sağlık sorunları ve ilaç kullanma özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından 19 soruluk anket formu hazırlanmıştır (EK-2).

Antihipertansif ilacınızı almanızda ilaç saatlerini size hatırlatan, almadığımızda uyarıcı ya da zamanı geldiğinde ilacınızı kullanmanızı sağlayan biri var mı sorusuna evet yanıtı verenler “ilaç kullanmaya yardımcı kimsesi var” olarak değerlendirilmiştir. İlaç kullanmaya yardımcı olarak bakıcı, komşusu ya da birlikte yaşadığı yakını dâhil edilmiş, aynı evde yaşayan bireylerin ilaç alımına yardımcı olmaması durumunda, tek başına yaşamıyor olsa dahi, ilaç kullanmaya yardımcı kimsesi yok olarak değerlendirilmiştir.

3.3.2. Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (AİTUÖ)

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (EK-3), 2003'te Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve dokuz soruyu kapsamaktadır (17). İlk 8 sorusu “evet” ve “hayır” olarak yanıtlanmakta; 1-4, 7, 8, 9 sorularına verilen cevaplar “evet” 1, “hayır” 0 olarak; 5 ve 6 sorularına verilen cevaplar “evet” 0, “hayır” 1 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. Ölçekte alınan toplam puan 1-13 arasında değişmektedir. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu/uyumsuz tanımlamaları, Morisky'nin önerisi doğrultusunda grubun frekans dağılımındaki %80'lik kesim noktasına göre belirlenerek, toplam 1-7 puan alanlar “tedaviye uyumlu”, 8 ve üzerinde puan alanlar “tedaviye uyumsuz” olarak tanımlanmaktadır. Ölçek Demirezen tarafından 2006'da Türk toplumuna uyarlanmış ve ölçeğin Cronbach α değeri 0,82 olarak bulunmuştur (83).

3.3.3. Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Eğitimsizler İçin Modifiye Edilmiş Mini Mental Test (MMT-E)

Bilişsel bozukluğun tespitinde kısa ve kolay uygulanabilen Standardize Mini Mental Test (SMMT) (EK-4) kullanılmıştır. Bu test, standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif biçimde değerlendirebilmek amacıyla kullanılan testlerin çok fazla soru içermeleri ve uygulamada 30 dakikadan daha fazla zaman almalarından dolayı, özellikle demanslı yaşlıların muayenesinde uygulaması kısa süren bilişsel bir değerlendirme aracı olarak üretilmiştir. Bu test hem araştırmacılar tarafından hem de klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Test, klinik sendromların ayrılması açısından sınırlı bir zglle sahip olmakla birlikte, bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilir kısa, kullanışlı ve standardize bir yöntemdir. SMMT, kısa bir eğitim almış hekim, hemşire ve psikologlarca 10 dakika gibi kısa bir süre içinde, poliklinik koşulları ya da yatak başında uygulanabilir bir testtir. SMMT'nin uygulama esnasında hasta ve hekim açısından rahatsız edici, utandırıcı veya güçlük verici bir yanısı bulunmamaktadır. Test zaman-yer yönelimi (10 puan), kayıt hafızası (3 puan), dikkat-hesap yapma (5 puan), hatırlama (3 puan) ve lisan (9 puan) olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir (109).

Tüm dünyada demans tanısında yaygın olarak kullanılan SMMT'nin (110), Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği 2002 yılında Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmış ve bilişsel bozukluğun belirlenmesi için kesme noktası 23 ve altı olarak belirlenmiştir (109).

En az beş yıl eğitim almış olan bireyler için geliştirilmiş SMMT'nin özellikle yönelim, hesaplama, hafıza, okuma ve yazma bölümleri eğitimsiz popülasyonda yanlış sonuçlara neden olmaktadır (111). Literatüre bakıldığında eğitlimliler için geliştirilmiş olan SMMT'nin eğitimsiz bireylerde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının çok az sayıda olduğu ve bu popülasyon için hem kesme noktasının (17 puan) hem de duyarlılığının düşük (%50) olarak bulunduğu bilinmektedir (112). Ertan ve arkadaşları (113) tarafından eğitimsiz popülasyon için modifiye edilmiş olan formun (MMT-E)

(EK-5) geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yıldız ve arkadaşları tarafından yapılmış ve iç tutarlılık değeri 0,70 bulunmuştur (114). MMT-E'den alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan ise "30" dur. MMT-E'de bilişsel durumun değerlendirilmesi için kesme noktası 23 ve altı olarak belirlenmiştir. MMT-E tarama testi olarak demans hastalarını bilişsel olarak sağlıklı popülasyondan ayırımında güvenle kullanılabilir (114). Bu nedenlerle, beş yıldan az eğitim görmüş bireylerde bilişsel durum değerlendirilmesinde MMT-E kullanılmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler, kodlandıktan sonra SPSS (version 22.0, SPSS Inc.) paket programında bilgisayara aktarılmış ve analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, ortanca, en düşük-en yüksek değerleri; sayımla elde edilen veriler ise sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. İstatistiksel analizlerde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu "Kolmogorov-Smirnov Testi" ile değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen sürekli değişkenler normal dağılıma uymadığı için ortalama ve standart sapma yerine, ortanca değerleri ile en yüksek ve en düşük değerleri verilmiştir. Sürekli değişkenlere ait aritmetik ortalamaların gruplar arası karşılaştırmalarında, normal dağılıma uymayan gruplarda "Mann-Whitney U Testi" kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmasında "Pearson Ki-kare Testi" kullanılmış, ordinal değişkenlerde eğitimde ki-kare testi ve gerektiğinde Yates süreklilik düzeltmesi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $\alpha=0,05$ kabul edilmiştir.

Antihipertansif ilaç uyumunu etkileyebileceği düşünülen değişkenleri değerlendirmek için "Binary Lojistik Regresyon Analizi" uygulanmıştır. Sonuçlar Odds Ratio (OR) değerleri ve güven aralıklarıyla (%95 GA) birlikte sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $\alpha=0,05$ kabul edilmiştir.

Yaş grupları 5'erli olarak gruplanmış; medeni durum evli olan bireyler "evli"; henüz evlenmemiş, boşanmış ya da dul bireyler "bekâr" olarak iki gruba ayrılmıştır. Günde bir ve daha fazla sigara kullanan bireyler "sigara kullananlar", diğerleri "sigara

kullanmayanlar” olarak gruplanmıştır. En az haftada bir defa alkol kullananlar “alkol kullananlar”, diğerleri “alkol kullanmayanlar” olarak iki gruba; antihipertansif ilaç kullanım süreleri ve hipertansiyon süreleri “0-9 yıl” ve “10 yıl ve üzeri” olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışma Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan raporda 2017 yılı için net asgari ücret, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) tarafından belirlenen asgari ücret tespit komisyonu kararına göre 1,404.06 TL/AY olarak belirlenmiştir (115, 116). Aylık kazanç durumu “asgari ücretin üstünde” ve “asgari ücretin altında” olarak iki gruba ayrılmıştır.



4. BULGULAR

Araştırma süresince Atakum ilçesinde bulunan 15 Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan toplam 43 aile hekimine başvuran 65 yaş ve üzeri 358 bireyin verileri analiz edilmiştir.

4.1. Araştırma Grubunun Bireysel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya 153'ü (%42,7) erkek, 205'i (%57,3) kadın olmak üzere toplam 358 hipertansif birey alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin kayıtlı olduğu ASM'ye ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Kayıtlı olunan aile sağlığı merkezleri ve cinsiyet dağılımı

Kayıtlı Olunan ASM	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Türk İş	38	49,4	39	50,6	77	21,5
Mimar Sinan	19	43,2	25	56,8	44	12,3
Atakum	16	37,2	27	62,8	43	12,0
TYSD Atakent	11	35,5	20	64,5	31	8,7
Ömürevleri	12	42,9	16	57,1	28	7,8
Yenimahalle	9	40,9	13	59,1	22	6,1
Cumhuriyet	9	47,4	10	52,6	19	5,3
Denizevleri	8	53,3	7	46,7	15	4,2
Cağaloğlu	5	35,7	9	64,3	14	3,9
Körfez	5	35,7	9	64,3	14	3,9
Mevlana	7	50,0	7	50,0	14	3,9
Taflan	7	53,8	6	46,2	13	3,6
Çatalçam	3	30,0	7	70,0	10	2,8
Altinkum	2	28,6	5	71,4	7	2,0
Pelitköy	2	28,6	5	71,4	7	2,0
Toplam	153	42,7	205	57,3	358	100,0

Erkek ve kadın bireylerin yaşlarının ortalama değerleri sırasıyla 71,9±6,6, 71,6±6,8, tüm grubun yaş ortalaması ise 71,7±6,7 yıl bulunmuş olup, yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinin sunulduğu Tablo 2’te bireylerin %47,8’inin 65-69 yaş grubunda olduğu, %18,5’inin okuryazar olmadığı görülmektedir. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında %68,7’sinin; erkeklerin %86,3’ünün, kadınların ise %55,6’sının evli olduğu görülmüştür. Yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu ve aylık gelir yönünden cinsiyet grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 2). Yaş ortancalarının ilkökul altı eğitim düzeyi olan bireylerde, ilkökul ve üstü olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 18,67$; $p=0,002$).

Tablo 2. Sosyodemografik özelliklerin dağılımı (n=358)

Sosyodemografik Özellikler	Cinsiyet				Toplam		X ²	p
	Erkek		Kadın					
Yaş grupları	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	9,52	0,023
65-69	63	41,2	108	52,7	171	47,8		
70-74	50	32,7	40	19,5	90	25,1		
75-79	17	11,1	30	14,6	47	13,1		
80+	23	15,0	27	13,2	50	14,0		
Medeni durum								
Evli	132	86,3	114	55,6	246	68,7	38,3	<0,001
Bekâr	21	13,7	91	44,4	112	31,3		
Eğitim durumu								
Okuma yazması olmayanlar	8	5,2	58	28,3	66	18,5	50,1	<0,001
Okuma yazması olanlar	21	13,7	36	17,6	57	15,9		
İlkokul mezunu	55	35,9	70	34,1	125	34,9		
Ortaokul mezunu	16	10,5	18	8,8	34	9,5		
Lise mezunu	35	22,9	12	5,9	47	13,1		
Üniversite mezunu	18	11,8	11	5,4	29	8,1		
Asgari ücret								
Altında	60	39,2	119	58,0	179	50,0	12,4	<0,001
Üstünde	93	60,8	86	42,0	179	50,0		
Toplam	153	100,0	205	100,0	358	100,0		

Yaş ve medeni durum değişkenleri incelendiğinde evli olma 65-69 yaş grubundan daha yaşlı bireylere doğru eğimli olarak azalmaktadır ($X^2 = 52,3$; $p < 0,001$). Antihipertansif ilaç saatlerini hatırlatan, ilaç alınmadığında uyarın ya da zamanı geldiğinde ilacın alınmasını sağlayan kimse olarak tanımlanan ilaç kullanmaya yardımcı kimsesi olanlar erkeklerde 44 (%28,8), kadınlarda 69 (%33,7) kişi olarak bulunmuştur.

Tümü sosyal güvenceye sahip araştırma grubundaki bireylerin %12,3'ünün sigara, %2,5'inin alkol kullandığı belirlenmiştir. Cinsiyete göre sigara kullanma sıklığı erkeklerde %20,9, kadınlarda %5,9 olarak saptanmıştır. Sigara içme sıklığı en fazla %15,6 ile 70-74 yaş grubunu oluşturan bireylerde, en az %4 ile 80 yaş ve üzeri bireylerde görülmüştür. Erkeklerin %5,9'u alkol kullanırken, kadınlar arasında alkol kullanan birey bulunmamaktadır (Tablo 3). Alkol kullananların tamamının 75 yaş altı erkek bireyler olduğu görülmüştür. Araştırma grubunda sigara ve alkol kullananların, kullanmayanlara göre yaş ortalamasının daha düşük olduğu ve evli olma oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Sigara kullanımının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sigara kullanımı				X ²	p
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	32	20,9	121	79,1	18,4	<0,001
Kadın	12	5,9	193	94,1		
Toplam	44	12,3	314	87,7		

4.2. Araştırma Grubunun Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi

Araştırma grubunda hipertansiyon süresi ortancası 10,5 (1-58) yıldır. Hipertansiyon süresi 10 yıldan fazla olan 241 (%67,3) kişi bulunmaktadır. Hipertansiyon süresi yönünden cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Hipertansiyon süresi 10 yıldan fazla olanlar bireylerde, daha az süredir hipertansiyonu olanlara göre yaş ortalaması daha fazladır ve daha yüksek oranda bilişsel durum bozukluğu

saptanmıştır. Hipertansiyonun başlangıç zamanı antihipertansif ilaç kullanma zamanının başlangıcı olarak hatırlanmaktadır.

Erkeklerde 115 (%75,2), kadınlarda 167 (%81,5) olmak üzere araştırma grubunda 282 (%78,8) bireyin hipertansiyon dışında kronik bir hastalığı olduğu görülmüştür. Hipertansiyon dışında herhangi bir kronik hastalık bulunması açısından erkek ve kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalığı olan bireylerin, kronik hastalığı olmayan bireylere göre yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunda 205 (%57,3) birey yazıları okumada, 169 (%42,7) birey ise konuşulanları duymakta zorluk yaşadığını belirtmiştir. Görmede zorluk yaşayanların sayısı erkeklerde 74 (%48,4), kadınlarda 131 (%63,9) kişidir ve görmede zorluk yaşama açısından cinsiyet grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($X^2=8,6$; $p=0,003$). Duymada zorluk yaşayanların sayısı erkeklerde 64 (%41,8) iken, kadınlarda 105 (%51,2) kişi olup duymada zorluk yaşama açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=3,1$; $p=0,078$).

4.3. Araştırma Grubunun İlaç Kullanım Özellikleri

Araştırma grubunda antihipertansif ilaç kullanma süresinin 1 ile 58 yıl arasında değiştiği ve ortanca değer 10 yıl olduğu saptanmıştır.

Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ortancası tüm grupta 1 (1-4) adet olarak belirlenmiştir. Araştırma grubundaki bireylerin %58,4'si günde 1, %35,8'si 2, %5'i 3 ve %0,8'i 4 farklı antihipertansif ilaç kullanmaktadır. On yıldan uzun süredir antihipertansif ilaç kullanan 237 (%66,2) kişi bulunmaktadır.

Antihipertansif ilaç kullanma süresi ve günlük alınan antihipertansif ilaç sayısı yönünden cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.4. Araştırma Grubunun Bilişsel Durumunun Değerlendirilmesi

Minimental test sonuçlarına göre bilişsel durum bozukluğu saptananlar, erkeklerde %30,1 kadınlarda %40,5 olmak üzere araştırma grubunun %36'sını oluşturmaktadır. Kadınlarda bilişsel durum bozukluğu yüksek bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2=3,7$; $p=0,055$) (Tablo 4).

Tablo 4. Bilişsel durumun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Bilişsel Durum				X^2	p
	Bozuk (<24)		Normal (≥ 24)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	46	30,1	107	69,9	3,7*	0,055
Kadın	83	40,5	122	59,5		
Toplam	129	36,0	229	64,0		

*Yates süreklilik düzeltmesi

Yapılan ki-kare analizi sonucunda bilişsel durum bozukluğu açısından, 65-69 yaş grubundan başlanarak daha yaşlı bireylere doğru bir artış olduğu saptanmıştır ($X^2=48,9$; $p<0,001$) (Tablo 5). Bilişsel durum bozukluğu 65-69 yaş grubuna göre 70-74 yaş grubunda 1,4 kat; 75-79 yaş grubunda 3,4 kat; 80 yaş ve üzeri grupta 10,4 kat daha fazladır.

Tablo 5. Bilişsel durumun yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları (yıl)	Bilişsel Durum				Toplam		X^2	p
	Bozuk		Normal					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
65-69	40	23,4	131	76,6	171	47,8	49,0*	<0,001
70-74	27	30,0	63	70,0	90	25,1		
75-80	24	51,1	23	48,9	47	13,1		
80 ve üzeri	38	76,0	12	24,0	50	14,0		

*Eğimde ki-kare analizi

4.5. Araştırma Grubunun Antihipertansif Tedaviye Uyumunun Değerlendirilmesi

Araştırma grubunda antihipertansif ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesinde 2003'te Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilen Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Bireylerin %10,9'unun antihipertansif ilaç tedavisine uyum göstermediği bulunmuştur.

4.5.1. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun bireysel özelliklere ve zararlı alışkanlıklara göre değerlendirilmesi

Araştırma grubunda erkeklerin %11,8, kadınların %10,2 sıklıkla antihipertansif ilaç tedavisine uyum göstermediği bulunmuş, cinsiyetler arasında antihipertansif ilaç tedavisine uyum yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 6. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu				Toplam		X ²	p
	Uyumlu (<8)		Uyumsuz (≥8)					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	135	88,2	18	11,8	153	42,7	0,21	0,648
Kadın	184	89,8	21	10,2	205	57,3		

Yaş gruplarına göre antihipertansif ilaç tedavisinde en yüksek uyumsuzluğun 80 yaş ve üzeri bireylerde (%30) olduğu ve yaş grupları arasında uyum yönünden anlamlı fark bulunduğu görülmüştür ($X^2=23,6$; $p<0,001$). Araştırma grubunda bekâr bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma daha yüksek olup, gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($X^2=15,6$; $p<0,001$) (Tablo 7).

Eğitim durumuna göre ilaç uyumu değerlendirildiğinde ise en yüksek uyumsuzluğun okuma yazması olmayan grupta (%21,2) olduğu ve eğitim durumuna göre uyum yönünden anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($X^2=15,7$; $p=0,008$) (Tablo 7).

Antihipertansif ilaç saatlerini hatırlatan, ilaç alınmadığında uyarın ya da zamanı geldiğinde ilacın alınmasını sağlayan kimse olarak tanımlanan ilaç kullanmaya yardımcı kimsesi olan bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma %8,8; yardımcı kimsesi olmayanlarda %11,8 olarak bulunmuş olup; ilaç kullanmaya yardımcı kimsesi olanlar ve olmayanlarda antihipertansif ilaç tedavisine uyum açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0,7$; $p=0,399$).

Tablo 7. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu				X ²	p
	Uyumlu		Uyumsuz			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş grupları(yıl)						
65-69	161	94,2	10	5,8	23,6	<0,001
70-74	80	88,9	10	11,1		
75-79	43	91,5	4	8,5		
80 ve üzeri	35	70,0	15	30,0		
Medeni durum						
Evli	230	93,5	16	6,5	15,6	<0,001
Bekâr	89	79,5	23	20,5		
Eğitim durumu						
Okuma yazma yok	52	78,8	14	21,2	15,7	0,008
Okuma yazma var	47	82,5	10	17,5		
İlkokul mezunu	115	92,0	10	8,0		
Ortaokul mezunu	33	97,1	1	2,9		
Lise mezunu	45	95,7	2	4,3		
Üniversite mezunu	27	93,1	2	6,9		

Sigara kullanmayan bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma sıklığı %11,5, sigara kullananlarda %6,8 bulunmuş olup, sigara kullanma durumuna göre tedaviye uyum yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2=0,35$; $p=0,504$) (Tablo 8). Alkol kullanan bireylerin tümünün antihipertansif tedaviye uyumlu olduğu görülmüştür.

Tablo 8. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun sigara kullanım alışkanlığına göre dağılımı

Sigara kullanımı	Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu				X ²	p
	Uyumlu		Uyumsuz			
	Sayı	%	Sayı	%		
Var	41	93,2	3	6,8	0,35*	0,504
Yok	278	88,5	36	11,5		

* Yates süreklilik düzeltmesi

4.5.2. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun sağlık durumuna göre değerlendirilmesi

Araştırma grubunda hipertansiyon dışında kronik bir hastalığı olmayan, günde bir adet antihipertansif ilaç kullanan gruplarda antihipertansif ilaç tedavisine uyumun daha fazla olduğu saptanmış. Hipertansiyon dışında kronik bir hastalığı bulunma, antihipertansif ilaç kullanma özelliklerine göre antihipertansif ilaç tedavisine uyum yönünden anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $X^2=0,89$; $p=0,344$; $X^2=0,07$; $p=0,792$).

Hipertansiyon tanı süresi 1-9 yıl olan grubun, 10 yıl ve daha fazla olan gruba göre antihipertansif ilaca uyum sıklığının anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir ($X^2=4,3$; $p=0,038$).

Araştırma grubunda görme ($X^2=13,4$; $p<0,001$) ve duyma zorluğu ($X^2=8,52$; $p=0,004$) yaşadığını belirten bireylerde antihipertansif tedaviye uyumsuz olmanın istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun görme ve duymada zorluk yaşama durumuna ilişkin özelliklere göre dağılımı

	Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu				X ²	p
	Uyumlu		Uyumsuz			
	Sayı	%	Sayı	%		
Görmede zorluk						
Yaşayan	172	83,9	33	16,1	13,4	<0,001
Yaşamayan	147	96,1	6	3,9		
Duymada zorluk						
Yaşayan	142	84,0	27	16,0	8,5	0,004
Yaşamayan	177	93,7	12	6,3		

4.5.3. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun bilişsel duruma göre değerlendirilmesi

Araştırma grubunda bilişsel durum bozukluğu olanlarda antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma sıklığı %23,3, bilişsel durumu normal olanlarda %3,9 olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($X^2=31,748$; $p<0,001$) (Tablo 10).

Tablo 10. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun bilişsel duruma göre dağılımı

Bilişsel Durum	Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu				X ²	p
	Uyumlu		Uyumsuz			
	Sayı	%	Sayı	%		
Bozuk (<24)	99	76,7	30	23,3	31,7	<0,001
Normal (≥24)	220	96,1	9	3,9		

4.5.4. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumda etkili olan faktörlerin değerlendirilmesi

Literatürde ve çalışmada antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma ile ilişkili olduğu belirlenen değişkenlerden cinsiyet, yaş, medeni durum, hipertansiyon süresi, görmede zorluk yaşama, bilişsel durum ve ilaç alımına yardımcı olacak kimse olması lojistik regresyon modeline alınmıştır. Çalışmada elde edilen veriler değerlendirildiğinde analiz sonucuna göre antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma riski bilişsel durum bozukluğu olanlarda, olmayanlara göre 9,8 kat; görmede zorluk yaşayanlarda, yaşamayanlara göre 5,6 kat; ilaç alımına yardımcı olacak kimsesi olmayanlarda, olanlara göre 5 kat; erkeklerde, kadınlara göre 4 kat; bekârlarda, evli olanlara göre 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırma grubunda antihipertansif ilaç tedavisine uyumu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Özellikler	OR (%95 GA)	p-değeri
Cinsiyet		
Kadın	1 (ref)	
Erkek	4,0 (1,48-10,82)	0,006
Yaş (yıl)	1,02 (0,96-1,08)	0,476
Medeni durum		
Evli	1 (ref)	
Bekâr	3,0 (1,19-7,53)	0,020
Eğitim durumu		
Okuma yazma var	1 (ref)	
Okuma yazma yok	2,46 (0,95-6,41)	0,065
İlaç alımına yardımcı kimse		
Olanlar	1 (ref)	
Olmayanlar	5,0 (1,86-13,56)	0,001
Ek hastalık		
Yok	1 (ref)	
Var	0,92 (0,30-2,79)	0,884
Hipertansiyon tanı süresi		
1-9 yıl	1 (ref)	
10 yıl ve üzeri	1,05 (0,38-2,85)	0,929
Antihipertansif		
Tekli	1 (ref)	
Çoklu	1,25 (0,52-2,96)	0,620
Görmede zorluk		
Yaşamayanlar	1 (ref)	
Yaşayanlar	5,6 (1,84-17,26)	0,002
Duymada zorluk		
Yaşamayanlar	1 (ref)	
Yaşayanlar	1,06 (0,41-2,76)	0,910
Bilişsel durum		
Normal	1 (ref)	
Bozuk	9,8 (3,46-27,51)	<0,001

5. TARTIŞMA

Genellikle belirti vermeden seyreden, birçok ölümcül hastalığa sebep olan, tedavi başlandıktan sonra sürekli kontrol edilmesi gereken hipertansiyon, özellikle yaşlı bireylerde bilişsel bozukluklar ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tedavi uyumsuzluğu ile birlikte görülmektedir (18-21). İlaç tedavisine uyumsuzluk tedaviden beklenen yararı azaltmakta, hastaneye başvuru sıklığı ve sağlık giderlerini arttırmaktadır (117). Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk hastaya ait faktörler kadar, tedavi özellikleri, sağlık bakımı sağlayıcıları, sağlık sistemi ve sosyoekonomik faktörlere de ilişkilidir (118).

Bu nedenle demografik faktörlerin tedaviye uyum konusunda farklılıklar gösterdiği ve belirleyici faktör olarak ele alınması gerektiği belirtilmektedir (97).

Araştırma grubunda bireylerin %10,9'unun antihipertansif ilaç tedavisine uyum göstermediği bulunmuş, bu konuda yapılan diğer çalışmalarda yaşlı hipertansif bireylerde ilaç uyumsuzluğu %12,5 - %55,4 arasında değiştiği gösterilmiştir (89, 91, 92, 119, 120). İlaç uyumsuzluğunun farklı çalışmalarda, farklı sıklıklarla gösterilmiş olmasının uyum ölçüm yöntemi, yerleşim yeri ve bilişsel durum gibi farklı nedenleri bulunmaktadır. Örneğin, ilaç uyumsuzluğunun, ölçüm yöntemine bağlı olarak %2 ila %69,9 arasında değiştiği ve izlem ya da ölçümle tespit yerine beyana göre değerlendirilen ilaç uyumunun daha yüksek değerler aldığı saptanmıştır (26). Bazı çalışmalarda ise bireylerin yaşadığı yerin kırsal-kentsel özelliklerinin de ilaç uyumunu etkilediği görülmektedir (89, 96, 119). Kırsal alanda yapılan çalışmalarda (%55,4) ve demans hastalarında yapılan çalışmalarda (%42) ilaç uyumsuzluğu daha yüksek bulunmuştur (91, 119). Araştırma grubunda uyumsuzluğun daha düşük bulunması antihipertansif ilaç tedavisine uyumun beyana bağlı olarak değerlendirilmiş ve kentsel alanda yapılmış olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan erkek bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma oranı kadınlardan daha fazla bulunmakla birlikte anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde benzer olarak erkeklerde antihipertansif ilaç uyumsuzluğunun yüksek

olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (22, 79, 90, 92, 93, 96, 121, 122). Bu çalışmalardan ikisinde cinsiyete bağlı farklılığın kadınların hipertansiyonla ilgili farkındalıkları ile kontrol ve tedavi oranlarının daha fazla olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir (79, 92). Araştırma grubundaki kadınlarda, erkeklere kıyasla yanında ilaç kullanmaya yardımcı kimse bulunma sıklığının daha fazla, yaş ortalamasının daha düşük olmasının ilaç uyumunu arttıran bir faktör olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma grubunda antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluğun 80 yaş ve üzeri bireylerde daha fazla olduğu görülmüştür. Yaşın tedavi uyumuna etkileri konusunda farklı sonuçlar bildiren araştırmalar mevcuttur (79, 90, 92, 96, 98, 121). Bu çalışmalar incelendiğinde orta yaştan ileri yaşlılık dönemine kadar ilaç uyumsuzluğunun bimodal eğri çizdiği görülmektedir. Görece daha genç yaşlı hipertansifler çoğunlukla hipertansiyon komplikasyonları ile henüz karşılaşmamış olduğundan ilaç uyumsuzluğu artmakta (79); yaş ilerledikçe komorbidite sıklığındaki artış sonucu sağlık kurumlarına daha sık başvuruda bulunma, sağlık personeli ile daha fazla sayıda karşılaşma nedenleriyle uyumsuzluk azalmakta, daha ileri yaşlarda (80 ve üzeri) ise çoklu ilaç kullanımı ve bilişsel bozukluklar gibi nedenlerle ilaç uyumsuzluğu tekrar artmaktadır (89, 118, 123).

Araştırma grubunda bekâr olanlarda ilaç uyumsuzluğunun daha fazla olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda uyumsuzluğun bekâr bireylerde anlamlı olarak daha fazla bulunduğu çalışmalar kadar, evli olanlarda fazla bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (90, 96, 120, 121). Ayrıca medeni durumun ilaç uyumuna etki etmediğini savunan çalışmalar da bulunmaktadır (22, 92, 97). Bu çalışmada bekâr bireylerin ilaca uyumsuz olma oranının anlamlı yüksek bulunmasının, bekârların ileri yaşlı bireyler olması, eğitim düzeylerinin daha düşük olması, duymada-görmede zorluk yaşaması gibi birden fazla nedene bağlı olduğu düşünülmüştür.

Araştırma grubunda en az uyum, okuma yazması olmayan grupta olup (%17) eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumsuzluk oranı düşmekte (%2,9 – 8,0) ve eğitim durumu ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir. Özdemir ve ark. (22) eğitim durumuna göre ilaç uyumsuzluğu yönünden anlamlı bir farkın olmadığını

saptarken; eğitim düzeyi düşük olan bireylerde antihipertansif tedaviye uyumsuz olma oranının daha fazla bulunduğu çalışmalar da bulunmaktadır (93-95). Bu araştırma grubunda da okuma-yazması olmayan bireylerde yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda eğitim düzeyi ile ilaç tedavisine uyum arasında farklı sonuçlar elde edilmesi, yaşın kovaryant faktör olması ile açıklanabilir. Bu çalışmada da, kronik hastalık varlığı, bilişsel durum bozukluğu, görme ve duyma zorluğu gibi ilaç uyumsuzluğuna olumsuz etki eden faktörlerin de ileri yaşlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir.

İlaçları alma zamanını bir başkasının hatırlatmasına, ilaçlarını kullanmak için destek ve takibe ihtiyaç duymayan bireyler ile fiziksel ve mental olarak yeterli güçte olan yaşlılarda ilaç uyumu daha yüksek bulunmuştur (22). Yaşlı bireylerde yaş, eğitim durumu ve eşlik eden fiziksel ya da mental hastalıklar nedeniyle günlük işlerini yerine getirmede olduğu gibi ilaç alımında da engellerle karşılaşmakta ve hane halkından olsun ya da olmasın ilaç saatini ya da ilaç alması gerektiğini hatırlatan birinin varlığı ilaç uyumsuzluğunu azaltmada etkili olabilmektedir (124). Bu çalışmada da benzer olarak ilaç kullanmaya yardımcı kimsesi olanlarda ilaç uyumu daha yüksek saptanmıştır.

Araştırma grubunda sigara ve alkol kullanan bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyum oranı daha fazla bulunmakla birlikte, yapılan diğer çalışmalarda sigara ve alkol kullanmayanlarda ilaç uyumunun daha fazla olduğu saptanmıştır (92, 97, 120). Sigara ve alkol kullanan bireylerde ilaç uyumunun yüksek bulunmasının, bu grubun daha genç ve evli olma sıklığının daha fazla olması gibi tedaviye uyuma anlamlı pozitif katkıda bulunan diğer etkenlere bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Hipertansiyon dışında kronik bir hastalığı olan bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk daha yüksek olmakla birlikte, kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırıldıkları benzer çalışmalarla uyumlu olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (92, 97). İlaç uyumsuzluğunun, ek kronik hastalığı olanlarda daha fazla görülüyor olmasının sebebi ileri yaşlarda kronik hastalıklarla birlikte diğer fiziksel ve mental komorbiditelerin artması olabilir. Yanısıra, günlük olarak alınan ilaç sayısının da tedaviye uyumu etkilediği bilinmekte, örneğin Kanada Hipertansiyon Eğitim

Programı (CHEP)'nda hastanın antihipertansif tedaviye uyumu için tek doz tedavi önerilmektedir (76). Araştırma grubunda da günde bir adet antihipertansif ilaç alanlarda literatürde belirtildiği gibi antihipertansif ilaç tedavisine uyumun daha fazla olduğu saptanmıştır (89-91, 121).

Hipertansiyon tanı süresi 10 yıl ve daha fazla olanlarda, 1-9 yıl olanlara göre antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma daha fazla olup, hipertansiyon tanı süresine göre antihipertansif ilaç tedavisine uyum yönünden gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. İzmir ilinde, 2011 yılında yapılan bir çalışmada hipertansiyon süresi ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, ancak uzun süredir hipertansiyon hastalığı olanlarda ilaca uyumsuzluk daha yüksek bulunmuştur (97). Araştırma grubu daha genç bireylerden oluşan Şarlı'nın (80) çalışmasında ise 10 yıldan daha uzun süredir hipertansiyonu olanlarda uyumlu olma daha fazla saptanmış bu farkın çalışma grubuna daha genç yaştaki bireylerin de dâhil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu araştırmada 10 yıl ve daha uzun süredir hipertansiyon hastalığı olanlar, çoğunlukla yaşlı ve bilişsel durum bozukluğu olan bireylerdir. Bu nedenle saptanan fark daha uzun süredir hipertansiyonu olan bireylerde bilişsel durum bozukluğunun daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Literatür ile uyumlu olarak görmede ve duymada zorluk yaşadığını belirten bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuz olma sıklığının anlamlı yüksek olduğu görülmüştür (89, 98). Bu bireylerde saptanan tedavi uyumsuzluğunun ilacı kullanma ile ilgili görsel ve işitsel yönlendirmelerin yanı sıra gerek sağlık personeli gerekse yakınlarının tedavi ile ilgili uyarılarını algılamada karşılaştıkları sorunlardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırma grubunda bilişsel bozukluğu olan bireylerin %23,3'ünün ilaç tedavisine uyumsuzluk gösterdiği ve bilişsel bozukluğu olmayan bireylerden anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Bilişsel durum bozukluğunun tedavi uyumuna olumsuz etkisi birçok çalışmayla gösterilmiştir (27, 89, 99, 125). Yaşlı hastalardaki bilişsel kayıplar ilaç uyumu için önemli bir bariyerdir ve bu bireyler ilaç uyumunu bozan daha genel sorunlar yaşama riski altındadır (27). İlaç tedavisine uyum, ilacı yazdırma, ilacın kullanma şeklini anlama ve ilaç alma zamanına uyma gibi bilişsel yetenekler

gerektirmekte ancak bilişsel bozukluğu olan hastalar buna benzer birçok görevi yerine getirmekte zorlanmaktadır (26). Bu da bilişsel durum bozukluğu olan bireylerde ilaç uyumsuzluğunun daha fazla görülmesinin nedeni olarak açıklanabilir.

Araştırma kapsamında aile hekimine kayıtlı olmayan, sosyal güvenceden yoksun, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuran ve bir aile hekimine başvuramayacak kadar düşkün ya da yatarak tedavi görmekte olan bireyler değerlendirilememiştir. Toplumdaki ilaç uyumsuzluğu sıklığının doğru tespit edilebilmesi için nüfus temelli, her bireyin çalışmaya katılma olasılığının eşit olduğu ve evreni temsil edebilen bir örneklem kullanılarak planlanan araştırmalara gereksinim vardır. Atakum ilçesinde ikamet eden hipertansif yaşlı nüfusun adreslerine yasal kısıtlılıklar nedeniyle ulaşamadığından, çalışma yalnızca sağlık kurumuna başvuran yaşlılarla sınırlı kalmıştır. Araştırmanın başka bir kısıtlılığı, örneklemin sadece Samsun ilinin Atakum ilçesinden seçilmesidir. Bu sebeple çalışma sonuçlarının kent ya da ülke genelini temsil etmesi beklenemez.

Antihipertansif ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesinde kullanılan parametrelerin tamamı yaşlının öz beyanı ile elde edilen verilere dayanmaktadır. Verilerde hatırlamaya dayalı bazı eksiklikler olabileceği gibi, ilaca ara verme gibi ilaç uyumu ile ilgili diğer olumsuz koşulları değerlendiremiyor oluşu bir kısıtlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bireylerin kendilerini hatalı değerlendirmeleri verilerde yan tutmaya neden olmuş olabilir.

Yaşlılarda bilişsel durumun değerlendirilmesinde kullanılan testler birer ön tanı testi olup, kesin tanı içermemektedir. Bilişsel durum değerlendirmesi klinisyen gözetiminde bireyin muayene ve tetkik edilmesiyle yapılması sonuçların daha güvenilir olmasına katkı sağlayacaktır.

Son olarak kesitsel nitelikteki bu çalışmada, araştırılan değişkenler aynı zaman diliminde sorgulandığı için, saptanan istatistiksel fark ve ilişkilerde hangisinin neden hangisinin sonuç olduğunu belirlemek kolay değildir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Erkek, bekâr, 80 yaş üzeri ve ilaç kullanmaya yardımcı kimsesi olmayan bireylerde antihipertansif tedaviye uyumsuzluk fazla bulunmuştur. Evde bakım hizmetlerinde yaşlı bireyler için günlük ilaç alımı gibi basit işlevlerin yerine getirilmesi amacıyla ilaç kullanmaya yardımcı kimse sağlayacak ve tedaviye uyumu etkileyen diğer faktörleri de kapsayacak sağlık politikalarının tasarlanması gerekmektedir.
- Yaşlı hastalarda sıklıkla karşılaşılan komorbidite varlığı (ek kronik hastalık, uzun süreli hipertansiyon hastalığı, görme ve duyma zorluğu yaşama ve bilişsel durum bozukluğu) ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hastaların yakından izlenmesi ve eşlik eden hastalıkların tedavi ve rehabilite edilmesi, yani hastalık odaklı değil hasta odaklı yaklaşıma önem verilmesi gerekmektedir.
- Günde birden fazla kez antihipertansif ilaç kullananlarda ilaç uyumsuzluğu daha fazla bulunmuştur. Hekimler tedavi planlarken öncelikli olarak hasta uyumunu arttıracak tek dozlu tedavi seçeneklerini değerlendirmelidir. Ayrıca, gerektiğinde ihtiyaç olan en düşük dozu kullanmak ile birlikte, uzun etkili, olası yan etkileri en az olan ve tedaviye uygun bir ilaç eklenmelidir.
- Yalnız yaşayan ve ilaçlarını düzenli almada zorluk yaşayan yaşlı bireylerin ilaçlarını kullanmalarına yardımcı olmaları konusunda hasta yakınları için teşvik programları geliştirilmelidir.
- Bilişsel durum bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu önemli derecede düşük bulunmuştur. Bu nedenle hipertansif hastaların bilişsel durumu ve reçete edilen ilacı düzenli kullanabilecek fiziksel ve mental yeterliliğe sahip olup olmadığı belirli aralıklarla değerlendirilmeli, risk altında olan yaşlı popülasyonlarda bakım verenleri de içerecek müdahale araştırmaları planlanmalıdır.
- Özellikle bilişsel durum bozukluğu olan hasta grubuna yönelik etkili tedavi stratejileri ve sağlık bakım programları geliştirilmelidir. Bu gruba özel ilaç üretimi, örneğin transdermal antihipertansif ilaçlar tedaviye uyuma pozitif katkı sağlayabilir.

- Hipertansiyon tedavisinin ömür boyu sürmesi nedeniyle hastaların uygun aralıklarla izlenmesi gerekmektedir. Bu izlemler sırasında hastalığın kontrol altında bulunma durumu ve olası komplikasyonların yanı sıra ilaç uyumu da değerlendirilmelidir.
- Hasta ile iletişime devam etmek ve hastayı kontrollere teşvik etmek, hasta ile iletişimin devam etmesi açısından önemlidir. Hedeflenen kan basıncına ulaşma, ilacı kullanırken yaşadığı zorluklar hakkında hastadan bilgi almak, tedavi süresince hasta kontrollerinin devamı ile ilgili hastadan telefonla yeniden onay almak hastanın kontrollere gelmesi konusunda hastayı teşvik edebilir.
- İlaç almayı kolaylaştıran basit kutular veya elektronik cihazların kullanılmasını teşvik etmek ve ilaç alımlarını günlük alışkanlıklarına göre ayarlamak hasta uyumunu arttırabilir.
- Eczacılar ve işyeri sağlık ekipleriyle işbirliği yapılarak yaşam biçimi değişikliklerini teşvik etmek hipertansiyonun kontrolünde yardımcı olabilir.
- Yeni tedavi stratejilerini hasta ile tartışmak ve karar verme sürecinde hastayı da dâhil etmek, bireye hipertansiyonun tedavi ve komplikasyonları ile birlikte hastalığın sinsi seyri ve yaşam boyu tedavi gerekliliği hakkında hastaya bilgi vermek ve hastalara evde kan basıncı ölçme gibi becerileri öğretmek hasta uyumunu arttırmaya yardımcı uygulamalar olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 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). *Blood pressure*. 2013;22(4):193-278.
2. Zeglin MA, Pacos J, Bisognano JD. Hypertension in the very elderly: Brief review of management. *Cardiol J*. 2009;16(4):379-85.
3. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2016 2017 [updated 16.03.2017; cited 2017 19.06.2017]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>.
4. Organization WH. Global status report on noncommunicable diseases 2014: World Health Organization; 2015.
5. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. In: Kurumu THS, editor. 2013.
6. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low-and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *International journal of epidemiology*. 2014;43(1):116-28.
7. Merai R. CDC Grand Rounds: A Public Health Approach to Detect and Control Hypertension 2016 [10.08.2017]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6545a3.htm>.
8. Turgut F, Yesil Y, Balogun RA, Abdel-Rahman EM. Hypertension in the elderly: unique challenges and management. *Clinics in geriatric medicine*. 2013;29(3):593-609.
9. Bulpitt C, Beckett N, Peters R, Leonetti G, Gergova V, Fagard R, et al. Blood pressure control in the Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET). *Journal of human hypertension*. 2012;26(3):157-63.
10. Lonsdale DO, Baker EH. Understanding and managing medication in elderly people. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013;27(5):767-88.
11. Ponticelli C, Sala G, Glassock RJ, editors. Drug management in the elderly adult with chronic kidney disease: a review for the primary care physician. *Mayo Clinic Proceedings*; 2015: Elsevier.
12. Aydın ZD. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2006;13(4).

13. Irmak Z, Düzöz GT, Bozyer İ. Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi. 2014.
14. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(2):167-72.
15. Cramer J. Medicine partnerships. Heart. 2003;89(suppl 2):ii19-ii21.
16. Hill M. Antihipertansif Tedaviye Uyum. İzzo JL, Black HR Çev ed Kazancı G. 2004;3:27-34.
17. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. The Journal of Clinical Hypertension. 2008;10(5):348-54.
18. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to antihypertensive therapy. Medical Clinics of North America. 2017;101(1):229-45.
19. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. International journal of clinical pharmacy. 2014;36(1):55-69.
20. Rifkin DE, Laws MB, Rao M, Balakrishnan V, Sarnak MJ, Wilson IB. Medication adherence behavior and priorities among older adults with CKD: a semistructured interview study. American Journal of Kidney Diseases. 2010;56(3):439-46.
21. Payero MÁ, de Castro NML, Samartín MU, Vila AM, Lopez CV, Corrales GP. Medication non-adherence as a cause of hospital admissions. Farm Hosp. 2014;38(4):328-33.
22. Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Compliance with drug treatment in geriatric patients with hypertension. Bakırköy Tıp Dergisi. 2016;12(4):195-201.
23. Lee Y-M, Yu HY, You M-A, Son Y-J. Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. Collegian. 2015.
24. Sontakke S, Budania R, Bajait C, Jaiswal K, Pimpalkhute S. Evaluation of adherence to therapy in patients of chronic kidney disease. Indian journal of pharmacology. 2015;47(6):668.
25. Taché SV, Sönnichsen A, Ashcroft DM. Prevalence of adverse drug events in ambulatory care: a systematic review. Annals of Pharmacotherapy. 2011;45(7-8):977-89.
26. Hudani ZK, Rojas-Fernandez CH. A scoping review on medication adherence in older patients with cognitive impairment or dementia. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2016;12(6):815-29.

27. Lingler JH, Sereika SM, Amspaugh CM, Arida JA, Happ ME, Houze MP, et al. An intervention to maximize medication management by caregivers of persons with memory loss: Intervention overview and two-month outcomes. *Geriatric Nursing*. 2016;37(3):186-91.
28. Rajpura J, Nayak R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2014;20(1):58-65.
29. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Gökçe-Kutsal Y, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Geriatrici*. 2000;3(1):6-10.
30. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Library*. 2008.
31. Bakris G, Briasoulis A. Searching for the Optimal Blood Pressure Range in the Elderly: Are We There Yet?*. Elsevier; 2017.
32. Whitworth JA, Chalmers J. World health organisation-international society of hypertension (WHO/ISH) hypertension guidelines. *Clinical and experimental hypertension (New York, NY: 1993)*. 2003;26(7-8):747-52.
33. Kabakcı G. Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi ve anjiyotensin reseptör blokerlerinin gelişen rolü. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2013.
34. Abubakar I, Tillmann T, Banerjee A. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015;385(9963):117-71.
35. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes [Internet]. 2009.
36. Prof. Dr. Altan Onat DDGC, Prof. Dr. Hüsniye Yüksel,, Prof. Dr. Evin Ademoğlu PDNE-Ü, Doç. Ayşem Kaya YDDSA. TEKHARF (2017) Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük [cited 2017 29.12.17]. Available from: <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>.
37. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes care*. 2002;25(9):1551-6.

38. Erem C, Arslan C, Hacıhasanoğlu A, Deger O, Topbaş M, Ukinc K, et al. Prevalence of obesity and associated risk factors in a Turkish population (Trabzon city, Turkey). *Obesity*. 2004;12(7):1117-27.
39. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life [Internet]. World Health Organization. 2002.
40. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala N-B, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *Bmj*. 2009;339:b4567.
41. Cappuccio FP, Kalaitzidis R, Dunelclift S, Eastwood JB. Unravelling the links between calcium excretion, salt intake, hypertension, kidney stones and bone metabolism. *Journal of nephrology*. 2000;13(3):169-77.
42. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. World Health Organization. 2014.
43. Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R, Rouse IL, Rogers P. Evidence for a direct effect of alcohol consumption on blood pressure in normotensive men. A randomized controlled trial. *Hypertension*. 1985;7(5):707-13.
44. Rimm EB, Williams P, Fosher K, Criqui M, Stampfer MJ. Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *Bmj*. 1999;319(7224):1523-8.
45. Marmot M, Brunner E. Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve. *BMJ*. 1991;303(6802):565-8.
46. Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL, Goldhaber SZ, Rosner B, VanDenburgh M, et al. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 1993;329(25):1829-34.
47. Hulley SB, Gordon S. Alcohol and high-density lipoprotein cholesterol: causal inference from diverse study designs. *Circulation*. 1981;64(3 Pt 2):III 57-63.
48. More A, More K, Sikder G, Gautam A, Mittal C, Patil P, et al. LBPS 03-10 Social determinants and its implications on diagnosis and management of hypertension in rural india. *Journal of hypertension*. 2016;34:e526-e7.
49. Obezite T, Metabolizması L, Grubu HÇ. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara; 2015.

50. do Carmo JM, da Silva AA, Wang Z, Fang T, Aberdein N, de Lara Rodriguez CE, et al. Obesity-Induced Hypertension: Brain Signaling Pathways. *Current hypertension reports*. 2016;18(7):1-9.
51. Rahmouni K, Correia ML, Haynes WG, Mark AL. Obesity-associated hypertension. *Hypertension*. 2005;45(1):9-14.
52. Arena R, Daugherty J, Bond S, Lavie CJ, Phillips S, Borghi-Silva A. The combination of obesity and hypertension: a highly unfavorable phenotype requiring attention. *Current opinion in cardiology*. 2016;31(4):394-401.
53. Davidson R, Ahmad S. Hypertension in Special Groups: Renal failure the elderly, obesity, and scleroderma crisis. *Comprehensive Clinical Nephrology* Johnson RJ, Feehally J, eds Mosby, London. 2000:4407-9.
54. Kaya A. Obezite ve hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2003;2:13-21.
55. Hall JE, Hildebrandt DA, Kuo J. Obesity hypertension: role of leptin and sympathetic nervous system. *American journal of hypertension*. 2001;14(S3):103S-15S.
56. Onat A. Türkiye'de obezitenin kardiyovasküler hastalıklara etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2003;31(5):279-89.
57. Psychogeriatrics: report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 19 to 23 October 1970] [Internet]. 1972 [cited 16.01.2018]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40993>.
58. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik gelişim*. 2012;25(3):1-3.
59. Vincent GK, Velkoff VA. The next four decades: The older population in the United States: 2010 to 2050: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau; 2010.
60. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*. 2010;49(3):39-45.
61. Şendur MAN, Güven G. Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2011;42:53-64.
62. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2·7 million participants. *The Lancet*. 2011;378(9785):31-40.

63. Law M, Morris J, Wald N. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *Bmj*. 2009;338:b1665.
64. Di Cesare M, Bennett JE, Best N, Stevens GA, Danaei G, Ezzati M. The contributions of risk factor trends to cardiometabolic mortality decline in 26 industrialized countries. *International Journal of epidemiology*. 2013;42(3):838-48.
65. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*. 2014;311(5):507-20.
66. A Global Brief on Hypertension [Internet]. 2013 [cited 14.08.2017].
67. Hizmetleri TSBTS, Beslenme GM, Başkanlığı FAD. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011-2015. In: Bakanlığı TCS, editor. 2011.
68. Organization WH. Reducing salt intake in populations report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 October 2006, Paris, France: World Health Organization; 2007.
69. Potassium intake for adults and children [Internet]. 2012 [cited 12.12.2017]. Available from: http://www.who.int/entity/nutrition/publications/guidelines/potassium_intake/en/.
70. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost? [Internet]. 2011.
71. Assessment U. Screening for high blood pressure: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2007;147:783-6.
72. Sodium intake for a adults and children [Internet]. 2012 [cited 12.11.2017]. Available from: http://www.who.int/entity/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/en/.
73. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood pressure*. 2010;19(5):313-8.
74. Bakanlığı GTvH. Tuz ve Şekerin Azaltılmasına Yönelik Düzenlemeler 2014 [updated 21.11.2014; cited 2017 14.07.2017]. Available from: <http://www.tarim.gov.tr/Duyuru/195/tuz-ve-sekerin-azaltilmasina-yonelik-duzenlemeler>.

75. T.C.BAŞBAKANLIK. Türk Gıda Kodeksi Tuz Tebliği (TEBLİĞ NO: 2013/48). In: BAKANLIĞI GTVH, editor. Resmi Gazete Tarihi: 16.08.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28737: Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı; 2013.
76. Daskalopoulou SS, Khan NA, Quinn RR, Ruzicka M, McKay DW, Hackam DG, et al. The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *Canadian Journal of Cardiology*. 2012;28(3):270-87.
77. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.
78. Laroche ML, Charmes JP, Nouaille Y, Picard N, Merle L. Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? *British journal of clinical pharmacology*. 2007;63(2):177-86.
79. Zanchetti A. Treatment adherence and hypertension in the elderly. *Journal of hypertension*. 2017;35(6):1131-2.
80. Şarlı Ş. Hipertansiyon hastalığı olanlarda tedaviye uyum, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Erciyes Üniversitesi; 2011.
81. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *Bmj*. 2006;333(7557):15.
82. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical care*. 2005;43(6):521-30.
83. Demirezen E. Türkiye’de ve Almanya’da yaşayan antihipertansif ilaç kullanan Türklerde ilaç tedavisine uyum [Doktora Tezi]: İstanbul Üniversitesi 2006.
84. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(5):487-97.
85. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and Testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Progress in cardiovascular nursing*. 2000;15(3):90-6.
86. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient education and counseling*. 1999;37(2):113-24.

87. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;24(1):67-74.
88. Oğuzülgen İ, Köktürk N, Işıkdöğün Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8-maddeli ilaca uyum anketinin (MMAS-8) Türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması ("Validation of the Turkish Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale for Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients"). *Tuberk Toraks*. 2014;62(2):101-7.
89. Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu LA, Abad-Díez JM, Prados-Torres A. Non-adherence to antihypertensive medication: the role of mental and physical comorbidity. *International journal of cardiology*. 2016;207:310-6.
90. Mollaoglu M, Solmaz G, Mollaoglu M. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clinica Croatica*. 2015;54(4.):438-43.
91. Borah B, Sacco P, Zarotsky V. Predictors of adherence among Alzheimer's disease patients receiving oral therapy. *Current medical research and opinion*. 2010;26(8):1957-65.
92. Şahin NŞ. Hipertansiyon Yönetiminde Hasta Uyumu ve Hastaların Sağlık Anlayışlarına Yönelik Bir Girişimin Uyum Üzerine Etkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Adnan Menderes Üniversitesi; 2014.
93. Altıparmak S, Altıparmak O. Drug-using behaviors of the elderly living in nursing homes and community-dwellings in Manisa, Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012;54(2):e242-e8.
94. Turhan Ö, Kibar E, Ekren E, Engin O, Ercan D, Erdal AI, et al. Yaşlılarda ilaç uyumu: üniversite hastanesi tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. *Nobel Medicus Journal*. 2014;10(2).
95. Aparcı M, Kardeşoğlu E. Comparison of the Treatment Period and Individual Properties of Patients with Hypertension Followed Up in the Two Cottage Hospitals from the Different Social Cultural Subgroups. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008;7(4):333-8.
96. Kamran A, Ahari SS, Biria M, Malpour A, Heydari H. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: Application of health belief model among rural patients. *Annals of medical and health sciences research*. 2014;4(6):922-7.
97. Mert H, Nilgün Ö, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2011;15(1).

98. Cárdenas-Valladolid J, Martín-Madrazo C, Salinero-Fort MA, de-Santa Pau EC, Abánades-Herranz JC, de Burgos-Lunar C. Prevalence of adherence to treatment in homebound elderly people in primary health care. *Drugs & aging*. 2010;27(8):641-51.
99. Tsai K-T, Chen J-H, Wen C-J, Kuo H-K, Lu I-S, Chiu L-S, et al. Medication adherence among geriatric outpatients prescribed multiple medications. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2012;10(1):61-8.
100. Wawruch M, Zikavska M, Wsolova L, Jezova D, Fialova D, Kunzo M, et al. Perception of potentially inappropriate medication in elderly patients by Slovak physicians. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2006;15(11):829-34.
101. Skoog I, Nilsson L, Persson G, Lernfelt B, Landahl S, Palmertz B, et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *The Lancet*. 1996;347(9009):1141-5.
102. Uiterwijk R, Huijts M, Staals J, Duits A, Gronenschild E, Kroon AA, et al. Subjective Cognitive Failures in Patients With Hypertension Are Related to Cognitive Performance and Cerebral Microbleeds. *Novelty and Significance. Hypertension*. 2014;64(3):653-7.
103. Naumczyk P, Sabisz A, Witkowska M, Graff B, Jodzio K, Gąsecki D, et al. Compensatory functional reorganization may precede hypertension-related brain damage and cognitive decline: a functional magnetic resonance imaging study. *Journal of hypertension*. 2017;35(6):1252.
104. Domaç M, Hayran O, Dülger G, Balta E, Özkan Ö. Türkiye’de hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve antihipertansif kullanım özellikleri. *Türk Eczacılar Birliği Araştırma Yayınları Dizisi, Ankara*. 2000;3.
105. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. *Türk Geriatr Derg*. 2001;4(1):22-7.
106. TÜİK. Yıllara göre il nüfusları, 2000-2016 2016 [26.11.2017]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=1595.
107. TÜİK. İl ve ilçelere göre il/ilçe merkezi, belde/köy nüfusu ve yıllık nüfus artış hızı, 2016 2016 [15.07.2017]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=2427.
108. Yazicioglu Y, Erdogan S. *SPSS Uygulamalı Bilimsel Arastirma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık. 2004:49-50.

109. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13:273-81.
110. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975;12(3):189-98.
111. Lou MF, Dai YT, Huang GS, Yu PJ. Identifying the most efficient items from the Mini-Mental State Examination for cognitive function assessment in older Taiwanese patients. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(3):502-8.
112. Ostrosky-Solís F, López-Arango G, Ardila A. Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination in a Spanish-speaking population. *Applied Neuropsychology*. 2000;7(1):25-31.
113. Ertan T, Eker E, Güngen C, Engin F, Yasar R, Kilic G, et al., editors. The standardized mini mental state examination for illiterate Turkish elderly population. 2nd International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders; 1999.
114. Babacan-Yıldız G, Ur-Özçelik E, Kolukisa M, Işık AT, Gürsoy E, Kocaman G, et al. Validity and Reliability Studies of Modified Mini Mental State Examination (MMSE-I) For Turkish Illiterate Patients with Diagnosis of Alzheimer Disease. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2016.
115. Çalışma Genel Müdürlüğü. Asgari ücretin net hesabı ve işvere maliyeti 2017 [cited 2017 26.11.2017]. Available from: https://www.csgeb.gov.tr/media/4152/2017_onikiay.pdf.
116. ÇSGB. Asgari ücret tespit komisyonu kararı 2016 [cited 2017 26.11.2017]. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161230-22.pdf>.
117. Toh MR, Teo V, Kwan YH, Raaj S, Tan S-YD, Tan JZY. Association between number of doses per day, number of medications and patient's non-compliance, and frequency of readmissions in a multi-ethnic Asian population. *Preventive medicine reports*. 2014;1:43-7.
118. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2016;7(2):64-7.
119. Ma C. A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. *Applied Nursing Research*. 2016;31:94-9.

120. Cooper C, Carpenter I, Katona C, Schroll M, Wagner C, Fialova D, et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2005;13(12):1067-76.
121. Sa'ed HZ, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Morisky DE. Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. *Health and quality of life outcomes*. 2013;11(1):191.
122. Reach G, Guedj-Meynier D, Darné B, Herpin D, editors. Factors associated with medication non-adherence in uncontrolled hypertensive males and females: ODACE study. *Annales de cardiologie et d'angiologie*; 2015.
123. Chiang-Hanisko L, Tan J-Y, Chiang L-C. Polypharmacy issues in older adults. *Hu Li Za Zhi*. 2014;61(3):97.
124. Wang W, Lau Y, Loo A, Chow A, Thompson DR. Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2014;43(4):278-83.
125. Turner A, Hochschild A, Burnett J, Zulfiqar A, Dyer CB. High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect. *Drugs & aging*. 2012;29(9):741-9.

8. EKLER

Ek-1 Etik Kurul Onayı



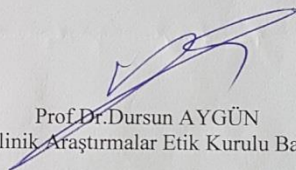
T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/832-1076

21.07.2017

Sayın Prof.Dr.Cihad DÜNDAR

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuzu **Hipertansif yaşlı bireylerde ilaç tedavisine uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2017/123 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 23.03.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-2 Hipertansiyon hastalığı olan yaşlı bireylerde tedavi uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi anketi

Bu araştırmada, Samsun ili Atakum ilçesinde yaşayan, hipertansiyon tanısı almış 65 yaş ve üzeri bireylerde tedavi uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. OMÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen çalışmada, oluşturulan bu anket veri toplama aracı olarak kullanılacaktır. Araştırmadan elde edilen veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Gülçin Elmas AKINCI
OMÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
0362 312 19 19-3708

Anket no:

Bağlı olunan ASM:

1. Doğum tarihiniz.....
2. Cinsiyetiniz nedir? a. Kadın b. Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? a. Evli b. Bekar/boşanmış/dul
4. Eğitim durumunuz
 - a. Okuma yazmam yok
 - b. Okuma yazmam var
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Üniversite mezunu
5. Kaç sene eğitim gördünüz?(yıl)
6. Aylık kazancınız ne kadardır?tl
7. Sağlık güvenceniz var mı? a. Evet b. Hayır
8. Sigara içiyor musunuz?
 - a. Günde en az 1 adet sigara içiyorum
 - b. İçmiyorum
9. Alkol kullanıyor musunuz?
 - a. Evet.....kadeh/şişe.....gün/hafta/ay
 - b. İçmiyorum
10. Birlikte yaşadığınız kişi ve yer ile ilgili aşağıdaki cümlelerden sizin için doğru olanı işaretleyiniz
 - a. Evde tek başıma yaşıyorum.
 - b. Kendi evimde sadece eşimle yaşıyorum.
 - c. Huzur evindeyim (eşim yanımda ya da değil).
 - d. Bir yakınım (Torunum ya da çocuğum) ile birlikte yaşıyorum (eşim yanımda ya da değil).

11. (Gözlük kullansanız bile) Yazıları okumakta zorlanıyor musunuz?
a. Evet b. Hayır
12. Konuşulanları duymakta zorluk yaşıyor musunuz? a. Evet b. Hayır
13. Ne kadar süredir hipertansiyon hastalığınız var?yıl
14. Sürekli ilaç kullanmanıza sebep olan, tanı konulmuş ek hastalığınız var mı?
a. Evet b. Hayır
15. Tanı konulmuş ek kronik hastalıklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
- 1) Şeker hastalığım var
 - 2) Daha önce kalp krizi geçirdim
 - 3) Kalp yetmezliği hastalığım var
 - 4) Böbrek yetmezliğim var
 - 5) Yüksek kolesterol nedeniyle ilaç kullanıyorum
 - 6) Unutkanlık, bunama hastalığım var
 - 7) Depresyon hastalığım var
 - 8) Kronik akciğer hastalığım var
 - 9) Kanser hastalığım var
 - 10) Kemik erimesi hastalığım var
 - 11) Tiroit hastalığım var
 - 12) İnme geçirdim
 - 13) Prostat hastalığım var
 - 14) Diğer(sürekli ilaç kullanımına sebep olan, tanı konulmuş diğer hastalıklar)
16. Günde kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?
17. Günde kaç tane hipertansiyon ilacı kullanıyorsunuz?.....
18. Ne kadar süredir hipertansiyon ilacı kullanıyorsunuz?yıl
19. Her gün aldığınız ilaçlarınızı kullanmanızda size yardımcı olacak birileri var mı?
a. Evet b. Hayır

Ek-3 Hipertansif ilaç tedavisine uyum ölçeği

Size hipertansiyon tedavisi almanız önerilmiş. Bu önerilere uymakta bazı sorunlar yaşamış olabilirsiniz. Bu araştırmada, varsa sizin ilaç kullanımı ile ilgili sorunlarınızı öğrenmek istiyoruz. Ankette doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen her soruya hipertansiyon tedavinizde ki kendi davranışlarınıza dayanarak cevap veriniz.

1. Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?	Evet	Hayır
2. İnsanlar bazen unutmamanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atlarlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde, ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) var mıydı?	Evet	Hayır
3. Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeniyle doktorunuza söylemeksizin ilacınızı almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz hiç oldu mu?	Evet	Hayır
4. Seyahat ettiğiniz veya evden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınızda taşımayı bazen unutur musunuz?	Evet	Hayır
5. Dün ilacınızın hepsini aldınız mı?	Evet	Hayır
6. Tansiyon ilaçlarınızı hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?	Evet	Hayır
7. Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz zaman bazen ilacınızı almayı durdurur musunuz?	Evet	Hayır
8. Her gün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hisseder misiniz?	Evet	Hayır
9. Tüm ilaçlarınızı almayı hatırlamakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?		
	Hiç/nadiren	
	Ara sıra	
	Bazen	
	Genellikle	
	Her zaman	

Ek-4 Standardize Mini Mental Test

STANDARTİZE MİNİ MENTAL TEST

(5 yıl ve daha fazla eğitim görmüş bireyler için)

Adı-Soyadı:

Tarih:

Yaş:

Meslek:

Eğitim (yıl):

Dominant el:

TOPLAM PUAN

YÖNELİM

*ZAMAN

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi aydayız?

Bugün ayın kaçı?

Hangi gündeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

*MEKÂN

Hangi ülkede yaşıyoruz?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

KAYIT

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın(20sn süre tanınır)

Masa

Bayrak

Elbise

DİKKAT

100den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.(100, 93, 86, 79, 72, 65)

HATIRLAMA

Yukarıda tekrar ettiğimiz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

Masa

Bayrak

Elbise

DİL

*ADLANDIRMA

Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir?(20sn tut)

Kalem

Saat

*TEKRARLAMA

Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer ve fakat istemiyorum." (10sn tut)

*ANLAMA

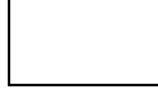
Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın (30sn)

-Masada duran kâğıdı sağ/sol elinize alın, İki elinizle ortadan ikiye katlayın, Yere bırakın lütfen

-Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

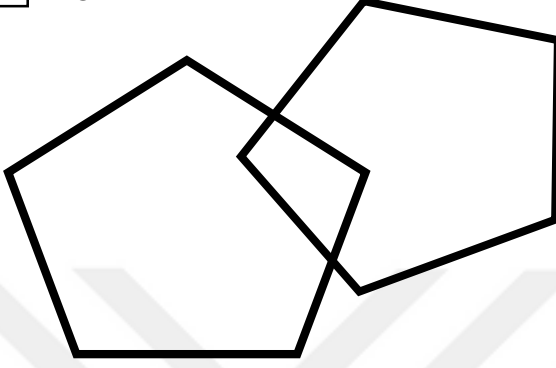
-Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.
GÖZLERİNİ KAPATIN (doğru işlem için 1 puan verin.)

GÖRSEL MEKÂNSAL



Şimdi size göstereceğim şeklin aynısını çizin.

KOPYA



ANKETİMİZ BİTMİŞTİR KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Ek-5 Eğitimsizler için Modifiye Edilmiş Mini Mental Test

MMT-E

-EĞİTİMSİZLER İÇİN MİNİ MENTAL DURUM TESTİ-

(5 yıldan az eğitim gormuş bireyler için)

Adı-Soyadı:

Tarih:

Yaş:

Meslek:

Eğitim (yıl):

Dominant el:

TOPLAM PUAN

YONELİM

*ZAMAN

*MEKÂN

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi ülkede yaşıyoruz?

Hangi aydayız?

şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

şu anda günün hangi blm?

şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Hangi gündeyiz?

şu an bulunduğunuz bina neresidir?

Hangi mevsimdeyiz?

şu an bu binada kaçıncı kattasınız?

KAYIT

Size birazdan soyleyeceğim  ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın(20sn süre tanırır)

Mavi

şahin

Lale

DİKKAT

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? (örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin (bireyin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir)

HATIRLAMA

Yukarıda tekrar ettiğimiz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

Mavi

Şahin

Lale

DİL

*ADLANDIRMA

Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir?(20sn tut)

Kalem

Saat

*TEKRARLAMA

Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

“O gelmiş olsaydı ben de giderdim.”

*ANLAMA

-Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın (30sn)

-Masada duran kâğıdı sağ/sol elinize alın, İki elinizle ortadan ikiye katlayın, Yere bırakın lütfen

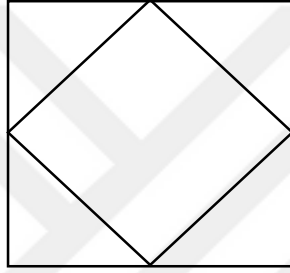
-Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin(30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

-Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımın aynısını yapın (kendi gözlerinizi kapatın)
(doğru işlem için 1 puan verin.)

GÖRSEL MEKÂNSAL

Şimdi size göstereceğim şeklin aynısını çizin.

KOPYA



ANKETİMİZ BİTMİŞTİR KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

SAMSUN İLİ ATAKUM İLÇESİNDE HİPERTANSİF YAŞLI BİREYLERDE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORJİNALLİK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%

İNTERNET
KAYNAKLARI

%9

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Hacıhasanoğlu, Rabia. "Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler", TAF Preventive Medicine Bulletin/1303734X, 20090301

Yayın

%2

2

GÜNGEN, Can, ERTAN, Turan, EKER, Engin and YAŞAR, Resmiye. "Standardize minimal test'in türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği", TUBITAK, 2002.

Yayın

%1

3

BABACANYILDIZ, Gülsen, URÖZÇELİK, Emel, KOLUKISA, Mehmet, IŞIK, Ahmet Turan, GÜRSOY, Esra, KOCAMAN, Gülşen and ÇELEBİ, Arif. "Eğitimsizler İçin Modifiye Edilen Mini Mental Testin (MMSE-E) Türk Toplumunda Alzheimer Hastalığı Tanısında Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması", Türkiye

%1

Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2016.

Yayın

4

KÜÇÜKGÜÇLÜ, Özlem, ESEN, Aynur and YENER, Görsev. "The reliability and validity of the caregiver burden inventory in Turkey", TUBITAK, 2009.

Yayın

<% 1

5

BUZRUL, Sencer. "TÜRKİYE'DE ALKOLLÜ İÇKİ TÜKETİMİ", ScientificWebJournals (SWJ), 2016.

Yayın

<% 1

6

Özlem Özdemir, Aygöl Akyüz, Hüseyin Doruk. "Compliance with drug treatment in geriatric patients with hypertension", Bakirkoy Tıp Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy, 2016

Yayın

<% 1

7

AKANDERE, Mehibe, ARSLAN, Fatma and TAŞKIN, Halil. "Kick Bocks Antrenörlerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi", Ankara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, 2008.

Yayın

<% 1

8

SOYUER, Ferhan, CANKURTARAN, Feyzan, GÜLTEKİN, Murat, MİRZA, Meral and ERTÜRK, Gözde. "İdiopatik Parkinson Hastalarında Düşme Sıklığının, Sosyo-demografik ve Klinik Faktörlerle İlişkisi", Türk

<% 1

9

PEKEL, Özlem, ARIK, Hale, SÖZMEN, Melih Kaan, ÜNAL, Belgin and KALAÇA, Sibel. "Türkiye'de kan basıncı düzeylerindeki değişim", Palme Yayıncılık, 2013.

Yayın

<% 1

10

GÖNEN, Seher, KÜÇÜKGÜÇLÜ, Özlem and YENER, Görsev. "Investigating the prevalence of cognitive and functional impairment which may be associated with dementia in hospitalized elderly", TUBITAK, 2010.

Yayın

<% 1

11

ERTÜRK, Emine Yurdakul, KÜÇÜKÖDÜK, Şükrü, BAYSAL, Kemal, AYYILDIZ, Pelin, YILMAZ, Ayşegül and OĞUR, Gönül. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Konjenital Kalp Hastalığı Tanısı Alan Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi", Galenos Yayıncılık, 2016.

Yayın

<% 1

12

ÖNCEL, Güray, ZUNGUR, Mustafa, ÖNCEL, Dilek, MERT, Güleç, ÖZDOĞAN, Öner and EKMEKÇİ, Cenk. "Kalsiyum skorlamanın koroner arter hastalığı riskini belirlemede framingham skoruna katkısı", İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi, 2014.

Yayın

<% 1

13

CEYLAN, Gürkan, YAVAŞCAOĞLU, Belgin, KORFALI, Gülsen, KAYA, Fatma Nur, MOĞOL BAŞAĞAN, Elif and TÜRKER, Gürkan.

"Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi işlemi için bilinçli sedasyon uygulamasında propofol ile deksmedetomidinin hemodinami ve kognitif fonksiyonlara etkisinin karşılaştırılması", Uludağ Üniversitesi, 2010.

Yayın

<% 1

14

ALPTEKİN, Kamil, DUYAN, Veli and DEMİREL, Said. "Adıyaman'da intihar girişimleri", Esform Ofset, 2006.

Yayın

<% 1

15

TERZİ, Özlem, AKER, Servet, TERZİ, Özgür, SÜNTER, A. Tefvik and PEKŞEN, Yıldız. "Hastane temizlik elemanları ve mesleki enfeksiyon riski: Bilgi ve davranışlar üzerine bir çalışma", İnönü Üniversitesi, 2009.

Yayın

<% 1

16

AYTAÇ, Necdet, ATA YÜZÜGÜLLÜ, Didem, GÖNÜLTAŞ, Tülin, ALTINSU, Tanju, GÜR, Özcan and ÇATAK, Çağlar. "Adana İli 2010-2011 Yılları Yenidoğan Tarama Sonuçları İle Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi ve Biotinidaz Eksikliği Tanısı Alanların Değerlendirilmesi", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, 2016.

Yayın

<% 1

17

AKER, Servet and ŞAHİN, Mustafa Kürşat.
"Kuduz Riskli Temas Olgularının
Değerlendirilmesi - Canik / Samsun", Yıldırım
Beyazıt Üniversitesi, 2016.

Yayın

<% 1

18

Kenan Gümüş, Ayla Ünsal. "Evaluation of Daily
Living Activities of the Individuals with
Osteoarthritis", Türk Osteoporoz Dergisi, 2014

Yayın

<% 1

19

ŞAHİNER, Gönül, AÇIKSÖZ, Semra and
AÇIKEL, Cengizhan. "Hemşirelik Yüksek Okulu
Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin
İncelenmesi", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2013.

Yayın

<% 1

20

AYDIN, Arzu Hazal, BİLİR, Halil İbrahim,
BİLGİN, Ahmet, ÇEKİN, Ezgi, KANAT, Sevda,
MİNİTAŞ, İdris, ZÜHRE, Özkan, GÖKGÖZ,
Güven, NACAR DERYOL, Dilber, ATTİLA,
Sema and ASLAN, Dilek. "Tirajı En Yüksek Dört
Ulusal Gazetede Yaşlılık ve Sağlık/Hastalık
Konulu Yazıların Değerlendirilmesi", Ankara
Üniversitesi, 2016.

Yayın

<% 1

21

ÜNAL, Süheyla, KAYA, Burhanettin and
YALVAÇ, H. Dilek. "Psikotik hastalarda hastalık
açıklama modeli ve çare arama davranışı",
Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2007.

<% 1

22

ONAT ŞAHİN, Şule. "Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi", Galenos Yayınevi, 2013.

Yayın

<% 1

23

Çağla Yiğitbaş, S. Erhan Deveci. "Disability in the elderly in terms of public health", Bakirkoy Tıp Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy, 2016

Yayın

<% 1

24

ÖCAL, Birsen, Çöteli and BÖREKÇİ, Gülay. "Genelevde çalışan kadınların ve ev kadınlarının cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin anksiyete ile ilişkisi", Erciyes Üniversitesi, 2007.

Yayın

<% 1

25

Ma, Chunhua. "A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension", Applied Nursing Research, 2016.

Yayın

<% 1

26

ÜNALAN, Demet, ÖZTOP, Didem Behice, ELMALI, Ferhan, ÖZTÜRK, Ahmet, KONAK, Deniz, PURLAK, Betül and GÜNEŞ, Didem. "Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki", İnönü Üniversitesi, 2009.

<% 1

27 S. LADHANI. "Changes in ascertainment of Hib and its influence on the estimation of disease incidence in the United Kingdom", *Epidemiology and Infection*, 07/2007 $< \% 1$
Yayın

28 Akbas, Seher, Berna Aydin, Cihad Dundar, and Ahmet Turla. "Relations between depression and PTSD and perceived social support in female child victims of incest", *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2015. $< \% 1$
Yayın

29 Kilic, Mahmut. "Hypertension Prevalence, Awareness and Control and Effecting Factors Among the Primary Care Clients", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013. $< \% 1$
Yayın

30 Orhan Gunduz, Coskun Bakar, Celalettin Simsek, Alper Baba, Alper Elci, Hakan Gurleyuk, Merdiye Mutlu, Ayse Cakir. "The Health Risk Associated with Chronic Diseases in Villages with High Arsenic Levels in Drinking Water Supplies", *Exposure and Health*, 2016 $< \% 1$
Yayın

31 Jones, Michaela. "Adherence and hypertension in the geriatric patient: addressing factors that lead to lack of adherence", *Clinical Advisor*, May $< \% 1$

32

Yilmaz, Ahmet, Faruk Kilinc, Mustafa Usman, Mustafa Sucakli, Halis Tanriverdi, Hamza Aslanhan, Gamze Bucaktepe, and Veysel Kars. "The prevalence of Diabetes Mellitus, Dysglycaemia and factors that affect them in Public Employees of Kahramanmaraş", Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 2015.

Yayın

<% 1

33

ÖZDEMİR, Saniye, MARAKOĞLU, Kamile and ÇİVİ, Selama. "Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2008.

Yayın

<% 1

34

GÜN, Yasemin and KORKMAZ, Medet. "Treatment adaptation and Quality of life of hypertensive patients", Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014.

Yayın

<% 1

35

Hava Özkan, Zehra Demet Üst, Gülsüm Gündoğdu, Ayla Çapık, Safiye Ağapınar Şahin. "Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki", SiSli Etfal Hastanesi Tip Bulteni / The Medical Bulletin of

<% 1

36

Zeynep Karaman Özlü, Nadiye Özer. "Richard-Campbell Sleep Questionnaire Validity and Reliability Study", Journal of Turkish Sleep Medicine, 2015

Yayın

<% 1

37

ALKAYA, Sultan AYZAZ and OKUYAN, Canan BİRİMOĞLU. "Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı ", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2017.

Yayın

<% 1

38

KÜÇÜK, Müşerref. "Kırsal Alanlarda Yaşlı Yerel Halkın Karşılaştığı Sorunlar: Konya İli Derebucak İlçesi Üzerine Bir İnceleme", Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2016.

Yayın

<% 1

39

"Poster Abstracts", Nephrology, 5/2008

Yayın

<% 1

40

KOÇAKA, Hatice Serap, ÖNCELİB, Selma, ZİNCİRC, Handan and SEVİĞD, Emine Ümit. "Sınıf öğretmenlerinde tip 2 diyabet riski ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi", Palme Yayıncılık, 2017.

Yayın

<% 1

41

DÖNMEZ, Hasan. "2017 Yılı Asgari Ücret Rakamlarının Değerlendirilmesi", Gelirler

<% 1

42

Naomi Ehrich Leonard. "", Proceedings of the IEEE, 1/2007

Yayın

<% 1

43

Yaman, Havva. "Türk Öğrencilerinin Yazma Kaygısı: Ölçek Geliştirme ve Çeşitli Değişkenler Açısından Yordama Çalışması", International Online Journal of Educational Sciences/13092707, 20100401

Yayın

<% 1

Alıntıları çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde