



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR KENTSEL BÖLGEDE HİPERTANSİYON OLGULARINDA
TEDAVİ UYUNCU VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: JALE AKGÖL

DOKTORA TEZİ
FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: Prof. Dr. ERCÜMENT ÖLMEZ

MANİSA 2016



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ CELAL
BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİR KENTSEL BÖLGEDE HİPERTANSİYON OLGULARINDA
TEDAVİ UYUNCU VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: JALE AKGÖL

DOKTORA TEZİ

FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: Prof. Dr. ERCÜMENT ÖLMEZ

Prof. Dr. TURHAN DOST (Jüri Üyesi)

Prof. Dr. BAŞAR SIRMAGÜL (Jüri Üyesi)

Prof. Dr. MEHMET MURAT DEMET (Jüri Üyesi)

Doç. Dr. KAMİL VURAL (Jüri Üyesi)

MANİSA 2016

BEYAN

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

Jale AKGÖL

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve becerilerinden faydalandığım, olumlu, sabırlı ve hoşgörölü tavrıyla örnek edindiğim, bana farmakoepidemiolojinin kapılarını açarak ışık olan, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli hocam Prf. Dr. Ercüment Ölmez'e, çalışmamın analiz sürecinde bana yol gözteren, tezime emek veren, tecrübelerini paylaşarak benden yardımını esirgemeyen, ikinci tez danışmanım Prof. Dr. Erhan Eser'e, Farmakoloji Anabilimdalındaki hocalarıma, doktora programına devam edebilmem için bana yardımcı olan iş arkadaşlarıma, varlıklarıyla bana güç veren başta annem, babam Perihan – Süleyman Küçükgöde olmak üzere tüm aileme, özellikle sevgili ablam Filiz Küçükgöde'ye ve hayatımdaki emeğinin hakkını asla ödeyemeyeceğim değerli eşim Özkay'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Çalışmama destek veren Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne ayrıca teşekkür ediyorum.

Bu çalışmayı, özverinin en büyüğünü gösteren, annesini mesleği ve eğitim hayatıyla paylaşmak zorunda kalan biricik kızım Maya'ya ithaf ediyorum.

Jale AKGÖL

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BEYAN	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR.....	V
TABLO DİZİNİ	VI
ŞEKİL DİZİNİ	X
GRAFİK DİZİNİ	XI
ÖZET	XII
İNGİLİZCE ÖZET.....	XIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hipertansiyonun Tarihçesi	5
2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	7
2.3. Hipertansiyon Patofizyolojisi	10
2.3.1. Çevresel Faktörler	11
2.3.2. Sempatik Sinir Sistemi Aktivasyonu	11
2.3.3. Artmış Na alımı	12
2.3.4. Renal Sodyum Tutulumu	12
2.3.5. İnsülin Direnci ve Hiperinsülnemi	12
2.3.6. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi	13
2.3.7. Endotel Disfonksiyonu	13
2.3.7.1. Nitrik Oksit	13
2.3.7.2. Endotelin	14
2.3.8. Vasküler Hipertrofi	14
2.4. Hipertansiyon Tanı ve Sınıflandırılması (Tanısal Değerlendirme)	15
2.4.1. Tanısal değerlendirme	15
2.4.1.1. Kavramsal Tanılama	15
2.4.1.2. İşlemsel Tanımlama	15
2.4.2. Kan Basıncı Seviyelerine Göre Hipertansiyon Sınıflaması	15
2.4.3. Beyaz Önlük (veya İzole Ofis) Hipertansiyonu ve Maskeli (veya İzole Ambulatuvar) Hipertansiyon	17
2.4.4. Egzersiz ve Laboratuvar Testleri Sırasında Kan Basıncı	17
2.4.5. Hastalık Gelişimine Göre Hipertansiyon Sınıflaması	18

2.4.5.1. Malign Hipertansiyon	18
2.4.5.2. Beningn Hipertansiyon	18
2.4.6. Etiyolojisine Göre Kan Basıncı Sınıflaması	18
2.4.7. Global KV Risk Profiline Göre Ht Sınıflaması	18
3. HT TANISINA YÖNELİK İŞLEMLER	20
4. HİPERTANSİYON TEDAVİSİ	22
4.1. Farmakolojik Tedavi	22
4.1.1. Diüretikler	22
4.1.2. Adrenerjik Sistem Antagonistleri	23
4.1.2.1. Merkezi Etkili Sempatikolitikler	23
4.1.2.2. Periferik Etkili Sempatikolitikler	23
4.1.3. Renin Angiotensin (RAS) Sistemini Etkileyen İlaçlar	26
4.1.3.1. ACE İnhibitörleri	26
4.1.3.2. Angiotensin II (AII) Reseptör Antagonistleri (Sartanlar)	27
4.2. Hipertansiyon Tedavisi ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri	28
4.2.1. Fiziksel Aktivite ve Hipertansiyon	29
4.2.2. Kilo Azaltmak	29
4.2.3. Alkol ve Hipertansiyon	30
4.2.4. Sigara ve Hipertansiyon	30
4.2.5. Kafein Alımını Azaltmak	30
4.2.6. Tuz Kısıtlaması	30
4.2.7. Diğer Diyet Değişimleri	31
5. FARMAKOLOJİK TEDAVİ	32
6. TAKİP	34
7. KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ	35
8. TEDAVİYE UYUM NASIL İYİLEŞTİRİLİR	36
9. GEREÇ VE YÖNTEM	37
10. BULGULAR	41
11. TARTIŞMA	76
KAYNAKÇA	83
EK: 1 Anket Formu	96
EK: 2 Morisky 8 sorulu Antihertansif Tedavi Uyum Ölçeği	101
EK: 3 Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği (PACIC)	102
EK: 4 Yerel Etik Kurulu Karar Formu	103
EK: 5 İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin Formu	104
EK:6 Özgeçmiş.....	105

KISALTMALAR

- ACE-I :Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (Angiotensin converting
AKBM: Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü
AntiHT :Antihipertansif
Approaches to Stop Hypertension)
ARB :Anjiyotensin II reseptör blokeri (Angiotensin II receptor blocker)
BKI : Beden kitle indeksi
DALY:Sakatlığa Bağlı Kayıp Yama Yılı(Disability Adjust Life Year)
DASH :Hipertansiyonun Durdurulmasında Diyet Yaklaşımlar. (Dietary
DSÖ:Dünya Sağlık Örgütü
EKBÖ: Evde Kan Basıncı Ölçümü
enzyme-ACE- Inhibitor)
ESH-ESC :Avrupa Hipertansiyon Topluluğu - Avrupa Kardiyoloji Topluluğu(European
Society of Hypertension - European Society of Cardiology)
HDL :Yüksek yoğunluklu lipoprotein (high density lipoprotein)
Health Organization / International Society of Hypertension)
HT :Hipertansiyon
JNC :Birleşik Ulusal Komite (Joint National Committee on the Prevention, Detection,
Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure)
KB :Kan basıncı
LDL :Yüksek yoğunluklu lipoprotein (low density lipoprotein)
MI :Myokard infarktüsü
NCEP :Ulusal Kolesterol Eğitim Program. (National Cholesterol Education Program)
NYHA :New York Kalp Birliği (New York Heart Association)
PACIC: Kronik hasta bakım değerlendirme anketi(The Patient Assessment of
Chronic Illness Care)
PAH : Periferik arter hastalığı
RAAS : Renin anjiyotensin aldosteron sistemi
WHO/ISH :Dünya Sağlık Örgütü / Uluslararası Hipertansiyon Topluluğu
NHANES : Ulusal Sağlık ve Beslenme inceleme Araştırması (National Health and
Nutrition Examination Survey)

TABLO DİZİNİ

Tablo2.1.1.Antihipertansif ilaç sınıflarının bulunuşu	6
Tablo 2.2.1 Türkiye ‘de hipertansiyon sıklığı	7
Tablo.2.4.2.1 Ofis ve ofis dışı kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon tanımı	15
Tablo2.4.2.2.ESH/ESC‘ye Göre Kan Basıncı düzeylerinin Tanımlama ve sınıflaması.....	16
Tablo 2.4.2.3 JNC 8’ e Göre Hipertansiyon Sınıflama Hedefleri.....	17
Tablo 2.4.7.1.Toplam KV Riskin Sınıflandırılması ESC-EHC 2013	19
Tablo 3.1 Laboratuvar incelemeleri.....	21
Tablo 4.1.2.2.1. Beta bloker Sınıflaması	25
Tablo 4.1.3.1.1.Kimyasal yapı özelliklerine göre ACE inhibitörleri.....	26
Tablo 4.2.7.1. DASH Diyeti.....	31
Tablo 5.1.Sosyodemografik Veriler	41
Tablo 5.2 Araştırmaya katılanların iş durumu dağılımı.....	42
Tablo5.3 Hastaların Türkçe konuşabilme durumu dağılımı	42
Tablo.5.4.Araştırmaya katılanların çocuk sayısı dağılımı	42
Tablo.5.5.Araştırmaya katılanların evde kimlerle yaşadığı dağılımı	42
Tablo. 5.6.Araştırmaya katılanların hanesinde yaşayan kişi sayısı dağılımı	43
Tablo5.7. Araştırmaya katılanların sosyal güvence dağılımı	43
Tablo5.8 .Araştırmaya katılanların hanesinde hipertansiyonlu birey varlığı dağılımı	43
Tablo 5-9.Akrabalarında (yaşıyor ya da ölmüş)hipertansiyon hastası varlığı oranı dağılımı	44
Tablo 5.10Tansiyon Ölçüm nedeni ne idi? cevabının dağılımı.....	45
Tablo 5-11.Hastaların hipertansiyon hastalığı süresi dağılımı.....	45
Tablo5-12. Araştırmaya katılanların ne kadar süredir hipertansiyon hastası	

cevabının dağılımı.....	45
Tablo5-13 HT Araştırmaya katılanların hipertansyon tedavisi başlanılan ilk yer.....	46
Tablo.5.14.Araştırmaya katılanların tansiyon ilaç sayısı dağılımı	46
Tablo 5.15.Son verilen antihipertanif ilacın kullanım süresi.....	47
Tablo5.16 Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama durumu dağılımı	47
Tablo 5.17 Ht bağlı şikayet nedeniyle nedeniyle enson ne zaman doktora, hastaneye gitmek durumunda kalındı cevabının dağılımı.....	47
Tablo.5.18 Ek komorbid durum varlığı dağılımı.....	48
Tablo 5.19 Günde kullanılan ilaç sayısı dağılımı.....	48
Tablo 5.20 Hipertansiyon hakkında ne düşünüyorsunuz? Cevabının dağılımı	49
Tablo 5.21.Hipertansiyon sebebi nedir? Cevabının dağılımı	49
Tablo 5.22 Araştırmaya katılanların normal kan basıncı kaçtır sorusuna yanıtı dağılımı	50
Tablo 5.23 Geleneksel yöntem kullanma durumu dağılımı.....	51
Tablo 5.24 Bitkisel ürün kullanma sıklığı dağılımı	51
Tablo5.25 Geleneksel yöntem kullanma sıklığı dağılımı.....	51
Tablo 5.26 Antihipertansif ilacınızı nasıl tanıyor sunuz sorusunun cevabının dağılımı.....	51
Tablo 5.27 Hastaların ilaç bilgisine başvurdukları yollar	52
Tablo 5.28 Araştırmaya katılanların alkol kullanım oranları	52
Tablo 5.29:Araştırmaya katılanların egzersiz durumu dağılımı	53
Tablo 5.30 Araştırmaya katılanların uyku kalitesi dağılımı	53
Tablo 5.31.İlaçlarını düzenli kullanıyorsanız sebebi nedir cevabının dağılımı	54
Tablo 5.32.Araştırmaya katılanların ilaç kullanıp bıraktıysa nedeni	55
Tablo 5.33 Araştırmaya katılanların ilaç kullanıp bıraktımı dağılımı	55
Tablo. 5.34 İlaç bıraktı ise sebebinin dağılımı	56
Tablo.5.35 Doktor önerisi ile bırakanların dağılımı.....	56
Tablo 5.36 Kendi isteği ile bırakma nedenlerinin dağılımı.....	56
Tablo 5.37 Kan basıncı ölçme sıklığı dağılımı.....	57
Tablo 5.38 Araştırmaya katılanların en son ölçtükleri sistolik ölçüm değeri dağılımı.....	57

Tablo5.39 Diyastolik ölçüm ortalaması dağılımı	58
Tablo 5.40 Kan basıncı tanımlayıcı istatistiksel veri dağılımı	58
Tablo5.41 araştırmaya katılanların son tansiyon ölçüm yeri dağılımı	58
Tablo 5.42 Araştırmaya katılanların hipertansiyon hastalığınızın nerde izleniyor sorusuna cevabının dağılımı	58
Tablo5.43 Hipertansiyon kontrolüne gitme sıklığı dağılımı	59
Tablo 5.44 Katılımcıların genel sağlık sorunları için başvurduğu kurumlar dağılımı	59
Tablo. 5.45.Sadece hipertansiyon nedeniyle başvurduğunuz kurum dağılımı	60
Tablo5.46 Ht için kontrol amaçlı ne zaman doktora gittiniz cevabının dağılımı	60
Tablo 5.47 Düzenli izlenmediğini düşünen hastaların sebepleri dağılımı	61
Tablo.5.48.Evde Hipertansiyon aleti var mı cevabının dağılımı	61
Tablo 5.49Evde kullanılan alet dijital mi manuel mi cevabının dağılımı	62
Tablo 5.50 Evde kendi kendinize kan basıncını cihazınızla izleyebiliyor musunuz cevabının dağılımı	62
Tablo5.51 Tansiyonunuz yükseldiğinde ne yaparsınız cevabının dağılımı	62
Tablo 5.52.Yaşam Tarzı Değişiklikleri Sorgulama dağılımı.....	63
Tablo5.53 Vücut Kitle İndeksi Oranları Dağılımı.....	63
Tablo 5.54 Hastalığınızın kontrol altında olduğunu düşünüyor musunuz cevabının dağılımı.....	64
Tablo 5.55 Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz cevabının dağılımı	64
Tablo 5.56.Morisky Ölçek.....	65
Tablo 5.57. Morisky Ölçeği Sonuç Değerlendirme.....	65
Tablo 5.58.Cinsiyet ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	66
Tablo 5.59.Morisky Uyum Tanılama ölçeği ile uyumlu değişkenler	66
Tablo 5.60.Yüksek Kan basıncı ilk tespit yeri ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	67
Tablo.5.61Tedaviye ilk başlanılan yer ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	67
Tablo 5.62. Bilgi indeks ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	68
Tablo 5.63. Sigara Kullanma Durumu ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	69
Tablo.5.64 Uyku Düzeni ile Morisky Ölçek Karşılaştırma.....	69

Tablo 5.65. İlaç kullanma alışkanlığı öz değerlendirme ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	70
Tablo 5.66 Düzeni Kullanma Nedeni ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	70
Tablo 5.67.Tansiyon İlacı Bıraktıysa nedeni sorusuna verilen cevapların dağılımı ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	71
Tablo 5.68 Hipertansiyon hastalığı İzlem yeri ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	71
Tablo.5.69 Hipertansiyon için kontrole gitme sıklığı ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	72
Tablo .5.70 Düzenli izlenmiyorsanız sebebi ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	72
Tablo 5.71 Yaşam Tarzı değişiklikleri-uyum ilişkisi ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	73
Tablo 5.72. Hipertansiyon kontrol altındamı? ile Morisky Ölçek Karşılaştırma	73
Tablo 5.73 Pacic ortalama sonuçları.....	74
Tablo 5.74 Pacic -Hastanın tedavi sürecine katılımı	74
Tablo 5.75 Pacic- Karar verme desteği.....	74
Tablo 5.76 Pacic-Amaç belirleme rahberlik	75
Tablo 5.77.Pacic-Problem Çözme	75
Tablo 5.78.Pacic- İzlem-koordinasyon	75

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 5.1. 18 Yaş ve Üzerindeki Erişkinlerde Kan Basıncı Sınıflaması ve Tedavisi.....	33
---	----



GRAFİK DİZİNİ

Grafik 5.1. Araştırmaya katılanların yüksek tansiyon ölçümünün ilk yapıldığı yer.....	44
Grafik 5.2. Araştırmaya katılanların ilaç çeşitleri	46
Grafik 5.3. Hastaların.Hipertansiyon.dışındaki.kronik.hastalıkları	48
Grafik 5.4. Komplikasyon Bilgi Düzeyi.....	50
Grafik 5.5. Araştırmaya katılanların sigara kullanım oranları	52
Grafik 5.6. İlaç kullanma alışkanlığını değerlendirme	54

ÖZET

Bir Kentsel Bölgede Hipertansiyon Hastalarında Tedavi Uyuncu Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Giriş: Hipertansiyon gibi sürekli ilaç alımı ve düzenli kontrol gerektiren kronik hastalıklarda tedavi uyuncunun olmaması, etkin kan basıncını sağlamanın önündeki önemli engellerden biridir. Bu çalışma ile uyumla ilişkili değişkenleri tespit etmek, kentsel bir bölgede aynı aile hekimine kayıtlı bir grup hastada antihipertansif tedavi uyuncunu ölçmek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem.** Bu çalışmada, İzmir Konak Bölgesinde aynı aile hekimine 1 Ocak 2014 tarihi itibarıyla kayıtlı 3594 bireyden, 40 yaş üstü hipertansiyon tanısı almış 535 eski ve yeni hipertansiyon hastalarından basit rastgele örneklemeyle seçilmiş 300 hastaya; niteliksel ve niceliksel verileri toplamayı amaçlayan anket ve Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (PACIC) ve Morisky 8 maddeli ilaca uyum anketi (MMAS-8) içeren anket formları yüzyüze uygulanmıştır. Minimum örnek büyüklüğü Patent 2 çalışmasına göre Hipertansiyon prevalansı % 30,3 olarak alındığında, % 5 sapma ile 300 olarak hesaplanmıştır. **Bulgular:** Morisky 8 soruluk anket ölçeğine göre hastaların %74 ü tedaviye uyumlu iken %22,7 sinin tedaviye uyumsuz olduğu saptandı. Kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin(PACIC) ortalaması $3,5 \pm 0,28$ olduğu saptandı. Araştırma sonucunda yaş, medeni durum, iş-egitim durumu ve sosyoekonomik düzey ve uyum arasında bir ilişki bulunmadı. Hipertansiyon hakkında doğru ve geniş bilgiye sahip ve özellikle hekim tarafından bilgilendiren ,yaşam tarzı değişikliklerinden sigara bırakma ,tuz ve yağ kısıtlama davranışını gösteren ,iyi uyku düzenine sahip hastaların tedavi uyumunun daha iyi olduğu saptandı. Düzenli izlemin önündeki en büyük engelin tedaviye ulaşamama ile ilgili örgütsel sorunlardan kaynaklandığı saptandı. Her ne kadar hastaların büyük çoğunluğunun hastalıklarının kontrol altında olduğunu düşünmeselerde, teşhis ve tedavisi ikinci basamakta düzenlenen hastaların daha uyumlu olduğu saptandı. **Sonuçlar:** Hasta uyumunu arttırmada hekimin rolü çok önemlidir. Birinci basamak, hipertansiyon değerlendirme ve kontrol oranlarını arttırmaya yönelik desteklenmeli ,tedaviye ulaşmanın önündeki engeller sağlık sistemi üzerinden iyileştirilmeli, Uyku bozukluğu olan hastalar ve tedavi uyumu arasında ilişki incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler : Hipertansiyon, Uyum, Kronik hasta bakım değerlendirme ,MMAS-8 Antihipertansif tedavi

SUMMARY

Treatment compliance among hypertensive patients in urban area and factors that affected the compliance

Introduction: In chronicle diseases such as hypertension which requires permanent drug use and regular control, the maladjustment with the treatment is one of the most significant obstacles for ensuring an efficient blood pressure. This study aimed to measure compliance with antihypertensive therapy in a group of patients in an urban arae and to identify variables associated with compliance. **Materials and Methods:** This study is a cross-sectional research which will be conducted to the patients diagnosed as having hypertension and over 40 years old (total 535 hypertensive patient) who are registered at İzmir, Konak Emine Bagcier Health Care Center at the date of January 1st 2014 (total 3594 patient). Sample, when the prevalence is taken as %31, is composed of 300 hypertensive patients who have a power to represent the population with a deviation of %5. Sample units are individuals. The data will be collected through face-to-face interviews using a questionnaire form. In the questionnaire, the socio-demographic features of the patients, their attitudes, knowledge and behaviours towards hypertension disease as well as biochemical parameters will be questioned, also The Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Antihypertensive treatment Adjustment Questionnaire will be questioned. **Result:**According to the 8-question questionnaire scale of Morisky, while %74 of the patients is moderately compatible, %22,7 was determined to be incompatible for the treatment. The average of PACİC was confirmed to be 3,5.±0.08. Following the search, no relation was found between age, marital status, business-education status and socioeconomic level and conformity. It was stated that treatment conformity of the people who has true and wide information about hypertension and who are informed by the doctor, who shows the behaviors of quitting cigarette, limiting salt and fat and who has a regular sleep pattern was better. It was pointed out that the greatest obstacle for regular monitoring is resulted from organizational problems about being unable to reach the treatment. Although it is not thought that diseases of the many patients are not in control, patients whose diagnosis and treatments are regulated in the second step are more compatible. **Conclusion:** Enhancing patient compliance the role of the doctor is inevitable. First step, hypertension should be supported for evaluation and increasing control rates, eliminated the barriers to reach the cure via the healthcare system,. It should be examined the relationship between the patients who have insomnia and compliance with medication.

Keywords : Hypertension, Compliance, PACIC, MMAS-8, Antihypertensive treatment

1.GİRİŞ

Hipertansiyon önemli düzeyde morbiditeye ve mortaliteye yol açan ciddi bir sağlık problemidir (WHO 1999). Ülkemizde de hipertansiyon oldukça yaygın bir sorundur. Türkiyede yapılan ulusal çapta bir araştırmaya göre hipertansiyon prevalansının 35-64 yaş grubunda % 42,3 olduğu ve yaş ilerledikçe bu oranın arttığı tespit edilmiştir(Altun ve ark. 2005). Dünyada 1 milyar insanı etkilediği düşünülen hipertansiyonun kalp krizi, inme, kalp yetersizliği ve periferik arter hastalığı gibi hastalıkların en sık ve en çok geri döndürülebilir nedeni olduğu bilinmektedir (Chobanian ve ark.2003). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2006 verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar dünyada bir numaralı ölüm sebebi olarak bildirilmiştir. 2005 yılında tahmini olarak 17,5 milyon yani küresel çapta tüm ölümlerin %30 unun kalp ve damar hastalıkları nedenleri oluşturmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 verilerine göre ülkemizde , hem kadın hemde erkeklerde, ölüm sebepleri arasında en sık sebeplerin başında kalp-damar hastalıkları gelmektedir. Sağlık bakanlığının 2004 yılında yapmış olduğu Ulusal Hastalık Yüku-Maliyet Etkililik (UHY-ME) çalışması verilerine göre hipertansiyon kontrol altına alındığında hipertansiyona bağlı ölümlerin %25,2 si önlenbilir bulunmuştur. Klinik araştırmalar gösteriyor ki antihipertansif tedavi ile inmede %35-40,miyokard infarktüsünde%20-25 ve kalp yetersizliği insidansında ise %50 azalma sağlanabilmektedir (Neal ve ark. 2000).

Hipertansiyonun KV hastalık etyolojisinin önemli bir risk etmeni olduğu bilinmektedir. Kan basıncı (KB) düşürüldüğünde KV hastalık riskleri belirgin olarak azalmaktadır (Kearney ve ark.2004). Bu güçlü kanıtlarla desteklenen verilere rağmen ,hipertansif hastaların büyük bir bölümü bu durumdan haberdar değildir (Burt VL ve ark. 1995) veya haberdar olsa bile gerekli tedavi almamaktadır. Tedavi başlayan veya takip eden hekimin uzman ya da pratisyen olması fark etmeksizin, antihipertansif tedavi alan gruplarda da hedef kan basıncı değerlerine istenilen düzeyde ulaşılamamaktadır (Amar J ve ark.2003). Hipertansif hastaların en uygun antihipertansif tedavi almış olmaları , yaşam tarzı değişikliklerinin hasta tarafından hayata geçirilmediğinde kan basıncını etkin olarak düşürmeye yetmemektedir. (Chobanian ve ark. 2003)

Ülkemizde yapılan Patent çalışmasının 2012 verilerine göre farkındalık oranı %40, tedavi alma oranı %31, tedavi alanlarda kontrol oranı ise %20 dir. (Altun B ve ark.2012) 2004 yılında yapılmış olan Türkiye Metabolik Sendrom Sıklığı Araştırması - METSAR çalışmasında da yetişkin hasta grubunda , tedavi ile kan yüksek kan basıncı kontrolü oranı sadece %6 olarak tespit edilmiştir (METSAR 2004).

Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için risk faktörlerini önlemek gerekmektedir. Gerek dünyada ve gerekse ülkemizde KB kontrol oranları istenilen düzeylerde değildir. (UHY-ME 2004)

KB kontrolünün düşük olmasının sebebini üç grupta sınıflayacak olursak; doktorun hastalığın seyrinde gelişen değişimlere karşı farklı bir tedavi adımı atmaması, hastanın tedaviye düşük uyuncu ve kronik hastalıklara yaklaşımda sağlık sistemlerindeki eksikliklerdir. Tedaviye düşük uyuncu (uyum) ise hastalar arasında en fazla görülen sebep olması nedeniyle ,yetersiz KB kontrolünün daha da önemli bir nedenidir. (Corrao ve ark. 2011)

Uyum "compliance" kavramı yerine düz hekim hasta iletişiminden ziyade, hekim hasta işbirliğini vurgulamasından dolayı bazı çalışmalarda sadakat "adherence", kesinlik "precision" ve uygunluk "concordance" terimleri tanımlanmış, ancak buna rağmen sıklıkla yayınlarda "compliance" terimi kullanılmaktadır (Cramer J 2003). Konuyla ilgili sınırlı Türkçe literatürde ise, compliance "uyum" ya da "uyuncu" olarak da tanımlanmıştır (Domaç ve ark. 2000; Kabakçı 2003). Çalışmamızda kullanım kolaylığı açısından bundan sonraki bölümlerde uyuncu yerine uyum kelimesi kullanılacaktır.

Tedaviye uyumu düşük hastalardaki kan basıncı değerlerinin yüksekliği ve KV (Kardiyovasküler) risk ile ilişkisi çalışmalarla ortaya konmuştur (Gale ve ark. 2011). Sadece antihipertansif ilaç almak ile etkin kan basıncı kontrolü sağlanamamaktadır, aynı zamanda yaşam tarzı değişikliklerini kişinin hayata geçirmek gerekmektedir. (Chobainian ve ark. 2003)

Tanım olarak, tedaviye uyum/uyuncu (compliance); hastanın ilaç alma, ilacı önerilen dozda ve önerilen zamanda alınması, diyet, istirahat, sağlık kurumuna kontrole gitme ve diğer yaşam biçimlerindeki değişikliklerini izleme davranışlarının hekim önerilerine ters düşmemesi biçiminde tanımlanmaktadır. (Hussar D,1975)

Genel olarak tedaviye uyumu etkileyen faktörler beş başlık altında toplanmaktadır.

- a) Sosyo-demografik özellikler (yaş,cinsiyet,eğitim, kültür, sosyoekonomik durum vs.)
- b) Hastalığa ilişkin faktörler (hastalığın tipi, şiddeti, seyri, süresi, belirtileri vb.)
- c) İlaç ile tedavi planına ilişkin faktörler (ilaç sayısı, ilacın cinsi, maliyeti, istenmeyen

etkileri, ambalajına ilişkin faktörler ve ilaç ile tedavi planının gerektirdiği davranış/alışkanlık değişiklikleri)

d) Sağlık çalışanlarının (hekim-hasta-eczacı-hemşi) ilişkilerine ilişkin faktörler (hastanın hizmetten yararlanmak için beklediği süre, hastanın sağlık çalışanlarından beklentileri ve bu beklentilerin ne oranda karşılandığı vb.)

e) Hastanın sosyal ve davranışsal özellikleri (hastanın sağlık, hastalık, tedavi ve ilaç kullanımına ilişkin bilgisi, inançları ve önyargıları vb.) (Üstel 1985).

Bir çok çalışma ,kronik hastalığı olan hastanın bu süreçte tedaviye uyumda sorun yaşaması iş gücü kaybına, sağlık harcamalarında artışa, hastaneye yatış sürelerinin uzamasına , morbiditede artmaya ve erken yaşta ölümlere neden olduğunu bildirmektedir. Hipertansif hastalar arasında kan basıncı kontrolü yetersiz olan hastaların yaklaşık %50'sinin uyum problemleri yaşadıkları belirlenmiştir. (Feldman ve ark.1998) . Farklı kronik hastalıklar ile yapılan çalışmalarda da uyumsuzluk oranlarının %50'lere kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (Sherbourne CD ve ark. 1992;Osterberg L,Blaschke 2005).

Hipertansiyon tedavisine düşük uyum, hem yaşam tarzı değişikliklerine uymada hemde antihipertansif tedaviyi almaya yönelik olabilir. Tedavi başlanmış her üç hastadan birinin 6 ay sonra , her iki hastadan birisininde bir yıl sonra ilk tedaviyi kesebilmekte olduklarını gösteren çalışmalar vardır . Ek olarak, günlük hastaların %10'u ilaçlarını almayı unutmakta (Lee JK ver ark. 2006) oldukları düşünüldüğünde kronik hastalıklarda tedavi uyum problemlerinin önemi daha da ortaya çıkmaktadır. Hipertansiyonda efektif bir kontrol sağlanmadığında progresyon göstermektedir bu açıdan periyodik takip ve kontroller önem arz etmektedir. Yapılan bir araştırmada ise ortalama olarak hastaların neredeyse yarısının bir sonraki kontrol randevularına gelmediği ve %40 kadar hastanın reçete edilmiş ilacı almadığı belirlenmiştir. (Clark LT ,1991).

DALY (*Disability adjusted life years*) ölçütü metrik ölçü birimidir, maluliyete ayarlanmış yaşam yılları olarak tanımlanmaktadır. Hastalık ya da sakatlık nedeniyle “kayıp olan yıllar” ile erken ölüm nedeniyle kaybedilen yılların bir arada hesaplanmasıyla oluşturulmaktadır. Yüksek kan basıncı dünya genelinde 64,3 milyon DALY (toplam DALY'lerin %4,4'ü) nedeni olduğu tahmin edilmektedir. Toplam ölümlerin %13 yani 7,1 milyon ölümünde sebebidir (Tosun ve ark.2010).

Hipertansiyon tedavisine uyum %100 olduğunda sırasıyla, %32 komplikasyon riski, 8,5 milyon yeni vaka ve 72 milyar dolar sağlık harcamalarında azalma beklenmektedir. (Koçkaya 2011). Tedaviye uyumsuzluğun genel sonuçları, tedaviye uyum konusunun

önemini ve hipertansiyon ile mücadelede tedaviye uyum konusunun ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı, İzmir Konak Bölgesinde bir aile hekimine kayıtlı 40 yaş üstü hipertansiyon tanısı almış ve antihipertansif tedavi aldığı bilinen 300 hastaya; niteliksel ve niceliksel verileri toplamayı amaçlayan anket ile uyum davranışını etkileyen hasta bilgi, tutum ve davranışları hakkında bilgi toplamak, uyumu etkileyebilen değişkenleri saptayabilmek ve Türkiye de geçerlilik ve güvenilirlik araştırmaları yapılmış, Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (PACİC) ve Morisky 8 sorulu Antihipertansif Uyum Tanılama ölçeği içeren anket formları yüzyüze kullanılarak “Kentsel bir bölgede Hipertansiyon tanısını almış hastalarda tedavi uyum ve kalitesinin değerlendirilmesi” amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tarihçesi

Hipertansiyon terimi tıp diline 19-20 yy arasında girmiştir. Yüksek kan basıncını tıpta bir hastalık olarak ifade eden ilk kişi arteriyel hipertansiyon ile renal patoloji ve sol ventriküler hipertrofisini ilişkilendiren Dr.Richard Brigt'tır (1789-1858) .

Frederich Mahomed (1849-1884) ise böbrek hastalığı olmadan da yüksek kan basıncı olabileceğinden bahseden ilk kişidir. Mahomed pratikte pek kullanılmamışsa da , nabız değişikliklerini yazdıran bir sfingomanometre icat etmiştir.

Sistolik kan basıncı ölçen aleti icat eden Scipione Riva Rocci'dir (1863-1920). Nikolai Sergeyevich Korotkoff (1874-1920) ise, diyastolik kan basıncının ölçülmesini sağlamıştır. Yüksek kan basıncının tedavisinin olması gerekliliği kan basıncını ölçen bu aletlerin keşfinden çok sonra ki yıllarda öğrenilmiştir. (Krakoff LR ,2009).

20.yy ilk yarısında yüksek kan basıncının olması gereken adaptif bir mekanizma olarak değerlendirilmiştir(Basile 2006).

1840- 1965 yılları arasındaki 120 yıllık süre içinde; kan basıncını arttıran mekanizmalar, patofizyolojik süreçler, kardiyo vasküler hastalığa gidiş süreçleri sekonder hipertansiyon sebepleri aydınlatılmaya çalışılmış ,etkin ilaç kullanımı 1950 li yılları bulmuştur. 1960 ve 1970 li yıllar hipertansiyonda etkili kan basıncı tedavisi yarardan çok zarar potansiyeli taşıyan bir tedavi etme süreci olarak geçmiştir.

Hipertansiyon patofizyolojisine anlamaya yönelik çalışmalara paralel olarak ilaç farmakolojisi gelişim göstermiştir(Tablo 2.1.1.)

1970 lerden sonra büyük ölçekli çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda hipertansiyon tanısı, değerlendirilmesi, tedavisi ve önlenmesi yönünde programlar ve kılavuzları yayımlanmıştır(Pickering 1972).

Tablo2.1.1.Antihipertansif ilaç sınıflarının bulunuşu

İlaç sınıfı ve tipi	Tarih
Rezerpin,santral ve periferik katekolamin tüketicisi	1931
Tiazid Diüretikler	1958
Hidralazin,primer arterioler vazadilatör	1950 ler
Guanetidin	1950 ler
Spirinolakton	1957
Metyl Dopa	1960
Beta Bloker	1973
Santral alfa 2 agonist(clonidine)	1970 ler
Alfa 1 bloker(prazosine)	1975
Ace inhibitörü	1977
Ca kanal blokeri(verapamil ,nifedipine	1977
Anjiotensin reseptör blokeri (losartan)	1993
Kaynak:Pickering	

1972 yılında National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) tarafından Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC) oluşturulmuştur. İlk rapor (JNC 1) 1977 yılında yayımlanmıştır. Bu kılavuz, kişilerin KB 140/90 – 160/95 mmHg arasında ise periyodik olarak izlenilmesini, DKB \geq 105 mmHg ise tedavi önermişti.(Şengül 2013)

2013 yılında yayımlanan JNC 8, ESC/ESH, Nice gibi bir çok kılavuz hipertansiyon tedavisi için günümüzde rehber olarak kullanılmakta ve etkin kan basıncı kontrolünün sağlanmasına yönelik sürekli güncellenmektedir.

2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, tüm dünyada ve de ülkemizde oldukça yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Yetişkin popülasyonun %25-30 'unu (%60 a kadar) ,yedinci dekattan sonraki yetişkinlerin %70 ini etkilemektedir. Kalp ve damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve yaygın olanı hipertansiyondur (Vasan RS ve ark.2001). Kan basıncı değerinin 115/75 mmHg'nın üstüne çıkması ile birlikte KV hastalık riskleri de beraberinde artmaktadır. Bu düzeyin üstündeki her 20 mmHg sistolik ve her 10 mmHg'lık diyastolik basınç artışı KV hastalık riskini 2 kat arttırmaktadır (Lancet 2002).

Dünyada yılda 17 milyon kişi kardiyovasküler hastalık nedeniyle ölmektedir. Neredeyse bu total ölüm nedenlerinin üçte birini oluşturmaktadır. Her yıl dünya çapında ölümlerin 9,3 milyonu hipertansiyon komplikasyonu nedeniyle görülmektedir. Hipertansiyon kalp hastalıklarının %45 inden , inmeninde %51 inden sorumludur (WHO,1999).

Hipertansiyonun prevalansı hakkında ülkemizde birden fazla ulusal çapta araştırma yapılmıştır. Hipertansiyon sıklığı üzerine yapılmış bazı çalışmalar Tablo 2.2.1'de yer almaktadır.

Tablo 2.2.1 Türkiye 'de hipertansiyon sıklığı

	Hipertansiyon Sıklığı(%)		
	Kadın	Erkek	Toplam
Türk Hipertansiyon ve Prevelans Çalışması	36,1	27,5	31,8
Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması(/1000)	38,5	39,0	37,8
Tekharf 2003/2004	49,1	36,3	42,7
Hane Halkı araştırması 2003(18 yaş üzeri beyanabağlı)	18,25	7,57	13,67

Türkiye'de Hipertansiyon Prevelans Çalışması'nın 2003 sonuçlarına göre hipertansiyon sıklığı ülkemizde %31,8 dir. Bu oran erkeklerde %27,5 iken kadınlarda % 36,1 dir (Altun B. Ve ark. 2005)

Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) çalışmasında, hipertansiyon prevalansı toplamda binde 37,8 dir. Cinsiyete göre bakıldığında bu oran erkeklerde binde 39,0 ve kadınlarda binde 38,5 olarak tespit edilmiştir (Hatemi H ve ark. 2002)

TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri çalışması) hipertansiyon sıklığı erkeklerde %36,3 kadınlarda %49,1 olarak beklirlenmiştir (Soydan İve ark.2003) .

2003 Hane Halkı araştırmasında, 18 yaş üstü katılımcıların toplamda %13,67'sinin (erkekler %7,57 kadınlar %18,25) hekim tarafından hipertansiyon tanısı aldıklarını beyan etmişlerdir(HÜNEE 2004). Çalışmalar arasındaki farklılıkların sebebi farklı yöntemlerin kullanılmış olmasıdır.

Koroner kalp hastalığı ve inme hipertansiyonun en sık görülen komplikasyonlarıdır. (Collins R, MacMahon S. 1994). Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkinlik çalışması (UHY-ME) 2004 verilerine göre, yüksek tansiyon etkili olarak kontrol edilebildiğinde erkeklerde ölümlerin %20,4'ü, kadınlarda ise ölümlerin %30,8'i; Önlenebilir YLL(Years of Life Lost) Kaybedilen Yaşam Yılı değerlerine bakıldığında erkeklerde toplam YLL'nin %11,4'ü, kadınların ise %16,2'si önlenemilmektedir. DALY hastalık yükü hesaplandığında, yüksek kan basıncı ,tüm hastalık yükünün erkeklerde %7,8'ini, kadınlarda da %9,4'ünü oluşturmaktadır.Bu da şunu göstermektedir ki normal kan basıncı hedef değerlerde olduğunda, toplam da hastalık yükünün %8,6'sı önlenmektedir. (UHY ME 2004)

Kan basıncı yüksekliğinin farkındalığı ve kontrol oranlarının düşüklüğü sadece bizim coğrafyamızı sorunu değildir. Bu sorun tüm dünyada da istenilen düzeylerde değildir. ABD de bu oran %32, Batı Avrupa ülkelerinde %15-25 civarındadır. (Tosun ve ark. 2010).

Ülkemizde ise; Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması sonuçlarına göre farkındalık oranlarının düşük olmasının en önemli sebebi kişinin kan basıncını hiç ölçtürmemiş olmasıdır. Çalışma verilerine göre bu oran %32,2 dir. 2003 verilerine göre ortalama 15 milyon hipertansif hasta öngörülmüştür. Oysa çalışma verileri göstermiştir ki popülasyonun sadece % 40' ı kan basıncı yüksekliğinin farkındadır ve yalnız %31 nin tedavi almaktadır (Altun ve ark.2003).

Ülkemizde ulusal çapta yapılan bir araştırmada ,tüm hipertansif hastaların %8 inde , kan basıncı yüksekliğinin farkında olup ,tedavi alan hipertansif hastaların ise sadece %20 sinde etkin kan basıncının sağlanabilmiş olduğu tespit edilmiştir (Altun B ve ark.2003). Türkiye Metabolik Sendrom Sıklığı Araştırması – (METSAR) Çalışmasında kan basıncı kontrolü oranı sadece %6 bulunmuştur (METSAR 2004).

TEKHARF çalışmasında kan basıncı yüksek tespit edilen grupta, ilaç kullanım oranlarının sırasıyla kadın ve erkekte %46,6 ve %38,5 olduğu belirlenmiştir(Soydan 2013).

Koruk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise hipertansif bireylerde sırasıyla hastalıklarının farkında olma oranı, antihipertansif tedavi alma ve kontrol oranı % 23,1, %10,3 ve%5,5 tir. Hipertansiyon kontrolü açısından bu değerler yeterince tatmin edici düzeyler değildir (Hacıhasanoğlu 2009).

Yapılan bir başka çalışmada da 1999-2000 yılı içinde hipertansiyonlu kişilerin % 30

unun hastalıklarından haberdar olmadığı, hastaların sadece %59'unun tedavi gördüğü ve bu grupta da, ortalama her 3 kişide sadece birinin kan basınçlarının kontrol altında olduğu bildirilmiştir (JNC 2003).

Özetle hastanın tedavi alıyor olsa bile kontrol oranlar %25-30 seviyelerinde kalmaktadır. Bu bilgiler ışığında denilebilir ki hipertansif hastaların %70 i hiç tedavi edilememekte ya da yeterli tedavi alamamaktadır (Arıcı 2002).

THINK (Türkiye 'de Hipertansif Hastalarda İnme Riski Araştırması) çalışması'nın sonuçlarına göre, hipertansif hastaların 10 yıllık inme geçirme riski ortalama %17 olarak tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında ki hipertansiyon hastalarının %86 sı bir antihipertansif tedavi alıyor olmalarına rağmen , yaklaşık %70'inin uluslararası kılavuzlara göre kan basıncı değerleri optimal kan basıncı değerlerinin üzerinde tespit edilmiştir. Bu verilere göre ülkemizde antihipertansif tedavi yeterli etkinlikte yapılamamaktadır ve hipertansiyon tanılı hastalarımız yüksek inme riski taşımaktadırlar (Kabakçı ve ark. 2006).

2003 yılı Türk Hipertansiyon Hastalığı Prevelansı araştırmasından 9 yıl sonra yapılan PatenT2 Çalışması' nüfusu temsil gücü olan bir popülasyonda , 26 ilde 5437 18 yaş üstü gönüllülerin taranması ile gerçekleştirilmiş bir çalışmadır. Bu rapora göre 9 yılda hipertansiyon prevelansında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Hipertansiyon farkındalığı %40 olan bu oranın %55,1'e yükseldiği, dolayısıyla antihipertansif ilaç kullanım sıklığının da arttığı (%31 den %47,5 e) belirlenmiştir. Kan basıncı kontrolü oranları da belirgin olarak yükselerek , tüm grupta %8'den %29,1'e, antihipertansif ilaç kullanan grupta ise %20'den %54,1'e yükselmiş olduğu gösterilmiştir (Ülgen 2012) .

TEKHARF verilerine göre ülkemizde hipertansiyonun tedavi oranı 1995 yılına göre 2002 de %33' ten %48'e, tedavi alanlarda da kan basıncı kontrol oranı %18'den %28'e çıkmıştır (Onat ve ark. 2002; Kabakçı 2006). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde farkındalık,tedavi ve kontrol oranları ilerleme kaydetse de ,ülkemiz için hedef değerlerden yine de çok uzaktır.

Tedavi alan gruplarda kan basıncı kontrolünün, her dört hastanın sadece birinde sağlanıyor olmasının en önemli sebeplerinden birisi hastanın tedaviye uyumsuzluğu olarak gösterilmektedir.(Kabakçı 2006).

Türk Kardiyoloji Derneğinin verilerine göre antihipertansif ilaç kullanan hastaların yaklaşık yarısı birkaç ay sonra ilacı bırakmakta ,tedavi alanların çoğu ilacı düzensiz kullanmaktadır. Hipertansiyon hastalarından kontrole çağrılan her iki kişiden birinin kontrollerine gitmediği, hastaların yarısına yakınının reçete edilen antihipertansif ilaçları almadıkları tespit edilmiştir. Tanı alan hastaların yarısı bir yıl içinde ilacı bırakmış, 5 yıl

sonra ise ilaç başlanan her dört hastanın üçünün ilaç içmeyi tamamen bıraktığı bildirilmiştir.(Acartürk ve ark.2000)

Hipertansiyon tedavisi eğitim,yaşam değişiklikleri ve tıbbi tedaviyi içeren ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir.Bu araştırma hastanın tedavi ile ilgili talimatlara uyduğu ve bu süreçte etkin rol aldığı bir tedavinin nasıl sağlanabileceği sorusunun cevabını bulmak amacıyla , uyuncu bozan etmenlerin ortaya çıkartılmasını amaçlamıştır.

2.3.Hipertansiyon Patofizyolojisi

Hipertansiyon, bir kan basıncı regülasyonu bozukluğudur.Hipertansiyondan sorumlu tek bir etiyoloji ya da fizyopatolojik bir mekanizmadan bahsedemeyiz ,çünkü sistemik kan basıncını birbirleriyle etkileşen bir çok faktör belirlemektedir. Genetik yatkınlık ve bir takım çevresel etmenler (yaşam tarzı, beslenme özellikleri, sosyoekonomik durumu, yaşadığı habitat, demografik ,metabolik özellikler vb) bir arada hipertansiyon üzerinde etkili faktörlerdir. Hipertansiyon oluşumunda rol alan patofizyolojik faktörler arasında artmış sempatik sinir sistemi (SSS) aktivitesi, diyabet vazodilatör maddelerin yetersiz üretimi, sodyum tutan hormonların ve vazokonstriktör maddelerin aşırı üretimi, renin üretimindeki dengesizlikler, obezite,diyette sodyumun fazla ve potasyumun az alınması, insülin direnci ve,damar hücre büyümesinde etkili faktörlerin aşırı üretimi sayılabilir. (Keleş 2013)

Genetik yatkınlıkta ise kişinin kan basıncını düzenleyen yolak ve mekanizmalarda rol oynayan enzim ve reseptörleri kodlayan ve varyasyonlarla oluşur ve buradaki bozukluklar hipertansiyona yol açar. Toplumda görülen kan basıncı düzensizliği olgularının %30-50 sinin genetik olduğu öngörülmekte (Ward 1990). Ailesel çalışmalarda 1. Derece akrabalarda ht nin varlığı, yüksek kan basıncına maruz kalma oranları 1.6 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Monozigotik ikizlerde daha fazla olmak üzere ikizler arasındaki kan basıncı düzeyleri ile ilgili genetik geçiş %50 -70 arasında olduğu öngörülmektedir(Stephan 2009)

Genetik çalışmalarda hipertansiyon gelişimi ile en güçlü ilişkisi olduğu bulunan genler renin-anjiyotensin sisteminin bileşenlerini ilgilendirmektedir. Diğerleri anjiyotensinojen, anjiyotensin dönüştürücü enzim, anjiyotensin-II tip 1 reseptörü ve beta-2 adrenerjik reseptördür. Bu genetik bozuklukların ortak bir noktası; artmış tuz ve su tutulumu ile sonuçlanan kalıtsal bir renal disfonksiyonun varlığıdır (Keleş 2013).

Kişinin hipertansiyon hastalığına genetik yatkınlık zemininde, çevresel faktörlerin etkisi ile hastalığı ortaya çıkması ve bu etkileşim zemininde kardiyak bir takım hastalıkların

oluşumuna zemin hazırlaması kabul gören bir etiyolojidir.(Hunt ve ark.2002)

2.3.1. Çevresel Faktörler

Günlük tuz tüketiminin fazla olması ,alkol ve sigara kullanma,obezite ,meslekler ve kalabalık yerlerde yaşam gibi çevresel faktörler hipertansiyon gelişimini agra ve edebilir (Williams 2001). Hipertansiyona yatkın bireylerde bir takım çevresel faktörler, kan basıncı yükselmesine neden olabilmektedir . Kilo vermek hem sistolik hemde diastolik kan basıncında düşmeye neden olan bir faktördür. Daha önce sedanter hayat yaşayan hipertansif bireylerde de egzersiz yapmaya başladıklarında anlamlı bir kan basıncı düşüşü izlendiği ile ilgili yayınlar mevcuttur. Tuz kullanımı ve obezite fizyopatolojik olarak intravasküler volüm artışı ve kardiak outputta artışa neden olarak , Alkol ve sigara kullanımı ise plazma katekolamin düzeylerini arttırarak hipertansiyona yol açar. (Massie ve ark. 2005)

2.3.2. Sempatik Sinir Sistemi Aktivasyonu

Sempatik sinir sistemi (SSS) aktivasyonu ile adrenallerden norepinefrin salımı gerçekleşir. SSS , kalp ,böbrek ve periferik damarlar üzerinde bir takım etkiler üzerinden kan basıncı regülasyonuna hizmet eder. SSS uyarımı ile kalp hızı artar, kalbin debisi artar, renal uyarımla vücut su tutar, artan volüm yükü ile periferde sıvı retansiyonuna olur ,SSS etkisi ile periferik vazokonstrüksiyon oluşumu da sürece eklendiğinde periferik vaskuler rezistans ve dolayısıyla kan basıncı yükselir. Bu süreç sadece hipertansiflerde değil sağlıklı bireylerde de bu yolla işler. Özellikle genç hipertansif hastalarda bu etyolojik faktör sıklıkla sorumlu tutulmaktadır.

2.3.3. Artmış Na alımı

Sodyum alımı artışı su tutlumunu arttırıp kalbe venöz dönüşü ve sonrasında kardiyak debiyi arttırır. Renal ve vasküler fonksiyonlar üzerinde ht ye neden olabilir.(Babalık 2005)

2.3.4. Renal Sodyum Tutulumu

Böbreklerden sodyumun geri alımının artışına yol açan en sık üç mekanizma şunlardır.

- Birinci mekanizma, konjenital veya edinsel hastalıklar sonucunda nefron sayısı azalma veya nefron fonksiyonunda azalma nedeniyle renal filtrasyon yüzeyinin azalmasıdır. Renal filtrasyon yüzeyinde azalma özellikle diyabetik nefropatili hastalardaki hipertansiyonun etyolojisinde ve başka birçok ilerleyici renal hastalıkta geçerli bir mekanizmadır.
- İkincisi, basınç natriürez ilişkisinin bozulması. Normal kişilerde kan basıncı yükseldiğinde, böbreklerden sodyum ve su atılımı artar, böylelikle damar içi hacim azaltılarak kan basıncı normale döndürülür. Bu duruma basınç natriürezi denir. Hipertansiflerde bu yolak ilişkisi bozulmuş ve artan sodyum ve su atılma ile basınç regülasyonu sağlanamaz.
- Üçüncü mekanizma da renal afferent arteriyollerde vazokonstriksiyona sekonder iskemik nefron toplulukları oluşumuna bağlı olarak ortaya çıkan renin salgısının homojenitesi bozulmasıdır (Babalık 2005) .

2.3.5. İnsülin Direnci ve Hiperinsülinemi

İnsülin direnci ,glikozun periferik dokularda kullanımının azalmasıyla karakterize metabolik bir bozukluktur .Esansiyel hipertansiyonu olan hastalarda insülin direnci sık görülen bir durumdur. Özellikle hasta obez bir hipertansif ise, insülinin karaciğer tarafından alımının azalması sonucu hiperinsülinemiktir. İnsülin direncine bağlı hipertansiyon patogenezinde, hipertansiflerde insülinin endotele bağımlı vazodilatör etkisinde azalma ve artmış SSS aktivitesine bağlı olarak vazodilatör etkide zayıflama sorumlu tutulmaktadır (Babalık E. 2005).

2.3.6. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi

Renin-Anjiyotensin-Aldosteron sistemi (RAAS) hem hipertansif ve hem de normotansiflerde dolaşan kan hacmini ve kan basıncını düzenleyen en önemli mekanizmalardan biridir (Keleş 2013). Böbrek Jukstaglomerular hücreden salınan renin karaciğerden plazmaya verilen anjiyotensinojenin anjiyotensin-I'e çevirilmesi reaksiyonunu katalize eder. Bu da anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) tarafından anjiyotensin-II'ye yıkılır. RAAS'nin fizyolojik ve patolojik tüm etkileri anjiyotensin-II (A-II) üzerinden gerçekleşir. AII'nin AT1 ve AT2 olmak üzere 2 tip reseptörü vardır ve etkilerinin çoğu AT1 üzerinden olur. AII'nin AT1 reseptörüne bağlanmasıyla periferik damarlarda vazokonstriksiyon, aldosteron sentez ve salınımı, renal tübüler sodyum geri alımı ,SSS aktivitesi ve vasopressin salınımı uyarılır, negatif geri besleme ile renin salınımı inhibe olur , ancak hipertansiflerde plazma renin düzeyleri homojen olmayıp kan basıncı düzeyi ile orantılı değildir. Hipertansif hastalarda plazma renin düzeylerinin uygunsuz bir şekilde normal veya yüksek olur. İskemik nefronlardan salınan aşırı renin dolaşıma geçerek A-II oluşumuna yol açar. Sonuçta, hiperfiltrasyon yapan nefronlarda aşırı vazokonstriksiyon ve sodyum tutulumu gerçekleşerek hipertansiyon gelişir (Babalık 2005)

2.3.7. Endotel Disfonksiyonu

Endotel hücreleri birçok lokal parakrin salgısı ile damar düz kaslarında vazokonstriksiyon ve vazodilatasyon sağlayarak periferik vasküler rezistansı regüle eder. En güçlüleri nitrik oksit (NO) ve endotelindir.(Nava ve Luscher 1995)

2.3.7.1. Nitrik Oksit

NO kısa etki sürelidir. Endotel hücrelerince kan basıncı değişikliklerini regüle etmek için salınır. Yüksek penetrasyon özelliği olan bir gaz olup güçlü vazodilatör, trombosit adezyon ve agregasyonunu inhibe edicidir. Damar düz kas hücrelerinin proliferasyonu ve migrasyonunu engelleyici etkileri vardır. Böylece lokal ve sistemik kan akımı ve kan basıncı regülasyonunda rol alır. Genetik olarak NO sentez ya da salınımında bir bozukluk varlığında ya da ateroskleroza sekonder salınım eksikliklerinde , hipertansiyona yatkınlığı arttıran önemli bir mekanizmadır. (Nava ve Lutchter 1995).

2.3.7.2.Endotelin

Endotel hücrelerinden salgılanır. Düz kas hücrelerine ETA üzerinden etki ederek vazokonstriksiyona, endotelin ETB reseptörüne bağlanarak prostasiklin ve NO üretimi yoluyla vazodilatasyon yapabilen bir peptittir. Hayvan modellerinde yapılan araştırmalarda hipertansif hayvan endotellerinde artmış endotelin tespit edilmiştir. Hipertansiyon patofizyolojisinde önemli bir hormondur. (Nava ve Lutcher 2005)

2.3.8. Vasküler Hipertrofi

Sodyum yükünü arttıran sodyum alımı fazlalığı ve renal sodyum tutulumuna ait bozukluklara sekonder kan basıncı yükselmelerinde ana mekanizma, kalp debisindeki artmadır. Stres ve ona bağlı SSS aktivitesinde artma, insülin rezistansına sekonder hiperinsülinemi, anjiyotensin II, endotelin gibi faktörlerde damarlarda vazokonstriksiyon ve hipertrofiye yol açarak periferik damar dirençteki artma yoluyla kan basıncı yükselmesine sebep olur. Bu etkiler çapı 1 mm'den küçük olan distal arter ve arteriyoller üzerinde etkisini gösterir. Periferik vasküler direnç etkisiyle oluşan vazokonstriksiyon ve hipertrofi mediyatörlerin etkisi ile dirençteki bu artışı sürekli kılar yavaş fakat ilerleyici bu mekanizma sonuçta oluşan vasküler yapıdaki değişiklik (remodeling) ile sonlanır. Başlatıcı mekanizma ne olursa olsun sebepten bağımsız oluşan vasküler değişiklik nonpesifiktir. Tüm hipertansiflerde patolojik son nokta aynıdır (Folkow 1990).

2.4. Hipertansiyon Tanı ve Sınıflandırılması (Tanısal Değerlendirme)

2.4.1. Tanısal değerlendirme

Arteriel Hipertansiyon tanımı aslında düşünüldüğünden zordur. Anlamsal olarak değerlendirildiğinde patolojik durum üzerinden kavramsal olarak tanımlayabiliriz, bir diğer tanılama ise sayısal varlık yönünden yani işlemsel tanılama yönünden oluşturulabilir (Mancia ve Grassi 2013)

2.4.1.1. Kavramsal Tanılama

KB ile KV sistem arasındaki sürekli ilişki nedeniyle sadece KB değerleri üzerinden normal ve yüksek kan basıncı değerlerini belirlemek zordur. Hipertansiyon için gerçek eşik değeri olgunun total kardiovasküler risk profiline bağlı olacak şekilde esneklik gösterir. Rose Ga ya göre 'Harekete geçmenin (teropötik müdahale) eylemsizlikten daha fazla kazanım sağlayacağı kan basıncı seviyesi' hipertansiyon için iyi bir tanımlamadır (Mancia ve Grassi 2013)

2.4.1.2 İşlemsel Tanımlama

Hipertansif kişileri geleneksel şekilde sistolik kan basıncı değerinin $\geq 140/90$ mm Hg bireyler olarak tanımlamaktır (ESH-ECH 2013). Hipertansiyonu tanımlamak için farklı profesyonel organizasyonlar farklı kılavuzlar sunmuşlardır.

2.4.2. Kan Basıncı Seviyelerine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

Tablo.2.4.2.1 Ofis ve ofis dışı kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon tanımı

	Sistolik KB(mmHg)	Diastolik KB(mmHg)
Ofis /Klinik KB	140	90
24 saatlik KB	130	80
Gündüz KB	135	85
Gece KB	120	70
Evde KB	135	85

Ofis dışında kan basıncı izleminin ofis ölçümlerine göre, gerçek kan basıncının çok daha güvenilir şekilde değerlendirilmesini sağlar. Tablo 2.4.2.1. Ofis dışı kan basıncı, genellikle AKBÖ(Ambulatuvar kan basıncı ölçümü) veya sıklıkla hastanın kendi ölçüm yaptığı EKBÖ(evde kan basıncı ölçümü) ile değerlendirilir. Ambulatuvar kan basıncının KV sonuçlar için riski öngörmede ofis kan basıncı ölçümlerinden daha duyarlı bulan çalışmalar vardır. (Gaborieau ve ark. 2008). Evde ölçülen kan basıncı da yine ofis ölçümlerine kıyasla serebro vasküler hastalık gibi endorgan hasarlarını öngörmede daha duyarlı olarak değerlendirilmiştir (Stregio ve ark. 2010).

Tablo2.4.2.2.ESH/ESC‘ye Göre Kan Basıncı düzeylerinin Tanımlama ve sınıflaması

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

Sistolik kan basıncının yüksek normal seviyesi prehipertansiyon olarak tanımlanmıştır. Prehipertansif grubun , daha düşük hipertansiyon değerlerine sahip kişilere göre hipertansiyon gelişme riski iki kat daha fazladır . ESH/ECH 2013 kılavuzu hekimin ofis tekrarlayan ölçümlerinde, kan basıncı değerinin $\geq 140/90$ mm Hg olmasını hipertansif durum olarak belirlemiştir.

JNC 8 (Eighth Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure), JNC 7(Seventh Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure)nin çoğu temel noktasını paylaşmakla birlikte 10 yıl sonra yayımlanan nihai rapor 14 sayfa ve 9 tavsiye içermekte olan bir kılavuzdur. JNC 7 ise 2003 te yayımlanmış ve ayrıntılarıyla ht hakkında yazılmış 100 sayfalık bir guidelinedır. Klavuzda bahsedilebilecek en önemli değişim hedef kan basıncı değerini 60 yaş üstünde, diabeti ve kronik böbrek hastalığı olmayan ,riski düşük kişilerde $\leq 150/90$ mmHg ve diğer tüm popülasyonun geri kalanında, yaş ve hastalıktan bağımsız kan basıncı hedefi $<140/90$ mmHg olarak değiştirilmesidir (JNC 2013).

Tablo 2.4.2.3 JNC 8' e Göre Hipertansiyon Sınıflama Hedefleri

KB sınıflama	Sistolik KB mmHg	Diyastolik KBmmHg
Normal	<120	ve<80
Prehipertansiyon	120-139	veya80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	veya 90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160	veya ≥ 100

2.4.3 Beyaz Önlük (veya İzole Ofis) Hipertansiyonu ve Maskeli (veya İzole Ambulatuvar) Hipertansiyon

Beyaz önlük veya izole ofis hipertansiyonu kan basıncının tekrarlayan hekim ofis ziyaretlerinde yüksek , ofis dışında AKBÖ ya da EKBÖ ile ölçümlerde normal olması durumudur. Maskeli (izole ambulatuvar hipertansiyon) ise KB ofiste normal olup, tıbbi ortam dışında anormal düzeyde yüksek olması durumudur. (Sega ve ark. 2001).Ofis kan basıncı eşik değeri klasik 140/90 mmHgdir. Beyaz önlük veya maskeli hipertansiyonda ofis dışı kan basıncı eşik değeri 135/85 mmHg iken 24 saatlik kan basıncı için ise 130/80 mmHg dir (Parati ve ark. 1998).

2.4.4.Egzersiz ve Laboratuvar Testleri Sırasında Kan Basıncı

Sistolik kan basıncında dinamik veya statik egzersiz sırasında artma diyastolik kan basıncında ki artmadan daha anlamlıdır. Egzersiz testi bir bisiklet veya bir yürüyüş bandında yapılacak dinamik egzersizdir. Bazı çalışmalarda erkekler için ≥210 mmHg, kadınlar için ≥190 mmHg sistolik KB değerleri 'egzersiz hipertansiyonu' olarak değerlendirilmiştir (Le ve ark. 2008).

2.4.5. Hastalık Gelişimine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

2.4.5.1. Malign Hipertansiyon

Malign hipertansiyonun tipik bir tanımı olmamakla beraber, diyastolik kan basıncının 130 mmHg'nın üzerinde olduğunda hayati tehdit eden ,akut ve hızlı gelişen ve endorgan hasarıyla beraber gelişen bir acil durum olarak ifade edilebilir. (Hayreh ve ark. 1986)

Diastolik kan basıncı > 130 mmHg üstünde, göz dibi bakısında grade 3-4 retinal eksüda, kanama, papilla ödemi gibi hasarlar ve baş ağrısı, konfüzyon, görme kaybı, konvülsiyonlar, koma, kalp yetersizliği, renal fonksiyonlarda bozulma (oligüri, azotemi), bulantı, kusma gibi end organ hasarı bulgularını içerebilen bir klinik antitedir (Ataman 1997).

2.4.5.2. Beningn Hipertansiyon

Malign hipertansiyon değerlerinden daha düşük yükselmelerin görüldüğü ,diğer kan basıncı değeri yükselmeleri durumlarını ifade eder. Yani malign hipertansiyon dışı tüm hipertansiyonlar benign hipertansiyon olarak değerlendirilebilir. (Grassi 2009)

2.4.6. Etyolojisine Göre Kan Basıncı Sınıflaması

Primer ya da Esansiyel Hipertansiyon ,olguların %90-95 inde görülür ve basıncı yükselmesinden sorumlu etyolojik faktörler bilinmemektedir. Diğer %5-%10 luk kısım Sekonder Hipertansiyon adıyla anılır ve altta yatan etyolojik faktör düzeldiğinde hipertansiyonda düzelir (Khatib ,Oussama 2005).

2.4.7 Global KV Risk Profiline Göre Ht Sınıflaması

Hipertansiyon sıklıkla obezite, kan şekeri regülasyon bozukluğu ,hiperlipidemi gibi bir çok metabolik risk faktörleri ile birliktelik gösterir. Her bir risk faktörü aditif etkileşime sahiptir. Birden fazla risk faktörü varlığında , toplam KV riski her birinin aritmetik toplamından daha yüksektir (Khatip ,Oussama 2005).

Tablo 2.4.7.1.Toplam KV Riskin Sınıflandırılması ESC-EHC 2013

Diğer risk faktörleri, asemptomatik organ hasarı veya hastalık	Kan Basıncı (mmHg)			
	Yüksek normal SKB 130-39 veya DKB 85-89	Evre 1 HT SKB 140-15 veya DKB 90-99	Evre 2 HT SKB 160-179 veya DKB 100-109	Evre 3 HT SKB \geq 180 veya DKB \geq 110
Başka RF yok		Düşük Risk	Orta derecede risk	Yüksek risk
1-2 RF	Düşük Risk	Orta derecede risk	Orta derecede yüksek risk	Yüksek risk
\geq 3RF	Düşük-orta derecede risk	Orta derecede yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk
OH,KBH evre 3 veya diyabet	Orta derecede – yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek –çok yüksek risk
Semptomatik KVH,KBYevre \geq 4 OH/RFlerin eşlik ettiği diyabet veya ettiği	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk

HT:Hipertansiyon;SKB:Sistolik kan basıncı;DKB:Diastolik kan basıncı;RF:Risk Faktörü; OH:Organ hasarı;KBH:Kronik böbrek hastalığı;KV:Kardiyovasküler hastalık

<ul style="list-style-type: none">Subklinik Organ Hasarı EKG’de SVH bulguları (Soolow-Lyon $>$ 38 mm, Cornell $>$ 2440 mm veya EKG’de SVH (SVKİ E \geq 125, K \geq 110 g/m ² Karotis duvarında kalınlaşma (IMK \geq 0,9 mm) ya da plak Karotis-femoral nabız dalga hızı $>$ 12 m/sn Bilek/brakiyal KB indeksi $<$ 0,9 Serum kreatinin düzeyinde hafif artış-E:1,3-1,5 mg/dL-K: 1,2-1,4 mg/dL GFH 60 mL/dk/1,73 m ² veya $<$ 60 mL/dk Mikroalbuminuri 30-300 mg/24 saat ya da albümin/kreatinin oranı E \geq 22, K \geq 31 mg/g kreatinin olması KV ve Böbrek Hastalığının Olması Serebrovasküler hastalık: iskemik inme, beyin kanaması, geçici iskemik atak Kalp hastalığı: miyokard infarktusu, angina, koroner revaskularizasyon, kalp yetmezliği Böbrek hastalığı: diyabetik nefropati, proteinuri ($>$ 300 mg/24 saat) Periferik arter hastalığı ,İlerlemiş retinopati: kanamalı ya da eksudalar, papilla ödemi –	<ul style="list-style-type: none">Risk Faktörleri Sistolik ve diastolik KB düzeyleri Nabız basıncı düzeyleri (yaşlılarda) Yaş (E $>$ 55 yaş,K $>$ 65 yaş) Sigara kullanma alışkanlığı Dislipidemi -TK $>$ 190 mg/dL ya da -HDL E $<$ 40 mg/dL, K $<$ 46 mg/dL ya da -TG $>$ 150 mg/dL Açlık plazma glukoz düzeyi 102-125 mg/dL Bozulmuş glukoz tolerans testi Abdominal obezite (bel çevresi E $>$ 102 cm, K $>$ 88 cm) Prematur KAH oykusu (E $<$ 55 yaş, K $<$ 65 -Diyabet Mellitus –Tekrarlanan ölçümlerde AKŞ126 mg/dL ya da -Yükleme sonu plazma glukoz düzeyi $>$ 198 mg/dL –
--	--

3. HT TANISINA YÖNELİK İŞLEMLER

Hipertansiyonun tanısında ayrıntılı ve iyi bir anamnez çok önemlidir. Aile öyküsü, Kan basıncı değeri yüksekliğinin başlama süresi ve önceki değerleri, ilaç kullanımı (kan basıncını yükselten içecekler, oral kontraseptifler, steroid, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar) diyetle özellikle hayvansal yağ alımı, tuz, alkol, sigara kullanımı, horlama olup olmadığı, fiziksel aktivitedüzeyi, ek konik hastalık ve bu nedenle kullanılan ilaçlar daha önce antihipertansif tedavi, sonuçları ve yan etkileri kan basıncını etkileyen diğer kişisel ve çevresel etkenler sorgulanmalıdır. İlk ölçüm her iki koldan ölçülerek yapılmalı daha sonra hangi kolda kan basıncı değeri yüksek olarak tespit edilmiş ise sonraki ölçümler o koldan yapılmalıdır. İlk ölçümden sonra en az iki vizite yani toplamda en az üç kez kan basıncı ölçümü yapılmalı ve evrelendirilmelidir. İlk ölçüm normal ve herhangi bir risk faktörü yoksa iki yılda bir ölçüm yapmak yeterlidir. Evde kan basıncı ölçümüne yönlendirilen hastalarda en az 3-4 gün boyunca, tercihen ardışık 7 gün, sabah - akşam ölçülmelidir. Fizik muayenede kan basıncı, kalp hızı ölçülmeli, nabız en az 30 saniye sayılmalı, ritm muayene sırasında değerlendirilip, kaydedilmelidir. Sekonder hipertansiyona ait belirtiler ve organ hasarı incelenmelidir. Bel çevresi ve beden kütle indeksi hesaplanmalıdır. Hipertansiyon hastalarında yapılması gereken laboratuvar incelemeleri Tablo 3.1 de verilmiştir. Hipertansiyonun genetik bir patofizyolojik komponenti vardır bu sebeple hastalarda genelde aile öyküsü vardır. İleri genetik araştırma bazı hastalıklarda örneğin glukokortikoidlerle düzelebilen aldosteronizm, Liddle sendromu gibi durumlar için akılda bulundurulmalıdır. (Aram, Geaorge 2003)

Tablo 3.1 Laboratuvar incelemeleri

a)Rutin Testler

Açlık kan şekeri

Serum total kolesterol

Serum LDL- kolesterol

Serum HDL-kolesterol

Açlık serum trigliserid

Serum potasyum

Serum ürik asit

Serum kreatinin

Kreatinin klirens ölçümü (Cockroft-Gault formülü) ya da glomerüler filtrasyon hızı (MDRD formülü)

Hemoglobin ve hematokrit

İdrar tahlili (dipstikle mikroalbümiüri ve mikroskopik inceleme dahil)

EKG

b)Önerilen Testler

Ekokardiyogram

Karotis ultrasonu

Kantitatif proteinüri (Dipstik test pozitif ise)

Bilek -brakiyal KB indeksi

Fundoskopi

Glukoz tolerans testi (açlık kan şekeri >100 mg/dL ise)

Evde ve 24 saatlik ambulatuvar KB ölçümü (mümkün olan yerde)

Serebral, kardiyak, renal ve vasküler hasar araştırılmalı (Komplike ht de zorunlu)

4. HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Amaç KV ve renal hastalık risklerinin azaltılmasıdır. Hipertansiyon tedavisi yaşam tarzı değişikliklerini kapsayan nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri olmak üzere iki yönlüdür. Etkin bir tedavi için birlikte yapılmalıdır. Antihipertansif tedaviye başlayıp başlamama kararı sistolik ve diyastolik KB düzeylerine ve total KV risk potansiyellerine göre düzenlenir. Tedavide hipertansiyona sıklıkla eşlik eden dislipidemi, obezite diyabet gibi kronik hastalıklar uygun yöntemle tedavi edilmeli ve sigara alkol kullanımı, diyet ve egzersiz alışkanlıkları gibi reversibl risk faktörleri belirlenip uygun danışmanlık hizmeti verilmelidir (Kaplan 2002).

4.1. Farmakolojik Tedavi

Hipertansiyon ilaçları diüretikler, sempatolitikler ya da adrenerjik sinir sistemi blokerleri ,renin angiotensinsistemini(RAS) etkileyen ilaçlar ve damar düz kaslarına etkili ilaçlar ve de yeni geliştirilmekte olan ilaçlar olmak üzere 5 grupta toplanabilir.

4.1.1. Diüretikler

Diüretikler önemli tedavi araçlarıdır. JNC 7 kılavuzuna göre antihipertansif tedavide ilk tercih edilmesi gereken grup diüretiklerdir. (Oates 1996).

Diüretikler farmakolojik özelliklerine göre dört gruba ayrılırlar.

a)Tiyazid ailesi : Distal tubulus kıvrımlarının başlangıç bölgesinde sodyum klor transport'unu inhibe eder ve sodyum geri emilimini bozarlar. Yan etki profili en yüksek diüretiklerdir. Tiyazidle tedaviye küçük dozlarda başlanılmalıdır. Hidroklorotiyazidin maksimum dozu günde 25 mg geçmemelidir.

b) Loop diüretikleri. Henle kulpunun kalın çıkan kolunda etkilidirler. Doz arttıkça diürez de artar .

c). Potasyum tutucu diüretikler: Distal tubulusların son bölümü ve toplayıcı kanallarda

etkilidirler. Na⁺ ile K⁺ transportunu engelleyerek Na⁺ atılımını artırır, K⁺ emilimini arttırlar.

d) Aldosteron reseptör antagonistleri: Distal tubulusların son bölümü ve toplayıcı kanallar üzerinde etki gösterirler Na⁺ atılımında artma, K⁺ reabsorbsiyonunda artma meydana getirirler.

4.1.2. Adrenerjik Sistem Antagonistleri

Bu grup antihipertansif ilaçlar sempatik sinir sistemini etkiler ve sempatikolitik etki gösterirler. Merkezi ve periferik etkililer olmak üzere 2 ana grupta toplanırlar(Oates 1996)

4.1.2.1. Merkezi Etkili Sempatikolitikler

Santral alfa 2 adrenerjik ya da imidazolin (I2) reseptör agonistleridir. Clonidine, guanfacine, guanabenz ve alfa-methyldopa santral alfa 2 adrenerjik agonist ; Rilmenidine ve Moxonidine I2 reseptör agonistleridir. Bu ilaçlar, beyin sapında postsinaptik alfa 2 adrenoreseptörleri ve I2 reseptörleri uyararak vazomotor merkezi deprese ederler .Ayrıca, periferik presinaptik alfa 2 adrenoreseptörleri selektif olarak uyararak norepinefrin salınımını inhibe ederler. Sonuçta, sempatik tonusun ve buna paralel olarak periferik damar direncinin düşmesini sağlarlar.

Bu grup ilaçlar böbrek kan akımını bozmazlar. Kalp hızı ve debisi azalır fakat plazma volümü artar. Periferik vasküler rezistans azalır. Gerek ilaç ilaç etkileşimlerinin fazlalığı ve yan etki profili yüksekliği(%30) bu ilaçların zaman içinde kullanımını kısıtlı düzeyde bırakmıştır.

4.1.2.2. Periferik Etkili Sempatikolitikler

I. Adrenerjik nöron blokerleri (postganglioner nöron inhibitörleri):

Periferik sinir uçlarında katekolamin depolarını boşaltma ya da salınımlarını inhibe etme suretiyle etki gösterirler. Guanedrel, rauwolfia alkaloidleri (rauwolfia serpentina, reserpina), guanethidin, vebetanidine ,debrisoquine gibi ilaçlar örnek olarak gösterilebilir.Yarılanma zamanları 2-14 güne kadar uzayabilmektedir. Dolayısıyla bu grup ilaçların etkileri guanedrel hariç geç ve yavaş başlar. Mekanizma olarak kalp atım sayı ve debisini azaltıp ,periferik damar direncini düşürürler. Plazma volümü ve renin aktivitesini

arttırmak suretiyle tuz ve su retansiyonuna neden olurlar. Aritmi ,depresyon, konvülsiyon eşiğinde düşme ve parkinson tablosunda ağırlaşma diğer yan etkileri arasındadır.. Özellikle ilaç etkileşimlerinde çok olan bu grup ilaçları alan hastalar ek olarak ,sıklıkla ortaya çıkan ciddi ortostatik hipotansiyonu tolere edemezler. Bu sınıf ilaçlar , diğer antihipertansiflere yanıt alınamayan , şiddetli refrakter hipertansiyon tedavisinde kullanılabilir. (Oates 1996)

II. Ganglion bloke ediciler

Bu grup ilaçlar trimethaphan ,hexamethonium, pentolinium mecamlamine örnek ilaçlardır. Hem sempatik ve parasempatik ganglionlarda nikotinik reseptörleri kompetitif bir mekanizma ile bloke ederek ,ganglioplejik etki meydana getirirler. Hem sempatik hemde parasempatik sistem inhibisyonu olur. Taşikardi, hipotansiyon arteryel ve venöz dilatasyon, idrar retansiyonu , kalp dakika atım hacminde azalma, görme bozuklukları ve konstipasyon yapabilirler. Bu ilaç grubunda şiddetli ortostatik hipotansiyon, ileus gibi önemli yan etkilerin görülmesi nedeni ile pratikte kullanılmamakla beraber Trimethaphan (arfonad) (iv) acil hipertansiyon tedavisinde yer almıştır.

III. Adrenerjik reseptör antagonistleri

Adrenerjik sinir uçlarında reseptör düzeyinde blokaj etkili ilaçlardır. Üç grupta bulunurlar.

A. Alfa adrenerjik reseptör antagonistleri

Damar düz kas hücre membranında yer alan post sinaptik alfa adrenerjik reseptörleri bloke ederler. Selektivite farklılıklarına göre 2 grupta toplanır.

a) Selektif alfa 1 adreseptör blokerler (prazosin, terazosin, doxazosin, urapidil): Lipit profiline etkileri olumludur, ilk doz fenomenine neden olmaları sebebiyle doz titrasyonu yapılmalıdır.

b) Nonselektif adreseptör blokerler: Hem alfa 1 hem alfa 2 adrenerjik reseptörleri bloke ederler (fentolamin, fenoksibenzamin, tolazolin, dibenamin, ergot alkaloidleri). Bu etki ile damar düz kaslarında gevşemesi sonucu vazodilatasyon olur ve periferik dirençte düşürürler, kalp hızını ve debisini arttıırırlar sonuç olarak plazma volümüde düşer.Renal kan akımında bie değişim yaratmaz. Nonselektif adreseptör blokerler alfa 2 reseptörü blokajı ile hipertansif atak, taşikardi gibi sempatik aktivite semptomlarına yol açarlar. Bu grupta bulunan fentolamin, fenoksibenzamin ve tolazalin feokromasitoma tedavisinde kullanılırlar. (Kaplan 2002)

B) Beta adrenerjik reseptör antagonistleri (beta blokerler)

Periferik beta adrenerjik reseptörleri, kompetitif bir mekanizma ile katekolaminlerle yarışır ve bu reseptörleri bloke ederler. Antihipertansif etkinliklerini arteriyel damar direncini düşürmek suretiyle gösterirler. Miyokard üzerinde (-) inotrop etki ile kalp kontraktilesini azaltarak, kalp hızını ve debisini azaltırlar. Barorefleks duyarlılığını arttırlar. Renal renin salınımını inhibe ederler. Bunların yanısıra vasküler dokuda prostaglandin düzeylerini yükseltirler. Santral sinir sisteminden sempatik “akış”ı azaltırlar. Böbrek kan akımını ve “prejunctional” sempatik inhibisyon yaparak noradrenalin salınımını azaltırlar. İntrensek sempatomimetik aktivitesi pozitif (ISA +) beta blokerler, kalp hızını ve debisini değiştirmezler. Yaşlılarda, düşük reninli hipertansiyonlular, zenciler ve düşük kalp atım hacimli yüksek periferik dirençli hipodinamik hastalarda etkileri oldukça zayıftır. Buna karşılık gençlerde, beyaz ırkta , yüksek ve normal reninli kişilerde, kalp atım hacmi yüksek, periferik direnci hiperdinamik hastalarda çok etkilidirler. Bu ajanlar, yalnız alfa1 reseptörleri bloke edenler (kardiyoselektif beta blokerler) hem beta hem de alfa 2 reseptörleri bloke edenler (nonselektif beta blokerler) olarak 2 gruba ayrılır. (Oates 1996)

Tablo 4.1.2.2.1. Beta bloker Sınıflaması

Beta adrenerjik reseptör antagonistleri	
Kardiyoselektif betablokerler	Nonselektif betablokerler
ISA (-) Atenolol	Nadolol
Betaxolol	Propranolol
Bisoprolol	Sotalol
Esmalol	Tertalolol
Metoprolol	Timolol
ISA (+) Acebutolol	Alprenolol
Celiprolol	Oxprenolol
Pindolol	

C) Alfa + beta adrenerjik reseptör antagonistleri (mikst reseptör blokerleri)

Vazodilatatör etkisini kompetitif olarak hem selektif alfa 1, hem de nonselektif, beta1+beta2 adreseptör blokajı yaparak gösterirler. Labetolol ISA (+), Carvedilol ve bucindolol ISA (-) tir.

4.1.3. Renin Angiotensin (RAS) Sistemini Etkileyen İlaçlar

4.1.3.1. ACE İnhibitörleri

Bu grup ajanlar, angiotensin I'in ,angiotensin II (AII) ye dönüşünü katalize eden ACE'i inhibe eder. Vazokonstriktör olarak güçlü bir peptid olan AII'nin oluşumunu engelleyerek etki gösterir. Bu ilaçlar ACE yi inhibe ettiğinde , bradikinini parçalanmasını önlemiş olur ve vazodilatatör bir peptid olan bradikinini seviyesi yükselir, vazokontraksiyon önlenir. Vazodilatasyon sonucu PVR düşer ve antihipertansif etki meydana gelir. ACE inhibitörleri kalp ve damar düz kas hücrelerinde proliferasyonu ve "remodeling"i azaltır. Yani fizyolojide düzeltirler. AII'nin blokajı ile aldosteron salınımını önlenir, natriüretik etki ile su ve tuz tutulması azalır. Kaptopril ve lisinopril dışında tüm ACE inhibitörlerinin aktif metabolitleri vardır.

Tablo 4.1.3.1.1. Kimyasal yapı özelliklerine göre ACE inhibitörleri

Sülfür içerenler (kaptopril, alacepril, phentiapril, pivalopril, zofenopril)

Karboksil grubu içerenler (enalapril, perindopril, trandolapril, ramipril, quinapril, delapril, cilazapril, benazepril, lisinopril, pentopril)

Fosforil grubu içerenler (fosinopril)

ACE inhibitörleri bilateral renal arter stenozu ve böbrek yetersizliğinde kullanılmamalıdır. Azotemi ve hiperpotasemi yapabilirler. Sempatik "kaçış"a sekonder , aşırı miktarda nitrik oksit (NO) yapımına neden olarak serbest oksijen radikallerinin artmasına yol açıp endotel harabiyeti oluşturabilir. Diğer yan etkileri ise sık görülen öksürük ve daha az olan anjionörotik ödemdir.

ACE inhibitörleri birinci kuşak (Kaptopril, enalapril) ve ikinci kuşak (lisinopril, fosinopril, trandolapril, perindopril, ramipril, benazepril, quinapril) örnek olarak verilebilir.

4.1.3.2. Angiotensin II (AII) Reseptör Antagonistleri (Sartanlar)

Angiotensin II reseptör antagonistleri AT1 reseptörlerini selektif olarak bloke eden güçlü ve uzun etkili nonpeptid ajanlardır. Losartan, eprosartan, valsartan, candesartan, irbesartan, telmisartan, tasosartan 'dan oluşan ve sartan ailesi olarak da anılan bu ilaçlar etkilerini, ekstrensek AII dışında, intrensek AII'nin de etkilerini bloke ederek gösterirler ve RAS aktivitesini düşürürler. Sempatikolitik etkileri vardır. Antiproliferatif etkileri de vardır. Aldosteron azatlıkları için dolaylıda olsa natriüresis etkileri vardır. Bu ajanlardan losartan'ın ürikozürük etkisi de vardır.

IV-Damar Düz Kasında Etkili İlaçlar

A) Kalsiyum kanal blokerleri:

Bu ilaçlar, hem damar düz kası hemde miyokard hücre membranında adrenerjik (α_1 , β_1) ve angiotensin II tip 1 reseptörlerin uyarılması ile çalışan, voltaja bağımlı L-Tipi yavaş kalsiyum kanallarını inhibe ederler. Damar düz kası ve miyokard hücrelerine Ca^{2+} girişini azaltır. Sitosolik Ca^{2+} düzeyini düşüncü eksitasyon kontraksiyon ikili ilişkisi bozulur ve vazodilatasyon meydana gelir. Kalsiyum kanal blokerlerinin düz kas hücreesindeki etkisi, arteryel duvarda venöz yatağa göre çok daha fazladır. Oluşan arteriyel dilatasyon sonucu periferik direncin azalması bu grup ilaçların esas antihipertansif etki mekanizmalarıdır. Bu ilaçlardan Dihidropiridin grubunda olanlar ise kalp debisini arttırabilirler, fenilalkilamin ve benzodiyazepin grubunda olanlar kalp hızını ve ritmini etkileyebilirler. (Oates 1996)

B) Potasyum kanal açıcılar:

Etkisini damar düz kas hücre membranında K^+ kanallarını açmak suretiyle, hücre içine K^+ girişini arttırmak suretiyle, hiperpolarizasyon yaparak gösterirler. Ek olarak hücreden Ca^{2+} çıkışını da arttırırlar. Böylelikle vazodilatasyon meydana gelir. Buda periferik direncin düşmesine, neden olur. Çoğu hakkında farmakolojik araştırmalar devam etmekte olup pinacidil, nicorandil, diazoxide, minoxidil sülfat ve cromakalin örnek olarak verilebilir. Bu grup ajanlar daha çok, diğer ilaçlar ile yanıt alınamayan refrakter ya da malign hipertansiyon tedavisinde kullanılmaktadır. Refleks taşikardi, su ve tuz tutucu etkileri tedavide sorunlar yaratabilmektedir. Acil hipertansiyon tedavisinde diazoksit kullanılmaktadır.

C) Doğrudan damar düz kas gevşeticileri:

Sodyum nitroprussid, hydralazine ve dihidralazin bu grup ilaçlar arasındadır. Doğrudan arteriyoler düz kas gevşemesi yapar ve PVR düşürür. Mekanizma tam olarak aydınlatılmamış olmakla beraber endotelden NO salınımını arttırmak ya da K⁺ kanallarını açarak hiperpolarizasyon yaratarak etki gösterdikleri sanılmaktadır. Bu ilaçlar baroreseptörleri uyararak kalp hızını ve debisini arttırlar ve katekolamin salınımına sebep olurlar. Plazma volümü ve renin aktivitesini arttırlar. Böbrek kan akımını arttırlar. Su ve tuz retansiyonuna neden olurlar. Bu nedenle beta blokerler, ya da santral alfa agonistler ve diüretikler ile kombine edilmelidir. Diğer antihipertansiflere dirençli (refrakter) hipertansiyonda, mailgn ve acil hipertansiyonda intravenöz olarak kullanılmaktadır.

V- Yeni Geliştirilmekte Olan İlaçlar

Renin inhibitörleri (pepstatin, norstatin, difluorostatin, cylostatin), Neutral endopeptidase (NEP) inhibitörleri (sinorphan, thiorphan, omapatrilat endotelin I reseptör antagonistleri (bosentan, phosphoramidon), vasopressin antagonistleri, adrenomedullin , serotonin antagonistleri, adenosin henüz klinik tedaviye girmemiş, geliştirilmekte olan antihipertansif ajanlar olarak sayılabilir (Oates 1996)

4.2. Hipertansiyon Tedavisi ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hipertansiyonda ilaç dışı tedavi, beslenme şekli ve günlük yaşamdaki bazı temel konularda yaşam tarzı değişiklikleri yapılmasını gerektirebilir. Bu durum, kişinin yeni bir alışkanlık edinmesi ya da o güne kadar devam eden alışkanlıklarını değiştirmesi demektir. Bu nedenle yaşam tarzı değişikliği ve sağlık önerilerine uyum zaman alabilmektedir (Ünalın ve ark. 2005)

4.2.1. Fiziksel Aktivite ve Hipertansiyon

Sağlıklı yada hipertansif hasta popülasyonlarının her ikisinde de yapılan araştırmalar gösteriyor ki yetişkinlerde dayanıklılık aktivitelerini içeren egzersizler hipertansiyon hastalığına karşı koruyucu etkiye sahiptir. Düzenli bir egzersiz programı ve hareketli bir yaşam tarzına geçiş hem fonksiyonel kapasiteyi arttırmakta hem de yaş almanın ters etkilerini minimize etmektedir. (Wadden 2004). Fiziksel aktivitenin azlığı diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak tek başına KV mortalite etkenidir .Bir metaanalizde düzenli aerobik egzersizin 3,8 mmhg sistolik, 2,6 mmhg diastolik kan basıncı düşüşü yaptığı izlenmiştir. Ortalama diinamik aerobik egzersiz istirahat sistolik ve diyastolik kan basıncını 3,0/2,4 mmHg ve ambulatuvar KB gün içi 3,3/3,5 mmHg düşürür. Hipertansif grupta istirahat KB (-6,9/-4,9 mmHg) normotansiflerden (-1,9/-1,6 mmHg) daha fazla düşer. Egzersiz HDL kolesterolü artırır ,kan basıncını düşürür ve ek olarak hastaya kilo kaybı sağlar böylece vücut yağı ve bel çevresi azalır. Egzersiz, insülin direncini kırar ,insülin duyarlılığını artırır. Sedanter yaşam süren hastalara günde 30–45 dakika düzenli egzersiz yeterlidir. Yürüyüş, yüzme ve yavaş tempolu koşu gibi egzersizlerde faydalı olmakla beraber egzersiz öncesi KV performans bir hekim tarafından değerlendirilmelidir. Spor yaparken ağırlık kaldırma gibi yoğun izometrik egzersizlerden kaçınılmalıdır.(Jordan ve ark. 2012)

4.2.2. Kilo Azaltmak

Vucüt ağırlığı arttıkça aralarındaki direk ilişki nedeniyle kan basıncı değeri artar. Obezlerde kilo vermek kan basıncını düşürür. İndirekt olarak insülin direncini kırar, kan lipit profili üzerinde iyileşmeler sağlar ,obstruktif uyku sendromu üzerinde olumlu etkiler sağlar. Bir meta-analizde ortalama 5,1 kg kilo kaybı ile sistolde 4,4 mmhg diyastolde ise 3,6 mmhg lik bir düşüş izlenmiştir .Sadece kilo vermek değil , kiloyu stabilize etmekte obez bir hasta için risk faktörlerini kontrol etmede etkili bir amaç olabilir (Jordan ve ark.2012). Obezite, tüm dünyada ve ülkemizde giderek artmakta olan bir halk sağlığı problemidir.. (Şegal ve arkadaşları, 1998). Türkiyede 24.788 kişinin tarandığı TURDEP-I çalışması ile elde edilen verilere göre Türkiyedeki obesite prevalansı değerleri ve 12 yıl sonra yapılan TURDEP –II çalışmasındaki yükselmeler çarpıcıdır. 1998 yılında yapılan TURDEP I e göre ,Türkiye de kadınlarda obezite prevalansı %30 , erkeklerde %13, genelde ise %22,3 düzeylerinde tespit edilmiştir. TURDEP-II çalışmasında ise obezite prevalansı %40 artarak 2010'da %31,2'ye ulaştığı görülmüştür.

Obezite ve kan basıncı arasında kuvvetli bir ilişki vardır. VKİ nin yaş sigara alkol alımı ve tuz tüketiminden bağımsız olarak hem sistolik hemde diastolik basıncı ile ilişkili olduğunu gösterir (Turdep 2010).

4.2.3. Alkol ve Hipertansiyon:

Alkol tüketimi arttıkça kan basıncı değerleri ve özellikle fazla tüketimi olan bireylerde inme olasılığı ve ölüm oranı artar. Alkol alımı ile antihipertansif ilaçların etkisi azalır ve ve alkol alımı azaltıldıkça KB değerinde de anlamlı düşmeler elde edilir (Puddey 1987).

4.2.4. Sigara ve Hipertansiyon

Sigara alımı ile sempatik aktivite ve katekolamin salınımı artar ve kan basıncı ve kalp hızı artar. Sigara alımını takiben 15 dakika kan basıncı yüksek kalır yani etkisini akut olarak gösterir. Sigara içicisi olan ve tedavi almayan hipertansiyon hastaları ve sigara içicisi normotansiflerin ambulatuvar kan basıncı ile yapılan karşılaştırmalarda kan basıncı değerleri sigara içmeyen gruptan yüksek bulunmuştur. Ağır içiciler de kan basıncı yükseklikleri anlamlı olarak daha yüksektir bu oran sistolik kan basıncı değerleri üzerinde daha anlamlıdır. Pasif içicilerde risk altındadır. Sigaranın etkisinin akut olması nedeni ile sigara bırakmakla kan basıncı düşmez fakat KV hastalıklarının önlenmesinde tek başına en anlamlı ve en etkin yaşam tarzı değişikliğidir (Doll ve ark 1994).

4.2.5. Kafein Alımını Azaltmak

Kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi hipertansif hastalarda daha belirgindir. Bir bardak koyu kahvede bulunan kafein, sistolik kan basıncını 10 mmHg, diastolik kan basıncını ise 3- 8 mmHg yükseltmektedir (www.tkd.org.tr/klavuz)

4.2.6. Tuz Kısıtlaması

Günlük tuz tüketimi ülkelerden ülkelere değişiklik gösterse de ortalama 9 ila 12 gr/gün dür. Ülkemizde ise bu oran bazı ülkelerin iki katı olup ,ortalama 18 gr/gün civarındadır. Klavuz önerilerine göre sodyum alımı sırasıyla hipertansif olmayanlarda ve hipertansif ve riskli grupta 2,3 gr/gün ve 1,5 gr/gün ile sınırlanması gerekliliği belirtilmiştir . Tuz alımı

miktarlarında ki yükselme ile inme riski ve KV olay arasında ilişki anlamlıdır. Tuz alımının azalmasıyla KV mortalite ve morbidite de azalma kanıtlanmıştır. Diyetle sodyum ve potasyum alım oranları azaltıldığında, KV olaylarında ortalama %30 oranında bir azalma tespit edilen çalışmalar vardır Diyetle potasyum tüketiminin varlığı sodyum alımının negatif etkilerini dengelemektedir. Özellikle diyabetik, orta-ileri yaş popülasyonunda, ve renal hastalığı olan grupta tuz alımının kısıtlanmasının kan basıncını düşürme etkisi daha fazladır. Sodyum alımının direkt tüketim dışı farkında olmadan alımı yönünden gıda sektörü üzerinde ciddi değişimler talep edilmelidir (Cobiac ve ark 2010).

4.2.7. Diğer Diyet Değişimleri

Sebze ve meyveden zengin, düşük yağ içeren kolesterol ve doymuş yağ azaltılmış DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyetinin KB düşürücü etkisi vardır. Birçok çalışma göstermiştir ki , yüksek doz omega 3 alımı (günde 3gr üstünde) ile kan basıncının düştüğü izlenmiştir. Diyetle potasyum alımını artıma ile kan basıncı değerinde düşme kaydedilmiştir. DASH diyeti ile hipertansif hastalarda sistolik/diyastolik kan basıncı değerlerinde 4,0/2,5 mmHg düşme tespit edilmiştir. Kalsiyum ve magnezyum alımında da düşüşler izlenmiştir. Bu diyetle genel olarak daha fazla sebze ve meyva (4-5 porsiyon ya da 300 g /gün sebze) tüketimi ve daha fazla balık tüketimi önerilmektedir. Doymuş yağ ve kolesterolden fakir diyet önerilmelidir. Diyetisyen kontrolünde, bu diyet yaşam tarzı değişikliklerinin bir parçası olarak hastaya öğretilmelidir. (Kaya ve ark. 2005)

Tablo 4.2.7.1. DASH Diyeti

Değişiklik	Öneri	Sistolik Kan Basıncı Azalması
DASH diyeti	Sebze ve meyveden zengin diyet,az yağlı süt, diyetle doymuş ve total yağın azaltılması	8-14 mmHg
Diyet sodyum kısıtlaması	Besinlerde alınan sodyumu 100 mEq/l den az olmayacak şekilde azaltmak(2,4 g sodyum,ya da 6 gr sodyum klorür)	2-8 mmHg
Fiziksel aktivite	Hızlı Yürüme gibi düzenli aerobik fiziksel egzersiz yapmak(günde en az 30 dakika, haftanın bir çok günü)	4-9 mmHg
Alkol tüketiminin azaltılması	Erkeklerde günde 2kadehten fazla olmayacak şekilde<30 ml etanol(720 ml bira300 ml şarap,90 mL 80 proof derecesinde viski)kadın ve zayıf kişilerde günde 1 kadeh ile sınırlandırmak	2-4 mmHg

5. FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Klinik çalışmalar göstermektedir ki ,antihipertansif tedavi alan hastalarda sırasıyla inme , miyokart infarktüsü ve kalp yetersizliği insidanslarında ortalama %35-40, %20-25, ve %50'nin üzerinde azalma tespit edilmiştir. Evre 1 hipertansiyonu ve ayrıca başka kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalarda sistolik kan basıncında 10 yıl süreyle korunan 12 mmHg'lık azalmanın tedavi uygulanan her 11 hasta için bir ölüm vakasını önlediği hesaplanmıştır. (Dr.Onur Üstün tez çalışması)

JNC 8 ye göre içinde diabetlilerin de bulunduğu siyahi olmayan popülasyonda, antihipertansif ilaç seçimlerinde başlangıçta ilk ilaç seçimi için beta bloker veya alfa bloker ,karvedilol, hidralazin, nebivolol, klonidin, spironolakton, rezerpin ve furosemid'in başlangıç tedavisinde kullanılması önerilmemekle birlikte tedaviye tiazid diüretikler, Ca kanal blokerleri, ACE inhibitörleri ve ARB blokerlerinden birisi ile başlanabileceği belirtiliyor. Diabetiklilerin de bulunduğu genel siyahi ırkta ,başlangıç tedavisinin tiazid diüretik veya Ca kanal blokeri içermesi bu kılavuzda önerilmekte. Erişkin çağda ırk ve diyabetik olmaktan bağımsız olarak kronik böbrek hastalığı olan kişilerde, antihipertansif ilaç seçimi ACE inhibitörü veya ARB'yi içermelidir. Kan basıncında tedavi hedefine ilk bir ay içinde ulaşamadığı durumlarda doz artırımını ya da ikinci bir ilaç eklenmesi yoluna gidilmelidir. Takiplerde ,ikili ilaç tedavisiyle hedef kan basıncına yine de ulaşamadıysa, üçüncü bir ilacın başlanması düşünülmelidir .

Sekil 5.1. 18 Yaş ve Üzerindeki Erişkinlerde Kan Basıncı Sınıflaması ve Tedavisi

KB sınıflaması	SKB (mmHg)*	DKB (mmHg)*	Yaşam Tarzı Değişimi	Tedavi*	
				Eşlik eden hastalık	
				Yok	Var**
Normal	<120	ve <80	Motive et		
Prehipertansiyon	120-139	veya 80-89	evet	İlaç gereksiz	Hastalıkla ilgili ilaç
Evre 1 hipertansiyon	140-159	veya 90-99	evet	Çoğunda tiazid diüretik, ACE-İ, ARB, β-bloker, KKB ya da kombinasyon	Hastalıkla ilişkili ilaçlar ve gereğinde diğer antihipertansifler (diüretikler, ACE-İ, ARB, β-bloker, KKB)
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	veya ≥100	evet	Tiazid diüretik ve ACE-İ veya ARB veya β-bloker ya da KKB gibi ikili kombinasyon***	Hastalıkla ilişkili ilaçlar ve gereğinde diğer antihipertansifler (diüretikler, ACE-İ, ARB, β-bloker, KKB)

6.TAKİP

KB kontrolü için hasta ile bağı kopmayacağı aralıklarda planlanması gerekmektedir. İlaç başlanan hasta grubunda yan etkilerin takibi ve ideal kan basıncı değerlerine ulaşma hedeflerinde hasta daha sık izlenmelidir. Hedef kan basıncına ulaşıldıktan sonra kontrol sıklığı azaltılabilir.

KV hastalık riski düşük ve evre 1 hipertansifler için altı aylık aralıklarla izlem yeterlidir. Hastaya evde düzenli KB takibi önerilmeli ve öğretilmelidir. Yüksek ya da çok yüksek riskli hastalarda kontroller daha sık olarak planlanmalıdır. Antihipertansif tedavi başlanmayarak sadece yaşam tarzı değişikliği önerisi ile takip edilen hastalarda, tedaviye yanıt değişkenliği ve uyum problemlerinin sıklığı nedeniyle hastalığın seyri değişebilmektedir.

Hasta takibin ile sadece kan basıncı ölçümü anlaşılmalı ,her vizite hasta end organ hasarları ve KV risk faktörleri yönünden değerlendirilmelidir. Hipertansiyon için tedavi yaşamın bir parçasıdır. Ömür boyu süren bu süreçte uyum problemleri nedeniyle hastalarda hipertansiyon tedavisi efektif yapılamadığında ,hastalık ilerleyici seyri nedeniyle ,ek hastalıklarla kombine olarak karşımıza çıkabilir (Chobian ve ark.2003).

7. KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ

Hipertansiyon hakkında küresel çapta yapılmış araştırmalar göstermiştir ki hipertansiyon KV hastalık oluşumu için diğer sebeplerden bağımsız ,tek başına anlamlı bir risk faktörüdür ve hipertansiyon kontrol altına alındığında bu riskler ciddi bir şekilde azalma göstermektedir. Bu açıdan en önemli olgu ilk olarak hipertansiyon hastalarının yakalanması gerekliliğidir. Araştırmalar hastaların farkındalık düzey düşüklüğünün ve, farkında olan hastaların da etkin tedaviyi almadıklarının altını çizmektedir. Hedef KB düzeylerine nadiren ulaşılmakta olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu tespitler ışıkında hastalığın tespit ve tedavinin arttırılmasıve tedavinin etkinliğinin arttırılması için önem arz etmektedir.(Shanti ve ark. 2011)

8. TEDAVİYE UYUM NASIL İYİLEŞTİRİLİR

• Eğitim ve hasta bilgilendirilmesi çok önemlidir. Hastalığın riskleri , tedavinin yararları ve reçete edilen ilacın beklenen yan etkileri gibi bilgi ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren bir eğitim ,uyumu arttıran önemli bir girişimdir. Tedavi planı yazılı olarak hastaya verilmeli ve sözel olarak anlatılmalıdır. Tedavi planlanırken hastanın yaşam tarzı ve beklentileri, gereksinimleri göz ardı edilmemelidir. Günlük ilaç sayısını mümkün olduğunca az sayıda tutup, tedavi basitleştirilmelidir. Evde hastanın,kendi kendine kan basıncı ölçmesi öğretilmelidir. Aile bilgilendirmesi yapılmalı , hasta yakınlarına acil durumlarda izlenecek yollar öğretilmelidir. Hekim tedavi uyumu hakkında hastayı sorgulamalı ve sağlık sisteminde telefonla izlem, hatırlatıcılar, ev ziyaretleri, ev kan basıncının telemonitorizasyonu, sosyal destek, bilgisayar destekli danışmanlık konularına izin verecek şekilde revize edilmesi ve bu sürece hemşirelerin ekibe dahil edilmesi önemlidir. Eczacıların ilaç takip sistemlerine yönelik girişimler yapılabilir. Takibin hasta ile iletişimin koparılmaması veya hekimlerin tedavi ve takip süreçlerine katılımlarının pozitif performansla ödüllendirilmesi uyumu arttırabilmektedir.(Myers 1999;McInnes 1999)

9.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın temel amacı kentsel bir bölgede Esansiyel Hipertansiyon tanısı almış 40 yaş üstü hastalarda antihipertansif tedavi uyumunun ölçülmesi ve uyumu etkileyen değişkenleri ortaya koymaktır.

Araştırmanın tipi ve Örneklem:

Bu araştırma, İzmir Konak Bölgesinde 3519079 nolu aile hekimine 1 Ocak 2014 tarihi itibarıyla aynı aile hekimine kayıtlı 3594 bireyden, 40 yaş üstünde kan basıncı yüksekliği nedeniyle tedavi başlanmış ve Esansiyel hipertansiyon tanısı almış kesin kayıtlı olan 535 hasta arasından basit rastgele örneklemeyle seçilmiş 300 hasta ile yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Minimum örnek büyüklüğü Patent 2 çalışmasına göre Hipertansiyon prevalansı % 30,3 olarak alındığında, %95 güven aralığında, % 5 sapma ile 300 olarak hesaplanmıştır. Kişilere ulaşılamaması halinde, geride kalan 235 kişi yedek olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada bir haneye bir defa başvurulmuş ulaşılamama halinde iletişim bilgileri olan hastalar aranmış ve aile sağlığı merkezine davet edilmişlerdir. Toplamda; ulaşılamama, ankete katılmak istememe gibi gerekçelerle 45 hasta 300 sayısına ulaşabilmek için yedek seçilen guruptan basit rastgele yöntemle seçilmiştir. Anketler yan tutmayı önlemek amacıyla en az 18 yaş ve üstü olan, sağlık alanında daha önce çalışma yapmış ve anket hakkında 30 dakikalık (1 seans) eğitim verilmiş, 4 anketör ile aile sağlığı merkezi ya da ev ortamında ziyaretleri ile onam formuna olur verebilecek hastalarla yüzyüze görüşmek suretiyle yapılmıştır. Çalışmaya 40 yaş altı hipertansif hastalar, sekonder hipertansiyon tanılı hastalar, gebeler ve onam veremeyecek hastalar çalışmaya alınmamıştır. Çalışma İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğünden ilgili izinleri alınarak yapılmıştır.

Araştırmanın değişkenleri:

Bağımlı değişken:

Tedavi uyumu çalışmanın bağımlı değişkenidir. Uyum'u değerlendirmek üzere 8 soruluk Morisky antihipertansif tanılama ölçeği kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenler:

Çalışmanın bağımsız değişkenleri şunlardır:

- 1-Hastaların sosyodemografik özellikleri,
- 2-Hastaların hipertansiyon ile ilgili özgeçmiş ve aile öyküleri
- 3-Antihipertansif ilaç tipi, sayısı, kullanım süreleri
- 4-Hipertansiyon nedeniyle şikayet yaşama durumu
- 5-Ek kronik hastalıklar; Diyabet,hiperlipidemi,osteoporoz,tiroit hastalığı,KOAH(Kronik obstruktif akciğer hastalığı),Serebro vasküler olay (SVO) ,depresyon,glokom,kanser ve diğerleri olmak üzere hipertansiyon hastalığı dışındaki kronik hastalıklar
- 6-Toplam kullanılan ilaç sayısı
- 7- Hastaların hipertansiyon hakkındaki inançları ve bilgi düzeyi
- 8-Kan basıncını düşürme yöntemleri ve kullanım sıklıkları
- 9-Hastaların sigara –alkol kullanım durumları
- 10-Hastaların egzersiz yapıp yapmama durumları ve haftalık
- 11- Hastaların uyku kalitesi özdeğerlendirmesi
- 12-Hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarını öz değerlendirme
- 13-Düzenli ilaç kullanan ve kullanmayan hastaların nedenleri
- 14-Antihipertansif ilaç bırakma geçmişi var ise sebepleri ve süresi
- 15-Hastaların kan basıncı ölçme sıklıkları
- 16-En son ölçülen taniyon arter değerleri
- 17-Hipertansiyon izlemi ile ilgili özellikler
- 18-Hastaların kontrole gitme sıklıkları
- 19-Hastaların özelde hipertansiyon için ve genelde tüm sağlık problemleri için tercih ettikleri kurumlar
- 20-Hastaların düzensiz izlem gerekçeleri
- 21-Evde kan basıncı izlem gereçlerinin varlığı
- 22-Yaşam tarzı değişiklikleri sorgulama(Tuz kısıtlama,yağ,şeker kısıtlama ,sebze ağırlıklı beslenme ,sıvı yağ kullanma,egzersiz yapma,çay kahve tüketimini azaltma,sigara alkol

bırakma

23- Vücut Kitle İndeksi

24-Hastalık algısı öz değerlendirme

25-Sağlık algısı öz değerlendirme

Ek olarak Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Anketi nin (Patient Assessment of Chronic Illness Care- PACIC) Türkçe sürümü kullanılarak, bakım ve izlem kalitesi değerlendirilmiş ve tedavi uyumu ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Morisky, 8-maddeli ilaca uyum anketi (MMAS-8):

MMAS-8, 1986 da Morisky tarafından geliştirilmiş , 4 soruluk MMAS- 4 ün tedavi uyumsuzluğuna neden olabilecek engellerin daha iyi şekilde değerlendirilebilmesine olanak sağlayacak daha fazla soru içeren 2008 yılında revize edilmiş halidir.

1-2-3-4-6-7 .Sorularda “Evet 0, “Hayır” 1 , olarak , 5. Soruda ise aynı şekilde yanıt verme eğiliminin önüne geçmek için ters sorulduğundan“Hayır” 0 “Evet” 1 puan olarak kodlanmaktadır.

Sekizinci soru da 1. “hic/nadiren”, 2. “ara-sıra”, 3. “bazen”4.“genellikle”,5. “her zaman” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Bu soru için hic/nadiren=0; ara-sıra = 0,25; bazen =0,50 ;genellikle 0,75; her zaman =1 puan değeri verilerek anket toplamda 8 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan toplamı 6 dan az ise zayıf uyum 6-8 arasında ise iyi uyum olarak değerlendirilmektedir.(Alfredo Dias Oliveira-Filho 2008; Carlos De las Cuevas 2015)

Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre, Cronbach alfa katsayısı 0,83 tür. Çalışmada 8 sorulu Modifiye Morisk Tedavi Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 2003 yılında Demirezen tarafından Türkçede geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmış 9 sorulu Morisky Antihipertansif Tanılama Ölçeğininin MMAS-8 de olmayan 6. Sorusu çıkartılmasıyla kullanılmıştır.(Demirezen 2006) (Hatice Mert,2011)

Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Anketi nin (Patient Assessment of Chronic Illness Care- PACIC) :

Kronik Hasta Bakım Değerlendirme Anketi (PACIC), kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kronik hastalığı olan

bireylere sunulan bakım ve hizmetlerin, hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan 20

maddelik bir araçtır. Hasta merkezli bakımın kalitesini ölçer, uygulaması kolay ve özet bir ölçektir. Aynı zamanda kronik hastalara sunulan bakımın kalitesi hakkında da bilgi verdiği belirtilmektedir.

Glasgow ve arkadaşlarına göre; hasta güçlendirme, katılımını sağlama, otonomi sağlama ile ilgili çeşitli ölçüm araçları bulunmakla birlikte bu araçlar kronik hastalığa özgü değildir. Yapılan çalışmalar PACIC'in kronik hastalıkların bakımının değerlendirilmesinde uygun bir araç olduğunu belirtmektedir. Kronik bakım modelinin temel 6 ögesi doğrultusunda oluşturulan PACIC, 20 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır Bu alt boyutlar: (1) hasta katılımı, (2) karar verme desteği, (3) amaç belirleme/rehberlik, (4) problem çözme, (5) izlem/koordinasyondur.

Ölçeğin çeşitli dillerde geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve birçok kronik hastalıkta diyabet, astım, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda bakımın kalitesini değerlendirmede uygun bir araç olduğu saptanmıştır. Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre Cronbach alfa katsayısı 0,93, alt ölçeklerin katsayısı ortalaması 0,84'tür ($\alpha = 0,77-0,90$). Test tekrar-test korelasyon kat sayısı 0,58'dir. Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman ve 5 = her zaman şeklinde 5'li likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanları arttıkça memnuniyet düzeyi olduğunu göstermektedir. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği, Kübra İNCİRKUŞ ve Nursen Ö.NAHCIVAN tarafından yapılmıştır (Kaya ve ark. 2013)

Beden Kitle indeksi(BKi) = Ağırlık(kg) / Boy(m)² formülüyle hesaplandıkları ile onam formuna olur verebilecek hastalarla yapılmıştır.

İstatistik Analizler:

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Sciences(SPSS) for Windows 15.0 programıyla yapıldı. Çalışma verilerinin tanımlayıcı istatistiksel sonuçları aritmetik ortalama \pm standart sapma olarak ifade edildi. Gruplar değerlendirilirken hasta dağılımları frekanslar şeklinde verildi. Katılımcıların özellikleri ölçeği oluşturan sorular arasındaki farklılıkların test edilmesinde Bağımsız Örneklerde t Testi ve OneWay ANOVA testinden yararlanılmıştır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz olan gruplar ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisini değerlendirmek için Ki-Kare ve Fisher exact testi kullanılmıştır.

Uygulanan istatistiksel çözümlerinde anlamlılık düzeyi %95 olarak kabul edilmiştir.

10. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınanların (300), %63 ü kadın, %37si erkektir. Minimum yaş 40 maximum yaş 91 olup , ortalama yaş 62,8 ±10,9 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 5.1.Sosyodemografik Veriler		S	%
Yaş Grubu	40-50	36	12
	51-64	144	48
	65 yaş üstü	120	40
Cinsiyet	Erkek	111	37,0
	Kadin	189	63,0
Medeni Durum	Bekar	7	2,3
	Evli yada birlikte yaşıyor	200	66,7
	Eşinden ayrı	22	7,3
	Eşi ölmüş	71	23,7
Eğitim Durumu	Okur yazar	32	10,7
	Okuryazar değil	71	23,7
	İlkokul	165	55,0
	Ortaokul	13	4,3
	Lise	8	2,7
	Üniversite	10	3,3
Gelir-Gider Durumu	Gelirim giderimden fazla	7	2,3
	Gelirim giderime eşit	138	46,0
	Gelirim giderimden az	151	50,3

Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı (%55 i)ilkokul mezuni iken %23,7 si okur yazar değildir. Hastaların %33,7 si okula hiç gitmemiş. %66,7 si evli yada birlikte yaşayan, %23,7 si de duldur. Hastaların %55 i ev kadını ,%23,7 si üretim işçisi,% 8 i de emeklidir . Hastaların yarısının (%50,3) geliri giderinden azdır.

Tablo 5.2 Araştırmaya katılanların iş durumu dağılımı	S	%
Ev kadını	165	55,0
Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb. işyerlerinde çalışan üretim işçisi	71	23,7
Emekli	24	8,0
Teknik bilgi ve uygulama becerisi veya, yüksek eğitim gerektiren işlerde çalışan	12	4
İşsiz	11	3,7
Düzensiz geliri olan işler	6	2,0
Diğer	9	2,9
Toplam	298	99,3
Cevap yok	2	0,7
	300	100

Tablo5.3 Hastaları Türkçe konuşabilme durumu dağılımı	S	%
Çok kötü	2	0,7
Biraz kötü	9	3,0
Ne iyi ne kötü	34	11,3
Oldukça iyi	190	63,3
Çok iyi	65	21,7
	300	100

Hastaların tamamında anket Türkçe yapılmış çevirmen kullanılmamıştır.

Tablo.5.4.Araştırmaya katılanların çocuk sayısı dağılımı	S	%
0-2	136	45,4
3	66	22,0
4 ve fazlası	98	32,6
	300	100

Ortalama sahip olunan çocuk sayısı ortalama $3,1 \pm 2,0$ dir.

Tablo.5.5.Araştırmaya katılanların evde kimlerle yaşadığı dağılımı	S	%
Yalnız	51	17,0
Sadece eşyle	76	25,3
Eşi ve çocuklarıyla	92	30,7
Anne,baba kardeş	4	1,3
Eş çocuk diğer akrabalar	35	11,7
Diğer	42	14,0

Hastaların %17 sinin evde yalnız, %30,7 eşi ve çocuklarıyla, %11,7 sinide ,eş çocuk ve akrabalarla beraber yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo. 5.6.Araştırmaya katılanların hanesinde yaşayan kişi sayısı dağılımı

	S	%
1	48	16,0
2	98	32,7
3	62	20,7
4 ve üstü	92	30,3
Toplam	299	99,7
Boş cevap	1	0,3
	300	100

Evde yaşayan toplam kişi sayısı ortalama $3,07 \pm 1,6$ olarak tespit edilmiştir. Hastaların %82 si evi kendisine aittir.

Tablo5.7. Araştırmaya katılanların sosyal güvence dağılımı

	S	%
Emekli sandığı	25	8,3
Ssk	202	67,3
Bağkur	41	13,7
Yeşilkart	26	8,7
Güvence Yok	4	1,3
Toplam	298	99,3
Boş cevap	2	0,7
	300	100

Hastaların %98 nin sosyal güvencesi var olup , bunların büyük çoğunluğu(%67,3) SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) 'na tabiidir. Hastaların %8,7 si yeşilkartlıdır.

Tablo5.8 .Araştırmaya katılanların hanesinde hipertansiyonlu birey varlığı dağılımı

	S	%
Evet	83	27,7
Hayır	208	69,3
Emin değilim	2	0,7
Toplam	293	97,7
Boş cevap	7	2,3
	300	100

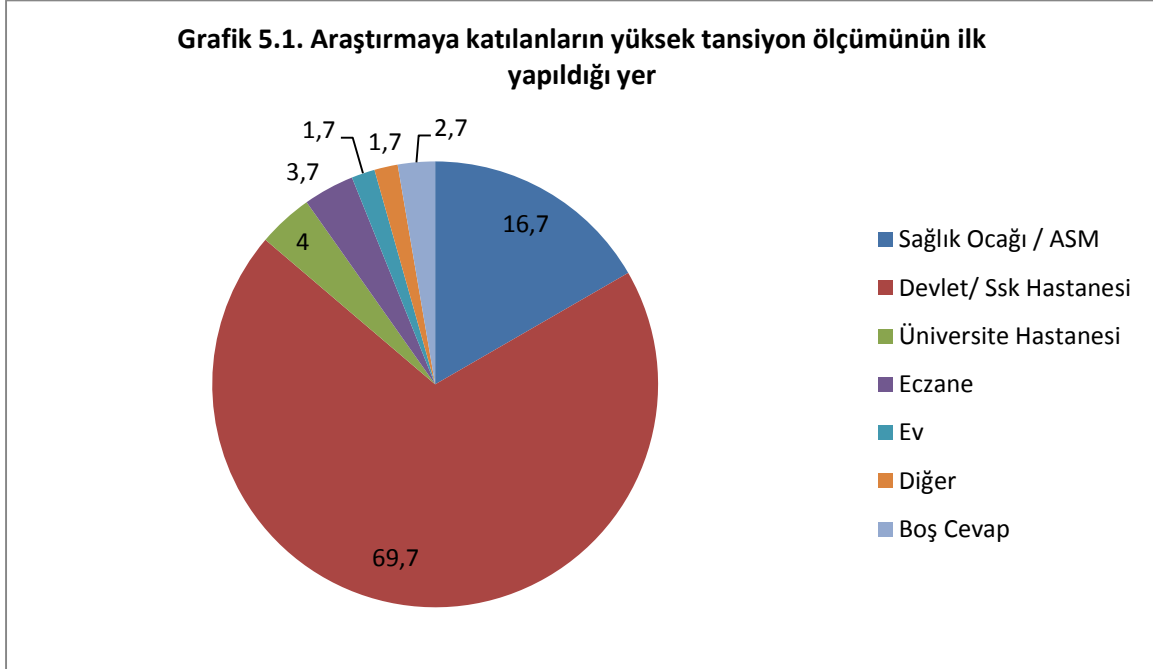
Araştırmaya katılanların %27,7 sinin hanesinde hipertansiyonlu bir birey daha vardır.

Tablo 5-9. Akrabalarında (yaşıyor ya da ölmüş) hipertansiyon hastası varlığı oranı dağılımı

	S	%
Ailesinde yada akrabalarında hipertansiyon hastası olan	227	75,7
Ailesinde yada akrabalarında ht hastası olmayan	73	24,3
	300	100

Hastaların üçte ikisinin (%75,7), 1. Derece akrabalarında hipertansiyon hastalığı vardır.

Hastaların %69,7 sinin tansiyonun yüksek tespit edildiği ilk ölçüm yerinin devlet /ssk



hastanesi %16,7 oranında asm olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 5.10 Tansiyon Ölçüm nedeni ne idi? cevabının dağılımı.

	s	%
Tesadüfen ölçüm	105	35,0
Bir yakınma varlığı ile	186	62,0
Hatırlamıyor	5	1,7
Toplam	296	98,7
	4	1,3
	300	100

Hastaların % 62 inde tansiyonun yüksek tespit edildiği ilk ölçüm sebebi baş ağrısı,iç sıkıntısı , burun kanaması gibi bir yakınma iken ,%35 sinin ise tesadüfidir.

Tablo 5-11.Hastaların hipertansiyon hastalığı süresi dağılımı

	s	%
0-11 ay	13	4,3
1-5 yıl arası	79	26,3
5 yıl ve üstü	208	69,3
	300	100,0

Hipertansiyon tanısını 0-11 ay içinde alan %4,3 iken ,5 yıldan fazla hipertansif olduğunu beyan eden kişi oranı %69,3 tür

Tablo5-12. Araştırmaya katılanların ne kadar süredir hipertansiyon hastası cevabının dağılımı

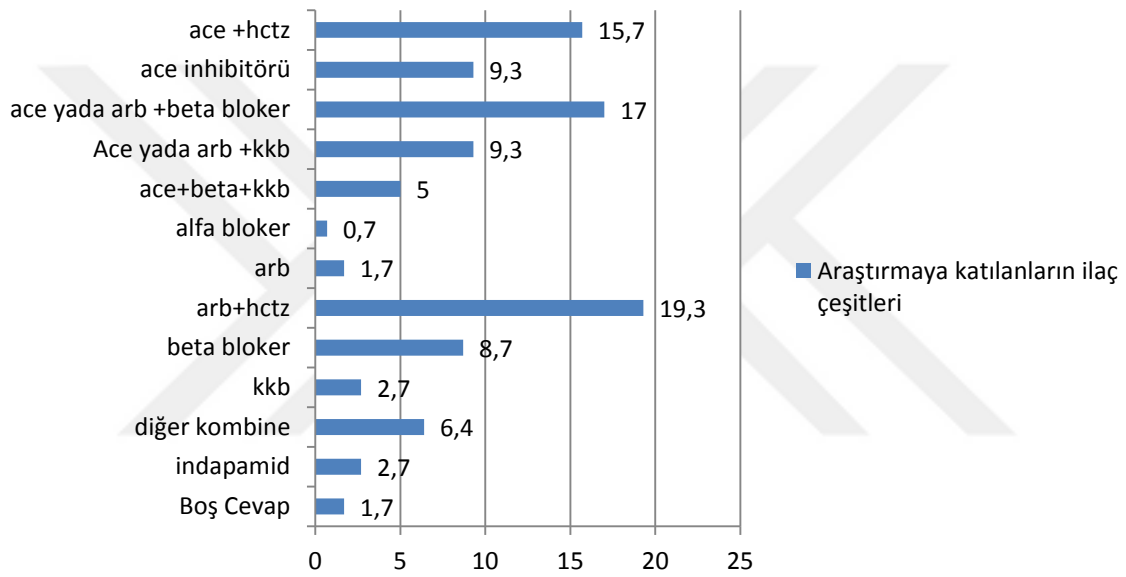
	s	%
<3 ay	2	,7
3-5 ay	4	1,3
6-11 ay	7	2,3
1-5 yıl	79	26,3
6-10 yıl	93	31,0
11-15 yıl	64	21,3
16-20 yıl	24	8,0
21-25 yıl	14	4,7
>25 yıl	7	2,3
Hatırlamıyor	3	1,0
Toplam	297	99,0
Cevap yok	3	1,0
	300	100,0

Hastalar ortalama 9,8 ±6,8 yıldır antihipertansif tedavi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo5-13 HT Araştırmaya katılanların hipertansiyon tedavisi başlanılan ilk yer

	s	%
Üniversite hastanesi	16	5,3
Devlet hastanesi	210	70,0
Sağlık Ocağı ya da Asm	63	21,0
Diğer	4	1,3
Toplam	293	97,7
Cevap yok	7	2,3
	300	100

Hipertansiyonla ilgili ilk tedavi başlanılan yer %70 devlet /ssk hastanesi iken asm %21,0 dir.

Grafik 5.2. Araştırmaya katılanların ilaç çeşitleri

Hastaların %19,3 ü arb +hctz almakta , Bir Ace grubu ,bir beta bloker ve bir kkb nin üçünü de alan %5 tir.

Tablo.5.14.Araştırmaya katılanların tansiyon ilaç sayısı

	s	%
Tek	100	33,3
Kombine tek	93	31,0
Birden fazla	104	34,7
toplam	297	99
Boş cevap	3	1
	300	100,0

Hastaların %33,3 ü tek ilaç ,%31 kombine tek, %34,7 si de birden fazla ilaç kullanmaktadır.

Tablo 5.15. Son verilen antihipertanif ilacın kullanım süresi	S	Standart			
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Sapma
	294	1,00	10,00	5,3741	2,34619

Hastalar son kullandıkları ilacı ortalama 5,3 ±2,3 yıldır kullanmaktadırlar.

Tablo5.16 Hipertansiyona bağlı şikayet yaşama durumu dağılımı

	n	%
Acil Servis	68	22,7
Asm Başvuru	100	33,3
Hastane Yatışı	3	1,0
Toplam	171	57,0
Şikayet yok	129	43
Toplam	300	100

Hastaların %57 si hipertansiyona bağlı bir şikayet yaşamış bu kişilerin %33,3 ü asm ye başvurmuştur. Bu sebeple acil sevisе başvuru oranı %22,7 dir. Hastaların %15 son 6 ay içinde ht nedenli bir şikayet için doktora başvurmuşlardır.

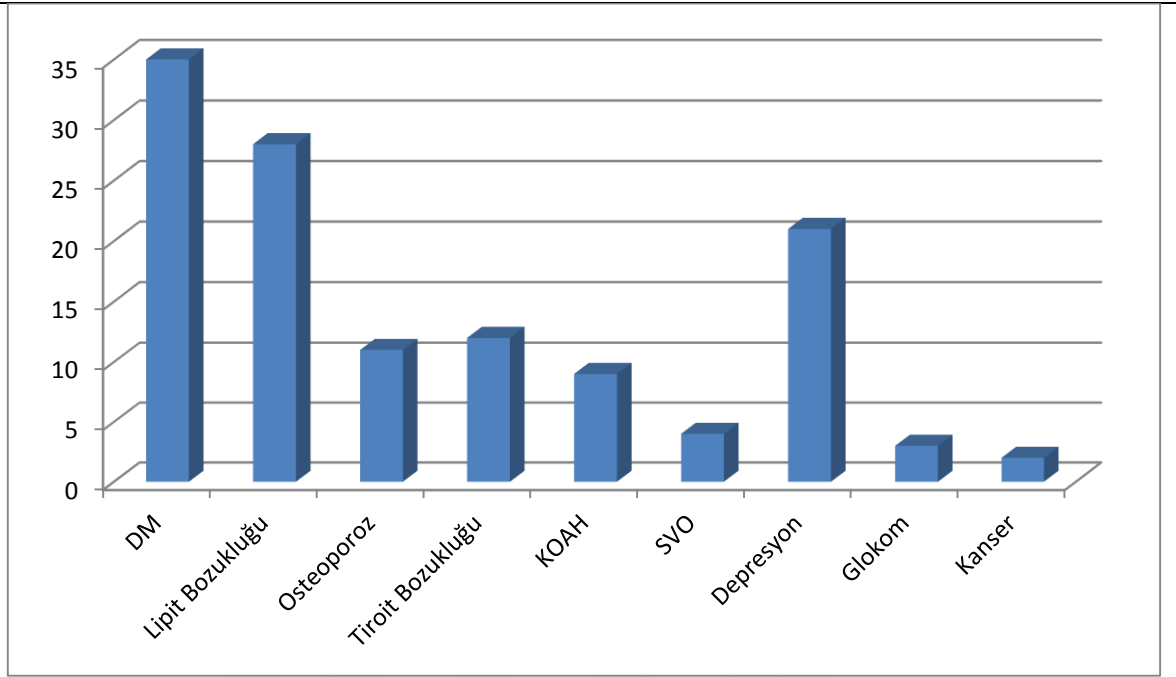
Tablo 5.17 Ht bağlı şikayet nedeniyle nedeniyle enson ne zaman doktora ,hastaneye gitmek durumunda kalındı cevabının dağılımı

	n	%
0-6 ay	45	15
6-11ay	12	4
12 ay ve üst	41	13,7
Toplam	98	32,7
Şikayet yaşamama	202	67,3
Toplam	300	100

Hastaların %35,7 sinde diyabet, %28 inde lipit parametreleride bozukluk,%11,3 ünde osteoporoz,%12,1 inde tiroid fonksiyon bozukluğu, %9 unda KOAH, %4,3 te SVO tanısı,%21,2 sinde depresyon,%3,4 glokom,%2,3 ünde kanser hastalığı gibi hipertansiyon

dışında kronik hastalıkları vardır.

Grafik 5.3. Hastaların.Hipertansiyon.dışındaki.kronik.hastalıkları



Tablo.5.18 Ek komorbid durum varlığı dağılımı

	n	%
Ek komorbid yok	159	53
Ek ko morbid var	125	41,7
bilmiyorum	2	0,7
toplam	286	95,3
Cevap vermeyen	14	4,7
	300	100

Belirtilen kronik hastalık dışında ek ilaç içmesini gerektiren ,ko-morbid hastalıkları olan hasta oranı %41,7 dir.

Tablo 5.19 Günde kullanılan ilaç sayısı dağılımı

	n	%
1	36	12,0
2	34	11,3
3	53	17,7
4	51	17,0
5	24	8,0
6 ve daha fazlası	98	32,7
Toplam	296	98,7
Boş cevap	4	1,3
	300	100

Araştırmaya katılanların günde ortalama $3,9 \pm 1,7$ (standart sapma) adet ilaç kullandıkları tespit edilmiştir.

Tablo 5.20 Hipertansiyon hakkında ne düşünüyorsunuz? Cevabının dağılımı

	n	%
Sürekli tedavi edilmelidir	257	85,7
Tansiyon normale dönünce bırakılabilir	18	6,0
Belirti ve yakınma kaybolunca tedavi kesilebilir	3	1,0
Tedavi gerekmez	2	,7
Bilmiyorum	10	3,3
Toplam	290	96,7
System	10	3,3
Toplam	300	100,0

Hastaların %85,7 si hipertansiyon tedavisinin sürekli olması gerektiğini,%6 sının tansiyon normale dönünce tedavinin bırakılabileceğini bildirmiştir.

Tablo 5.21.Hipertansiyon sebebi nedir? Cevabının dağılımı

	n	%
Stres-Endişe	225	75,0
Mikrop yada virüs	1	,3
Kalıtsal	15	5,0
Yaşlanma	6	2,0
Aile problemleri	5	1,7
Aşırı Çalışma	1	,3
Diyet yada yeme alışkanlıkları	1	,3
Duygusal durum	1	,3
Birden fazla sebep	35	11,7
Toplam	290	96,7
System	10	3,3
Toplam	300	100,0

Hipertansiyon sebebini strese bağlayanların oranı %75 , kalıtsal olduğunu söyleyenlerin oranı %5 olarak tespit edilmiştir.

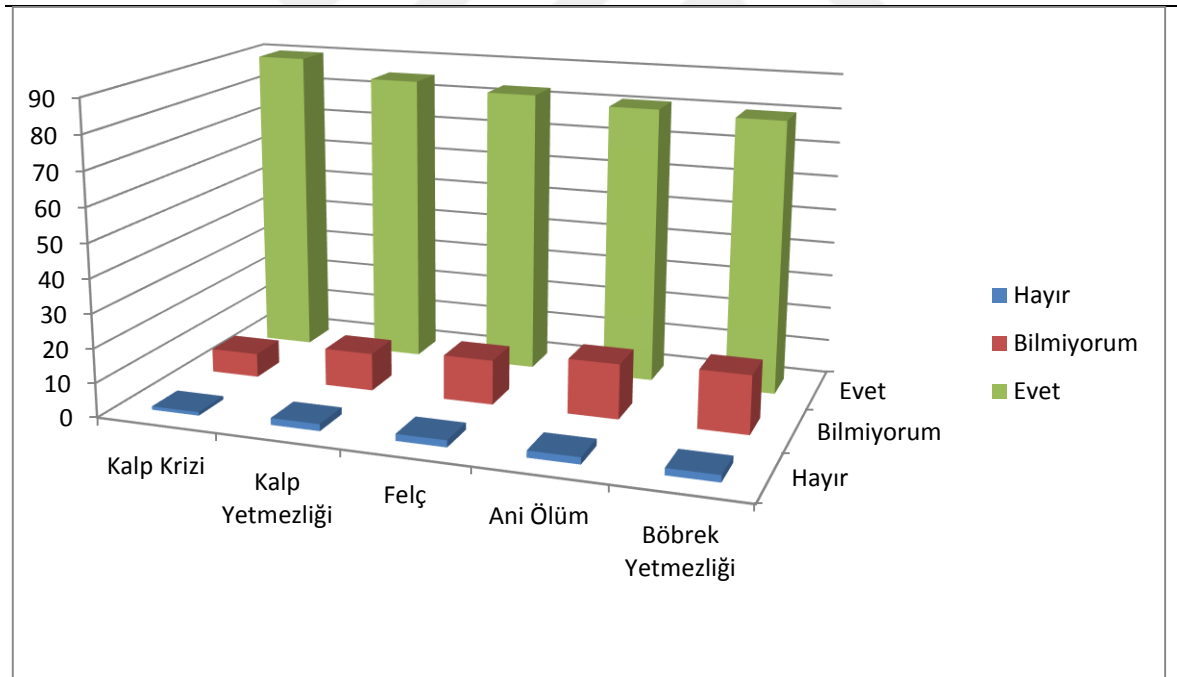
Hastalara normal kan basıncı değeri kaçtır sorusunun cevabı JNC 8 e göre 120/80 mmhg ve altı cevabı doğru kabul edilmiştir,hastaların %75 i normal kan basıncı değerini bilmiştir.

Tablo 5.22 Araştırmaya katılanların normal kan basıncı kaçtır sorusuna yanıt dağılımı

	n	%
Normal değeri bilenler	225	75,0
Normal değeri bilmeyenler	42	14,0
Normal değeri yaklaşık olarak bilenler	31	10,3
Toplam	298	99,3
Boş cevap	2	0,7
	300	100

Anketin hipertansiyona bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar hakkında bilgi düzeyini ölçtüğü sorularda , hastaların %90,7 si kalp krizi ,%85,7 si kalp yetmezliği,%83,7 sinin felç,%80 böbrek yetmezliği %81,3 ani ölümle ilişkili olduklarının bildiklerini ifade etmişlerdir.

Grafik 5.4. Komplikasyon Bilgi Düzeyi



Hipertansiyon düşürme yöntemleri nelerdir sorusunun verileri ise şöyle; Hastaların %50,3 ü tedavi için sadece antihipertansif ilaç kullanırken %49,7 si ek olarak sarımsak yeme ,limon suyu içme ,elma sirkesi içme gibi geleneksel yöntemlere başvuruyor.

Tablo 5.23 Geleneksel yöntem kullanma durumu dağılımı

	s	%
Ek olarak Geleneksel yöntem. (sarımsak limon elma sirkesi) kullanan	149	49,7
Geleneksel yöntem. (sarımsak limon elma sirkesi) kullanmayan	151	50,3
toplam	300	100

Tablo 5.24 Bitkisel ürün kullanma sıklığı dağılımı

	s	%
YOK	294	98,0
VAR	3	1,0
Toplam	297	99
CEVAP YOK	3	1
	300	100

Hastaların %98,0 i ek olarak bir bitkisel ürün kullanmıyor.

Tablo5.25 Geleneksel yöntem kullanma sıklığı dağılımı

	s	%
Daima	5	1,7
Sık sık	56	18,7
Aklıma geldikçe	50	16,7
Nadiren	15	5,0
Toplam	126	42,0
Cevap vermeyen	174	58,0
	300	100

Hastaların %18,7 si geleneksel yöntemleri sık sık kullandıklarını ifade ediyor. Yöntemlerin başında %94 oranda limon suyu içmek gelmektedir.

Tablo 5.26 Antihipertansif ilacınızı nasıl tanıyor sunuz sorusunun cevabının dağılımı

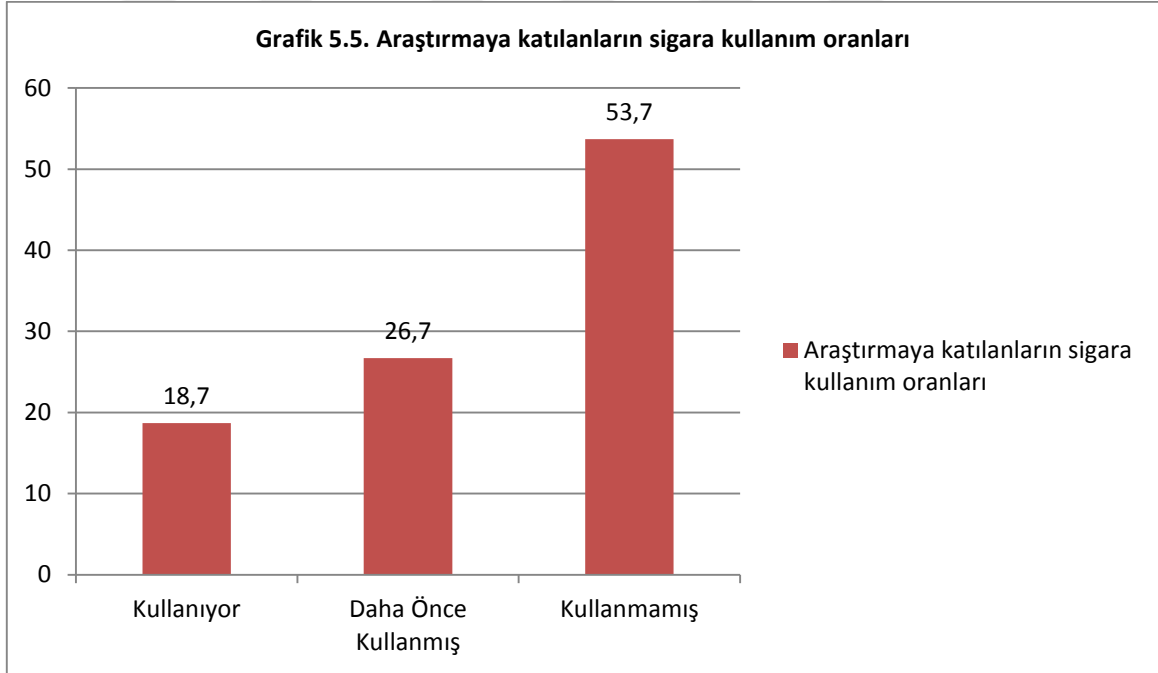
	s	%
İlacın ismini biliyorum	70	22,7
İlacın kutusundan	216	72,0
İlacın şeklinden	1	,3
Tanımlıyorum	9	3,0
Toplam	296	98,7
System	4	1,3
	300	100,0

Hastaların %22,7 si ilaçlarının isimlerini bilmektedir. %72 si ilacı kutusundan tanırken, % 3 oranındada ilacı tanımadıklarını söylemişler.

Tablo 5.27 Hastaların ilaç bilgisine başvurdukları yollar

	s	%
Hekim	199	66,3
Eczane	92	30,7
Prospektüs	6	2
Hemşire	0	0
Toplam	297	99,0
Cevap yok	3	1,0
	300	100

Hastaların %66,3 ilaçlar hakkında bilgiyi hekimden alırken,%30,7 si eczaneden almaktadırlar.



Araştırmaya katılan hastaların %53,7 si sigara hiç kullanmamıştır. Sigara kullandığını söyleyen hastaların oranı ise %18,7 dir.

Tablo 5.28 Araştırmaya katılanların alkol kullanım oranları

	s	%
Evet	6	2
Hayır	290	96,7
Daha önce kullanmış	2	0,7
Toplam	298	99,3
Cevap vermeyen	2	0,7
	300	100

Araştırmaya katılan hastaların %96,7 si alkol almadıklarını beyan etmişlerdir.

Tablo 5.29:Araştırmaya katılanların egzersiz durumu dağılımı

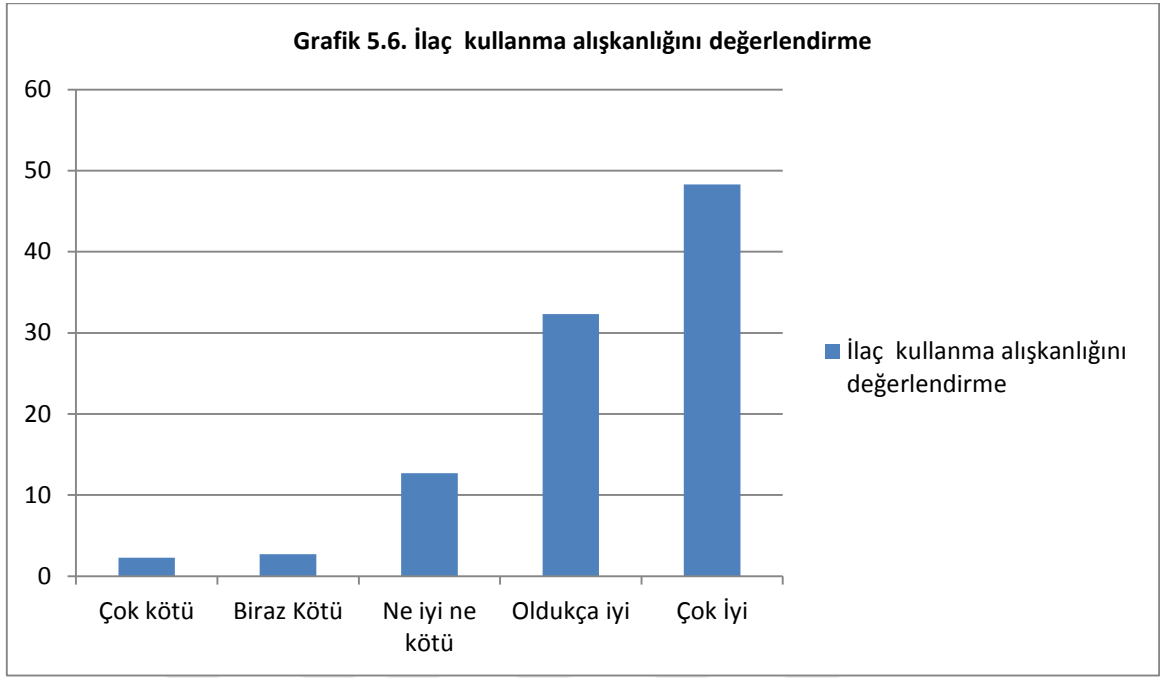
	s	%
Hiç	179	59,7
1 gün	5	1,7
2 gün	16	5,3
3 gün	38	12,7
4 gün	15	5,0
5 gün	13	4,3
6 gün	5	1,7
7 gün	26	8,7
Toplam	297	99
Cevap yok	3	1,0
	300	100

Hastalara en az yarım saat terletecek düzeyde egzersiz yapma durumları sorulduğunda hastaların %59,7 si hiç egzersiz yapmadıklarını ,% 8,7 sinin hastanın hergünü egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hastalar ortalama $2,4\pm 2,1$ gün egzersiz yapmaktadırlar.

Tablo 5.30 Araştırmaya katılanların uyku kalitesi dağılımı

	s	%
Çok kötü	17	5,7
Biraz kötü	43	14,3
Ne iyi ne kötü	123	41,0
Oldukça iyi	99	33,0
Çok iyi	16	5,3
Toplam	298	99,3
Cevap yok	2	0,7
	300	100

Bir başka soruda hastalara uyku kalitenizi nasıl tanımlarsınız sorusu 5 li likert skala ile sorulmuş Sadece %5,7 si i çok kötü cevabını verirken %33 oldukça iyi , %41,0 ne iyi ne kötü cevabını vermişlerdir.



Hastaların kendi ilaç kullanma alışkanlıklarını değerlendirilmesi istendiğinde neredeyse yarıya yakını(%48 ,3) çok iyi ,%2,3ü çok kötü cevabını vermişlerdir.

Tablo 5.31.İlaçlarını düzenli kullanıyorsanız sebebi nedir cevabının dağılımı

	s	%
Hipertansiyonun önemli bir hastalık olması	190	63,3
HTnedeniyle ölen tanıdık /yakın varlığı	6	2,0
Htnin ölümcül olması	15	5,0
Hekim tarafından bilgilendirildiği için	23	7,7
Diğer	1	,3
Birden fazla cevap verenler	19	6,3
	254	84,7
Boş cevap	46	15,3
	300	100

İlaçlarını düzenli kullanıyorsa bunun sebebini hastaların %63,3 ü ,hipertansiyonun önemli bir hastalık olması sebebiyle ,%7,7 ninde hekim tarafından bilgilendirildiği için yanıtını vermişlerdir.

Tablo 5.32.Araştırmaya katılanların ilaç kullanıp bıraktıysa nedeni dağılımı

	n	%
HT'un zarar vermeyeceğini düşünme	52	64,1
Belirti ve yakınma yokluğu	12	14,8
HT'un zaten yaşlanınca olabileceği	3	3,7
Hekim tarafından bilgilendirilmediği için	1	1,2
HT ilaçlarının bağımlılık/alışkanlık yapabileceği	1	1,2
Yağların faydasına inanmama	4	4,9
Alternatif yöntemlerin yeterli olması	2	2,4
Diğer	6	7,4
Toplam	81	100

Düzensiz kullanma ya da ilacı kullanmama nedeni sorusuna 81 kişi (hastaların %27 si)cevap vermiştir.81 kişinin %64,1 i hipertansiyonun zarar vermeyeceğini ,%14,8 ininde belirti ve yakınma olmamasını sebep olarak ifade etmişlerdir.

Tablo 5.33 Araştırmaya katılanların ilaç kullanıp bıraktımı dağılımı

	S	%
Evet	168	56,0
Hayır	127	42,3
Bilmiyorum	1	0,3
TOPLAM	296	98,7
BOŞ CEVAP	4	1,3
	300	100

Hastalara başlayıp daha sonra bıraktıkları bir ilaç olup olmadığı sorulduğuda 168 hasta (hastaların %56 sı) bu soruyu evet olarak cevaplamıştır.

Tablo. 5.34 İlaç bıraktı ise sebebi dağılımı

	s	%
Doktor önerisi	150	89,2
Kendi isteği	18	10,8
Toplam	168	100

Bu hastaların %89,2 si doktor önerisi ile ,%18 de kendi isteği ile ilacı bıraktıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo.5.35 Doktor önerisi ile bırakanların dağılımı

	s	%
Yan etki	14	9,5
Etkisiz olması	117	79,5
Çokfazla ilaç kullanma	1	0,6
Diğer	1	0,6
Hatırlamıyor	14	9,5
Toplam	147	99,7
Cevap vermeyen	3	0,3
	150	100

Doktor önerisi ile ilacı bırakanların %79,5 i doktorun ilacı etkisiz bularak kestiğini,%9,5 i de yan etki nedeniyle doktorun ilacı bıraktığını ifade etmişlerdir.

Tablo 5.36 Kendi isteği ile bırakma nedenlerinin dağılımı

	s	%
Yan etki	1	5,6
Etkisiz olması	9	50,0
Gereksiz olduğu düşüncesi	3	16,7
İlaç almayı unutma	3	16,7
Çok fazla ilaç kullanma	1	5,6
Sağlık Güvence sorunu	1	5,6
Toplam	18	100

Kendi isteği ile bırakanların yarısı(%50 si) ilacı etkisiz bulmaları,%16,7 si de ilacı içmenin gereksiz olduğuna inanma sebebi ile ilacı kestiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 5.37 Kan basıncı ölçme sıklığı dağılımı

	s	%
Hergün	7	2,3
Haftada 1 den fazla	30	10,0
Haftada 1 defa	50	16,7
Ayda 1 den fazla	30	10,0
Ayda 1 kere ya da daha az	20	6,7
Kendini kötü hissettiğinde	144	48,0
Hiç	6	2,0
Toplam	287	95,7
Boş	13	4,3
	300	100

Hastalar kendi kan basınçlarını %48,0 oranında sadece kendilerini kötü hissettiklerine ölçmektedirler. Hastalara en son ölçtükleri kan basıncı değeri sorulmuştur.

Tablo 5.38 Araştırmaya katılanların en son ölçtükleri sistolik ölçüm değeri dağılımı

	s	%
140 mmhg altı	162	54
140 mmhg ve üstü	122	40,7
Toplam	284	94,7
Boş	16	5,3
	300	100

Hastaların %40,7 sinin sistolik kan basıncı 140 mmhg nin üstünde ,%49,4 ünün diastolik kan basıncı 90 mmhg ve üstü bir değerdedir.

Tablo5.39 Diyastolik ölçüm ortalaması dağılımı

	s	%
90 mmhg altı	136	45,3
90 mmhg ve üstü	148	49,4
Toplam	284	94,7
Cevap yok	16	5,3
	300	100

Kan basıncı beyanlarına göre ,ortalama sistolik kan basıncı değeri 135,1mmhg \pm 15,8 diastolik kan basıncı değeri 86,9 \pm 10,6 dir.

Tablo 5.40 Kan basıncı tanımlayıcı istatistiksel veri dağılımı

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Sistolik	100,00	200,00	135,1	15,8
Diastolik	50	120	86,9	10,6

Tablo5.41 Araştırmaya katılanların son tansiyon ölçüm yeri dağılımı

	s	%
Sağlık kurumunda	98	32,7
Evde	162	54
Hatırlamıyor	25	8,3
Toplam	285	95,0
Cevap vermeyen	15	5
	300	100

Hastaların %54 ünün evde, %32,7 sinin bir sağlık kurumunda ölçtürmekte olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.42 Araştırmaya katılanların hipertansiyon hastalığınız nerde izleniyor sorusuna cevabının dağılımı

	s	%
Hiçbir yerde	15	5,0
Evde	105	35,0
Hastanede	63	21,0
Asm	105	35,0
Diğer	1	0,3
Toplam	289	96,3
Boş cevap	11	3,7
	300	100

Hastaların hipertansiyon izlemi %35 i asm de ,yine %35 i evde ,%21 hastane tarafından yapılmaktadır. %5 i hiçbir yerde izlenmediğini söylemiştir.

Tablo5.43 Hipertansiyon kontrolüne gitme sıklığı dağılımı

	s	%
Ayda 1	7	2,3
3 Ayda 1	54	18,0
6 Ayda 1	151	50,3
Yılda 1	54	18,0
Hiç	28	9,3
Toplam	294	98,0
Cevap yok	6	2,0
	300	100

Hastaların yarısı (%50,1) 6 ayda 1 ,%18 i 3 ayda 1 hipertansiyon nedeniyle kontrole giderken %9,3 ü hiç kontrole gitmediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 5.44 Katılımcıların genel sağlık sorunları için başvurduğu kurumlar dağılımı

	s	%
Universite Hastanesi	3	1,0
Devlet Hastanesi	92	30,7
Aile Sağlığı merkezi – Sağlık Ocağı	195	65,0
Diğer	4	1,3
Toplam	294	%98
Cevap vermeyen	6	%2
	300	100

Hastaların büyük çoğunluğu (%65 i) genel sağlık sorunları için Aile Sağlığı Merkezlerini kullanmaktadır.

Tablo. 5.45.Sadece hipertansiyon nedeniyle başvurduğunuz kurum dağılımı

	s	%
Universite Hastanesi	4	1,3
Devlet Hastanesi	100	33,3
Aile Sağlığı merkezi – Sağlık Ocağı	172	57,3
Diğer	3	1,0
Toplam	279	%93
Cevap vermeyen	21	7,0
	300	100

Sadece hipertansiyon hastalığı nedeniyle %57,3 lük oranda asm tercih edilmektedir.

Yüksek tansiyon hastalığını kontrol amaçlı başvuru ya en son ne zaman gittiniz mi sorusuna 48 kişi cevap vermiştir.

Tablo5.46 Ht için kontrol amaçlı ne zaman doktora gittiniz cevabının dağılımı

	s	%
1 ay önce	6	2
2 ay önce	8	2,7
3 ay önce	17	5,7
4 ay ve üstü	9	2,9
Hatırlamayan	8	2,7
Toplam	48	16
Cevap yok	252	84
	300	100

Sadece düzenli izlenmediğini düşünüyorsa cevap vermesi istenen ,Düzenli izlenmiyorsanız sebebi nedir sorusuna hastaların % 42 si cevap vermiştir.

Tablo 5.47 Düzenli izlenmediğini düşünen hastaların sebepleri dağılımı

	s	%
Tedavi maliyetleri	9	7,1
Kurumun uzak olması	14	11,1
Doktorun çok yoğun olması	14	11,1
Randevu alamama	1	0,8
Doktorun kontrole çağırması	11	8,7
İlacı bırakmak	1	0,8
Hastanın tedavi istememesi	7	5,6
Rahatsız edici bir şikayetin yokluğu	67	53,2
Tedavi memnuniyetsizliği	2	1,6
İlacın sadece uzman hekim tarafından yazılması	0	0
Toplam	126	100

Bu grupta en büyük sebebi %53,2 ile rahatsız edici bir semptomun yokluğu ,%11,1 ile doktorun çok yoğun olması, %8,7 ile doktorun kontrole çağırması olarak tespit edilmiştir.

Tablo.5.48.Evde Hipertansiyon aleti var mı cevabının dağılımı

	s	%
Var	212	70,7
Yok	86	29,3
Toplam	300	100

Hastaların%70,7 sinde ,%97,6 sı dijital olan tansiyon aleti vardır.

Tablo 5.49 Evde kullanılan alet dijital mi manuel mi cevabının dağılımı

	s	%
Manuel	5	2,4
Dijital	207	97,6
Toplam	212	100

Tablo 5.50 Evde kendi kendinize kan basıncını cihazınızla izleyebiliyor musunuz cevabının dağılımı

	s	%
Evet	174	82,1
Hayır	38	17,9
Toplam	212	100,0

Hastaların %82,1 i bu aletle kendi kendine kan basıncını ölçebildiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 5.51 Tansiyonunuz yükseldiğinde ne yaparsınız cevabının dağılımı

	s	%
Acile giderim	154	51,3
Limon suyu içerim	122	40,7
Sarımsak yerim	5	1,7
Diğer(hiçbir şey yapmama)	6	2
Diğer(Dil altı ilaç kullanma)	4	1,3
Toplam	291	97,0
Cevap yok	9	3,0
	300	100

Hastaların %51,3 ü tansiyonu yükselince acile giderken, %40,7 si limon suyu içerim demiştir.

Tablo 5.52. Yaşam Tarzı Değişiklikleri Sorgulama dağılımı

	Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
	Sayı(%)				
Tuz kısıtlama	21 (%7,0)	55 (%18,3)	104 (%34,7)	83(%27,7)	35(%11,7)
Yağ Kısıtlama	2(%0,7)	24(%8,0)	83(%27,7)	144(%48)	43(%14,3)
Şeker Kısıtlama	42(%14,0)	73(%24,3)	75(%25,0)	62(%20,7)	46(%15,3)
Sebze- Meyve Ağırlıklı Beslenme	2(%0,2)	6(%2,0)	35(%11,7)	135(%45,0)	117(%39,0)
Egzersiz Yapmak	95(%31,7)	54(%18)	64(%21,3)	55(%18,3)	29(%9,7)
Çay Kahve Tüketiminde Azaltma	43(%14,3)	96(%32,0)	71(%23,7)	63(%21)	24(%8,0)
Sigara-Alkol Bırakma	44(%14,7)	10(%3,3)	12(%4,0)	17(%5,7)	214(%71,3)

Hastaların 5 li likert skala ile yaşam tarzı değişikliklerini uygulayıp uygulamadıkları sorgulanmıştır. Hastaların %34,7 si tuz kısıtlamayı ne iyi ne kötü ,yağ kısıtlamayı %48,0 oldukça iyi,şeker kısıtlamayı %25 ne iyi ne kötü,sebze ağırlıklı beslenmeye %45 oldukça iyi, çaykahve tüketimini azaltma biraz kötü, sigara alkol bırakma %71 çok iyi ,%31 egzersiz yapmaya çok kötü cevabını vermiştir.

Tablo5.53 Vücut Kitle İndeksi Oranları Dağılımı

	s	%
18<(düşük kilolu)	1	,3
18-23,9 (normal)	33	11,0
24-29,9 (kilolu)	132	44,0
30> (obez)	121	40,3
40> morbid obez	11	3,7
Toplam	298	99,3
Yok	2	,7
	300	100,0

Hastaların minimum 45kg maximum 125 kg olmak üzere kilo ortalaması 78,2±13,3 kilodur. VKİ ne göre hastaların %44 ü kilolu iken ,%40,3 ü obez %3,7 si de morbid obezdir.

Tablo 5.54 Hastalığınızın kontrol altında olduğunu düşünüyor musunuz cevabının dağılımı

	s	%
Çok kötü	5	1,7
Biraz kötü	7	2,3
Ne iyi ne kötü	64	21,3
Oldukça iyi	198	66,0
Çok iyi	24	8,0
Toplam	298	99,3
Cevap yok	2	,7
	300	100,0

Hastaların %66 sı hastalığını kontrol altında olduğunu düşünmektedir.

Tablo 5.55 Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz cevabının dağılımı

	s	%
Çok kötü	7	2,3
Biraz kötü	8	2,7
Ne iyi ne kötü	65	21,7
Oldukça iyi	188	62,7
Çok iyi	30	10,0
Toplam	298	99,3
Cevap yok	2	,7
	300	100,0

Hastaların %62,7 si şu anki sağlık durumunu oldukça iyi olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 5.56.Morisky Ölçek

MORİSKY ÖLÇEK	Sayı(%)
1.Tansiyon İlaçlarınızı içmeyi bazen unuttuğunuz oluyor mu?	
Evet	77(25,7)
Hayır	215(71,7)
2.Son iki hafta içinde ,unutmadığınız halde tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ihmal ettiğiniz oldu mu ?	
Evet	44 (14,7)
Hayır	248(82,7)
3 .Kullandığınız tansiyon ilaçlarının size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacı azalttığınız ya da bıraktığınız oldu mu ?	
Evet	40(13,3)
Hayır	252(84,0)
4. Seyahate çıktığınızda ya da evden ayrıldığınızda tansiyon ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	
Evet	60(20)
Hayır	232(77,3)
5.Dün tansiyon ilacınızı içtiniz mi?	
Evet	272(90,7)
Hayır	20(6,7)
6.Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde bazen ilaç içmeyi bırakır mısınız	
Evet	44(14,7)
Hayır	248(82,7)
7.Hergün ilaç içmek büyük sıkıntıdır.Siz tansiyon tedavisine uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	
Evet	50(16,7)
Hayır	242(80,7)
8.Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz?	
Hiç/nadiren 220(73,3) Ara sıra 38(12,7) Bazen 18(6,0) Genellikle 8(2,7) Her zaman 8(2,7)	

Bu çalışma verilerine göre hastaların %74,3 uyumlu ,%22,7 düşük uyumlu tespit edilmiştir.

Tablo5.57. Morisky Ölçeği Sonuç Değerlendirme

Morisky ölçeği sonuç değerlendirme	f	%
<6 düşük uyum	68	22,7
>6 uyumlu	224	74,6
Toplam	292	97,3
Cevapsız	8	2,7
Toplam	300	100,0

Sosyodemografi açıdan elde edilen verilerle Morisky tedavi uyum ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir.

Tablo 5.58.Cinsiyet ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Cinsiyet	Morisky toplam		
	6 \geq	6<	Toplam
Kadın	140 74,1%	49 25,9%	189 100
Erkek	92 82,9%	19 17,1%	111 100
Toplam	232 77,3%	68 22,7%	300 100

Ki kare=3,09 ; SD=1; p=0,079

Bu çalışma için cinsiyet faktörünün uyumla ($p<0,078$) bir miktar etkili olabileceği düşünülebilir. Bu çalışmada erkeklerin, kadınlara göre biraz daha uyumlu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.59.Morisky Uyum Tanılama ölçeği ile uyumlu değişkenler

Yüksek Kan basıncı ilk tespit yeri
Tedaviye ilk başlanılan yer
Bilgi indeks
Sigara kullanma durumu
Uyku düzeni
İlaç kullanma alışkanlığı öz değerlendirme
Hipertansiyon Hastalığı İzlem yeri
Kronik hastalık olarak osteoporozu olan hasta grubu
İlaç kullanma alışkanlıkları
Ht hakkında inanışlar
Kontrole gitme davranışları
Yaşam Tarzı değişikliklerine uyma

Uyumla ilgili istatistiksel açıdan korele olan değişkenler yukarıdaki tablodadır

Morisky Ölçek Karşılaştırma	Morisky toplam		Toplam
	≥ 6	< 6	
Sağlık Ocağı /ASM	40	21	61
Ya da eczane	%65,6	%34,4	%100,0
Devlet ya da Üniversite Hastanesi	177	44	221
	%80,1	%19,9	%100,0
Ev ölçüm/Diğer	9	1	10
	%90,0	%10,0	%100
Toplam	226	66	292
	%77,4	%22,6	%100,0

Ki-kare =6,69; SD=2 ; p=0,035

Bu çalışmada yüksek kan basıncının ilk ölçümünün yapıldığı yer ile uyum arasında bir ilişki saptanmıştır. Buna göre ev ölçümleri ile kan basıncını yüksek tespit eden hastaların tedavi uyumunun daha fazla olduğu izlenmektedir. İlk yüksek kan basıncını devlet hastanesi veya üniversite hastanesinde öğrenen hastaların, birinci basamakta öğrenen hastalara göre daha uyumlu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo.5.61 Tedaviye ilk başlanılan yer ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

	Morisky ölçek		Toplam
	≥ 6	< 6	
Asm/Diğer	41	26	67
	%61,2	%38,8	%100,0
Devlet ya da Üniversite Hastanesi	187	39	226
	%82,7	%17,3	%100,0
Toplam	228	65	293
	%77,8	%22,2	%100,0

Kikare=13,9; SD=1;p=0,00

Araştırmada tedavisine devlet yada üniversite hastanesinde başlanmış olan hastaların uyumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir.(p=0,00)

Tablo 5.62. Bilgi indeks ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Bilgi indeks	morisky ölçek		Toplam
	6 \geq	6<	
Hipertansiyon			
hakkında doğru	178	42	220
bilgiye sahip	80,9%	19,1%	%100
olanlar			
Hipertansiyon			
hakkında doğru	52	26	78
bilgiye sahip	66,7%	33,3%	100%
olmayanlar			
Toplam	230	68	298
	%77,2	22,8%	100

Kikare=6,632; SD=1 ;p=0,01

Hipertansiyon tedavisi hakkındaki fikirleri,normal kan basıncı değeri ve hipertansiyon hastalığının komplikasyonlarını bilinip bilinmediği soru başlıklarının verilerinin toplamıyla oluşturulmuş hipertansiyon bilgi indeksi ile uyumun korele olduğu tespit edildi.

Uyumla ilişkisi incelendiğinde sürekli tedavi edilmesi gerektiğini söyleyen hastaların uyum ile istatistiksel düzeyde anlamlı bir korelasyon gösterdiği izlendi.(p=0,001)

Normal kan basıncı değerini bilenlerle uyum arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi.(p=0,002)

Bu hastalardan hipertansiyonun tedavi edilmemesi sonucunda felç yaptığını bilenler , ani ölüm yaptığını bilenler ve böbrek yetmezliği yaptığını bilenlerin tedavi uyumunun daha iyi olduğu tespit edildi.(Sırasıyla p=0,014 ve p=0,037 ve p=0,037)Komplikasyonlardan kalp krizi ve kalp yetmezliği yaptığını bilenlerde uyumla ilgili bir korelasyon saptanmadı.(p>0,05)

Sigarayı daha önce kullanıp bırakan hastalarda uyum, hiç kullanmamış olanlardan daha fazla, halen kullanmakta olanlarda ise en az bulunmuştur.(p=0,035)

Tablo 5.63. Sigara Kullanma Durumu ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Sigara kullanma durumu	morisky ölçek		Toplam
	6 \geq	6<	
Kullanıyor	37 66,1%	19 33,9%	56 100%
Daha önce kullanmış	68 85,0%	12 15,0%	80 100,0%
Kullanmamış	124 77,0%	37 23,0%	161 100%
Toplam	229 77,1%	68 22,9%	297 100%

Ki-kare=6,687 ; SD=2; p=0,035

Araştırma kapsamında uyku düzeyinin iyi olduğu hastalarda uyumun daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo.5.64 Uyku Düzeni ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Uyku düzeni	morisky ölçek		Toplam
	6 \geq	6<	
Çok kötü-Biraz	35 58,3%	25 41,7%	60 100,0%
Ne iyi ne kötü	98 79,7%	25 20,3%	123 100,0%
Oldukça iyi –Çok iyi	97 84,3%	18 15,7%	115 100,0%
Toplam	230 77,2%	68 22,8%	298 100,0%

Ki-kare= 15,89; SD=2; P=0,00

İlaç kullanma alışkanlığı çok iyi olan hastaların tedaviye uyumlarında çok yüksek bulunmuştur.

Tablo 5.65. İlaç kullanma alışkanlığı öz değerlendirme ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

İlaç kullanma alışkanlığı öz değerlendirme	morisky ölçek		Toplam
	6 \geq	6<	
Çok kötü	1 6,7%	14 93,3%	15 100,0%
Ne iyi ne kötü	12 31,6%	26 68,4%	38 100,0%
Oldukça iyi	83 85,6%	14 14,4%	97 100,0%
Çok iyi	131 90,3%	14 9,7%	145 100,0%
Toplam	227 76,9%	68 23,1%	295 100,0%

Ki-kare=104,6 ;SD=3 ;p=0,00

Hekim tarafından bilgilendirilen hastaların tamamının uyumunun iyi olduğu belirlenmiştir.

TABLO 5.66 Düzeni Kullanma Nedeni ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Düzenli kullanma nedeni	morisky ölçek		Toplam
	6 \geq	6<	
Ht önemli bir hastalık olması	161 84,7%	29 15,3%	190 100,0%
Hekim tarafından bilgilendirildikleri için	23 100,0%	0 ,0%	23 100,0%
Diğer	48 55,2%	39 44,8%	87 100,0%
Toplam	232 77,3%	68 22,7%	300 100,0%

Ki-kare=37,05 ; SD=2 ;p=0,00

Tablo 5.67.Tansiyon İlacı Bıraktıysa nedeni sorusuna verilen cevapların dağılımı ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Tansiyon ilacı bıraktıysa nedeni	morisky ölçek		Toplam
	6≥	6<	
Doktor önerisi	119 79,3%	31 20,7%	150 100,0%
Kendi isteği	9 50,0%	9 50,0%	18 100,0%
İlaç bırakmayan	104 78,8%	28 21,2%	132 100,0%
Toplam	232 77,3%	68 22,7%	300 100,0%

Ki-kare=8,174 ;SD=2; p=0,017

Hipertansiyon hastalığı bir sağlık kurumu tarafından izlenenler tedaviye evde izleyen ya da hiçbir yerde izlenmeyen hastalardan daha uyumlu oldukları tespit edilmiştir.(p=0,04)

Tablo 5.68 Hipertansiyon hastalığı İzlem yeri ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Hipertansiyon hastalığı İzlem yeri	morisky ölçek		Toplam
	6≥	6<	
Hastane/Asm	138 81,7%	31 18,3%	169 100,0%
Hiçbir yerde/evde	94 71,8%	37 28,2%	131 100,0%
Toplam	232 77,3%	68 22,7%	300 100,0%

Ki-kare=4,12 ; SD=1 ; p=0,042

5 ayda ya da yılda 1 kez kontrole gitme sıklığı olan hastalarda uyum gitmeyenlerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 1-3 ay ara ile kontrole gidenlerin uyum düzeyleri diğerlerinden daha düşük bulunmuştur.(P=0,001)

Tablo.5.69 Hipertansiyon için kontrole gitme sıklığı ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Hipertansiyon için kontrole gitme sıklığı	morisky ölçek		Toplam
	6≥	6<	
1-3 ay ara ile	37 60,7%	24 39,3%	61 100,0%
6 ayda 1	128 84,8%	23 15,2%	151 100,0%
Yılda 1	44 81,5%	10 18,5%	54 100,0%
Hiç	23 67,6%	11 32,4%	34 100,0%
Toplam	232 77,3%	68 22,7%	300 100,0%

Ki-kare=16,79 ; SD=3 ; p=0,001

Genelde ve özelde hipertansiyon için asm nin daha sık kullanılması ile uyum arasında bir korelasyon tespit edilmemiştir.(p>0,05)

Düzenli izlenmediğini düşünen hastalarda Tedavi maliyetleri, Kurumun uzak olması, Doktorun çok yoğun olması, randevu alamama,ve doktorun kontrole çağırması gibi tedaviye ulaşabilmenin önündeki engeller uyumu azaltmaktadır. Düzenli izlendiğini düşünen hastaların tedavi uyumlarının daha fazla olduğu izlenmiştir.(p=0,019)

Tablo .5.70 Düzenli izlenmiyorsanız sebebi ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Düzenli izlenmiyorsanız sebebi	morisky ölçek		Toplam
	6≥	6<	
Tedaviye Ulaşabilirlik/Süreklilik	32 65,3%	17 34,7%	49 100,0%
Bireysel sebepler	56 72,7%	21 27,3%	77 100,0%
Düzenli izlendiğini düşünme	144 82,8%	30 17,2%	174 100,0%
Toplam	232 77,3%	68 22,7%	300 100,0%

Ki-kare=7,89; SD=2 ; p=0,01

Yaşam tarzı değişikliklerinden tuz kısıtlama,yağ kısıtlama ve sigara,alkol bırakma ile uyum arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 5.71 Yaşam Tarzı değişiklikleri-uyum ilişkisi ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Yaşam tarzı değişiklikleri	Morisky Ölçeği		Toplam	Ki kare
	6≥	6<		
Tuz Kısıtlama				Ki kare= 7,56 SD=2
Kötü	50(65,8)	26(34,2)	76(100)	
Ne iyi ne kötü	85(81,7)	19(18,3)	104(100)	P=0,023
İyi	95(80,5)	23(19,5)	118(100)	
Toplam	230(77,2)	68(22,8)	298(100)	298(100)
Yağ kısıtlama				Ki kare=6,64 SD=2
Kötü	15(57,7)	11(42,3)	26(100)	
Ne iyi ne kötü	68(81,9)	15(18,1)	83(100)	P=0,036
İyi	145(77,5)	42(22,5)	187(100)	
Toplam	229(77,4)	67(22,6)	296(100)	296(100)
Sigara-alkol bırakma				Ki kare =6,64 SD=2
Kötü	36(66,7)	18(33,3)	54(100)	
Ne iyi ne kötü	7(58,3)	5(41,7)	12(100)	P=0,027
İyi	186(80,5)	45(19,5)	231(100)	
Toplam	229(77,1)	68(22,9)	297(100)	297(100)

Tablo 5.72. Hipertansiyon kontrol altındamı? ile Morisky Ölçek Karşılaştırma

Hipertansiyon kontrol altındamı?	morisky ölçek		Toplam
	6≥	6<	
Kötü	10 83,3%	2 16,7%	12 100,0%
Ne iyi ne kötü	41 64,1%	23 35,9%	64 100,0%
İyi	179 80,6%	43 19,4%	222 100,0%
Toplam	230 77,2%	68 22,8%	298 100,0%

Ki-kare=8,012 ; SD= 2 ; p=0,018

Kontrol altında olduğunu düşünen hastalarda tedavi uyumu yüksekliği tespit edilmiştir.

Pacic genel toplamı 3,8 ±0,28 bulunmuştur. En düşük ortalama 16. Soruda izlem koordinasyon iken(ort=1,03175)en yüksek ortalama 12. Soru da problem çözme de(ort= 4,6085 elde edilmiştir.

Tablo 5.73 Pacic ortalama sonuçları

PACİC	ortalama	Standart sapma
Hastanın tedavi sürecine katılımı	2,78	0,9
Karar verme desteği	4,45	0,7
Amaç belirlemede rehberlik	4,34	0,7
Problem çözme	4,20	0,7
İzlem koordinasyon	3,59	0,8

Tablo 5.74 Pacic -Hastanın tedavi sürecine katılımı

Pacic (Hastanın tedavi sürecine katılımı)	Standart		
	Sayı	Ortalama	Sapma
Tedavi planı yapılırken görüşlerim alındı	282	1,9397	1,32855
Tedavim konusunda kararvermem için başka seçenekler sunuldu	282	2,0461	1,42224
İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi	281	4,3701	,92487
Geçerli	281		

Tablo 5.75 Pacic- Karar verme desteği

Karar verme desteği	Standart		
	Sayı	Ortalama	sapma
Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi	280	4,4286	,89717
Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnunum	278	4,5072	,80943
Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı	281	4,4413	,86040
Geçerli	277		

Tablo 5.76 Pacic-Amaç belirleme rehberlik

Amaç belirleme rehberlik	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu	280	4,1429	1,10113
Beslenme yada egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi	280	4,46071	,845752
Tedavi planımın bir kopyası/örneği bana verildi	276	4,5326	,85855
Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim	280	4,2214	1,08801
Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	281	4,3594	,93101
Geçerli	274		

Tablo 5.77.Pacic-Problem Çözme

Problem çözme	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Doktorum yada hemşiremin gereklitedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim	281	4,6085	,81271
Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi	278	4,3957	,93174
Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi	281	4,3238	,99916
Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu	280	3,5107	1,30063
Geçerli	277		

Tablo 5.78.Pacic- İzlem-koordinasyon

İzlem-koordinasyon	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık kontrollerimin dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı	280	1,3964	1,03175
Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim	279	3,8674	1,28367
Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim	280	4,2036	1,10618
Diğer branşlardaki hekimlere gitmenin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı	281	4,2171	1,12402
Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	281	4,2918	1,11815
Geçerli	277		

11.TARTIŞMA

Bu araştırma uyumun iyileştirilebilir bir problem olduğu ve uyumu bozan etmenler kaldırıldığında kan basıncı kontrollerine iyileşmeler olabileceği temelinde, sosyodemografik verileri ve hastaların uyumla ilgili davranış, alışkanlık ve ht hakkındaki bilgilerini toplamak ve elde edilen verilerin uyumu etkileyip etkilemediğini değerlendirmek amacıyla 40 yaş üstü antihipertansif tedavi alan hastalarla yapılmıştır.

Tedaviye düşük uyum çok sayıda hastada görülmesi sebebiyle yetersiz KB kontrolü için önemli bir nedendir.Patent çalışmasına göre toplumda 60-69 yaş hipertansif hastaların 50-59 yaş arası hipertansiyon kontrol oranı %63,5 iken ,60-69 yaş arasında 45,3 e düşmektedir.

Kan basıncı kontrolü yetersiz olan hastaların yaklaşık %50'sinin uyum problemleri yaşadıkları da belirlenmiştir .Uyum daha iyi kan basıncı kontrolü ile ilişkilidir(Oxaman 1995)

Çalışmamız; antihipertansif tedavi aldığını bildiğimiz hastaların , 62,8 ±10,9 yaş ortalaması ile orta ve ileri yaş hasta popülasyonunun ağırlıklı olduğu ,eğitim düzeyi yarısının ilkokul mezunu,%33,7 ile hiç okula gitmemiş,çoğunluğu evli ve sıklıkla emekli yada çalışmayan ev kadınlarından oluşan, %97 oranda güvencesi olan ve %50 sinin gelirin giderinden az olduğunu beyan eden, yoğun göç alan İzmir Kadifekale bölgesine hizmet veren bir asimde aynı aile hekimine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Çalışmanın kadın ağırlıklı olması (%68) araştırmaya katılan kadınların yarısının ev hanımı olması, kadınların sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurması ve ankete cevap verme gibi sosyal konulara daha ilgili olmasından kaynaklanabilir.

Amerikan Kalp Derneği Dergisi (AHA Journal) 2009 yılında yapılmış bir makalede sosyodemografik veriler ve hipertansiyon hastalarında uyum ilişkisi incelendiğinde yaş, cinsiyet ve ırk ile uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada cinsiyetle anlamlıya yakın bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada erkekler kadınlardan biraz daha uyumlu olarak değerlendirilmiştir.(<http://circoutcomes.ahajournals.org/>)

Çalışmamızda ev ölçümünde tansiyon yüksekliğini fark eden grupta uyum daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Bu durum,bu grubu oluşturan hastaların tansiyon hastalığına karşı duyarlı olduğunu ve tansiyon aletini hastalanmadan edindiğini yada etrafında hipertansif bir hastanın var olduğunu gösterir. Araştırmamızda hastaların%75 inin ölmüş ya da yaşayan hipertansif bir akrabası bulunduğu tespit edilmiştir. Bunu hastanın kişisel özellikleri ve gözlemleri birleşimi sonucu uyum davranışında artış olmuş olabilir şeklinde yorumluyoruz.

İlk tansiyon arter yüksekliğinin Devlet ya da üniversite hastanelerinde tespit edilen hastalarda uyum, birinci basamakta tespitinden daha fazla bulunmuştur. Aynı zamanda hipertansiyonla ilgili ilk tedavi başlanan yer devlet hastanesi olarak belirten grupta da tedaviye daha fazla uyum olduğu izlenmiştir. Hastaların genellikle teşhislerinin konulduğu yerde tedavilerini devam etme eğilimleri vardır. Burada birinci basamakta kronik hastalıkları teşhis etmek yönünde kaçırılmış fırsatların varolduğu gerçeği önemlidir (Topuzoğlu ,1995). Özellikle göç alan ve genç üfusun yoğun olduğu bir bölgede bulaşıcı hastalıklar bebek, gebe çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak hekiminin mesaisinin büyük bölümünü almaktadır. Ülkemizde yapılan bir çok çalışmada birinci basamakta sigara, egzesiz,obezite gibi kronik hastalık risk faktörlerini sorgulamada yetersiz olduğuna dair çalışmalar yayınlanmıştır (Turkay 2005),(Kozan ,2011).

Birinci basamak hekimi kronik hastalık değerlendirme ve takibinde desteklenmelidir. Ekibe dayalı tedaviye, hemşireler yada eczacılar dahil edildiğinde tedavinin daha etkin olduğu izlenene çalışmalar göstermiştir ki kan basıncında birkaç mmHg daha fazla düşürebilmektedir (Carter 2009). Yapılmış 37 çalışmanın metaanalizinde ekibe dayalı ve normal tedavi gören gruplar arasında sistolikte için 10 mmHg dan daha fazla düşüş ve kan basıncı kontrolünde yaklaşık %22 daha yüksek artış gözlenmiştir.(Walsh 2006)

Araştırmamızda hastalar ilaç hakkında bilgiyi hekimden sonra en çok eczacılardan almaktadır. Eczacıların gerek hipertansiyon gerekse diğer kronik sağlık sorunlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkinleştirilmesi gerekmektedir. Örneğin eczacının, hipertansiyon hastalarını antihipertansif ilaçları izleyebilmesi ve bunun için Bilgisayar temelli Veri Tabanının geliştirilmesi önerilebilir. Yapılan bir araştırmada hastalar arasında iletişimin teknolojik olarak desteklenen ev izlemlerinde sistolik ve siatolik basınçta 3 ay içinde bile anlamlı düşmeler izlendiğini göstermektedir (Arnitian ve ark. 2008).

Hastalar ortalama 9,8 ±6,8 yıldır ht tedavisi almakta olan hastalardır bu çalışmada ; ht süresi yada seçilen ilaçlar ile ilgili uyum açısından anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir.

İlaç bağlamında düşünüldüğünde uyum , ilacın gereğinden az ya da çok kullanılması ya da hiç kullanılmaması, ya da ilacın yanlış kullanılmasıdır. İlacın yanlış kullanılması, yanlış amaçla, yanlış dozda, yanlış zamanda ve yanlış uygulama yolundan kullanılması ile, miadı dolmuş ilaç kullanılması ya da aynı kapsamda tanımlanmıştır (Üstel 1985)

Çalışmaya katılan hastaların üçte birinden fazlası birden fazla ilaç kullanmaktadırlar . Hastaların orta ileri yaş grubunda, Ko-morbit hastalıklar dahil olduğunda, ortalama ilaç sayısı 5,3 ±2,3 adet ve hastaların %3 oranında ilacını hiç tanımadıkları düşünüldüğünde

,hekimin ilaç ilaç etkileşimleri ,yan etkiler ve yanlış ilaç kullanma konusunda uyanık olması gerekir.

Geçtiğimiz 20 yılda, yaşlı bireylerin advers ilaç reaksiyonlarına bağlı hastane başvurularında artış olmuştur. Bu yaş grubundaki hastalarda, ilgili reaksiyonların yaklaşık % 20'sinden kardiyovasküler ilaçlar sorumludur (Burgess 2005).

Hipertansiyonu yanında osteoporoz tanısı almış hasta grubunda uyumun fazla olması bu yaş grubunun daha yaşlı olması ve yaş ile beraber hastanın tedaviye uyumunun arttığını gösterebilir.

Tansiyon hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça hastaların tedaviye uyumu da artmakta olduğu tespit edilmiştir. Bir çok araştırma işaret ediyor ki hastayı hastalığı hakkında bilgilendirmek tedavi uyumunu arttırmaktadır. ([Roter et al 1998](#); [Morrison et al 2000](#); [Krousel-Wood et al 2005](#); [Safeer et al 2006](#))

Kalp krizi, kalp yetmezliği komplikasyonlarını bilme ile uyum arasında bir ilişki saptanmamış olup böbrek yetmezliği, ani ölüm ve inme yaptığı gibi biraz daha ayrıntılı bilgi sahiplerinde uyumun arttığını görmekteyiz. Bu açıdan bilgi içeriğinin ayrıntılandırılması da uyum üzerinde önemli bir kriter gibi görülmektedir (Karaeren ve ark. 2009)

Hastaların limon suyu içme, sarımsak yeme ,sirke suyu içme gibi geleneksel yöntemleri kullanma alışkanlıkları yarıya yakınında vardı. Geleneksel yöntemleri sık sık kullanan Bu durum hastaların gerçek bir hipertansif acil durumu atlamalarına, zaman kaybetmelerine ya da antihipertansif ilaçlarını geç almalarına neden olabilir. Nitekim hastaların %42.4 ü tansiyonu yükseldiğinde limon suyu içme ya da sarımsak yeme yöntemlerini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda hekimin mutlaka uyanık olması ve hipertansiyon hakkında ilaçlar reçete edilirken mutlaka tansiyon yükseldiğinde doğru davranış geliştirmeleri için hastalarını bilgilendirmelidirler. Yapılan bir başka çalışmada hastaların %52,8 i tansiyon arter yükselme anlarında geleneksel tedaviye başvurduklarını tesmit etmişlerdir.

Bu çalışmada sigarayı daha önce kullanıp bırakan grupta uyum hiç kullanmayanlardan daha yüksek olup en düşük uyum sigara kullananlar arasında görülmektedir.

Yapılan bir çok araştırma sigara içenler içmeyenlerle kıyaslandıklarında sigara içenlerin ht tanısından belirgin olarak daha az haberdar olduklarını göstermiştir. Sigara içmeyen ya da bırakmış hastalar sağlık konusunda daha bilinçlidir ve hekimlerini daha sık ziyaret ederler. (Öngen 2005;Hyman 2001)

2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (SB, TÜİK, DSÖ) göre Türkiyede erkeklerde sigara içme oranı %47,9 kadınlarda 15,2 olarak tespit edilmiştir. Sigara kullanmayı bırakarak KV riskler kaynaklı tüm ölümlerin %5' inin önlenebileceği bildirilmiştir. Bu

kapsamda birinci basamak hizmeti verilen yerlerde aile hekimleri mutlaka sigara içiciliğini sorgulamalı ve bu grupta kan basıncı ölçümüne önem vermelidir. Aile hekimlerinin sigara bıraktırma konularına eğilmeleri için eğitim programlarına dahil edilmeleri ve hastanın belirli günlerinde danışmanlık için özel saatler belirlenmelidir.

UHY Hanehalkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre Türkiye’de ortalama her beş kişiden biri hareketsiz yaşadığı, %15,9’unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda hastaların %59,7 si hiç egzersiz yapmamaktadır. Fiziksel aktivite ve hipertansiyon arasında ilişki üzerinde yapılan araştırmalar pek tutarlı olmamakla beraber, Obezitenin temelinde aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel hareketsizlik vardır . Araştırmamızda hastaların ortalama kilosu $78,2 \pm 13,3$ kg dir. Hastaların obez olması hipertansiyon kontrolü için gereken yaşam tarzı değişikliklerine uyumun olmadığına bir göstergesidir. Bizim araştırmamızda egzersiz yapma ile uyum arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. ($p > 0,05$)

Bu araştırma kapsamında uyku düzeni iyi olan hastaların uyumunun daha fazla olduğu izlenmiş olup, uyku düzeni arttıkça uyumunda arttığı izlenmiştir. Depresyon belirtilerinden biride uyku kalitesinde bozulmadır. Bu çalışmadaki hastaların bir kısmı depresyon nedeniyle uyku problemleri yaşıyor olabilirler. Araştırmada hastaların %21,7 depresyon hastalığının olduğunu ifade etmiştir. DiMatteo and arkadaşları(2000) depresyon ve tedavi uyumsuzluğu arasında bir ilişki saptamıştır. (odds ratio, 3.03, 95% CI, 1.96–4.89). Bu açıdan bakıldığında depresyon yönünden diğer hastalar taranabilir (DiMaatteo ve ark.2000).

Uyku kalitesini iyi olarak değerlendirmeyen hasta oranı ise %61 dir. Bu kapsamda Obstruktif uyku apnesi(OUA) genel sağlıklı ve hipertansif popülasyonda ~%10-%50 oranında görülen bir bozukluktur. Obstruktif uyku apnesi(OUA) ve hipertansiyon arasındaki ilişki obezite, diyet, egzersiz ,sigara içim miktarından bağımsız bir sebeplsel ilişkidir. OUA nedeniyle gelişen ht tedavi edilmemesi halinde, kvo riski 3 kat daha yüksektir. (Mo ve ark 2007) Yine antihipertansif ilaçların kendileride depresyon ve buna bağlı uyku kalitesinde bozulmaya yol açabilirler. Uyku kalitesi bozuk olan bu hastalar daha fazla araştırılmayı hak etmektedirler.

Hastaların ilaç kullanma alışkanlıklarını öz değerlendirmelerinden alınan cevaplarla uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Klinik uygulamalarda hastalara basitçe kendi ilaç kullanma alışkanlıklarını değerlendirmeleri istendiğinde alınan cevap bu bağlamda değerli bir veri olarak hekime yol gösterebilir.

Hastaların hastaların tedavi hakkında inanışları ve deneyimleri ile uyum arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hipertansiyonun önemli bir hastalık olduğuna inanmak

uyumu arttırmaktadır. 2003 yılında Ogedegbe ve ark. Afroamerikan hipertansif hastalarda yaptığı araştırmada hipertansiyon herhangi bir belirti vermediğinde ilaç içmenin gereksiz olduğunu düşünen hastalarda kan basıncı kontrol oranının düşük olduğunu tespit etmiştir. (Fernandez ve ark. 2013)

Özellikle hekim tarafından bilgilendirilen grupta uyumun çok yüksek bulunması, eğitimin hasta tutum ve davranışlarındaki aktif ve önemli rolünü göstermektedir. Bu çalışma da hastalığın önemine inanmak ilacı düzenli kullanmanın en major sebebi olarak tespit edilmiştir. (Karaeren ve ark. 2009)

Doktor önerisi ile ilaç bırakan\değiştirenlerin, kendi isteği ile bırakan\değiştirenlerden daha fazla uyumlu oldukları tespit edilmiştir. Hekimlerin, ilaç rejimlerinde gereksiz değişikliklerden kaçınarak ve tablet sayılarını kısıtlayarak hasta uyumunu ve hipertansiyon kontrolü artırabileceğine dair yayınlar vardır. (Yiannakopoulou ve ark. 2005)

Hipertansiyon hastalığı bir sağlık kuruluşunca izlenenlerde tedavi uyumunun daha yüksek olması ht gibi kronik bir hastalık yönetiminde sürekliliğin önemini vurgulamaktadır. Kontrole gitme sıklıkları incelendiğinde kontrole 1-3 ay gibi aralıklarla giden grubun uyumlarının düşük olmasının sebebi ideal kan basıncı değerlerine ulaşamaması nedeniyle daha sık davet edilen hastalardan oluşması ya da yeni teşhis konulan hasta gruplarında planlanmış sık takiplerden kaynaklanabilir. Araştırmalar hipertansif geçirilen süre arttıkça uyumun arttığını işaret etmektedirler. (Gün ve ark 2014 www.deuhyoedergi.org)

Grubun ortalama tansiyon arter ölçüm düzeyi ortalamasının yüksek bulunması birinci basamak kronik hastalık yönetiminde desteklenmesi gerekliliğini gösterir. Ekibe dayalı tedavi etkinliği daha fazladır. Normal tedaviye kıyasla ekibe dayalı tedavinin bir klinik veya topluluk içinde hemşireleri ve/veya eczacıları kapsadığında daha etkin olduğu belirlenmiştir. (Walsh ve ark.2006)

Yapılan araştırmalar ister uzman ister birinci basamak hekimi olsun kontrol oranlarının düşük olduğunu bildirmektedir. (Amar 2003)

Bir çok araştırma aile hekimlerinde takip edilenlerin ilaç uyumunun daha fazla olduğunu söylese de, bu çalışmada tedavi kuruluşu seçimi ile uyum arasında bir ilişki saptanmamıştır. (Natarajan ve ark.2013)

2005 yılında Karaman ilinde göç alan ve genç nüfusa hizmet veren bir bölgede ilaç uyumu ve hastaların bilgi durumu hakkında 194 hasta ile sağlık ocağına başvuran hastalarda yapılan araştırmada hastaların 3 te 1 nin tedaviye uyumsuz olduğu ve hastaların ilaçlar ve hastalık hakkında daha fazla bilgilendirilmesi gerektiğini tespit etmiştir. (Cingil ve ark.2009)

Bu araştırmada hastalar genel sağlık sorunları ve hipertansiyon hastalığı için asm yi tercih

ettiklerini ifade etmişlerdir.

Düzenli izlendiğini düşünen hastalarda tedavi uyumu, izlenmediğini düşünenlerden daha yüksek bulunmuştur. Özellikle sağlığa ulaşım ile ilgili tedavi maliyetleri, kurumun uzak olması, doktorun çok yoğun olması, randevu alamama gibi sebepler ilaç uyumunu etkileyen en önemli nedenler olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada belirtilen örgütsel sebeplerle tedaviye ulaşamadığını belirten grupta uyum çok düşük olarak tespit edilmiştir. (Amira ve ark.2007)

Hipertansiyon genelde asemptomatik bir rahatsızlık olduğu ve tedavi total kvc yada renal rikleri azaltmak üzerine kurulduğundan hastayı rahatsız edici bir şikayet yokluğunda tedaviye ikna etmek zordur. Tedaviyi istemeyen ya da ilacı bırakan, şikayeti olmadığı için izleme gerek duymayan popülasyonun bile uyumu, tedaviye ulaşamayanlardan fazladır.

Hastaların %70 inde bir tansiyon aleti mevcuttur. Hipertansiyonu olduklarını bilen ve antihipertansif ilaç kullanan bu grup için hastalara en son ölçtükleri tansiyon değeri sorulmuştur. Hastaların %35 inin ayda mutlaka en az 1 defa kan basıncı ölçtükleri yarısına yakını tansiyonunu kendini kötü hissettiğinde ölçtüklerini beyan etmişlerdi .Buna göre ortalama sistolik basınç $135,1 \pm 15,8$ mmhg ve diyastolik basınç ise $86,9 \pm 10,6$ mmhgdir. Bu araştırmada JNC 8 kılavuzuna göre optimal seviyelerde değildir.

MRFIT(multiple risk factor intervention trial) çalışmasında 11,342 orta yaşlı erkekte 6 yılda toplanan veriler göstermiştir ki kanbasıncı ile doymuş yağ, günlük tuz ve içilen alkol miktarı arasında doğrusal, bir ilişki vardır. (Stamler ve ark.1996)

Hipertansiyon tedavisi sadece antihipertansif tedavi almak değildir. Tuz ve yağ kısıtlamak, egzersiz yapmak ,sigarayı bırakmak gibi yaşam tarzı değişikliklerindedey uyumun düşük olduğu bilinmektedir. (Uzun ve ark.2009)

Araştırmada tuz kısıtlamaya önem veren, yemeklerde yağ kullanımı oranını azaltan ve sigara bırakma davranışı gösterenlerde tedavi uyumunun yüksek olduğu izlenmiştir.

Çalışmamızda çay kahve tüketimini azaltma oranlarının düşük olduğu görülmekte. Koyu bir bardak kahve de bulunan kafein diyastolik kan basıncını, kan basıncı çok az yüksek erkeklerde 8 mm hg yükseltirken normal tansiyonlu bireylerde 3 mmhg yükseltmektedir. Hastalar bu açıdan desteklenmelidir.

Bu çalışmada hastaların %62,7 si genel sağlık durumunu çok iyi olarak tanımlamıştır bu öz değerlendirmenin uyum ile ilişkisi bulunmamıştır.

Hipertansiyon hastalığını kontrol altında olup olmadığı sorusuna iyi cevabını veren 179 kişide uyum yüksek olarak tespit edilmiş olsa da ; kötü cevabını veren 10 kişi de tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu izlendi.

Kronik hasta bakımı değerlendirme anketi genel toplamı $3,8 \pm 0,28$ dir. Bu değerinde yüksek

bir ortalamadır. En yüksek değer karar verme desteği(iken $4,45 \pm 0,7$, en düşük değer $2,75 \pm 0,9$ ile hastanın tedavi sürecine katılımında olmuştur. Yani hastalara tedavi verilirken sağlıkları için yapmaları gerekenler yazılı olarak verilmiş , bakımlarını sağlamak için yaptıkları şeylerin sağlıklarını nasıl etkilediği açıklanmış ve genel olarak bakımınımlarının iyi düzenlenmiş olduklarından memnunnardı. Öte yandan hastalara tedavi planları hazırlanırken hastanın görüşleri alınma oranı, tedavi konusunda karar vermede seçenek sunma konularında hastalar daha az memnuniyet bildirmişlerdir. Bu konuda da sağlık profesyonelleri bir ömür boyu sürecek bir kronik hastalık tedavisinde hastalarının sosyal hayatları ve kişisel özelliklerinden kaynaklanabilen farklılıkları gözeterek tedavi planlarına hastalarını katmaları desteklenmelidir.

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum prevelansı ise % 19 – 87 gibi oldukça geniş bir aralıkta dağılım göstermektedir (Stock 1993). Bu çalışmamızda Morisky ölçeğine göre hastaların %74,6 sı uyumlu,%22,7 düşük uyumlu tespit edilmiştir. Tedaviye uyumsuzluk nedenleri olarak en sık tedaviye ulaşamama ve rahatsız edici bir şikayetin yokluğu sebep gösterilmiştir.

İspanya da 1975-2011 yılları arasında yapılan çalışmaların derlendiği bir çalışmada tedavi uyumunun %74,8 olduğunu ,%25,62 sininde antihipertansif tedavi uyumunu olmadığını belirtmektedir. (Garcia ve ark. 2012)

Araştırmalar kombinasyon tedavilerinin tek doz kullanım kolaylıkları nedeniyle uyumu arttırdığını bildiren çalışmalar yapmışlardır. (Erdine 2010)

Çalışmamızın aynı aile hekimine kayıtlı hastalar üzerinde yapılmış olması ve farklı aile hekimlerini kapsamaması çalışmanın kısıtlılıklarından biridir.Başka aile hekimlerinin hastaları ile çalışmanında getireceği etik problemler ve hasta ulaşım ve iletişim zorlukları öngörülerek çalışma evreni bu şekilde seçilmiştir.

Hipertansiyon uzun yıllar belirtisiz veya komplikasyonsuz olarak seyredebilir. Belirtisiz dönemde hastaya tedaviyi benimsetmek güçtür. Bu nedenle yüksek kan basıncı tedavisinde hasta uyumu büyük önem kazanmaktadır. Hasta uyumunu arttırmada hekimin rolü çok önemlidir. Birinci basamak , hipertansiyon değerlendirme ve kontrol oranlarını arttırmaya yönelik desteklenmeli, hastaların hipertansiyon konusunda eğitimleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olmalıdır.

KAYNAKÇA

Acartürk E., Akçiçek F., Akgün G., Atılgan D., Büyüköztürk K., Canberk A. ve ark., “Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu”. Türk Kardiyol Dern Arş., 28:335-97, 2000)

Alfredo Dias Oliveira-Filho, José Augusto Barreto-Filho, Sabrina Joany Felizardo Neves, Divaldo Pereira de Lyra Junior ,;Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and Blood Pressure Control Laboratório de Ensino e Pesquisa em Farmácia Social (LEPFS), Curso de Farmácia, Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Farmácia e Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, SE – Brazil

Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. J Hypertens 2005; 23: 1817-1823

Altun B, Suleymanlar G, Utas C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults with chronic kidney disease in Turkey: results from the CREDIT study. Kidney Blood Press Res 2012;36:36-46

Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? J Hypertens 2003;21: 1199–1205.

Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? J Hypertens 2003;21: 1199–1205)

- Amira CO¹, Okubadejo NU. Factors influencing non-compliance with anti-hypertensive drug therapy in Nigerians. *Niger Postgrad Med J.* 2007 Dec;14(4):325-9.
- Anadolu Kardiyol Derg 2009; 9: 183-8 Anonim ,Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye hastalık yükü çalışması ,Sağlık Bakanlığı yayın no:701,Ankara p.33-35,2004)
- Aram V.C, George L. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure The JNC 7 Report 2003; s: 2-104
- Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2002; 33(1): 4-9.
- Artinian NT¹, Washington OG, Templin TN. Effects of home telemonitoring and community-based monitoring on blood pressure control in urban African Americans: a pilot study.
- Ataman Rezzan .Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Acil Hekimlik Sempozyumu 16 -17 Ekim 1997, İstanbul, s. 209-211
- Behav Med. 2013 sep11;Dec;31(6):453-462 Senaida FernandezWilliam Chaplin, Ph.D.,Antoinette Schoenthaler, Ed.D., and Gbenga Ogedegbe, MPH, M.S. Revision and Validation of the Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES) in Hypertensive African Americans
- Burgess CL, Holman CD, Satti AG Adverse drug reactions in older Australians, 1981-2002. *Med J Aust* 2005;182:267-70
- Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, Brown C, Roccella EJ. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult US population. Data from the Health Examination Surveys, 1960 to 1991. *Hypertension* 1995;26:60-69. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160:64-65.

- Carlos De las Cuevas, Wenceslao Peñate Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015) 15, 121---129.
- Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA¹ The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis¹ *Arch Intern Med* 2009;169: 1748–1755.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42:1206-52.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289 :2560-2572.)
- Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: Needs of special hypertensive populations. *Am Heart J.* 1991;12(Pt. 2 of 2):664–9.[Pub-med]
- Cobiac LJ, Vos T, Veerman JL. Cost-effectiveness of interventions to reduce dietary salt intake. *Heart* 2010;96:1920–1925
- Collins R, MacMahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon A, Merlino L, Cesana G, Mancia G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens* 2011;29 :610–618.)
- Dilek Cingil,¹ Sittika Delen,² Ayfer Aksuoğlu³ Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2009;37(8):551-556 *Diabetes Care* 2002;25:1551-6.
- DiMatteo MR¹, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with

medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med. 2000 Jul 24;160(14):2101-7.

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya*, Dr. Selçuk Akturan*, Mehdi Şimşek**, Kemal Uğuz**, Fedai İçen**, Doç. Dr. Mehmet Akman*Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi Türk Aile Hekimleri DergisiYıl: 2013 Cilt: 4 Sayı:3

Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. BMJ 1994;309:901–911.

Downloaded from <http://circoutcomes.ahajournals.org/> by guest on September 29, 2015
Sociodemographic and Clinical Characteristics Are Not Clinically Useful Predictors of Refill Adherence in Patients With Hypertension John F. Steiner, MD, MPH; P. Michael Ho, MD, PhD; Brenda L. Beaty, MSPH

Dr. Giray Kabakcı,1 Dr. Adnan Abacı,2 Dr. Fatih Sinan Ertaş,3 Dr. Filiz Özerkan,4 Dr. Çetin Erol,3 Dr. Ali Oto1 the risk for stroke and differences among geographical regions regarding this risk in hypertensive patients in Turkey: a hospital-based, cross-sectional, epidemiological questionnaire (THİNK)* study 2007

Dr. onur üstün tez İstanbul 2006hipertansif hastalada hedef tedavi değerlerine ulaşma oranlarının incelenmesi

Erdine S.Compliance with the treatment of hypertension: the potential of combination therapy. J Clin Hypertens (Greenwich). 2010 Jan;12(1):40-6.

Erhan Babalık hipertansiyon patofizyolojisi klinik gelişim18 (2) - (25-32) 2005)

ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2013;31:1925-38.

Espinosa García J¹, Martell Claros N, Llerena Ruiz A, Fernández Bergés Gurrea D.

[Pharmacological compliance in the treatment of arterial hypertension. A review of studies published between 1975 and 2011]. *Semergen*. 2012 Jul-Aug;38(5):292-300. doi: 10.1016/j.semerg.2012.01.001. Epub 2012 Apr 11.

Feldman R, Bacher M, Campbell N, Drover A, Chockalingam A. Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Canadian Journal of Public Health*. 1998; 89(5): 116-118.)

Folkow B. ‘Structural factor’ in primary and secondary hypertension 1990;16:89-101)

Gaborieau V, Delarche N, Gosse P. Ambulatory blood pressure monitoring vs. self-measurement of blood pressure at home: correlation with target organ damage. *J Hypertens* 2008;26:1919–1927.)

Gale NK, Greenfield S, Gill P, Gutridge K, Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2011;12:59

Grassi G. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması. Kozan Ö. *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2009; 15-22.

Guidelines Committee. 2013 European Society of Hypertension/European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension . *J Hypertens* 2013; 21,1011–1053.

Guidelines Committee. 2013 European Society of Hypertension/European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension . *J Hypertens* 2013; 21,1011–1053.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: 2004.

Hacıhasanoğlu Rabia ,Treatment Compliance Affecting Factors in Hypertension ,TAF Prev MedBull.2009;8(2):167-172

Hatemi H, Turan N, Arık N, YumukV. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Çalışması (TOHTA). Endokrinolojide Yonelişler Dergisi 2002;11:1-16.)

Hatice Mert1, Nilgun Ozcakar2, Emel Kuruoğlu3 A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension ; Turk Aile Hek Derg 2011;15(1):7-12

Hayreh S, Servais G, Viridi P, et al.: Fundus lesions in malignant hypertension: III. Arterial blood pressure, biochemical, and fundus changes. Ophthalmology. 1986;93:45-49.

Hayrettin Karaeren, Mehmet Yokuşoğlu, Şenay Uzun**, Oben Baysan, Cem Koz, Belguzar Kara**, Ata Kırılmaz1, İlkin Naharcı*, Murat Pınar*, Mehmet Birhan Yılmaz, Mehmet Uzun1 .Hipertansiyonlu hastalarda bilgi içeriğinin ilaç tedavisi uyumuna etkisi;

Hunt SC ,Hopkins PN,Laloluel jm.Hypertension in:King RA,Rotter JI,Motulsky AGeds. The genetic basis of Common Diseases.2nd ed.New York : Oxford University Press;2002pp.127-54)

Hussar, D.A. Patient noncompliance. J Am Pharm Assoc NS15:183 Apr. 1975

Hyman, D. J., & Pavlik, V. N. (2001). Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. New England Journal of Medicine 345,479-486

JNC 7 Express. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication, 2003, No.03.

JNC 8 Express. The Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication, 2013, No.03

Jordan J, Yumuk V, Schlaich M, Nilsson PM, Zahorska-Markiewicz B, Grassi G, Schmieder RE, Engeli S, Finer N. Joint statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension: obesity and difficult to treat arterial hypertension. *J Hypertens* 2012;30:1047–1055.

Kabakcı G. Antihipertansif tedavide yaşam kalitesi ve hasta uyumu. *Folia. Hipertansiyon Diyabet Ateroskleroz Dergisi*. 2006;6 (1): 5-6.)

Kaplan MN. Kaplan's Clinical Hypertension. 8th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002;206- 236

Karaeren H, Yokuşoğlu M, Uzun S, Baysan O, Köz C, Kara B, Kirilmaz A, Naharci I, Pinar M, Yılmaz MB, Uzun M. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients *Anadolu Kardiyol Derg*. 2009 Jun;9(3):183-8.

Kaya ve ark .Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı Ve Tedavi Rehberi 2005

Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2004;22:11–19.

Keleş İbrahim ,Güncel Hipertansiyon 2013sayfa kitap İstanbul 2013 sayfa 7-8)

Khatib B, Oussama M.. Clinical guidelines for the management of hypertension.

Krakoff LR. Hipertansiyon geçmişi. Kozan Ö Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2009; 3-14.)

Le VV, Mitiku T, Sungar G, Myers J, Froelicher V. The blood pressure response to dynamic exercise testing: a systematic review. *Prog Cardiovasc Dis* 2008;51:135–160.

Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure and low-density lipoproteincholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:2563–2571.

Mancia G, Grassi G. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması. Kozan Ö. Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2009; 15-22.

Massie BM, McPhee SJ. Systemic Hypertension. In: Current Medical Diagnosis and Treatment (Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA ed). 44th edition. McGraw Hill. 404-429,2005

McInnes GT. Integrated approaches to management of hypertension: promoting METSAR araştırcıları. Türk erişkinlerde metaboliksendrom prevalansı. TKD XX. Ulusal kongresi 2004, Antalya

METSAR araştırcıları. Türk erişkinlerde metaboliksendrom prevalansı. TKD XX. Ulusal kongresi 2004, Antalya

Missed Opportunities for Chronic Diseases Prevention in a Primary Health Care Center in Istanbul Ahmet Topuzoğlu, Seyhan Hıdıroğlu, MıFatih Önsüz, Gülşen Polat [Croat Med J](#). 2007 Jun;48(3):362-70.

Missed opportunities for coronary heart disease diagnoses: primary care experience Turkey M¹, Senol Y, Alimoglu MK, Aktekin MR, Deger Nı Mo L, He QY. [Effect of long-term continuous positive airway pressure ventilation on blood pressure in patients with obstructive sleep apnea hypopnea syndrome: a meta-analysis of clinical trials]. Zhonghua yi xue za zhi 2007;87:1177-1180

Myers MG. Compliance in hypertension: why don't patients take their pills? Natarajan N¹, Putnam W, Van Aarsen K, Beverley Lawson K, Burge F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. Can Fam Physician. 2013 Feb;59(2):e93-e100.

Nava E, Luscher TF. Endothelium-derived vaso-active factors in hypertension: nitric oxide and endothelin. JHypertens 1995;13 (suppl 2):S39-48.

Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs. Lancet 2000;356:1955-1964

Oates JP: Antihypertensive agents and the drug therapy of hypertension In: Goodman Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics. Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Goodman Gilman A. (eds.) Ninth Ed. Mc Graw Hill Comp. New York, 1996 p. 780-808

Ömer Kozan, M.D., On behalf of the RiskMan Study Group#An observational study to evaluate the clinical practice of cardiovascular risk management among hypertensive patients in Turkey, Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2011;39(6):445-455 doi: 10.5543/tkda.2011.01592

Onat A, Doğan Y, Uyarel H, Ceyhan K, Uzunlar B, Yazıcı M ve ark. Erişkinlerimizde kan basıncı ve kontrol altında tutulması yönünde gelişme. Türk Kardiyol Dern Arş 2002;30:749-57.

Onat A, Sansoy V, Yıldırım B, Keleş İ, Çetinkaya A, Aksu H ve ark. Erişkinlerimizde kan basıncı: 8 yıllık seyri, tedavi oranı, koroner kalp hastalığı ile ve bazı etkenlerle ilişkileri. Türk Kardiyol Dern Arş 1999;27:136-43.

Öngen Zeki ,Çözümü zor bir toplumsal sorun hipertansiyon;Klinik Gelişim 18 (2) - (4-7) 2005

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Eng J Med 2005;353(5):487-97)

Oxaman AD.No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions Parati G, Ulian L, Santucci C, Omboni S, Mancia G. Difference between clinic and daytime blood pressure is not a measure of the white-coat effect. Hypertension 1998;31:1185-1189.)

Pickering G:Hypertension.Definitions, natural histories and consequences.Am J Med 1972;52:570-83

Prof.Dr .Şule Şengül. Hipertansiyon Hipertansiyon Bir Başarı Öyküsüne Dönüştürülebilir mi? Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı
www.turkhipertansiyon.org/kongre2013/Kongre25/Sule_Sengul

Prospective studies collaboration. Age specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet* 2002;390: 1903-13

Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet* 1987;1: 647–651. risks of stroke and coronary heart disease. *British Medical Bulletin*, 1994,50:272–298.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı Birincil, İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı (2010-2014) Ankara Editör. Prod. Dr. Nihat Tosun 2010 Syf:21-22

Satman I, Yılmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP 1997).

Sega R, Trocino G, Lanzarotti A, Carugo S, Cesana G, Schiavina R, Valagussa F, Bombelli M, Giannattasio C, Zanchetti A, Mancina G. Alterations of cardiac structure in patients with isolated office, ambulatory, or home hypertension: Data from the general population (Pressione Arteriose Monitorate E Loro Associazioni [PAMELA] Study). *Circulation* 2001;104:1385–1392.

Shanti M, Maribel S. Hypertension World Health Organization; 2003. p. 98–104. 708. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Frohlich ED, Re RN. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension* 2011;58:804–810.

Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL. Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *J Behav Med*

1992;15(5):447-68.

Southern Medical Journal 2006; 99 (12): 1412-1413)

Soydan İ, Hipertansiyon ile ilgili TEKHARF çalışması verileri ve yorumu. In: Onat A (ed). Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı (TEKHARF). İstanbul: Argos iletişim, 2003

Stamler J, Caggiula A, Grandits GA, Kjelsberg M: Cutler JA for the MRFITresearch group: Relationship to blood pressure of combinations of dietary macronutrients: findings of the multiple risk factor intervention trial (MRFIT) Circulation 1996; 94: 2417-23

Stephen Jj.Hipertansiyon Genetiği Kozan Ö. *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2009; 47-49.)

Stergiou GS, Siontis KC, Ioannidis JP. Home blood pressure as a cardiovascular outcome predictor: it's time to take this method seriously. Hypertension 2010;55:1301–1303.

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıf-zıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yükü. Final Rapor. Aralık 2004.tekharf to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*,1995, 153:1423–1431.

Toprak D, Demir S. Treatment choices of hypertensive patients in Turkey. Behav Med. 2007 Spring;33(1):5-10. treatment acceptance. *American Heart Journal*, 1999.

Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu.(http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/5_27676.htm?wbnum=1110)

Türkiye Kalp ve Damara Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı:Risk Faktörlerine YönelikStratejik Plan ve Eylem Planı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2010 Ankara.)

Ülgen M. Sıddık , Editor Yorum,Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics 2012-Volum 5 issue 3)

Ünalın P. Çifçili C., Uzuner A, Akman M. Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve İnanışları. Türk Aile Hek Derg. 2005; 9 (4): 153–158.

Uzun S, Kara B, Yokuşoğlu M, Arslan F, Yılmaz MB, Karaeren H. The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations; Anadolu Kardiyol Derg. 2009 Apr;9(2):102-9.

Vasan RS¹, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, Levy D. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med. 2001 Nov 1;345(18):1291-7.

Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ. Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. Obes Res. 2004 Dec;12 Suppl:151S-62S.

Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, Owens DK, Goldstein MK. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. Med Care 2006;44:646–657

Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, Owens DK, Goldstein MK. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. Med Care 2006;44:646–657.

Ward R. Familial aggregation and genetic epidemiology of blood pressure. In: Laragh JH, Brenner BM (eds). *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management* Vol 1. Raven Press: New York, 1990, pp81–100.)

WHO-ISH Guidelines Subcommittee. 1999 WHO International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. J Hypertens. 1999;17(2):151-83.

WHO-ISH Guidelines Subcommittee. 2003 WHO International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. J Hypertens. 1999;17(2):151-83.

Williams GH. Hypertensive vascular disease. In: Harrison's Principles of Internal Medicine (Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL ed). 15th edition. McGraw Hill. Vol 2, 1414-1430, 2001)

World Health Organization 2005 (<http://www.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>).

Yasemin GÜN, Medet KORKMAZ ,Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi DEUHYO ED 2014, 7 (2), 98-108 Hipertansiyon, Uyum, Yaşam kalitesi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi <http://www.deuhyoedergi.org>

Yiannakopoulou ECh¹, Papadopulos JS, Cokkinos DV, Mountokalakis TD. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005 Jun;12(3):243-9.

EK: 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- SAYI: Tarih:

2-Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

3-Kaç Yaşındasınız

4- En son mezun olduğunuz okul hangisidir?

Okur yazar Okur yazar değil İlkokul Ortaokul
Lise Üniversite- Y.okul

5- Medeni Durumunuz

Bekar Evli veya birlikte yaşıyor Eşinden ayrılmış veya ayrı yaşıyor
Eşi ölmüş

6-İşiniz Nedir?

1- İşsiz (iş arıyor) 2- İşsiz (iş aramıyor?) 3- Ev Kadını (İş arıyor)
4- Ev kadını (iş aramıyor) 5- Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb. işyerlerinde çalışan üretim işçisi
6- Tezgahtar, garson, pazarlama Gibi işlerde çalışanlar
7- Teknik bilgi ve uygulama becerisi gerektiren işler. (Hemşire, tekniker, teknisyen, büro işleri vb)
8- Doktor, mühendis, avukat gibi yüksek eğitim gerektiren işler
9- Yanında 3 ve üzerinde işçi çalıştıran işveren 10- Yanında 3 den az işçi çalıştıran işveren
11- İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar
12- Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar (İspporta, götürü yada gündelikçilik gibi işler)
13- Tarım işleri 14- Emekli (Çalışmıyor) 15- Emekli +(Çalışıyor)

(Emekli ise sorulacak) Emekli olduğunuz iş neydi? (Ayrıntılı olarak belirtilecek)

1- İşsiz (iş arıyor) 2- İşsiz (iş aramıyor?) 3- Ev Kadını (İş arıyor)
4- Ev kadını (iş aramıyor) 5- Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb. işyerlerinde çalışan üretim işçisi
6- Tezgahtar, garson, pazarlama Gibi işlerde çalışanlar
7- Teknik bilgi ve uygulama becerisi gerektiren işler. (Hemşire, tekniker, teknisyen, büro işleri vb)
8- Doktor, mühendis, avukat gibi yüksek eğitim gerektiren işler
9- Yanında 3 ve üzerinde işçi çalıştıran işveren 10- Yanında 3 den az işçi çalıştıran işveren
11- İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar
12- Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar (İspporta, götürü yada gündelikçilik gibi işler)
13- Tarım işleri 14- Emekli (Çalışmıyor) 15- Emekli +(Çalışıyor)

7- Gelir durumunuz hakkındaki görüşünüz hangisine uyar?

Gelirim giderimden fazla Gelirim giderime eşit Gelirim giderimden az

8- Türkçeyi ne kadar iyi anlayıp konuşabiliyorsunuz?

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

9- Kaç çocuğu var? _____ (lütfen yazınız)

10- Evde kimlerle yaşıyor?

Yalnız Sadece eşyle Eşi ve çocukları
Anne, baba, kardeş Eş, çocuk, diğer akrabalar Diğer

11- Evde toplam kaç kişi yaşıyor? _____ (lütfen yazınız)

12- Evin kime ait olduğu:

Kendinin Kira Diğer

13- Sosyal Güvenceniz (sigortanız)

Emekli Sandığı SSK BAĞKUR
Yeşil Kart YOK Özel sigorta

14- Akrabalarınızdan (yaşıyor veya ölmüş olan) Hipertansiyon hastalığı olanları işaretleyiniz.

ANNE BABA KARDEŞ BÜYÜKANNE
BÜYÜKBABA DİĞER (BELİRTİNİZ)

15- Yaşadığınız hanede birlikte oturduğunuz başka Hipertansiyon hastası var mı?

EVET HAYIR EMİN DEĞİLİM
Belirtiniz:

16- Yüksek tansiyon ölçümü ilk nerede yapıldı ?

Sağlık Ocağı / A.S.M Devlet/SSK hast. Üniversite hast. Eczane
Ev Diğer...

17- Tansiyon ölçümü nedeni neydi:

Tesadüfen ölçüm <input type="checkbox"/>	Basırcısı <input type="checkbox"/>	Basırcısı <input type="checkbox"/>	Halsizlik <input type="checkbox"/>
İç sıkıntısı <input type="checkbox"/>	Burun kanaması <input type="checkbox"/>	Tremor <input type="checkbox"/>	Bulantı <input type="checkbox"/>
Çarpıntı <input type="checkbox"/>	Nefes darlığı <input type="checkbox"/>	Terleme <input type="checkbox"/>	Hatırlamıyor <input type="checkbox"/>
Diğer... <input type="checkbox"/>			

18- Ne kadar süredir hipertansiyon hastası:

<3 ay <input type="checkbox"/>	3-5 ay <input type="checkbox"/>	6-11 ay <input type="checkbox"/>	1-5 yıl <input type="checkbox"/>
6-10 yıl <input type="checkbox"/>	11-15 yıl <input type="checkbox"/>	16-20 yıl <input type="checkbox"/>	21-25 yıl <input type="checkbox"/>
>25 yıl <input type="checkbox"/>	Hatırlamıyor <input type="checkbox"/>		

19- Size hipertansiyon tedavisi verildi mi?

Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Bilmiyorum <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

20- Hipertansiyon tanısı aldığı yaş:

<30 yaş <input type="checkbox"/>	> 30 yaş <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------

21- Hipertansiyon ile ilgili ilk tedaviye başlayan yer neresidir?

Üniversite Hastanesi <input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/>	Sağlık Ocağı - Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
---	---	--	--------------------------------------

22- Hipertansiyon hastalığınız ile ilgili olarak kaç yıldır ilaç tedavisi görüyorsunuz?

HİÇ <input type="checkbox"/>	Teşhis Konduğundan Beri <input type="checkbox"/>
Kaç Yıldır? Yıldır <input type="checkbox"/>	

23- Son 6 ayda kullandığı tedavi ?

ACE İNHİBİTÖRÜ <input type="checkbox"/>
İNDAPAMİT <input type="checkbox"/>
ACE+HCZT <input type="checkbox"/>
KKB <input type="checkbox"/>
ARB <input type="checkbox"/>
BETA <input type="checkbox"/>
ACE+KKB <input type="checkbox"/>
ARB+HCTZ <input type="checkbox"/>
ALFA BLOKER <input type="checkbox"/>

24. Su anda kullandığı tansiyon ilacı sayısı:

Tek <input type="checkbox"/>	Kombine/Tek <input type="checkbox"/>	Birden fazla <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

25- Verilen antihipertansif ilacı ne zamandır kullanıyor?:

<3 ay <input type="checkbox"/>	3-5 ay <input type="checkbox"/>	6-11 ay <input type="checkbox"/>	1-5 yıl <input type="checkbox"/>
6-10 yıl <input type="checkbox"/>	11-15 yıl <input type="checkbox"/>	16-20 yıl <input type="checkbox"/>	21-25 yıl <input type="checkbox"/>
>25 yıl <input type="checkbox"/>	Hatırlamıyor <input type="checkbox"/>		

26- Hipertansiyona bağlı olarak şikayet yaşama durumu?

Acil Servis <input type="checkbox"/>	A.S.M başvuru <input type="checkbox"/>	Hastane yatışı <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--	---

27- Hipertansiyon hastalığı nedeniyle ortaya çıkan bir şikayet (bir sağlık sorunu) nedeniyle en son ne zaman doktora, hastaneye gitmek zorunda kaldınız?

TARİH	
..... Ay önce	

28- Hipertansiyon dışındaki ek kronik hastalık varlığı

	SAĞLIK SORUNU		
Diyabet Mellitus	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
Hiperlipidemi	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
Osteoporoz	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
Tiroid hastalığı	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
KOAH	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
SVO	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
Depresyon	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
Glokom	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
Kanser	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>
Diğer	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>	BİLMİYORUM <input type="checkbox"/>

29- Baska hastalık varsa bu hastalık için kullandığı ilaç:

Yok <input type="checkbox"/>	Koroner vazodilatör <input type="checkbox"/>	Antiagregan <input type="checkbox"/>	Antidiyabetik ilaç <input type="checkbox"/>
Tiroid ilaçları <input type="checkbox"/>	Osteoporoz ilaçları <input type="checkbox"/>	KOAH ilaçları <input type="checkbox"/>	Antihiperlipidemi <input type="checkbox"/>
Antidepresifler <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		

30- Günde kaç ilaç kullanıyorsunuz?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	6 Fazla <input type="checkbox"/>		

31- Hipertansiyon sonrası bir komplikasyon gelirdi mi? (Birden çok sık isaretlebilir.)

Göz <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>	KKY <input type="checkbox"/>	Anevrizma <input type="checkbox"/>	
KBY <input type="checkbox"/>	SVO <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>	Bilmiyorum <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

32- Hipertansiyon tedavisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Sürekli tedavi edilmelidir <input type="checkbox"/>	Tansiyon normale dönünce tedavi bırakılabilir <input type="checkbox"/>		
Belirti ve yakınma kaybolunca tedavi kesilebilir <input type="checkbox"/>	Tedavi gerekmez <input type="checkbox"/>	Bilmiyorum <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

33- Sizce Hipertansiyon hastalığının sebebi nelerdir?

Sters-Endişe <input type="checkbox"/>	Mikrop yada virüs <input type="checkbox"/>	Kalitsal <input type="checkbox"/>	Yaşlanma <input type="checkbox"/>
Çevre kirliliği <input type="checkbox"/>	Kendi davranışlarım <input type="checkbox"/>	Aile problemleri <input type="checkbox"/>	Aşırı çalışma <input type="checkbox"/>
Şans <input type="checkbox"/>	Alkol - Sigara içme <input type="checkbox"/>	Diğert yada yeme alışkanlıkları <input type="checkbox"/>	Duygusal durum <input type="checkbox"/>

34- Normal Kan basıncı değeri kaçtır?

Normal değeri bilenler <input type="checkbox"/>	
Normal değeri bilmeyenler <input type="checkbox"/>	
Normal değerleri yaklaşık olarak bilenler <input type="checkbox"/>	

35- Hipertansiyona bağlı ortaya çıkan hastalıklar nelerdir?

Kalp Krizi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Bilmiyorum <input type="checkbox"/>
Kalp yetmezliği	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Bilmiyorum <input type="checkbox"/>
Felç	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Bilmiyorum <input type="checkbox"/>
Ani ölüm	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Bilmiyorum <input type="checkbox"/>
Böbrek yetmezliği	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Bilmiyorum <input type="checkbox"/>

36- Kan basıncını düşürmek için kullanılan yöntemler nelerdir?

Anti hipertansif tedavi alma <input type="checkbox"/>	Geleneksel Yöntemler (Sarımsak,Limon,Elma sirkesi, <input type="checkbox"/>	Bitkisel ürün <input type="checkbox"/>
---	---	--

37-Kullandığınız herhangi bir bitkisel ürün var mı?

YOK <input type="checkbox"/>	VAR <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:.....
------------------------------	------------------------------	-------------------

38-Ne amaçla kullanıyorsunuz ?

Hipertansiyon <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:.....
--	--------------------------------	-------------------

37- Kullandığınız bitkisel ürünleri nereden temin ediyorsunuz

Aktar <input type="checkbox"/>	Komşu <input type="checkbox"/>	İnternet <input type="checkbox"/>	Eczane <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

38- Ne sıklıkla kullanıyorsunuz?

Daima <input type="checkbox"/>	Sık sık <input type="checkbox"/>	Aklıma geldikçe <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------

39- Kullandığınız herhangi bir geleneksel yöntem var mı ?

Sarımsak <input type="checkbox"/>	Limon <input type="checkbox"/>	Sirke <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

40- Ne sıklıkla kullanıyorsunuz?

Daima <input type="checkbox"/>	Sık sık <input type="checkbox"/>	Aklıma geldikçe <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------

41- Anti Hipertansif ilaçlarınızı nasıl tanıyorsunuz

İlacın ismini biliyorum <input type="checkbox"/>	İlacın kutusundan <input type="checkbox"/>	
İlacın renginden <input type="checkbox"/>	İlacın şeklinden <input type="checkbox"/>	Tanımiyorum <input type="checkbox"/>

42- İlaçla ilgili bilgileri nereden alıyorsunuz?

Hekim <input type="checkbox"/>	Eczane <input type="checkbox"/>	Prospektüs <input type="checkbox"/>	Hemşire <input type="checkbox"/>	Diğerleri <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

43- Sigara kullanıyor mu?:

Kullanıyor <input type="checkbox"/>	Daha önce kullanmış <input type="checkbox"/>	Kullanmamış <input type="checkbox"/>	Kaç yıl, günde kaç paket : yıl / günde paket
-------------------------------------	--	--------------------------------------	--

44- Su anda alkol kullanıyor mu?:

Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Daha önce kullanmış <input type="checkbox"/>	Kaç yıl?
-------------------------------	--------------------------------	--	----------

45- Alkol kullanıyorsa, kullandığı alkol miktarı:

>5 kadeh/haftada en az 3 kez <input type="checkbox"/>	<5 kadeh/haftada 3'ten az <input type="checkbox"/>	Daha az <input type="checkbox"/>
---	--	----------------------------------

46- Haftada kaçün en az yarım saat terletecek kadar egzersiz yapıyor?**GÜN****47- Uyku kalitenizi nasıl tanımlarsınız?**

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

48- İlaç kullanma alışkanlığınız nasıldır?**(sizce uygun olan kelimenin altındaki sayıyı yuvarlak içine alınız)**

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

49- Düzenli kullanıyorsa nedeni/nedenleri?

HT'un önemli bir hastalık olması	<input type="checkbox"/>	HT nedeniyle ölen tanıdık/yakın varlığı	<input type="checkbox"/>
HT'un ölümcül olması	<input type="checkbox"/>	Hekim tarafından bilgilendirildiği için	<input type="checkbox"/>
Her konuda düzenli olması	<input type="checkbox"/>	Diğer.....	

50- Düzensiz kullanma ve/veya kullanmama nedeni/ nedenleri?

HT'un zarar vermeyeceğini düşünme	<input type="checkbox"/>	Belirti ve yakınma yokluğu	<input type="checkbox"/>
Hekim tarafından bilgilendirilmediği için	<input type="checkbox"/>	HT'un zaten yaşanınca olabileceği	<input type="checkbox"/>
Alternatif yöntemlerin yeterli olması	<input type="checkbox"/>	İlaçların faydasına inanmama	<input type="checkbox"/>
		HT ilaçlarının bağımlılık/alışkanlık yapabileceği	<input type="checkbox"/>
		Diğer..	<input type="checkbox"/>

51- Alternatif yöntem kullanıyorsa:

Sarımsak	<input type="checkbox"/>	Limon	<input type="checkbox"/>	Bitkisel yöntem (BELİRTİNİZ	<input type="checkbox"/>)	Diğer	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	---	-------	--------------------------

52- Başlayıp daha sonra bıraktığınız bir tansiyon ilacı oldu mu?

Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	<input type="checkbox"/>	Bilmiyorum	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------	--------------------------	------------	--------------------------

53- Tansiyon ilaç kullanıp bıraktıysa nedeni :

Doktor önerisi ile	<input type="checkbox"/>	Kendisi istegi ile	<input type="checkbox"/>	Diğer..	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------	--------------------------

54- Doktor önerisi ile ilacı bırakmış ise nedeni:

Yan etki	<input type="checkbox"/>	Etkisiz olması	<input type="checkbox"/>	İlaç tedavisine ara verme(ilaç tatili)	<input type="checkbox"/>
İlaç fiyatı	<input type="checkbox"/>	Çok fazla ilaç kullanma	<input type="checkbox"/>	Günlük dozun 1'den fazla olması	<input type="checkbox"/>
Sağlık güvence sorunu	<input type="checkbox"/>	Hatırlamıyor	<input type="checkbox"/>	Diğer..	<input type="checkbox"/>

55- Kendi istegi ile ilacı bırakmış ise nedeni:

Yan etki	<input type="checkbox"/>	Etkisiz olması	<input type="checkbox"/>	Gereksiz olduğu düşüncesi	<input type="checkbox"/>
İlaç almayı unutma	<input type="checkbox"/>	Günlük dozun 1'den fazla olması	<input type="checkbox"/>	Çok fazla ilaç kullanma	<input type="checkbox"/>
İlaç fiyatı	<input type="checkbox"/>	Reçeteleme yaptırılmama	<input type="checkbox"/>	Sağlık güvence sorunu	<input type="checkbox"/>
Hatırlamıyor	<input type="checkbox"/>	Diğer.....			

56- Neden yan etkiyse hangi yan etki nedeniyle bıraktı?

Oksürük	<input type="checkbox"/>	Hipotansiyon	<input type="checkbox"/>	Elektrolit bozukluğu	<input type="checkbox"/>
Tasikardi	<input type="checkbox"/>	Deri döküntüsü	<input type="checkbox"/>	DM, KOAH, MI, hiperlipidemi nedeniyle	<input type="checkbox"/>
Ödem	<input type="checkbox"/>	Hatırlamıyor	<input type="checkbox"/>	Diğer	

57- Daha önce antihipertansif kullanıp bıraktıysa daha önce kullandığı TA ilacı:

Düretik	<input type="checkbox"/>	ACE inh.	<input type="checkbox"/>	ARB	<input type="checkbox"/>	Ca kanal inh.	<input type="checkbox"/>
Alfa2 bloker	<input type="checkbox"/>	B bloker	<input type="checkbox"/>	Hatırlamıyor	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>

58- Daha önceden kullandığı antihipertansif ilacı ne kadar süre kullandı:

<3 ay	<input type="checkbox"/>	3-5 ay	<input type="checkbox"/>	6-11 ay	<input type="checkbox"/>	1-5 yıl	<input type="checkbox"/>
6-10 yıl	<input type="checkbox"/>	11-15 yıl	<input type="checkbox"/>	16-20 yıl	<input type="checkbox"/>	21-25 yıl	<input type="checkbox"/>
>25 yıl	<input type="checkbox"/>	Hatırlamıyor	<input type="checkbox"/>				

59- Kan basıncınızı ölçme sıklığınız nedir?

Her gün	<input type="checkbox"/>	Haftada birden fazla	<input type="checkbox"/>	Haftada bir defa	<input type="checkbox"/>	Ayda birden fazla	<input type="checkbox"/>
Ayda bir kere yada daha az	<input type="checkbox"/>			Kendini kötü hissettiğinde	<input type="checkbox"/>	Hiç	<input type="checkbox"/>

60- En son ölçülen tansiyon arter değeri?

TARİH	BAKILDIĞI YER			
.....gün önce	Sağlık Kurumunda	<input type="checkbox"/>	Evde	<input type="checkbox"/>
SONUÇ	HATIRLAMİYOR			<input type="checkbox"/>

61- Hipertansiyon hastalığınız nerede izleniyor?

Hiçbir yerde	<input type="checkbox"/>	Evde	<input type="checkbox"/>	Hastanede	<input type="checkbox"/>	A.S.M	<input type="checkbox"/>
Diğer(belirtiniz)							

62- Hipertansiyon nedeniyle kontrole gitme sıklığınız?

Ayda bir	<input type="checkbox"/>	3 ayda bir	<input type="checkbox"/>	6 ayda bir	<input type="checkbox"/>	Yılda bir	<input type="checkbox"/>
Hiç	<input type="checkbox"/>						

63- Tüm sağlık problemlerinizi için başvurduğunuz kurum hangisidir?

Üniversite Hastanesi	<input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi	<input type="checkbox"/>	Sağlık Ocağı - Aile Sağlığı Merkezi	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------	--------------------------

64- Hipertansiyon hastalığınız nedeniyle kontrol amacıyla en son ne zaman doktora gittiniz?

TARİH
..... Ay önce

65- Hipertansiyona bağılı olarak düzenli izlenmiyorsanız bunun sebebini neye bağılıyorsunuz?

Tedavi maliyetleri	<input type="checkbox"/>
Kurumun uzak olması	<input type="checkbox"/>
Doktorun çok yoğun olması	<input type="checkbox"/>
Randevu alamama	<input type="checkbox"/>
Doktorun kontrole çağırması	<input type="checkbox"/>
İlacı bırakmak	<input type="checkbox"/>
Hastanın tedavi istememesi	<input type="checkbox"/>
Rahatsız edici bir şikayet yokluğu	<input type="checkbox"/>
Tedavi memnuniyetsizliği	<input type="checkbox"/>
İlacın sadece uzman hekim tarafından yazılabilmesi	<input type="checkbox"/>

66- Sadece Hipertansiyon nedeni ile başvurduğunuz kurum hangisidir?

Üniversite Hastanesi	<input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi	<input type="checkbox"/>	Sağlık Ocağı - Aile Sağlığı Merkezi	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------	--------------------------	-------

67- Evde kendi kendine kan basıncı ölçen cihazınız var mı?

VAR	<input type="checkbox"/>	YOK	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

68-Tansiyon aletiniz manuel mi Dijital mi?

Manuel	<input type="checkbox"/>	Dijital	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	---------	--------------------------

69- Kendi kan basıncınızı bu cihazla izleyebiliyor musunuz?

EVET	<input type="checkbox"/>	HAYIR	<input type="checkbox"/>	DİĞER (belirtiniz)	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------	--------------------------	--------------------	--------------------------

70- Tansiyonunuz yükseldiğinde ne yaparsınız?

Acile giderim	<input type="checkbox"/>	Limon suyu içerim	<input type="checkbox"/>	Sarımsak yerim	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-------	--------------------------

71- Yaşam tarzı değişikliği sorgulama

Tuz kısıtlama

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Yağ kısıtlama

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Şeker kısıtlama

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Sebze Ağırlıklı beslenme

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Sıvı yağ kullanma

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Egzersiz

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Çay kahve tüketimini azaltma

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Sigara - Alkol bırakma

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

72- Ölçümler

Ağırlık (kg)	Boy (cm)	BKİ	Bel ölçümü
Kalça ölçümü	Bel kalça oranı		

73- Bu güne dek hastalığınızın kontrol altında olduğunu düşünüyormusunuz?

(sizce uygun olan kelimenin altındaki sayıyı yuvarlak içine alınız)

ÇOK KÖTÜ	BİRAZ KÖTÜ	NE İYİ NE KÖTÜ	OLDUKÇA İYİ	ÇOK İYİ
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

74- Şu anda sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1-ÇOK KÖTÜ	2-KÖTÜ	3-NE İYİ NE KÖTÜ	4-İYİ	5-ÇOK İYİ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK:2

Morisky 8 sorulu Antihertansif Tedavi Uyum Ölçeği

1.Tansiyon İlaçlarınızı içmeyi bazen unuttuğunuz oluyor mu?	
Evet	
Hayır	
2.Son iki hafta içinde ,unutmadığınız halde tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ihmal ettiğiniz oldu mu ?	
Evet	
Hayır	
3 .Kullandığınız tansiyon ilaçlarının size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacı azalttığınız ya da bıraktığınız oldu mu ?	
Evet	
Hayır	
4. Seyahate çıktığınızda ya da evden ayrıldığınızda tansiyon ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	
Evet	
Hayır	
5.Dün tansiyon ilacınızı içtiniz mi?	
Evet	
Hayır	
6.Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde bazen ilaç içmeyi bırakır mısınız	
Evet	
Hayır	
7.Hergün ilaç içmek büyük sıkıntıdır.Siz tansiyon tedavisine uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	
Evet	
Hayır	
8.Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz?	
1.Hiç/nadiren 2.Ara sıra 3. Bazen 4. Genellikle 5. Her zaman	

EK:3

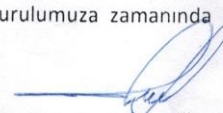
(Türkçe PACIC)

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığınızla ilgili bakım aldığınızda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

EK: 4

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	02 / 01 / 2014 / 20478486 - ...06					
ARAŞTIRMANIN ADI	Bir kentsel bölgede hipertansiyon olgularında tedavi uyuncu ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ					
ARAŞTIRMA EKİBİ	PROF.Dr. Erhan Eser, Dr. Jale Akgöl					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş; Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Günül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selda BERKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehmet DURSUN Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.						
 Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan						

EK: 5



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
(Giden Evrak)
13.05.2014 11:11:41 / 17527
AR-GE Hizmetleri Birimi

Kayıt yapan : BÜYÜK UĞURLU



Şube : AR-GE Hizmetleri Birimi
Sayı : 36026262.430.99 – 31
Konu : Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ'in Araştırma İzni

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
(Farmakoloji Anabilim Dalı)

İlgi: 27/01/2011 tarihli dilekçe.

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ ve Jale AKGÖL sorumluluğunda yapılmak istenen **“Bir Kentsel Bölgede Hipertansiyon Hastalarında Tedavi Uyuncu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş ve komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

“Birinci Basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uyulması gerekmektedir. Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair izin alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın ve yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalarda aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.”

“Söz konusu araştırma için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan resmi yollarla SGK verilerine ilişkin onay alınması ve alınan onayın bir örneği ile tarafımıza yeniden başvuru yapılması halinde, Aile Hekimliklerindeki hastalara ait veriler kullanılacağından, başvuru evraklarının tarafımızca Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na iletilmesi ve söz konusu kurum kararına göre yol izlenmesi gerekmektedir.” denilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Canan GÜLBAYRAK
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

EK :6**ÖZGEÇMİŞ**

Adı	Jale	Soyadı	AKGÖL
Doğum Yeri	Adana	Doğum Tarihi	03.03.1978
Uyruğu	T.C.	Tel	5054512260
E-mail	jaleakgol@gmail.com		

Eğitim Düzeyi Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Celal Bayar Üniversitesi Farmakoloji AD	2016
Yüksek Lisans		
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	2003
Lise	Adana Kız Lisesi	1994

İş Deneyimleri	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Tabip	Gaziantep, Yazılı Sağlık Ocağı	2004-2006
Araştırma Görevlisi	Bolu, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD	2006- 2007
Aile Hekimi	İzmir, Konak Emine Bağcıer Aile Sağlığı Merkezi	2007-2013
Araştırma Görevlisi	İzmir, Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sözleşmeli Aile Hekimler için Uzmanlık Eğitimi	2014-Devam

Sınavlar	Puan
ALES	83
YDS	57

Bilgisayar Bilgisi	Kullanma Becerisi
Exel, Word, Powerpoint	İyi