

T.C
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI
TEZ YÖNETİCİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Eda Çelik GÜZEL

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HİPERTANSİYON HASTALARININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İLAÇ
TEDAVİSİ VE KRONİK HASTALIK UYUMUNA
ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr.Nuri IRĞA

TEKİRDAĞ 2021



TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her safhasında bilgileri ve deneyimleriyle bana yol gösteren, bilimsel temeller ışığında tezimi şekillendiren değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL başta olmak üzere, uzmanlık eğitimim boyunca emeği geçen rotasyonlarda bilgi ve desteklerini esirgemeyen tüm hocalarıma ve Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU hocama en içten teşekkürlerimi sunarım. Her zaman olduğu gibi bu zorlu süreçte de yanımda olan, sevgili eşime ve kıymetli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ	vi
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
HİPERTANSİYONUN TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ	3
HİPERTANSİYON TANISI VE KLİNİK DEĞERLENDİRME	4
Hipertansiyon Tarama Yöntemleri	4
Hastanın Tıbbi Öyküsü	5
Kan Basıncı Ölçülmesi	5
Hipertansiyon Risk Faktörleri	7
Hipertansiyonun Sınıflandırılması	10
Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon	13
Fizik Muayene	14
Laboratuvar İncelemesi	14
ORGAN HASARI	15
HİPERTANSİYONDA KARDİYOVASKÜLER RİSKİN BELİRLENMESİ	15
HİPERTANSİYON TEDAVİSİ	16
Yaşam tarzı değişikliği	16
Farmakolojik Tedavi	17
ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON YÖNETİMİ	19
HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TAKİBİ	21
HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM	22
GEREÇ VE YÖNTEM	23
BULGULAR	26
TARTIŞMA	42
SONUÇ	50
ÖZET	53
KAYNAKÇA	57

KISALTMALAR

ACC:	Amerika Kardiyoloji Derneği (American Collage of Cardiology)
ACE:	Anjiotensin Konverting Enzim İnhibitörü (Anjiotensin Converting Enzym İnhibitor)
AHA:	Amerika Kalp Birliği (American Heart Association)
AKBÖ:	Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü
ARB:	Anjiotensin Reseptör Blokerleri
BAG:	Bozulmuş Açlık Glukozu
BÖH:	Beyaz Önlük Hipertansiyonu
DKB:	Diyastolik Arteryal Kan Basıncı
DM:	Diyabetes Mellitus
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EKBÖ:	Evde Kan Basıncı Ölçüm Yöntemi
EKG:	Elektrokardiyogram
ESH:	Avrupa Hipertansiyon Derneği (European Society of Hypertension)
ESC:	Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology)
FSD:	Fonksiyonel Sağlık Durumu
HMOD:	Hipertansiyon Aracılı Organ Hasarı
HT:	Sistemik Arteryal Hipertansiyon
IMK:	İntima Media Kalınlığı
KBH:	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY:	Kronik Böbrek Yetmezliği
KKB:	Kalsiyum Kanal Blokeri
KKY:	Konjestif Kalp Yetmezliği
KVS:	Kardiyovasküler Sistem
PAH:	Periferik Arter Hastalığı
PATENT:	Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması
SIYK:	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SKB:	Sistolik Arteryal Kan Basıncı
SVO:	Serebrovasküler Olay
TEMĐ:	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
VKİ:	Vücut Kitle Endeksi

YK: Yaşam Kalitesi

YTD: Yaşam Tarzı Değişikliği

WONCA: Dünya Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenler Birliği (World Organizasyon of Family Physicians/ General Practitioners)



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Ölçümün Yapılış Yöntemine Göre Olması Gereken Hipertansiyon Sınır Değerleri...7	
Tablo 2: JNC VIII klavuzuna göre HT sınıflaması	11
Tablo 3: 2018 ESH/ESC Hipertansiyon Kılavuzu Kan Basıncı Düzeylerine Göre Sınıflama. 11	
Tablo 4: Sekonder HT nedenleri.	12
Tablo 5: Fizik muayenede Sekonder HT açısından incelemeler.	14
Tablo 6: Kan basıncı düzeyleri ve ko- morbid risk etmenlerine göre hastanın KVH geliştirme risk tablosu.....	16
Tablo 7: Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Etkileri.	17
Tablo 8: Antihipertansif Tedaviye Başlamak.....	18
Tablo 9: Antihipertansif ilaç gruplarının olası ve kesin kontraendike olduğu durumlar.....	19
Tablo 10: Hastalara ilişkin sosyodemografik bulguların dağılımı	26
Tablo 11: Hastalara ilişkin alışkanlıkların dağılımı	27
Tablo 12: Hastalara ilişkin Kronik hastalık, ilaç uyumu, hastaneye başvuru oranlarının dağılımı.....	28
Tablo 13: Ölçeklere ilişkin bulguların dağılımı	29
Tablo 14: Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi	29
Tablo 15: Hasta bulgularına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması.	32
Tablo 16: Hasta bulgularına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 17: Hasta bulgularına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması.	37
Tablo 18: Hasta bulgularına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması.	39
Tablo 19: Morisky gruplarına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 20: Ölçek puanlarının birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi	41

GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, diyastolik kan basıncı değerinin ≥ 90 mmHg, sistolik kan basıncı değerinin ise ≥ 140 mmHg olarak tespit edilmesi durumuna denir (1). Hipertansiyon çoğunlukla yetişkin yaş grubundaki popülasyonu etkileyen, dünyada ve Türkiye’de görülme sıklığı gün geçtikçe artan ve komplikasyonlar sebebiyle toplum sağlığını hedef alan ciddi bir sağlık problemidir (2). Ayrıca hipertansiyon serebrovasküler ve kardiyovasküler açıdan önemli bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yaptığı bir çalışmaya göre optimal seviyelerde olmayan kan basıncının dünya genelinde her yıl 7,1 milyon kişinin ölümüne yol açtığı gözlemlenmiştir. Aynı zamanda dünya çapındaki toplam ölümlerin %19’unun sebebinin de hipertansiyon oluşturmaktadır (3).

Hipertansiyon hastası kişilere uygun ve düzenli tedavinin yanında düzenli aralıklarla yapılan kontrollerin prognoz ve komplikasyonlar açısından olumlu sonuçlara ulaşmada önemi büyüktür. HT hastası kişilerin bir kısmının aslında hastalığının farkında olmadıkları, bir kısmının ise tanısının bile olmadığı, tanısı olan hastaların çoğunun da uygun tedaviyi almadığı ve düzenli kontrollere gitmediği tespit edilmiştir (4). Hipertansiyon yaşın ilerlemesiyle birlikte artış gösteren bir hastalıktır ve 60 yaşından itibaren HT tanılı hasta sayısında dramatik bir artış görülmektedir (5).

Hipertansiyon tanısı konulan hastaları klinik açıdan değerlendirmek amacıyla iyi bir tıbbi öykü aldıktan sonra kan basıncı ölçümü ve tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Bu işlemlerden sonra yapılan laboratuvar tetkikleri ile hastaların kardiyovasküler açıdan risk durumu hesaplanmalıdır. Yapılan bu işlemlerle aynı zamanda sekonder hipertansiyon ve hedef organ hasarı açısından da değerlendirilmelidir (6).

Hipertansiyon düzenli tedavi ve takip gerektiren bir hastalıktır. Kontrol altına alınamamış olan hipertansiyonun kardiyovasküler sistem hastalıkları, renal yetmezlik, inme ve ölüm gibi çeşitli komplikasyonlara yol açtığı gözlemlenmiştir. Kan basıncının yüksekliğiyle doğru orantılı olarak bu komplikasyonlarda ve ölüm oranlarında artış gözlenmektedir (7). Hipertansiyon tedavisi epeyce kapsamlı olup hastaların rutin yaşantılarında kalıcı değişiklikler gerektirmektedir.

Hipertansiyonun kontrol altına alınamamasının en büyük sebebi hastaların farmakolojik veya non-farmakolojik olarak önerilen tedaviye uyum sağlayamaması, tedavi yetersizliği ve dirençli HT varlığıdır (8). Kan basıncını kontrol altında tutabilmek amacıyla ilaç tedavisinin yanında fiziksel aktivite yapmak, sigara ve alkol kullanmamak, tuz tüketimini azaltmak, stresten uzak durup düzenli diyet yapmak gerekmektedir. Ancak hastalar yaşantılarında yapmaları gereken bu değişikliklere uyum sağlamakta zorluk çekerler ve ilaçların tek başına tedavi için yeterli olabileceğini düşünürler.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hem HT'den koruma hem de HT'nin takip ve tedavisi yönünden önemli bir yere sahiptir. HT hakkında halkın farkındalığının artırılması, uygun yöntemlerle kan basıncı ölçümlerinin yapılarak HT açısından toplumun taranması, önlenemez ve değiştirilebilir risk faktörleri açısından toplum bilinçlendirilerek HT'nin mümkünse önlenmesi, önlenemediyse HT'nin erken teşhis, tedavi ve izlenmesi birinci basamak sağlık hizmetleri sunucuları olarak Aile hekimlerinin yürütmüş olduğu görevlerdir (9).

Bu bilgiler doğrultusunda yaptığımız çalışmada; Aile hekimliği polikliniğine başvuran HT hastalarında, bireysel farklılıkların tedavi başarısı üzerine etkisini tespit ederek verilen tedaviden alınan faydayı arttırabilmek ve hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonlardan hastaları korumak için; sosyodemografik farklılıkların ilaç tedavisi ve kronik hastalıklara uyum konusunda etkisini araştırmayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

HİPERTANSİYONUN TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Küresel ölçekte hipertansiyon, diyabet, kronik solunum sistemi hastalıkları, kanser ve kalp damar hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar günümüzde başlıca ölüm nedenlerindedir ve sayıları gün geçtikçe artmaktadır (10).

Hipertansiyon uygun koşullarda birkaç tekrar yapılarak ölçülen diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg, sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg veya bu değerlerin üzeri olmasına denir. Ancak 80 yaş üzeri için sistolik tansiyon değerinin üst sınırı 150 mmHg olarak kabul edilmektedir. Ergen ve çocuklarda ise kan basıncının belirli persentil değerlerinin üzerine çıkması durumu hipertansiyon (HT) olarak kabul edilir. HT kendini kan basıncının devamlı yüksek ölçülmesiyle gösteren ve çeşitli komplikasyonlara sebep olabilen bir hastalıktır. Tedavi edilmediği takdirde kardiyovasküler, serebrovasküler, renal yetersizlik gibi çeşitli hastalıklara ve ölüm oranlarında artışa sebebiyet vermektedir (7).

Hipertansiyon kontrol altına alınmadığı takdirde çeşitli semptom ve komplikasyonlara sebebiyet verebilen bir hastalıktır. Hipertansiyonu olan kişilerde ateroskleroz, serebrovasküler olay, demans, kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü, kronik böbrek yetmezliği gibi hastalıkların gelişme olasılığı daha yüksektir (10). Dünya genelinde bu hastalığa sahip olan insan sayısı gittikçe artmaktadır. Özellikle 60 yaş üstü nüfusun yaklaşık %60'ı hipertansiyon hastasıdır (11).

Dünya çapında yapılan prevalans çalışmalarında, yetişkin nüfusta %30-45 aralığında hipertansiyon görüldüğü saptanmıştır (12). Türkiye'de HT sıklığı ile ilgili ilk geniş kapsamlı

çalışma “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışmasıdır (13). Bu çalışmaya göre ülkemizde hipertansiyon prevalansı %33,7 olarak bulunmuştur. Yaşın artmasıyla birlikte bu oran da artmaktadır (13). 2003 yılında tamamlanmış olan Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması (Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey, PatenT), ülkemizin kan basıncı yüksekliğindeki sıklık, dağılım, farkındalık, tedavi ve kontrol oranları hakkında en güncel ve kapsamlı bilgilere erişmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada da erişkin yaştaki hipertansiyon prevalans değeri %31,8 olarak bulunmuştur. Kadınlarda bu oran %36,1 iken, erkeklerde %27,7 olarak tespit edilmiştir. Bunun yanında hastalığın farkında olanların oranı da %40,7 olarak raporlanmıştır. Çalışmaya katılan bu kişilerin %31,1’inin hipertansiyon tedavisi aldığı ve tedavi görenlerin de yalnızca %20,7’sinin kan basıncını kontrol altında olduğu tespit edilmiştir (14). 2012 yılın da yapılan PatenT II çalışmasında hastalık bilinç düzeyi %54,7 olup, tedaviyi alanların oranı %47,4’tür. Tedavi alanların içinde bilinçli olanların oranı ise %86,7’dir. Tüm grubun genel kontrol oranı %28,7 iken, tedavi alanların genel kontrol oranı %53,8’dir (15).

HİPERTANSİYON TANISI VE KLİNİK DEĞERLENDİRME

Hipertansiyonun tanısını koyarken belirli bir algoritmaya göre gitmekte fayda vardır. Tanı amacıyla öncelikle tekrarlayan ölçümlerle tanı doğrulanmalıdır. Doğrulama yapıldıktan sonra herhangi bir hastalığa sekonder olarak gelişip gelişmediği açısından değerlendirilmelidir. Kardiyovasküler risk değeri hesaplanmalı, olası hedef organ hasarları değerlendirilmelidir. Yapılan ölçümlerle doğrulanan hipertansiyon uygun şekilde alınan anamnez, aile öyküsü, fizik muayene ve laboratuvar testleri ile detaylandırılmalıdır (16).

Hipertansiyon Tarama Yöntemleri

Hipertansiyonun erken zamanda tespiti ve hipertansiyona bağlı oluşabilecek kardiyovasküler risklerin önceden önüne geçilebilmesinde koruyucu hekimliğin rolü büyüktür. Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun hazırlamış olduğu Aile hekimliği(AH) uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinde bu konuyla ilgili olarak; herhangi bir nedenle muayene olmak için polikliniğe gelen 3-18 yaş aralığındaki tüm çocukların ve 18 yaş üstü tüm erişkinlerin senede en az bir kere tansiyon ölçümü yapılmalıdır (17). Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Gücü (USPSTF) hipertansiyon ile ilgili yapmış olduğu 2015 teklifinde; 18-39 yaşında tansiyonu <130/85

mmHg olan ve başka bir risk faktörü olmayan hastalar için her 3 veya 5 senede bir, 40 yaşından büyük 130-139/80-89 mmHg tansiyonu olan obezite veya aşırı kiloya sahip kişiler içinse her sene kontrol önerilmektedir. Kan basıncı değerleri yüksek ölçülen kişilerde tedaviden önce Ambulatuvar kan basıncının ölçümü önerilmektedir (18).

Hastanın Tıbbi Öyküsü

Hasta açısından en doğru teşhis ve tedavinin ilk yolu detaylı bir şekilde alınmış anamnezden geçer. En başta sorgulamamız gereken eğer hasta daha önceden tanı almış ise bu tanının ne zaman konulduğu, tanıyı koyarken hangi yöntemlerle ve hangi ortamda kan basıncının ölçülmüş olduğudur. Eğer varsa tansiyon takip verileri değerlendirmeli, daha önceden kullandığı ve kullanmakta olduğu ilaçlar detaylıca sorgulanmalıdır. Hastanın ilaç uyumu, ilaçlara bağlı oluşmuş bir yan etki durumu, ilacı kullandığında tansiyon kontrolü sağlanıp sağlanmadığı da sorgulanmalıdır. Hipertansiyona sebep olabilecek ek hastalıklar gözden kaçırılmamalı gerekli tetkikler ve sorgulamalar yapılmalıdır. Bilinen başka hastalığı olup olmadığı ve varsa aldığı diğer tedavilerde öğrenilmelidir. Yaşam tarzıyla alakalı her ayrıntı detaylandırılmalı günlük aktivite miktarı ve aktivite şekli, diyeti, tuz tüketimi, uyku düzeni, alkol, sigara gibi tansiyona etki edebilecek faktörler irdelenmelidir (16).

Aile öyküsü detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Ailede erken hipertansiyon veya erken kardiyovasküler hastalık hikayesi ailesel hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık eğiliminin dikkate değer bir göstergesidir ve klinik açıdan gerekli genetik testler yapılarak araştırılmalıdır. Ailesinde HT, hiperlipidemi, diyabet, erken yaşta olan koroner kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı (polikistik böbrek hastalığı), erken yaşta ani ölüm, inme, periferik arter hastalığı gibi hastalıklar ayrıca sorgulanmalıdır (19).

Kan Basıncı Ölçülmesi

1.Ofis Kan Basıncı Ölçümü:

Belirli standartlar çerçevesinde yapılan bir ölçüm yöntemidir. Genel olarak ofiste kullanılan tansiyon aleti tipi yarı otomatik veya tam otomatik cihazlardır. Hasta sırtını yaslanmış ayakları yere basarak oturmuş vaziyette en az 5 dk dinlendirilmelidir. Mesane boş olacak şekilde idrarını yapmış olan hastanın kolu kalp hizasına kadar kaldırılmalıdır. Ölçüm yapılacak kol çıplak olmalıdır. Ölçüm her iki üst koldan yapılmalıdır ve iki kol arasında 10

mmHg gibi bir fark olabileceği akılda tutulmalı, yüksek gelen değer dikkate alınmalıdır (19,20).

2.Evde Kan Basıncı Ölçümü:

Ölçümler kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır. Ölçümler sırt destekli oturur vaziyette, ölçüm yapılan kol çıplak olacak şekilde, her iki kol kalp seviyesinde tutularak yapılmalıdır. Takipler günde 2 veya 3 kez olacak şekilde 5-7 gün yapıp sonuçlar kaydedilmelidir. Beyaz önlük veya maskeli hipertansiyon şüphesi varsa hastadan ev ölçümleri mutlaka istenmelidir. Evde ölçülen kan basıncı değerlerinin ortalaması $\geq 130/80$ mmHg ise hipertansiyon tanısı düşünülmelidir (7).

3.Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü:

Kişinin günlük aktivitesini engellemeyecek şekilde koluna bağlanan bir manşon vasıtasıyla belirli aralıklarda gece ve gündüz tansiyon değerini ölçmeye yarayan elektronik bir cihaz yardımıyla yapılan ölçüm yöntemidir. Cihazın en büyük avantajlarından birisi kişi gece uykudayken de belirli aralıklarla ölçüm yapabiliyor olmasıdır. Kan basıncını ölçebilmek adına iki teknik geliştirilmiştir. Bunlar oskültatuar ve ossilometrik olarak adlandırılır. Oskültatuar yöntemde manşonun altına konulan bir veya iki tane piezoelektrik mikrofon Krotkoff sesini kayıt altına alır. Ossilometrik yöntemdeki teknik brakial arterden manşona aktarılmış olan ossilasyonlar kaydedilir. Cihazın takılı olduğu süre boyunca hasta tüm aktivitelerini, yeme içme saatlerini, uyuma saatlerini, duygu durumuyla alakalı olarak sevinç, sinirlilik ve üzülmeye gibi tansiyonu etkileyebilecek durumları saatlik olarak kayıt altına almalıdır. Gündüz ölçüm sıklığı saatlik olarak en az 2 ila 4 kez arasında olmalıdır. Gece uyku durumunda tansiyon daha stabil gideceği için bu sıklık daha da azaltılabilir. Hastanın bilinen tansiyona bağlı olarak oluşan kısa dönemli olaylarda örnek verecek olursak senkop gibi durumlarda bu ölçüm sıklığı saatlik sekize kadar çıkarılmalıdır.

Hipertansiyon hastası olmayan normotansif kişilerde gece tansiyon değerleri uykuda bir miktar düşer. Tansiyon günün ilk saatlerinde en yüksek değerdeyken gün için de giderek azalma eğilimi gösterir. Tansiyonun bu şekilde gece ve gündüz arasında ortalama %10 luk bir fark göstermesi sirkadyen ritm açısından normal bir bulgudur. Bu değişimlerin var olması dipper kan basıncı paterni, olmaması durumu ise non dipper kan basıncı paterni olarak isimlendirilir. Ambulatuvar kan basıncı ölçüm (AKBÖ) değerinin geçerli olabilmesi

için en az %70 kullanılabilir kayıt bulunmalıdır. Ofis ölçüm değerleri genel olarak AKBÖ değerlerinden daha yüksektir. AKBÖ’de tanı için 1 günlük ortalamasının sınır değeri 130/80, gece ortalama sınır değeri 120/70, gündüz ortalama sınır değeri ise $\geq 135/85$ olmalıdır (19,20,21). Ölçüm yöntemlerine göre olması gereken kan basıncı değerleri Tablo 1’de verilmiştir (24).

Tablo 1: Ölçümün Yapılış Yöntemine Göre Olması Gereken Hipertansiyon Sınır Değerleri (22)

Ölçüm Teknikleri	Sistolik Tansiyon (mmHg)	Diyastolik Tansiyon (mmHg)
Ofis	≥ 140	≥ 90
Evde	≥ 135	≥ 85
Ambulatuvar		
Gün İçinde (uyanıkken)	≥ 135	≥ 85
Gece (uyurken)	≥ 120	≥ 70
24 saat	≥ 130	≥ 80

Hipertansiyon Risk Faktörleri

1. Yaş:

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli sağlık problemlerinin başında gelen hipertansiyon önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Eişkin bireylerin %20’sinde görülmekle beraber yaş ilerledikçe görülme sıklığında artmaktadır (23). Kadınlarda 65 yaş ve üstü, erkeklerde ise 55 yaş ve üstü hastalar kardiyovasküler risk yönünden major gruba dahil olmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte damarların yapısındaki elastikiyetin kaybolmasına bağlı olarak HT daha fazla görülmektedir. 50 yaşından genç hasta grubunda periferik damar direncindeki artış sonucu diyastolik kan basıncı ortaya çıkar, ancak bu durum 40 yaş sonrası sabit kalır ve azalır. Sistolik kan basıncı ise 8. veya 9. on yıl sonrasında yükselme eğilimi gösterir. On yıllık her yaş artışında hipertansiyon insidansında % 5’lik artış görülmektedir (24,25).

2. Obezite:

Obezite, DSÖ'ün verilerine göre yaklaşık 300 milyondan fazla kişiyi etkilemektedir. Vücutta aşırı miktarda yağ dokusu varlığı olarak tanımlanmaktadır. Dünya üzerinde bir milyar insan ise fazla kiloludur. DSÖ'ye göre Avrupa'da yaşamakta olan yetişkinlerin kan basıncı yüksekliğinin nedenlerinin %55'i aşırı kiloluluk ve obezite sonucu meydana gelmektedir ve bu durum her yıl bir milyondan fazla ölüme sebebiyet vermektedir (26,27).

Vücut kitle indeksi $>27 \text{ kg/m}^2$ 'den olan aşırı kilolu popülasyonun hipertansiyon riskinin, aşırı kilolu olmayanlardan 3 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Framingham çalışmasına göre hipertansif kadınların %60, erkeklerin ise %70'inden fazlasında obeziteye rastlanmaktadır. Yine aynı çalışmada ideal kilonun %20 üzerine çıkılması halinde hipertansiyon görülme ihtimali sekiz kat artmaktadır (26,27).

Vücutta yağın dağılım şeklini genel olarak genetik ve çevresel faktörler belirlemektedir. Birçok çalışmada santral olarak yerleşmiş olan vücut yağının erkek ve kadın popülasyonunun her ikisinde de periferik olarak yerleşen vücut yağından daha çok tansiyon artışına sebebiyet verdiği belirlenmiştir (28,29).

3. Sigara:

Orta yaş grubu bireylerin kardiyovasküler nedenlere bağlı ölümlerinin %25'i sigara kaynaklıdır ve sigara kardiyovasküler açıdan morbidite ve mortaliteye neden olan sebepler arasında önlenebilir ve değiştirilebilir olan bir risk faktörüdür (30).

Sigaranın neden olduğu vazokonstriksiyon nedeniyle kan basıncı, kalp hızı ve miyokardiyal kontraktilitenin akut bir şekilde arttığı gözlenmiştir. Bu ani değişikliklerin sebebinin sigaranın içeriğinde bulunan nikotin ve diğer maddelerin semptomimetik etkilerinden kaynaklandığına inanılmaktadır (31).

4. Aile Öyküsü:

Ailede hipertansiyon öyküsünün bulunması en önemli risk etkenidir (32). Birinci derece akrabalar içerisinde erkeklerin 55 yaş, kadınların ise 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması değiştirilemeyen risk faktörlerindedir (16).

Aile öyküsü bulunan kişilerde primer hipertansiyonu erken aşamada saptamak, ileriki dönemde oluşabilecek kardiyovasküler sistem ile alakalı olan morbidite ve mortalite yönünden ve komplikasyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir (33).

5. Alkol:

Alkolün tansiyon üzerindeki etkisi alkolün çeşidinden çok miktarı ile daha çok ilişkilidir. Hem hipertansif hem de tansiyon değerleri normal olan kişilerin yoğun miktarda alkol tüketimi (>4 kadeh/gün) tansiyon değerlerinde yükselmeye sebep olur. Tüketilen alkol miktarı arttıkça tansiyon değerindeki yükselmeye birlikte kardiyomiyopati, hemorajik ve iskemik inme, ritm bozuklukları veya ani kardiyak ölüm tehlikesi artmaktadır (34).

6.Aşırı Tuz Tüketimi:

Hipertansiyon ile tuz tüketim miktarı arasında doğru orantılı bir ilişkinin varlığı kabul görmektedir. Aşırı miktarda sodyum tüketimi kan basıncında yükselmeye sebep olur. Sodyum tüketiminin sınırlandırılması ve azaltılması ise sodyum tüketimi fazla olan kişilerde ise kan basıncında düşüş sağlar (35). Günlük tuz tüketimi 4-5 gramı (yaklaşık 1 çay kaşığı) aşmamalıdır (36).

7. İnsülin Direnci:

Esansiyel hipertansiyon genellikle insülin direncine eşlik eder ve kardiyovasküler riskler açısından artışa sebep olur. İnsülin direnci sonucu oluşan hipertansiyon endotele bağlı vazodilatasyondaki azalma sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Ancak, her insülin direnci olan kişide hipertansiyon görülmediği gibi her hipertansiyon hastasında da insülin direnci gözlenmez (37).

8. Hareketsiz Yaşam Tarzı:

Şehirler basta olmak üzere ülkemizde gün geçtikçe sedanter yaşam tarzı oranı ve obezitede artış yaşanmaktadır. Yaşlanmayla birlikte azalan fiziksel aktivite sonucu başta hipertansiyon ve koroner arter hastalıkları olmak üzere diyabetes mellitus ve çeşitli kanser sayılarında artış yaşanması muhtemel sonuçlardandır. Bu sebeple sağlıklı bir ömür için fiziksel aktivite ve egzersizin yeri her geçen gün önem kazanmaktadır (38).

Sağlığın korunması için haftalık en az 3-4 gün, 30 dk'den uzun olacak şekilde tempolu yürüyüş, bisiklet sürme gibi orta şiddette egzersiz önerilmektedir (39).

9. Dislipidemi:

Çeşitli mekanizmalarla hipertansiyon riskinde artışa neden olan dislipidemi endotelin görevini yerine getirmesine engel olarak vasküler dilatasyon için gerekli olan nitrik oksit

salınımını engeller, buna bağılı olarakta kan basıncı artışı kontrol edilemez. Barorefleks hassasiyetindeki azalmalara sebep olur. Yapılan çalışmalarda total kolesterol, LDL ve non-HDL kolesterol seviyelerindeki artışların hipertansiyon ile doğrudan bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir (40).

10. Diyabetes Mellitus:

Epidemiyolojik alışmalar diyabetik nüfusa sahip toplumlardaki hipertansiyon prevalansının diyabetik olmayanlardan iki kat daha çok olduğunu göstermiştir. 30 yaşından önce insülin bağımlı diyabetes mellitus tanısı almış kişilerde hipertansiyon görülme oranı yaklaşık olarak %50 civarındayken insülin bağımsız diyabetes mellitus tanısı olanlarda ise bu oran %65-70 civarındadır (41).

Hipertansiyonun Sınıflandırılması:

Hipertansiyon sınıflandırılması kan basıncı düzeyine, etyolojiye ve hedef organ hasarına göre değerlendirilir.

1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflama:

Bu şekilde bir sınıflandırmanın kullanılmasının amacı tanısal yaklaşımı ve tedavi kararını kolaylaştırmaktır (16). Tekrarlayan kan basıncı limleri sonucu elde edilen veriler doğrultusunda sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin en yüksek seviyeleri esas alınarak HT sınıflaması yapılmaktadır. 2014 yılında American Joint National Committee (JNC) tarafından oluşturulmuş olan JNC VIII klavuzu ve klinik pratikte kullanılmak üzere uluslar arası düzeyde kabul görmüş “Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği” (ESH/ESC) tarafından 2018 yılında yayımlanan klavuz, hipertansiyonun kan basıncı düzeyine göre sınıflandırılması amacıyla oluşturulmuştur. Bu klavuzlar Tablo 2 ve Tablo 3’de gösterilmiştir (42,43). Sistolik ve diyastolik basınçlar arasında gruplarda bir eşitsizlik olması durumunda daha yüksek olan değer evreyi belirler. İzole sistolik HT; tansiyon değerinin $\geq 140 / < 80$ mmHg olması, izole diyastolik HT ise tansiyon değerinin $< 130 / \geq 80$ mmHg olması durumudur (44).

Tablo 2: JNC VIII klavuzuna göre HT sınıflaması (43)

KB sınıflaması	Sistolik (mm/Hg)	Diyastolik (mm/Hg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertansiyon	120 – 139	80 – 89
Evre 1 HT	140 – 159	90 – 99
Evre 2 HT	≥ 160	≥ 100

Tablo 3: 2018 ESH/ESC Hipertansiyon Kılavuzu Kan Basıncı Düzeylerine Göre Sınıflama (42)

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
En Uygun	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Yüksek Normal	130-139	85-89
1. Evre HT	140-159	90-99
2. Evre HT	160-179	100-109
3.Evre HT	≥ 180	≥ 110
Yalnızca Sistolik HT	≥ 140	<90

2 Etyolojisine Göre Sınıflama:

Bu sınıflandırmada hipertansiyon Primer (esansiyel) HT ve Sekonder HT olmak üzere iki bölümde incelenir.

Primer (Esansiyel) Hipertansiyon:

Primer hipertansiyon altta yatan organik bir neden saptanamayan hipertansiyon tablosudur. Genel olarak ailesel yatkınlıkla ilişkili olup sıklıkla orta yaş grubunda görülür.

Hipertansiyona sahip kişilerin büyük bir kısmı bu gruba dahildir. Bu grup total hipertansiyon vakalarının yaklaşık %95'lik kısmını oluşturmaktadır (45). Primer HT'nin oran olarak bu kadar büyük bir kitleyi kapsıyor olması ve genel anlamda bu tabloya neden olan durumların net olarak belirlenememesi sebebiyle HT önemli bir sağlık sorunudur. Aşırı tuz tüketimi, sigara, alkol, hareketsiz yaşam, obezite ve genetik faktörler bu gruptaki hastalar için saptanabilen etyolojik sebeplerdir (22).

Sekonder Hipertansiyon:

Altta yatan tıbbi bir durumdan kaynaklandığı gerekli tahlil ve tetkiklerle tespit edilmiş olan hipertansiyon tablosudur. Hipertansiyon hastası olan nüfusun yaklaşık %5'i bu grupta yer almaktadır. Genellikle yaş aralığı olarak 20 yaş öncesi veya 50 yaş sonrası akut başlayıp hızlı bir şekilde ilerleme eğilimi gösteren olgularda, şiddetli HT olgularında, HT'ye bağlı oluşan hedef organlardaki hasar durumlarında sekonder HT akla getirilmelidir. Sekonder HT neden olan durumlara baktığımızda renal arter darlığı, akromegali, nefroskleroz, feokromasitoma, akromegali, obstruktif uyku apne sendromu, bazı ilaçlar, hipotiroidi, hipertiroidi, aort koarktasyonu gibi çeşitli etkenler bulunmaktadır (22). Sekonder HT nedenleri Tablo 4'te gösterilmiştir (46).

Tablo 4: Sekonder HT nedenleri (46)

Böbrek Hastalıkları 1) Renal Arter Stenozu 2) Böbrek Parankim Hastalığı	Aort Koarktasyonu
	Obstruktif Uyku Apnesi
Endokrin Hastalıklar 1) Feokromasitoma 2) Cushing Sendromu 3) Hipotiroidizm/Hipertiroidi 4) Akromegali 5) Birincil Aldosteronizm	İlaçlar
	Gebelik/ Akut Stres
	İntravasküler Volüm Artışı

3. Hipertansiyonun Hedef Organ Hasarına Göre Sınıflaması:

Arteriyel kan basıncındaki yükselmeler hemodinamik açıdan bir yük oluşturur ve bu durumda uç organ hasarına yol açar. Artmış olan kan basıncının sebep olduğu endotel

hasarı, oksidatif stres artışı, enflamasyon ve daha birçok mekanizma ile hedef organlarda geri dönüşümsüz hasarlar oluşabilir. Koruyucu hekimlik sayesinde erken teşhis ve müdahale ile bu hasarları önlemek mümkün olabilir (47).

Hipertansiyon kalp damar hastalıkları açısından büyük bir risk faktörü olmasının yanında SKB ve DKB değerlerindeki artış ile inme ve koroner olay riskleri açısından devamlı, kademeli ve bağımsız bir ilişki vardır (48). Yüksek kan basıncından kaynaklanan hasardan öncelikle kalp, böbrek, beyin ve damar sistemi etkilenir. Hedef organdaki hasar, koroner kalp hastalığı, miyokard hasarı, kalp yetmezliği, iskemik ve hemorajik inme ve aterosklerotik değişikliklere ve renal yetmezliğe yol açabilir (49). ESH'ye göre, subklinik organ hasarının erken aşamada tespit edilmesi, hipertansiyonlu hastalarda kardiyak riskin belirlenmesinde çok önemlidir.

Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon

1. Beyaz Önlük Hipertansiyonu:

Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin 2013 yılında yayımlanmış olduğu klavuzda evde tansiyon ölçüm değerinin $\leq 135/85$ mmHg, ofis tansiyon ölçüm değerinin $\geq 140/90$ mmHg ve ambulatuvar kan basıncı ölçüm değerinin 24 saatlik ortalamasının $\leq 130/80$ mmHg olması beyaz önlük hipertansiyonu (BÖH) olarak kabul edilir. Yapılan çalışmalarda normotansif kişiler ile karşılaştırıldığında BÖH olan bireylerde; hipertansiyon, metabolik sendrom ve diyabetes mellitus sıklığı daha fazla olduğu gözlenmiştir (22,50).

2. Maskeli Hipertansiyon:

Maskeli HT'de BÖH'deki durumun tersi söz konusudur. Muayenehanedeki kan basıncı ölçümü $140/90$ mmHg'den az olan bireylerin evdeki veya 24 saatlik kan basıncı ölçüm değerlerinde yüksek değerlerin saptanması durumudur. Muayenehanede ölçümleri yapılan 7-8 hastadan birinin bu kategoriye dahil olduğu düşünülmektedir. Tanı ancak evde yapılan ölçümler veya tansiyon holter yöntemi aracılığıyla konulabilir. Bu nedenle klinikte bakılan tansiyon değerleri normal olup ancak birçok risk faktörü ve hedef organ hasarı mevcut olan bireylerde bu tetkikleri tanı için düşünmekte fayda vardır (22).

Fizik Muayene

Fizik muayenenin amacı; hipertansiyon tanısını koymak veya doğrulamak, optimal koşullarda ölçülen kan basıncını değerlendirmek, HT'nin sekonder nedenlerine yönelik taramayı belirlemek ve kardiyovasküler risk hesaplama kriterlerini tespit etmektir. Tansiyon ölçümü her iki koldan da yapılmalıdır. Gerekirse ölçüm tekralanmalıdır. Kollar arasında ölçülen kan basıncı değerlerinde farklılık olabilir. Bu farklılık sistolik kan basıncında >20 mmHg, diyastolik kan basıncında >10 mmHg olması halinde olabilmesi muhtemel bir takım damarsal patolojiler bakımından araştırılmalıdır (42).

Fizik muayenede sekonder hipertansiyon etyolojisi ve hedef organda oluşabilecek hasarların tespitinde dikkatli olunması gereken durumlar Tablo 5'te verilmiştir (16).

Tablo 5:Fizik muayenede Sekonder HT açısından incelemeler (16)

Nörolojik değerlendirme	Kaslarda Güçsüzlük
Göz Dibi	Retinopati
Baş-Boyun	Tiroidde Büyüme, Nodül, Karotis Üfürümü, Boyun Venleri
Akciğerler	Sırtta üfürüm, Ronküs,Ral
Kalp	Kalp Sesleri, Büyüme, Üfürümler, Ritm
Karın	Bel Çevresi, Renal Kitle, Hipertrofik Böbrekler, Pembe-Mor Strialar
Ekstremiteler	Periferik Nabızlar, Ödem
Genel Görünüm	Cushing Sendromu Bulguları, Cilt lezyonları, Yağ Dağılımı

Laboratuvar İncelemesi

Hipertansiyon hastalarında laboratuvar tetkiklerini yapmaktaki amaç sekonder hipertansiyon, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk açısından hastaları değerlendirmektir. Hipertansiyon hasta sayısında ki fazlalığı ve hastalığın belli durumlar dışında nedenlerinin zaten tespit etme oranının düşük olduğunu göz önüne alırsak laboratuvar tetkiklerini maliyet etkin bir şekilde akılcı olarak kullanmalıyız. Erken yaşta başlayan, kontrol edilemeyen yüksek tansiyona sahip ve hastalığı hızlı bir şekilde başlamış olan kişilerin laboratuvar tetkiklerini değerlendirmekte fayda vardır. Bu hastalara yapılan laboratuvar testleri hemoglobin/hematokrit değeri, lipit profili, açlık kan şekeri, serum kreatinin ve ürik asidi, tam idrar tetkiki(TİT), glomerüler filtrasyon hızı, elektrolit değerleri ve EKG'dir. Yapılan tetkikler sonucu sekonder hipertansiyon düşündüren durum varsa ileri tetkikler yapılabilir (5,51).

ORGAN HASARI

Artmış sistolik kan basıncı, kardiyovasküler mortalite ve diğer tüm nedenlere bağlı ölümler için önemli bir risk faktörüdür. Aynı zamanda hipertansiyon kalp, beyin, retina, böbrekler ve arteriyel kan damarlarındaki klinik ve subklinik hasarın ana nedenidir. Bu organlara verilen hasar tipik olarak koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, felç, diğer kardiyovasküler hastalıklar ve bozulmuş böbrek fonksiyonu veya son dönem böbrek yetmezliği olarak kendini gösterir (52,53).

HİPERTANSİYONDA KARDİOVASKÜLER RİSKİN BELİRLENMESİ

Hipertansiyonu olan kişilerin yüksek kan basıncına bağlı oluşan bir takım ek hastalıkları da olmaktadır. Hipertansiyon sonucu oluşan bu kardiyovasküler risk durumu hipertansiyonun evresiyle orantılı olarak artış göstermektedir. Riskin belirlenmesi ve tedavi planının ona göre dizayn edilmesi koruyucu hekimlik açısından da önem arz etmektedir (51).

Koroner Arter Hastalığının önüne geçebilmek için Avrupa Ateroskleroz Derneği(EAD) ve ESC/ESH yaptığı çalışmalar sonucu kardiyovasküler riskin tespit edilmesi gerektiği konusu üzerinde durmuşlardır. Günümüzde bu yaklaşım kabul görmektedir. Tablo 6'da bu durum anlatılmıştır (5).

Geçtiğimiz yakın bir zaman öncesinde geliştirilmiş olunan Sistemik Koroner Risk Değerlendirme (SKORE) modelinde; cinsiyet, sigara, yaş, total kolesterol ve sistolik kan basıncı seviyesine bağlı olarak kardiyovasküler risk açısından 10 yıllık mortalite olasılığı değerlendirilmektedir (54).

Tablo 6: Kan basıncı düzeyleri ve ko- morbid risk etmenlerine göre hastanın KVH geliştirme risk tablosu (5)

Diğer Risk Faktörleri, Semptom göstermeyen Organ Hasarı veya Hastalık	Kan Basıncı (mmHg)			
	Yüksek Normal Sistolik KB: 130-139 veya Diyastolik KB: 85-89	1. Evre HT Sistolik KB: 140-159 veya Diyastolik KB: 90-99	2. Evre HT Sistolik KB: 160-179 veya Diyastolik KB:100-109	3. Evre HT Sistolik KB: ≥ 180 veya Diyastolik KB: ≥ 110
Ek Risk Faktörü Yok		Risk Seviyesi Düşük	Risk Seviyesi Orta	Risk Seviyesi Yüksek
1-2 Risk Faktörü	Risk Seviyesi Düşük	Risk Seviyesi Orta	Risk Seviyesi Orta-Yüksek	Risk Seviyesi Yüksek
≥ 3 Risk Faktörü	Risk Seviyesi Düşük-orta	Risk Seviyesi Orta-Yüksek	Risk Seviyesi Yüksek	Risk Seviyesi Yüksek
Organ Hasarı, Kronik Böbrek Hasarı Evre 3 veya DM	Risk Seviyesi Orta-Yüksek	Risk Seviyesi Yüksek	Risk Seviyesi Yüksek	Risk Seviyesi Yüksek-Çok Yüksek
Organ Hasarı, Kronik Böbrek Hastalığı \geq Evre 4 Diyabetes Mellitus, Semptomatik Kardiyovasküler hastalık veya Başka Risk Faktörleri ile Birlikte	Risk Seviyesi Çok Yüksek	Risk Seviyesi Çok Yüksek	Risk Seviyesi Çok Yüksek	Risk Seviyesi Çok Yüksek

HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Yaşam tarzı değişikliği

Hipertansiyona neden olan sebeplerden biri de yaşam tarzıdır. Özellikle beslenme ve günlük fiziksel aktiviteler bu konuda değiştirilebilir en önemli tedavi konularıdır. Düşük risk grubu hastalar için yaşam tarzında yapılacak değişiklik tedavi açısından ilk belki de tek yöntemdir. Risk arttıkça ilaç tedavisine zaman kaybetmeden geçilmelidir, ancak yaşam tarzı değişikliğide (YTD) ilacın yanında tedavide yerini almalıdır (55,56).

Tansiyonu efektif bir şekilde düşmesini sağlayan YTD'nin başlıcaları; kilo kaybı, tuz tüketiminin azaltılması, fiziksel aktiviteler, sigara ve alkol tüketiminin azaltılması hatta bırakılması şeklinde sayılabilir (55,56).

Yaşam tarzında yapılan değişiklikler ile tansiyonun düşmesi, hipertansiyonun yanında sıkça rastlanan dislipidemi ve glukoz intoleransında düzelme ve hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların sayısında veya dozunda azalma gözlenebilir (57).

Yaşam tarzı değişikliği açısından öneriler ve yapılması gerekenler Tablo 7’de verilmiştir (61).

Tablo 7: Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Etkileri (61)

Modifikasyon	Öneri	Ortalama SKB düşüşü
Kilo vermek	Normal vücut kitle endeksinin sağlanması	5-20 mmHg/10 kilo kaybı
Diyette Na ⁺ kısıtlaması	Günde total Na ⁺ alımı <100 mmol/l (2.4 g sodyum veya 6 g sodyum klorid)	2-8 mmHg
Alkol tüketiminin kısıtlaması	Alkol tüketiminde erkeklerin günde iki, kadınların günde bir içkiyle kısıtlanması	2-4 mmHg
Yeme planı uygulamak	Doymuş ve total yağ oranı düşük, meyve ve sebzedden zengin diyet	8-14 mmHg
Fiziksel aktivite	Aerobik fiziksel aktivite (Günlük en az 30 dakika yürüme, haftada en az üç gün)	4-9 mmHg

Farmakolojik Tedavi

Düzeyi ne olursa olsun KVH riski bulunan 2. ve 3. derece HT hastalığı olan kişilere yaşam tarzındaki değişiklik ile birlikte ilaç tedavisi hemen veya değişiklikten birkaç hafta sonra başlanmalıdır. Evre 1 HT hastaları içinde KBH, KVH, organ hasarı veya diyabet nedeniyle toplam KVH riski yüksek olanlara YTD’nin yanında ilaç tedavisi uygulanarak kan basıncının düşürülmesinde fayda vardır. Evre 1 olup düşük ve orta riske sahip hastaların YTD’ye rağmen tekrarlayan ölçümlerde kan basıncı değerleri düşmemesi durumunda ilaç tedavisine başlanmalıdır (7).

Hipertansiyonun başlangıcında veya devamında tiazid diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, angiotensin converting enzim (ACE) inhibitörleri veya angiotensin reseptör blokerleri (ARB) tek başına ya da kombine şekilde kullanılabilir. Beta blokerler ise atrial fibrilasyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği durumlarında tercih edilebilir.

Kontrollerde kan basıncı kontrolü sağlanamadığı tespit edilmesi durumunda ikinci hatta üçüncü ilaç tedaviye eklenebilir. SKB 150 mmHg, DKB 90 mmHg ve üstü olduğu durumlarda tedaviye kombinasyon tedavisi olarak başlanmalıdır. Hasta açısından kolaylık olması ve uyum sağlamasını kolaylaştırmak için tedaviyi tekli ilaç kombinasyonu şeklinde başlamakta fayda vardır. Çoklu ilaç şeklinde başlanacaksa bir ilacın akşam verilmesi daha uygun bir yöntem olacaktır (1). Antihipertansif tedaviye başlama kriterleri ve antihipertansif ilaç gruplarının kesin ve olası kontrendike olduğu durumlar Tablo 8 ve Tablo 9’da verilmiştir (7,59).

Tablo 8: Antihipertansif Tedaviye Başlamak (59)

KAN BASINCI (mm/Hg)					
Subklinik Organ Hasarı, Hastalık Ve Diğer Risk Faktörleri	Normal SKB 120-129 veya DKB 80-84	Yüksek Normal SKB 130-139 veya DKB 85-89	1.Derece HT SKB 140-159 veya DKB 90-99	2. Derece HT SKB 160-179 veya DKB 100-109	3.Derece HT SKB ≥ 180 veya DKB ≥ 110
Ek Bir Risk Faktörü Yok			3 Ay Yaşam Şekli Değişikliği, KB Kontrol Altına Alınamazsa + Farmakolojik Tedavi	Birkaç Hafta Yaşam Şekli Değişikliği, KB Kontrol Altına Alınamazsa + Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi
1-2 Risk Faktörü	Yaşam Şekli Değişikliği	Yaşam Şekli Değişikliği	Birkaç Hafta Yaşam Şekli Değişikliği, KB Kontrol Altına Alınamazsa + İlaç Tedavisi	Birkaç Hafta Yaşam Şekli Değişikliği, KB Kontrol Altına Alınamazsa + Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi
3 veya Daha Çok Risk Faktörü, Metabolik Sendrom Veya Subklinik Organ Hasarı	Yaşam Şekli Değişikliği	Yaşam Şekli Değişikliği/ Farmakolojik Tedavi açısından değerlendir.	Yaşam Şekli Değişikliği + Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi
Diyabetes Mellitus	Yaşam Şekli Değişikliği	Yaşam Şekli Değişikliği + Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi
Yerleşik Kardiyovasküler Veya Böbrek Hastalığı	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi	Yaşam Şekli Değişikliği + Derhal Farmakolojik Tedavi

Tablo 9: Antihipertansif ilaç gruplarının olası ve kesin kontrendike olduğu durumlar (7)

	Kesin Kontrendike	Olası
Tiyazid	Gut	Gebelik Glukoz İntoleransı Metabolik Sendrom
Beta Blokerler	Astım AV blok (2. veya 3. Derece)	Periferik Arterlerin Hastalığı Metabolik sendrom Koşucular vb. fiziksel anlamda aktif hastalar KOAHA
Kalsiyum antagonistleri (dihidropiridinler)		Taşiaritmiler Kalp yetmezliği
Kalsiyum antagonistleri (verapamil/diltiazem)	Kalp yetmezliği AV blok (2. veya 3. Derece)	
ACEİ	Gebelik Renal arter darlığı(Bilateral) Hiperkalemi Anjionötik ödem	
ARB	Gebelik Hiperkalemi Renal arter darlığı(Bilateral)	
Diüretikler (Aldosteron antagonistleri)	Hiperkalemi Böbrek yetmezliği	

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON YÖNETİMİ

Yaşlılar: Yaşla orantılı olarak artan hipertansiyon prevalansı 75 yaş üstü kişilerde %75'lere ulaşmaktadır. Yaşlı kişilerde hipertansiyon tanı veya sınıflaması açısından farklılık olmasada tedavinin yönetim şeklinde değişiklikler bulunmaktadır. Yaşlılıkla birlikte artan hastalık sayısı ve buna bağlı olarak kullanılan ilaç miktarındaki artışlar ortostatik hipotansiyona eğilimi arttırmaktadır. Aynı zamanda yaşlı hastalarda düşme eğilimi ve düşüklük hali mevcut olması sebebiyle tedavi planı yaparken bu durumları da göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Yaş aralığı 65-80 arası olan yaşlılarda tedaviye başlama sınır değeri genç hastalarla benzerdir. Ancak kırılmanın arttığı >80 yaş hastalarda SKB >150 mmHg olduğu takdirde tedaviye başlanması gerekmekte ve <130 mmHg olmayacak şekilde

130-140 mmHg aralığındaki değerler tedavi hedefi olarak belirlenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından hasta bazlı değerlendirmeler yapılması daha mümkün olmakla birlikte >80 yaş üstü olup dinç olduğunu düşündüğümüz hastaların tedavi başlama üst sınırı SKB >140mmHg olarak hedeflenebilir. Çok yaşlı hasta gruplarında tedaviye tekli ilaç kullanılarak başlanması, eğer kombinasyon tedavisi gerekiyorsa düşük dozlar kullanılması önerilmektedir. İlaçların oluşturabileceği yan etkiler açısından böbrek fonksiyonlarının yakın takibi önemlidir. Yaşlı hastalarda da diğer hasta gruplarında olduğu gibi önerilen herhangi bir ilk tercih antihipertansif ilaç ile tedaviye başlanabilir. Yaşlı hastalardaki ortostatik hipotansiyon riski göz önünde tutularak alfa blokerler, loop diüretikleri ve bu yaş grubunda yan etkisi faydasından çok olan beta blokerlerden kaçınılmalıdır (60).

Diyabetik Hastalar: HT diyabetli hastalar da sık görülür, mikrovasküler ve makrovasküler çeşitli komplikasyonlar açısından önemli bir risk faktörüdür. Kan basıncı >120/80 mmHg olan tüm diyabet hastalarında yaşam şekli değişikliği önerilmelidir. Kan basıncı 140/90 mmHg veya üzerinde olduğunda farmakolojik tedaviye başlanmalıdır. Tüm yaş grupları için DKB hedefi 70-80 mmHg aralığında, SKB hedefi ise >65 yaş 130-140 mmHg, ≥ 65 yaş ise 120-130 mmHg aralığında tutulmalıdır (61).

Koroner Arter Hastalığı: Bu gruptaki hastaların da hipertansiyon tedavi yönetimi diyabetik hastalardaki gibidir (61).

Kalp Yetmezliği: Sol ventrikül sistolik disfonksiyonu nedeniyle meydana gelen kalp yetmezliğinde kan basıncı >140/90 mmHg olduğunda tedaviye başlanmalıdır. Bu hastalarda hedef kan basıncı değerleri diyabette olduğu gibidir. Ancak hastalar da kalp yetmezliği nedeniyle kullanılan ilaçların dozlarının optimize edilmesi için kan basıncının düşürülmesi gerekebilir. Kalp yetmezliği için hedef ilaç dozuna çıkıldığında tansiyon <120 ve/veya 70 mmHg oluyor ve hasta tolere edebiliyorsa tedaviye aynı şekilde devam edilmesinde sakınca yoktur (62).

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH): Kontrolsüz hipertansiyon kronik böbrek hastalığının ilerlemesini hızlandırır. Özellikle ileri evre KBH olmak üzere bu hastalarda ofis ölçümlerinin yanında aynı zamanda ev ve ambulatuvar kan basıncı ölçümünde yapılmalıdır. KBH'lı hastalarda kan basıncı >140/90 mmHg olması durumunda antihipertansif tedavi başlanmalıdır. Kan basıncı hedef değer aralıkları diyabetik hastalardaki gibidir. Hastanın yaşı,

eşlik eden kardiyovasküler hastalık veya diyabet varlığı, albüminüri bulunması ve şiddeti, KBH açısından ilerleme riski taşımakta olup tedavi bireyselleştirilmelidir (63).

Gebelik ve Laktasyon: Hipertansiyon hem anne hem de fetüs mortalite ve morbiditesi açısından önemli bir risk faktörüdür. Fetüs için ablasyo plesanta, intrauterin gelişme geriliği ve erken doğum riskinde, anne için ise SVO ve dissemine intravasküler koagülasyon riskinde artışa sebep olur. Ayrıca gebelik sırasında olan hipertansiyona bağlı olarak ilerleyen dönemde KVH görülme ihtimali artar. Hipertansiyon gebelikte üç farklı şekilde olabilir. Gebelik öncesi tanımlı olan, gebelikte tanı alan ve preeklampsi olarak gruplandırabiliriz. Ciddi komplikasyonlara neden olan preeklampsi açısından hamilelikte her muayenede kan basıncı ölçümü yapılarak bu durum kontrol edilmelidir. SKB \geq 150 mmHg ve DKB \geq 95 mmHg olan gebelerde antihipertansif tedaviye başlanmalıdır. Her bir antihipertansif ilaç grubundaki farklı ilaçlar gebelik üzerinde farklı etkilere sahip olabileceğinden, seçilecek ilaç gruptan ziyade ilacın kendi etkisi göz önünde bulundurularak öyle tedavi düzenlenmelidir. Preeklampsi anne fetüs açısından ciddi riskler taşıyan proteinüri ile birlikte seyreden hipertansiyon tablosudur. Kronik hipertansiyon hastası gebelerde daha sık görülmektedir. Bu sebeple birinci basamakta prenatal muayeneye gelen her gebenin tansiyon takibi düzenli yapılmalıdır. Muayene sırasında akut başlangıçlı yüksek tansiyon tespit edilen gebelerde hiç vakit kaybetmeden hızlıca hastaneye yönlendirilmelidir (64,65).

HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TAKİBİ

Antihipertansif ilaç tedavisi almakta olan hastaların takibi, tanı ve tedavi kadar önemlidir. Takip programı hastanın kardiyovasküler risk ve hedef kan basıncı değerlerine ulaşım ulaşılamama durumlarına göre şekillenir. Bir antihipertansif ilacın etkisi ancak 3-4 hafta sonra ortaya çıkmaktadır (1). Bu nedenle antihipertansif ilacın beklenen etkiyi gösterip göstermediği 3-4 hafta kullanıldıktan sonra yapılan kontrolde tespit edilebilir. İlaç bu süre içerisinde hiçbir etkinlik göstermez ise başka bir antihipertansif ilaç grubuna veya kombinasyon ilaç tedavisine geçerek sürecin yönetilmesi önerilir (66). Hastaların imkanları dahilinde ev ölçümleri yapılmış olarak kontrole çağırılmalıdır. Kontrolde hastalar olası ilaç yan etkileri açısından incelenmelidir. Kan basıncı kontrol altında olduğunu düşündüğümüzde bu kontrolün 24 saat boyunca sürüp sürmediğinden emin olunmalıdır. Takip aralığı düzenlemesi kan basıncı istenilen hedefe ulaşamadığı takdirde 2-4 haftayı geçmemeli, hedefe ulaştığı durumlarda ise yılda iki sefer olacak şekilde planlanmalıdır. Hastalar en az iki yılda bir asemptomatik organ hasarı ve risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir.

Hasta takibinde amaçlardan bir tanesinde düzeltilebilir risk faktörlerinin kontrolüdür. Polikliniğe gelen hastalara hipertansiyonun takibinin tedavi kadar önemli olduğu ve yaşam tarzındaki değişikliklerin düzeltilebilir risk faktörlerini ortadan kaldırmadaki öneminin üstünde durulmalıdır. Bu bakımdan birinci basamak sağlık hizmetlerinin asemptomatik organ hasarı ve risk faktörlerini düzenli takipler sonucunda tespit edilebilmesi ve önlenebilir risk faktörleri açısından hastaların bilgilendirilmesi ile hipertansiyon ve benzeri kronik hastalıklarda hasta ve sağlık sistemi açısından faydaları göz ardı edilemeyecek kadar fazladır (61,67).

HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM

Hipertansiyonda tanı koymak ve tedavi başlamak kolay olsada hastaların tedaviye sağladıkları uyum asıl zor olan konudur. Hastaların diyetlerine dikkat etmeleri, günlük aktivitelerini düzenli yapmaları, yaşam tarzı değişikliklerine uymaları, ilaçlarını aksatmadan kullanmaları ve önerilen tarihlerde randevularına gelmeleri tedavi uyumunu gösteren durumlardır (68).

Gençlerle kıyaslandığında yaşlı hastalar daha uzun süreler ve daha fazla miktarda ilaç tedavisi almaktadırlar. Bu durum nedeniyle tedaviye uyum sorunu ileri yaştaki bireylerde daha büyük bir problem olmaktadır (69). Yaşlılardaki bu uyum sorunu genellikle tedavinin yeterince anlatılmamış olması, ilacı doğru şekilde kullanamamaları, kendilerini iyi veya kötü hissetmeleri, ilacı yeterli dozda almamaları, ilaca yeteri kadar inanmamaları veya güvenmemeleri durumlarında ortaya çıkmaktadır (70). İlaç tedavisinde başarı sağlayabilmenin en önemli etmenlerinden biri olan hasta uyumunun sağlanabilmesi amacıyla hasta ve yakınları hastalık konusunda eğitilmelidir. Bunun dışındaki yöntemler ise; hastalar verilecek olan tedaviyle ilgili kararlara ortak edilmelidir. Ayrıca günlük tansiyon takiplerini yapmaları konusun da hastalar teşvik edilmelidir. Özellikle hastanın doktoru ilk 3 ay hastanın uyumu konusunda telefon görüşmeleriyle hastayı motive etmelidir (71).

Türkiye’de yapılan PatentT çalışmasında, hipertansiyon hastalarının %40,7’sinin hastalığın farkında, ilaç kullananların oranının %31,1 olduğu, kan basıncı kontrolü sağlananların oranı da %8,1 de kaldığı tespit edilmiştir. Bu oranlardan da anlaşılacağı gibi sadece ilaç kullanmak kan basıncını kontrol altına almakta yeterli değildir. İlaç tedavisinin yanında YTD ve tedaviye uyum da önemlidir (72). PatentT 2 çalışmasının sonuçlarında ise oranların daha fazla olduğu tespit edilmiştir (73).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 40-80 yaş arası hipertansiyon hastalarıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Etik Kurul onayı Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun 27.4.2021 tarihli 2021.121.04.16 protokol numaralı ve 16 sayılı kararı ile alınmıştır (Ek-1). Araştırmamız Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hipertansiyon tanılı 62 erkek (%58,5) ve 44 kadın (%41,5) toplam 106 gönüllü hastadan oluşturmaktadır. Anketler poliklinik ortamında kişi rızası gözetilerek hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Anketteki sorular araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Çalışmada hipertansiyon hastası olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ilaç kullanımı ve kronik hastalıklara uyum üzerine olan etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kişilerin sosyodemografik özellikleri içinde hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, sağlık güvencesi olup olmaması sorgulandı. Yaş verileri kaydedilirken katılımcılar <50 yaş, 50-57 yaş, 58-65 yaş ve >65 yaş olarak sınıflandırıldı. Kişiler meslek gruplarına göre çalışmıyor, emekli, masa başı, bedensel olarak, eğitim durumuna göre ise okuryazar değil, ilkokuldan mezun, ortaokuldan mezun, liseden mezun ve üniversiteden mezun olarak gruplandırıldı. Gelir düzeyleri asgari ücret altında, asgari ücret, asgari ücretin iki katı, asgari ücretin 3 katı şeklinde sınıflandırıldı.

Kişilerin tedaviye olumsuz yönde etkisi olabilecek faktörler açısından alkol ve sigara kullanım durumu, yemeklerin üzerine tuz ekleyip eklemedikleri, günlük tuz tüketim miktarları sorgulandı. Alkol kullanımına göre yok, nadiren, haftada bir kadeh, günde bir

kadeh olarak sınıflandırıldı. Sigara kullanımına göre yok, bırakmış, haftada bir paket, günde bir paket olarak gruplandırıldı. Yemeklerin üzerine tuz eklermisiniz şeklinde sorulan soruya; evet, kısmen ve hayır seçeneklerinden birini seçmeleri söylendi. Günlük tuz tüketim miktarları bir çay kaşığı, bir tatlı kaşığı ve bir yemek kaşığı olarak gruplandırıldı.

Çalışmamızda ayrıca Morsiky-8 ölçeği (ilaç tedavisine uyum ölçeği) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği olmak üzere iki adet ölçek kullanılmıştır.

Morisky-8 Ölçeği:

7 tane iki seçenekli (evet/hayır) kapalı uçlu soru ve 1 tane beş seçenekli kapalı uçlu soru olmak üzere 8 adet sorudan oluşmaktadır. Tedavi uyumuna olumlu etkisi olan sorular için verilen olumlu cevaba 1 puan verilirken, olumsuz cevaba 0 puan verildi. 1, 2, 3, 4, 6 ve 7. sorular da hastanın vermiş olduğu “EVET” cevabı 0 puan, “HAYIR” cevabı ise 1 puan olarak değerlendirildi. 8. Soru ise çok seçenekli likert tipte bir soru olup, bu soruda sadece; asla/nadiren cevabına 1 puan verildi. Diğer cevapların hepsine 0 puan verildi.

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ):

Üç alt boyutlu ve 25 maddeli bir ölçektir. Alt gruplar fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum olarak isimlendirilir. Fiziksel uyum 1, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24 nolu sorularla (maximum 55, minimum 11 puan). Sosyal uyum 2, 3, 5, 7, 17, 19, 25 nolu sorularla (maximum 35, minimum 7 puan), psikolojik uyum ise 4, 6, 8, 11, 12, 20, 21 nolu sorularla (maximum 35, minimum 7 puan) sorgulanmaktadır. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23 nolu maddelerde puanlama 1, 2, 3, 4, 5 puan şeklinde iken 5, 6, 12, 17, 19, 20, 24, 25 nolu maddeler ise 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde puanlandı. Ölçeğin alt gruplarından ve ölçeğin tamamından alınan puanlardaki artış hastaların uyumlarındaki artış olarak değerlendirildi.

Çalışmaya Dahil Edilebilme Kriterleri;

- 1.En az 5 yıldır Hipertansiyon hastası olmak
- 2.Antihipertansif ilaç kullanıyor olmak
- 2.Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvurmak

3.18 yaş üstü olmak

4. Çalışma için gönüllü olmak

Çalışmaya Dahil Edilememe Kriterleri;

1. Psikotik bozukluğu olanlar

2.Mental retarde olanlar

3.Hipertansiyon açısından hiç ilaç başlanmamış olanlar ve ilaç kullanmayanlar

İstatiksel Analiz:

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı program kullanılarak yapılmıştır. Bulgular yorumlanırken tanımlayıcı istatistikler ve frekans tabloları kullanılmıştır.

Normal dağılım gösteren ölçüm değerleri için parametrik istatistiksel yöntemlerden kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılım göstermeyen ölçümler için nonparametrik istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Nonparametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçümlerinin karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçümlerinin karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç ve fazlası grup için anlamlı fark olan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Normal dağılım göstermeyen ölçümlerin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalamasının $56,97 \pm 9,64$ (yıl) olduğu tespit edilmiş ve 31'inin (%29,2) <50 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 62 hastanın (%58,5) erkek, 81'inin (%76,4) evli, 38'inin (%35,8) 3-4 çocuğu olduğu ve 48'inin (%45,3) evinde 3-4 kişi yaşadığı belirlenmiştir. 44 hastanın (%41,5) köyde yaşadığı, 43'ünün (%40,6) lise mezunu, 44'ünün (%41,5) bedensel olarak çalıştığı, 52'sinin (%49,1) gelirinin asgari ücretin 3 katı olduğu ve 74'ünün (%69,8) gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Hastalara ilişkin sosyodemografik bulguların dağılımı

Değişken (N=106)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 56,97 \pm 9,64$ (yıl)]		
<50	31	29,2
50-57	26	24,5
58-65	27	25,5
>65	22	20,8
Cinsiyet		
Erkek	62	58,5
Kadın	44	41,5
Medeni durum		
Evli	81	76,4
Bekar	25	23,6
Çocuk sayısı		
Çocuğu yok	21	19,8
1-2	35	33,0
3-4	38	35,8
≥ 5	12	11,4
Evde yaşayan kişi sayısı		
1-2	45	42,4
3-4	48	45,3
≥ 5	13	12,3
Yaşanan yer		
Büyükşehir	39	36,8
Şehir	23	21,7
Köy	44	41,5

Tablo 11 Devam: Hastalara ilişkin sosyodemografik bulguların dağılımı

Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	6	5,6
İlkokul	25	23,6
Lise	43	40,6
Üniversite	32	30,2
Meslek		
Çalışmıyor	33	31,1
Emekli	29	27,4
Bedensel	44	41,5
Gelir düzeyi		
Asgari ücretin altında	9	8,5
Asgari ücret	45	42,4
Asgari ücretin 3 katı	52	49,1
Aylık gelir oranı		
Gelir giderden az	17	16,0
Gelir gidere denk	74	69,8
Gelir giderden fazla	15	14,2

95 hastanın (%89,6) sağlık güvencesinin olduğu, 60'ının (%56,6) alkol kullanmadığı ve alkol kullanan 21 kişinin (%45,7) nadiren veya haftada 1 kadeh alkol kullandığı belirlenmiştir. 73 hasta (%68,9) sigara kullanmadığını ve 26 hasta (%78,8) günde 1 paket sigara kullandığını belirtmiştir. 48 hasta (%45,3) yemeklere kısmen tuz döktüğünü, 58 hasta (%54,7) ise günlük 1 tatlı kaşığı tuz tükettiğini ifade etmiştir (Tablo 11).

Tablo 12: Hastalara ilişkin alışkanlıkların dağılımı

Değişken (N=106)	n	%
Sağlık güvencesi		
Var	95	89,6
Yok	11	10,4
Alkol kullanımı		
Evet	46	43,4
Hayır	60	56,6
Kullanılan alkol miktarı		
Nadiren	21	45,7
Haftada 1 kadeh	21	45,7
Günde 1 kadeh	4	8,6
Sigara kullanımı		
Evet	33	31,1
Hayır	73	68,9
Kullanılan sigara miktarı		
Haftada 1 paket	7	21,2
Günde 1 paket	26	78,8
Yemeklere tuz dökme		
Evet	45	42,4
Kısmen	48	45,3
Hayır	13	12,3
Günlük tuz tüketim miktarı		
1 çay kaşığı	46	43,7
1 tatlı kaşığı	58	54,7
1 yemek kaşığı	2	1,9

Katılımcıların 63'ü (%59,4) hipertansiyon dışında başka kronik hastalığı olmadığını, 43 kişi (40,6) ise ek kronik hastalığı olduğunu söylemiştir. Ayrıca ek kronik hastalığı

olanlardan 15 kişinin (%34,9) DM olduğu belirlenmiştir. 69 hastanın (%65,1) günlük 1-3 adet ilaç tükettiği, 75'inin (%70,8) ilaçları düzenli içmeye dikkat ettiği, 31'inin (%29,2) ise ilaçları düzenli içmeye kısmen dikkat ettiği belirlenmiştir. 66 hastanın (%62,2) yılda 1 kez hastaneye başvurduğu ve 72'sinin (%67,9) son 5 yılda kendi için hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. 74 hastanın (%69,8) HT nedeni hastaneye yatış öyküsünün olmadığı, hastaneye yatmış olan 19'unun (%59,4) hastaneye yatış süresinin 4-7 gün olduğu belirlenmiştir. Morisky ilaç uyumuna göre katılımcıları değerlendirdiğimizde 15'i (%14,2) yüksek uyum, 24'ü (%22,6) orta uyum, 67'si (%63,2) ise düşük uyum göstermiştir (Tablo 12).

Tablo 13: Hastalara ilişkin Kronik hastalık, ilaç uyumu, hastaneye başvuru oranlarının dağılımı

Değişken (N=106)	n	%
Hipertansiyon dışında kronik hastalık		
Evet	43	40,6
Hayır	63	59,4
Ek kronik hastalığın adı*		
Diyabetes mellitus	15	34,9
Astım	4	9,3
Ateroskleroz	5	11,6
Hiperlipidemi	11	25,6
Koah	12	27,9
Kronik böbrek yetmezliği	3	7,0
Ülseratif kolit	1	2,3
Günlük tüketilen ilaç miktarı		
1-3	69	65,1
4-5	25	23,6
6-10	10	9,4
>10	2	1,9
İlaçları düzenli içmeye dikkat etme		
Evet	75	70,8
Kısmen	31	29,2
Hastaneye başvurma sıklığı		
6 ayda 1	33	31,1
Nadiren	7	6,7
Yılda 1	66	62,2
Son 5 yılda kendi için hastaneye başvurma		
Evet	72	67,9
Hayır	34	32,1
HT nedeni hastaneye yatış öyküsü		
Evet	32	30,2
Hayır	74	69,8
Hastaneye yatış süresi		
1-3 gün	7	21,8
4-7 gün	19	59,4
≥8 gün	6	18,8
Morisky ilaç uyum ölçeği sınıfları		
Yüksek uyum	15	14,2
Orta uyum	24	22,6
Düşük uyum	67	63,2

*Soruya birden çok yanıt verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısı üzerinden belirlenmiştir.

Hastaların KHUÖ ve Morisky-8 ölçeğine verdiği cevaplara ilişkin bulgular Tablo 13’de verilmiştir. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde alınan toplam puanın ortalaması (83,61) puan, Fiziksel uyumdan alınan puanın ortalama değeri (38,59) puan, Sosyal uyumdan alınan puanın ortalama değeri (23,13) puan, Psikolojik uyumun ortalama değeri ise (21,89) puandır. Morisky ilaç uyum ölçeğinden alınan toplam puanın ortalaması ise (4,52) puan olarak bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 14: Ölçklere ilişkin bulguların dağılımı

Ölçek (N=106)		Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
Kronik hastalıklara Uyum ölçeği	<i>Fiziksel uyum</i>	38,59	5,15	38,0	25,0	54,0
	<i>Sosyal uyum</i>	23,13	4,12	24,0	13,0	35,0
	<i>Psikolojik uyum</i>	21,89	3,70	22,0	11,0	30,0
	Toplam - KHUÖ	83,61	10,58	85,0	58,0	117,0
Morisky ilaç uyum ölçeği		4,52	2,16	4,0	0,0	8,0

Hastaların KHUÖ ve Morisky-8 ölçeğine verdiği cevaplara ilişkin güvenilirlik katsayısı Tablo14’de verilmiş olup verilen cevapların yüksek düzeyde güvenilir olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin toplamının güvenilirlik katsayısı 0,843 iken, fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum güvenilirlik katsayıları sırasıyla; 0,758, 0,744, 0,701 olarak bulunmuştur. Morisky ilaç uyum ölçeğinin güvenilirlik katsayısı ise 0,756’dır.

Tablo 15: Ölçklere ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi

Ölçek (N=106)		Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı
Kronik hastalıklara uyumölçeği	<i>Fiziksel uyum</i>	11	0,758
	<i>Sosyal uyum</i>	7	0,744
	<i>Psikolojik uyum</i>	7	0,701
	Toplam - KHUÖ	25	0,843
Morisky ilaç uyum ölçeği		8	0,756

Yaş sınıflarına göre sosyal uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=19,974$; $p=0,000$). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; <50 yaş grubunda olanlar ile 50-57, 58-65 ve >65 yaş grubunda olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). <50 yaş grubunda olanların sosyal uyum puanları, 50-57, 58-65 ve >65 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 15).

Yaş sınıflarına göre toplam KHUÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=10,362$; $p=0,016$). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; <50 yaş grubunda olanlar ile >65 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). <50 yaş grubunda olanların toplam KHUÖ puanları, >65 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 15).

Cinsiyete göre fiziksel uyum puanları ve psikolojik uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [($Z=-2,269$; $p=0,023$),($Z=-2,422$; $p=0,015$)]. Kadınların fiziksel uyum puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksekken, erkeklerin psikolojik uyum puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde fazladır ($p<0,05$), (Tablo 15).

Medeni duruma göre fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [($Z=-2,152$; $p=0,031$),($Z=-3,546$; $p=0,000$),($Z=-3,124$; $p=0,034$)]. Bekarların fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanı evlilere göre anlamlı düzeyde daha fazladır [($p<0,05$),($p<0,001$),($p<0,05$)], (Tablo 15).

Çocuk sayısı sınıflarına göre fiziksel uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=13,763$; $p=0,003$). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; 1-2 çocuğu olanlar ile 3-4 ve ≥ 5 çocuğu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,01$). 1-2 çocuğu olanların fiziksel uyum puanları, 3-4 ve ≥ 5 çocuğu olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 15).

Çocuk sayısı sınıflarına göre sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [($\chi^2=18,201$; $p=0,000$), ($\chi^2=11,809$; $p=0,008$)]. Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; çocuğu olmayanlar ile 3-4 ve ≥ 5 çocuğu olanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur [($p<0,001$),($p<0,01$)]. Çocuğu olmayanların sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları, 3-4 ve ≥ 5 çocuğu olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 15).

Evde yaşayan kişi sayısı sınıflarına göre fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [($\chi^2=12,734$; $p=0,002$),($\chi^2=11,654$; $p=0,003$),($\chi^2=14,278$; $p=0,001$)]. Anlamlı olan fark hangi

gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; 1-2 ve 3-4 kişi yaşayanlar ile ≥ 5 kişi yaşayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur [($p < 0,05$),($p < 0,01$),($p < 0,01$)]. 1-2 ve 3-4 kişi yaşayanların fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları, ≥ 5 kişi yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 15).

Evde yaşayan kişi sayısı sınıflarına göre Morisky ilaç uyum endeksi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=9,228$; $p=0,010$). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; 1-2 ve 3-4 kişi yaşayanlar ile ≥ 5 kişi yaşayanlar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). 1-2 ve 3-4 kişi yaşayanların Morisky ilaç uyum endeksi puanları, ≥ 5 kişi yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 15).

Tablo 16: Hasta bulgularına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=106)	n	Kronik hastalıklara uyum ölçeği						Morisky İlaç Uyum Endeksi			
		Fiziksel uyum		Sosyal uyum		Psikolojik uyum		Toplam - KHUÖ		X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]
		X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]		
Yaş sınıfları											
<50 ⁽¹⁾	31	39,77±4,84	38,0 [8,0]	24,87±3,58	26,0 [2,0]	21,67±3,34	22,0 [5,0]	86,32±9,19	88,0 [7,0]	4,90±1,64	4,0 [2,0]
50-57 ⁽²⁾	26	38,04±5,03	38,0 [8,3]	23,35±2,88	24,0 [3,3]	23,12±4,14	22,5 [9,0]	84,50±10,63	83,0 [14,5]	4,92±2,56	4,0 [5,0]
58-65 ⁽³⁾	27	39,33±5,89	37,0 [9,0]	22,53±5,46	22,0 [7,0]	21,67±4,08	21,0 [5,0]	83,56±12,68	81,0 [17,0]	4,11±2,47	4,0 [4,0]
>65 ⁽⁴⁾	22	36,68±4,34	37,0 [4,8]	21,14±3,26	21,0 [5,0]	21,00±2,94	22,0 [6,0]	78,82±8,33	80,0 [12,3]	4,00±1,80	4,0 [3,3]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=6,258$ p=0,100		$\chi^2=19,974$ p=0,000*** [1-2,3,4]		$\chi^2=3,722$ p=0,293		$\chi^2=10,362$ p=0,016*		$\chi^2=4,093$ p=0,252	
Olasılık Fark											
Cinsiyet											
Erkek	62	37,87±5,26	37,0 [5,3]	23,48±4,27	24,0 [4,3]	22,45±3,58	23,0 [4,3]	83,81±11,33	85,0 [11,5]	4,29±2,09	4,0 [3,0]
Kadın	44	39,61±4,86	40,0 [8,0]	22,64±3,89	24,0 [7,0]	21,09±3,78	19,5 [3,8]	83,34±9,55	84,5 [14,0]	4,84±2,24	5,0 [3,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,269 p=0,023*		Z=-0,490 p=0,624		Z=-2,422 p=0,015*		Z=-0,440 p=0,660		Z=-1,343 p=0,179	
Olasılık Fark											
Medeni durum											
Evli	81	38,17±4,95	37,0 [6,0]	22,59±4,22	24,0 [5,5]	22,15±3,74	22,0 [6,0]	82,91±10,77	82,0 [14,0]	4,49±2,29	4,0 [3,5]
Bekar	25	39,96±5,63	39,0 [7,0]	24,88±3,27	26,0 [2,5]	21,04±3,52	22,0 [5,0]	85,88±9,79	88,0 [6,5]	4,60±1,73	4,0 [2,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,152 p=0,031*		Z=-3,546 p=0,000***		Z=-0,981 p=0,327		Z=-2,124 p=0,034*		Z=-0,435 p=0,663	
Olasılık Fark											
Çocuk sayısı											
Çocuğu yok ⁽¹⁾	21	39,71±5,83	38,0 [7,0]	25,14±3,28	26,0 [1,5]	21,10±3,73	20,0 [5,0]	85,95±10,43	88,0 [3,0]	4,62±1,75	4,0 [2,0]
1-2 ⁽²⁾	35	40,54±5,28	40,0 [7,0]	23,46±5,11	25,0 [6,0]	22,57±4,20	22,0 [7,0]	86,57±11,93	84,0 [17,0]	4,97±2,39	4,0 [5,0]
3-4 ⁽³⁾	38	37,13±3,96	37,0 [5,3]	22,47±3,41	24,0 [2,3]	22,07±3,54	22,0 [6,3]	81,68±9,14	81,5 [13,5]	4,42±2,18	4,0 [3,0]
≥5 ⁽⁴⁾	12	35,58±4,48	36,0 [8,0]	20,75±2,60	21,0 [2,3]	20,67±2,06	21,0 [3,8]	77,00±7,10	76,0 [8,5]	3,33±1,77	4,0 [1,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=13,763$ p=0,003** [2-3,4]		$\chi^2=18,201$ p=0,000*** [1-3,4]		$\chi^2=2,620$ p=0,454		$\chi^2=11,809$ p=0,008** [1-3,4] [2-4]		$\chi^2=4,714$ p=0,194	
Olasılık Fark											
Evdeki kişi sayısı											
1-2 ⁽¹⁾	45	40,20±5,69	38,0 [9,0]	24,18±4,70	26,0 [6,0]	22,13±3,56	22,0 [5,0]	86,51±11,29	88,0 [12,0]	4,76±2,01	4,0 [2,0]
3-4 ⁽²⁾	48	38,27±4,18	38,0 [4,5]	22,90±3,29	24,0 [4,8]	22,25±3,81	22,0 [5,5]	83,41±9,03	84,0 [10,5]	4,75±2,31	4,0 [4,0]
≥5 ⁽³⁾	13	34,23±3,70	33,0 [7,0]	20,38±3,55	22,0 [4,0]	19,69±3,22	19,0 [5,5]	73,31±8,18	72,0 [14,0]	2,85±1,28	3,0 [2,5]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=12,734$ p=0,002** [1,2-3]		$\chi^2=11,654$ p=0,003** [1,2-3]		$\chi^2=5,686$ p=0,058		$\chi^2=14,278$ p=0,001** [1,2-3]		$\chi^2=9,228$ p=0,010* [1,2-3]	
Olasılık Fark											

Normal dağılımı olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçümleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. (p<0.05, p<0.01**, p<0.001***). [1-2,3] bu ifade ile anlatılmak istenen 1 ile 2 ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğudur. Bu durum diğer ifadeler içinde geçerlidir.

Yaşanan yere göre sosyal uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=9,228$; $p=0,010$). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; büyükşehirde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Büyükşehirde yaşayanların sosyal uyum puanları, köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 16).

Yaşanan yere göre Morisky ilaç uyum endeksi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=5,900$; $p=0,015$). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; büyükşehirde yaşayanlar ile şehir ve köyde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Büyükşehirde yaşayanların Morisky ilaç uyum endeksi puanları, şehir ve köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 16).

Eğitim düzeyine göre fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [$(\chi^2=25,982$; $p=0,000)$, $(\chi^2=25,232$; $p=0,000)$, $(\chi^2=21,773$; $p=0,000)$]. Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; üniversite mezunu olanlar ile okuryazar olmayan, ilkokul ve lise mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık bulundu [$(p<0,001)$, $(p<0,001)$, $(p<0,001)$]. Üniversite mezunu olanların fiziksel uyum puanları, okuryazar olmayan, ilkokul ve lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır. Aynı şekilde, lise mezunu olanlar ile okuryazar olmayanlar arasında anlamlı farklılık bulundu. Lise mezunu olanların sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 16).

Meslek durumuna göre sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [$(\chi^2=21,793$; $p=0,000)$, $(\chi^2=8,424$; $p=0,015)$]. Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; çalışmayan ve emekli olanlar ile bedensel olarak çalışanlar arasında anlamlı farklılık bulundu [$(p<0,001)$, $(p<0,05)$]. Bedensel olarak çalışanların sosyal uyum puanları, çalışmayan ve emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 16).

Gelir düzeyine göre fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [$(\chi^2=20,238$; $p=0,000)$, $(\chi^2=17,114$; $p=0,000)$, $(\chi^2=14,199$; $p=0,001)$]. Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak

için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; asgari ücretin altında geliri olanlar ile asgari ücret ve asgari ücretin 3 katı geliri olanlar arasında anlamlı farklılık bulundu [(p<0,001),(p<0,001),(p<0,01)]. Asgari ücret ve asgari ücretin 3 katı geliri olanların fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları asgari ücretin altında geliri olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır. Aynı şekilde, asgari ücret geliri olanlar ile asgari ücretin 3 katı geliri olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Asgari ücretin 3 katı geliri olanların fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları asgari ücret geliri olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 16).

Aylık gelir oranına göre fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları, psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [($\chi^2=18,962$; p=0,000),($\chi^2=27,466$; p=0,000),($\chi^2=20,204$; p=0,000), ($\chi^2=30,771$; p=0,000)]. Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; geliri giderden az olanlar ile denk ve fazla olanlar arasında anlamlı farklılık bulundu [(p<0,001),(p<0,001) (p<0,001),(p<0,001)]. Geliri giderine denk ve fazla olanların fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları, psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları az olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 16).

Tablo 17: Hasta bulgularına göre kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=106)	n	Kronik hastalıklara uyum ölçeği						Morisky İlaç Uyum Endeksi			
		Fiziksel uyum		Sosyal uyum		Psikolojik uyum		Toplam - KHUÖ		X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]
		X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]		
Yaşanan yer											
Büyükşehir	39	39,95±4,61	40,0 [9,0]	24,64±3,51	25,0 [3,0]	22,05±3,50	22,0 [6,0]	86,64±9,05	89,0 [11,0]	5,28±1,77	6,0 [2,0]
Şehir	23	38,26±4,42	38,0 [11,0]	22,43±3,95	23,0 [7,0]	21,52±4,29	22,0 [7,0]	82,22±10,77	88,0 [16,0]	3,87±2,42	4,0 [2,0]
Köy	44	37,57±5,75	37,0 [5,8]	22,16±4,39	22,0 [5,0]	21,93±3,61	22,0 [5,0]	81,66±11,31	81,5 [11,5]	4,18±2,18	4,0 [4,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=2,820$		$\chi^2=4,651$		$\chi^2=0,417$		$\chi^2=2,617$		$\chi^2=5,900$	
Olasılık		p=0,093		p=0,031*		p=0,518		p=0,106		p=0,015*	
Fark				[1-3]						[1-2,3]	
Eğitim düzeyi											
Okuryazar değil ⁽¹⁾	6	34,50±3,73	35,0 [6,8]	18,17±3,43	19,5 [7,0]	18,83±1,33	19,0 [2,3]	71,50±5,58	72,5 [11,0]	3,50±1,64	4,0 [3,3]
İlkokul ⁽²⁾	25	36,48±3,62	37,0 [6,0]	22,28±3,65	23,0 [4,5]	22,28±3,17	22,0 [4,5]	81,04±8,56	81,0 [13,0]	4,56±2,27	5,0 [3,5]
Lise ⁽³⁾	43	37,70±4,51	37,0 [8,0]	22,60±3,22	24,0 [4,0]	22,07±3,79	22,0 [6,0]	82,37±9,41	82,0 [14,0]	4,12±2,24	4,0 [2,0]
Üniversite ⁽⁴⁾	32	42,22±5,31	41,5 [7,0]	25,44±4,47	26,0 [2,8]	21,91±4,11	22,5 [5,0]	89,56±11,17	90,0 [5,3]	5,22±1,93	5,5 [2,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=25,982$		$\chi^2=25,232$		$\chi^2=5,096$		$\chi^2=21,773$		$\chi^2=6,101$	
Olasılık		p=0,000***		p=0,000***		p=0,165		p=0,000***		p=0,107	
Fark		[1,2,3-4]		[1,2,3-4] [1-3]				[1,2,3-4] [1-3]			
Meslek											
Çalışmıyor ⁽¹⁾	33	37,00±5,27	38,0 [8,0]	21,09±4,07	21,0 [7,0]	21,79±3,56	21,0 [7,0]	79,88±11,23	80,0 [22,5]	4,55±2,40	4,0 [4,5]
Emekli ⁽²⁾	29	38,69±3,92	37,0 [6,0]	22,38±2,83	22,0 [3,0]	21,45±3,65	23,0 [7,0]	82,52±8,20	81,0 [8,5]	4,14±2,47	4,0 [4,0]
Bedense ⁽³⁾	44	39,73±5,54	38,0 [8,8]	25,16±4,01	26,0 [3,0]	22,25±3,58	22,0 [5,5]	87,14±10,55	88,0 [10,8]	4,75±1,73	4,0 [2,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=3,363$		$\chi^2=21,793$		$\chi^2=1,524$		$\chi^2=8,424$		$\chi^2=1,246$	
Olasılık		p=0,186		p=0,000***		p=0,467		p=0,015*		p=0,536	
Fark				[1,2-3]				[1,2-3]			
Gelir düzeyi											
Asgari ücret altında ⁽¹⁾	9	33,56±4,26	32,0 [8,0]	19,67±3,94	21,0 [6,5]	20,89±4,14	19,0 [5,5]	74,11±10,80	71,0 [17,0]	4,22±2,28	4,0 [3,5]
Asgari ücret ⁽²⁾	45	37,27±3,62	37,0 [5,5]	22,44±2,60	24,0 [3,0]	22,13±3,31	22,0 [5,0]	81,84±7,50	80,0 [8,0]	4,07±2,23	4,0 [4,0]
Asgari ücret 3 katı ⁽³⁾	52	40,62±5,49	40,0 [7,8]	24,32±4,76	26,0 [7,5]	21,85±3,98	22,0 [5,0]	86,79±11,60	88,0 [10,0]	4,96±2,03	4,0 [2,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=20,238$		$\chi^2=17,114$		$\chi^2=1,486$		$\chi^2=14,199$		$\chi^2=4,206$	
Olasılık		p=0,000***		p=0,000***		p=0,476		p=0,001*		p=0,122	
Fark		[1-2,3] [2-3]		[1-2,3] [2-3]				[1-2,3] [2-3]			
Aylık gelir oranı											
Gelir giderden az	17	33,76±4,22	33,0 [6,5]	19,24±2,97	19,0 [5,0]	18,76±1,68	19,0 [3,0]	71,76±5,27	72,0 [7,0]	2,24±1,30	2,0 [2,5]
Gelir gidere denk	74	39,14±4,58	38,0 [7,0]	23,35±3,47	24,0 [4,0]	22,14±3,57	22,0 [6,0]	84,64±8,46	85,0 [12,0]	4,93±2,02	5,0 [2,0]
Gelir giderden fazla	15	41,40±5,51	38,0 [9,0]	26,47±4,90	26,0 [2,0]	24,13±3,91	24,0 [3,0]	92,00±13,52	88,0 [14,0]	5,07±2,09	4,0 [4,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=18,962$		$\chi^2=27,466$		$\chi^2=20,204$		$\chi^2=30,771$		$\chi^2=22,864$	
Olasılık		p=0,000***		p=0,000***		p=0,000***		p=0,000***		p=0,000***	
Fark		[1-2,3]		[1-2,3] [2-3]		[1-2,3]		[1-2,3]		[1-2,3]	

Normal dağılımı olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçümleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. (p<0.05, p<0.01**, p<0.001***). [1-2,3] bu ifade ile anlatılmak istenen 1 ile 2 ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğudur. Bu durum diğer ifadeler içinde geçerlidir.

Alkol kullanımına göre sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [(Z=-3,970; p=0,000), (t=2,085; p=0,040)]. Alkol kullananların sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları, alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır [(p<0,001),(p<0,05)](Tablo 17).

Sigara kullanımına göre Morisky ilaç uyum endeksi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Z=-3,970; p=0,000). Sigara kullanmayanların Morisky ilaç uyum endeksi puanları, sigara kullananlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0,001)(Tablo 17).

Yemeklerde tuz kullanma durumuna göre fiziksel uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=12,778$; p=0,002). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; yemeklerde tuz kullananlar ile kısmen kullanan ve kullanmayanlar arasında anlamlı farklılık bulundu. Kısmen tuz kullanan ve tuz kullanmayanların fiziksel uyum puanları, kullananlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0,01)(Tablo 17).

Yemeklerde tuz kullanma durumuna göre Morisky ilaç uyum endeksi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=6,907$; p=0,032). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; yemeklerde tuz kullananlar ile kullanmayanlar arasında anlamlı farklılık bulundu. Yemeklerde tuz kullanmayanların Morisky ilaç uyum endeksi puanları, kullananlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0,05)(Tablo 17).

Ek hastalık durumuna göre fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [(Z=-2,549; p=0,011),(Z=-3,616; p=0,000),(Z=-3,106; p=0,002)]. Ek hastalığı olmayanların fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları ek hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0,05)(Tablo 17).

Günlük kullanılan ilaç miktarına göre fiziksel uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=7,578$; p=0,023). Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; 1-3 ilaç tüketenler ile 4-5 ilaç tüketenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1-3 ilaç tüketenlerin fiziksel uyum puanları, 4-5 ilaç tüketenlere göre anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0,05)(Tablo 17).

Tablo 18: Hasta bulgularına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=106)	n	Kronik hastalıklara uyum ölçeği						Morisky İlaç Uyum Endeksi			
		Fiziksel uyum		Sosyal uyum		Psikolojik uyum		Toplam - KHÜÖ			
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]		
Alkol kullanımı											
Evet	46	39,39±5,84	38,0 [11,0]	24,74±4,40	26,0 [5,0]	21,89±3,67	21,5 [5,0]	86,02±11,87	88,0 [12,0]	4,54±2,27	4,0 [3,0]
Hayır	60	37,98±4,49	38,0 [4,8]	21,90±3,44	22,5 [5,5]	21,88±3,75	22,0 [5,0]	81,77±9,15	81,5 [13,8]	4,50±2,10	4,0 [3,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-1,511		Z=-3,970		Z=-0,289		t=2,085		Z=-0,169	
Olasılık		p=0,131		p=0,000***		p=0,773		p=0,040*		p=0,866	
Sigara kullanımı											
Evet	33	36,94±4,58	38,0 [4,0]	24,00±2,73	24,0 [4,0]	22,54±2,99	23,0 [4,5]	83,48±9,22	87,0 [9,5]	3,82±1,72	4,0 [1,0]
Hayır	73	39,34±5,24	39,0 [8,0]	22,74±4,57	24,0 [7,0]	21,59±3,96	21,0 [5,0]	83,67±11,20	84,0 [15,0]	4,84±2,27	5,0 [3,5]
İstatistiksel analiz		Z=-1,881		Z=-1,406		Z=-1,558		t=-0,084		Z=-2,050	
Olasılık		p=0,060		p=0,160		p=0,119		p=0,934		p=0,040*	
Yemeklerde tuz											
Evet ⁽¹⁾	45	36,91±4,66	37,0 [4,0]	23,64±4,50	24,0 [5,0]	22,36±3,54	23,0 [5,5]	82,91±11,51	80,0 [13,0]	3,96±1,86	4,0 [1,0]
Kısmen ⁽²⁾	48	39,27±5,11	40,0 [7,0]	23,04±3,71	24,0 [5,5]	21,54±4,10	22,0 [5,0]	83,85±10,45	85,0 [12,8]	4,79±2,38	5,5 [3,0]
Hayır ⁽³⁾	13	41,92±5,06	43,0 [6,0]	21,69±4,11	22,0 [8,0]	21,54±2,54	22,0 [3,5]	85,15±7,79	87,0 [10,5]	5,46±1,76	6,0 [3,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=12,778$		$\chi^2=1,590$		$\chi^2=1,337$		$\chi^2=2,039$		$\chi^2=6,907$	
Olasılık		p=0,002**		p=0,452		p=0,513		p=0,361		p=0,032*	
Fark		[1-2,3]								[1-3]	
Ek hastalık											
Evet	43	37,60±5,65	37,0 [7,0]	21,67±4,98	21,0 [6,0]	21,14±4,12	20,0 [6,0]	80,42±12,84	80,0 [18,0]	4,30±2,08	4,0 [3,0]
Hayır	63	39,27±4,70	38,0 [7,0]	24,13±3,08	25,0 [3,0]	22,40±3,31	22,0 [6,0]	85,79±8,12	87,0 [11,0]	4,67±2,21	4,0 [3,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,549		Z=-3,616		Z=-1,719		Z=-3,106		Z=-0,811	
Olasılık		p=0,011*		p=0,000***		p=0,086		p=0,002**		p=0,417	
Günlük ilaç miktarı											
1-3 ⁽¹⁾	69	39,44±5,31	39,0 [8,3]	23,54±4,10	24,0 [5,3]	21,96±3,85	21,5 [6,0]	84,94±11,07	84,5 [13,3]	4,57±2,40	4,0 [4,0]
4-5 ⁽²⁾	25	36,79±4,81	36,0 [4,8]	22,21±4,49	22,0 [7,0]	21,83±3,37	23,0 [5,0]	80,83±9,17	82,0 [16,0]	3,96±1,60	4,0 [0,0]
>5 ⁽³⁾	12	37,25±3,74	37,0 [3,3]	22,58±3,34	24,0 [4,5]	21,58±3,72	22,5 [3,5]	81,42±9,52	85,0 [10,5]	5,33±1,30	6,0 [1,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=7,578$		$\chi^2=1,467$		$\chi^2=0,121$		$\chi^2=2,424$		$\chi^2=3,389$	
Olasılık		p=0,023*		p=0,480		p=0,941		p=0,298		p=0,184	
Fark		[1-2]									

Normal dağılan verilerde iki bağımsız grubun ölçümleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçümleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. (p<0.05, p<0.01**, p<0.001***). **[1-2,3]** bu ifade ile anlatılmak istenen 1 ile 2 ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğudur. Bu durum diğer ifadeler içinde geçerlidir.

İlaçları her gün düzenli kullanma durumuna göre fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları, psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [(Z=-4,874; p=0,000),(Z=-4,989; p=0,000),(Z=-3,331; p=0,001),(Z=-5,630; p=0,000)]. İlaçları her gün düzenli kullananların fiziksel uyum puanları, sosyal uyum puanları, psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları, kısmen düzenli kullananlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır [(p<0,001),(p<0,001) (p<0,01),(p<0,001)] (Tablo 18).

İlaçları her gün düzenli kullanma durumuna göre Morisky ilaç uyum endeksi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Z=-5,392; p=0,000). İlaçları her gün düzenli kullananların Morisky ilaç uyum endeksi puanları, kısmen düzenli kullananlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0,001)(Tablo 18).

Son 5 yılda kendi için hastaneye başvurma durumuna göre sosyal uyum puanları ve psikolojik uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [(Z=-2,436; p=0,015),(Z=-3,211; p=0,001)]. Başvurmayanların sosyal uyum puanları ve psikolojik uyum puanları başvuranlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır [(p<0,05),(p<0,01)](Tablo 18).

Tablo 19: Hasta bulgularına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği ve Morisky ilaç uyum endeksi puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=106)	n	Kronik hastalıklara uyum ölçeği						Morisky İlaç Uyum Endeksi			
		Fiziksel uyum		Sosyal uyum		Psikolojik uyum		Toplam - KHUÖ			
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Düzenli ilaç içme											
Evet	75	40,12±4,85	39,0 [7,0]	24,43±3,59	25,0 [4,0]	22,68±3,55	23,0 [6,0]	87,23±9,32	88,0 [10,0]	5,24±2,01	6,0 [3,0]
Kısmen	31	34,90±3,82	35,0 [4,0]	20,00±3,64	19,0 [5,0]	19,96±3,37	20,0 [5,0]	74,87±8,10	75,0 [12,0]	2,78±1,36	3,0 [2,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-4,874		Z=-4,989		Z=-3,331		Z=-5,630		Z=-5,392	
Olasılık		p=0,000***		p=0,000***		p=0,001**		p=0,000***		p=0,000***	
Son 5 yılda kendi için hastaneye başvurma											
Evet	72	39,10±5,14	38,0 [7,0]	22,56±4,41	23,0 [6,0]	21,15±3,79	20,5 [5,0]	82,81±11,35	81,0 [16,0]	4,44±2,28	4,0 [3,0]
Hayır	34	37,53±5,06	38,0 [4,3]	24,35±3,16	25,0 [2,3]	23,44±3,01	24,0 [4,0]	85,32±8,63	87,0 [9,0]	4,68±1,90	4,0 [1,3]
İstatistiksel analiz		Z=-1,271		Z=-2,436		Z=-3,211		Z=-1,386		Z=-0,647	
Olasılık		p=0,204		p=0,015*		p=0,001**		p=0,166		p=0,518	
Hastane yatışı											
Evet	32	38,47±5,45	37,0 [9,0]	23,34±5,14	24,0 [4,5]	22,72±3,58	22,0 [4,0]	84,53±12,64	85,0 [17,0]	4,878±2,21	5,0 [2,0]
Hayır	74	38,65±5,04	38,0 [6,0]	23,04±3,63	24,0 [5,5]	21,53±3,72	21,5 [5,0]	83,22±9,62	84,0 [14,0]	4,41±2,14	4,0 [3,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,681		Z=-0,125		Z=-1,419		Z=-0,141		Z=-1,071	
Olasılık		p=0,496		p=0,901		p=0,156		p=0,888		p=0,284	

Normal dağılımı olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçümleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. (p<0.05,p<0.01**,p<0.001***)

Morisky gruplarına göre fiziksel uyum puanları ve sosyal uyum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [$(\chi^2=35,571; p=0,000)$, $(\chi^2=26,938; p=0,000)$]. Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; yüksek ve orta uyum olanlar ile düşük uyum olanlar arasında anlamlı farklılık bulundu. Yüksek ve orta uyum sınıfında olanların fiziksel uyum puanları ve sosyal uyum puanları, düşük uyumda olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır [$(p<0,001)$, $(p<0,001)$](Tablo 19).

Morisky gruplarına göre psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [$(\chi^2=27,751; p=0,000)$, $(\chi^2=47,985; p=0,000)$]. Anlamlı olan fark hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar neticesinde; yüksek uyum olanlar ile orta ve düşük uyum olanlar arasında anlamlı farklılık bulundu. Yüksek uyum sınıfında olanların psikolojik uyum puanları ve KHUÖ toplam puanları, orta ve düşük uyumda olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır [$(p<0,001)$, $(p<0,001)$](Tablo 19).

Tablo 20: Morisky gruplarına göre Kronik hastalıklara uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Yüksek uyum (n=15) ⁽¹⁾		Orta uyum (n=24) ⁽²⁾		Düşük uyum (n=67) ⁽³⁾		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
<i>Fiziksel uyum</i>	42,80±4,25	43,0 [4,0]	42,38±5,01	43,5 [7,8]	36,29±3,86	37,0 [4,0]	$\chi^2=35,571$ p=0,000*** [1,2-3]
<i>Sosyal uyum</i>	26,40±3,33	25,0 [5,0]	25,29±3,43	25,5 [3,0]	21,63±3,76	22,0 [6,0]	$\chi^2=26,938$ p=0,000*** [1,2-3]
<i>Psikolojik uyum</i>	26,67±2,50	28,0 [3,0]	22,13±2,97	22,0 [5,0]	20,73±3,29	21,0 [5,0]	$\chi^2=27,751$ p=0,000*** [1-2,3]
Toplam – KHUÖ	95,87±8,98	97,0 [9,0]	89,79±6,99	91,0 [6,0]	78,66±8,42	79,0 [14,0]	$\chi^2=47,985$ p=0,000*** [1-2,3] [2-3]

Normal dağılımayan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. ($p<0.05^$, $p<0.01^{**}$, $p<0.001^{***}$). [1-2,3] bu ifade ile anlatılmak istenen 1 ile 2 ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğudur. Bu durum diğer ifadeler içinde geçerlidir.

Morisky ilaç uyum endeksi puanları ile fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum puanları arttıkça, Morisky ilaç uyum endeksi puanları artacaktır. Aynı şekilde, fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum puanları azaldıkça, Morisky ilaç uyum endeksi puanları azalacaktır (Tablo 20).

Morisky ilaç uyum endeksi puanları ile toplam KHUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($r=0,786$; $p=0,000$) ($p<0,001$). Toplam KHUÖ puanları arttıkça, Morisky ilaç uyum endeksi puanları artacaktır. Aynı şekilde, toplam KHUÖ puanları azaldıkça, Morisky ilaç uyum endeksi puanları azalacaktır (Tablo 20).

Tablo 21: Ölçek puanlarının birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği	Morisky ilaç uyum endeksi	
	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Fiziksel uyum</i>	0,629	0,000***
<i>Sosyal uyum</i>	0,608	0,000***
<i>Psikolojik uyum</i>	0,614	0,000***
Toplam – KHUÖ	0,786	0,000***

*Normal dağılmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır. ($p<0,05$ *, $p<0,01$ ***, $p<0,001$ ***)

TARTIŞMA

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde HT'nin prevalansı her geçen gün artmaktadır. Kontrol altına alınmadığı takdirde HT ciddi komplikasyonlara sebep olması ve ölümlerle sonuçlanması nedeniyle çok ciddi bir sağlık problemidir (74). Bu nedenle HT'nin başarılı bir şekilde kontrol altına alınabilmesi hayati önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri olarak verilen tedavinin, etkinliğini ve başarısını arttırabilmek için hekimin doğru tedaviyi uygulamasının yanında hastaların, hastalık ve tedavi uyumu da önem arz etmektedir (75).

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması $56,97 \pm 9,64$ yaştı. Yapılmış olan mevcut prevalans çalışmalarında HT'nin görülme sıklığı yaş ile birlikte giderek artmakta olup, bizim çalışmamızla uyumlu olarak hastaların çoğunluğunu 50 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır (10,76). Ülkemizde 2010-2014 yılları arasında yapılmış olan TEKHARF çalışmasında HT hastalarının çoğunun 50 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir (77). Çalışmamızın yaş ortalaması literatürle uyumlu bulunmuştur. Ayrıca Türkiye'de 2012 yılında yapılan prevalans çalışmasında erkeklerin %49,7'si, kadınların ise %50,3'ünün HT hastası olduğu tespit edilmiştir (78). Türkiye ve diğer ülkelerde HT hastaları üzerinde yapılmış olan bazı araştırmalarda da hastaların büyük kısmının erkek cinsiyetten oluştuğu tespit edilmiştir (79,80). Bizim çalışmamızda katılımcıların %58,5 erkek, %41,5 kadınlardan oluşmakta olup çalışmamızın aksini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Örneğin 2003-2007 yılları arasında yapılan Türkiye Hipertansiyon İnsidans Çalışmasına (HİNT) göre toplumumuzdaki tüm hipertansif bireylerin yaklaşık %61'i kadın nüfustan oluşmaktadır (81). Oğuz ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada olguların yaklaşık %65,2'si kadınlardan oluşmaktadır (82).

Çalışmamızda katılımcıların %31,1'i sigara içmekte, %43,4'ü alkol kullanmaktaydı. Alkol kullananların %45,7'si nadiren, %45,7'si ise haftada bir kadeh alkol kullandığını söyledi.

Ayyıldız ve ark. yaptıkları bir çalışmada hastaların %71,2'si sigara kullanmadığını belirtirken, Akça ve ark. yaptıkları başka bir çalışmada ise hastaların %88,6'sı sigara kullanmadıklarını belirtmiştir (83,84). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da bu çalışmalara benzer şekilde hastalarımızın %68,9'u sigara kullanmadığını belirtti. Akman ve ark. acil servise başvuran hipertansiyon hastalarda yaptıkları çalışmaya göre hastaların %81'i alkol kullanmamaktaydı (85). Akan ve ark. yapmış olduğu başka çalışmaya göre hastaların %70,5'i alkol kullanmamaktaydı (86). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla benzer şekilde hastaların %56,6'sı alkol kullanmamasına rağmen diğer çalışmalara kıyasla alkol kullanım oranı bölge dinamiklerine bağlı olarak bizde daha yüksek çıkmış olabilir.

Çalışmamızda hastalarımızın eğitim durumları şöyledir; %5,6'sı okuryazar değil, %23,6'sı ilkokul mezunu, %40,6'sı lise mezunu, %30,2'si ise üniversite mezunudur. Hou Y ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada ise hastaların yalnızca %30,8'i lise ve üstü eğitim düzeyine sahipti ve hastalar 60-88 yaş aralığındaki kişilerden oluşmaktaydı (87). Bizim çalışmamızla eğitim düzeyindeki bu farklılığın nedeni hastaların ağırlıklı yaş ortalaması arasında oluşan farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Jankowska-Polanska ve ark. yapmış oldukları çalışmada hastaların %30,2'si okuryazar değil veya ilkokul mezunu, %44'ü lise mezunu, %25,8'i üniversite mezunu olup, eğitim düzeyinin ilaç uyumu üzerine etkilerini değerlendirdikleri aynı çalışmada lise mezunlarının %43,2'si, üniversite mezunlarının % 39,4'ü ilaç tedavisine yüksek uyum göstermiştir (88). Lise öncesi eğitim seviyesine sahip olanların ise sadece %25,4'ü ilaç tedavisine yüksek uyum gösterebilmiştir. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyinin ilaç tedavisine uyum sağlama üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu durum hastaların eğitim düzeylerinden ziyade hekim hasta arasında ilaç kullanımı ve önemi hakkında doğru ve etkili iletişimin sağlanamamış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hastalarımızın meslek durumları şöyledir; %31,1 çalışmıyor, %27,4'ü emekli ve %41,5'i bedensel bir işte çalışmaktaydı. Wei He ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada ise katılımcıların %1,6'sı işsiz, %82'si emekli ve %16,4'ü çalışan kişilerden oluşmaktaydı (89). Yine aynı çalışmada yaş ortalaması $66,9 \pm 9,8$ olup bizim çalışmamızdaki yaş ortalamasının bir hayli üstündedir. Yaş ortalamasındaki farklılıklara bağlı olarak çalışmaya dahil edilen kişilerin meslek durumlarında da değişiklik olması kabul edilebilir bir durumdur. Lee GK ve ark. yapmış olduğu bir çalışmaya göre hastaların %25,8'i çalışan, %48,5'i işsiz veya emekli, % 25,7'si ise ev hanımı olarak yaşamını sürdürmekteydi (90). Yine

aynı çalışmada hipertansiyon hastalarının meslek durumlarının ilaç tedavisine uyumları üzerine etkisi araştırılmış ve anlamlı bir etkisi olduğunu saptanmıştır. Emekli ve işsiz olan hastalar ilaç tedavisine daha iyi uyum sağladığı sonucuna ulaşmışlardır. Zycznski ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise işsizliğin ilaç tedavisine uyumu zorlaştırdığı tespit edilmiştir (91). Bizim çalışmamızda ise meslek ile ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Çalışmamızda hastalarımızın %41,5'i köy, %21,7'si şehir, %36,8'i büyükşehirde yaşamakta olduğunu belirtti. Teshome DF ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada yaşanan yerin ilaç tedavisine uyum üzerindeki etkisi araştırılmıştır (92). Bu çalışmaya göre kentlerde yaşayan hastaların ilaç tedavisine uyumları kırsal alanda yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yine yapılan başka bir çalışmada kentte yaşamının ilaç tedavisine uyum sağlama üzerinde anlamlı etki yaptığı tespit edilmiştir (93). Bizim çalışmamızda da hastaların yaşadıkları yerin ilaç tedavisine uyum üzerindeki etkisine bakacak olursak, bu çalışmalarda olduğu gibi büyükşehirde yaşayan hastaların ilaç tedavisine uyumları ilçe ve köylere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farkın sebebi büyükşehirlerde sağlık merkezlerinin çokluğu ve bu sayede sağlık kuruluşlarına ulaşımındaki kolaylık ile alakalı olabilir.

Çalışmamızda hastalarımızın %16'sının geliri giderinden az, %69,8'inin geliri gidere denk ve %14,2'sinin geliri giderden fazla olduğu tespit edilmiştir. Aşilar ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada hastaların %32,1'sinin geliri giderinden az, %57,7'sinin geliri giderine denk, %10,2'ünün de geliri giderinden fazla olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada hastaların gelir düzeylerinin ilaç tedavisine uyum üzerindeki etkisi araştırılmış ve gelir durumlarının ilaç tedavisine uyum üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Hastaların gelir gider durumlarına göre geliri giderden fazla veya denk olan hastaların ilaç tedavisine uyumları geliri giderden az olan hastalara göre daha yüksektir (94). Bizim çalışmamızda da hastalar gelir gider durumu ve ilaç tedavisine uyum birlikteliği açısından değerlendirilmiştir. Geliri gidere denk ve/veya geliri giderden fazla olan hastaların ilaç tedavisine uyumları diğer çalışmada olduğu gibi geliri giderden az olan hastalardan yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi hastaların geçim sıkıntısı yaşarken ilaç almak için sağlık kuruluşlarına ulaşımındaki zorluk, ilaç temin edememe veya tedaviye uyum sağlamadaki motivasyonlarının yeterli olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda HT ile en sık birliktelik gösteren kronik hastalık olarak %34,9 DM olduğunu tespit ettik. Yapılan çalışmalarda DM ile tansiyon arasındaki ilişkinin sebebi şu şekilde açıklanmaktadır; Tip 1 DM’de HT patogenezinin diyabetik nefropati sorumlu tutulmuştur, Tip 2 DM’de ise HT patogenezi multifaktöriyeldir (95). Bizim çalışmamızdaki bu durumda literatürdeki birçok çalışmayla benzerlik göstermektedir (96,97). Uysal ve ark. yapmış oldukları çalışmada da HT’si olan hastaların %62’sinde DM hastalığı saptanmıştır (98).

Kronik hastalıklarda yaşam şekli değişiklikleri ve ilaç tedavisine uyum çok önemlidir. Çalışmamızda hastaların ilaç tedavisi uyum ölçeği puan ortalaması $4,52 \pm 2,16$ ’dır. Literatürdeki mevcut çalışmalarda hipertansiyon ilaç tedavisine uyum yaklaşık %16,8-86,8 arasında değişmektedir (99). Bizim çalışmamızda hastaların ilaç tedavisine uyumu %36,8 olup mevcut çalışmalarla uyumludur. Başka bir çalışmada Mert ve ark. hastaların %86,8’inin ilaç tedavisine uyduğu bulunmuş olup, bunun hastaların HT konusunda eğitilmiş olmaları, çoğu hastanın hipertansiyonu hastalık olarak kabul etmeleri ile ilişkili olabileceği varsayımında bulunmuşlardır (100). Çalışmamızda Morisky-8 ilaç uyum ölçeği yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çevik ve ark. 50 yaş üstü hipertansiyon hastası kadınlarda Morisky-8 ilaç uyum ölçeği ile yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %57’si ilaç tedavisine iyi uyum göstermekteydi (101). Yaş genel olarak diğer çalışmalarda ilaç uyumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda literatüre benzer olarak ilaç uyumunun yaş ile bir bağlantısı tespit edilememiştir.

Cinsiyet ile Morisky-8 ilaç uyumlarını karşılaştıran çalışmaların bazılarında fark belirlenemezken (102), aksini gösteren çalışmalarda mevcut olup, ilaç kullanımında kadınlar erkeklere göre daha uyumlu bulunmuştur (103). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalardaki gibi cinsiyet ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastaların eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durumu ve medeni durumu ile ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (104), ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarda vardır (102,105,106). Bu sebeple demografik özellikler ile tedaviye uyum konusu farklılıklar gösterebilir ve belirleyici olarak ele almak biraz göreceli olmaktadır. Bizim çalışmamızda da eğitim durumu, yaş, cinsiyet, çalışma şekli, medeni durum, aylık gelir ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Yaşanan yer sorusuna büyükşehir cevabı verenler ile aylık gelirleri gidere denk ve fazla olanların daha çok ilaç uyumu gösterdikleri belirlenmiştir.

Aşırı alkol tüketimi ve sigara kullanımı hipertansiyon açısından major risk faktörlerindedir. Sigara içen hasta grubunda ilaç tedavisine uyumun daha düşük olduğu tespitinde bulunan çalışmaların yanında (107), sigara kullanmanın ilaç uyumu üzerine herhangi bir etkisinin olmadığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (108). Bizim çalışmamızda da sigara kullanmayanlar ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Alkol kullanımı ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuçlar örneklemin küçüklüğüne bağlı olabilir.

Bizim çalışmamızda ek hastalık mevcudiyetinin ilaç tedavisine uyum üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna varılmış olup, bunun yanında ek hastalığı olmayanların ilaç tedavisine uyumda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak benzer çalışmalardan biri olan Finlandiya’da yapılmış bir çalışmada birkaç kronik hastalığı olan kişilerin ilaç kullanım düzenlerini kendilerine göre değiştirdikleri veya kullanmaları gereken ilaçları kullanmadıkları belirtilmiştir (102). Çalışmamızın aksine Merrlo ve ark. hipertansiyona eşlik eden ek hastalığı olan kişilerin ilaç tedavisine uyumlarının daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir (109).

Çalışmamızda kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $83,61 \pm 10,58$ puan olarak saptanmıştır. Fiziksel uyum, sosyal uyum, psikolojik uyum puan ortalamaları ise sırasıyla $38,59 \pm 5,15$ puan, $23,13 \pm 4,12$ puan, $21,89 \pm 3,70$ puan olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda sosyodemografik özelliklerin kronik hastalıklara uyum üzerindeki etkisine baktığımızda yaş, cinsiyet, medeni durum, evde yaşayan kişi sayısı, çocuk sayısı, yaşanılan yer, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, alkol kullanımı, tuz tüketimi, ek hastalık, günlük ilaç kullanımı ve düzenli ilaç kullanımı hakkında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Aslan ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puanın ortalaması $84,99 \pm 12,45$ puan olarak bulunmuştur (110). Yine aynı çalışmada fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyumların puan ortalaması da $41,75 \pm 5,78$ puan, $21,14 \pm 5,22$ puan, $22,09 \pm 4,54$ puan olarak bulunmuştur (110). Hastaların medeni durumu, gelir düzeyi ve eğitim durumu ile kronik hastalığa uyum açısından anlamlı bulgular saptanmıştır. Medeni durumu evli olan hastaların sosyal uyum ve kronik hastalıklara toplam uyumları bekar hastalardan yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi yükseldikçe hastaların fiziksel uyumları ve kronik hastalıklara olan toplam uyum düzeyleri de yükselmektedir. Eğitim

durumu açısından ise hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe kronik hastalıklara olan sosyal uyum ve toplam uyum düzeyleri artmaktadır.

Karatepe ve ark. yapmış olduğu çalışmada Kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $83,03 \pm 10,58$ puan olarak bulunmuştur (111). Yine aynı çalışmada fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyumların puan ortalamaları da $38,87 \pm 6,13$ puan, $21,29 \pm 5,24$ puan, $22,86 \pm 3,20$ puan olarak bulunmuştur (111). Çalışmada cinsiyet, eğitim durumu kronik hastalıklara uyum ölçeği üzerinde anlamlı bulgular tespit edilmesini sağlamıştır. Kadın hastaların kronik hastalıklara olan sosyal uyumları erkek hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyinin artışıyla birlikte hastaların kronik hastalıklara olan fiziksel uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Yılmaz ve ark. yapmış olduğu çalışmada Kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $84,57 \pm 14,25$ olarak bulunmuştur (112). Yine aynı çalışmada fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyumların puan ortalamaları da $39,64 \pm 6,57$, $22,98 \pm 5,32$, $21,93 \pm 5,05$ olarak bulunmuştur (112). Çalışmada yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin kronik hastalıklara uyum açısından anlamlı etkileri olduğu saptanmıştır. 65 yaş altı hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinden aldıkları toplam puan 65 yaş üstü hastalardan yüksekti. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların kronik hastalıklara uyum düzeyide artmaktaydı. Gelir düzeyinin yüksekliğide kronik hastalıklara uyumu arttırdığı saptanmıştır.

Bozbay ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada Kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puanın ortalaması $76,80 \pm 10,94$ olarak bulunmuştur (113). Yine aynı çalışmada fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyumların puan ortalaması da sırasıyla $35,63 \pm 5,99$, $18,69 \pm 4,34$, $22,47 \pm 4,42$ olarak bulunmuştur (113). Yaş artışıyla birlikte kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puanın azaldığı görülmektedir. Psikolojik uyuma eğitim durumunun etkisi açısından bakıldığında ortaokul öncesinde mezun olanların kronik hastalıklara psikolojik uyumlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızı Kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması, fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum puan ortalamaları açısından yapılan mevcut çalışmalarla karşılaştırdığımızda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Çalışmamızda yaş artışıyla birlikte kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan azalırken, sosyal uyum düzeyide azalmaktaydı. Araştırmamızla uyumlu sonuçları bulunan benzer çalışmalarda vardır (112,113). Bu durumun sebebi yaş artışı ile birlikte kişilerin hastalıklara bağlı oluşabilecek komplikasyonların önemini algılayamama veya umursamamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda cinsiyetin kronik hastalıklara, psikolojik ve fiziksel uyum düzeyleri açısından farklılıklar oluşturduğu saptanmıştır. Kadın hastaların kronik hastalıklara fiziksel uyum düzeyleri daha yüksekken erkek hastaların kronik hastalıklara psikolojik uyum düzeyleri daha yüksekti. Kartepe ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise kadın hastaların kronik hastalıklara sosyal uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (111). Bizim çalışmamızda cinsiyet ile sosyal uyum arasında anlamlı fark tespit edilememiş olup bu konuda hasta çeşitliliği ve sayısı artırılarak daha kesin sonuçlara ulaşılması sağlanabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile Kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan, fiziksel uyum ve sosyal uyum puanları açısından anlamlı bir durum olduğu tespit edildi. Bekar olan hastalarımızın Kronik hastalıklara uyum ölçeğinden aldıkları toplam puan, fiziksel ve sosyal uyum puanları evli hastalarımızdan daha yüksek olup, psikolojik uyum açısından anlamlı bir fark yoktu. Çalışmamızın aksine Aslan ve ark. yapmış olduğu çalışmada da bizim çalışmamızdan farklı şekilde evli olan hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinden aldıkları toplam puanı ve sosyal uyum puanı bekar hastalardan daha yüksek olarak bulunmuştur (110). Bu durumun sebebinin evli çiftlerin birbirine sağladığı sosyal destekten kaynaklanıyor olabileceğini savunmuşlardır.

Çalışmamızda gelir düzeyi ile Kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan, fiziksel uyum puanı, sosyal uyum puanı ve psikolojik uyum puanı açısından anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Gelir düzeyi giderlerinden fazla olan hastaların; kronik hastalıklara uyum ölçeğinden aldığı toplam puan, fiziksel uyum puanı, sosyal uyum puanı ve psikolojik uyum puanı gelir gidere denk ve gelir giderden az olan hastalara göre daha yüksekti. Benzer çalışmalarda da gelir düzeyi arttıkça hastaların kronik hastalıklara uyumlarının arttığını saptamışlardır (110,112). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte olup, gelir düzeyinin yaşam kalitesinde ve hayat motivasyonunda oluşturduğu artışı düşünecek olursak hastaların bu bağlamda kronik hastalıklara uyum göstermelerinin yüksek olmasının beklenen bir sonuç olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda eğitim durumuna bakacak olursak, eğitim düzeyi yükseldikçe kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan, fiziksel uyum ve sosyal uyum düzeyi de artmaktaydı. Yapılan diğer çalışmalara baktığımızda eğitim düzeyi konusunda kronik hastalıklara uyum bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (110,111,112). Ancak, Bozbay ve ark. yapmış olduğu çalışmaya göre eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi eğitim seviyesinde olan hastaların kronik hastalıklara psikolojik uyumlarının daha yüksek olduğu

sonucuna varmışlardır (113). Psikolojik açıdan bu farklılığı oluşturan bu durum her ne kadar diğer çalışmalar ile de paralellik göstermiyor olsa da hastaların bireysel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin bütüncül ve pratik olarak fikir vermesi ve hastaya sağlanabilecek fayda anlamında birinci basamakta kullanılabilceğini düşünöyoruz. Biz çalışmamızda bu ölçeği geniş kapsamlı olarak değerlendirmeyi amaçladık ancak bu ölçekle yapılan çalışma sayısının kısıtlı ve hasta sayımızın az olması çalışmamızın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Çalışmamız kronik hastalıklara uyum ölçeği ile yapılmış olan sayılı çalışma arasında olup, birinci basamakta kronik hastalık yönetimi ve tedaviye uyum açısından literatüre katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.



SONUÇ

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yaptığımız çalışmada, Aile hekimliği polikliniğine başvuran HT hastalarında, bireysel farklılıkların tedavi başarısı üzerinde etkisini tespit ederek, verilen tedaviden alınan faydayı arttırabilmek ve hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonlardan hastaları koruyabilmek için; sosyodemografik farklılıkların ilaç tedavisi ve kronik hastalıklara uyum konusunda etkisinin incelenmesi amaçlandı. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmamıza toplam 106 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılardan 44 kişi (% 41,5) kadın cinsiyette, 62 kişi (% 58,5) erkek cinsiyetteydi. Katılımcıların yaş ortalaması $59\pm 9,64$ (minimum 40, maksimum 81) yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların 43'ünün (%40,6) hipertansiyon dışında kronik hastalığının olduğu ve 15'inin (%34,9) ek olarak DM olduğu belirlenmiştir. 69 hastanın (%65,1) günlük 1-3 adet ilaç tükettiği, 75'inin (%70,8) ilaçları düzenli içmeye dikkat ettiği belirlenmiştir.

2. Çalışmamızda Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğinden alınan toplam puanın ortalaması 83,61 puan, Fiziksel uyumdan alınan puanın ortalama değeri 38,59 puan, Sosyal uyumdan alınan puanın ortalama değeri 23,13 puan, Psikolojik uyumun ortalama değeri ise 21,89 puan olarak bulunmuştur. Morisky ilaç uyum ölçeğinden alınan toplam puanın ortalaması ise 4,52 puan olarak bulunmuş ve hastaların %63,2 düşük Morisky ilaç uyumunun olduğu belirlenmiştir.

3. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; üniversite mezunu olmak, asgari ücret veya asgari ücretin üç katı ücret almak, geliri-gidere denk veya fazla olmak, ilaçlarını hergün

düzenli kullanmak fiziksel uyum yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

4. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; 1-2 çocuk sahibi olmak, tuz kullanmamak veya kısmen kullanmak fiziksel uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

5. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; kadın olmak, bekar olmak, evde 1-2 veya 3-4 kişi yaşamak, ek hastalığı olmamak ve günde sadece 1-3 ilaç kullanmak fiziksel uyum yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

6. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; < 50 yaş olmak, bekar olmak, çocuk sahibi olmamak, üniversite mezunu olmak, bedensel bir işte çalışıyor olmak sosyal uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, asgari ücret veya asgari ücretin üç katı ücret almak, geliri gidere denk veya fazla olmak, alkol kullanmak, ek hastalığı olmamak ve ilaçları düzenli kullanmakta sosyal uyum yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

7. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; evde 1-2 veya 3-4 kişi yaşamak sosyal uyum yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

8. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; büyükşehirde yaşamak, son 5 yılda kendi için hastaneye başvurmamış olmak sosyal uyum yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

9. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; gelir gidere denk veya fazla olmak, ilaçlarını hergün düzenli kullanmak ve erkek olmak psikolojik uyum yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$(p < 0,001), (p < 0,01), (p < 0,05)$].

11. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; üniversite mezunu olmak, gelir gidere denk veya fazla olmak ve ilaçlarını hergün düzenli kullanmak KHUÖ'den alınan toplam puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

12. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; çocuğu olamamak, evde 1-2 veya 3-4 kişi yaşamak, asgari ücret veya asgari ücretin üç katı ücret almak, ek hastalığa sahip olmamak KHUÖ'den alınan toplam puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

13. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinde; <50 yaş olmak, bekar olmak, bedensel bir işte çalışmak ve alkol kullanmak KHUÖ'den alınan toplam puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

14. Morisky-8 ilaç uyum ölçeğinde; gelir gidere denk veya fazla olmak, sigara kullanmamak ve ilaçlarını hergün düzenli kullanmak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

15. Morisky-8 ilaç uyum ölçeğinde; evde 1-2 veya 3-4 kişi yaşamak, büyükşehirde yaşıyor olmak, tuz kullanmamak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

16. Morisk-8 ilaç tedavisine uyum ölçeğine yüksek uyum ve orta uyum gösteren hastaların Kronik hastalıklara uyum ölçeğine göre fiziksel uyum ve sosyal uyum düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

17. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan ve psikolojik uyum açısından ise Morisky-8 ilaç uyum ölçeğine sadece yüksek uyum gösteren hastalarda sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

18. Bu bulgular doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak ilaç tedavisinden daha etkili bir sonuç alabilmek ve hastaların hangi konularda kronik hastalıklara uyum sağlamada zorluk çektiğini tespit edebilmek için Morisky-8 ilaç tedavisine uyum ölçeği ve Kronik hastalıklara uyum ölçeğini kullanarak tedavideki başarılarımızı arttırabiliriz. Bu ölçekler daha fazla katılımcı ile yapılırsa tedavide başarısızlığa neden olan noktalar daha net bir şekilde tespit edilebilir.

ÖZET

Arteryal kan basıncının tekrarlayan ölçümlerle 140/90 mmHg üstünde olmasına hipertansiyon denir. Hipertansiyon kan basıncının devamlı yüksek seyretmesiyle kendini gösteren sistemik bir hastalık olup, çeşitli komplikasyonlara sebep olması ve toplumda sık görülmesi sebebiyle önemli bir sağlık sorunudur. Hipertansiyon olgularının tamamının %80-90'ı mekanizması kesin olarak belirlenememiş olan primer (esansiyel) hipertansiyondur. Geriye kalan %10-20'lik kısmı ise altta yatan ek bir hastalığa bağlı olarak meydana gelen sekonder hipertansiyondur.

Hipertansiyon tedavisine başlama kriterleri sistolik ve diyastolik kan basıncı seviyeleri ve total KV risk seviyesine göre belirlenir. Hipertansiyonu kontrol altına alabilmek için ilaç tedavisi kadar yaşam tarzı değişiklikleri dediğimiz non-farmakolojik tedavide önemlidir. Bunların yanında diyabet, dislipidemi, abdominal obezite ve sigara gibi değiştirilebilir risk faktörleri de tespit edilmelidir.

Hipertansiyonun kronik bir hastalık olması nedeniyle hastaların hipertansiyonla birlikte yaşamayı öğrenmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hastaların hipertansiyona uyum sağlarken hangi alanda zorlandıklarını belirlemek önemlidir. Hipertansiyon tedavisindeki başarıyı arttırabilmek amacıyla doğru ilaç tedavisinin seçilmesi kadar, bu tedaviye hastaların ne kadar uyum gösterdiği tespit edilmelidir. Birinci basamakta hastaların almakta oldukları tedavilerin etkinliğini arttırmak amacıyla hastaların ilaç tedavisi uyumları ve kronik hastalıklara uyumları açısından hızlı bir değerlendirme yapılması mümkündür.

Çalışmamız Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine Nisan 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında başvuran 106 hipertansiyon hastasının sosyodemografik özelliklerinin ilaç tedavisi ve kronik hastalıklara uyumunu değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Çalışmamızda hastalarımızın %63,2'si ilaç tedavisine düşük uyum göstermekteydi. İlaç tedavisine yüksek uyum gösteren hastaların hipertansiyona fiziksel, sosyal ve psikolojik uyumlarının da anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Literatüre baktığımızda uyuma etki eden birçok neden tanımlanmıştır. Ancak sonuçlar çelişkidir. Benzer çalışmaların birinci basamakta ve daha çok katılımcı ile yapılabilmesi hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttırabilmek adına önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Fiziksel Uyum, Sosyal Uyum, Psikolojik uyum



**THE EFFECT OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF
HYPERTENSION PATIENTS WHO APPLIED TO THE FAMILY
MEDICINE POLICLINIC ON DRUG THERAPY AND CHRONIC
DISEASE COMPLIANCE.**

SUMMARY

For arterial blood pressure, it is valid for 140/90 mmHg with repeated measurements. It is a disease that manifests itself with its course in a vehicle consisting of hyperkantania, it is an event problem about happening to events and a possible event. About 80-90% of all hypertension cases have undetermined primary (essential) details. The remaining 20% is secondary research, which comes optionally as an additional item at the bottom.

Initiation criteria for hypertension treatment are determined according to systolic and diastolic blood pressure levels and total CV risk level. In order to control hypertension, non-pharmacological treatment, which we call lifestyle changes, is as important as drug therapy. In addition to these, modifiable risk factors such as diabetes, dyslipidemia, abdominal obesity and smoking should also be determined.

Since hypertension is a chronic disease, patients need to learn to live with hypertension. For this reason, it is important to determine in which area patients have difficulties while adapting to hypertension. In order to increase the success in hypertension treatment, it should be determined how well the patients comply with this treatment, as well as choosing the right drug treatment. In order to increase the effectiveness of the treatments that patients receive in primary

care, it is possible to make a rapid evaluation in terms of drug treatment compliance and compliance with chronic diseases.

Our study was conducted to evaluate the sociodemographic characteristics of 106 hypertensive patients who applied to Tekirdağ Namık Kemal University Family Medicine Outpatient Clinic between April 2021 and July 2021, to evaluate the compatibility of their sociodemographic characteristics with drug therapy and chronic diseases.

In our study, 63.2% of our patients showed low compliance with drug treatment. It was concluded that the physical, social and psychological adaptation to hypertension of patients with high adherence to drug treatment was also significantly higher. When we look at the literature, many reasons affecting compliance have been defined. However, the results are contradictory. It is important to carry out similar studies in primary care and with more participants in order to increase the compliance of the patients with the treatment and the quality of life.

Keywords: Hypertension, Physical Adaptation, Social Adaptation, Psychological Adaptation

KAYNAKÇA

1. Aydoğdu S., Güler K., Bayram F., Altun B., Derici Ü., Abacı A., ve Ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019 Turk Kardiyol. Dern. Ars 2019;47(6):535-546
2. http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/
3. Halpern MT, Khan ZM, Schmier JK, Burnier M, Caro JJ, Cramer J, et al. Recommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. Hypertension. 2006 Jun;47(6):1039-48
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı-1 Hipertansiyon
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339. Erratum in: Eur Heart J. 2019 Feb 1;40(5):475. PMID: 30165516.
6. Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. STED 2004;13 (3):99-104.
7. TEMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara 2018
8. Kepez A. Dirençli Hipertansiyon Tanısı ve Sekonder Nedenler. Türk Kardiyoloji Derneği HT Bülteni ÖzelSayı Dirençli Hipertansiyon. 2015;3:5-7.
9. Okay Başak, Hulki Meltem Sönmez, Erdoğan Payza. Hypertension Management In Primary Care. Türk Aile Hek Derg. 1997; 1(3): 148-152
10. World Health Organization. (2013). A global brief on hypertension: silent killer, global publichealthcrisis: World HealthDay 2013. World HealthOrganization.
11. Ergün A., Eti Aslan F., Vatan F., Olgun N., & Kuğuoğlu S. (2010). Sağlık bakımında gelişmeler ve bakım uygulamaları. İçinde Karadakovan, A. Ve Eti Aslan, F. (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım (sy.1-21). Adana: Nobel Kitabevi.
12. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al; PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA. 2013 Sep 4;310(9):959-68. doi: 10.1001/jama.2013.184182. PMID: 24002282.
13. Onat A., Türkmen S., Karabulut A., Yazıcı M., Can G., Sansoy V. Combined Hypercholesterolemia and Hypertension Among Turkish Adults: Prevalence and Prediction of Cardiovascular Disease Risk. Turk Kardiyol Dern Ars. 2004; 32(8): 533-541

14. Altun B., Arici M., Nergizoglu G., Derici Ü., Karatan O., Turgan Ç., et al. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of hypertension*, 23(10), 1817-1823.
15. Kılıçkap M., Barçın C., Göksülük H., Karaaslan D., Özer N., Kayıkçıoğlu M., et al. Data on prevalence of hypertension and blood pressure in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2018; 46(7): 525-545.
16. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., Redon J., Zanchetti A., Böhm M., et al. (2014). 2013 ESH/ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension: ESH-ESC the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood pressure*, 23(1), 3-16.
17. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri., T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın no: 991, 2015.
18. High Blood Pressure in Adults: Screening
(<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>)
19. Tekin G . (2016). Current Diagnosis and Treatment of Systemic Hypertension . Arşiv Kaynak Tarama Dergisi , 25 (2) , 163-180 . DOI: 10.17827/aktd.196014
20. Aşkın L, Tanrıverdi O, Türkmen S, Aktürk E. 2018 Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği Kılavuzu: Hipertansiyona Güncel Yaklaşımlar ve Tedavi Stratejileri.
21. Öksüz F., Yayla C. (2018). SCORE Kardiyovasküler Risk Puanlama Sistemi ile Non-dipper Hipertansiyon Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 45 (4), 379-386. DOI: 10.5798/dicletip.497883
22. TEMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara 2019
23. Yardımcı H., Özçelik A., Sürücüoğlu M. (2012). Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2),17-36. doi: 10.1501/Asbd_0000000016
24. Acartürk E., Akçiçek F., Akgün G., Atılğan D., Büyüköztürk K., Canberk A. ve ark., “Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu”. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 28:335-97, 2000.
25. Basile J, Bloch MJ. Overview of hypertension in adults. UpToDate Walth MA Accessed Febr 22 2017. 2015;

26. Abbas T. A. M., & ÇAKIR B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1), 37-41.
27. Branca F., Nikogosian H., & Lobstein T. (Eds.). (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary. World Health Organization.
28. Kotchen T. A. (2010). Obesity-related hypertension: epidemiology, pathophysiology, and clinical management. *American journal of hypertension*, 23(11), 1170-1178.
29. Organization WH. World health statistics 2010. World Health Organization; 2010.
30. Organization WH, Control R for IT. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization; 2008.
31. Pankova A, Kralikova E, Fraser K, Lajka J, Svacina S, Matoulek M. No difference in hypertension prevalence in smokers, former smokers and non-smokers after adjusting for body mass index and age: a cross-sectional study from the Czech Republic, 2010. *Tob Induc Dis*. 2015;13(1):24. Published 2015 Aug 11. doi:10.1186/s12971-015-0049-4
32. Yılmaz M., Pirim Ü., Çetin M., Kiremitçi S., & Coşkun S. (2013). Ailede hipertansiyon öyküsü olan çocukların egzersiz testi yanıtları. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 22, 1-7.
33. Malbora B. Ailede hipertansiyon öyküsü olan sağlıklı okul çağı çocuklarında ayaktan kan basıncı monitorizasyonu ile kan basıncı parametrelerinin değerlendirilmesi. 2005;
34. Çelik S., Görgülü Ş., Tezel T.. Alcohol Consumption and Heart Disease. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2002; 30(10): 634-639
35. Basile J., & Bloch M. J. (2015). Overview of hypertension in adults. UpToDate, Waltham, MA.
36. Kaptanoğlu AY. Yaşlı Sağlığı. 2011
37. Ekim M., (2018). Hipertansiyon Tedavisinde Beslenmenin Ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Önemi. The Importance of Nutrition and Lifestyle Changes in the Treatment of Hypertension. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(2), 80-85.
38. Kayıhan G. (2009). Hipertansiyon ve egzersiz. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(3), 93-101.
39. Pınar Yeşil, Meral Altıok. The importance of physical activity in the prevention and control of cardiovascular diseases. *Türk J Card Nur*. 2012; 3(3): 39-48
40. https://www.researchgate.net/publication/327418169_HYPERTENSION_The_Silent_Killer
41. Önder MR., Özerkan F.. Diyabet ve Hipertansiyon. *Türk Klin J Cardiol*. 2000;13(5):401-3.
42. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A., Cifkova R., Fagard R., Germano G., et al. (2007). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the

- Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 28(12), 1462-1536.
43. Bell K., Twigg J., Olin B. R., & Date I. R. (2015). Hypertension: the silent killer: updated JNC-8 guideline recommendations. *Alabama pharmacy association*, 334, 4222.
44. Basile J., & Bloch M. J. (2015). Overview of hypertension in adults. *UpToDate*, Waltham, MA.
45. Victor R.G.(2011). Arteriyel hipertansiyon. Goldman L., Ausiello D. (Ed) *Cecil medicine*. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri. 430-450
46. Öztürk O. (2017). ‘Birinci basamakta sekonder hipertansiyon tanısal süreci ve tedavi prensipleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 8, 449-452.
47. Mensah GA. Hypertension and Target Organ Damage: Don't Believe Everything You Think! *Ethn Dis*. 2016;26(3):275-278. Published 2016 Jul 21. doi:10.18865/ed.26.3.275
48. Pehlivanoglu S., Şahin T.. Hipertansiyon ve Hedef Organ Hasarı. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2005;1(33):16-25
49. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial Hypertension. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Aug 20;115(33-34):557-568. doi: 10.3238/arztebl.2018.0557. PMID: 30189978; PMCID: PMC6156553.
50. Cengiz M, Yavuzer S. Beyaz Önlük Hipertansiyonu. *Türk Klin J Intern Med*. 2016;1(1):13-6.
51. Chobanian A. V., Bakris G. L., Black H. R., Cushman W. C., Green L. A., Izzo Jr J. L., et al National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *Jama*, 289(19), 2560-2571.
52. Kumbasar D, Candemir B.. Sistemik Hipertansiyon. İç Hastalıkları Özet Kitabı İçin G, Ünal S, Biberoglu K, Akalin S, Süleymanlar G, Sönmez H (edt). Güneş Yayınevi, Ankara 2017 / S:149-150.
53. Ertaş S.E, Tanı ve organ hasarı. *Temel Kardiyoloji* editör Kozan Ö. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2011; 660-663.
54. Öksüz F., Yayla C., (2018). SCORE Kardiyovasküler Risk Puanlama Sistemi ile Non-dipper Hipertansiyon arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(4), 379-386. DOI: 10.5798/dicletip.497883
55. Svetkey L. P., Erlinger T. P., Vollmer W. M., Feldstein A., Cooper L. S., Appel L. J., et al. (2005). Effect of lifestyle modifications on blood pressure by race, sex, hypertension status, and age. *Journal of human hypertension*, 19(1), 21-31.

56. Frisoli TM., Schmieder RE., Grodzicki T., Messerli FH. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J.* 2011 Dec;32(24):3081-7. doi: 10.1093/eurheartj/ehr379. Epub 2011 Oct 11. PMID: 21990264.
57. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu.
58. JNC 7 HT Kılavuzu (<https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>)
59. Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu, Türk Kardiyol Dern Arş Suppl 3, 200710
60. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 2018 Jun;71(6):1269-1324. doi: 10.1161/HYP.000000000000066. Epub 2017 Nov 13. Erratum in: *Hypertension.* 2018 Jun;71(6):e136-e139. Erratum in: *Hypertension.* 2018 Sep;72(3):e33. PMID: 29133354.
61. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hipertansiyon Klinik Protokolü
62. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016 Jul 14;37(27):2129-2200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128. Epub 2016 May 20. Erratum in: *Eur Heart J.* 2016 Dec 30;: PMID: 27206819.
63. Levin A., Stevens P. E., Bilous R. W., Coresh J., De Francisco A. L., De Jong P. E., et al. (2013). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney international supplements*, 3(1), 1-150.
64. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 122(5), 1122-1131.
65. Maurice L. Druzin, MD; Laurence E. Shields, MD; Nancy L. Peterson, RNC, PNNP, MSN; Valerie Cape, BSBA. Preeclampsia Toolkit: Improving Health Care Response to Preeclampsia (California Maternal Quality Care Collaborative Toolkit to Transform Maternity Care) Developed under contract #11-10006 with the California Department of Public Health;

Maternal, Child and Adolescent Health Division; Published by the California Maternal Quality Care Collaborative, November 2013.

66. Garjón J., Saiz L.C., Azparren A., Gaminde I., Ariz M.J., & Erviti J. (2020). First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
67. Mahmood S., Jalal Z., Hadi M.A., Shah K.U.. Association between attendance at outpatient follow-up appointments and blood pressure control among patients with hypertension. *BMC Cardiovasc Disord* 20, 458 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01741-5>
68. Bobrie G., Clerson P., Ménard J., Postel-Vinay N., Chatellier G., Plouin PF.. Masked hypertension: a systematic review. *J Hypertens*. 2008 Sep;26(9):1715-25. doi: 10.1097/HJH.0b013e3282fbcdf. PMID: 18698202.
69. Brekke M., Hunskaar S., & Straand J. (2006). Self-reported drug utilization, health, and lifestyle factors among 70–74 year old community dwelling individuals in Western Norway. The Hordaland Health Study (HUSK). *BMC Public Health*, 6(1), 1-8.
70. Özdemir Ö., Akyüz A., & Doruk H. (2016). Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12(4), 195-201.
71. Elliott W. J. (2003). Optimizing medication adherence in older persons with hypertension. *International urology and nephrology*, 35(4), 557-562.
72. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 2005 Oct;23(10):1817-23. doi: 10.1097/01.hjh.0000176789.89505.59. PMID: 16148604.
73. Sengul S, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel S, Karatan O, et al. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. *Kidney Int Suppl* (2011). 2013 Dec;3(4):326-331. doi: 10.1038/kisup.2013.68. PMID: 25019013; PMCID: PMC4089670.
74. Erci B., Elibol M., & Aktürk Ü. (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92.
75. İşcan Ayyıldız N., Ergüney S. (2017). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33 (3), 21-31 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/33737/322090>

76. Öztürk A., Aykut M., Günay O., Gün İ., Özdemir M., Çıtıl R., ve ark. Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Med J* 2011;33(3):219-28.
77. Onat A., Can G., Yüksel H.. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Ed. Onat A. 2017. Logos Yayın İstanbul.
78. Sengul S., Akpolat T., Erdem Y., Derici U., Arici M., Sindel S., et al; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens*. 2016 Jun;34(6):1208-17. doi: 10.1097/HJH.0000000000000901. PMID: 26991534; PMCID: PMC4856172.
79. Abbas H., Kurdi M., Watfa M., Karam R.. Adherence to treatment and evaluation of disease and therapy knowledge in Lebanese hypertensive patients. *Patient Prefer Adherence*. 2017 Nov 28;11:1949-1956. doi: 10.2147/PPA.S142453. PMID: 29238170; PMCID: PMC5713687.
80. Ozoemena EL., Iweama CN., Agbaje OS., Umoke PCI., Ene OC., Ofili PC., et al. Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees: a quasi-experimental study. *Arch Public Health*. 2019 May 23;77:23. doi: 10.1186/s13690-019-0349-x. PMID: 31143446; PMCID: PMC6532220.
81. Arici M., Turgan C., Altun B., Sindel S., Erbay B., Derici U., et al; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. *J Hypertens*. 2010 Feb;28(2):240-4. doi: 10.1097/HJH.0b013e328332c36b. PMID: 19809361.
82. Oğuz S., Yanmış S., Akbaş B., Kol R.. Levels Compliance to Medication and Diet Therapy of Patients with Hypertension. *Turk J Card Nur*. 2019; 10(21): 1-7
83. Ayyıldız N. İ., & Ergüney S. (2017). Hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 21-31.
84. Akça D., Yıldız, S. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumlarında Eğitimin Etkisi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 9(2),117-124.
85. Akman C., Akşit E. (2020). Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Klinik Özellikleri ve Acil Servise Başvuru Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (2) , 219-224 . DOI: 10.34087/cbusbed.731511

86. Deniz Akan D., Dedeli Çaydam Ö., Çınar Pakyüz S. Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumunun Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 23(2): 241-249.
87. Hou Y., Zhang D., Gu J., Xue F., Sun Y., Wu Q., ve ark. (2016). Yaşlı Çinli yetişkinlerde yaşlanmanın kendi algıları ile antihipertansif ilaç uyumu arasındaki ilişki. *Yaşlanma klinik ve deneysel araştırma* , 28 (6), 1113-1120.
88. Jankowska-Polańska B., Chudiak A., Uchmanowicz I., Dudek K., Mazur G.. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:363-371. Published 2017 Mar 1. doi:10.2147/PPA.S127407
89. He W., Bonner A., & Anderson D. (2016). Patient reported adherence to hypertension treatment: a revalidation study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(2), 150-156.
90. Lee GKY., Wang HHX., Liu KQL., Cheung Y., Morisky DE., Wong MCS (2013) Determinants of Medication Adherence to Antihypertensive Medications among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS ONE* 8(4): e62775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062775>
91. Zyczynski TM., Coyne KS.. Hypertension and current issues in compliance and patient outcomes. *Curr Hypertens Rep*. 2000 Dec;2(6):510-4. doi: 10.1007/s11906-996-0034-7. PMID: 11062595.
92. Teshome DF., Bekele KB., Habitu YA., Gelagay AA.. Medication adherence and its associated factors among hypertensive patients attending the Debre Tabor General Hospital, northwest Ethiopia. *Integr Blood Press Control*. 2017;10:1-7
93. Ali M. A., Bekele M. L., & Teklay G. (2014). Antihypertensive medication non-adherence and its determinants among patients on follow up in public hospitals in Northern Ethiopia.
94. Hacıhasanoğlu Aşlar R., Gözüm S., Çapık C., Morisky DE. Reliability and validity of the Turkish form of the eight-item Morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2014 Dec;14(8):692-700. doi: 10.5152/akd.2014.4982. Epub 2014 Feb 10. PMID: 25188758.
95. Tuğrul A. (2002). Diabetes Mellitus and Hypertension. *Balkan Medical Journal*, 2002 (1), Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/bmj/issue/3742/49773>
96. Kearney P. M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P. K., & He J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*, 365(9455), 217-223.
97. Pluta A., Sulikowska B., Manitius J., Posieczek Z., Marzec A., & Morisky D. E. (2020). Acceptance of Illness and Compliance with Therapeutic Recommendations in Patients with

- Hypertension. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6789.
98. Uysal Z., Aslan H.. Hipertansiyon Hastalarının Özellikleri ile Sürekli Kaygı ve Baş Etme Becerileri Arasındaki İlişki. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2018; 9(34): 68-80.
 99. Anadol Z., Dişçigil G.. Hipertansif hastalarda tedavi uyumunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*. 2009;21(2):184-90.
 100. Mert H., & Kuruoğlu E. (2011). Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(1).
 101. Çevik C., Güneş S., Dersuneli Ç., Erikçi İ., Taş B., Küçük M.G., ve ark.. Balıkesir’de İki Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Elli Yaş Üstü Kadınlarda Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyon İlaç Uyumu. 2018;28(3)
 102. Enlund H., Jokisalo E., Wallenius S., Korhonen M.. Patient-perceived problems, compliance, and the outcome of hypertension treatment. *Pharm World Sci*. 2001 Apr;23(2):60-4. doi: 10.1023/a:1011204216548. PMID: 11411446.
 103. Shea S., Misra D., Ehrlich MH., Field L., Francis CK.. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *Am J Public Health*. 1992;82(12):1607-1612. doi:10.2105/ajph.82.12.1607
 104. Ross S., Walker A., MacLeod MJ.. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*. 2004 Sep;18(9):607-13. doi: 10.1038/sj.jhh.1001721. PMID: 15029218.
 105. Ergün UG., Yıldırım MY., Alparslan N.. Esansiyel hipertansiyon hastalarında sosyoekonomik düzey farklılığı ve ilaç uyumu. *Türk Aile Hek. Derg*. 2002; 6(4): 165-171.
 106. Özkara A., Turgut F., Selçoki Y., Kanbay M., Karakurt F., Tekin O. (2008). Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları. *Yeni Tıp Dergisi*, 25(2), 97 - 101.
 107. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. *Arq Bras Cardiol*. 2001 May;76(5):349-54. doi: 10.1590/s0066-782x2001000500001. PMID: 11359183.
 108. Michael H. Alderman, Barriers to blood pressure control, *American Journal of Hypertension*, Volume 12, Issue 12, December 1999, Pages 1268–1269,
 109. Merlo, J. (2003). Multilevel analytical approaches in social epidemiology: measures of health variation compared with traditional measures of association.

110. Aslan, H , Çetkin, T , Demir, R . "Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services" . Cukurova Medical Journal 46 (2021): 1140-1149 <<https://dergipark.org.tr/en/pub/cumj/issue/62102/913997>
111. Atik, D , Karatepe, H , Yuce, U . (2020). The Relationship Between Fluid Control and Disease Adaptation Levels with Symptoms in Patients Undergoing Hemodialysis . Journal of Basic and Clinical Health Sciences , 4 (3) , 264-270 . DOI: 10.30621/jbachs.2020.974
112. Kütmeç Yılmaz C, Kara FŞ. The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. *Perspect Psychiatr Care*. 2021 Jan;57(1):318-325. doi: 10.1111/ppc.12566. Epub 2020 Jun 28. PMID: 32596844.
113. Bozbay, Damla Sebhan, Aytül Belgi Yıldırım, ve Levent Dönmez. "Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde Yatan Hastaların Kronik Hastalık Uyumu Ve İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi." 3. International 21. National Public Health Congress. 2019.

EKLER

EK 1



TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran Hipertansiyon Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin İlaç Tedavisi ve Kronik Hastalık Uyumuna Etkisi				
	Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Eda Çelik Güzel / TNKÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği				
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	27.04.2021				
	Araştırma Protokol Numarası	2021.121.04.16				
	Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/>	Retrospektif <input type="checkbox"/>	Diğer:		
	Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/>	TNKÜ BAP <input type="checkbox"/>	Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer:	
	Araştırmanın Bütçesi	100 ₺				
	Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>			

KARAR BİLGİLERİ
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekte, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------------	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILAR	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ömit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILAR

İmza:

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİK SORGULAMA ANKETİ

1)YAŞI:

2)CİNSİYETİ: a) KADIN b) ERKEK

3)MEDENİ DURUMU: a) EVLİ b) BEKAR

4)KAÇ ÇOCUĞUNUZ VAR?:.....

5)EVİNİZDE KAÇ KİŞİ YAŞIYORSUNUZ:.....

6)YAŞADIĞI YER:a) BÜYÜK ŞEHİR b) ŞEHİR c) İLÇE d) KÖY

7)EĞİTİM DURUMU: a)OKURYAZAR DEĞİL b) İLK OKUL c) ORTAOKUL d) LİSE
e)ÜNİVERSİTE

8)MESLEĞİ: a)ÇALIŞMIYOR b) EMEKLİ c) MASA BAŞI d) BEDENSEL

9)GELİR DÜZEYİ: a) ASGARİ ÜCRET ALTI b) ASGARİ ÜCRET c) ASGARİ ÜCRETİN 2 KATI
d)ASGARİ ÜCRETİN 3 KATI

10)AYLIK GELİRİNİZİ GİDERİNİZE ORANLA NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?: a)GELİR
GİDERDEN AZ b)GELİR GİDERE DENK c)GELİR GİDERDEN FAZLA

11)SAĞLIK GÜVENCESİNE SAHİPMİSİNİZ?: a)EVET b)HAYIR

12)ALKOL KULLANIMI:a) YOK b) NADİREN c) HAFTADA BİR KADEH d) GÜNDE BİR KADEH

13)SİGARA KULLANIMI: a)YOK b) BIRAKMIŞ c) HAFTADA BİR PAKET d) GÜNDE BİR PAKET

14)YEMEKLERİN ÜZERİNE TUZ EKLERMESİNİZ: a)EVET b)KISMEN c)HAYIR

15)GÜNLÜK TUZ TÜKETİMİNİZ NE KADAR: a) 1 ÇAY KAŞIĞI b) 1 TATLI KAŞIĞI c) 1
YEMEK KAŞIĞI

16)HİPERTANSİYON DIŞINDA KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI? : a)EVET
b)HAYIR

17)KRONİK HASTALIĞINIZ VEYA HASTALIKLARINIZ NELERDİR VE TANILARI YAKLAŞIK NE KADAR
SÜRE ÖNCE KONULDU:.....

18)GÜNDE KAÇ ADET İLAÇ İÇİYORSUNUZ: a)1-3 b)3-5 c)5-10 d)10 ve üstü

19)İLAÇLARINIZI HERGÜN DÜZENLİ İÇMEYE DİKKAT EDİYOR MUSUNUZ? a)KESİNLİKLE b)KISMEN
c)HİÇBİRZAMAN

20)HASTANEYE HANGİ SIKLIKTA BAŞVURUSUNUZ:.....

21)SON 5 YILDA KENDİNİZ VEYA YAKININIZ İÇİN HASTANEYE DÜZENLİ BAŞVURUNUZ OLDU MU?
a)EVET b)HAYIR

22)HASTANEDE YATIŞ ÖYKÜNÜZ VAR MI?: a)EVET(neden?....) b)HAYIR

23)HASTANEDE YATIŞINIZ VARSA KAÇ GÜN SÜRDÜ:.....

EK 3

Morisky İlaç Uyum Endeksi

1-Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz ?

EVET

HAYIR

2-İnsanlar bazen unutmanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atlatırlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) var mıydı ?

EVET

HAYIR

3-Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeniyle doktorunuza söylemeksizin almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz ilacınız var mı ?

EVET

HAYIR

4-Seyahat ettiğiniz veya evinizden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınıza almayı bazen unutur musunuz ?

EVET

HAYIR

5-Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı ?

EVET

HAYIR

6-Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz aman ilacınızı almayı bırakır mısınız ?

EVET

HAYIR

7-Hergün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hisseder misiniz ?

EVET

HAYIR

8-Tüm ilaçlarınızı almakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?

A-NADİREN/HİÇ BİR ZAMAN B-ARADA BİR C-BAZEN D-GENELLİKLE E-HER ZAMAN

EK 4

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği					
	Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımdan dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.)					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımdan dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığımız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastalığımdan dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					