



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİ
UYUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Özge ÖZSOY

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

Haziran, 2021

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİ
UYUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Özge ÖZSOY
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL

Haziran, 2021

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Özge ÖZSOY'un hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

Unvan, Ad, Soyad
Kurumu

Jüri Üyeleri

İMZA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

.....

Üyeler

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

Doç.Dr. Can ÖNER

.....

Tez Savunma Tarihi: ... /06/2021

Yazar Bildirimi

“HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Özge ÖZSOY;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Haziran, 2021

Dr. Özge ÖZSOY

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu tez herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.

Dr. Özge ÖZSOY



Teşekkür

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içinde eğitimime katkıda bulunan tüm değerleri hocalarıma;

Asistanlık eğitimi sırasında bilgi ve deneyimleri ile desteğini esirgemeyen, tez danışmanlığının yanı sıra her daim desteğini hissettiğim değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu'ya;

Hekimliğe ve hayata dair farklı bakış açıları kazandıran, bilgi birikimi ve deneyimleri ile ufkumuzu açan, idari ve eğitim sorumlumuz saygıdeğer hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sargın'a;

Asistanlık sürecinde bana destek olan ve bu sürecin verimli ve keyifli geçmesini sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma;

Çok kıymetli dostlarım Deniz Arıoğlu Işkın, Ahmet Işkın ve Gülşah Sarı'ya

Tüm hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim çok değerli ailem kıymetlilerim annem Hatice Özsoy, babam Şerif Özsoy'a

Her anımda sonsuz sevgileri ile bana şanslı olduğumu hissettiren hem meslektaşım hem kardeşlerim Dr Öğr. Üyesi Özlem ÖZSOY'a, Dr Öğr. Üyesi Işıl ÖZSOY Saygın'a, Dr Öğr. Üyesi Efe Saygın ve hayatımın güneşi Ege Saygın'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özge ÖZSSOY

Özet

HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELEMESİ

AMAÇ: Hipertansiyon ciddi bir halk sağlığı sorunu olup, hipertansiyona karşı birinci basamak sağlık hizmetinin verilmesi, erken tanı konulması ve bilinçli hasta grubunun oluşması gelişebilecek komplikasyonları önlemek adına çok önemlidir. Hipertansif bireylerin yaşam tarzı değişikliğini benimsemesi ve medikal tedavi önerilerine uyum sağlaması tedavinin temelidir. Bu çalışmada hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum düzeylerini araştırmak, tedaviyi etkileyen ilişkili faktörleri ortaya koymak amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine 15.02.2021-15.05.2021 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstündeki hipertansiyon tanılı tedavi alan bireyler çalışmaya katılımı sağlanmıştır. 18 yaş altı bireyler, iletişim engeli olan, psikiyatrik bir hastalık sebebiyle takip edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri, hipertansiyon ile ilgili özellikleri ve diyet alışkanlıklarını ölçmek için hazırlanan sorulardan oluşan anket formu ile Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve hastaların tedavi uyumunu etkileyen duygu durum özelliklerini saptamak için DASS-21 ölçeği hastalara yüz yüze görüşme sırasında tarafimca uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya anketleri tam olarak dolduran 200 hasta dahil edildi. Çalışmaya katılan hastaların %73,8'i kadın %26,2'si erkekti. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 58,21±11,86 yıl olarak hesaplandı. Çalışmamızda hipertansiyon hastaları tedavi uyumu oldukça yüksekti (%86.5). HBHTUÖ beslenme alt grup puanları incelendiğinde yaş ilişkisi ile tedavi uyumu ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sigara veya alkol alan hastaların HBHTUÖ görüşme alt puanının sigara veya alkol kullanmayan hastalarda tedavi uyumunun güçlü derecede yüksek olduğu görüldü. Depresyon şiddeti yüksek olan hastaların hipertansiyon tedavisine uyum oranı da anlamlı derecede düşmekteydi. Anksiyete şiddeti azaldıkça

hipertansiyon tedavi uyumu orta düzeyde artmaktadır. Stres şiddeti azaldıkça hipertansiyon tedavi uyumu orta düzeyde artmaktadır.

SONUÇ: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum oranları yüksek saptanmış ve tedaviye uyumu etkileyen birçok faktör saptanmıştır. Hipertansiyon ciddi bir halk sağlığı sorunu olup, hipertansiyon tedavisine tam uyum sağlamak hastalığın yan etkilerine karşı bilinç oluşturmak ve erken teşhis amacıyla toplumun bilgilendirilmesi ve hipertansiyonu kontrol altına almak için hastaların tedaviye ve yaşam tarzı önerilerine uyum sağlaması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Hill-Bone Tedaviye Uyum Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Tedaviye Uyum.

Abstract

EVALUATION OF TREATMENT ADAPTATION OF HYPERTENSION PATIENTS WITH HILL-BONE HYPERTENSION ADJUSTMENT SCALE AND DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE

AIM: Hypertension is a serious public health problem, and it is very important to provide primary health care services against hypertension, to make an early diagnosis and to form a conscious patient group in order to prevent possible complications. Adopting lifestyle changes and adapting to medical treatment recommendations is the basis of treatment for hypertensive individuals. In this study, it was aimed to investigate the level of adherence to treatment in patients with hypertension and to reveal the associated factors affecting treatment.

MATERIALS and METHODS: Individuals over the age of 18 who applied to Prof Dr Süleyman Yalçın City Hospital Family Medicine outpatient clinic between 15.02.2021 and 15.05.2021 for any reason and accepted to participate in the study were included in the study. Individuals under the age of 18, patients with communication disabilities, and those followed for a psychiatric illness were excluded from the study. A questionnaire form consisting of questions prepared to measure the sociodemographic characteristics, hypertension-related characteristics and dietary habits of the patients, the Hill-Bone Hypertension Treatment Adherence Scale and the DASS-21 scale to determine the mood characteristics that affect the treatment compliance of the patients were administered by me during the face-to-face interview.

RESULTS: 200 patients who filled out the questionnaires were included in the study. 73.8% of the patients participating in the study were female and 26.2% were male. The mean age of the participants in the study was calculated as 58.21 ± 11.86 years. In our study, compliance with treatment in hypertension patients was quite high (86.5%). When the HBHTUÖ nutrition subgroup scores were examined, the relationship between age and adherence to treatment was found to be statistically significant. It was observed that the HBHTUÖ, interview sub-score of patients who smoked or consumed alcohol was strongly high in patients who did not smoke or drink

Abstract

alcohol. The rate of compliance with hypertension treatment was also significantly lower in patients with high depression severity. As anxiety severity decreases, hypertension treatment compliance moderately increases. As the severity of stress decreases, hypertension treatment compliance increases moderately.

CONCLUSION: Treatment compliance rates of hypertension patients were found to be high and many factors affecting adherence to treatment were determined. Hypertension is a serious public health problem, and it is important that patients comply with treatment and lifestyle recommendations in order to fully comply with hypertension treatment, to raise awareness of the side effects of the disease and to inform the society for early diagnosis and to control hypertension.

Key Words: Hypertension, Hill-Bone Treatment Adherence Scale, Depression Anxiety Stress Scale, Treatment Adherence.

İçindekiler

Tablo Listesi	xi
Grafik Listesi	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI	2
2.2. HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ	2
2.3. HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI	3
2.4. HİPERTANSİYONDA TARAMA	5
2.5. HİPERTANSİYONUN BELİRTİLERİ	5
2.6 KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ	6
2.6.1. Ofiste Kan Basıncı Ölçümü	6
2.6.2. Ofis Dışı Kan Basıncı Ölçümü	6
2.6.3. Evde Kan Basıncı Ölçümü	6
2.6.4. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü	7
2.7. BEYAZ ÖNLÜK HİPERTANSİYONU VE MASKELİ HİPERTANSİYON	7
2.8. KLİNİK DEĞERLENDİRME	7
2.8.1. Tıbbi öykü	7
2.8.2. Fizik Muayene	8
2.9. HİPERTANSİYONUN RİSK FAKTÖRLERİ	9
2.10. HİPERTANSİYONUN KOMPLİKASYONLARI	9
2.11. HİPERTANSİYONUN TEDAVİSİ	9

2.11.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri.....	9
2.11.2. Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavisi.....	10
2.12. YAŞLI HASTALARDA HİPERTANSİYONA YAKLAŞIM	14
2.13. TEDAVİYE UYUM VE HİLL-BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	20
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	20
3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	20
3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	20
3.5. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI	20
4. VERİ ANALİZİ.....	22
5. BULGULAR	23
6. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER.....	50
5.1. TARTIŞMA	50
5.2. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	54
Kaynaklar	56
Ekler	65

Tablo Listesi

1.	ESH/ ESC Kılavuzu 2018 Ofis Kan Basıncı Değerlerinin Tanımları	2
2.	ESH/ESC Kılavuzu' na Göre Kan Basıncı Seviyeleri ile Kan Basıncı Düşürücü Tedavinin Başlanma Tablosu	4
3.	Yetişkinlerde Kan Basıncına Göre Sınıflama Tablosu (≥ 18 yaş)	4
4.	2017 ACC/AHA Hipertansiyon Kılavuzu Sınıflaması	5
5.	2018 ESH/ESC Hipertansiyon Kılavuzu Sınıflaması	5
6.	Yaşa Göre Sekonder Hiper Tansiyon Nedenleri ve Sıklıkları	15
7.	2018 ESC/ESH HT Kılavuzuna Göre İlaç Önerileri	16
8.	Değişik Koşullarda Antihipertansif İlaç Seçimi.....	16
9.	Sosyodemografik Özellikler	24
10.	Hastaların Yaş Dağılımı	25
11.	Yaşam Ortamı İle İlgili Özellikler	26
12.	Tedavi İle İlgili Özellikler	26
13.	Bireysel Alışkanlıklar	27
14.	Kronik Hatalıklar	28
15.	DASÖ-21'e Verilen Cevaplar	29
16.	DASÖ-21 Alt Boyut Puanları.....	30
17.	DASÖ-21 Alt Boyut Grupları.....	31
18.	Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği' ne Verilen Cevaplar	32
19.	Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları	33
20.	DASÖ-21 Depresyon Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki.....	35
21.	DASÖ-21 Anksiyete Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki.....	36

22. DASÖ-21 Stres Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki	38
23. DASÖ-21 Depresyon Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar Ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki.....	39
24. DASÖ-21 Anksiyete Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki.....	39
25. DASÖ-21 Stres Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar Ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki	40
26. Hill-Bone Toplam Puan İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki	42
27. Hill-Bone Medikal Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki	43
28. Hill-Bone Beslenme Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki	44
29. Hill-Bone Görüşme Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki	45
30. Hill-Bone Toplam Puan İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki	46
31. Hill-Bone Medikal Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki	46
32. Hill-Bone Beslenme Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki	47
33. Hill-Bone Görüşme Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki	48
34. DASÖ-21 ve Hill Bone Ölçekleri Korelasyon Analizi.....	49

Grafik Listesi

1.	Hastaların Yaş Dağılım Histogramı	25
2.	DASÖ-21 Alt Boyut Puanları.....	30
3.	DASÖ-21 Alt Boyut Grupları.....	31
4.	Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanları	34
5.	Cinsiyete Göre DASÖ-21 Anksiyete Puanı.....	37
6.	Sigara Veya Alkol Kullanımına Göre DASÖ-21 Stres Puanı.....	41
7.	Sigara Veya Alkol Kullanımına Göre Hill-Bone Görüşme Puanı.....	48

Kısaltmalar

ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
ARB	Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
DKB.....	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC.....	Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	Avrupa Hipertansiyon Derneği
HBHTUÖ	Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
HT	Hiper Tansiyon
JNC	American Joint National Committee
KB.....	Kan Basıncı
PatenT.....	Türkiye Prevalans Çalışması
PatenT2.....	Türkiye Prevalans Çalışması 2
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TEKHARF.....	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
VKİ	Vucut Kitle İndeksi

GİRİŞ ve AMAÇ

Art arda yapılan ölçümlerde arteriel kan basıncının 140/90 mmHg den daha yüksek olması hipertansiyon (HT) diye tanımlanır. Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ile seyreden, sistemik bir hastalık olup, ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda sık olarak görülmesi sebebiyle ciddi bir sağlık problemidir[1]. Kardiyovasküler mortalitenin önde gelen nedenlerinden biri olup dünyada her yıl 7.5 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır ve bu küresel ölümlerin %12,8'ini oluşturmaktadır [2] Hipertansiyon; kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı, erken ölüm ve yetiyitimi kayıplarına neden olup sağlık ve ekonomi alanında ciddi anlamda kayba neden olmaktadır. Ancak biliniyor ki hipertansiyon önlenabilir ve tedavisi olan bir hastalıktır.[3] Türkiye verileri incelendiğinde 2003 yılında PatenT (Prevelance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey) analizi ile ülkemizde hipertansiyon prevelansı %31.8 olarak bulunmuştur. HinT analizinde, PatenT Çalışması hastaları 4 yıl sonra değerlendirilmiş[4]. Toplam 4 yıllık hipertansiyon insidansı % 21.4; 65 yaş üstü bireylerde en fazla %43,3'e saptanmıştır[5]. Hipertansiyon tedavisinde yetersiz bağlılık, dünya genelinde artış gösteren bir sorundur. Yetersiz bağlılık, nedeniyle ilaçlardan etkin verim alınamamaktadır. Sonuç olarak tıbbi ve psikososyal komplikasyonlara neden olmakta, hastanın yaşam standardı azalmakta, ilaca olan direnç olasılığını artırmakta ve sağlığa olan kaynakların boşa gitmesi ile sonuçlanmaktadır[6, 7]

Tedavi uyumu ve ilişkili faktörlerin tespitinde amaç geri döndürülebilir risk faktörlerinin ve organ hasarının durumunu kontrol etmektir. Çalışmamızda hipertansiyon tedavisi alan hastaların tedavi uyumlarını ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI

Kılavuzlarda sistolik kan basıncının (SKB) 140 mm/Hg, diyastolik kan basıncının (DKB) da 90 mm/Hg dan yüksek olması ya da hastanın antihipertansif ilaç alıyor durumu hipertansiyon olarak tanımlanır. Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ve bunun sonucunda sistemik bir hastalık olup, ciddi komplikasyonlara yol açar ve çok fazla görülmesi dolayısı ile önemli bir sağlık problem haline dönüşmüştür[1].Tanımlanan bu değerler çocuklar ve ergenler için gelişim persentil eğrileri baz alınmalıdır.[8]

Tablo 1. ESH/ ESC Kılavuzu 2018 Ofis Kan Basıncı Değerlerinin Tanımları

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Optimal	< 120	ve	< 80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İSH	≥ 140	ve	<90

2.2. HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Hipertansiyon gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en çok karşılaşılan kardiyovasküler hastalıktır. Dünyada ortalama bir milyar insanda görülmektedir. Yaşlılarda özellikle 60 yaşın üstündeki kişilerin %60'ından çoğu hipertansiyon hastası olduğu görülür[9]. Ülkemize bakıldığında; yaklaşık olarak 15-16 milyon hipertansif hastanın varlığı öngörülmektedir. Türkiye’de hipertansiyon sıklığı ile ilgili ilk geniş çapta çalışma “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışmasıdır[10] . 1990 da yapılan bu çalışma analizine göre HT sıklığı %33,7 olup, 2000 yılı araştırmalarına göre hipertansiyon sıklığı erkek

nüfusta %38, kadın nüfusta %46 bulunmuştur[10] . 2003 yılında PatenT (Prevelance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey) çalışması ile Türkiye’de hipertansiyon prevelansı %31.8 bulunmuştur [4]. PatenT çalışmasının devamı şeklinde olan ve PatenT çalışmasındaki hasta grubunun yeniden çalışmaya dahil edildiği HinT’e (Hypertension Incidence in Turkey) göre Hipertansif birey oranı Türkiye’de %21.3’tür [5].

2.3. HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI

Hipertansiyon etiyolojiye göre, organ tutulumuna göre veya kan basıncı düzeyine göre farklı gruplarda sınıflandırılabilir;

Etiyolojik olarak hipertansiyon gruplandırılırsa; yüksek tansiyonu olanların %95’i primer (esansiyel) hipertansiyon olup, %5’inde ise kronik böbrek hastalığı, renal arter stenozu, aşırı aldosteron salınımı, uyku apnesi, ilaçlar, feokromasitoma gibi saptanabilen bir nedene bağlı sekonder hipertansiyon vardır[11] .

Hedef organ hasarı varlığına göre hipertansiyon; A düzeyi, B düzeyi ve C düzeyi olarak isimlendirilir, tedavi şekli ve prognoz ayarlanır[12].

Kan basıncına göre hipertansiyonun saptanmasında en fazla kullanılan gruplandırmalardan biri “American Joint National Committee” (JNC) ‘nin 2014 yılında yapmış olduğu JNC VIII kılavuzunun sınıflaması, bir diğeri ise güncel kılavuz “Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği” nin(ESH/ESC) 2018 yılında yayınladığı arteriyel hipertansiyon kılavuzudur. [13, 14]

Tablo 2. ESH/ESC Kılavuzu' na Göre Kan Basıncı Seviyeleri ile Kan Basıncı Düşürücü Tedavinin Başlanma Tablosu

Kan basıncı seviyesi	Yüksek-normal kan basıncı	1. Derece HT	2. Derece HT	3. Derece HT
Kan basıncı aralığı	130-139 Sistolik 85-89 Diyastolik	140-159 Sistolik 90-99 Diyastolik	160-179 Sistolik 100-109 Diyastolik	≥ 180 Sistolik ≥ 110 Diyastolik
	Yaşam şekli önerileri	Yaşam şekli önerileri	Yaşam şekli önerileri	Yaşam şekli önerileri
	Koroner arter hastalığı (KAH), kardiyovasküler hastalık (KVH) olan çok yüksek riskli hastalarda ilaç tedavisi düşün	KVH, renal hastalık veya HBOH olan yüksek veya çok yüksek riskli hastalarda acil ilaç tedavisi	Tüm hastalarda acil ilaç tedavisi	Tüm hastalarda acil ilaç tedavisi
	Tedavi	KVH, renal hastalık veya HBOH olmayan düşük orta riskli hastalarda 3-6 ay yaşam tarzı değişikliği sonrası KB kontrol altında değilse ilaç tedavisi	Hedef 3 ayda kan basıncı kontrolü sağlamak	Hedef 3 ayda kan basıncı kontrolü sağlamak

Tablo 3. Yetişkinlerde Kan Basıncına Göre Sınıflama Tablosu (≥ 18 yaş)

Sınıflandırma	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	veya	90-99
Evre 2 HT	≥ 160	veya	≥ 100

HT:Hipertansiyon SKB:Sistolik kan basıncı DKB:Diastolik kan basıncı

Tablo 4. 2017 ACC/AHA Hipertansiyon Kılavuzu Sınıflaması

Kan basıncı	SKB		DKB
Normal	<120mmHg	ve	<80mmHg
Yüksek	120-129mmHg	ve	<80mmHg
Evre 1 HT	130-139mmHg	veya	80-89mmHg
Evre 2 HT	≥140mmHg	veya	≥90mmHg

HT:Hipertansiyon SKB:Sistolik kan basıncı DKB:Diastolik kan basıncı

Tablo 5. 2018 ESH/ESC Hipertansiyon Kılavuzu Sınıflaması

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥180	ve/veya	≥110
İzole sistolik HT	≥140	ve	<90

2.4. HİPERTANSİYONDA TARAMA

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu aile hekimliği uygulamasında periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri rehberinde; erişkinlik döneminde, 18 yaş üzeri tüm hastalara, yılda en az bir kez tansiyon ölçümü önerilmektedir. Hipertansiyonu erken tanı ve organ hasarı benzeri komplikasyonları engellemek için 3-18 yaş arasındaki tüm çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önerilmektedir[15].

2.5. HİPERTANSİYONUN BELİRTİLERİ

Hipertansiyonun; damarlarda, beyinde, kalpte, böbreklerde ve gözde hasarlara neden olması “hedef organ hasarı” diye isimlendirilir. Başlıca görülen belirtiler; halsizlik, baş ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, burun kanaması, yürürken ve merdiven çıkarken zorlanma, noktüri ve bacaklarda ödem şeklindedir[16].

2.6 KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

Ayrı zamanlarda tekrarlayan ölçümlerle yükseklik düzeyi tespiti akabinde HT'nin hangi aşamada bulunduğu [17].

2.6.1. Ofiste Kan Basıncı Ölçümü

Oskülte ederek veya osilometrik yarı otomatik veya otomatik tansiyon aleti KB'nı ölçmek için doktor ofislerinde kullanılır. Bu aletler standardize koşul ve protokoller bakımından ayarlı olmalıdır [18, 19]. KB'nin üst koldan ölçülmesi önerilir ve manşon büyüklüğü kol çevresine göre tercih edilmelidir. Daha fazla KV risk bulunduran, kollar arasında ciddi (>15 mmHg) ve tutarlı sistolik KB farklılığı olması halinde KB düzeyleri daha fazla olan koldaki ölçüm baz alınır [14, 20]. Yaşlı, diyabetik bireylerde ve ortostatik hipotansiyonun fazla görüldüğü veya olasılığının olduğu hallerde ayağa kalktıktan 1 dakika ve 3 dakika sonra KB ölçümüne bakılmalıdır. Ayağa kalktıktan sonraki 3 dakikada sistolik KB'de >20 mmHg veya diyastolik KB'de >10 mmHg azalma diye tariflenen ortostatik hipotansiyonun mortalite ve KV hastalıklar için kötü bir prognozla bağlantısı bulunmuştur [18, 21]. KB düzeyine bakmadan evvel hastanın 5 dk süreyle rahat, sessiz bir ortamda oturmasına müsaade edin. Manşon kalp düzeyinde bulunmalı, kas kasılması ve izometrik egzersize bağlı kan basıncı yükselmelerini engellemek amacıyla sırt ve kol desteklenmeli. 1-2dk arayla üç KB bakılmalı. İlave ölçümler yalnızca ilk iki KB arasında >10mmHg'dan fazla farklılık durumunda bakılmalı. Son 2 kan basıncının ortalama düzeyi kayıt altına alınmalı [18].

2.6.2. Ofis Dışı Kan Basıncı Ölçümü

Ofis dışı kan basıncı EKBÖ veya AKBÖ demektir, ikincisi genellikle 24 saatten fazla ölçülür [18].

2.6.3. Evde Kan Basıncı Ölçümü

Evde KB yarı otomatik kan basıncı monitörüyle elde edilen KB değerlerinin ortalama düzeyidir. Klinik muayene gününden en az 3 gün hatta 6-7 gün önce sabah ve akşam hastanın kol ve sırtı destekli bir şekilde otururken, 5

dk sessiz ve sakin ortamda sonra bakılmalıdır. Her ölçüm 1-2 dk arayla 2 ölçüm bakılmalıdır[18, 22].

2.6.4. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü

Ortalama 24 saat boyunca ölçülen kan basıncı düzeylerinin ortalamasını alır. Alet 15-30 dk aralıklarla kan basıncını kaydeder. Hastanın günlük alışkanlıkları ve uyku da geçirdiği vakit de kaydedilebilir. Minimum %70 kullanılabilir KB kaydı anlamlı bir ölçüm için yeterlidir[18].

2.7. BEYAZ ÖNLÜK HİPERTANSİYONU VE MASKELİ HİPERTANSİYON

Beyaz önlük hipertansiyonu muayene alanında düzeyi fazla KB değeridir, fakat AKBÖ veya EKBÖ'de normal KB düzeyleri ölçülür. Fakat, maskeli hipertansiyon normal ofis ölçümleri ile ama sürekli olarak normalden fazla olan AKBÖ/EKBÖ değerleri ile kendini gösterir. Maskelenmiş hipertansiyonu olan hastalarda KVH ve tüm sebeplere bağlı ölüm riski, süreklilik gösteren hipertansiyonu olanlara benzer ve normal KB'li hastalardan ortalama iki kat daha fazladır. Bazı verilerde, beyaz önlük hipertansiyonu bulunan bireylerde KVH komplikasyonları riskinde az miktarda artış görülmüştür. 130 mm Hg'den daha fazla fakat 160 mm Hg'den daha az sistolik KB veya 80 mm Hg'den daha fazla fakat 100 mm Hg'den daha az diyastolik KB'si olan bireylerde, tanı almadan evvel AKBÖ veya EKBÖ bakılarak beyaz önlük hipertansiyonu araştırmak doğru olur. AKBÖ veya EKBÖ ile maskelenmiş hipertansiyon taraması, tedavi edilmemiş muayene KB'si devamlı sistolik 120-129 mmHg veya diyastolik 75-79 mmHg olan bireyler için uygundur [23].

2.8. KLİNİK DEĞERLENDİRME

2.8.1. Tıbbi öykü

ESC/ESH 2018 kılavuzu incelendiğinde, risk faktörlerine bakıldığında: ailede ve hastada hipertansiyon, KVH, inme, renal hastalık öyküsü, ailede ve kişide risk faktörleri bulunma durumu, sigara bağımlılığı, beslenme tipi, tuz kullanma miktarı, alkol kullanımı, fiziksel egzersiz/sedanter yaşam

durumu, erektil disfonksiyon öyküsü, uyku düzeni, horlama, uyku apnesi, gebelikte hipertansiyon, preeklampsi araştırılmalıdır. Hipertansiyona bağlı end organ hasarı, KVK, inme, renal hastalık bakımından geçmiş ve semptomların araştırılması baş ağrısı, vertigo, senkop, görme bozukluğu, geçici iskemik atak, duyuşal veya motor defisit, inme, karotid revaskülarizasyonu, bilişsel bozulma, demans (özellikle yaşlılarda), göğüs ağrısı, nefes darlığı, ödem, miyokard infarktüsü, koroner revaskülarizasyon, çarpıntı öyküsü, aritmiler (özellikle atrial fibrilasyon), kalp yetmezliği, susuzluk, poliüri, noktüri, hematüri, idrar yolu enfeksiyonu, soğuk ekstremiteler, ağrısız yürüme uzaklığı, dinlenme esnasında ağrı, periferik revaskülarizasyon, ailede ya da hastada kronik böbrek hastalığı öyküsü (örneğin polikistik böbrek) araştırılmalıdır. Antihipertansif ilaç bakımından şu an /önceki antihipertansif ilaçlar ve eski ilaçlara toleranssızlık, tedaviye uyum araştırılmalıdır[18].

2.8.2. Fizik Muayene

Fizik muayenede hipertansiyon ile ilgili end organ hasarına bakılmalıdır. Sekonder hipertansiyon açısından fizik muayene çok önemlidir [24]. Fizik muayenede dikkat edilecek hususlar; kalibre edilmiş bir ölçekte boy, kiloya bakılır, vücut kitle indeksi değerlendirilir, bel çevresi hesaplanır. Hipertansiyona bağlı end organ hasarı bakımından; nörolojik durum incelenir. Hipertansif retinopati olup olmadığı fundoskopik muayene ile değerlendirilir. Kalp ve karotis arterlerin palpasyonu ve oskültasyonu bakılır. Periferik arterler muayene edilir. Her iki kolda bakılan kan basıncı kıyaslanır. Sekonder hipertansiyon bakımından; dermatolojik lezyonlar incelenir, nörofibromatozda ortaya çıkan cafe au lait lezyonları feokromasitoma için tipiktir. Polikistik böbrek varlığı açısından böbrek böbrekler muayene edilir. Aort koarktasyonu veya renovasküler hipertansiyonu düşündüren üfürümler için kalp ve renal arterler muayene edilir. Aort koarktasyonunu ekarte etmek için radyal ve femoral pulsasyon kıyaslanır. Cushing hastalığı ve akromegali açısından hasta değerlendirilir. Tiroid hastalıkları açısından muayene edilir [18].

Kardiyovasküler hastalık riski, endorgan hasarını ve sekonder hipertansiyonu değerlendirmek için, bazı temel laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır. Araştırılacak tetkikler tabloda belirtilmiştir [25].

2.9. HİPERTANSİYONUN RİSK FAKTÖRLERİ

Esansiyel hipertansiyona yatkınlığı elbette genetik yatkınlık etkilemektedir ancak majör risk faktörleri; sigara öyküsü, total kolesterol >240mg/dl veya LDL kolesterol >160mg/dl olması, erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşı geçmiş olma, diyabet varlığı, serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili aile öyküsü bulunmaktadır [9].

2.10. HİPERTANSİYONUN KOMPLİKASYONLARI

Etkin takip ve tedavi edilmediği durumlarda kardiyovasküler, renovasküler, serebrovasküler ve göz ile ilgili endorgan hasarları çıkmaktadır[26].

2.11. HİPERTANSİYONUN TEDAVİSİ

Kronik hastalıklarda etkinliği yakın takip, uygun medikal tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri belirler. Tedavide SKB'nin 140 mmHg altına ve DKB'nin 90 mmHg altına çekilmesi istenmektedir. Diyabetes mellitus tanılı hastalarda ise DKB hedefi 85 mmHg'nin altına çekilmelidir[8]. JNC-8 Kılavuzu 2014 baz alındığında amaç SKB için 140 mmHg'nin altı ve DKB için 90 mmHg'nin altına tansiyon değerini çekmektir fakat istisnai durum 60 yaş üzeri hipertansif kişilerde sistolik 150 mmHg altı diastolik 90 mmHg altına çekmektir[27, 28].

2.11.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Bireyin ölçülen tansiyon değerleri (sistolik 120–139 mmHg, diyastolik 80–89 mmHg) ise yaşam tarzı değişikliğinin önemi mutlaka belirtilmelidir[25].

Sağlık Bakanlığı araştırmalarına bakıldığında Türkiyede yetişkin popülasyonun %64.9'unun normal vücut kilosundan fazla olduğu (%34.6 fazla kilolu, %30.3 obez) görülmüştür [25, 29]. Hastanın beden kitle indeksi fazla ise (ağırlığının en az %5–10'u kadar kilo kaybı)'nın gerekliliğinin önemi anlatılmalıdır[25].

Günlük sodyum kullanımı 2–2.4 g (5–6 g tuz) ile kısıtlandırılmalıdır [14, 25, 30]. Türkiye'de SALTURK verileri incelendiğinde günlük tuz kullanımının

epey fazla bulunduğu (yaklaşık 15 g/gün) ve bunun hipertansiyona ve komplikasyonların oluşmasına sebep olduğu belirtilmiştir [25, 31, 32].

Hipertansiyon tanılı bireylerin diyetinde sebze ve meyveye daha fazla yer verilmeli, az yağlı gıdalar, tam tahıl, sebze kaynaklı protein ve haftada en az iki kez balık bulunmalıdır. İşlenmiş ve aşırı yağ, rafine şeker ve tuz kullanımından sakınılmalıdır [25]. Kahve ve kafein içeren gıdaların fazlaca tüketimi azaltılmalıdır [33].

Hipertansiyon tanılı bireylerin sigara bağımlılığı var ise mutlaka bırakmasının önemi anlatılmalıdır [25]. Sağlık Bakanlığı 2016 verileri analiz edildiğinde ≥ 15 yaş bireylerin %26.5'i halen sigara kullandığı görülmektedir. Sigara içme oranı erkeklerde (%40.1) olup, kadınlardan (%13.3) daha fazladır [25, 34].

Alkol kullanımı erkekte 20-30 gram/gün etanol, kadında 10-20 gram/gün etanolden fazla olmamalıdır[33].

Hipertansiyon tanılı hastalarda end organ hasarını önlemek açısından mutlaka yaşam tarzı değişiklikleri anlatılmalı ancak bu tedavi etkinliği ve verimi açısından yeterli değildir. İlaç tedavisinin de en uygun olacak şekilde ayarlanmalıdır. En etkin yaşam tarzı değişiklikleri [8];

- a) Sigara kullanımının bırakmak
- b) Tuz kullanım miktarını azaltmak
- c) Fazla kilolu olmayı engellemek
- d) Beslenme tipini düzenli hale getirmek
- e) Düzenli egzersiz yapmak
- f) Alkol tüketim miktarına dikkat etmektir

2.11.2. Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavisi

Hipertansiyon tanılı kişilerde hastanın kan basıncı değerleri, cinsiyeti, yaşı, gebelik durumu, end organ hasarı durumu değerlendirilerek en uygun ilaç grubu düzenlenmelidir. Monoterapi veya kombinasyon tedavisi ayarlanmalıdır. Veriler analiz edildiğinde kombinasyon tedavisinin verimi

monoterapide tercih ettiğimiz ilaç dozunun yükseltilmesinden daha iyi olduğu görülmüştür[35].

Başlangıçta SKB amaçlanan düzeyin 20 mmHg, DKB 10 mmHg üstünde ise kombinasyon tedavisi düzenlenebilir[8].

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar 5 grupta belirtilmiştir. Bunlar[36, 37];

1. Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi üzerine etki eden ilaçlar

A. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri

B. Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)

C. Renin inhibitörleri

D. Aldosteron inhibitörleri

2. Diüretikler

3. Adrenerjik sistem blokerleri

A. Merkezi etkililer

B. Periferik etkililer

a) Adrenerjik nöron blokerleri

b) Ganglion blokerleri

- Adrenerjik reseptör blokerleri

- Alfa reseptör blokerleri

- Beta reseptör blokerleri

- Mikst etkililer (alfa ve beta reseptör blokerleri)

4. Vasküler düz kas üzerine etki eden ilaçlar

A. Kalsiyum antagonistleri

B. Potasyum kanal açıcılar

C. Direkt vasküler düz kası gevşeten ilaçlar

5. Diğer ilaçlar

A. Nötral endopeptidaz peptid inhibitörleri

B. Endotelin-1 reseptör blokerleri

JNC 8 hipertansiyon kılavuzuna göre ilaç tedavisine başlama zamanı ve ilaç grubu önerileri;

1: >60 yaş: sistolik KB ≥ 150 mmHg veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg ise medikal tedaviye geçilmelidir(güçlü öneri-Grade A).

2 :<60 yaşta diyastolik KB ≥ 90 mmHg ise medikal tedaviye geçilmelidir (30-59 yaş için, güçlü öneri-GradeA; 18-29 yaş için uzman görüşü-Grade E).

3: sistolik KB ≥ 140 mmHg ise medikal tedaviye geçilmelidir (uzman görüşü-Grade E).

4: >18 yaş ve kronik böbrek hastalığı (KBH): sistolik KB ≥ 140 mmHg veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg ise medikal tedaviye geçilmelidir. (uzman görüşü-Grade E).

5: >18 yaş ve diyabetik: sistolik KB ≥ 140 mmHg veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg ise medikal tedaviye geçilmelidir. (uzman görüşü-Grade E)

JNC 8 kılavuzu incelendiğinde 60 yaş üstü popülasyonda hedef KB <150/90mmHg, başlangıçta antihipertansif medikal tedavide tiazid diüretik, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEİ), anjiyotensin reseptör blokeri (ARB) veya kalsiyum kanal blokeri (KKB) önerilmekte. <60 yaşta ise tüm hasta popülasyonunda hedef KB <140/90 mmHg'dir. Siyah ırkta tiazid diüretik veya KKB'nin öncelikte diğer gruplara üstündür. Diyabetiklerde tiazid diüretik, ACEİ, ARB veya KKB, KBH'de ise ACEİ veya ARB ile medikal tedaviye geçilmelidir [28, 33].

2017 ACC/AHA hipertansiyon kılavuzuna değerlendirildiğinde;

Evre 1 HT olan bireylerde (Evre 1: SKB 130-139 ve DKB 80-89 mmHg); aterosklerotik KVB hikayesi, yüksek ASKBV riski, kronik böbrek hastalığı, inme sonrası, periferik arter hastalığı ve DM var ise tıbbi en uygun medikal

ilaca geçilmelidir[23, 38]. ASKVH risk düzeyi $\geq 10\%$ hastalarda tedaviye geçme düzeyi ise 140/90 mmHg olarak belirlenmiştir. 65 yaşından büyüklerde SKB ≥ 130 mmHg ise tedaviye geçilmelidir, hedef <130 mmHg olmalıdır [23]. Tedavide KB hedef düzeyi bireylerde 130/80 mmHg'dan daha az seviyeye getirmektir[23, 38].

İlk etapta tiazid diüretik, ACEİ, ARB ve KKB başlanmalı BB ikinci sırada gerekirse kullanılmalıdır [23].

2018 ESC/ESH hipertansiyon kılavuzuna göre medikal tedaviye başlama zamanı ve ilaç grubu tercihleri;

Yüksek normal KB (SKB: 130–139/DKB: 85–89 mmHg)'da ekseriyetle KAH gibi KVH a sahip çok yüksek riskli bireylerde medikal tedavi başlanabilir. Düşük riskli evre 1 HT(SKB: 140-159/DKB: 90–99 mmHg) düzeyindeki HT' a bağlı end organ hasarı belirlenemeyen düşük-orta riskli bireylerde medikal tedavi başlanabilir. Yaşlı bireylerde SKB evre 1 olan sağlıklı yaşlı bireylerde (65-80yaş arası) antihipertansif tedavi olarak ilaç tedavisi ve YTD izah edilebilir. 65 yaştan küçük popülasyonda SKB'nın 120-129 mmHg aralığına çekilmesi önerilir. 65-80 yaş arası popülasyonda 130- 139 mmHg arasında bir SKB na çekilmelidir. 80 yaştan büyük popülasyonda tolere olabilmeleri durumunda 130-139 mmHg bir SKB olmalıdır. DKB hedefleri risk düzeyi ve ek hastalıklardan bağımsız olarak bütün bireylerde <80 mmHg 'dır [14].

Renin anjiyotensin sistemi blokerleri (anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri): Major kardiyovasküler hastalıkla ve mortalite bakımından [14, 39, 40] ve diğer major ilaç grupları ile [14, 41, 42] benzer şekilde tedavi edicidirler. Hem ACE inhibitörleri hem ARB'ler albuminüriyi düşürmede öteki antihipertansiflerden fazla etkindirler ve diyabetik ve nondiyabetik kronik böbrek yetmezliğine ilerlemeyi yavaşlatırlar[14, 43] . ACE inhibitörleri ve ARB'ler hipertansiyona sekonder end organ hastalıklarına gidişatı azaltırlar[14, 42].

Kalsiyum kanal blokerleri: KB'nı düşürerek inme azaltılmasında etkin bir rol oynarlar, fakat düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliğinin engellemesinde daha az etkindirler[14, 41, 42]. KKB'ler karotisin ateroskleroza gidiş hızını azaltır, sol ventrikül hipertrofisinin gelişmesini

yavaşlatır ve proteinüride farklı kontrollü çalışmalarda beta-blokerlerden daha fazla rol oynamıştır[8, 14].

KKB'lerin elde edilmiş kontrollü çalışma verilerinde dihidropiridin sınıfı (özellikle amlodipin) tercih edilmiştir. Az sayıda nondihidropiridin sınıfının (verapamil, dilitazem) ele alındığı randomize kontrollü çalışmalarda başka ilaçlarla kıyaslanıldığında iki alt grupta etki etme açısından benzer olduğu görülmüştür[14, 41].

Tiazid/tiazid benzeri diüretikler (örneğin klortalidon, indapamid): Tüm kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi engelleme gücü randomize kontrollü çalışmalar ve metaanalizlerle ispatlanmıştır[14, 44]. Diüretikler kalp yetmezliğini tedavi etmede başka gruplar içinde en etkin olan gruptur[14, 42]. İkisi de serum potasyumunu azaltabilirler ve RAS blokerlerinden fazla yan etki potansiyeli olması bakımından, tedavi kesilebilme oranı fazladır[14, 44, 45]. Ek olarak insülin direncini ve yeni oluşan diyabete yol açabilir. (GFR<45mL/dk) ise etki gücü düşer, eGFR <30mL/dk ise etkisizdirler[14].

Beta blokerler: Diğer grup ilaçlar ile mukayese edildiğinde major kardiyovasküler hastalıkları tedavi etmede, inmenin önlenmesinde daha az etkili olmaları dışında genelde benzer etkilidirler[14, 41, 43, 46]. Serebrovasküler hadise, karotis intima-media çapı, aortik sertlik ve küçük arter remodelling gibi organ hasarının tedavisinde RAS blokerleri ve kalsiyum antagonistlerden daha başarısız olduğu görülmektedir[8, 14]. Beta bloker, diüretik ve özellikle kombinasyonları henüz gelişen diyabet riskiyle bağlantılıdır[14, 45].

2.12. YAŞLI HASTALARDA HİPERTANSİYONA YAKLAŞIM

Dünyada artış gösteren yaşlı nüfusuna göre İki bin ellili yıllarda tüm dünya popülasyonunun %20'sinin 65 yaş üstünden oluşacağı öngörülmektedir. Hipertansiyon (HT) prevalansı hem erkek hem de kadınlarda artan yaş ile birlikte eşlik etme düzeyi de artmaktadır. 45-55 yaş arası popülasyonda %30'larda var olan HT eşlik etme sıklığı, 60'lı yaşlardan sonra %60-70'lere yükselmektedir[47, 48]. Ülkemiz HinT verileri incelendiğinde >65 yaş olan bireylerin %43'ünde hipertansiyon bulunmuştur[5]. Hipertansiyon

hastalığının kardiyovasküler hastalıklara neden olma düzeyi yaşlı bireylerde genç bireylerden fazladır [47, 49]. Yaşlı popülasyonda, kardiyovasküler hastalıklar ve tüm sebepli mortaliteler içinde, sistolik kan basıncı diyastolik kan basıncından daha bir ciddi bir sebeptir[50].

JNC 8 kılavuzu incelendiğinde 60 yaş ve üzeri bireylerde $\geq 150/90$ mmHg KB düzeylerinde medikal tedaviye geçilmelidir, istenen KB $< 150/90$ mmHg'dır [28, 38].

2017 ACC/AHA kılavuzu incelendiğinde 65 yaşı geçen bireylerde SKB ≥ 130 mmHg ise tedaviye geçilmelidir, istenen < 130 mmHg 'dır[23].

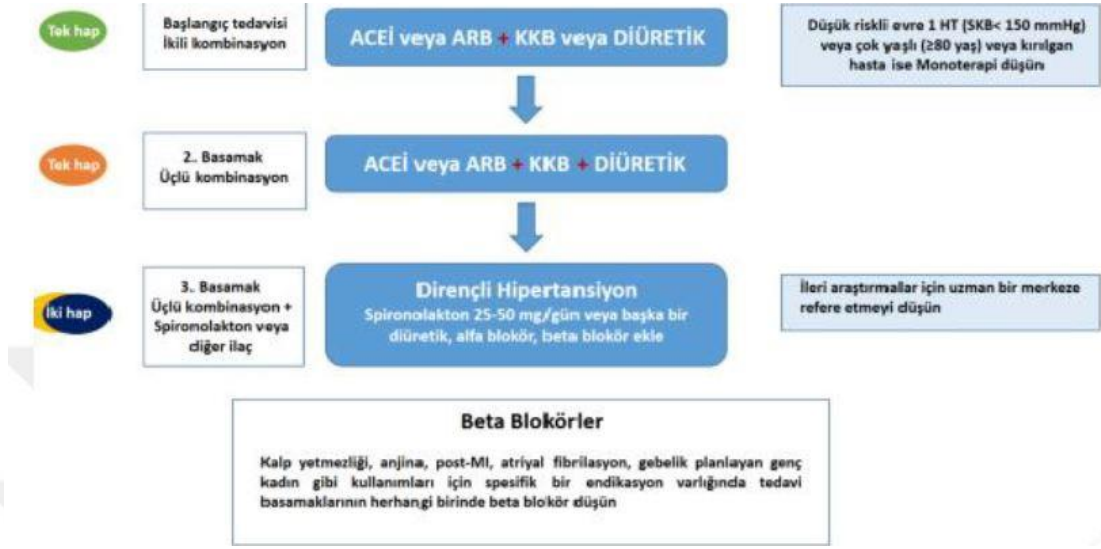
2018 ESC/ESH kılavuzu incelendiğinde 65-80 yaş arası hipertansiyon tanılı bireylerde 130-139 mmHg arasında bir SKB amaçlanmalıdır. 80 yaştan büyük hipertansiyon tanılı bireylerde adapte olabilecekse 130-139 mmHg arasında bir SKB amaçlanmalıdır. DKB hedefleri risk düzeyinden ve ek hastalıklardan ilişkisiz bütün hipertansiyon tanılı bireylerde < 80 mmHg 'dır [14].

Yaşı ≥ 80 olan hipertansiyon tanılı bireylerde medikal tedaviye geçme düzeyi sistolik kan basıncı ≥ 150 mmHg, tedavi hedefi 130–140 mmHg'dir.

Tablo 6. Yaşa Göre Sekonder Hiper Tansiyon Nedenleri ve Sıklıkları

<12 yaşındaki çocuklar	%70-85	Renal parankimal hastalık Aortik koarktasyon Monogenik hastalıklar
Ergenlik çağı (12-18 yaş)	%10-15	Renal parankimal hastalık Aortik koarktasyon Monogenik hastalıklar
Genç erişkinler (19-40 yaş)	%5-10	Renal parankimal hastalık Fibromusküler displazi Monogenik hastalıklar
Orta yaşlılar (40-65 yaş)	%5-15	Primer aldesteronizm Obstruktif uyku apnesi Cushing sendromu Feokromasitoma Renal parankimal hastalık Aterosklerotik renovasküler hastalık
Yaşlılar (>65 yaş)	%5-10	Aterosklerotik renovasküler hastalık Renal parankimal hastalık Tiroit hastalıkları

Tablo 7. 2018 ESC/ESH HT Kılavuzuna Göre İlaç Önerileri



Tablo 8. Değişik Koşullarda Antihipertansif İlaç Seçimi

Subklinik Organ Hasarı	Tercih Edilen İlaç
Sol ventrikül hipertrofisi Asemptomatik ateroskleroz Mikroalbuminüri Böbrek disfonksiyonu	ACEİ, KA, ARB KA, ACEİ ACEİ, ARB ACEİ, ARB
Klinik Olay İnme geçirmesi MI öyküsü Angina pectoris Kalp yetmezliği Atriyal fibrilasyon Tekrarlayan Sürekli Taşıaritmiler SDBY/ Proteinüri Periferik arter hastalığı Sol ventrikül disfonksiyonu İSH Metabolik sendrom Diabetes Mellitus Gebelik Siyah ırk	KBnı düşüren herhangi bir ilaç BB, ACEİ, ARB BB, KA Diüretikler, BB, ACEİ, ARB, AA ARB, ACEİ BB, dihidropiridin dışı KA BB ACEİ, ARB, loop diüretikleri KA ACEİ Diüretikler, KA ACEİ, AR, KA ACEİ, ARB KA, metildopa, BB Diüretikler, KA
ACEİ: ACE inhibitörleri; KA: kalsiyum antagonistleri; ARB: angiotensin reseptörantagonistleri; BB: Beta- bloker; İSH: izole sistolik hipertansiyon	

2.13. TEDAVİYE UYUM VE HILL-BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ

Tedaviye uyum; hastaların komplikasyonları erken önlemek ve hastalığın ilerleyişini yavaşlatmak amacıyla ilaçlarını düzenli kullanması, beslenme tipinin sağlıklı olması ve yaşam tarzı değişikliklerini devam ettirmesi gibi

doktorunun önerilerine tamamiyla dikkat etmesi demektir. Hipertansiyon tedavisinde verimi sağlamak için hastaların tedaviye uyumunu takip etmek; bu sebeple de hastaların ilaçlarını düzenli kullanması, yaşam tarzı değişikliklerine dikkat etmesi, sağlık taramalarını yaptırması ve kan basıncının düzenli bakılması önemlidir[51, 52].

DSÖ yaptığı çalışmalarda tedavi başarısı ve verimliliğini etkileyen sebepleri gruplamıştır. Bunlar;

- 1) Sosyal ve ekonomik kaygılar,
- 2) Hasta ile ilgili sebepler,
- 3) Tedavi ile ilgili sebeple,
- 4) Komorbid hastalık eşlik etmesi,
- 5) Ülkelerin sağlık yapısı ile ilgili sebepler [53].

Hastanın ilaçlarını düzensiz alma öyküsü düzenli olmayan takipsiz kan basıncının en baş sebebidir, ABD'de hipertansiyon için ilaç kullanan kişilerin % 40'ından çoğunda gözlemlenir [54, 55]. Hipertansif bireylerin %12.5'i tansiyon tanısı almalarına rağmen ilaç kullanmamaktadır. Yaş grubu incelemelerde uyum için önemli bir etkendi, <30 yaş bireylerin diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak ≥50 yaş bireylerden hastalığın sebat etmemesi açısından 12 kat fazlaydı. Hastalığın sebat etmeme prevalansı erkeklerde kadınlardan% 31 daha yüksekti [54, 56, 57]. Geniş bir hasta grubu ile yapılan çalışmada Perreault ve ark. çok miktarda poliklinik kontrolünün önemli bir etkisi olmadığını, hastaneye yatışın tedavi uyumu sürdürülebilirliği açısından daha pozitif yönde etkiye sahip olduğu saptamıştır[54, 56]. Caro ve ark. son bir yıl süresince hekime beş veya daha çok muayene olmuş hipertansif bireylerde tedavi uyum ve sürdürülebilirliğin ciddi şekilde arttığını saptamıştır[54, 57]. 2003 PatenT çalışması incelendiğinde, hipertansiyonu var olan hastaların % 40.7'si tanılarının bilincindeydi, yalnızca % 31.1'i ilaç tedavisi kullanıyordu ve yalnızca % 8.1'inin KB'ları istenen ve hedeflenen aralıktaydı[4].

PatenT 2 verilerine bakıldığında ise bu yüzdeler artmış olarak görülmüş olup bireylerin %54,7'si tanılarının bilincindeydi , %47,5'i ilaç alıyordu,

%28,7'sinin kan basıncı hedeflenen aralıktaydı [58]. TEKHARF çalışması incelendiğinde hipertansiyon hastalığı tanısı için gerekli aralıkta bulunan erkeklerin %63'ü, kadınların %74'ü düzenli ilaç tedavisi aldıkları bulunmuştur[59] .

Türkiye'de aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon hastalığı için ilaç alan bireylerin TÜRKSAHA çalışma verileri incelendiğinde, kan basıncı düzeyinin sadece %24.2 civarında istenen aralığa çekildiği görülmüştür [59, 60]. Yaklaşık 60 yaş civarının bulunduğu hipertansif tanılı hasta grubunda bu düzey, %11.2 civarındadır. Yaş grubunun 65 den az olması, eşlik eden komorbiditenin olmaması veya obezite gibi risk faktörlerinin olmaması ve sigara kullanımının olmaması tansiyonun istenen aralığa getirmede bağımsız etkenler içinde bulundu[59].

Hill-Bone Yüksek Kan Basıncı Uyum Ölçeği; hipertansiyon tedavisinin davranışsal üç ciddi çatısı olan azaltılmış tuz tüketimi, randevu takibi ve ilaç kullanım uyumunu gösteren ölçektir. 2000 yılında Kim ve ark. [61] tarafından yapılmıştır. İlaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği alanlarında esansiyel hipertansiyonu olan hastaların takibini anlamak için tercih edilebilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karademir ve ark. [62] tarafından 2009 yılında yapılmıştır.

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ): Lovibond ve Lovibond (1995) ın şahsınca oluşturulan Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) 14'ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres düzeylerine ait totalde 42 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 0 bana hiç uygun değil 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun, şeklinde 4'lü likert tipi bir derecelendirme içerir. Depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin tümünden elde edilen puanların fazla olması, kişinin ilgili problemi taşıdığını ortaya çıkarır. Ters soru içermeyen ölçeğin tüm puanları her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında farklılaşmaktadır. Ölçeğin ülkemizde uyarlaması Akın ve Çetin (2007) ismindeki şahıslar tarafından olmuştur. Ölçeğin adaptasyonunu Sarıçam tarafından (2018) yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları neticesinde; test-tekrar test güvenilirliği $r=.99$, iki yarı güvenilirlik puanları $r=.96$ ve madde-test korelasyonları ise 51 ile.75 arasında bulunmuştur[63].

Tezimizde medikal uyum, beslenme uyumu ve total uyumu ayrı ayrı inceleme fırsatı sunan Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılmıştır. HBHTUÖ, uyumsuzluğun nedenleri ile ilgili sorularla hastaların tedaviye uyum düzeylerini incelenme fırsatı sunan bir ölçektir.



GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırma tanımlayıcı tipte, kesitsel ve analitik bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerinde 15.02.2021-15.05.2021 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstündeki antihipertansif tedavi almış hipertansiyon tanılı bireyler çalışmaya katılımı sağlanmıştır. 18 yaş altı bireyler, iletişim engeli olan, psikiyatrik bir hastalık sebebiyle takip edilen hastalar çalışma dışı bırakılacaktır.

3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H0: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumları arasında fark yoktur.

H1: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumları arasında fark vardır

3.5. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Araştırmacı tarafından hastayla ilgili sosyo-demografik özellikleri, (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb), hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri (hipertansiyon süresi, kan basıncı ölçtürme sıklığı, düzenli kontrole gitme durumu, eşlik eden diğer hastalıklar, düzenli ilaç kullanımı, ilaç yan etkisi) içeren sorulardan oluşan anket ve hastaların tedaviye uyumları değerlendirilirken Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılmıştır.

Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

Melek Karademir ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geçerlilik güvenilirliğini almıştır. Ölçeğin total puanı haricinde görüşme, medikal ve beslenme alt boyutları mevcuttur. Ölçek dördümlü likert tipi 14 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar (0) “Hiçbir zaman”, (1) “Bazen”, (2) “Çoğu zaman” ve (3) “Her zaman” olarak ele alınmıştır. Ölçeğin 6. sorusu haricindeki soruların tümü olumsuz soru tipindedir. 6. soru ters kodlanarak, değerlendirmede total puan için tüm soruların, medikal alt boyutu için 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. soruların, beslenme alt boyutu için 3, 4 ve 5. soruların, görüşme alt boyutu için ise 6, 7 ve 8. soruların toplamı alınır. Ölçek total puanı madde sayısı ile ilgili şekilde 0 ile 42 arasında değişkenlik gösterir. Ölçeğin total, medikal, beslenme ve görüşme alt boyutu uyum puanlarının anlaşılması ile ilgili olarak puanlar hesaplanır; eğer hasta tüm maddelere en olumlu cevapları söyleyerek toplamda “0” puan almış ise tam uyumlu olarak söylenir. Sıfırın dışındaki puanlar ise uyumsuzluğun düzeyini söyler. Sorular olumsuz soru şeklinde hazırlandığı için puan yükseldikçe uyum düşer [52, 62].

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)

Lovibond ve Lovibond (1995) ın şahsınca oluşturulan Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) 14’ü depresyon, 14’ü anksiyete ve 14’ü stres düzeylerine ait totalde 42 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 0 bana hiç uygun değil 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun, şeklinde 4’ümlü likert tipi bir derecelendirme içerir. Depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin tümünden elde edilen puanların fazla olması, kişinin ilgili problemi taşıdığını ortaya çıkarır. Ters soru içermeyen ölçeğin tüm puanları her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında farklılaşmaktadır. Ölçeğin ülkemizde uyarlaması Akın ve Çetin (2007) ismindeki şahıslar tarafından olmuştur. Ölçeğin adaptasyonunu Sarıçam tarafından (2018) yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları neticesinde; test-tekrar test güvenirliği $r=.99$, iki yarı güvenirlik puanları $r=.96$ ve madde-test korelasyonları ise .51 ile .75 arasında bulunmuştur[63].

VERİ ANALİZİ

Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerleriyle sunulmuştur. Parametrik test varsayımları sağlanmadığı için bağımsız iki grup ortalama Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grup ortalama karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve ileri analizlerde pairwise comparisons testleri kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların %73,8'i kadın %26,2'si erkektir. 111 hasta (%56,1) 40-60 yaş, 77 hasta (%38,9) 60 yaş üzeri ve 10 hasta (%5,1) 20-40 yaş aralığındadır. Hastaların %79,9'u evlidir. Hiç çocuğu olmayan 20 hasta (%10,3) bulunurken, 116 hastanın (%59,5) 2 çocuğu, 36 hastanın (%18,5) ise 3 ve daha fazla çocuğu bulunmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu (%68,0) ilköğretim mezunudur. Çalışan hastaların oranı %15,1, emekli hastaların oranı %20,4, çalışmayan hastaların oranı ise %64,5'tir. Hastaların çok büyük çoğunluğunun (%94,2) sosyal güvencesi SGK'dir (Tablo 9).

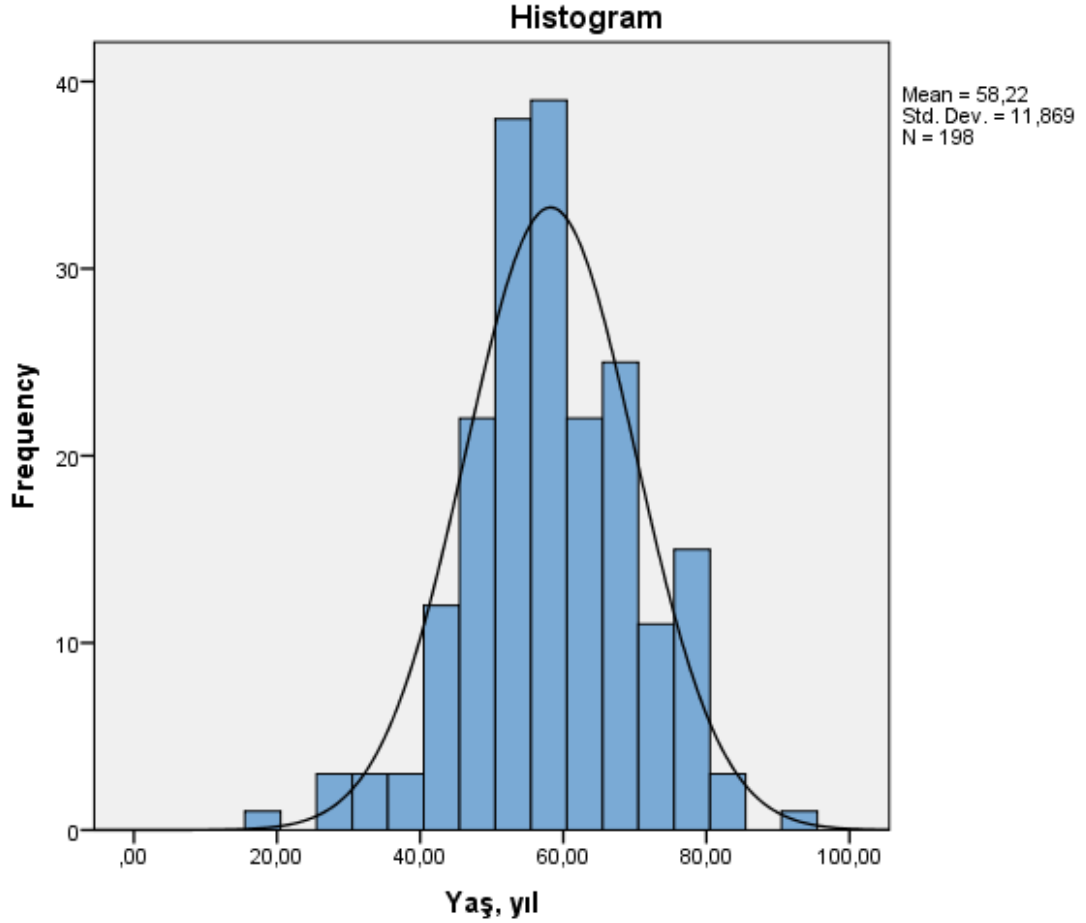
Tablo 9. Sosyodemografik Özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet (n:202)		
Kadın	149	73,8
Erkek	53	26,2
Yaş (n:198)		
20-40 yaş arası	10	5,1
40-60 yaş arası	111	56,1
60 yaş ve üzeri	77	38,9
Medeni Durum (n:199)		
Bekâr	40	20,1
Evli	159	79,9
Çocuk sayısı (n:195)		
Yok	20	10,3
1 çocuk	23	11,8
2 çocuk	116	59,5
3 ve üzeri	36	18,5
Eğitim durumu (n:194)		
Okuryazar değil	10	5,2
İlköğretim	132	68,0
Lise	21	10,8
Üniversite ve üzeri	31	16,0
Meslek (n:186)		
Çalışıyor	28	15,1
Çalışmıyor	120	64,5
Emekli	38	20,4
Çalışma saatleri (n:32)		
Gündüz	32	100,0
Vardiyalı	0	0,0
Sosyal güvence (n:172)		
Özel sigorta	6	3,5
SGK	162	94,2
Sosyal güvencesi yok	4	2,3

Hastaların yaş ortalaması $58,21 \pm 11,86$, en küçük hasta 18, en büyük hasta 91 yaşındadır. Hastaların yaş dağılım histogramı grafik 1 ile gösterilmiştir (Tablo10, Grafik 1).

Tablo 10. Hastaların Yaş Dağılımı

	Ortalama	SD	Ortanca	Min-maks
Yaş, yıl	58,21	11,86	57	18-91



Grafik 1. Hastaların Yaş Dağılım Histogramı

Yaşam ortamı ile ilgili özellikler incelendiğinde 134 hastanın (%66,3) kendisine ait bir evde, 20 hastanın (%9,9) ailesine ait bir evde, 48 hastanın (%23,8) ise kiracı olarak yaşadıkları tespit edilmiştir. 27 hasta tek başına, 48 hasta eşi ile, 110 hasta eş ve çocukları ile, 15 hasta ise çocukları ile yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 11).

Tablo 11. Yaşam Ortamı İle İlgili Özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşadıkları ev (n:202)		
Kendisine ait	134	66,3
Ailesine ait	20	9,9
Kira	48	23,8
Yaşama ortamı (n:200)		
Tek başına	27	13,5
Eş	48	24,0
Eş ve çocuk	110	55,0
Çocuk	15	7,5

Hastaların tedavileri ile ilgili özellikler tablo 4 ile gösterilmiştir. COVID döneminde tedaviyi bıraktığını belirten 15 hasta (%8,6) olmuştur. Hastaların dörtte üçü bir tane anti-hipertansif ilaç kullanmaktadır. Anti-hipertansif ilaçların yan etkileri sorgulandığında toplam 14 hastanın cevap verdiği görülmüştür. 2'şer kişi baş dönmesi, sık idrara çıkma, kızarıklık cevabı, 1'er kişi de baş ağrısı, böbrek ağrısı, kabızlık, kaşıntı, çarpıntı, terleme, uyku, uykusuzluk cevabı vermiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Tedavi İle İlgili Özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
COVID dönemi tedaviyi bırakma (n:174)		
Bıraktı	15	8,6
Devam	159	91,4
Kullanılan anti-hipertansif ilaç adedi (n:192)		
Bir tane	144	75,0
Birden fazla	48	25,0
İlaçların yan etkisi (n:14)		
Baş dönmesi	2	14,2
Sık idrara çıkma	2	14,2
Kızarıklık	2	14,2
Baş ağrısı	1	7,1
Böbrek ağrısı	1	7,1
Kabızlık	1	7,1
Kaşıntı	1	7,1
Çarpıntı	1	7,1
Terleme	1	7,1
Uyku	1	7,1
Uykusuzluk	1	7,1

Bireysel alışkanlıklar tablo 5'te sunulmuştur. Uyku saatleri incelendiğinde hastaların %43,0'ü 6-8 saat, %30,6'sı 8 saat ve üzeri, %46,6'sı 4-6 saat, %9,8'i ise 4 saat ve altı uyuduklarını belirtmişlerdir. Sigara kullanmayan 130 hasta (%64,7), bırakmış olan 38 hasta (%18,9) bulunmaktadır. Alkol kullanmayan 174 hasta (%87,0), nadiren kullanan 24 hasta (%12,0) bulunmaktadır.

Tablo 13. Bireysel Alışkanlıklar

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Uyku saatleri (n:193)		
4 saat ve altı	19	9,8
4-6 saat	32	16,6
6-8 saat	83	43,0
8 saat ve üzeri	59	30,6
Sigara kullanım durumu (n:201)		
Yok	130	64,7
Bırakmış	38	18,9
Tektük	9	4,5
Haftada 1 paket	9	4,5
Günde 1 paket	15	7,5
Alkol kullanım durumu (n:200)		
Yok	174	87,0
Nadiren	24	12,0
Günde 1 kadeh ve üzeri	2	1,0
Haftada 1 kadeh ve üzeri	0	0,0

Kronik hastalığı olan 166 hasta (%82,2) bulunmaktadır. En çok görülen kronik hastalıklar sırası ile şu şekildedir; DM (%66,2), hiperlipidemi (%26,4), otoimmün hastalıklar (%9,5), kanser öyküsü (%3,5) (Tablo 14).

Tablo 14. Kronik Hatalıklar

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık varlığı (n:201)		
Yok	35	17,3
Var	166	82,2
Kronik hastalıklar (n:201)		
DM	133	66,2
Hiperlipidemi	53	26,4
Otoimmün hastalıklar	19	9,5
Kanser öyküsü	7	3,5

Çalışmada kullanılan DASÖ-21 ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,89 bulunmuştur. DASÖ-21 ölçeğindeki sorulara verilen cevaplar tablo 7’de gösterilmiştir. “Sakinleşip rahatlamak bana zor gelir” ifadesine en çok 1, “Ağzımın kuruduğunu fark ettim” ifadesine en çok 0, “Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi” ifadesine en çok 0, “Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn, aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)” ifadesine en çok 0, “Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim” ifadesine en çok 0, “Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim” ifadesine en çok 0, “Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)” ifadesine en çok 0, “Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığımı hissettim” ifadesine en çok 0, “Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum” ifadesine en çok 0, “Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim” ifadesine en çok 0, “Tedirgin olduğumu fark ettim” ifadesine en çok 0, “Rahatlamak bana zor geldi” ifadesine en çok 0, “Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim” ifadesine en çok 1, “Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu” ifadesine en çok 0, “Kendimi paniklemeye yakın hissettim” ifadesine en çok 0, “Hiçbir şeye karşı bir istek duymadım” ifadesine en çok 0, “Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim” ifadesine en çok 0, “Oldukça alıngan olduğumu hissettim” ifadesine en çok 1, “Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)” ifadesine en çok 0, “Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim” ifadesine en çok 0, “Hayatın anlamsız olduğunu hissettim” ifadesine en çok 0 puan verilmiştir.

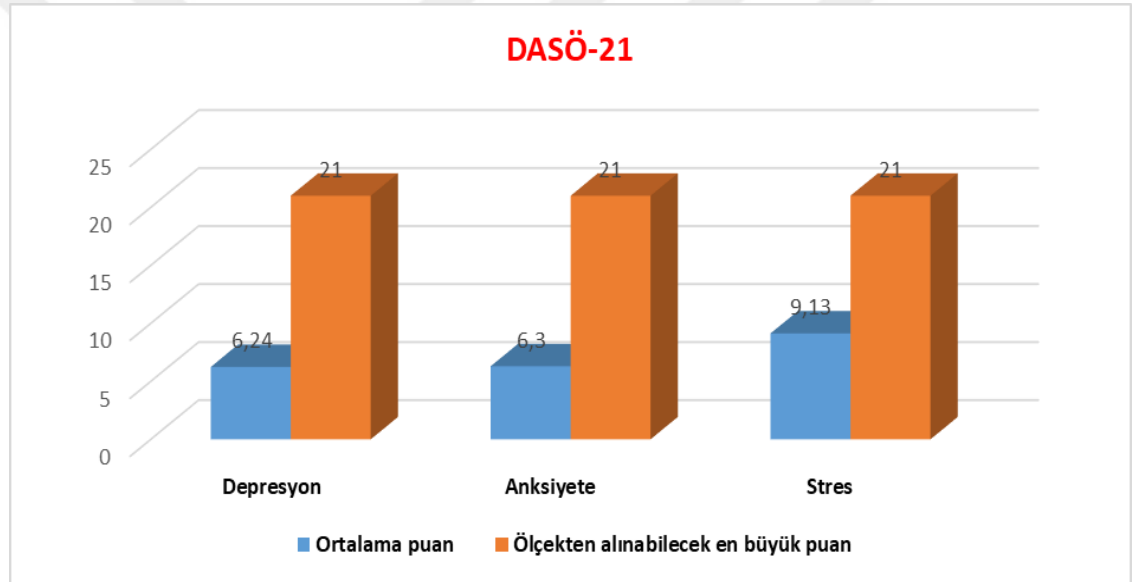
Tablo 15. DASÖ-21'e Verilen Cevaplar

DASÖ-21	0		1		2		3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Sakinleşip rahatlamak bana zor gelir	45	22,3	75	37,1	30	14,9	52	25,7
2. Ağzımın kuruduğunu fark ettim	63	31,8	51	25,8	38	19,2	46	23,2
3. Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi	74	37,2	68	34,2	29	14,6	28	14,1
4. Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	98	49,0	38	19,0	28	14,0	36	18,0
5. Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim	92	46,0	56	28,0	30	15,0	22	11,0
6. Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim	56	27,9	53	26,4	39	19,4	53	26,4
7. Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)	116	57,7	46	22,9	15	7,5	24	11,9
8. Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığını hissettim	62	31,0	52	26,0	30	15,0	56	28,0
9. Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum	100	51,0	50	25,5	27	13,8	19	9,7
10. Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim	115	57,5	42	21,0	17	8,5	26	13,0
11. Tedirgin olduğumu fark ettim	81	40,3	60	29,9	30	14,9	30	14,9
12. Rahatlamak bana zor geldi	78	38,8	62	30,8	29	14,4	32	15,9
13. Kendimi morali bozuk ve canı sıkık hissettim	51	25,5	72	36,0	43	21,5	34	17,0
14. Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu	83	41,7	51	25,6	24	12,1	41	20,6
15. Kendimi paniklemeye yakın hissettim	93	46,3	48	23,9	20	10,0	40	19,9
16. Hiçbir şeye karşı bir istek duymadım	108	54,3	44	22,1	18	9,0	29	14,6
17. Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim	114	59,4	35	18,2	15	7,8	28	14,6
18. Oldukça alıngan olduğumu hissettim	43	22,4	62	32,3	36	18,8	51	26,6
19. Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	93	48,9	41	21,6	27	14,2	29	15,3
20. Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	129	67,9	33	17,4	14	7,4	14	7,4
21. Hayatın anlamsız olduğunu hissettim	130	67,7	31	16,1	11	5,7	20	10,4

Tablo 8’de DASÖ-21 ölçeği alt boyutlarından alınan ortalama, en küçük ve en büyük puanlar gösterilmiştir. Depresyon alt boyut puan ortalaması $6,24 \pm 4,95$, anksiyete alt boyut puan ortalaması $6,30 \pm 4,69$, stres alt boyut puan ortalaması $9,13 \pm 5,42$ olarak hesaplanmıştır. Tüm boyutlardan alınabilecek en yüksek puan 21’dir (Grafik 2).

Tablo 16. DASÖ-21 Alt Boyut Puanları

	Ortalama	SD	Min-Maks	Ölçekten alınabilecek Min-Maks
Depresyon	6,24	4,95	0-21	0-21
Anksiyete	6,30	4,69	0-21	0-21
Stres	9,13	5,42	0-21	0-21



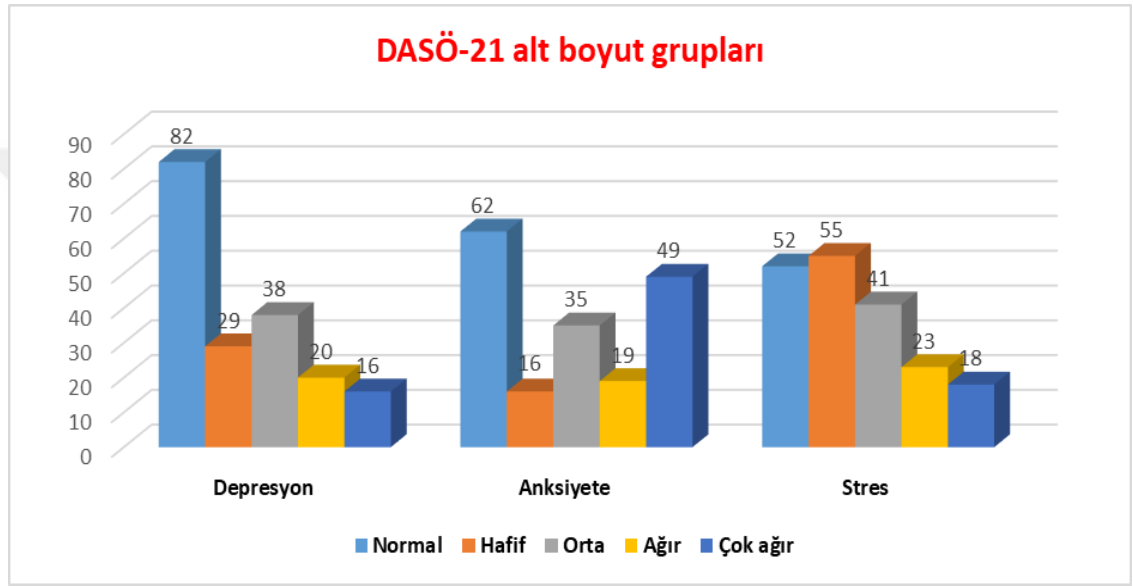
Grafik 2. DASÖ-21 Alt Boyut Puanları

Depresyon alt boyutundan alınan puanlara göre 82 hasta (%44,3) normal, 29 hasta (%15,7) hafif, 38 hasta (%20,5) orta, 20 hasta (%10,8) ağır, 16 hasta (%8,6) çok ağır grupta yer almaktadır. Anksiyete alt boyutundan alınan puanlara göre 62 hasta (%34,3) normal, 16 hasta (%8,8) hafif, 35 hasta (%19,3) orta, 19 hasta (%10,1) ağır, 49 hasta (%27,1) çok ağır grupta yer almaktadır. Stres alt boyutundan alınan puanlara göre 52 hasta (%27,5) normal, 55 hasta (%29,1) hafif, 41 hasta (%21,7) orta, 23 hasta (%12,2) ağır, 18 hasta (%9,5) çok ağır grupta yer almaktadır (Tablo17, Grafik 3).

Tablo 17. DASÖ-21 Alt Boyut Grupları

	Normal	Hafif	Orta	Ağır	Çok ağır
Depresyon	82 (44,3)	29 (15,7)	38 (20,5)	20 (10,8)	16 (8,6)
Anksiyete	62 (34,3)	16 (8,8)	35 (19,3)	19 (10,1)	49 (27,1)
Stres	52 (27,5)	55 (29,1)	41 (21,7)	23 (12,2)	18 (9,5)

Sonuçlar frekans (%) olarak gösterilmiştir.



Grafik 3. DASÖ-21 Alt Boyut Grupları

Çalışmada kullanılan Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,42 bulunmuştur. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğindeki sorulara verilen cevaplar tablo 10’da gösterilmiştir. “Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?” Sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz?” Sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz?” Sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?” Sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla hazır (abur cubur) yemek yersiniz?” sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?” sorusuna en çok her zaman, “Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?” sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?” sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız?” sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne

sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlarsınız?” sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?” sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?” sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla başkalarının tansiyon ilaçlarından alırsınız?” sorusuna en çok hiçbir zaman, “Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?” sorusuna en çok hiçbir zaman cevabı verilmiştir.

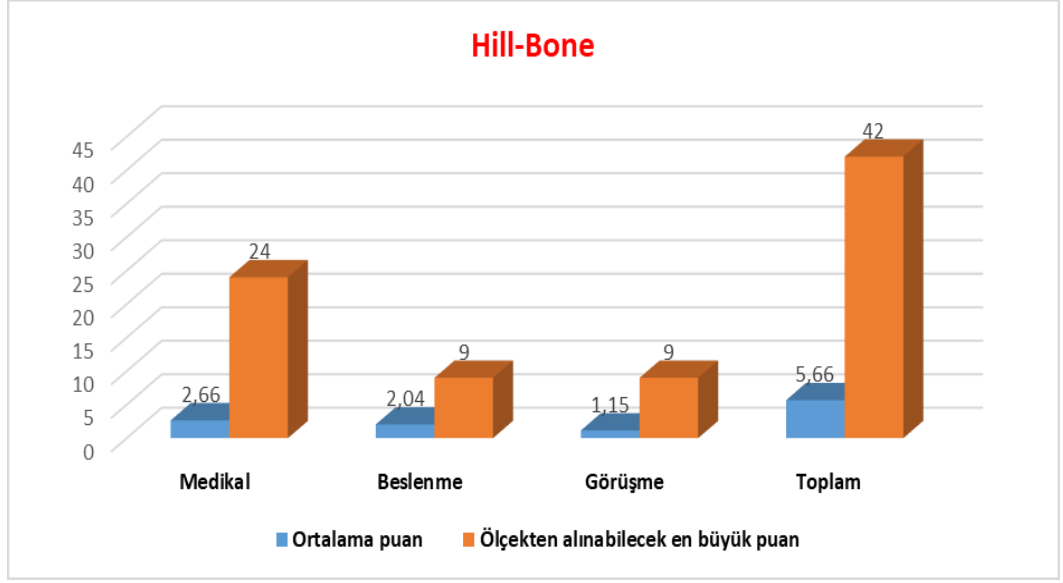
Tablo 18. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği’ ne Verilen Cevaplar

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	Hiçbir zaman		Bazen		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?	133	66,8	56	28,1	7	3,5	3	1,5
2. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz?	55	73,3	15	20,0	1	1,3	4	5,3
3. Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz?	79	39,5	76	38,0	20	10,0	25	12,5
4. Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?	135	67,2	49	24,4	11	5,5	6	3,0
5. Ne sıklıkla hazır (abur cubur) yemek yersiniz?	99	49,3	80	39,8	16	8,0	6	3,0
6. Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?	20	10,0	32	15,9	26	12,9	123	61,2
7. Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?	143	71,5	46	23,0	8	4,0	3	1,5
8. Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?	194	96,5	4	2,0	3	1,5	0	0,0
9. Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız?	196	98,0	4	2,0	0	0,0	0	0,0
10. Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlarsınız?	103	51,8	23	11,6	10	5,0	63	31,7
11. Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?	165	82,9	22	11,1	5	2,5	7	3,5
12. Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?	185	92,5	11	5,5	3	1,5	1	0,5
13. Ne sıklıkla başkalarının tansiyon ilaçlarından alırsınız?	195	97,0	4	2,0	1	0,5	1	0,5
14. Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?	151	75,1	49	24,4	1	0,5	0	0,0

Tablo 19’de Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum ölçeği alt boyutlarından alınan ortalama, en küçük ve en büyük puanlar gösterilmiştir. 0 puan kişilerin tam uyumlu olduğunu gösterirken puan arttıkça uyumsuzluk artmaktadır. Hastaların medikal alt boyutu ortalama puanı $2,66 \pm 2,35$, beslenme alt boyutu ortalama puanı $2,04 \pm 1,87$, görüşme alt boyutu ortalama puanı $1,15 \pm 1,25$, toplam ortalama puan $5,66 \pm 3,74$ olarak hesaplanmıştır. Hipertansiyon hastaları tedavi uyumu benzer çalışmalara nazaran yüksek çıktı(%86.5) Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği alt boyut ve toplam puanları ve ölçekten alınabilecek en büyük puanlar grafik 4 ile gösterilmiştir.

Tablo 19. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları

	Ortalama	SD	Min-Maks	Ölçekten alınabilecek Min-Maks
Medikal	2,66	2,35	0-10	0-24
Beslenme	2,04	1,87	0-9	0-9
Görüşme	1,15	1,25	0-4	0-9
Toplam	5,66	3,74	0-20	0-42



Grafik 4. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanları

DASÖ-21 Depresyon puanı ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki analiz edildiğinde eğitim durumu okuryazar olmayan ve ilköğretim olanların ortalama puanının 6, lise olanların 4, üniversite ve üzeri olanların 3 olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,013$). İleri analiz yapıldığında farkın üniversite ve üzeri ve ilköğretim gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan hastalar eğitim düzeyi ilköğretim olan hastalara göre DASÖ-21 Depresyon alt boyutundan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p=0,012$). Diğer bağımsız değişkenler ile depresyon alt puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 20).

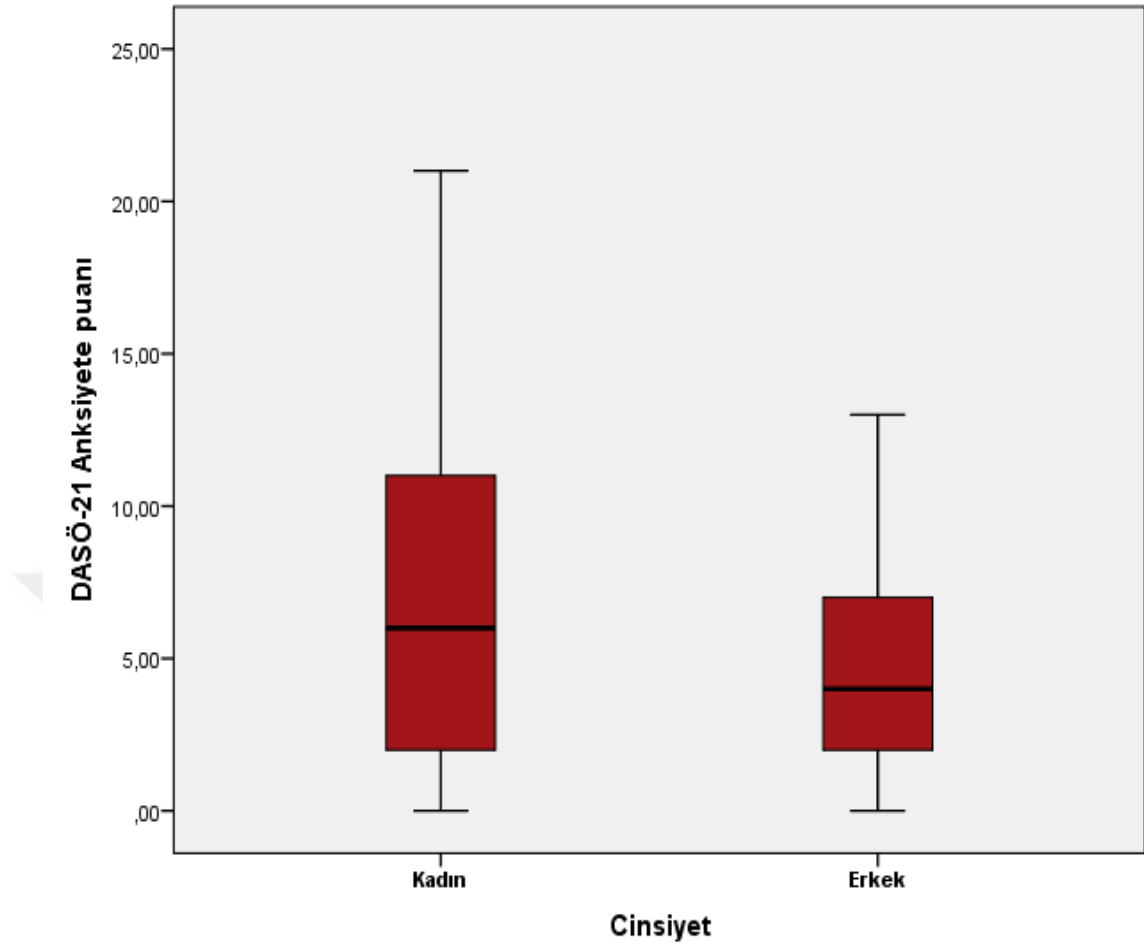
Tablo 20. DASÖ-21 Depresyon Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler	DASÖ-21 Depresyon puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Cinsiyet		
Kadın	6 (0-21)	0,236
Erkek	5 (0-14)	
Yaş		
20-40 yaş arası	7 (0-17)	0,487
40-60 yaş arası	6 (0-21)	
60 yaş ve üzeri	5 (0-19)	
Medeni Durum		
Bekâr	7,5 (0-19)	0,105
Evli	5 80,21)	
Çocuk varlığı		
Yok	4 (0-21)	0,887
Var	5 (0-21)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	6 (1-16)	0,013
İlköğretim	6 (2-21)	
Lise	4 (0-11)	
Üniversite ve üzeri	3 (0-10)	
Meslek		
Çalışıyor	4 (0-12)	0,242
Çalışmıyor	6 (0-21)	
Emekli	5 (0-19)	

DASÖ-21 Anksiyete puanı ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki analiz edildiğinde kadınların erkeklere göre daha fazla puan aldığı yani daha uyumsuz oldukları ($p=0,041$) gözlenmiştir (Grafik 5). Eğitim durumu ile anksiyete puanları arasında da anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$) yapılan ileri analizlerde eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların okuryazar olmayanlardan ($p=0,014$) ve ilköğretim olanlardan ($p<0,001$) daha düşük puan aldığı, gözlenmiştir. Genel analizde meslek gruplarına göre de anlamlı bir farklılık tespit edilmiş ancak ileri analizlerde bu anlamlılık ortadan kaybolmuştur. Yaş, medeni durum ve çocuk varlığına göre anksiyete puanları değişmemektedir (Tablo 21).

Tablo 21. DASÖ-21 Anksiyete Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler	DASÖ-21 Anksiyete puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Cinsiyet		
Kadın	6 (0-21)	0,041
Erkek	4 (0-13)	
Yaş		
20-40 yaş arası	7 (0-14)	0,187
40-60 yaş arası	6 (0-21)	
60 yaş ve üzeri	5 (0-18)	
Medeni Durum		
Bekâr	5 (0-18)	0,998
Evli	5 (0-21)	
Çocuk varlığı		
Yok	4 (0-17)	0,592
Var	5 (0,21)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	9 (2-15)	0,001
İlköğretim	6 (0-21)	
Lise	5 (0-16)	
Üniversite ve üzeri	2,5 (0-12)	
Meslek		
Çalışıyor	4 (0-11)	0,048
Çalışmıyor	6 (0-21)	
Emekli	4,5 (0-17)	



Grafik 5. Cinsiyete Göre DASÖ-21 Anksiyete Puanı

DASÖ-21 Stres puanı ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki analiz edildiğinde eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,003$) yapılan ileri analizlerde eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların ilköğretim olanlara göre anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları gözlenmiştir ($p=0,001$). Stres puanı ile meslek grupları arasında da anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,042$), ileri analizlerde bu farkın çalışan ve çalışmayan gruplar arasında olduğu anlaşılmıştır. Çalışmayan hastaların stres puan ortalaması 10, çalışan hastaların stres puan ortalaması 6'dır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,047$) (Tablo 22).

Tablo 22. DASÖ-21 Stres Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler	DASÖ-21 Stres puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Cinsiyet		
Kadın	9 (0-21)	0,164
Erkek	8 (1-21)	
Yaş		
20-40 yaş arası	9 (5-13)	0,130
40-60 yaş arası	9,5 (0-21)	
60 yaş ve üzeri	7 (0-21)	
Medeni Durum		
Bekâr	9 (0-19)	0,577
Evli	9 (0-21)	
Çocuk varlığı		
Yok	6 (1-21)	0,161
Var	9 (0-21)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	9 (2-16)	0,003
İlköğretim	9,5 (0-21)	
Lise	9 (0-21)	
Üniversite ve üzeri	6 (0-15)	
Meslek		
Çalışıyor	6 (0-13)	0,042
Çalışmıyor	10 (0-21)	
Emekli	7,5 (1-19)	

Tablo 23'te DASÖ-21 Depresyon puanı ile kronik hastalık varlığı, alışkanlıklar ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki analiz sonuçları gösterilmiştir. Hastalarımızın %29'u depresyon semptomu taşır ve bunların %8'i semptomları ağır geçirmektedir. Kronik hastalığı olanların puanı 6, olmayanların puanı 4'tür. Bir tane anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 5, birden fazla anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 5,5'tir. Sigara veya alkol kullanmayanların puanı 5, kullananların puanı 6,5'tir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 23).

Tablo 23. DASÖ-21 Depresyon Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar Ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	DASÖ-21 Depresyon puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Kronik hastalık varlığı		
Yok	4 (0-16)	0,161
Var	6 (0-21)	
Kullanılan anti-hipertansif ilaç adedi		
Bir tane	5 (0-21)	0,653
Birden fazla	5,5 (0-21)	
Sigara veya alkol kullanımı		
Yok	5 (0-19)	0,635
Var	6,5 (0-21)	

Tablo 24’da DASÖ-21 Anksiyete puanı ile kronik hastalık varlığı, alışkanlıklar ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki analiz sonuçları gösterilmiştir. Hastalarımızın %30’u anksiyete semptomu taşır ve bunların %27’si semptomları ağır geçirmektedir. Kronik hastalığı olanların puanı 5, olmayanların puanı 4’tür. Bir tane anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 5, birden fazla anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 5,5’tir. Sigara veya alkol kullanmayanların puanı 5, kullananların puanı 8’dir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 24).

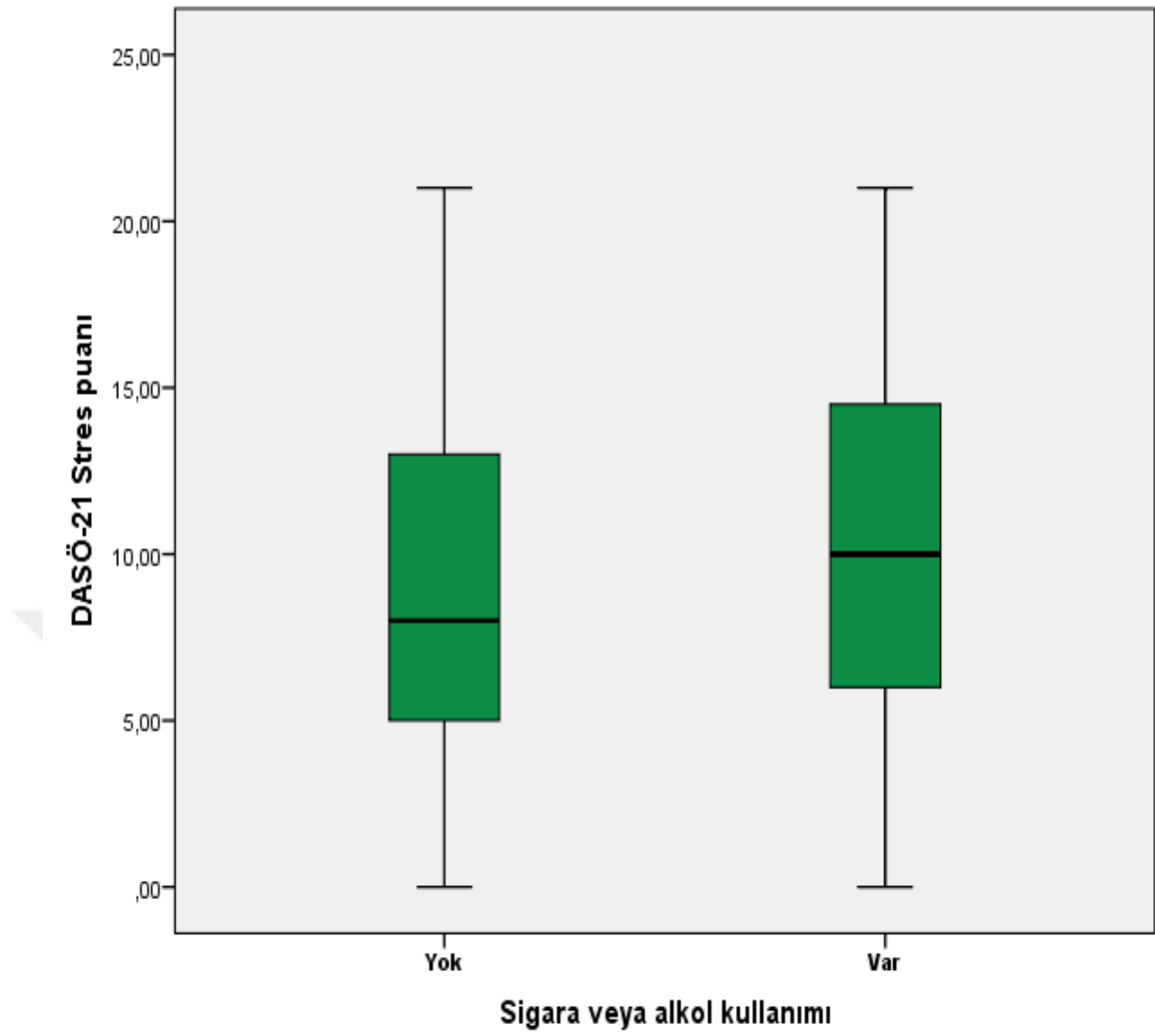
Tablo 24. DASÖ-21 Anksiyete Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	DASÖ-21 Anksiyete puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Kronik hastalık varlığı		
Yok	4 (0-15)	0,148
Var	5 (0-21)	
Kullanılan anti-hipertansif ilaç adedi		
Bir tane	5 (0-18)	0,266
Birden fazla	5,5 (0-17)	
Sigara veya alkol kullanımı		
Yok	5 (0-21)	0,133
Var	8 (0-17)	

Tablo 25’de DASÖ-21 Stres puanı ile kronik hastalık varlığı, alışkanlıklar ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki analiz sonuçları gösterilmiştir. Hastalarımızın %30’u stres semptomu taşır ve bunların %95’i semptomları ağır geçirmektedir. Kronik hastalığı olanların puanı 9, olmayanların puanı 7’dir. Bir tane anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 8, birden fazla anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 8,5’tir. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Sigara veya alkol kullanmayanların puanı 8, kullananların puanı 11’dir. Sigara veya alkol kullananların stres puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,048$) (Grafik 6) (Tablo 25).

Tablo 25. DASÖ-21 Stres Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar Ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	DASÖ-21 Stres puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Kronik hastalık varlığı		
Yok	7 (0-19)	0,093
Var	9 80-21)	
Kullanılan anti-hipertansif ilaç adedi		
Bir tane	8 (0-21)	0,755
Birden fazla	8,5 (1-21)	
Sigara veya alkol kullanımı		
Yok	8 (0-21)	0,048
Var	11 (2-21)	



Grafik 6. Sigara Veya Alkol Kullanımına Göre DASÖ-21 Stres Puanı

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı kadınlarda 5, erkeklerde 4,5'tir. Tüm yaş gruplarında ortalama puan 5'tir. Bekârlarda 7, evlilerde 5'tir. Çocuk sahibi olanlarda 5, olmayanlarda 4'tür. Eğitim durumu ilköğretim olanlarda 5, lise ve üniversite ve üzeri olanlarda 6'dır. Çalışmayanlarda 5, çalışanlarda ve emeklilerde 6'dır. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Hill-Bone Toplam Puan İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler	Hill-Bone Toplam puan Ortn (min-maks)	p değeri
Cinsiyet		
Kadın	5 (0-13)	0,979
Erkek	4,5 (1-20)	
Yaş		
20-40 yaş arası	5 (1-20)	0,472
40-60 yaş arası	5 (0-14)	
60 yaş ve üzeri	5 (0-11)	
Medeni Durum		
Bekâr	7 (1-20)	0,113
Evli	5 (0-14)	
Çocuk varlığı		
Yok	4 (1-20)	0,394
Var	5 (0-14)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	-	0,398
İlköğretim	5 (0-14)	
Lise	6 (4-20)	
Üniversite ve üzeri	6 (0-13)	
Meslek		
Çalışıyor	6 (1-13)	0,535
Çalışmıyor	5 (0-20)	
Emekli	6 (1-14)	

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği medikal puanı kadınlarda 3, erkeklerde 2'dir. 20-40 yaş grubunda 4, 40-60 yaş grubunda 2,5, 60 yaş ve üzerinde 2'dir. Bekârlarda 3, evlilerde 2'dir. Çocuk sahibi olanlarda 2, olmayanlarda 3'tür. Eğitim durumu ilköğretim olanlarda 3, lise ve üniversite ve üzeri olanlarda 2'dir. Çalışanlarda 2, çalışmayanlarda 3, ve emeklilerde 1'dir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Hill-Bone Medikal Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler	Hill-Bone Medikal puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Cinsiyet		
Kadın	3 (0-10)	0,251
Erkek	2 (0-8)	
Yaş		
20-40 yaş arası	4 (1-8)	0,057
40-60 yaş arası	2,5 (0-10)	
60 yaş ve üzeri	2 (0-8)	
Medeni Durum		
Bekâr	3 (0-8)	0,284
Evli	2 (0-10)	
Çocuk varlığı		
Yok	3 (1-10)	0,136
Var	2 (0-8)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	-	0,983
İlköğretim	3 (0-10)	
Lise	2 (0-8)	
Üniversite ve üzeri	2 (0-7)	
Meslek		
Çalışıyor	2 (0-7)	0,453
Çalışmıyor	3 (0-10)	
Emekli	1 (0-8)	

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği beslenme puanı kadınlarda ve erkeklerde 2'dir. 20-40 ve 40-60 yaş grubunda 2, 60 yaş ve üzerinde 1'dir ve yaş gruplarına göre beslenme puanları anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p=0,044$) ancak ileri analizlerde fark ortadan kalkmıştır. Bekârlarda, evlilerde, çocuk sahibi olan ve olmayanlarda ortalama beslenme puanı 2'dir. Eğitim durumu lise olanlarda 3, diğer gruplarda 2'dir. Çalışanlarda 3, çalışmayan ve emeklilerde 2'dir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Hill-Bone Beslenme Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler	Hill-Bone Beslenme puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Cinsiyet		
Kadın	2 (0-9)	0,749
Erkek	2 (0-9)	
Yaş		
20-40 yaş arası	2 (0-9)	0,044
40-60 yaş arası	2 (0-9)	
60 yaş ve üzeri	1 (0-6)	
Medeni Durum		
Bekâr	2 (0-9)	0,196
Evli	2 (0-9)	
Çocuk varlığı		
Yok	2 (0-9)	0,933
Var	2 (0-9)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	2 (0-6)	0,465
İlköğretim	2 (0-9)	
Lise	3 (0-9)	
Üniversite ve üzeri	2 (0-6)	
Meslek		
Çalışıyor	3 (0-6)	0,292
Çalışmıyor	2 (0-9)	
Emekli	2 (0-5)	

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği görüşme puanı kadınlarda ve erkeklerde 1'dir. Tüm yaş gruplarında 1'dir. Bekârlarda ve evlilerde 1'dir. Çocuk sahibi olmayanlarda 0,5, olanlarda 1'dir. Eğitim durumu okuryazar olmayanlarda 0, ilköğretim ve üniversite ve üzeri olanlarda 1, lise olanlarda 2'dir. Tüm meslek gruplarında 1'dir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Hill-Bone Görüşme Puanı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler	Hill-Bone Görüşme puan Ortn (min-maks)	p değeri
Cinsiyet		
Kadın	1 (0-4)	0,254
Erkek	1 (0-4)	
Yaş		
20-40 yaş arası	1,5 (0-4)	0,604
40-60 yaş arası	1 (0-4)	
60 yaş ve üzeri	1 (0-3)	
Medeni Durum		
Bekâr	1 (0-4)	0,331
Evli	1 (0-4)	
Çocuk varlığı		
Yok	0,5 (0-4)	0,993
Var	1 (0-4)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	0 (0-3)	0,409
İlköğretim	1 (0-3)	
Lise	2 (0-4)	
Üniversite ve üzeri	1 (0-4)	
Meslek		
Çalışıyor	1,5 (0-4)	0,374
Çalışmıyor	1 (0-4)	
Emekli	1 (0-3)	

Tablo 30’de Hill-Bone Toplam puan ile kronik hastalık varlığı, alışkanlıklar ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki analiz sonuçları sunulmuştur. Kronik hastalığı olmayanların puanı 6,5, olanların puanı 5’tir. Bir tane anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 5, birden fazla anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 4’tür. Sigara veya alkol kullanan ve kullanmayan hastalarda ortalama puan 5’tir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30.Hill-Bone Toplam Puan İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	Hill-Bone toplam puan Ortn (min-maks)	p değeri
Kronik hastalık varlığı		
Yok	6,5 (1-14)	0,192
Var	5 (0-20)	
Kullanılan anti-hipertansif ilaç adedi		
Bir tane	5 (0-14)	0,788
Birden fazla	4 (0-20)	
Sigara veya alkol kullanımı		
Yok	5 (0-20)	0,126
Var	5 (1-13)	

Tablo 31’te Hill-Bone Medikal puanı ile kronik hastalık varlığı, alışkanlıklar ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki analiz sonuçları sunulmuştur. Kronik hastalığı olmayanların puanı 3, olanların puanı 2’dir. Bir tane anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 3, birden fazla anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 2’dir. Sigara veya alkol kullanmayanların puanı 3, kullananların puanı 2’dir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Hill-Bone Medikal Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	Hill-Bone Medikal puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Kronik hastalık varlığı		
Yok	3 (0-8)	0,099
Var	2 (0-10)	
Kullanılan anti-hipertansif ilaç adedi		
Bir tane	3 (0-8)	0,884
Birden fazla	2 (0-10)	
Sigara veya alkol kullanımı		
Yok	3 (0-8)	0,268
Var	2 (0-10)	

Tablo 32’te Hill-Bone Beslenme puanı ile kronik hastalık varlığı, alışkanlıklar ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki analiz sonuçları sunulmuştur. Kronik hastalığı olan ve olmayanların puanı 2’dir. Bir ya da birden fazla anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 2’dir. Sigara veya alkol

kullanmayanların puanı 2, kullananların puanı 3'tür. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 32).

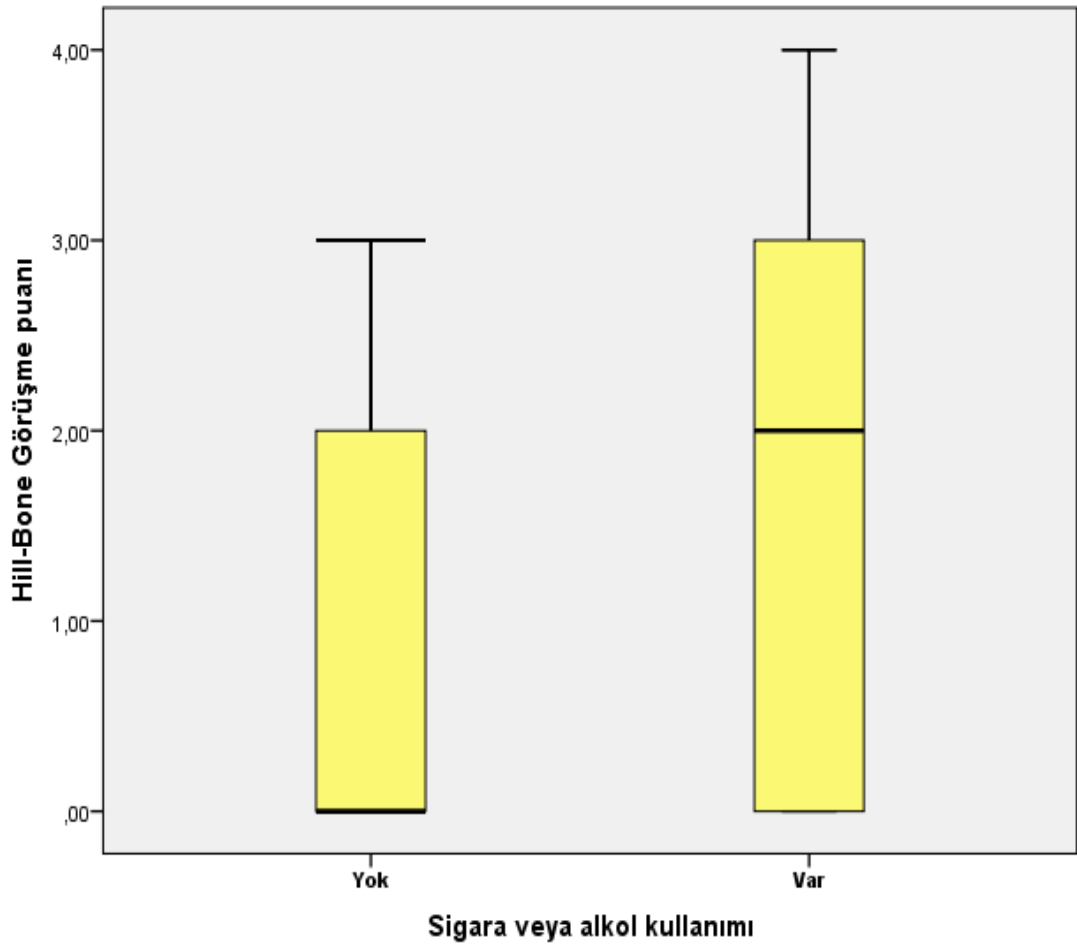
Tablo 32. Hill-Bone Beslenme Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	Hill-Bone Beslenme puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Kronik hastalık varlığı		
Yok	2 (0-6)	0,480
Var	2 (0-9)	
Kullanılan anti-hipertansif ilaç adedi		
Bir tane	2 (0-9)	0,499
Birden fazla	2 (0-9)	
Sigara veya alkol kullanımı		
Yok	2 (0-9)	0,146
Var	3 (0-8)	

Tablo 33'te Hill-Bone Görüşme puanı ile kronik hastalık varlığı, alışkanlıklar ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki analiz sonuçları sunulmuştur. Kronik hastalığı olmayanların puanı 2, olanların puanı 1'dir. Bir ya da birden fazla anti-hipertansif ilaç kullananların puanı 1'dir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Sigara veya alkol kullanmayanların puanı 0, kullananların puanı 2'dir bu fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Sigara veya alkol kullanmayan kişiler kullanan kişilere göre görüşme alt boyutunda daha uyumlu bulunmuşlardır (Grafik 7, Tablo 33).

Tablo 33. Hill-Bone Görüşme Puanı İle Kronik Hastalık Varlığı, Alışkanlıklar ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	Hill-Bone Görüşme puanı Ortn (min-maks)	p değeri
Kronik hastalık varlığı		
Yok	2 (0-4)	0,106
Var	1 (0-4)	
Kullanılan anti-hipertansif ilaç adedi		
Bir tane	1 (0-4)	0,935
Birden fazla	1 (0-3)	
Sigara veya alkol kullanımı		
Yok	0 (0-3)	0,001
Var	2 (0-4)	



Grafik 7. Sigara Veya Alkol Kullanımına Göre Hill-Bone Görüşme Puanı

DASÖ-21 ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği korelasyon analizi tablo 26 ile gösterilmiştir. Yapılan analizlere göre DASÖ-21 Depresyon alt boyutu ile Hill-Bone Medikal alt boyutu arasında aynı yönde

düşük düzeyde ($r=0,292$, $p<0,05$), beslenme alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r=0,153$, $p<0,05$), görüşme alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r=0,163$, $p<0,05$), toplam puan arasında aynı yönde orta düzeyde ($r=0,393$, $p<0,001$) ilişki tespit edilmiştir. DASÖ-21 Anksiyete alt boyutu ile Hill-Bone beslenme alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r=0,209$, $p<0,001$), toplam puan arasında aynı yönde orta düzeyde ($r=0,308$, $p<0,05$) ilişki tespit edilmiştir. DASÖ-21 Stres alt boyutu ile Hill-Bone Medikal alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r=0,342$, $p<0,001$), beslenme alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r=0,225$, $p<0,001$), görüşme alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r=0,169$, $p<0,05$), toplam puan arasında aynı yönde orta düzeyde ($r=0,471$, $p<0,001$) ilişki tespit edilmiştir (Tablo 34).

Tablo 34. DASÖ-21 ve Hill Bone Ölçekleri Korelasyon Analizi

DASÖ-21	HILL-BONE			
	Medikal	Beslenme	Görüşme	Toplam
Depresyon	0,292*	0,153*	0,163*	0,393**
Anksiyete	0,182	0,209**	0,128	0,308*
Stres	0,342**	0,225**	0,169*	0,471**

Spearman korelasyon analizi

*** $p<0,05$, ** $p<0,001$**

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. TARTIŞMA

Çalışmamızda hipertansiyon hastaları tedavi uyumu benzer çalışmalara nazaran yüksek çıktı(%86.5) .HBHTUÖ toplam puanına göre tedaviye tam uyum oranı diğer çalışmalara nazaran yüksektir [64]. H. Mert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği kullanılmış olup hastaların bizim çalışmamıza benzer şekilde %86.8'i ilaç tedavisine uyuyordu[65]. Hipertansiyonun istenilen aralığa getirilmesinin önemi mortalitenin ve morbiditeyi düşürmek bunun için tedavi uyumun sağlanması esas olmalıdır. Bu bakımdan aile hekimlerinin, diğer branş doktorların ve yardımcı personelinin tedaviye uyum açısından gereken önemi vermesi ve hastaların bilgi düzeyini artırması gerekmektedir. Ancak bu şekilde gelişebilecek komplikasyonların önünü kesebiliriz.

Çalışmamızı HBHTUÖ toplam puan açısından ele aldığımızda eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan bireylerin lise ve üniversite düzeyindeki hastalara oranla daha fazla uyumlu olduğu bulunmuştur. Ancak eğitim düzeyi HBHTUÖ toplam puan ve alt gruplar açısından incelendiğinde istatistiksel anlamlılık arz etmemiştir. Ülkemizde benzer yaş grubu ile yapılan araştırmaları incelediğimizde Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada çalışmaya dahil olan hastaların %42.1'i ilkokul, %33.6'sı ortaokul/lise mezunu olduğu saptanmıştır[66]. Y.GÜN ve arkadaşlarının HBHTUÖ toplam puan kullanarak yapmış olduğu çalışmada ise en düşük beslenme uyumunun yükseköğretim kurumuna ait olduğu saptanmıştır[52]. Anna Chudiak ve arkadaşlarının yapmış olduğu HBHTUÖ tedavi uyumunda yüksek eğitim düzeyli hastalarda tedaviye daha iyi uyum olduğu görülmüştür. Tedavi bağlılığını sadece eğitim düzeyinden etkilenmemesi sosyal medya ve bir çok etkinin dahil olması olarak düşünülebilir. Çalışma grubunda görülen eğitim düzeyi farklılıkları, araştırmanın olduğu coğrafyaların sosyokültürel yapısı sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil olan kadın hastaların oranı erkek hastalara nazaran daha yüksek olup literatürdeki diğer araştırmalarda da aynı durum saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre literatür ile uyumlu olarak cinsiyetlerin HBHTUÖ puanını etkilemediği bulundu[4].

HBHTUÖ beslenme alt grup puanları incelendiğinde yaş ilişkisi ile tedavi uyumu ilişkisi istatiksel olarak anlamlı bulundu. Yaş ve hipertansiyon tanı süresi arttıkça HBHTUÖ beslenme alt grup puanları düşmekte ve tedavi uyumu artmaktadır. 60 yaş ve üzeri hastalarımızın beslenme alt grup tedavi uyumu %97.6 olarak saptanmıştır. Anna Chudiak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Yaşlı hipertansif hastalardan frailty sendromu komponentlerine sahip olan grubun daha kötü tedavi uyumuna sahip olduğu görülmüştür[67]. Fadia T. Shaya ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise 60 yaş üstü ve Kafkasyalı hastalarda tedavi uyumu daha yüksek oranda saptandı[68]. Bartosz Uchmanowicz ve arkadaşları tarafından Hill-Bone Hipertansiyon Tedavi Uyum Ölçeği ile yapılan çalışmada toplam puan üzerinden bakıldığında genç yaş grubunda tedavi uyumunun artmış olduğu bulunmuştur[69].

Hastaların çalışma durumları ve tedavi uyumları arasında kıyas yapıldığında toplam puanda çalışmayanlar en uyumluydu. Medikal alt grup incelendiğinde emekli olma en uyumlu grupta idi. Beslenme alt grubu açısından incelendiğinde emekli ve çalışmayanlar en uyumlu grupta idi. Ancak bunlar istatiksel olarak anlamlı değildi. Aynı şekilde emekli ve çalışmayan olan bireylerde medikal tedavi uyumunun istatiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğunu gösteren çalışmalar görülmüştür[70]. Sebep olarak hastaların yoğun iş temposuna bağlı olarak tedaviye uyumuna dikkat edememe ile ilgisi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda ek olarak bulunmuştur ki; Sigara veya alkol alan hastaların HBHTUÖ görüşme alt puanının sigara veya alkol kullanmayan hastalarda, tedavi uyumunun güçlü derecede yüksek olduğu görüldü ve istatiksel olarak anlamlıydı. Literatür incelendiğinde ise sigara içmenin hipertansiyon tedavisine uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir[71]. Martha N. Hill ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada alkolizm riski tedavi uyumunu etkileyen parametrelerin önünde engel teşkil ettiği saptanmıştır[72]. Sigara veya alkol kullanan hastalarda bağımlılıkları ve olası gelişebilecek

komplikasyonlara yönelik özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeterli bilgi verilmesi halinde ile bireylerin hipertansiyon tedavisine olan uyumu sağlanabilir.

Literatür araştırıldığında hipertansiyona eşlik eden komorbid hastalıkların varlığı tedavi uyumu artırdığı bulunmuştur ve hastaların tedavi boyunca çok fazla bilinçli davranmaları ve ilaç sayısının arttıkça tedavi uyumunu artırdığı görülmüştür([73],[68]). Çalışmamızda komorbid hastalığa sahip olan kişilerde tedavi uyumu toplam puanda medikal ve görüşme alt grubunda daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Var olan komorbid hastalıkların bireylerde sebep olduğu bilinç düzeyinin, bu uyumda etkili olduğu düşünülmektedir.

Tedavi uyumunun önünde ki en ciddi engellerden birisi de kullanımı gereken ilaçların sayısıdır. Çalışmamızda kullanılan ilaç sayısı arttıkça toplam ve medikal alt grupta tedavi uyumu artmış olup istatistiksel olarak anlamlı değildir. Zyczynski ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada monoterapi ilaç kullanımı nedeniyle uyumsuzluk yaşadığı görüldü[74]. Başka bir literatüre baktığımızda da hastaların aldıkları medikal ilaç sayısı yükseldikçe medikal tedavi uyumunun istatistiksel olarak arttığı bulunmuştur([75]). Reçete edilen ilaç sayısı ile medikal tedavi uyumunun saptanabilmesi için hasta sayısının genişletilerek çalışma yapılması uygun olacaktır.

Hastalarımızın %29'u depresyon semptomu taşır ve bunların %8'i semptomları ağır geçirmektedir. Depresyon şiddeti azaldıkça medikal ve beslenme tedavi uyumu artmaktaydı. Depresyon şiddeti yüksek olan hastaların hipertansiyon tedavisine uyum oranı da anlamlı derecede düşmekteydi. Depresyon düzeyi azaldıkça, sağlıklı yaşam bilgi düzeyinin ve buna yönelik davranışların, sosyal destek veya sosyal bakımdan memnuniyetin arttığı görüldü. Depresyon semptomu olan HT tanılı eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan eğitim düzeyi ilköğretim olan hastalara göre tedavi uyumu daha iyidir. Depresyon şiddeti azaldıkça hipertansiyon tedavi uyumu orta düzeyde artmaktadır. Depresyonun tedavi uyumsuzluğu ile ciddi düzeyde bağlantılı olduğu görüldü[76, 77] ,[78] ,[79, 80], [81] . Hipertansiyon tanılı bireyler başta depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik

hastalıkların gelişme düzeyini artırabilen yüksek duygular yaşarlar ve bu semptomlar, ilaçların yan etkilerine karşı hassasiyetlerini artırmıştır [76].

Hastalarımızın %30'u anksiyete semptomu taşır ve bunların %27'si semptomları ağır geçirmektedir. Semptomları taşıyan kadınların erkeklere göre tedavi uyumu daha kötüdür. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların okuryazar olmayanlardan ve ilköğretim olanlardan tedavi uyumu daha iyidir. Eğitim düzeyi artan anksiyeteli hastaların tedavi uyumu daha iyidir. Çalışmayan hastaların anksiyete şiddeti daha yüksek gelmiş olup ,tedavi uyumunun daha az olduğu saptanmıştır. Anksiyete şiddeti azaldıkça hipertansiyon tedavi uyumu orta düzeyde artmaktadır. Literatür incelendiğinde anksiyeteye sahip olma ile tedaviye olan uyumu olumsuz etkilediği görülmüştür [82] [83] [81, 84].

Literatür incelendiğinde stres düzeyi azaldıkça tedavi uyumunun arttığı gözlemlendi[76, 85]. Hastalarımızın %30'u stres semptomu taşır ve bunların %95'i semptomları ağır geçirmektedir. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların ilköğretim olanlara göre tedavi uyumu daha yüksektir. Çalışmayan hastaların stres düzeyi çalışan hastaların stres düzeyinden daha fazla olup çalışan hastaların tedavi uyumu daha yüksektir. Sigara veya alkol kullanan hastaların stres düzeyi daha yüksek olup tedavi uyumunu bu durum azaltmaktadır. Stres şiddeti azaldıkça ,hipertansiyon tedavi uyumu orta düzeyde artmaktadır.

Hipertansiyon ve tedavi uyumunda depresyon, anksiyete ve stres ile bağlantı sağlamak güçleşebilmektedir. Bu ilişkiye dikkat etmediğimizde tedavi uyumunu etkin bir şekilde yönetemeyebiliriz. Stres, anksiyete, depresyon belirtileri hastalığın tedavi uyumu üzerine etkisi tam belirgin de değildir. Bizim amacımız tedavi verimini artırmak için gözden kaçan bu eksiklikleri tamamlamaktır. Bu sebeple bu belirtileri yaşayan hastaları eksiksiz saptamalıyız Irene A.Kretchy ve arkadaşları DASS-21 ölçeği ile yaptığı çalışmada, anksiyete ve depresyonu olan hastaların tedavi uyum oranı istatistiksel olarak anlamlı değildi [86], [75]. Stresli hastaların tedavi uyum oranı anlamlı olarak saptanmıştır. Stres belirtileri taşıyan kişilerin ilaçlarının negatif etkilerine çok fazla hassas olduğu ve bu sebeple ilaç tedavisini aksatabileceği veya bırakabileceğidir [86]. Depresyon semptomları olan kişilerin ilaca uyumsuzluk ihtimalinin daha fazla

olduğunu saptayan çalışmalarda vardır[79, 80] [81]. Hipertansiyonda anksiyete şiddeti gün geçtikçe artan kardiyovasküler hadiselerin bir komplikasyonu olarak daha fazla morbidite ve mortaliteye sebep olur fakat bu araştırmada anksiyete ve uyum arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir [87].

5.2. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hipertansiyon insidans düzeyinin yüksek olması ve bunun yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle artan morbidite ve mortalite sebebi ile önemli ve ele alınması gerekli bir konudur. Kronik bir hastalık olması ciddi sağlık sorunlarına yol açması ve tedavisinin getirdiği maliyet nedeni ile ele alınması gereken bir konudur.

Dünya genelinde ve ülkemizde hastaların kontrollü tansiyona sahip olması çok yüksek düzeyde değildir. Sebeplerini incelediğimizde tedavi uyumsuzluğunun önemli ölçüde yer kapladığı görülür.. Hipertansiyon uzun soluklu tedavi gerektiren bir hastalık olması nedeniyle tedaviden verim alınabilmesi için tedavi uyumu çok önemlidir. Çalışmamızda tedaviye uyum oranları birçok çalışmaya göre yüksek düzeyde saptandı. Sigara veya alkol kullanımı, antihipertansif ilaçlarını uygun doz ve zamanda alma durumu, eşlik eden komorbid hastalıklar varlığı, eğitim düzeyi, çalışıp çalışmama, düzenli hekim kontrolüne gitme gibi faktörlerin bireylerde tedavi uyumunda etkin rol aldığı saptandı.

Çalışmada tedavi uyumunu olumlu anlamda etkileyebilecek olan; hastaların hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyleri ve hasta hekim ilişkisinin araştırılmaması da çalışmanın kısıtlılıkları arasında değerlendirilebilir. Ancak tedavi uyumunu çok ciddi düzeyde etkileyen psikolojik duygu durumunun araştırılması çalışmanın verimliliğini artırmış olduğu düşünülebilir.

Tedavi başarısını ve uyumunu yükseltmek adına birinci basamakta hasta hekim ilişkisinin güvenilir, açık olması ve yeterli sürede hastaya en faydalı bilginin aktarılması önem arz etmektedir. Bu sayede hastaların çoğunluğunun hipertansiyonla ilgili bilgileri hekim dışındaki kaynaklardan,

örneğin sağlık ilgilil dergilerden, TV programlarından veya başkalariyla konuşmaktan edinmemiş olacaktır.



Kaynaklar

1. DERNEĞİ, T.E.V.M., <temd ht.pdf>. 2019(HİPERTANSİYON TANI VE TEDAVİ KILAVUZU).
2. Sözmen, K., G. Ergör, and B. Ünal, Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. 2015.
3. ARICI, M., et al., Türk hipertansiyon uzlaşı raporu. 2015. 43(4): p. 402-409.
4. Altun, B., et al., Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. 2005. 23(10): p. 1817-1823.
5. Arici, M., et al., Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. 2010. 28(2): p. 240-244.
6. Vural, B., et al., Reliability and validity of Turkish version of modified Morisky scale. 2012: p. 17-20.
7. Sabaté, E. and E. Sabaté, Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003: World Health Organization.
8. Mancia, G., et al., 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. 2014. 42: p. 1-72.
9. Karakovan A, E.A.f., Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım. Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014(Hipertansiyon): p. 49-72.
10. ONAT, A., et al., Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: Sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. 2004. 32(8): p. 533-541.
11. Weber, M.A., et al., Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society

- of Hypertension and the International Society of Hypertension. 2014. 32(1): p. 3-15.
12. Farmer, K.C.J.C.t., Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. 1999. 21(6): p. 1074-1090.
13. <jnc 8 guideline.pdf>.
14. Williams, B., et al., 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J, 2018. 39(33): p. 3021-3104.
15. KURUMU, T.C.S.B.T.H.S., AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA ÖNERİLEN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMA TESTLERİ. ERİŞİM TARİHİ:27.03.2021, ANKARA 2015.
16. Durna, Z.J.İ.N.T.K., Kronik Hastalıklar ve Bakım (1. Baskı). 2012.
17. Akgüllü, Ç. and U.J.T.J.o.T.F.P. Eryılmaz, Aile Hekimliği Uygulamasında Hipertansiyon Tanı Süreci ve Yönetim. 2012. 3(2): p. 14-18.
18. Williams, B., et al., 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018. 39(33): p. 3021-3104.
19. Stergiou, G.S., et al., A universal standard for the validation of blood pressure measuring devices: Association for the Advancement of Medical Instrumentation/European Society of Hypertension/International Organization for Standardization (AAMI/ESH/ISO) Collaboration Statement. 2018. 71(3): p. 368-374.
20. Clark, C.E., et al., Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. 2012. 379(9819): p. 905-914.

21. Fagard, R.H. and P.J.H. De Cort, Orthostatic hypotension is a more robust predictor of cardiovascular events than nighttime reverse dipping in elderly. 2010. 56(1): p. 56-61.
22. Parati, G., et al., European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. 2008. 26(8): p. 1505-1526.
23. Whelton, P.K., et al., 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. 2018. 71(19): p. e127-e248.
24. Carey, R.M. and P.K.J.A.o.i.m. Whelton, Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. 2018. 168(5): p. 351-358.
25. Aydoğdu, S., et al., Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. 2019. 47(6): p. 535-546.
26. Önen, C., Bitlis İl merkezindeki yetişkinlerde hipertansiyon sıklığı ve yöresel beslenmeyle ilişkisi. 2015.
27. Bell, K., et al., Hypertension: the silent killer: updated JNC-8 guideline recommendations. 2015. 334: p. 4222.
28. James, P.A., et al., 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). 2014. 311(5): p. 507-520.
29. Müdürlüğü, S.B.S.A.G.J.T.B.v.S.A., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2010: p. 476-498.

30. Nerenberg, K.A., et al., Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. 2018. 34(5): p. 506-525.
31. Erdem, Y., et al., The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. 2010. 19(5): p. 313-318.
32. Erdem, Y., et al., Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. 2017. 9(9): p. 933.
33. Aydın, Z. and S.J.M.B.o.H.H.T.B. Öztürk, Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. 2014. 52(4).
34. MÜDÜRLÜĞÜ, T.C.S.B.S.A.G., <sağlık istatistikleri yillığı.pdf>. SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI 2016 ANKARA.
35. Wald, D.S., et al., Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. 2009. 122(3): p. 290-300.
36. Arici, M., et al., [Turkish Hypertension Consensus Report]. Turk Kardiyol Dern Ars, 2015. 43(4): p. 402-9.
37. Goksuluk, H., et al. Effects of renin-angiotensin-aldosterone system blockers on contrast-induced nephropathy and its association with NGAL levels in diabetic patients undergoing coronary angiography. in EUROPEAN HEART JOURNAL. 2015. OXFORD UNIV PRESS GREAT CLARENDON ST, OXFORD OX2 6DP, ENGLAND.
38. Doğaner, Y.Ç. and Ü.J.T.J.o.F.P.T.A.H.D. Aydoğan, Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler. 2019. 23(2).
39. Volpe, M., G. Mancia, and B.J.J.o.h. Trimarco, Angiotensin II receptor blockers and myocardial infarction: deeds and misdeeds. 2005. 23(12): p. 2113-2118.

40. Reboldi, G., et al., Comparison between angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers on the risk of myocardial infarction, stroke and death: a meta-analysis. 2008, LWW.
41. Ettehad, D., et al., Blood pressure lowering for cardiovascular disease—Authors' reply. 2016. 388(10040): p. 126-127.
42. Thomopoulos, C., G. Parati, and A.J.J.o.h. Zanchetti, Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: 5. Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs—overview and meta-analyses. 2015. 33(7): p. 1321-1341.
43. Thomopoulos, C., G. Parati, and A.J.J.o.h. Zanchetti, Effects of blood-pressure-lowering treatment on outcome incidence. 12. Effects in individuals with high-normal and normal blood pressure: overview and meta-analyses of randomized trials. 2017. 35(11): p. 2150-2160.
44. Thomopoulos, C., G. Parati, and A.J.J.o.H. Zanchetti, Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 4. Effects of various classes of antihypertensive drugs—overview and meta-analyses. 2015. 33(2): p. 195-211.
45. Corrao, G., et al., Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. 2008. 26(4): p. 819-824.
46. Emdin, C.A., et al., Blood pressure lowering in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. 2015. 313(6): p. 603-615.
47. Çakan, F.J.T.K.D.A., 'Yaşlılarda Hipertansiyon. 2017. 45(5): p. 29-31.
48. Aronow, W.S., et al., ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on clinical expert consensus documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American

- Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension. 2011. 57(20): p. 2037-2114.
49. Franklin, S.S., et al., Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study. 2001. 103(9): p. 1245-1249.
50. Fernandez-Fresnedo, G., et al., Role of pulse pressure on cardiovascular risk in chronic kidney disease patients. 2006. 17(12 suppl 3): p. S246-S249.
51. Öngen, Z., Çözümü zor bir toplumsal sorun: hipertansiyon. 2005.
52. Yasemin, G. and M.J.D.E.Ü.H.F.E.D. Korkmaz, Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. 2014. 7(2): p. 98-108.
53. Mendis, S. and M.J.G. Sala, Switzerland: World Health Organization, Adherence to long term therapies [Chapter XIII], Hypertension. 2003: p. 107-122.
54. Bautista, L.E.J.A.J.o.H., Response to “depression and adherence to antihypertensive therapy”. 2008. 21(7): p. 726-726.
55. Ong, K.L., et al., Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999–2004. 2007. 49(1): p. 69-75.
56. Perreault, S., et al., Persistence and determinants of statin therapy among middle-aged patients for primary and secondary prevention. 2005. 59(5): p. 564-573.
57. Caro, J.J., et al., Persistence with treatment for hypertension in actual practice. 1999. 160(1): p. 31-37.
58. Sengul, S., et al., Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. 2016. 34(6): p. 1208.

59. ÖNCÜLÜK, T.D.K.H.Y., <TEKHARF-2017.pdf>. ERİŞİM TARİHİ 28.03.2021(TEKHARF 2017).
60. Abaci, A., et al., Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). 2006. 20(5): p. 355-361.
61. Kim, M.T., et al., Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. 2000. 15(3): p. 90-96.
62. Karademir, M., et al., Validity and reliability of the Turkish version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. 2009. 15(4): p. 207-211.
63. Akdoğan, A. and M. Deniz, Farklı depresyon anksiyete stres düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinin akademik erteleme davranışlarının incelenmesi. 2013, Necmettin Erbakan Üniversitesi.
64. GÜN, Y. and M.J.D.E.Ü.H.Y.E.D. KORKMAZ, Treatment adaptation and quality of life of hypertensive patients. 2014. 7(2): p. 98-108.
65. Mert, H. and E.J.T.J.o.F.P.T.A.H.D. Kuruoğlu, Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. 2011. 15(1).
66. Özdemir, Ö., A. Akyüz, and H.J.B.T.D. Doruk, Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. 2016. 12(4): p. 195-201.
67. Chudiak, A., B. Jankowska-Polańska, and I.J.C.i.i.a. Uchmanowicz, Effect of frailty syndrome on treatment compliance in older hypertensive patients. 2017. 12: p. 805.
68. Shaya, F.T., et al., Predictors of compliance with antihypertensive therapy in a high-risk Medicaid population. 2009. 101(1): p. 34-39.
69. Uchmanowicz, B., et al., Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. 2018. 13: p. 2425.

70. Lee, G.K., et al., Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. 2013. 8(4): p. e62775.
71. Göçgeldi, E., et al., Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. 2008. 50(3): p. 172-179.
72. Hill, M.N., et al., Barriers to hypertension care and control in young urban black men. 1999. 12(10): p. 951-958.
73. Akgül, C.J.Y.T.U.T., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye, Hipertansiyon hastalarında antihipertansif uyumun değerlendirilmesi. 2008.
74. Zyczynski, T.M. and K.S.J.C.h.r. Coyne, Hypertension and current issues in compliance and patient outcomes. 2000. 2(6): p. 510-514.
75. Hashmi, S.K., et al., Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. 2007. 2(3): p. e280.
76. Kretchy, I.A., et al., A psychosocial perspective of medication side effects, experiences, coping approaches and implications for adherence in hypertension management. 2015. 21(1): p. 1-8.
77. Wang, P.S., et al., Noncompliance with antihypertensive medications. 2002. 17(7): p. 504-511.
78. Bogner, H.R. and H.F.J.T.A.o.F.M. de Vries, Integration of depression and hypertension treatment: a pilot, randomized controlled trial. 2008. 6(4): p. 295-301.
79. Etienne, M., et al., Indicators of adherence to antiretroviral therapy treatment among HIV/AIDS patients in 5 African countries. 2010. 9(2): p. 98-103.

80. Krousel-Wood, M. and E.D.J.J.o.c.h. Frohlich, Hypertension and depression: co-existing barriers to medication adherence. 2010. 12(7): p. 481.
81. Kim, H.K., et al., Differences in adherence to antihypertensive medication regimens according to psychiatric diagnosis: results of a Korean population-based study. 2010. 72(1): p. 80-87.
82. Nelson, E.C., et al., Impact of patient perceptions on compliance with treatment for hypertension. 1978: p. 893-906.
83. Gascon, J.J., et al., Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. 2004. 21(2): p. 125-130.
84. De Jong, M.J., et al., Nonadherence to Prescribed Medications Mediates the Link between Anxiety and Event-Free Survival in Patients with Heart Failure. 2008, Am Heart Assoc.
85. Ross, S., A. Walker, and M.J.J.J.o.h.h. MacLeod, Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. 2004. 18(9): p. 607-613.
86. Kretchy, I.A., F.T. Owusu-Daaku, and S.A.J.I.j.o.m.h.s. Danquah, Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. 2014. 8(1): p. 1-6.
87. Roest, A.M., et al., Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. 2010. 56(1): p. 38-46.

Ek-1: Hipertansif Bireylerin Tedavi Uyum Ve İlişkili Faktörleri Değerlendirme Ölçeği

TARİH:

ADI-SOYADI:

TELEFON:

CİNSİYET:

YAŞ:

MEDENİ DURUMU:

EĞİTİM DURUMU:

MESLEK:

ÇALIŞMIYOR()EMEKLİ()MASABAŞI()BEDENSEL

SOSYAL GÜVENCE :ÖZEL SİGORTA() SGK()DİĞER()

ÇALIŞMA SAATLERİ:GÜNDÜZ() VARDİYA()

YAŞADIĞI EV:KENDİSİNE AİT()AİLESİNE AİT() KİRA()

YAŞAMA ORTAMI:TEK BAŞINA() EŞ() EŞ VE ÇOCUK()BAKICI()

COVID DÖNEMİ TEDAVİYİ BIRAKTI() DEVAM ()

ANTI-HİPERTANSİF İLAÇ KULLANIYOR: BİRTANE () BİRDEN FAZLA()

ANTI-HİPERTANSİF İLAÇLARIN YAN ETKİSİ BİLGİSİ:

UYKU SAATLERİ: 4SAAT VE ALTI() 4-6 SAAT()6-8 SAAT() 8 SAAT VE ÜZERİ()

ÇOCUK SAYISI:YOK()1() 1-3() 3ÜZERİ()

KRONİK HASTALIKLAR:DIYABET() HİPERLİPİDEMİ() OTOİMMÜN() KANSER ÖYKÜSÜ()

BAĞIMLILIK:

SİGARA:YOK() BIRAKMIŞ()TEKTÜK()HAFTADA 1 PAKET()GÜNDE 1 PAKET()

ALKOL:YOK()NADİREN()GÜNDE 1 KADEHVE ÜZERİ() HAFTADA 1 KADEH VE ÜZERİ()

EK-2: Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

1. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

2. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 33. soruyu da cevaplayın)

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

3. Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 34. soruyu da cevaplayın)

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

4. Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

5. Ne sıklıkla hazır (abur cubur) yemek yersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

6. Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

7. Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

8. Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

9. Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 34. soruyu da cevaplayın)

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

10. Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlarsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

11. Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

51. Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

13. Ne sıklıkla başkalarını tansiyon ilaçlarından alırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

14. Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

Ek-3: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur.

Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

SON BİR HAFTA İÇİNDE

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0 1 2 3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0 1 2 3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi.	0 1 2 3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0 1 2 3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0 1 2 3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0 1 2 3
7	Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)	0 1 2 3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığını hissettim.	0 1 2 3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0 1 2 3
10	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0 1 2 3
11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0 1 2 3
12	Rahatlamak bana zor geldi.	0 1 2 3
13	Kendimi morali bozuk ve canı sıkın hissettim.	0 1 2 3
14	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0 1 2 3
15	Kendimi paniklemeye yakın hissettim.	0 1 2 3
16	Hiçbir şeye karşı bir istek duymadım.	0 1 2 3

17	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0 1 2 3
18	Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0 1 2 3
19	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0 1 2 3
20	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0 1 2 3
21	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0 1 2 3

Alt Ölçek Puanlarının Hesaplanması

DASS - Depresyon = DASS3 + DASS5 + DASS10 + DASS13 + DASS16 + DASS17 + DASS21

DASS - Anksiyete = DASS2 + DASS4 + DASS7 + DASS9 + DASS15 + DASS19 + DASS20

DASS - Stres = DASS1 + DASS6 + DASS8 + DASS11 + DASS12 + DASS14 + DASS18

Kaynakça:

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. Behaviour Research and Therapy, 33 (3), 335–343. doi: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Abdullah Yıldırım, Murat Boysan & Mehmet Celal Kefeli (2018): Psychometric properties of the Turkish version of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), British Journal of Guidance & Counselling, DOI: <https://doi.org/10.1080/03069885.2018.1442558>

Ek-4: Etik Kurul Karar Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:		Tarih: 27.01.2021		
KONU: Etik Kurulu Kararı				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastaların Tedavi Uyumluluğu ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	TELEFON	216 570 91 90		
	FAKS	216 565 55 26		
	E-POSTA	etik@sbgotepehastanesi.gov.tr		
BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran Mutlu		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözetimsel ilaç çalışması		☐		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
	Retrospektif	☐		
		☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐
	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	Belge Adı			Açıklama
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0061	Tarih: 27.01.2021		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanan etik kurul üyeleri tarafından salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran Mutlu
İmza: Sadık ÖNER

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 27.01.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI

Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastaların Tedavi Uyumluluğu ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ ReddedildiEtik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı
İmza:

Dr. Şükrü Sadık ÖNER