



T.C.

**HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA
SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**PANDEMİ DÖNEMİNDE HİPERTANSİYON HASTALARININ
TAKİP VE TEDAVİ UYUMLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Firdevs BEDEL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER

HATAY – 2021

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

**PANDEMİ DÖNEMİNDE HİPERTANSİYON HASTALARININ TAKİP VE
TEDAVİ UYUMLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Firdevs BEDEL
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER

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

**PANDEMİ DÖNEMİNDE HİPERTANSİYON
HASTALARININ TAKİP VE TEDAVİ UYUMLARI**

Dr. Firdevs BEDEL

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....

Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN

Tıp Fakültesi Dekanı

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

(İmza).....

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Anabilim Dalı Başkanı

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

(İmza).....

Dr. Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Dr. Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER
3. Doç. Dr. Hamit Sırrı KETEN

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
V. ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
VI. KISALTMALAR LİSTESİ	x
VII. TEŞEKKÜR	xii
VIII. ÖZET.....	xiii
IX. ABSTRACT.....	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Hipertansiyonun Tanımı.....	3
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	4
2.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi	6
2.5. Kan Basıncı Ölçümü	7
2.6. Hipertansiyonda Tanısal Değerlendirme	8
2.6.1. Hipertansiyon Hastalığında Tarama	8
2.6.2. Hipertansiyon Hastalığında Öykü ve Belirtiler.....	9
2.6.3. Hipertansiyon Hastalığında Fizik Muayene.....	10
2.6.4. Hipertansiyon Hastalığında Laboratuar	11
2.7. Hipertansiyonlu Hastalarda Risk Faktörleri	11
2.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları	11
2.8.1. Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Hastalıklar.....	11
2.8.2. Hipertansiyon ve Serebrovasküler Hastalık.....	14
2.8.3.Hipertansiyon ve Böbrek Hastalığı.....	14

2.8.4.Hipertansiyon ve Oküler Değişiklikler	15
2.9. Hipertansiyon Tedavisi.....	16
2.9.1. Nonfarmakolojik Tedavi	18
2.9.2. Farmakolojik Tedavi	19
2.9.3. Kombinasyon Tedavisi	20
2.10. Eşlik Eden Kronik Hastalıklarda Hipertansiyon Tedavisi.....	22
2.10.1.Diyabette Hipertansiyon Tedavisi.....	22
2.10.2 Böbrek Hastalığında Hipertansiyon Tedavisi	23
2.10.3.Gebelikte Hipertansiyon Tedavisi.....	24
2.10.4.Serebrovasküler Hastalıklarda Antihipertansif Tedavi	25
2.10.5.Koroner Arter Hastalığında Antihipertansif Tedavi	26
2.11. Hipertansiyon Hastalarında Takip ve Hastaların Tedaviye Uyumu.....	27
2.11.1. Takip	27
2.11.2. Uyum.....	27
2.12. Covid-19 ve Etkileri, Tansiyon Hastalarının Durumu	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1.Etik Kurul ve İzinler	29
3.2. Araştırma Tipi	29
3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli	29
3.4. Çalışma Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	29
3.5. Örneklem Büyüklüğü ve Evren	30
3.6. Anket	30
3.7. İstatistiksel Analiz	31
4.BULGULAR.....	32
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	32
4.2. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özellikleri.....	33

4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ile İlişkisi	40
5.TARTIŞMA	60
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Hipertansiyon Hastalığı ile İlgili Özelliklerinin Değerlendirilmesi	60
5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Hipertansiyon Hastalığı ile Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Puan Değerleri Arasındaki İlişki..	64
7.SONUÇ VE ÖNERİLER	72
8.KAYNAKLAR	73
9.EKLER.....	81
10.ÖZGEÇMİŞ	90

IV. TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması.....	5
Tablo 2. Ofis Ölçümlerinden Elde Edilmiş Olan Kan Basıncı Seviyelerine Göre Kan Basıncı Sınıflaması	6
Tablo 3. Hipertansiyon Hastalığının Başlıca Komplikasyonları.....	10
Tablo 4. Toplam KVS Riskin SKB ve DKB ile Risk Faktörleri, Asemptomatik Organ Hasarı, Diyabet, KBH evresi veya Semptomatik KVH varlığına Göre Düşük, Orta, Yüksek ve Çok Yüksek Risk Kategorisi Olarak Sınıflandırılması	13
Tablo 5. Yaşam Tarzı Değişikliği ve Antihipertansif İlaç Başlama	17
Tablo 6. Antihipertansif İlaçların Kullanımı İçin Kesin ve Olası Kontrendikasyonlar	21
Tablo 7. Özel Durumlarda Tercih Edilecek İlaçlar	22
Tablo 8. Sosyodemografik Özellikler	32
Tablo 9. Katılımcıların Alışkanlık Durumu	33
Tablo 10. Hipertansiyon Hastalığıyla İlgili Özellikler.....	33
Tablo 11. Hipertansiyon Kontrol Muayenelerindeki Değişiklikler	34
Tablo 12. Hipertansiyon Hastalarının Kontrollerini Azaltma Nedenleri	35
Tablo 13. Katılımcıların Tansiyon Ölçümü İle İlgili Özellikleri	35
Tablo 14. İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgiler	36
Tablo 15. ASM' ye Gitme Nedenleri	36
Tablo 16. Hipertansiyon Dışında Kronik Hastalığı Olma Durumu	37
Tablo 17. Pandemi Sırasında Dışarı Çıkma Nedenleri	37
Tablo 18. Beslenme Alışkanlığı ve Bazı Yaşam Tarzı Dğişiklikleri	38
Tablo 19. Katılımcıların Tansiyon Hastalıklarını Değerlendirmeleri	38
Tablo 20. HBHTUÖ Sorularına Verilen Cevaplar.....	39
Tablo 21. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisi Uyum Ölçeği Toplam ve Alt Grup Puan Değerleri.....	40
Tablo 22. Sosyodemografik Özellikler ile HBHTUÖ Total Puan Arasındaki İlişki .	41
Tablo 23. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliği ile HBHTUÖ Total Puan Arasındaki İlişki.....	42

Tablo 24. Hipertansiyon Hastalığı ile HBHTUÖ Total Puan Değerleri Arasındaki İlişki	43
Tablo 25. HBHTUÖ Total Puan Skorları ile İlaç Kullanım Bilgileri Arasındaki İlişki44	
Tablo 26. HBHTUÖ Total Puan Skorları ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki	45
Tablo 27. Sosyodemografik Özellikler ile HBHTUÖ Medikal Alt Grup Arasındaki İlişki	45
Tablo 28. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliğiyle HBHTUÖ Medikal Alt Grup Arasındaki İlişki	46
Tablo 29. Hipertansiyon Hastalığı ile HBHTUÖ Medikal Alt Grup Arasındaki İlişki47	
Tablo 30. HBHTUÖ Medikal Alt Grup Skorları ile İlaç Kullanım Bilgileri Arasındaki İlişki	49
Tablo 31. HBHTUÖ Medikal Alt Grup Skorları ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki	49
Tablo 32. Sosyodemografik Özellikler ile HBHTUÖ Beslenme Alt Grubu Arasındaki İlişki	50
Tablo 33. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliği ile HBHTUÖ Beslenme Alt Grubu Arasındaki İlişki	51
Tablo 34. Hipertansiyon Hastalığı ile HBHTUÖ Beslenme Alt Grubu Arasındaki İlişki	52
Tablo 35. HBHTUÖ Beslenme Alt Grup Skorları ile İlaç Kullanım Bilgileri Arasındaki İlişki	53
Tablo 36. HBHTUÖ Beslenme Alt Grup Skorları ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki	54
Tablo 37. Sosyodemografik Özellikler İle HBHTUÖ Görüşme Alt Grubu Arasındaki İlişki	55
Tablo 38. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliği ile HBHTUÖ Görüşme Alt Grubu Arasındaki İlişki	56
Tablo 39. Hipertansiyon Hastalığı ile HBHTUÖ Görüşme Alt Grubu Arasındaki İlişki	57
Tablo 40. HBHTUÖ Görüşme Alt Grup Skorları ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki	58

Tablo 41. HBHTUÖ Görüşme Alt Grup Skorları ile İlaç Kullanım Bilgileri Arasındaki İlişki.....	58
--	----



V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Küresel Ölüm Nedenleri Dağılımı (Dünya Sağlık Örgütü 2006 Yılı Raporu) 1	
Şekil 2. HBHTUÖ Total Puan Değerleri ile Sigara İçme Alışkanlığının Pandemiyle Değişimi Arasındaki İlişki	41
Şekil 3. HBHTUÖ Total Puan Skorları ile Pandemi Öncesi Ht Hastalığı Durum Değerlendirmesinin İlişkisi	44
Şekil 4. HBHTUÖ Medikal Alt Grup Skorları ile Ht Hastalığı Süresi Arasındaki İlişki	48
Şekil 5. HBHTUÖ Medikal Alt Grup Skorları ile Pandemiden Önceki Dönemde Düzenli Doktor Kontrol Durumu	48
Şekil 6. HBHTUÖ Beslenme Alt Grup Skorları ile Ht Hastalığı Kontrol Durumunun Pandemiyle Değişimi Arasındaki İlişki	53

VI. KISALTMALAR LİSTESİ

ACC/AHA	: AmerikaKardiyolojiKoleji/Amerikan Kalp Derneği
ACEİ	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü
ACCORD BP	:Kardiyovasküler Riski Kontrol Etme Eylemi
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokeri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AT1	: Anjiotensin 1
A-V	: Atriyovenriküler
BB	: Beta Bloker
BP	: Kan Basıncı
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DM	: Diyabetes Mellitus
EKG	: Elektrokardiyografi
ESH/ESC	: Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği
HBHTUÖ	: Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisi Uyum Ölçeği
Hf	: Hafta
Ht	:Hipertansiyon
Hgfh	: Hesaplanmış Glomerüler Filtrasyon Hızı
İSH	: İzole Sistolik Hipertansiyon
İSK	:İntraserebral Kanama
KAH	:Koroner Arter Hastalığı
KB	: Kan Basıncı
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KKB	: Kalsiyum Kanal Blokerü
KKH	:Kroner Kalp Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KV/KVS	: Kardiyovasküler
KVH	:Kardiyovasküler Hastalık
MI	:Miyokard Enfarktüsü
MR	: Manyetik Rezonans

OH	: Organ Hasarı
RF	: Risk Faktörü
SAB	:Sistolik Arteriyel Basıncı
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SDBH	: Son Dönem Böbrek Hastalığı
SoV	: Sol Ventrikül
SVH	: Sol Ventrikül Hipertrofisi
TEKHARF	:Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TİA	: Geçici İskemik Atak
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
YTD	: Yaşam Tarzı Değişikliği

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde akademik olarak bizlerle bilgilerini ve tecrübelerini paylaşan, maddi manevi desteğini üzerimizden eksik etmeyen, bir sıkıntımız olduğunda elinden gelen çabayı gösteren ve ayrıca tezimin istatistik kısmında çokça yardımı dokunan değerli anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e,

Kendisi her ne kadar yoğunluğu sebebiyle bazı zamanlar yanımda olamasa da herhangi bir derdimiz olduğunda elinden geldiğince yardımcı olan, hertürlü tavrıyla yanımda olduğunu hissettiren gülyüzlü hocamız Sayın Doç. Dr. Erhan YENGİL'e,

Gerek uzmanlık eğitimimin çoğu aşamasında gerekse de tez aşamamda hertürlü deneyim ve fikirlerinden yararlandığım; bazen hoca bazen bir abla olarak gördüğüm, samimiyetine inandığım, değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER'e,

Asistanlık sürecinde rotasyonda karşılaşmış olduğum, deneyimlerinden ve bilgilerinden faydalandığım tüm değerli hocalarımıza ve istatistik kısmında yardımcı olan Emre DİRİCAN'a

Asistanlığım süresince çalışma arkadaşından ziyade bana gerek arkadaş gerek kardeş olan vehertürlü desteklerini esirgemeyen iyi ki tanımışım dediğim sevgili bölüm arkadaşlarıma ve verileri toplamamda yardımcı olup bana aile sağlık merkezlerinin kapısını açan Sahu grubunda aile hekimliği asistanı olan değerli arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim; kelimelerle sevgimi hürmetimi ne kadar ifade etsem az olduğunu düşündüğüm sevgili, kıymetli aileme; bilhassa anneciğim Hanım BEDEL'e

Kendisiyle tanıştığım zamandan buyana manevi desteğiyle her zaman yanımda olan kıymetli nişanlım Abdullah ASLAN'a

Sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum...

Dr. Firdevs BEDEL

VIII. ÖZET

PANDEMİ DÖNEMİNDE HİPERTANSİYON HASTALARININ TAKİP VE TEDAVİ UYUMLARI

Amaç: Pandemi sürecinde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran Hipertansiyon hastalarının tedavilerine uyumlarını ve pandemi sürecindeki kontrollerinin durumunu tespit etmektir.

Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışma 1 Şubat-30 Nisan 2021 ayları arasında Hatay iline bağlı izinleri alınmış belirli ASM'lere herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üzeri Hipertansiyon hastalarına yapılmıştır. Çalışmada sosyodemografik ve Hipertansiyon hastalığı ile ilgili özelliklerin sorulduğu anket ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisi Uyum Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 361 hasta katıldı. Katılımcıların yaş ortanca değeri 67 (20-89)' idi. %50,1 katılımcının doktora kontrole gitme durumunu pandemi öncesi ve pandemi sırasında aynı düzeyde devam ettirdiği, %48,8 katılımcının ise kontrol sıklığını artırdığı bulundu. HBHTUÖ toplam puan ortanca değeri 5 (0-24)'tür. 0 alıp tam uyumlu olan katılımcı sayısı %1,4' idi. Medikal alt gruba tam uyumlu olan %26,6 beslenme alt grubuna %14,1 ve görüşme alt grubuna göre tam uyumlu olan ise %19,7 katılımcı vardı. Pandemi döneminde sigara içme miktarını azaltan katılımcıların tedaviye uyumları yüksek bulundu (arttıran-azaltan katılımcılar $p=0,04$, aynı düzeyde-azaltanlar $p=0,01$). Yaşam tarzı değişikliklerinden tuzsuz-yağsız diyet uygulayanların ($p<0,001$), hem diyet hem de egzersiz uyguladım diyenlerin ($p=0,001$) ve bu seçeneklerden en az birini uygulayanların ($p=0,01$) HBHTUÖ total puan skorları anlamlı şekilde düşük bulundu. Pandemi öncesi düzenli şekilde Ht hastalığı için kontrole gidenlerin HBHTUÖ medikal, görüşme ve total puan skorlarının daha düşük olduğu görüldü ($p=0,005$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Sonuçlar: Katılımcıların pandemi döneminde HBHTUÖ'ne göre tedaviye uyum oranları literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılınca daha düşük olarak bulunmuş olup hekimlerimizin ve hastaların tedaviye uyumlarını artırmak için daha çok çaba sarfedilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği, Pandemi

IX. ABSTRACT

FOLLOW-UP AND TREATMENT COMPLIANCE OF HYPERTENSION PATIENTS DURING THE PANDEMIC PERIOD

Aim:To determine the compliance with the treatment of Hypertension patients who apply to primary health care services during the pandemic process and the status of their controls during the pandemic process.

Methods:The cross-sectional study was conducted on Hypertension patients over the age of 18 who applied to certain primary care centers in Hatay province between February 1 and April 30, 2021 for any reason. In the study, a questionnaire asking about sociodemographic and hypertension disease characteristics and the Hill-Bone Hypertension Treatment Compliance Scale were used

Results:361 patients participated in the study. The median age of the participants was 67 (20-89).It was found that %50.1 of the participants maintained their visit to the doctor at the same level before and during the pandemic, while %48.8of the participants increased the frequency of control.The median value of the HBHTUÖ total score is 5 (0-24).The number of participants who received 0 and were fully compatible is %1.4. There are %26.6 participants who are fully compatible with the medical subgroup. There was %14.1 participants in the nutrition subgroup and %19.7 in the interview subgroup who are fully compliant.Participants who reduced the amount of smoking during the pandemic period had higher adherence to treatment (participants who increased-decreased $p=0.04$, those who increased-decreased $p=0.01$).Among the lifestyle changes, those who followed a salt-free diet ($p<0.001$), those who said they had both diet and exercise ($p=0.001$), and those who applied at least one of these options ($p=0,01$) had significantly lower HBHTUÖ total scores.It was observed that the HBHTÖ medical, interview and total scores of those who regularly went to control for Ht disease before the pandemic were lower ($p=0.005$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Conclusion: Compared to the studies in the literature, the rates of adherence to treatment according to the HBHTUÖ of the participants during the pandemic period were found to be lower.More efforts are needed to increase the compliance of our physicians and patients to treatment.

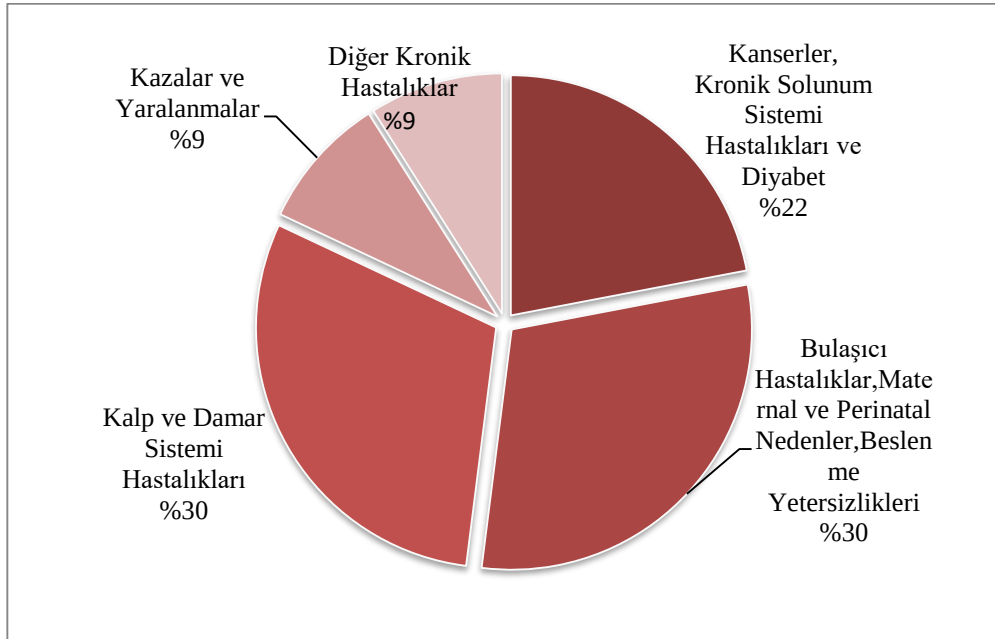
Keywords: Compliance scale for hypertension treatment, Pandemic.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

20 yy.da dünyadaki eğitim-gelir düzeyinin yükselmesiyle vebulaşıcı hastalıkların kontrolüyle beklenen yaşam süresi artmıştır. Bu artışla kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmıştır(1).

Literatürde ülkelerin gelişmişliğine ve sosyal sınıflarına bakılmaksızın kronik hastalıkların arttığı bildirilmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar (kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere) küresel ölümlerin %60'ını oluşturmakla beraber, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerinde risk oluşturmaktadır(1).

Küresel olarak kalp ve damar hastalıkları ölüm nedeni olarak ilk sırada yer almakta olup tüm küresel ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır. 2005'te yaklaşık olarak 17,5 milyon kişi bu nedenle hayatını kaybetmiştir(1).



Şekil 1. Küresel Ölüm Nedenleri Dağılımı (Dünya Sağlık Örgütü 2006 Yılı Raporu)

Türkiye’de ise ölüm sebepleri arasında birinci sırada 205.457 ölümle kardiyovasküler hastalıklar (tüm ölüm nedenlerinin %47,73’ü) bulunmaktadır. Yaş, cinsiyet, birinci derece akrabalarda erken yaşta kardiyovasküler hastalık öyküsü, sigara kullanımı, sedanter yaşam, kilo fazlalığı, hipertansiyon, dislipidemi ve diyabet Kardiyovasküler risk faktörlerini oluşturur. Risk faktörlerinin içinde en yaygın gözlenen hipertansiyondur(1).

Hipertansiyon; inme, konjestif kalp yetmezliği, miyokard infarktusü, periferik vasküler hastalık ve böbrek yetmezliği gibi hastalıklar için en yaygın bilinen, kontrol edilebilen, takip edilebilen ve önlenebilen bir risk faktörüdür. Hipertansiyona ait komplikasyonlar tansiyon ölçümlerinin düzenli takibi ile önlenmesine rağmen hipertansiyon genellikle semptomsuz seyrettiği için hasta uyumu düşüktür(2). Dünya Sağlık Örgütü, hipertansiyon hastaların yarısının teşhis koyulduktan sonraki bir yıl içinde hipertansiyon takiplerini bıraktıklarını; takiplerini sürdürenlerin ise yalnızca yarısının ilaçlarını kullandığını bildirmektedir(3).

Hipertansiyon hastalarının takibi ve kontrolü, 2020 yılında başlayan ve tüm Dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisinden etkilenmiştir(4, 5). SARS-COV2’nin bulaştırıcılığı ve mortalitesi pek çok bulaşıcı hastalıktan fazladır(6). COVID-19 enfeksiyonu yaşlılarda, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik solunum hastalığı, kronik böbrek hastalığı ve diyabet gibi hastalıkları olan kişilerde mortalite ve morbidite artışına neden olmaktadır. Bununla birlikte, pandemi koşulları nedeniyle kronik hastaların bakımlarının sürekliliği ve kalitesi etkilenmektedir. Ayrıca pandemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde Hipertansiyon hastalarının takiplerinde kesintilere neden olduğu için komplikasyonlarda artışlara yol açmıştır(4).

Bu çalışmanın amacı, Hipertansiyon hastalarının pandemi sürecindeki tedaviye uyumunu ve kronik hastalık takip sıklığını belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Hipertansiyonun Tanımı

Arter kan basıncının normal görülen sınırların üzerinde seyretmesine hipertansiyon denir(7). Güncel klavuzlarda ise arteriel kan basıncının tekrarlanan ölçümlerde 140/90 mmHg den daha fazla olması durumu hipertansiyon (Ht) olarak tanımlanmıştır. Hipertansiyon eğer tedavi edilmezse kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm oranını artırır. Bu komplikasyonlar ve buna bağlı ölüm oranının, tansiyon yüksekliği ile doğru orantılı olduğu ortaya konmuştur(8).

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk kapsamlı çalışma “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışmasıdır. Bu çalışmada, hipertansiyon prevalansı %33.7 olarak bulunmuş olup, yaşın artmasıyla prevalansında arttığı tespit edilmiştir(9).

Hipertansiyon sıklığı yaş, ırk ve coğrafyaya göre farklılık gösterir.Sıklık yaş arttıkça artmaktadır ve obezite, besin alımı, fiziksel aktivite, diyabet gibi risk faktörleriyle de ilişkilidir.Küresel düzeyde Ht prevalansını değerlendiren ve 19.1 milyon kişi bulunan bir çalışmada, bölgesel değişiklikler olmakla birlikte, Ht prevalansının son 4 dekadda küresel düzeyde azaldığı, ancak hipertansif kişi sayısının %90 oranında artarak 2015 yılında 1.13 milyar kişiye ulaşmış olduğu bulunmuştur(10). Hipertansiyon hastalığına sahip bireylerin artmasındakitemel nedenler nüfus artışı, yaşlı popülasyonun ve düşük-orta gelirli ülkelerdeki hipertansiyon sıklığındaki artma düşünülmektedir(11).

Dünyada 25 yaş üzerinde hipertansiyon prevalansı %40 civarındadır(12). Amerika Birleşik Devletleri ve birçok Avrupa ülkesinde erişkinlerin yaklaşık %25-30'unda hipertansiyon hastalığı görülmektedir(8).

Türkiye'de yapılmış olan bir çalışmada erişkinlerde hipertansiyon prevalansı%31,8 (kadınlarda %36,1, erkeklerde %27,7) bulunmuştur. Hipertansiyonlu hastaların yalnız %40,7'sinin hastalıklarının farkında olduğu bulunmuş olup, %31,1'inin antihipertansif tedavi aldığı ve tedavi alanların yalnız %20,7'sinin tansiyonlarının kontrol altında olduğu tespit edilmiştir(13).

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon sınıflandırması etyolojiye göre ve kan basıncı düzeylerine göre yapılabilir.Etyolojiye göre primer (esansiyel,idiyopatik) ve sekonder hipertansiyon şeklinde bir sınıflandırma karşımıza çıkar.

Primer hipertansiyonun (esansiyel,idiyopatik) altında yatan organik birneden yoktur ve bütün hipertansiyon hastalarının yaklaşık %80-90'ını oluşturur(8).

Sekonder hipertansiyon ise tüm hipertansiflerin %10-20'sini kapsar ve sekonderhipertansiyonun altında yatan bir neden vardır, bu nedene bağlı tansiyon yüksekliği ortaya çıkar. Altta yatan nedenin tedavisiyle sekonder hipertansiyonun ortadan kalkması mümkün olduğu için hipertansif hastaları ilk değerlendirirken uyanık olunmalıdır(14).Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırması tablo 1 de verilmiştir.

Sekonder hipertansiyon için dikkatli olunması gereken durumlar şunlardır:

1. 20 yaşından önce veya 50 yaşından sonra ortaya çıkan hipertansiyonda,
2. Ailesinde sekonder hipertansiyon öyküsü olan kişilerde,
3. Ailesinde böbrek hastalığı olanlarda,
4. Ani ve şiddetli başlamış olan hipertansiyonda (>180/110 mmHg),
5. Uygun ve yeterli dozda ilaç tedavisine rağmen tansiyon kontrolü sağlanamamış olanhastalarda,
6. Antihipertansif tedavisi alırken tansiyonu ani bir şekilde bozulan hastalarda,

7. Laboratuvar tetkiklerinde hipokalemi tespit edilen hastalarda,
8. Tansiyon seviyesine göre beklenenden daha çok hedef organ hasarı oluşan hastalarda,
9. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) tedavisinden sonra kreatinin seviyelerinde aşırı yükselme (>%30) olan hastalarda(8, 15).

Tablo 1.Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması

Primer Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
Nedenleri • Genetik yatkınlık • Aşırı tuz tüketimi • Obezite-İnsülin direnci • Sempatik sinir sistemi fazla çalışması • Renin-anjiyotensin sisteminin rolü • Tuz atılımında renal bozukluk • İntraselüler sodyum ve kalsiyum artışı • Düşük doğum ağırlığı • Stresli kişilik yapısı Artıran faktörler: • Aşırı alkol alımı • Sigara içimi • Sedanter hayat • Polisitemi • Nonsteroidalantiinflamatuvarlar • Düşük potasyum alımı	A. Endokrin nedenler 1. Oral kontraseptifler 2. AdrenokortikalHiperfonksiyon a. Cushing sendromu b. Primerhiperaldosteronizm c. Konjenital adrenalhiperplazi (17α hidroksilaz ve 11 β hidroksilaz eksikliği) 3. Feokromositoma 4. Akromegali 5. Hipotiroidi, hipertiroidi 6. Hiperparatiroidi B. Renal nedenler • Kronik böbrek hastalığı • Kronik piyelonefrit • Akut ve kronik glomerülonefrit • Polikistik böbrek hastalığı • Renal arter darlığı • Arteriolarnefroskleroz • Diyabetik nefropati • Renin salgılayan tümörler C. Uyku- apne sendromu D. Nörolojik nedenler E. Aort koarktasyonu

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu 2019

Yetişkinlerde (18 yaşından büyük) kan basıncının sınıflandırılması, doğru şekilde ölçülen iki veya daha fazla kan basıncı ölçümünün ortalamasına dayanır. Sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı değerleri farklı kategorilere ayrılır ve genel sınıflandırma, iki kan basıncından daha yüksek olanına göre belirlenir(16).

Tekrarlanan ölçümlerde, erişkinlerde (>18 yaş) doktorun yaptığı ofis ölçümlerinde sistolik KB ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanır. 120/80 mmHg'nın altındaki kan basıncı değerleri normal kabul edilir(8).

Hipertansiyon için klavuzlarda farklı sınıflandırmalar bulunur. En çok kullanılan sınıflamalardan biri güncel kılavuz “Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği” (ESH/ESC) tarafından 2018 yılında yayınlanan sınıflamadır(17).Bu klavuza göre hipertansiyon sınıflandırılması tablo 2 de verilmiştir.

Tablo 2. Ofis Ölçümlerinden Elde Edilmiş Olan Kan Basıncı Seviyelerine Göre Kan Basıncı Sınıflaması

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	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥ 140	ve	<90

ESH/ESC Klavuzu 2018

2.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Kan basıncı aktivitelere, çevresel etkilere ve kan basıncı kontrol sistemlerinin yanıtlarına bağlı olarak gün boyunca değişir(18).Normal bir kan basıncı: Kan basıncı,kalp debisi ve periferik arter direncinin bileşenlerinin ürünü olarak ortaya çıkar.Bu bileşenleri düzenleyen ise nöral, hüморal ve metabolik etkenlerdir.Bu etkenler dengede kaldıkça, kan basıncı ‘normal’ tabir edilen seviyelerde bulunmaktadır(19).

Kalp debisi veya arteriyel direnç arttıkça kan basıncı da artar ve böylece hipertansiyon meydana gelir. Esansiyel hipertansiyonun nedeni kesin olarak bulunamamıştır. Fakat genetik faktörler, elektrolitler, vücut sıvı dengesi, böbrekler,

merkezi ve sempatik sinir sistemi, nörohümorale faktörler (renin, anjiyotensin, aldosteron), vasküler faktörler, atriyele natriüretik hormon ve vazopressinin esansiyel hipertansiyon oluşumunda etkisi olduğu düşünülmektedir(19).

Hipertansiyonun karakteristik hemodinamik modelini sürdüren bir dizi farklı organ sistemi vardır. Bunlar arasında kalp, periferik dolaşım (arteriyel-venöz) ve böbrekler bulunur. Beyin, hipertansiyonda da önemli bir rol oynar, çünkü diğer organların birçok işlevini düzenler. Bu sistemlerden bazıları, hastalığın seyri sırasında kademeli olarak yapısal değişikliklere uğramaktadır (20).

2.5. Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyon tanısını koymada kan basıncının doğru şekilde ölçülmesi ve yorumlanması gerekmektedir(21). Doğru şekilde ölçüm elde etmek için pek çok dikkat edilmesi gereken husus vardır.

Ölçüm sonucu ölçen kişiye ve ölçme yöntemine göre değişiklik arz eder. Tansiyon ölçümünün gün içinde hangi saatte yapıldığı, sigara ve kahve-çay içiminden sonra yapılan ölçümlerde tansiyonun normalden yüksek olabileceği, egzersiz ve yemekten sonra yapılanlarda ise düşük çıkabileceği bilinmelidir. Bu sebeplerden ölçümde 30 dakika önce kişinin kafein içeren çay-kahve gibi gıdalar tüketmemesi ve yemek yememesi önerilir. Bazı ilaçları kullanması ölçümün sonucunu etkileyebilir(8). Kan basıncı ölçümü için tansiyon aletinin uygun şekilde kalibre edilmesi, manşet boyutlarının uygun seçilmesi ve muayenehane gibi bir ortamda ölçüldüğünde, personelin eğitilmesi ve hastanın doğru şekilde konumlandırılması önemlidir(21). Hastanın en az beş dakika ölçüm öncesi dinlendirilmesi, oda ısısının soğuk yada sıcak olmaması, kişinin ölçüm sırasında konuşmaması, arkasını yaslayarak oturması, ölçüm yapılan kolun çıplak olması gerekmektedir.

Manşon hastanın kalp hizasında olmalı, manşonun alt kısmı dirseğin 2,5-3 cm üzerinde olmalı, stetoskop manşonun alt kısmına sıkıştırılmamalı ve hastanın kolu desteklenmelidir. Tansiyon ölçümü her iki koldan yapılmalıdır. İki kol arasındaki tansiyon farkı <10 mmHg kabul edilir, fakat tansiyon farkı >sistolik

20mmHg ve diastolik >10mmHg olduğunda isemuhakkak ileri seviyede araştırma yapılması gerekir. Yüksek çıkmış olan koldan ölçüm yapılarak tansiyon takibi devam ettirilir(8).

Muayenehanede yapılan kan basıncı ölçümleri, kişinin kan basıncını her zaman doğru şekilde temsil etmeyebilir.Muayenehanede yüksek tansiyon tespit edilen birçok kişide ileri testlerdehipertansiyon olmadığı görülebilir (beyaz önlük hipertansiyonu).Bununla birlikte hipertansiyon tedavisi altında olan bazı kişilerde de, muayenehanede yapılan ölçümlerinde kan basıncıyüksek bulunabilir (beyaz önlük etkisi) .Dolayısıyla, hipertansiyon tanısını doğrulamak ve tedavi gören hastaları izlemek için muayenehane dışında tansiyon ölçümü yapılması uygundur. Kan basıncının doğru ölçümü ve yorumlanması, hipertansiyonun tanı ve tedavisinde önemlidir(21).

Tansiyon ölçümü uygun manşonlu elektronik ve mekanik aletlerle ve özel bir cihaz olan ambulator ölçümle sağlanabilir.Ambulator ölçüm 24 saat süreyle kişinin üzerinde tansiyonunu ölçen bir özel cihazla yapılır.Bu ölçüm özellikle evde ve ofiste ölçülen kan basınçları arasında uyumsuzluk varsa ve nokturnal hipertansiyon şüphesi varsa yapılır(8). Ambulator ölçüm tansiyon tanı ve takibinde en ideal yöntem olsa bile maliyetinin yüksek olması ve bu cihazın yönetimi için kalifiye bir personele ihtiyaç duyulması sebebiyle rutinde kullanılmaz(8, 22).

2.6. Hipertansiyonda Tanısal Değerlendirme

2.6.1. Hipertansiyon Hastalığında Tarama

Kardiyovasküler ve böbrek yetmezliği gibi hastalıklar için hipertansiyon en yaygın düzeltilebilir risk faktörüdür(2).Bu nedenle hipertansiyon taraması; daha semptom oluşturmada erken teşhis etmeve hipertansiyona bağlı kısa ve uzun dönem morbiditeyi engelleme yönünden yarar sağlar(23). Toplumun bilinçlendirilmesi hususunda hipertansiyon teşhisi için uygulanan taramalar, kişisel eğitimler, farkındalık oluşturan programlar, yaşam tarzı önerileri gibi çalışmalar faydalı olmaktadır(24).

“T.C Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri” rehberinde hipertansiyon tanısının erken teşhisi ve kardiyovasküler olayları önlemek için herhangi bir nedenle muayene için gelmiş olan 3-18 yaş arasındaki tüm çocuklar ve 18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru nedeninden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önerilmektedir(25).Ayrıca obezite ve ailesinde hipertansiyon hastalığı olan herkes senede en az 2 defa; kişinin daha önce yapılan tansiyon ölçümleri sonucunda 120-129 mmHg arası saptanmışsayine senede 2 defa tarama yapılması önerilmektedir(26).

2.6.2. Hipertansiyon Hastalığında Öykü ve Belirtiler

Muayene için gelen her hastada olduğu gibi tansiyon hastaları için de hastadan anamnez alınmalıdır.Anamnezde hipertansiyon için başlıca risk faktörleri olan yaşı, obezitesinin olup olmadığı, alkolkullanımı, günlük aktivitede azalma, hastanın ailesinde hipertansiyon olup olmadığı ve tuz tüketimi sorgulanmalıdır(26).Ayrıca tanısının ne zaman konduğu, tansiyon ölçüm sonuçları,hipertansiyon tedavisi için ve diğer rahatsızlıkları için kullanmış olduğu ilaçlar, başka hastalığının olup olmadığı da öğrenilmelidir.

Yeni tanı alan hipertansiyon hastalarındaki en önemli belirtilerden biri de baş ağrısıdır. Hafif-orta derecede esansiyel hipertansiyonda kan basıncıyla baş ağrısı arasında yakın bir ilişki gösterilmiştir(27).

Şiddetli hipertansiyonda en yaygın görülen semptomlar nefes darlığı, göğüs ağrısı, baş ağrısı ve değişen zihinsel durumdur(28).Bu yüzden anamnez sırasında alınacak cevaplar bizim için değerlidir.

Bütün hipertansiyon hastalarında sekonder hipertansiyon olup olmadığı akılda tutulmalıdır.Hastadan anamnez alırken buna yönelik bazı sorular sorulmalı ve değerlendirilmelidir.Mesela hasta farklı sınıflardan 3 tane yeterli dozda hipertansiyon ilacı almasına rağmen tansiyonunun düzenlenip düzenlenmediği,tanı yaşının 20 yaşından küçük olup olmadığı, ACE inhibitörü ve ARB kullanan hastaların kreatinin seviyelerinde aşırı bir yükselme olup olmadığı,hipertansiyona eşlik eden kalp

yetmezliği,akut böbrek yetmezliği gibi hedef organ hasarı olup olmadığı gibi hususlar göz önünde bulundurulmalı ve hasta sorgulanmalıdır(8, 15).

2.6.3. Hipertansiyon Hastalığında Fizik Muayene

Fizik muayenede hastanın kan basıncı ölçümü yapılmalıdır ve bu ölçümün kişinin en az bir kez her iki koldanyapılması önerilir. İki kol ölçümü sonucu fark sistolik KB için >20mmHg ve/veya diyastolik KB için >10mmHg ise bu durum bize vasküler anomalileri düşündürmelidir.Bütün hastaların karotis arter, kalp ve renal arterleri dinlenmeli ve üfürüm varsa ileri tetkik yapılmalıdır. Ayrıca hastanın boyu, kilosu ölçülerek vücut kitle indeksi hesaplanmalıdır. Hastanın fizik muayenesinde tespit edilen bazı bulgular bizi sekonder hipertansiyona yönlendirebilir.Bu bulgular aşağıdaki tabloda özet olarak gösterilmiştir(29).

Tablo 3. Hipertansiyon HastalığınınBaşlıca Komplikasyonları

İkincil hipertansiyon düşündüren belirtiler
• Cushing sendromu özellikleri
• Nörofibromatozisin cilt bulguları (feokromasitoma)
• Palpasyonda böbreklerde büyüme saptanması (polikistik böbrek)
• Abdominal üfürüm duyulması (renovasküler hipertansiyon)
• Prekordiyal veya göğüste üfürüm duyulması (aort koarktasyonu; aort hastalığı; üst ekstremitte arterlerinin hastalığı)
• Eş zamanlı değerlendirilen kol KB'ye göre femoral nabızların zayıflaması ve gecikmesi ve femoral kan basıncının azalması (aort koarktasyonu; aort hastalığı; alt ekstremitte arterlerinin hastalığı)
• Sol-sağ kol arası KB farkı (aort koarktasyonu)
Organ hasarı belirtileri
• Beyin: motor veya duyu kaybı
• Retina: fundoskopik anormallikler
• Kalp: kalp hızı, 3. veya 4. kalp sesi, kalpte üfürüm, aritmiler, apeks vurusunun yeri, pulmoner raller, periferik ödem
• Periferik arterler: nabız yokluğu, zayıflaması veya asimetrisi, soğuk ekstremiteler, iskemik cilt lezyonları
• Karotis arterleri: sistolik üfürümler

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2013(29).

2.6.4. Hipertansiyon Hastalığında Laboratuvar

Hipertansiyon hastalarında anamnez ve fizik muayene sonrasında laboratuvar incelemesi yapılmalıdır. Hastadanbaşlangıç için; açlık kan şekeri, lipidler, potasyum,ürik asid, kreatinin klirens ölçümü ya da glomerüler filtrasyon hızı, hemoglobin ve hematokrit, tam idrar tahlili, EKG, TSH ve serum kalsiyum değerlerine bakılması için tetkik istenmelidir. Bu testler sonucunda veya anamnez-fizik muayenede şüpheyeye götüren bir durumla karşılaşılsa ek testler yapılarak ileri bir araştırmaya gidilmelidir(8).

2.7. Hipertansiyonlu Hastalarda Risk Faktörleri

Hipertansiyon hastalarında KVH için değıştirilebilir risk faktörleri arasında sigara maruziyeti, diyabet hastalığı, dislipidemi, obezite, aktive azlığı ve sağlıklı olmayan beslenme şekliyer alır. Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri kan basıncını,renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aşırı aktivasyonu, sempatik sinir sisteminin aktivasyonu, kardiyak natriüretik peptid sisteminin inhibisyonu, endotel disfonksiyonu ve daha başka mekanizmalar aracılığıyla etkiler. Değıştirilmesi zor olan faktörler ise şunlardır: Kronik böbrek hastalığı, düşük sosyoekonomik/eğitim durumu, obstrüktif uyku apnesi. Değıştirilemez faktörlerse: aile öyküsü, yaşlanma ve erkek cinsiyettir(30).

2.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları

2.8.1. Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Hipertansiyon, semptomlar ortaya çıkana kadar hedef organlara sürekli ve ilerleyen bir şekilde zarar verdiği için sessiz bir katil olarak kabul edilir(31).Ateroskleroz ve kardiyovasküler olaylar için önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür(32). 115/75mmHg üzerindeki her 20mmHg'lik sistolik ve 10mmHg'lik diyastolik kan basıncındaki yükselmede kalp hastalığından ölüm riski 2 kat fazla artmaktadır(26). Kan basıncı ile inme ve koroner kalp hastalığı insidansı

arasındaki ilişkiler, birkaç büyük ileriye dönük gözlemsel çalışmada araştırılmıştır. Bu çalışmaların çoğunda, diyastolik kan basıncı; özellikle çalışmanın başlangıcında 90mmHg veya daha fazla olarak kaydedilen kişiler arasında, birincil inme ve KKH insidansı ile ilişkili bulunmuştur(33).

Hipertansiyonu olan hastaların kardiyovasküler riskini yalnız kan basıncı değil, birlikte olan diğer kardiyovasküler risk faktörleri, hedef organdaki hasarlar ve hastanın diğer kardiyovasküler hastalıkları da belirlemektedir(7).

Kardiyovasküler hastalık; yaşam tarzı, tütün kullanımı, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareketsizlik ve psikososyal stres ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır(34).Uzun bir süreden beri, hipertansiyon tedavisi için uluslararası kılavuzlarda (1999 ve 2003 WHO/ISH kılavuzları ve 2003 ve 2007 ESH/ESC kılavuzları) kan basıncı seviyesi, kardiyovasküler risk faktörleri, belirti göstermemiş organ hasarı, diyabet, semptomatik kardiyovasküler hastalık veya kronik böbrek hastalığı olup olmamasına göre çeşitli kategorilerde kardiyovasküler risk sınıflandırılmıştır (Tablo 4'te ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzuna göre olan sınıflandırma gösterilmiştir) (29).Bu risk faktörleri de şunlardan oluşmaktadır(7):

Kardiyovasküler risk faktörleri

Major faktörler

- Yaş: Erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşını aşmış olmak
- Sigara
- Hiperkolesterolemi (total kolesterol >240 mg/dl veya LDL -kolesterol >160mg/dl)
- Diabetes mellitus
- Serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklara ilişkin aile anamnezi (erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın üstünde)

Minor faktörler

- Yaş: Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşını aşmış olmak
- Ilımlı hiperkolesterolemi (total kolesterol >200mg/dl veya LDL-kolesterol >130mg/dl)
- Düşük HDL-kolesterol (<35mg/dl)
- Hipertrigliseridemi (>200mg/dl)
- Şişmanlık
- Azalmış glukoz toleransı
- Sedanter yaşam tarzı
- Hedef organ hasarı/Klinik kardiyovasküler hastalık
- Kalp hastalıkları

- Sol ventrikül hipertrofisi
- Angina/geçirilmiş miyokard infarktüsü
- Geçirilmiş koroner revaskülarizasyon
- Kalp yetersizliği
- İnme veya geçici iskemik atak
- Nefropati
- Periferik arter hastalığı
- Retinopati

Tablo 4. Toplam KVS Riskin SKB ve DKB ile Risk Faktörleri, Asemptomatik Organ Hasarı, Diyabet, KBH evresi veya Semptomatik KVH varlığına Göre Düşük, Orta, Yüksek ve Çok Yüksek Risk Kategorisi Olarak Sınıflandırılması

Diğer Risk Faktörleri, asemptomatik	Kan Basıncı(mmHg)			
	Yüksek normal	1.Derece Ht	2.Derece Ht	3.Derece Ht
	SKB 130-139	SKB 140-159	SKB 160-179	SKB ≥180
Başka risk faktörü		Düşük	Orta	Yüksek risk
1-2	Düşük	Orta	Orta-yüksek	Yüksek risk
≥ 3	Düşük-orta	Orta- yüksek	Yüksek risk	Yüksek risk
OH,evre 3 KBH veya Diyabet	Orta-yüksek	Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk-Çok yüksek risk
Semptomatik KVH,evre ≥ 4 KBH veya OH/RF leri olan Diyabet	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk

DKB = diyastolik kan basıncı; Ht = hipertansiyon; KB = kan basıncı; KBH = kronik böbrek hastalığı; KV = kardiyovasküler; KVH = kardiyovasküler hastalık; OH = organ hasarı; RF = risk faktörü; SKB = sistolik kan basıncı.

Kardiyak ve vasküler hipertrofi gibi hipertansiyonla ilişkili birçok kardiyovasküler bozukluk, hipertansiyona kompanseuar bir cevap olarak ortaya çıkar ve kan basıncını düşürmek, çok fazla ilerlememişse bu değişiklikleri büyük ölçüde tersine çevirebilir(18).

Hipertansiyon, periferik arter hastalığı dahil olmak üzere tüm kardiyovasküler hastalık türleriyle ilişkilidir. Bununla birlikte, hipertansiyon hastalığının periferik arter hastalığı için oluşturduğu risk, diyabet veya sigara içmekten daha azdır(35).

Kılavuzlar, kardiyak olayları ve felci azaltmak için, periferik arter hastalığı olan kişilerde hipertansiyonun tedavi edilmesini önermektedir(36). 2017 ACC / AHA kan basıncı kılavuzları, genel kardiyovasküler riskin azaltılması için neredeyse tüm

hipertansiyonlu hastalar için <130/80 mmHg hedef kan basıncı olduğunu savunmaktadır(30) .

2.8.2. Hipertansiyon ve Serebrovasküler Hastalık

Hipertansiyon, hem sistolik hem de diyastolik kan basınçları arasında sürekli bir ilişki olan sessiz beyin enfarktılarının yanı sıra iskemik ve hemorajik klinik inmeler için ana risk faktörüdür(37). Kronik hipertansif durumlarda serebral arterler bol miktarda innerve edilir ve hemgeçici hem de sempato-uyarıma ve serebral vazokonstriksiyona neden olur. Ek olarak, α -adrenerjik blokaj, esansiyel hipertansiyonda serebral perfüzyonu artırır, bu aynı zamanda artmış tüm vücut ve juguler venöz noradrenalin yayılımı ile de karakterize edilir. Hipertansiyon, izokapnik hipoksiye bölgesel serebrovasküler ve periferik tepkileri bozar ve sonuç olarak beyne ve iskelet kasına oksijen beslemesini sınırlar(38).

Hipertansif hastalarda vertebral arterlerin normotansif bireylere göre daha dar olduğu tespit edilmiştir. Kan basıncının yükselmesiyle vertebral arter direncinin arttığı gösterilmiştir ve bu ilişki femoral, renal ve internal karotid arterler dahil olmak üzere diğer arterlerde daha az bulunmuştur(39). Bir çalışmada serebral kan akışının genç normotansif erkeklerde bildirilen ortalama değerlere benzer olduğu ancak hipertansif grupta serebral vasküler direncin arttığı gösterilmiştir(40).

Antihipertansif tedavi, inme riskini yaklaşık % 30-40 oranında azaltmak için en önemli tedavidir. İnmenin birincil ve ikincil önlenmesinde en önemli amaç katı bir şekilde normotansif kan basıncı kontrolü uygulamaktır (37).

2.8.3. Hipertansiyon ve Böbrek Hastalığı

Vasküler sistemdeki arteriyel kan basıncının düzenlenmesi, farklı sistem ve mekanizmaların karmaşık bir etkileşimidir. Böbrekler, kan basıncının düzenlenmesinde merkezi bir rol oynar. Böbrekte, dolaşım sistemindeki hücre dışı hacim, tuz ve su atılımı ile kontrol edilir. Ek olarak, hacim regülasyonu için renin anjiyotensin-aldosteron sistemi, renin salınımı yoluyla böbrekte kontrol edilir.

Böbrek hasarı,böbrek kan akışının değişmiş otoregülasyonundan da kaynaklanabilir(41).

Anjiyotensin II'nin hipertansiyona ve hedef organ hasarına katkıda bulunan birçok etkisi vardır.Aldosteron, antidiüretik hormon ve sempatik sinir sistemini uyarır.Bu etkiler damarların yeniden şekillenmesine yol açar.Hiperaldosteronizm ayrıca kardiyak hücrel fibrozise de katkıda bulunabilir.Artmış anjiyotensin II ve aldosteronun renal etkileri, renal vazokonstriksiyon, sodyum retansiyonu ve renal iskemi potansiyelini içerir.Renin-anjiyotensin-aldosteron ekseninin kalıcı uyarılması; kreatinin, hipokalemik metabolik alkaloz, hematüri ve proteinüride bir artış olarak ortaya çıkabilir.Patolojik değişikliklerin çoğu küçük ve orta büyüklükteki arterlerde meydana gelir. Aslında, birçok çalışma, kan basıncı ne kadar yüksekse, miyokard enfarktüsü, felç, kalp yetmezliği ve böbrek hastalığı olasılığının o kadar yüksek olduğunu göstermiştir(42).

2.8.4.Hipertansiyon ve Oküler Değişiklikler

Retinal dolaşım, kan basıncı yüksekliğine cevap olarak bir dizi patofizyolojik değişikliğe uğrar. Bu değişiklikler klinik olarak genellikle hipertansif retinopati olarak tanımlanan bir belirti spektrumu olarak ortaya çıkmaktadır. Hipertansif retinal vasküler işaretler genel olarak arteriolar değişiklikler (genel arteriolar daralma ve fokal arteriolar daralma) ve daha gelişmiş retinopati lezyonları (mikroanevrizmalar, sert eksüdalar ve optik disk şişmesi) olarak sınıflandırılabilir (43). Çalışmalar, hafif hipertansif retinopati belirtilerinin yaygın olduğunu ve genel olarak yetişkin diyabetik olmayan popülasyonun yaklaşık %10'unda mevcut olduğunu göstermiştir(44).

Hipertansiyon ayrıca diyabetik retinopati, glokom ve yaşa bağlı maküler dejenerasyon oluşumu ve ilerlemesinde riski artırır. Diyabetik retinopatiden kaynaklanan görme kaybını önlemek için büyük klinik çalışmalarda kan basıncının kontrol edildiği gösterilmiştir(44, 45).

Glokom, optik sinirde progresif hasar ve görme alanı kaybı ile karakterize olan bir durumdur. Glokomun oluşmasında ana faktör göz içi basıncının yükselmesidir ve sistemik hipertansiyonun glokom oluşumunda etkili olduğu düşünülmektedir(45).

Hipertansif retinopatideki belirtiler, son organ hasarının diğer belirtileriyle (örneğin, sol ventriküler hipertrofi, böbrek yetmezliği) ilişkilidir ve felç, konjestif kalp yetmezliği ve kardiyovasküler ölüm gibi gelecekteki klinik olaylarda bir risk göstergesi olabilir. Hipertansiyonlu hastaların yönetiminde, hekimler kan basıncı ve göz arasındaki ilişkinin farkında olmalıdır(44).

2.9. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisindeki amacımız kardiyovasküler ve renal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. Çoğu hastada özellikle 50 yaş üstü olanlarda, sistolik kan basıncı hedefine ulaşıldığı zaman diyastolik kan basıncında da hedefe ulaşılır. Bu nedenle öncelikli olarak sistolik kan basıncını düşürme hedeflenmelidir. Hipertansiyon tedavisinde nonfarmakolojik ve farmakolojik tedaviler vardır(8). Nonfarmakolojik tedavileri yaşam tarzı değişikliği oluşturur. Bunlar arasında; ideal vücut ağırlığına sahip olmak, tuz kısıtlaması, sağlıklı beslenme, sigara bırakılması, alkol kısıtlanması ve hareketli yaşam bulunur(15).

Hipertansiyon tedavisi sistolik ve diyastolik kan basıncına göre ve total KV risk riske göre belirlenir(8)(Tablo 5).

Düşük kan basıncına sahip hastalarda antihipertansif ilaçlarla tedavi etmenin yararı belirlenmemiştir(46). Prehipertansiyona sahip popülasyonda yaşam tarzı değişiklikleri tek başına yeterli olsa da, KKH olanlar gibi yüksek riskli popülasyonlarda farmakolojik tedavi kaçınılmazdır. Hipertansiyonu olan tüm bireylerde farmakolojik olmayan müdahaleler teşvik edilmelidir. Egzersiz kalp fonksiyonunu iyileştirir, kan basıncını ve kardiyak arteryüğü (arteriyel sertlik dahil olmak üzere) çeşitli mekanizmalarla azaltır. Araştırmalar; fiziksel aktivitenin, yaygın

olarak ölçülen kardiyometabolik risk faktörleri tarafından açıklananın ötesinde KVS hastalığı olasılığını öngördüğünü göstermiştir. Bu nedenle, hipertansiyon ve KKH olan tüm bireylerde düzenli egzersiz önerilir. Çalışmalar ayrıca sağlıklı beslenme, fiziksel hareketsizlik ve sigara içme gibi çeşitli yaşam tarzı davranışlarının KKH'nin gelişimini ve klinik belirtilerini desteklediğini göstermiştir. Bu nedenle, yaşam tarzı değişiklikleri ve sağlıklı davranışların benimsenmesi, hipertansiyon ve KKH yönetiminde eşit derecede önemlidir(47).

Tablo 5. Yaşam Tarzı Değişikliği ve Antihipertansif İlaç Başlama

Diğer risk faktörleri (RF), klinik belirti göstermeyen organ hasarı (OH) veya hastalık	Kan Basıncı (mmHg)			
	Yüksek normal SKB 130-139 veya DKB 85-89	Evre 1 SKB 140-159 veya DKB 90-99	Evre 2 SKB 160-179 veya DKB 100-109	Evre 3 SKB >180 veya DKB >110
Başka RF yok	KB girişimi yok	Birkaç aylık yaşam tarzı değişiklikleri -Daha sonra <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri -Daha sonra <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı Değişiklikleri -Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi
1-2 RF	Yaşam tarzı Değişiklikleri	Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri -Daha sonra <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri -Daha sonra <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı Değişiklikleri -Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi
≥3 RF	Yaşam tarzı Değişiklikleri - KB girişimi yok	Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri -Daha sonra <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı Değişiklikleri -<140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı Değişiklikleri -Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi
OH, evre 3 KBH veya diyabet	Yaşam tarzı Değişiklikleri	Yaşam tarzı Değişiklikleri KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı Değişiklikleri KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı Değişiklikleri -Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi
OD/RF'ler ile evre ≥4 KBH veya diyabet	Yaşam tarzı Değişiklikleri	Yaşam tarzı Değişiklikleri KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı Değişiklikleri KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı Değişiklikleri -Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu 2019

Antihipertansif tedaviye başlamada eşik değer sistolik KB ≥ 140 mmHg veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg; yaşı ≥ 80 olan kişilerde eşik sistolik KB ≥ 160 mmHg'dir. Evre 3 ve Evre 2 hipertansiyonu olan kişilerde ilaç tedavisine hemen başlanmalıdır.

Evre 1 hipertansiyondaysa diyabet, kronik böbrek hastalığı ve koroner arter hastalığı varsa ilaç tedavisine hemen başlanır. Eğer Evre 1 hipertansiyonda bu hastalıklar ve riskler yoksa yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir. Bir-üç ay sonra kan basıncı halen 1. Evredeyse ilaç tedavisine geçilir. Hastanın hipertansiyonla ilişkili semptomları olup da bunlar günlük yaşam kalitesini etkiliyorsa ilaç tedavisine daha erken bir zamanda başlanabilir(15).

Antihipertansif tedavinin hedefleri:

1. SKB <140mmHg
 - a) Düşük-orta KVH risk faktörü olanlar
 - b) Diyabetik hastalar
 - c) Önceden İnme ve TİA geçirmiş olanlar
 - d) Diyabetik veya non-diyabetik KBH olanlar
2. Yaşlı hastalarda (<80 yaş) SKB >140mmHg ve fiziksel ve mental durumu iyi olan hastalarda; hedef <140mmHg
3. Yaşlı hastalarda (>80 yaş) SKB >150mmHg; hedef <150mmHg
4. DKB hedefi <90mmHg, tüm hastalarda hedeftir(8).

2.9.1. Nonfarmakolojik Tedavi

Hipertansiyon hastalarında muhakkak yaşam tarzı değişikliği gereklidir(8).

Bazı yaşam tarzı değişikliği önerileri şunlardır:

-Kilo vermek: Fazla kilolu kişilerde 1 kg'lık azalma 0,5-2 mmHg kan basıncında düşüşü sağlar.

-Potasyum desteği: Kan basıncında düşüş sağladığı gösterilmiştir. Fakat KBH'nda kullanılmamalı.

-Balık yağı, kalsiyumlu diyet, magnezyumlu gıdaların da kan basıncında düşüklük sağladığı ileri sürülmektedir(26).

-Tuz kısıtlaması: Hem normotansiflerde hem de hipertansiflerde kan basıncında düşüş sağlamaktadır.

- Günlük 5-6 gram (1 çay kaşığı)'dan fazla alınmaması önerilir(8, 26).
- Sigara bırakılması
- Alkol kısıtlaması: Erkeklerde günlük en fazla 20-30 gr,kadınlarda ise 10-20 gr'a kısıtlanmalı
- Düzenli egzersiz: Haftada 5-7 gün en az 30 dakika orta düzeyde dinamik egzersiz(8).

2.9.2. Farmakolojik Tedavi

Tedavi hekim-hasta işbirliği içerisinde planlanmalıdır.İlaç seçiminde ilaçların endikasyonları-yan etkileri bilinmeli ve bazı özel durumlarda öncelikli olarak seçilecek ilaçlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Monoterapi; hipertansiyonu olan çoğu hastada kan basıncını düşürmek için standart başlangıç tedavisidir. İlacın dozunda kademeli artışlarla kan basıncında istenen düşüş sağlanamadığında kombinasyon tedavisine (farklı sınıflardan 2 veya daha fazla ilaç) geçilir. 2003 yılında yayınlanan bir meta-analiz, kan basıncını düşüren ilaçların çoğunun dozunun yarıya indirilmesinin, yan etkilerin yaygınlığını önemli ölçüde azalttığını, ancak kan basıncını düşürme etkisini yalnızca yaklaşık% 20 azalttığını göstererek, düşük dozlu ilaç kullanımına yönelik önerileri desteklemektedir.

Sistolik ve diyastolik kan basıncı hedeflerinden 20/10 mmHg üzerindeysekombine tedavi düşünülmelidir.2 farklı sınıftan ilaçların birleştirilmesinden kaynaklanan ekstra kan basıncı düşüşü, 1 ilacın dozunun iki katına çıkmasından yaklaşık 5 kat daha fazladır(8, 26, 48). Başlangıç tedavisi için öncelikle tiazid diüretikleri, uzun etkili KKB, ACE inhibitörleri ve AT1 reseptör blokerleri tercih edilmelidir(26).

Hipertansiyon ve diğer bozuklukların patofizyolojisi genellikle karmaşıktır ve birden fazla mekanizmayı içerir. Kombinasyonların uygun şekilde uygulanması ve farmakolojik olarak makul olması gerekir(49).

Antihipertansif ilaç tedavisinin başlatılması ile ilgili bazı öneriler:

•KVH risk düzeyiyle 2. ve 3. derece hipertansiyonu bulunan kişilerde, yaşam tarzıdeğişiklikleriyle beraber/birkaç hafta sonra ilaçtedavisine hemen başlanması önerilir.

•Kişi 1. Derece Ht hastası olsa dahiorgan hasarı, KBH, diyabet veya KVH sebebiyle KVH riski yüksek olan hastalarda YTD ile birlikte ilaç başlanması önerilir.

•Düşük ile orta düzeyde riskli 1. derece hipertansif hastalarda tansiyon tekrarlayan başvurularda sürekli bu aralıkta seyrediyorsa veya YTD'ne rağmen bu aralıkta seyretmeye devam ederseantihipertansif ilaç tedavisi başlanması önerilir.

•Yaşlı (>80 yaş) hipertansif hastalarda ilaç tedavisi SKB >150mmHg ise önerilmektedir.

•Yaşlılarda antihipertansif tedavinin iyi tolere edilmesi şartıyla hedefimiz SKB<140-150mmHg olabilir(8).

2.9.3. Kombinasyon Tedavisi

Dört adet majör antihipertansif ilaç grubuvardır.Bunlar; tiazid diüretikler, kalsiyum antagonistleri, ACE inhibitörleri ve ARB'lerdir.Bunlar tek veya kombinasyon yapılarak kullanılabilir. Kombinasyonda iki ilahtan birinin tiazid olması tavsiye edilir. Bunun yanına beta bloker, ACE inhibitörü veya ARB eklenebilir.Beta blokerler,metabolik sendrom ya da diyabet gelişme riski yüksek olan hastalarda ve özellikle tiazid grubu diüretiklerle kombinasyon olarak kullanılmamalıdır. Beta blokerler ayrıca inme riskini artırdığından dikkatli olunmalıdır(8).

1.ACE inhibitörü+KKB önerilir.

2.ARB+KKB önerilir.

3.ACE inhibitörü+ARB önerilmez.

4.ACE inhibitörü/ARB+Tiazid önerilir. Fakat bazı çalışmalar KKB'lü kombinasyonların daha etkili olduğunu savunmuştur.

5.Dihidropiridin KKB ile ciddi ödem oluşması halinde nondihidropiridin KKB kullanılabilir.

6.Tiazid diüretiklerinin tolere edilememesi halinde aldosteron antagonisti kullanılabilir.

7.Bu seçeneklerin yetersiz kalması halinde Alfa bloker/Beta bloker/Alfa+beta bloker de kullanılabilir.

8.Beta bloker ve nondihidropiridin KKB beraber kullanılması önerilmez(8, 15, 26).

Aşağıda antihipertansif ilaçların kesin ve olası kontrendikasyonları ile özel durumlarda tercih edilecek ilaçlar Tablo 6’da ve Tablo 7’de verilmiştir(29).

Tablo 6. Antihipertansif İlaçların Kullanımı İçin Kesin ve Olası Kontrendikasyonlar

İlaç	Kesin	Olası
Diüretikler (tiyazitler)	Gut	Metabolik sendrom Glukoz intoleransı Gebelik Hiperkalsemi Hipokalemi
Beta-blokerler	Astım A-V blok (2. veya 3. derece)	Metabolik sendrom Glukoz intoleransı Sporcular ve fiziksel açıdan aktif hastalar Kronik tıkalı akciğer hastalığı (vazodilatör beta-blokerler hariçtir)
Kalsiyum antagonistleri (dihidropiridinler)		Taşiaritmi Kalp yetersizliği
Kalsiyum antagonistleri (verapamil, diltiazem)	A-V blok (2. veya 3. derece, trifasiküler blok) Ciddi SoV işlev bozukluğu Kalp yetersizliği	
ACE inhibitörleri	Gebelik Anjiyonörotik ödem Hiperkalemi Bilateral renal arter darlığı	Çocuk doğurma olasılığı olan kadınlar
Anjiyotensin reseptör blokerler	Gebelik Hiperkalemi Bilateral renal arter darlığı	Çocuk doğurma olasılığı olan kadınlar
Mineralokortikoid reseptör antagonistleri	Akut veya ciddi böbrek yetersizliği (hGFH	
A-V = atriyoventriküler; hGFH = hesaplanmış glomerüler filtrasyon hızı; SoV = sol ventrikül.		

Tablo 7. Özel Durumlarda Tercih Edilecek İlaçlar

Durum	İlaç
Asemtomatik organ hasarı	
SVH	ACE inhibitörü, kalsiyum antagonisti, ARB
Asemtomatik ateroskleroz	Kalsiyum antagonisti, ACE inhibitörü
Mikroalbuminüri	ACE inhibitörü, ARB
Böbrek işlev bozukluğu	ACE inhibitörü, ARB
Klinik KV olay	
İnme öyküsü	KB'yi etkin şekilde düşüren herhangi bir ajan
Miyokart enfarktüsü öyküsü	BB, ACE inhibitörü, ARB
Angina pectoris	BB, kalsiyum antagonisti
Kalp yetersizliği	Diüretik, BB, ACE inhibitörü, ARB, mineralokortikoid reseptör antagonistleri
Aort anevrizması	BB
Atriyal fibrilasyon	ARB, ACE inhibitörü, BB veya mineralokortikoid reseptör antagonisti düşünün
Atriyal fibrilasyon, korunma, ventrikül hızı kontrolü	BB, dihidropridin grubu dışı kalsiyum antagonisti
SDBH/proteinüri	ACE inhibitörü, ARB
Periferik arter hastalığı	ACE inhibitörü, kalsiyum antagonisti
Diğer	
İSH (yaşlılarda)	Diüretik, kalsiyum antagonisti
Metabolik sendrom	ACE inhibitörü, ARB, kalsiyum antagonisti
Diabetes mellitus	ACE inhibitörü, ARB
Gebelik	Metildopa, BB, kalsiyum antagonisti
Siyahlar	Diüretik, kalsiyum antagonisti
ACEİ = anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü; ARB = anjiyotensin reseptör blokleri; BB = beta bloker; KB = kan basıncı; KV = kardiyoversiyon; SDBH = son dönem böbrek hastalığı; İSH = izole sistolik hipertansiyon; SVH = sol ventrikül hipertrofisi.	

2.10. Eşlik Eden Kronik Hastalıklarda Hipertansiyon Tedavisi

2.10.1. Diyabette Hipertansiyon Tedavisi

Tip 1 veya tip 2 diyabetli ve hipertansiyonlu hastalar <140/90mmHg'lık kan basıncı hedefi ile tedavi edilmelidir. Antihipertansif tedavi ile tedavi edilen diyabetli ve önceden var olan hipertansiyonlu gebe hastalarda, uzun vadeli anne sağlığını optimize etmek ve bozulmuş fetal büyümeyi en aza indirmek için 120-160/80-105mmHg'lık kan basıncı hedefleri önerilmektedir. Kardiyovasküler Riski Kontrol Etme Eylemi (ACCORD BP) çalışması, tip 2 diyabetli kişilerde yoğun kan basıncı kontrolünün yararları ve risklerinin en güçlü şekilde değerlendirilmesini sağlar (15). ACCORD BP'de, hedef sistolik kan basıncı <140mmHg ile yoğun kan basıncı

kontrolü (hedef sistolik kan basıncı <120mmHg) karşılaştırıldığında, toplam majör aterosklerotik kardiyovasküler olayları azaltmadığı, fakat inme riskini azalttığı gösterilmiştir.

Diyabetli hastalarda hipertansiyon tedavisi, kardiyovasküler olayları azalttığı gösterilen ilaç sınıflarını içermelidir (ACE inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri, tiazid benzeri diüretikler veya dihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri). ACE inhibitörü, anjiyotensin reseptör blokerleri veya diüretik ile tedavi edilen hastalar için serum kreatinin/tahmini glomerüler filtrasyon hızı ve serum potasyum seviyeleri en az yılda bir kez izlenmelidir. Albüminüri olan hastalar için başlangıç tedavisi ilerleyici böbrek hastalığı riskini azaltmak için bir ACE inhibitörü veya ARB içermelidir. Albüminüri olmadığında, ilerleyici böbrek hastalığı riski düşüktür ve ACE inhibitörleri ve ARB'lerin tiazid benzeri diüretikler veya dihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri ile karşılaştırıldığında daha üstün kardiyoproteksiyon sağladıkları bulunmamıştır. β -Blokerleri, önceki miyokard enfarktüsü (MI), aktif anjina veya kalp yetmezliğinin tedavisinde kullanılabilir, ancak bu koşulların yokluğunda kan basıncını düşürücü ajanlar olarak mortaliteyi azalttığı gösterilmemiştir (13, 29). Özellikle diyabetik böbrek hastalığı durumunda, kan basıncı hedeflerine ulaşmak için sıklıkla çoklu ilaç tedavisi gereklidir(8, 50).

2.10.2 Böbrek Hastalığında Hipertansiyon Tedavisi

Kronik böbrek hastalığı ile yüksek kan basıncı arasında güçlü bir ilişki vardır, bu sayede her biri diğerine neden olabilir veya diğerini kötüleştirebilir. KB kontrolü, KBH hastalarının bakımı için esastır ve altta yatan nedene bakılmaksızın, KBH'nin tüm evreleri ile ilgilidir(51). KBH'larında 140/90mmHg üstünde tedavi gereklidir. Diyabetik veya non diyabetik KBH'sı olan kişilerde proteinüri yok iken KB'nı <140/90mmHg düşürmek yeterli olmaktadır. Diyabetik veya non diyabetik KBH olan kişilerdeyse aşikar proteinüri varlığında KB 130/80mmHg'nın altında tutulmalıdır.

Kronik böbrek hastalarında ürinerproteinürinin azaltılması (hem mikroalbuminuri hem de belirgin proteinüri) primer tedavi hedefi kabul edilir(8,

29).Bir çalışmada ACE inhibitörünün tiazid diüretik yerine bir kalsiyum antagonistile birleştirilmesinin, serum kreatinin ve SDBH'nın iki katına çıkarılmasının engellenmesinde daha etkin, proteinürinin engellenmesinde daha az etkin olduğu bildirilmiştir(52).

Proteinürideki erken değişikliğin sonraki renal sonuçlar ile ilişkisi, antihipertansif ajanların böbrek hastalığının ilerlemesini yavaşlatma potansiyeline sahip ajanları seçerken proteinüri üzerindeki etkilerinin dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Böbrek tarafından büyük miktarda protein sızıntısı, böbrek ve vücut damarlarında yaygın bir hastalık sürecinin göstergesidir. BP'nin düşürülmesi, sistemik ve dolayısıyla intraglomerüler basıncı azaltarak proteinüriyi azaltır. Bununla birlikte, dihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri gibi bazı antihipertansif ajanlar, glomerulus ve vasküler membran geçirgenliğini azaltmada başarısız olurken, ACE inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri gibi diğerleri, geçirgenliği azaltır(53). Bu sebeple kronik böbrek hastalarında tedaviye ACE inhibitörü veya ARB grubu ilaçlar ile başlamak önerilmektedir. KBH'lı hastalarda ayrıca böbrek fonksiyon testleri (özellikle kan kreatinin ve potasyum düzeyi) yakından takip edilmelidir(15).

2.10.3.Gebelikte Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon gebelikte hem anne hem de fetusun mortalite ve morbiditesi için risk faktörü oluşturur. Anne için serebrovasküler olay ve dissemine intravasküler koagülasyon riskini artırır; fetus içinse ablasyo plasenta, erken doğum ve intrauterin gelişme geriliğine neden olabilir. Hipertansiyon, hastalığının gebeliklerin yaklaşık %5–10'ununda komplikasyon oluşturduğu ve bununla ilgili olarak da gebe iken hipertansiyon tanısı alan kişilerde ileride kardiyovasküler hastalık gelişme riskinin arttığı belirtilmiştir(15).

Gebelerde şiddetli hipertansiyonda (SKB için >160 ve DKB için >110mmHg) ilaç tedavisi gerekli ve yararlı olduğu görülmüştür fakat, hafif ila orta şiddette artan KB ($\leq$ 160/110mmHg) için antihipertansif tedavinin faydalı olup olmadığı henüz saptanamamıştır. Kılavuzlarda gebelikte tedaviye başlanması hususu için eşik değerler ve KB hedefleri farklılık göstermektedir(29).Avustralya'da tedavi başlama

eşığı 160/90mmHg'dır ve 110mmHg'nın altına sistolik kan basıncının düşürülmesi önerilmemektedir. NICE 2011'e göreyse komplikasyonsuz kronik hipertansiyonu olan gebelerde hedefin <150/100mmHg olması önerilmektedir. Bu gebelerde ise diyastolik kan basıncı <80mmHg'ya düşürülmesi önerilmez(8).

Gestasyonel hipertansiyona sahip gebelerde ilk seçilmesi istenen ilaç Metildopa'dır. Günde 0.5-3 gr ve 2-4'e bölünmüş şekildeki dozda verilmelidir. İkinci olarak ise labetalol, nifedipine, hidralazine, hidroklorotiyazid (kategori C) seçilebilir(8). Gebe hipertansif kadınlarda Beta-bloker (gebeliğin başında verilince, fetüste büyüme geriliğine yol açma ihtimali mevcuttur) ve diüretik (plazma hacminde önceden azalma olmuşsa) kullanımında dikkatli olunmalıdır. Renin-angiotensin sistemini (ACE inhibitörleri, ARB'ler, renin inhibitörleri) engelleyen bütün ilaçlardan kaçınılmalıdır. Acil şartlarda (preeklampsi) tercih edilen ilaç intravenöz labetalol olmalıdır (intravenöz infüzyonda ise sodyum nitropruzit/nitrogliserin kullanılabilir)(29).

Pre-eklampsinin engellenmesinde düşük dozda aspirin kullanımı tartışmalıdır. Bu uyumsuz verilerle karşı karşıya kalındığından, sadece temkinli önerilerde bulunulabilir: pre-eklampsi riski yüksek olan (önceki gebelikte hipertansiyon, KBH, sistemik lupus eritematoz gibi bir otoimmün hastalık veya antifosfolipid sendromu, tip 1 veya tip 2 diyabet, kronik hipertansiyon) veya pre-eklampsi için birden fazla orta risk faktörüne sahip olan (ilk gebelik, yaş ≥ 40 , gebelik aralığı >10 yıl, ilk vizitte VKİ ≥ 35 kg/m², ailede pre-eklampsi öyküsü ve çoğul gebelik) kadınlara, gastrointestinal kanama riski düşük olması şartıyla, 12. haftadan bebeğin doğumuna kadar günde 75 mg aspirin alımı önerilebilir(29).

2.10.4. Serebrovasküler Hastalıklarda Antihipertansif Tedavi

Hipertansiyon, serebrovasküler olaylar için ana risk faktörüdür ve kan basıncı seviyesiyle ölümcül ve ölümcül olmayan inme oluşumu arasında güçlü bir ilişki vardır. Bu nedenle kan basıncının düşürülmesi, inme riskini diğer hipertansiyonla ilişkili ölümcül ve morbid olaylardan daha fazla azaltır.

Kan basıncındaki azalma derecesi, inme riskinin azaltılmasıyla (ne kadar düşükse o kadar iyi) yakından ilişkili olsa da, halihazırda serebral lezyonları ve bozulmuş bilişsel işlevleri olan hastalarda kan basıncının ne kadar düşürülmesi gerektiği konusunda belirsizlik vardır. Bazı çalışmalar, antihipertansif tedavinin hipertansif hastalarda, özellikle başlangıçta zaten bozulmuş bilişsel işlev gösterenlerde beyaz cevher lezyonlarını azalttığını ve bilişsel işlevi iyileştirdiğini göstermiştir. Bununla birlikte, çok düşük kan basıncının beyin hasarına yol açabileceği ve bilişsel işlevi kötüleştirebileceği de kabul edilmiştir(54).

Akut iskemik inme ile İntraserebral Kanama (İSK)'da kan basıncı düzenlenmesi farklıdır. İnmenin akut veya kronik zamanındaki tedavi şekli farklıdır. İnme geçirmiş olan hastalarda beyin Bt veya MR ile görüntüleme yapılarak kan basıncında düzenleme yapılmalıdır(8).

İntraserebral Kanamada CT ve manyetik rezonans ilk tercih edilen ilk görüntüleme seçenekleridir. Manyetik rezonans için kontrendikasyonları olan hastalarda BT alınmalıdır(55). Bu hastalarda sistolikarteryel basınç(SAB) 130mmHg'nın altına düşürülünce iskemiyeye neden olup nörolojik hasarda artma meydana gelebilir(8). İSK'lı kişilerde Ht'nun tedavisinde yapılacak şey beyin içindeki kanamanın yayılımı engellenerek ve diğer nörolojik ve tıbbi komplikasyonların gelişmesine engel olunarak intrakranyal basıncın dengelenmesini sağlamaktır(8, 55).

2.10.5.Koroner Arter Hastalığında Antihipertansif Tedavi

Arteriyel hipertansiyon tedavisinin, klinik KAH olmayan hastalarda koroner olayları önlediği kanıtlanmıştır. KAH saptanan hastalarda ise birincil kan basıncı hedefi 140/90mmHg'nın altındadır. Son çalışmalar, daha düşük bir sistolik kan basıncının uygun olabileceğini öne sürerken, 60mmHg'nın altındaki diyastolik kan basıncında dikkatli olunması önerilir. Çünkü. her iki durumda da aort sertliğinde artma meydana gelir. Bununla birlikte, sistolik kan basıncının düşürülmesi;diyastolik basınçta da düşüş sağlamasına karşın faydalı bulunmuştur(56). Koroner arter

hastalığına sahip kişilerde tedavide tercih edilecek ilaç grupları beta bloker, ACE inhibitörü, ARB veya KKB'dir(15).

2.11. Hipertansiyon Hastalarında Takip ve Hastaların Tedaviye Uyumu

2.11.1. Takip

Tansiyon hastalarında ilaç tedavisine başlanması sonrası ilacın etki ve yan etkisini değerlendirebilmek amacıyla 2 ile 4 hafta aralıklarla hasta görülmelidir. Bazense bu durum iki ay sürebilir(8).

Tansiyon hedefine ulaşıldıktan sonra ise hasta birkaç ayda bir muayeneye gelebilir. Hastanın en az yılda bir lipid değerleri, açlık kan glukozu, kreatinin ve potasyum değerlerine bakılmalıdır. Ayrıca hastanın organ hasarı tespiti açısından üriner protein atılımına veya elektrokardiyografite etkisine bakılabilir. Hastanın takiplerinde kan basıncında yüksekliğin devam etmesi halinde tedavide rejim değişikliğine gidilir(8).

2.11.2. Uyum

Hipertansiyon hastalığı genellikle asemptomatiktir(2). Bu nedenle birçok hipertansiyon hastasının bir doktora muayene olmadığı görülmüştür(57). Hipertansiyon hastalığının tedavisindeki başarısızlığın en önemli nedeni, hastaların tedaviye uyumsuzluğudur(2). Hipertansiyon tedavisindeki başarı doktor ve hasta tarafından oluşturulan tedavi biçimine hastanın uyum sağlamasıdır. İlaç kullanımı sırasında ve özellikle de yaşam tarzı değişikliklerini uygularken hasta uyumsuzluğu sık görülür.

Hipertansiyon ilaçlarının maliyet uygunluğu, düzenli doktor kontrolü, ilaç tedavisindeki uyumları, sağlık sigortalarının varlığı, tansiyon kontrolünde etkili bulunmuştur. Eğer hastalar tedavideki önerilere uyum sağlamazsa tansiyon kontrolünde güçlükler yaşanır. Sonucunda da kalp yetmezliği, SVH, KBH gibi komplikasyonlar meydana gelir(8, 58).

Hastaların ilaç tedavisindeki uyumunu sağlamada hastanın ve ailenin eğitimi önemlidir(59).

2.12. Covid-19 ve Etkileri, Tansiyon Hastalarının Durumu

COVID-19'un dolaylı etkileri; özellikle ikinci basamağa erişimin gecikmesi ve azalmasıyla kronik hastalık komplikasyonlarının artması ve birinci basamak düzeyinde takipte kesintiye neden olmasıdır. Literatürde kronik hastaların bir kısmının koronavirüs ile enfekte olmak korkusuyla sağlık hizmeti almayı ertelediği öne sürülmüştür(4).

COVID-19'un kronik hastalıkların bakımlarındaki sürekliliği etkileme durumunu ele alan bir çalışmada; sağlık hizmeti kaynaklarındaki azalmadan en çok etkilendiği bildirilen grup diyabet (%38), ardından kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) %9, hipertansiyon (%8), kalp hastalığı (%7) , astım (%7), kanser (%6) ve depresyon (%6) olarak bulunmuştur. Ek olarak, COVID-19'un bakımını etkilediği en yaygın iki kronik hastalık, diyabet ve hipertansiyon (%30), diyabet ve KOA (%13), kalp yetmezliği ve KOA (%8) idi (60). Yine bir başka çalışmada ise COVID salgınının kronik bakımın devamlılığını büyük ölçüde etkilediği saptanmıştır(4).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Etik Kurul ve İzinler

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 18/02/2021 tarih ve 12 sayılı karar ile araştırmanın yürütülmesi için izin alınmıştır (Ek-D).Ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışmanınbirinci basamakta Hatay iline bağlı olan Defne Gümüşgöze ASM,Antakya 13 Nolu ASM, İskenderun 3 Nolu ASM, Serinyol 1 ASM, Serinyol 2 ASM, Anayazı ASM, Karaali ASM, Kırıkhan 2 Nolu ASM, Harbiye ASM'lerinde yapılmak üzere izin alınmıştır (Ek-E).

Çalışmamızı adı geçen ASM'lerde yapmamızın nedeni Üniversitemiz Aile Hekimliği bölümünde Sahu yapan aile hekimi arkadaşlarımızın çalıştığı ASM'ler olmasıdır.

3.2. Araştırma Tipi

Araştırmamız kesitsel şekilde tasarlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli

Anketi tek anketör; anket sorularını cevaplamak isteyen hastalara yüz-yüze görüşmeyle uygulamıştır.Katılımcılardan yazılı olarak aydınlatılmış onam alınmış, kabul edenler ile çalışmaya devam edilmiştir.

3.4. Çalışma Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya dahil olma kriterini; Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran18 yaş üzeri Hipertansiyon hastaları oluşturmaktadır.Dışlama

kriterini ise; iletişim engeli olan, psikiyatrik hastalık(demans vb.)nedeniyle takip edilen hastalar oluşturmaktadır.

3.5. Örneklem Büyüklüğü ve Evren

Birinci tip hata ($\alpha=0.05$) ve örneklem hatası (d) %5 olarak tayin edildiğinde, popülasyon büyüklüğünün bilinmiyordaha önce yapılan çalışmalar referans alındığında (11, 61) sıklığı $p=0.35$ olarak hesaba katıldığında olması gereken örneklem büyüklüğü yaklaşık 350 kişi olarak hesaplanmıştır.Çalışmamıza 361 kişi katılmıştır.Çalışmamıza 1 Şubat-30 Nisan 2021 ayları arasında belirlenmiş ASM'lereherhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üzeri Hipertansiyon hastalarından çalışmamıza katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.

3.6. Anket

Anket üç kısımdan oluşmaktadır.Birinci kısımda sosyodemografik özellikler(yaş,cinsiyet,meslek,eğitim durumu vs.)sorgulanmaktadır. İkinci kısımda Hipertansiyon hastalığına ve pandemi sürecindeki kontrollerine ve tutumlarına dair sorular(Tansiyon hastalığının kaç senedir olduğu, pandemi sürecinde kontrollerini artırıp arttırmadığı, kontrollerini azalttıysa bunun sebebinin ne olduğu vb.) ve son olarak üçüncü kısımda ise Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ)'ne ait sorular sorulmuştur (Ek-C).Sorular araştırmacılar tarafından yüz yüze anket uygulamasıyla yapılmıştır.

Ölçek 4'lü likert tipi 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin total puanından ayrı olarak görüşme, medikal ve beslenme alt boyutları bulunmaktadır. Cevaplar (0) "Hiçbir zaman", (1) "Bazen", (2) "Çoğu zaman" ve (3) "Her zaman" seçeneklerini içermektedir. Ölçeğin 6. sorusu dışında diğer maddeleri olumsuz soru şeklindedir ve altıncı soru ters kodlanmaktadır. Değerlendirmede total puan tüm soruların, medikal alt boyut 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. soruların, beslenme alt boyut 3, 4 ve 5. soruların, görüşme alt boyut ise 6, 7 ve 8. soruların toplamıdır. Ölçek total puanı

madde sayısı ile bağlantılı olarak 0 ile 42 arasında değişir. Ölçeğin total, medikal, beslenme ve görüşme alt boyutu uyum puanlarının yorumlanması ile ilgili olarak; eğer birey tüm sorulara en olumlu yanıtları vererek toplamda “0” puan almış ise tam uyumlu olarak değerlendirilir. Sıfırdan farklı puanlar ise uyumsuzluğun düzeyini yansıtır. Sorular olumsuz soru şeklinde olduğu için puan yükseldikçe uyum azalır(2, 62).

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerinin analizi, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21 (Armonk, NY:IBM Corp.) istatistik paket programı ile yapılmıştır . Ayrıntılı istatistik analizler öncesinde, Kolmogorov-Smirnov Testi ile verilerin normal dağılıp dağılmadığına bakılmıştır.İkili bağımsız grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, çoklu bağımsız grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler ise Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortanca değer, ortalama, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanılmıştır. Tüm karşılaştırmalarda $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 361 gönüllü katılmıştır. Katılımcıların 227'si (%62,9) kadın, 134'ü(%37,1) erkektir. Katılımcılardan 290'ı(%80,3) evlidir. Katılımcıların yaş ortanca değeri 67'dir. Minimum yaş 20, maksimum yaş ise 89'dur.Çalışmaya katılanların sosyodemografik bilgileri aşağıda Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Sosyodemografik Özellikler

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	227	62,9
	Erkek	134	37,1
Medeni Durum	Evli	290	80,3
	Bekar/Boşanmış/Dul	71	19,7
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	96	26,6
	Okuryazar	56	15,5
	İlköğretim	137	38
	Ortaöğretim	15	4,2
	Lise	33	9,1
	Yükseköğrenim	24	6,6
Evde Yalnız Yaşayıp Yaşamadığı	Yalnız	41	11,4
	Aile/arkadaşla yaşama	320	88,6
Aylık Gelir	1500 Tl den az	88	24,4
	1500-3000 Tl arası	195	54
	3000-4500 Tl arası	58	16,1
	4000-4500 Tl arası	8	2,2
	6000 Tl den fazla	12	3,3

Medeni durum incelendiğinde katılımcıların %80,3'ünün evli olduğu görülmektedir. Eğitim durumunda ise %38,0(n=137) kişinin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. %26,6(n=96) kişi ise okur-yazar değildir.Sonra sırasıyla okuryazar,lise,yükseköğrenim ve orta öğretim gelmektedir.Evinde yalnız yaşayan

%11,4(n=41) katılımcı mevcuttur. Aylık gelire bakıldığında aylık 1500-3000 Tl arası geliri olan katılımcı%54,4(n=195) kişidir.%24,4(n=88) katılımcıyla aylık geliri 1500 Tl'den az olan grup ikinci sıradaki çoğunluğu temsil eder. Aylık 6000 Tl'den fazla geliri olan grup ise %3,3(n=12) katılımcıdır.

Tablo 9'da verilen alışkanlık durumlarına bakacak olursak sigara içen %12,7(n=46) katılımcıdır. Bunlardan; pandemi döneminde sigara içme miktarını artıran 2 kişi (%0,6),aynı düzeyde içmeye devam eden 18 kişi (%5,0) ve azaltan 26 kişi (%7,2) olarak bulunmuştur. Alkol kullanan ise %6,6(n=24) katılımcıdır.

Tablo 9. Katılımcıların Alışkanlık Durumu

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Sigara İçme	Evet	46	12,7
	Hayır	315	87,3
Alkol Kullanma	Evet	24	6,6
	Hayır	337	93,4

4.2. Katılımcıların Hastalıkla İlgili Özellikleri

Katılımcılardan 101kişinin (%28) 6-10 yıl arasında tansiyon hastalığına sahip olduğu görülmüştür.Hipertansiyon hastalığının kontrolü için devlet hastanesine %39,9 (n=144) katılımcının başvurduğu görülmektedir.Diğer hipertansiyon hastalığıyla ilgili özellikler tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Hipertansiyon Hastalığıyla İlgili Özellikler

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Hipertansiyon hastalığınız ne kadar zamandır var?	1 yıldan az	13	3,6
	1-5 yıl	71	19,7
	6-10 yıl	101	28
	11-20 yıl	97	26,9
	20 yıldan fazla	79	21,9
Hipertansiyon hastalığınız için daha çok hangi birime başvuruyorsunuz?	Aile sağlığı merkezi	50	13,9
	Devlet hastanesi	144	39,9
	Üniversite hastanesi	13	3,6
	Özel hastane	41	11,4
	Rastgele	113	31,3

Hipertansiyon hastalarının pandemiden önce ve sonraki kontrol durumlarının ne yönde değiştiği ise Tablo 11’de verilmiştir. %50,1(n=181) hastanın kontrol sıklığını pandemi öncesi ve pandemi sırasında aynı düzeyde devam ettirdiği, %48,8(n=176) katılımcının ise kontrol sıklığını artıran grup olduğu görülmüştür. %1,1(n=4) katılımcı ise pandemi sırasında kontrollerini arttırmıştır.

Tablo 11. Hipertansiyon Kontrol Muayenelerindeki Değişiklikler

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Pandemiden önce düzenli doktor kontrolüne gidiyor muydunuz?	Evet	147	40,7
	Hayır	214	59,3
Pandemi sırasında ilaç yazdırmak dışında kontrole gittiniz mi?	Evet	75	20,8
	Hayır	286	79,2
Pandemi sırasında hastalığınız için kontrole gitmenizle pandemi öncesine nazaran ne yönde değişiklik oldu?	Kontrollerimi arttırdım	4	1,1
	Aynı sıklıkta devam ettim	181	50,1
	Kontrollerimi azalttım	176	48,8

Kontrollerini pandemi öncesine göre arttıran hastaların kontrolleri artırma nedenleri arasında; %0,3 (1 kişi) oranla “Koronavirüsün kronik hastaları daha çok etkilediğini öğrenince hastalığımı daha çok kontrol altında tutmak istedim”, %0,3 (1 kişi) oranla “Evde kalınca daha düzenli bir yaşama geçtiğim için hastalığımı daha iyi kontrol altında tutabileceğimi düşünerek kontrol sıklığımı arttırdım”, %0,8 (3 kişi) oranla “Diğer”cevabı ve %0 oranla ise “Herhangi bir sebepten değil sadece artık hastalığımı kontrol altına almak istedim” cevabı yer almaktadır.

Tablo 12’de hipertansiyon hastalarının kontrollerini azaltma nedenleri verilmiştir. “Koronavirüse yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıkmıyorum, haliyle kontrollerimi azalttım” cevabını veren %16,9 (n=61) katılımcı ve “Koronavirüsten ötürü sağlık ocağı-hastane gibi yerleri riskli buluyorum” cevabını veren %19,9 (n=72) katılımcı vardır. Diğer veriler tabloda gösterilmiştir.

Tablo 12. Hipertansiyon Hastalarının Kontrollerini Azaltma Nedenleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Koronavirüsten ötürü sağlık ocağı-hastane gibi yerleri riskli buluyorum	72	19,9
Koronavirüse yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıkmıyorum,haliyle kontrollerimi de azalttım	61	16,9
Diğer	40	11,1
Herhangi bir sebepten değil artık hastalığımla mücadele etmek istiyorum	2	0,6
Sosyal hayattan izole bir yaşam beni depresif bir moda sürükledi,bu da kontrol sıklığımlı azaltmama neden olmuş olabilir	1	0,3

Tablo 13'te katılımcıların tansiyon ölçümü ile ilgili özellikleri verilmiştir. Pandemiden önce tansiyonunuz ne sıklıkta ölçtüydünüz sorusuna daha çok "Kendimi kötü hissedince" cevabının verildiği görülmektedir (%59,3, n=214).Pandemi süresince de "Kendimi kötü hissedince"cevabını veren katılımcı %58,7 (n=212) kişidir.

Tablo 13. Katılımcıların Tansiyon Ölçümü ile İlgili Özellikleri

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Pandemiden önce tansiyonunuzu ne sıklıkta ölçtüydünüz?	Hergün	45	12,5
	Haftada 1	15	4,2
	Haftada 2	18	5
	Ayda 1	20	5,5
	Hiç	33	9,1
	Kendimi kötü hissedince	214	59,3
	Diğer	16	4,4
Pandemi süresince yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtüyorsunuz?	Hergün	51	14,1
	Haftada 1	13	3,6
	Haftada 2	18	5
	Ayda 1	17	4,7
	Hiç	37	10,2
	Kendimi kötü hissedince	212	58,7
	Diğer	13	3,6
Tansiyon ölçümünüzü genelde kim yapıyor?	Sağlık kuruluşunda(hemşire/doktor/ebe)	79	21,9
	Eczacı	19	5,3
	Evde kendim/yakınım/komşum	263	72,9

Tablo 14'te hipertansiyon hastalarının ilaç kullanımlarıyla ilgili bilgiler verilmiştir. Tansiyon hastalığı için 1 tane ilaç kullanan %74,2 (n=268) katılımcının olduğu görülmektedir. Tansiyon kontrolü için bitkisel tedaviden yararlanan ise %5,5 (n=20) katılımcı mevcuttur. Diğer ilaç kullanımı ile ilgili veriler Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgiler

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Tansiyon hastalığınız için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?	0 adet	3	0,8
	1 adet	268	74,2
	2 adet	85	23,5
	3 adet	5	1,4
Tansiyonunuzu kontrol altına almak için kulladığınız bitkisel bir tedavi yöntemi var mı?	Evet	20	5,5
	Hayır	341	94,5

Tansiyon kontrolü için bitkisel ilaç olarak; sarımsak, limon, maydonoz-limon-sarımsak-zeytinyağı, sarımsak-limon, ıhlamur-kuşburnu-limon, limon-alıç, maydonoz, nar ekşisi, limonlu su, limon-maden suyu, zeytin yaprağı-zerdeçal, ekşi-sarımsak ve limon-sarımsak-maydonoz tercih edilmiştir.

Pandemi döneminde ASM'ye gittiğini söyleyen 196 kişi(%54,3), hiç gitmediğini söyleyen ise 165 kişi(%45,7) mevcuttur. Giden katılımcıların ASM'ye başvurma nedenleri ise Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. ASM' ye Başvurma Nedenleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kronik hastalığım için ilaç yazdırmaya gittim	141	39,1
Başka bir rahatsızlığım olmuştu, bu nedenle başvurdum	83	23
Kronik hastalığım için tahlil vermeye gittim	35	9,7
Aklıma takılan bir konuda bilgi almak için gittim	2	0,6

(Sorular çoktan seçmeli olarak uygulanmıştır.)

Hipertansiyon dışında ek hastalığa sahip bireylerin verileri Tablo 16'da gösterilmiştir. Buna göre eşlik eden kronik hastalık olarak diyabet hastalığı bulunan

%36,0(n=130) katılımcıdır.Ht dışında kronik hastalığa sahip olmayan katılımcı ise %39,6(n=143) kişidir.

Tablo 16. Hipertansiyon Dışında Kronik Hastalığı Olma Durumu

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yok	143	39,6
Diyabet	130	36,0
Kardiyovasküler hastalık	92	25,5
Astım-Koah	41	11,4
Diğer	39	10,8
Tiroid	22	6,1
Psikiyatrik hastalık	12	3,3
Romatizmal hastalık	5	1,4

(Sorular çoktan seçmeli olarak uygulanmıştır.)

%81,2(n=293) katılımcı pandemi sırasında dışarı hava almak, park-bahçe gibi yerlere gitmek için dışarı çıkmıştır.%57,3 (n=207) katılımcı ise alışveriş için dışarı çıktığını söylemiştir.Pandemide dışarı çıkma nedenleri Tablo 17’te verilmiştir.

Tablo 17. Pandemi Sırasında Dışarı Çıkma Nedenleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Dışarı çıkıp hava almak, park-bahçe gibi yerlere gitmek için çıktım	293	81,2
Alışveriş için çıktım	207	57,3
Yakınlarımla görüşmek için çıktım	163	45,2
Sağlık kuruluşuna başvurmak için çıktım	77	21,3
Eczaneye gitmek için çıktım	73	20,2
Diğer	17	4,7

(Sorular çoktan seçmeli olarak uygulanmıştır.)

Ailesinde tansiyon hastalığı olan 242(%67) kişi bulunmaktadır. Tansiyonundaki değişikliği fark eden ise 323(%89,5) katılımcının olduğu görülmüştür.

Tansiyon hastalığını kontrol altında tutmak için katılımcıların yaşam tarzında yaptığı bazı değişiklikler ve beslenme alışkanlığı değişiklikleri Tablo 18’de verilmiştir.Buna göre %97,0(n=350) katılımcı ilaç tedavisini uygulamaktadır.Bunlardan hiçbirini yapmayan ise %1,1(n=4) katılımcının olduğu görülmüştür.

Tablo 18. Beslenme Alışkanlığı ve Bazı Yaşam Tarzı Dğişiklikleri

	Sayı(n)	Yüzde(%)
İlaç tedavisi uyguluyorum	350	97,0
Tuzsuz-yağsız diyet uyguladım	219	60,7
Stresle etkin bir şekilde baş ediyorum	64	17,7
Sadece tuz tüketimimi azalttım	63	17,5
Sadece düzenli egzersiz yapıyorum	59	16,3
Hem diyet hem de egzersiz yapıyorum	53	14,7
Kan basıncı takibi yapıyorum	50	13,9
Sigara bıraktım/azalttım	14	3,9
Yağsız diyet uyguladım	9	2,5
Hayır bunların hiçbirini uygulamıyorum	4	1,1

(Sorular çoktan seçmeli soru olarak uygulanmıştır.)

Katılımcıların pandemi öncesi ve pandemi dönemindeki tansiyon hastalıklarının durum değerlendirmeleri Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Tansiyon Hastalıklarını Değerlendirmeleri

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Pandemiden önce tansiyon hastalığınızın durumunuz nasıldı?	İyi	278	77
	Orta	71	19,7
	Kötü	12	3,3
Pandemi dönemi tansiyon hastalığınızın durumunu sizce ne yönde etkiledi?	Etkisi yok	287	79,5
	Hafif etkiledi	46	12,7
	Orta etkiledi	24	6,6
	Şiddetli etkiledi	4	1,1

Kronik hastalığa sahip oldukları için koronavirüse yakalanma risklerinin yüksek olduğunu düşünen katılımcı sayısı 180 kişi(%49,9), düşünmeyen ise 181 kişi(%50,1)’dir.

HBHTUÖ soruları ve katılımcıların HBHTUÖ sorularına verdikleri cevaplar ve tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. HBHTUÖ Sorularına Verilen Cevaplar

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisi Uyum Ölçeği		Sayı(n)	Yüzde(%)
Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz	Hiçbirzaman	257	71,2
	Bazen	83	23
	Çoğu zaman	18	5
	Herzaman	3	0,8
Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz	Hiçbirzaman	308	85,3
	Bazen	35	9,7
	Çoğu zaman	16	4,4
	Herzaman	2	0,6
Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz	Hiçbirzaman	128	35,5
	Bazen	168	46,5
	Çoğu zaman	20	5,5
	Herzaman	45	12,5
Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz	Hiçbirzaman	335	92,8
	Bazen	19	5,3
	Çoğu zaman	5	1,4
	Herzaman	2	0,6
Ne sıklıkla (abur-cubur) yemek yersiniz	Hiçbirzaman	100	27,7
	Bazen	204	56,5
	Çoğu zaman	45	12,5
	Herzaman	12	3,3
Ne sıklıkla doktorunuzun yanından ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız	Hiçbirzaman	136	37,7
	Bazen	63	17,5
	Çoğu zaman	78	21,6
	Herzaman	84	23,3
Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız	Hiçbirzaman	315	87,3
	Bazen	33	9,1
	Çoğu zaman	12	3,3
	Herzaman	1	0,3
Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz	Hiçbirzaman	339	93,9
	Bazen	17	4,7
	Çoğu zaman	4	1,1
	Herzaman	1	0,3
Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız	Hiçbirzaman	313	86,7
	Bazen	36	10
	Çoğu zaman	11	3
	Herzaman	1	0,3
Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlırsınız	Hiçbirzaman	165	45,7
	Bazen	126	34,9
	Çoğu zaman	30	8,3
	Herzaman	40	11,1
Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz	Hiçbirzaman	315	87,3
	Bazen	21	5,8
	Çoğu zaman	18	5
	Herzaman	7	1,9
Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz	Hiçbirzaman	356	98,6
	Bazen	2	0,6
	Çoğu zaman	1	0,3
	Herzaman	2	0,6
Ne sıklıkla başkalarının tansiyon ilacından alırsınız	Hiçbirzaman	349	96,7
	Bazen	11	3
	Çoğu zaman	1	0,3
	Herzaman	0	0
Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz	Hiçbirzaman	263	72,9
	Bazen	91	25,2
	Çoğu zaman	7	1,9
	Herzaman	0	0

Katılımcıların HBHTUÖ ne verilen cevaplarının toplam ve alt grup skorları tablo 21’de verilmiştir. Buna göre toplam puan ortanca değeri 5(0-24)’tür.0 alıp tam uyumlu olan katılımcı sayısı %1,4(5 katılımcı)’tür. HBHTUÖ toplam skoru 24 olan %0,3(1 kişi) katılımcı vardır. Medikal alt gruba tam uyumlu olan %26,6(96 kişi), beslenme alt grubuna tam uyumlu olan %14,1(51 katılımcı), görüşme alt grubuna tam uyumlu olan ise %19,7(71 kişi) katılımcı vardır.

Tablo 21. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisi Uyum Ölçeği Toplam ve Alt Grup Puan Değerleri

	Ortanca (Min-Maks)
Toplam	5(0-24)
Medikal alt grup	1(0-179)
Görüşme alt grubu	2(0-6)
Beslenme alt grubu	2(0-89)

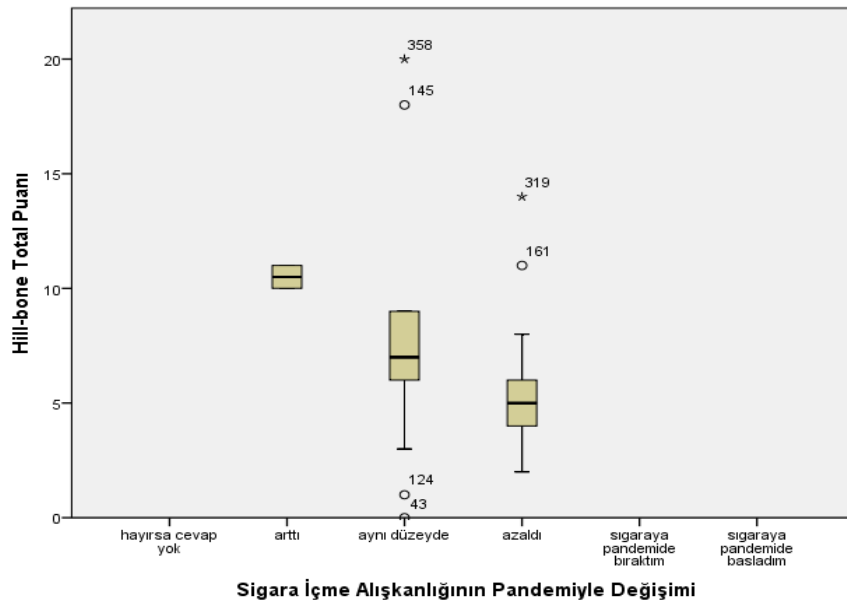
4.3. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ile İlişkisi

Tablo 22’de verilen sosyodemografik verilerle HBHTUÖ toplam puan minimum-maksimum ve ortanca değerleri arasındaki ilişki analiz edildiğinde kadınların ortanca skoru 5(0-20), erkeklerin 6(0-24) olarak bulunmuş ve HBHTUÖ’nin skorlarının cinsiyete göre değişmediği görülmüştür ($p=0,43$). Ayrıca pandemi döneminde sigara içme miktarını artıranlar ve aynı düzeyde devam edenlerde skorlar daha yüksek bulunmuştur (Sigara içmeyi arttıran-azaltan katılımcılar $p=0,04$, aynı düzeyde-azaltanlar $p=0,01$)(Şekil 2).

Tablo 22.Sosyodemografik Özellikler ile HBHTUÖ Total Puan Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Cinsiyet	Kadın	227	5(0-20)	0,43
	Erkek	134	6(0-24)	
Eğitim Durumu	Okuma-yazma yok	96	5(0-20)	0,36
	Okur-yazar	56	6(2-16)	
	İlkokul	137	6 (0-19)	
	Ortaokul	15	5(1-14)	
	Lise	33	7(2-24)	
	Yüksekokul	24	5(2-17)	
Medeni Durum	Bekar	71	5(1-18)	0,11
	Evli	290	6(0-24)	
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız	41	5(1-18)	0,68
	Aile/arkadaş ile birlikte	320	5(0-24)	
Aylık Gelir	1500 Tl den az	88	5(0-16)	0,64
	1500-3000 Tl	195	5(0-20)	
	3000-4500 Tl	58	6(1-24)	
	4500-6000 Tl	8	3,5(2-11)	
	6000 Tl den fazla	12	6,5(3-9)	
Sigara İçme	Evet	46	6(0-20)	0,56
	Hayır	315	5(0-24)	
Sigara Alışkanlığının Pandemideki Değişimi	Arttı	2	10,5(10-11)	0,001
	Aynı düzeyde	18	7(0-20)	
	Azaldı	26	5(2-14)	
Alkol Kullanma	Evet	24	6(2-15)	0,16
	Hayır	337	5(0-24)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi



Şekil 2. HBHTUÖ Total Puan Değerleri ile Sigara İçme Alışkanlığının Pandemiyle Değişimi Arasındaki İlişki

Katılımcıların tansiyon hastalığını kontrol altına almadaki yaşam tarzı değişikliklerinden tuzsuz-yağsız diyet uygulayanların($p<0,001$), hem diyet hem de egzersiz uyguladım diyenlerin ($p=0,001$) ve bu seçeneklerden en az birini uygulayanların ($p=0,01$) HBHTUÖ total puan skorları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer yaşam tarzı değişiklikleri ile HBHTUÖ total puan analizi tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliği ile HBHTUÖ Total Puan Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Sadece tuz tüketimi	Evet	63	5(0-18)	0,58
	Hayır	298	5(0-24)	
Yağsız diyet	Evet	9	7(4-11)	0,12
	Hayır	352	5(0-24)	
Tuzsuz-yağsız diyet	Evet	219	5(0-16)	<0,001
	Hayır	42	7(0-24)	
Egzersiz	Evet	59	6(1-24)	0,07
	Hayır	302	5(0-20)	
Hem diyet hem egzersiz	Evet	53	4(0-14)	0,001
	Hayır	308	6(0-24)	
Stresle etkin baş etme	Evet	64	5(0-20)	0,46
	Hayır	297	5(0-24)	
Sigara bıraktım/azalttım	Evet	14	5(2-14)	0,94
	Hayır	347	5(0-24)	
Kan basıncı takibi	Evet	50	5(1-16)	0,93
	Hayır	311	5(0-24)	
İlaç tedavisi	Evet	350	5(0-24)	0,76
	Hayır	11	5(2-17)	
Hiçbiri	Evet	4	9,5(7-17)	0,01
	Hayır	357	5(0-24)	

Mann-Whitney U Testi (Sorular çoktan seçmeli soru olarak uygulanmıştır.)

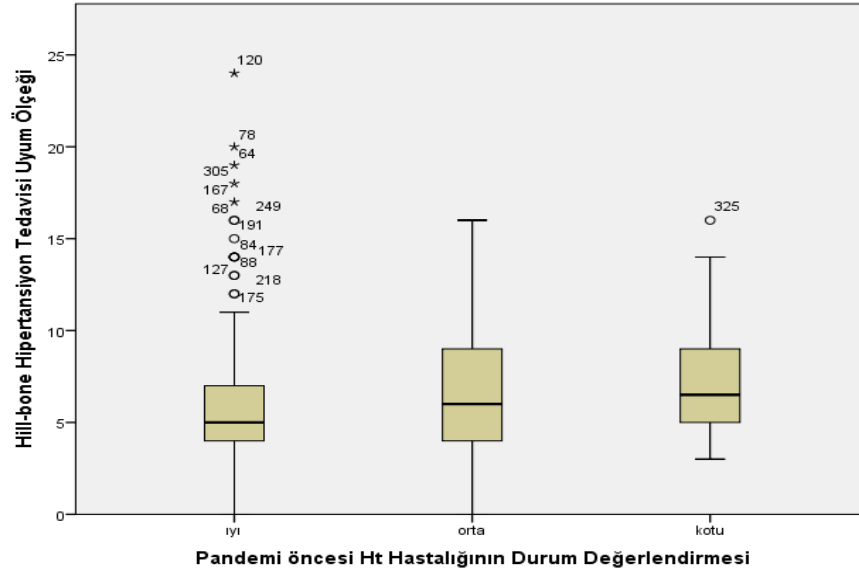
Pandemi döneminde hastaların HBHTUÖ skorlarının kontrole gitme durumuna göre değişmediği bulunmuştur. Pandemiden önce Ht için doktor kontrolüne düzenli gitmeyenlerin skorları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).Pandemi döneminden önce tansiyon hastalığının durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların ortanca değeri 5(0-24) olarak bulunmuş olup anlamlı şekilde düşüktür (iyi-orta $p=0,03$, iyi-kötü $p=0,07$, orta-kötü $p=0,50$)(Şekil 3).Diğer hastalıkla ilgili özelliklerin HBHTUÖ skorları ise benzerdir.Katılımcıların

hipertansiyon hastalığı özellikleri ile HBHTUÖ arasındaki ilişkisi Tablo 24’te verilmiştir.

Tablo 24. Hipertansiyon Hastalığı ile HBHTUÖ Total Puan Değerleri Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Ht Hastalığı Süresi	1 yıldan az	13	5(2-17)	0,14
	1-5 yıl	71	6(0-18)	
	6-10 yıl	101	5(0-20)	
	11-20 yıl	97	5(1-24)	
	20 yıldan fazla	79	5 0-14)	
Ht Hastalığı Kontrol Durumunun Pandemiyle Değişimi	Arttı	4	5(4-8)	0,21
	Aynı düzeyde	181	6(0-24)	
	Azaldı	176	5(0-17)	
Pandemiden önce Ht için düzenli doktor kontrolüne gidiyor muydunuz	Evet	147	4(0-16)	<0,001
	Hayır	214	6(0-24)	
Pandemi sırasında Ht için doktor kontrolüne gittiniz mi	Evet	75	5(0-20)	0,4
	Hayır	286	6(0-24)	
Pandemi öncesinde yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtüreyordunuz	Hergün	45	5(1-16)	0,62
	Haftada 1	15	5(1-8)	
	Haftada 2	18	5,5(2-12)	
	Ayda 1	20	4,5(0-24)	
	Hiç	33	6(0-17)	
	Kendimi kötü hissettikçe	214	6(0-20)	
	Diğer	16	5(0-8)	
Pandemi süresince yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtüyorsunuz	Hergün	51	5(1-16)	0,58
	Haftada 1	13	5(1-8)	
	Haftada 2	18	6(2-12)	
	Ayda 1	17	4(0-24)	
	Hiç	37	6(0-17)	
	Kendimi kötü hissettikçe	212	5,5(0-20)	
	Diğer	13	5(0-8)	
Pandemiden önce tansiyon hastalığınızın durumu sizce nasıldı	İyi	278	5(0-24)	0,02
	Orta	71	6(0-16)	
	Kötü	12	6,5(3-16)	
Pandemi dönemi tansiyon hastalığınızın durumunu ne yönde etkiledi	Etkisi yok	287	5(0-24)	0,84
	Hafif etkiledi	46	5(1-15)	
	Orta etkiledi	24	5,5(3-16)	
	Şiddetli etkiledi	4	6,5(1-10)	
Pandemide ASM’ye gittiniz mi	Evet	196	5(0-20)	0,35
	Hayır	165	5(0-24)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi



Şekil 3. HBHTUÖ Total Puan Skorları ile Pandemi Öncesi Ht Hastalığı Durum Değerlendirmesinin İlişkisi

Tansiyon hastalığı için bitkisel tedavi yöntemi kullanma durumuyla ve günlük kullanılan ilaç miktarı (çeşit olarak) ile HBHTUÖ skorları değişmemektedir ($p=0,13$, $p=0,21$). HBHTUÖ total puan skorları ile ilaç kullanım bilgileri arasındaki ilişkinin analizi Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25. HBHTUÖ Total Puan Skorları ile İlaç Kullanım Bilgileri Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Tansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz(çeşit olarak)?	0	3	7(3-17)	0,21
	1	268	5(0-24)	
	2	85	5(1-11)	
	3	5	9(3-14)	
Tansiyonunuzu kontrol altına almak için kulladığınız bitkisel bir tedavi yöntemi var mı?	Evet	20	7(2-18)	0,13
	Hayır	341	5(0-24)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi

HBHTUÖ skorlarının; katılımcıların kronik hastalığa sahip olduğu için koronaya yakalanma risk değerlendirmelerine göre değişmediği bulunmuştur ($p=0,87$). Ek kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların HBHTUÖ skorları da benzer olarak bulunmuştur ($p=0,35$). Tablo 26'da HBHTUÖ total puan skorları ile kronik hastalık durumu arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 26. HBHTUÖ Total Puan Skorları ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Ht dışın ek kronik hastalık varlığı durumu	Ht dışında kronik hastalığı olmayan	143	6(0-17)	0,35
	Ht dışında en az 1 tane kronik hastalığı olan	218	5(0-24)	
Kronik hastalığa sahip olduğunuz için koronaya yakalanma riskinizin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	179	5(0-19)	0,87
	Hayır	181	5(0-24)	

Mann-Whitney U Testi

Tansiyon ölçümünü evde, eczanede veya sağlık kuruluşunda yaptıran katılımcıların HBHTUÖ skorları benzerdir(p=0,42).

HBHTUÖ medikal alt grup skorları;cinsiyet, eğitim, medeni durum, birlikte yaşama durumu, aylık gelir, sigara içme durumu, sigara içme alışkanlığının pandemi dönemindeki değişimi ve alkol kullanma durumuna göre değişmemektedir (p>0,05).

Tablo 27. Sosyodemografik Özellikler ile HBHTUÖ Medikal Alt Grup Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Cinsiyet	Kadın	227	2(0-11)	0,19
	Erkek	134	1(0-17)	
Eğitim Durumu	Okuma-yazma yok	96	2(0-11)	0,26
	Okur-yazar	56	2(0-10)	
	İlkokul	137	1(0-13)	
	Ortaokul	15	1(0-9)	
	Lise	33	2(0-17)	
	Yüksekokul	24	1,5(0-8)	
Medeni Durum	Bekar	71	2(0-13)	0,90
	Evli	290	1(0-17)	
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız	41	2(0-13)	0,53
	Aile/arkadaş ile birlikte	320	1(0-17)	
Aylık Gelir	1500 TL den az	88	2(0-11)	0,28
	1500-3000 TL	195	1(0-13)	
	3000-4500 TL	58	1(0-17)	
	4500-6000 TL	8	0(0-6)	
	6000 TL den fazla	12	2(0-6)	
Sigara İçme	Evet	46	1(0-13)	0,64
	Hayır	315	1,5(0-17)	
Sigara Alışkanlığının Pandemideki Değişimi	Arttı	2	4,5(3-6)	0,13
	Aynı düzeyde	18	2(0-3)	
	Azaldı	26	1(0-9)	
Alkol Kullanma	Evet	24	2(0-8)	0,14
	Hayır	337	1(0-17)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi

Tablo 28’de katılımcıların yaşam tarzı değişikliği ile HBHTUÖ medikal alt grup değerleri arasındaki ilişki verilmiştir. Yaşam tarzı değişiklikleriyle HBHTUÖ

medikal alt grup skorlarının değişmemektedir ($p > 0,05$). Skorlar Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliğiyle HBHTUÖ Medikal Alt Grup Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Sadece tuz tüketimi	Evet	63	2(0-13)	0,46
	Hayır	298	1(0-17)	
Yağsız diyet	Evet	9	0(0-6)	0,10
	Hayır	352	2(0-17)	
Tuzsuz-yağsız diyet	Evet	219	1(0-11)	0,28
	Hayır	142	2(0-17)	
Egzersiz	Evet	59	2(0-17)	0,25
	Hayır	302	1(0-13)	
Hem diyet hem egzersiz	Evet	53	1(0-8)	0,32
	Hayır	308	1,5(0-17)	
Stresle etkin baş etme	Evet	64	1(0-11)	0,17
	Hayır	297	2(0-17)	
Sigara bıraktım/azalttım	Evet	14	1(0-9)	0,86
	Hayır	347	2(0-17)	
Kan basıncı takibi	Evet	50	2(0-9)	0,54
	Hayır	311	1(0-17)	
İlaç tedavisi	Evet	350	2(0-17)	0,51
	Hayır	11	1(0-8)	
Hiçbiri	Evet	4	3,5(0-8)	0,23
	Hayır	357	1(0-17)	

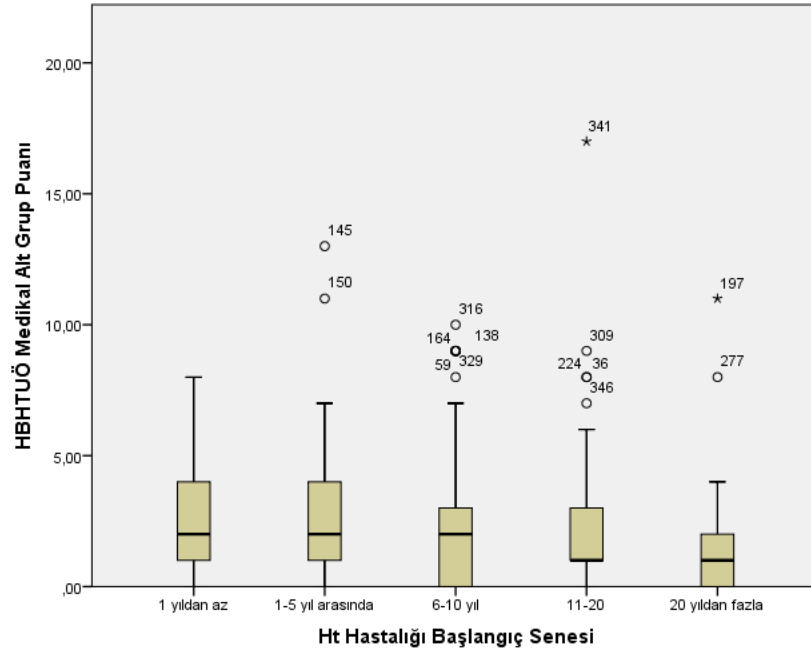
Mann-Whitney U Testi (Sorular çoktan seçmeli olarak uygulanmıştır.)

Tablo 29’da hipertansiyon hastalığı özellikleri ile HBHTUÖ medikal alt grup skorları verilmiştir. Buna göre Ht hastalığı süresi 1-5 yıldır olan katılımcıların, 20 yıldan fazla süredir Ht hastası olan katılımcılara göre skorlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,002$) (Şekil 4). Pandemiden önce düzenli şekilde Ht hastalığı için kontrole gidenlerin HBHTUÖ medikal alt grup skorlarının daha düşük olduğu ve böylelikle Ht tedavisine daha çok uyum sağladığı görülmüştür ($p=0,005$) (Şekil 5). Pandemi döneminde düzenli kontrole gidenlerin ise skorları benzer bulunmuştur ($P=0,96$). Pandemiden önce tansiyon ölçtürme sıklığı ile de HBHTUÖ skorları değişmemektedir ($p=0,68$).

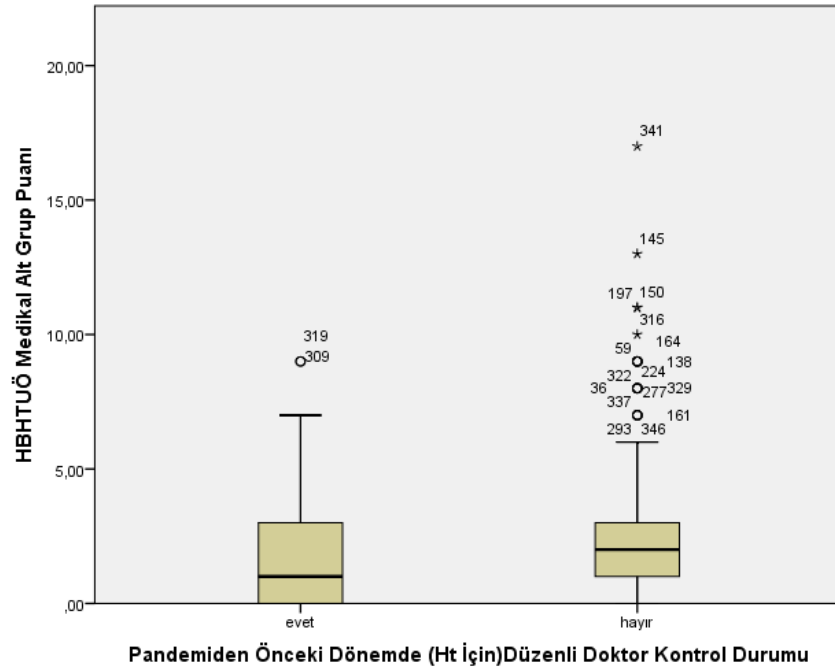
Tablo 29. Hipertansiyon Hastalığı ile HBHTUÖ Medikal Alt Grup Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Hipertansiyon hastalığınız ne kadar zamandır var?	1 yıldan az	13	2,5(0-8)	0,03
	1-5 yıl	71	2,6(0-13)	
	6-10 yıl	101	2,3(0-10)	
	11-20 yıl	97	2,1(0-17)	
	20 yıldan fazla	79	1,5(0-11)	
Pandemi sırasında hastalığınız için kontrole gitmenizde pandemi öncesine nazaran ne yönde değişiklik oldu?	Arttı	4	2,5(0-4)	0,77
	Aynı düzeyde	181	2,1(0-17)	
	Azaldı	176	2,1(0-11)	
Pandemiden önce Ht için düzenli doktor kontrolüne gidiyor muydunuz?	Evet	147	1(0-9)	0,005
	Hayır	214	2(0-17)	
Pandemi sırasında Ht için doktor kontrolüne gittiniz mi?	Evet	75	1(0-9)	0,96
	Hayır	286	2(0-17)	
Pandemi öncesinde yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyordunuz?	Hergün	45	1(0-9)	0,68
	Haftada 1	15	1(0-3)	
	Haftada 2	18	1(0-7)	
	Ayda 1	20	1(0-17)	
	Hiç	33	2(0-10)	
	Kendimi kötü hissettikçe	214	2(0-11)	
	Diğer	16	1,5(0-6)	
Pandemi süresince yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyorsunuz?	Hergün	51	1(0-9)	0,59
	Haftada 1	13	1(0-3)	
	Haftada 2	18	2(0-7)	
	Ayda 1	17	1(0-17)	
	Hiç	37	2(0-10)	
	Kendimi kötü hissettikçe	212	2(0-11)	
	Diğer	13	2(0-3)	
Pandemiden önce tansiyon hastalığınızın durumu sizce nasıldı?	İyi	278	1,5(0-17)	0,38
	Orta	71	1(0-10)	
	Kötü	12	2,5(0-11)	
Pandemi dönemi tansiyon hastalığınızın durumunu ne yönde etkiledi?	Etkisi yok	287	1(0-17)	0,52
	Hafif etkiledi	46	1,5(0-9)	
	Orta etkiledi	24	2(0-11)	
	Şiddetli etkiledi	4	2,5(0-4)	
Pandemide ASM'ye gittiniz mi?	Evet	196	2(0-13)	0,51
	Hayır	165	1(0-17)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi



Şekil 4. HBHTUÖ Medikal Alt Grup Skorları ile Ht Hastalığı Süresi Arasındaki İlişki



Şekil 5. HBHTUÖ Medikal Alt Grup Skorları ile Pandemiden Önceki Dönemde Düzenli Doktor Kontrol Durumu

Hipertansiyon için gün içinde kullanılan ilaç sayısına göre HBHTUÖ medikal alt grup skorları benzer olarak bulunmuştur ($p=0,13$). Aynı şekilde bitkisel tedavi kullanma durumuna göre de medikal alt grup skorları değişmemiştir ($p=0,28$). Tablo 30'da HBHTUÖ medikal alt grup skorları ile ilaç kullanım bilgileri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo 30. HBHTUÖ Medikal Alt Grup Skorları ile İlaç Kullanım Bilgileri Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Tansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz(çeşit olarak)?	0	3	1(1-8)	0,13
	1	268	2(0-17)	
	2	85	1(0-6)	
	3	5	5(0-5)	
Tansiyonunuzu kontrol altına almak için kullandığınız bitkisel bir tedavi yöntemi var mı?	Evet	20	2,5(0-13)	0,28
	Hayır	341	1(0-17)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların ek kronik hastalığı olup olmamasına göre HBHTUÖ medikal alt grup skorları değişmemektedir ($p=0,40$). Kronik hastalığa sahip olduğu için koronaya yakalanma riskinin yüksek olduğunu düşünen ve düşünmeyenlerin HBHTUÖ medikal alt grup skorları benzerdir ($p=0,27$). Tablo 31'de HBHTUÖ medikal alt grup skorları ile kronik hastalık durumu arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 31. HBHTUÖ Medikal Alt Grup Skorları ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Ht dışında ek kronik hastalık varlığı durumu	Ht dışında kronik hastalığı olmayan	143	2(0-9)	0,40
	Ht dışında en az 1 tane kronik hastalığı olan	218	1(0-17)	
Kronik hastalığa sahip olduğunuz için koronaya yakalanma riskinizin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	179	1(0-11)	0,27
	Hayır	181	2(0-17)	

Mann-Whitney U Testi

Tansiyonunu evde, eczanede veya sağlık kuruluşunda ölçtüren katılımcıların HBHTUÖ medikal alt grup skorları benzer bulunmuştur ($p=0,97$).

Kadınların HBHTUÖ beslenme alt grup ortanca puanı 2(0-7),erkeklerin ortanca puanı ise 2(0-8) olarak bulunmuş olup bu iki skor arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır(p=0,09).Eğitim durumuna göre de HBHTUÖ beslenme alt grup skorları benzerdir (p=0,13).Aynı şekilde diğer sosyodemografik verilerle HBHTUÖ beslenme alt grup skorları da benzer olarak bulunmuştur. Tablo 32’desosyodemografik özellikler ile HBHTUÖ beslenme alt grup değerleri arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 32. Sosyodemografik Özellikler ile HBHTUÖ Beslenme Alt Grubu Arındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortalama	Ortanca (Min-Maks)	p
Cinsiyet	Kadın	227	1,83	2(0-7)	0,09
	Erkek	134	2,13	2(0-8)	
Eğitim Durumu	Okuma-yazma yok	96	1,60	2(0-7)	0,13
	Okur-yazar	56	2,05	2(0-6)	
	İlkokul	137	2,06	2(0-8)	
	Ortaokul	15	1,73	2(0-4)	
	Lise	33	2,27	2(0-7)	
	Yüksekokul	24	2,08	2(0-7)	
Medeni Durum	Bekar	71	1,66	2(0-7)	0,06
	Evli	290	2,01	2(0-8)	
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız	41	1,78	2(0-5)	0,50
	Aile/arkadaş ile birlikte	320	1,96	2(0-8)	
Aylık Gelir	1500 TL den az	88	1,68	2(0-5)	0,06
	1500-3000 TL	195	1,91	2(0-7)	
	3000-4500 TL	58	2,48	2(0-8)	
	4500-6000 TL	8	1,37	1(0-3)	
	6000 TL den fazla	12	2,16	2(1-4)	
Sigara İçme	Evet	46	2,08	2(0-7)	0,49
	Hayır	315	1,92	2(0-8)	
Sigara Alışkanlığının Pandemi'deki Değişimi	Arttı	2	3,00	3(2-4)	0,12
	Aynı düzeyde	18	2,61	2(0-7)	
	Azaldı	26	1,65	2(0-4)	
Alkol Kullanma	Evet	24	2,16	2(0-5)	0,46
	Hayır	337	1,93	2(0-8)	

Mann-Whitney U Testi,Kruskal-Wallis Testi

Yağsız diyet uygulayan katılımcıların HBHTUÖ beslenme alt grup ortanca değeri 4(2-8) olup anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001).Tuzsuz–yağsız diyet uygulayan katılımcıların ortanca değeri ise 1(0-5) olarak bulunmuştur ve

anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,001$). Hem diyet hem egzersiz uygulayan katılımcıların da HBHTUÖ beslenme alt grubu ortanca skoru 2 (0-4) olarak bulunmuş olup uygulamayanlara göre fark vardır ($p=0,02$). Bunlardan en az birini uygulayan katılımcıların ortanca skoru 5,5 (3-7) olup anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,002$). Tablo 33'te katılımcıların yaşam tarzı değişikliği ile HBHTUÖ beslenme alt grup değerleri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliği ile HBHTUÖ Beslenme Alt Grubu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortalama	Ortanca (Min-Maks)	p
Sadece tuz tüketimi	Evet	63	1,79	2(0-4)	0,77
	Hayır	298	1,97	2(0-8)	
Yağsız diyet	Evet	9	4,33	4(2-8)	<0,001
	Hayır	352	1,88	2(0-7)	
Tuzsuz-yağsız diyet	Evet	219	1,45	1(0-5)	<0,001
	Hayır	142	2,71	2(0-8)	
Egzersiz	Evet	59	2,30	2(0-7)	0,08
	Hayır	302	1,87	2(0-8)	
Hem diyet hem egzersiz	Evet	53	1,47	2(0-4)	0,02
	Hayır	308	2,02	2(0-8)	
Stresle etkin baş etme	Evet	64	2,00	2(0-7)	0,91
	Hayır	297	1,93	2(0-8)	
Sigara bıraktım/azalttım	Evet	14	2,07	2(0-4)	0,42
	Hayır	347	1,94	2(0-8)	
Kan basıncı takibi	Evet	50	1,78	2(0-5)	0,53
	Hayır	311	1,97	2(0-8)	
İlaç tedavisi	Evet	350	1,92	2(0-8)	0,32
	Hayır	11	2,72	2(0-7)	
Hiçbiri	Evet	4	5,25	5,5(3-7)	0,002
	Hayır	357	1,91	2(0-8)	

Mann-Whitney U Testi (Sorular çoktan seçmeli olarak uygulanmıştır.)

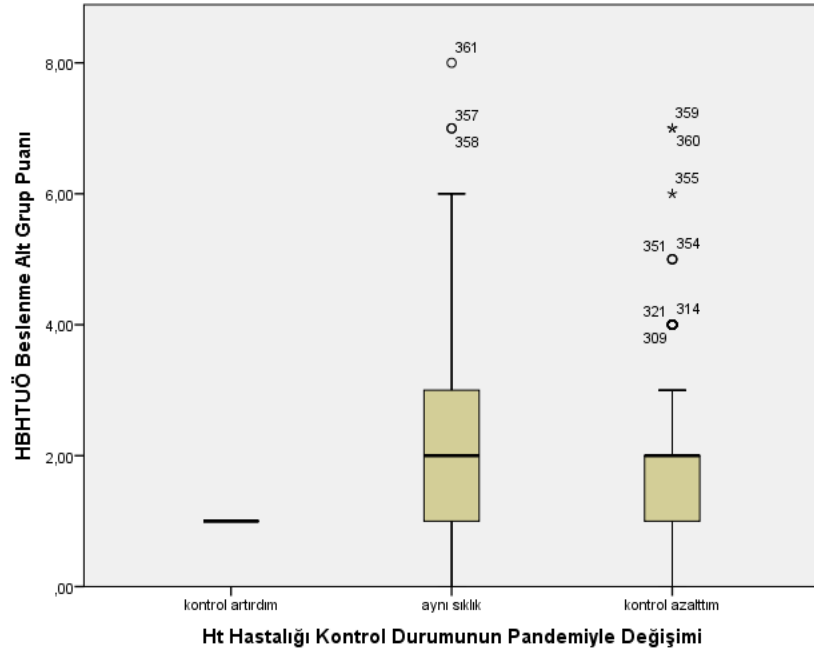
Hipertansiyon hastalığı süresinin HBHTUÖ beslenme alt grup skorları benzer olarak bulunmuştur ($p=0,68$). Hipertansiyon kontrol durumunun pandemiyle değişimine bakıldığında ise aynı düzeyde diyen katılımcıların ortanca değeri 2(0-8), ortalama değeri 2,10 ve azalttım diyen katılımcıların da ortanca değeri 2(0-7), ortalama değeri ise 1,80 olarak bulunmuştur. Bu ikisi arasında anlamlı derecede fark vardır ($p=0,04$), (aynı düzeyde-azalttım diyen $p=0,05$), (Şekil 6). Pandemiden önce ve

sonra tansiyon ölçtürme sıklığına göre HBHTUÖ beslenme alt grup skorları benzer olarak bulunmuştur (p=0,26, p=0,21).Tablo 34'te hipertansiyon hastalığı özellikleri ile HBHTUÖ beslenme alt grup değerleri arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 34. Hipertansiyon Hastalığı ile HBHTUÖ Beslenme Alt Grubu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortalama	Ortanca (Min-Maks)	p
Hipertansiyon hastalığınız ne kadar zamandır var?	1 yıldan az	13	2,23	2(0-7)	0,68
	1-5 yıl	71	1,92	2(0-6)	
	6-10 yıl	101	2,10	2(0-8)	
	11-20 yıl	97	1,84	2(0-5)	
	20 yıldan fazla	79	1,83	2(0-7)	
Pandemi sırasında hastalığınız için kontrole gitmenizle pandemi öncesine nazaran ne yönde değişiklik oldu?	Arttı	4	1,00	1(1-1)	0,04
	Aynı düzeyde	181	2,10	2(0-8)	
	Azaldı	176	1,80	2(0-7)	
Pandemiden önce Ht için düzenli doktor kontrolüne gidiyor muydunuz?	Evet	147	1,83	2(0-6)	0,30
	Hayır	214	2,02	2(0-8)	
Pandemi sırasında Ht için doktor kontrolüne gittiniz mi?	Evet	75	1,946	2(0-7)	0,76
	Hayır	286	1,947	2(0-8)	
Pandemi öncesinde yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyordunuz?	Hergün	45	1,60	1(0-5)	0,26
	Haftada 1	15	1,66	2(0-4)	
	Haftada 2	18	1,88	1,5(0-4)	
	Ayda 1	20	1,45	1(0-4)	
	Hiç	33	2,15	2(0-7)	
	Kendimi kötü hissettikçe	214	2,08	2(0-8)	
	Diğer	16	1,62	2(0-4)	
Pandemi süresince yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyorsunuz?	Hergün	51	1,64	1(0-5)	0,21
	Haftada 1	13	1,53	1(0-4)	
	Haftada 2	18	2,11	2(0-4)	
	Ayda 1	17	1,41	1(0-4)	
	Hiç	37	2,08	2(0-7)	
	Kendimi kötü hissettikçe	212	2,07	2(0-8)	
	Diğer	13	1,61	2(0-4)	
Pandemiden önce tansiyon hastalığınızın durumu sizce nasıldı?	İyi	278	1,88	2(0-7)	0,34
	Orta	71	2,09	2(0-8)	
	Kötü	12	2,50	2(0-7)	
Pandemi dönemi tansiyon hastalığınızın durumunu ne yönde etkiledi?	Etkisi yok	287	2,01	2(0-8)	0,51
	Hafif etkiledi	46	1,76	2(0-5)	
	Orta etkiledi	24	1,54	2(0-4)	
	Şiddetli etkiledi	4	1,50	1,5(0-3)	
Pandemide ASM'ye gittiniz mi?	Evet	196	2,03	2(0-7)	0,20
	Hayır	165	1,84	2(0-8)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi



Şekil 6. HBHTUÖ Beslenme Alt Grup Skorları ile Ht Hastalığı Kontrol Durumunun Pandemiyle Değişimi Arasındaki İlişki

Tansiyon için az veya fazla sayıda ilaç kullanma durumuyla HBHTUÖ beslenme alt grup puanları benzer olarak bulunmuştur ($p=0,64$). Tansiyon kontrolü için bitkisel tedavi kullanma durumuyla HBHTUÖ beslenme alt grup skorları değişmemektedir ($p=0,54$). Tablo 35'te HBHTUÖ beslenme alt grup skorları ile ilaç kullanım bilgileri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo 35. HBHTUÖ Beslenme Alt Grup Skorları ile İlaç Kullanım Bilgileri Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Tansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz(çeşit olarak)?	0	3	4(0-7)	0,64
	1	268	2(0-8)	
	2	85	2(0-7)	
	3	5	2(1-4)	
Tansiyonunuzu kontrol altına almak için kullandığınız bitkisel bir tedavi yöntemi var mı?	Evet	20	2(0-4)	0,54
	Hayır	341	2(0-8)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların kronik hastalık varlığı durumuna göre HBHTUÖ beslenme alt grup skorları benzer olarak bulunmuştur ($p=0,54$). Kronik hastalığa sahip olduğu için koronaya yakalanma riskinin yüksek olduğunu düşünen katılımcıların ortanca değeri 2(0-8) olarak bulunmuştur. Bu riskin yüksek olmadığını düşünen katılımcıların da ortancası da 2(0-7) olarak bulunmuş olup bu değerler arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,17$). Tablo 36’da HBHTUÖ beslenme alt grup skorları ile kronik hastalık durumu arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 36. HBHTUÖ Beslenme Alt Grup Skorları ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Ht dışında ek kronik hastalık varlığı durumu	Ht dışında kronik hastalığı olmayan	143	2(0-8)	0,54
	Ht dışında en az 1 tane kronik hastalığı olan	218	2(0-7)	
Kronik hastalığa sahip olduğunuz için koronaya yakalanma riskinizin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	179	2(0-8)	0,17
	Hayır	181	2(0-7)	

Mann-Whitney U Testi

Tansiyonunu evde, eczanede veya sağlık kuruluşunda ölçtüren katılımcıların HBHTUÖ beslenme alt grup skorları benzer bulunmuştur ($p=0,67$).

Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, birlikte yaşama durumu, aylık geliri, sigara içme ve alkol kullanma durumlarına göre HBHTUÖ görüşme alt grup skorları benzer bulunmuştur ($p=0,051$, $p=0,40$, $p=0,13$, $p=0,87$, $p=0,85$, $p=0,46$, $p=0,56$). Sigara içme alışkanlığının pandemiyle değişimi ile HBHTUÖ görüşme alt grup skorları da benzerdir ($p=0,48$). Tablo 37’de sosyodemografik özellikler ile HBHTUÖ görüşme alt grup değerleri arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 37. Sosyodemografik Özellikler İle HBHTUÖ Görüşme Alt Grubu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Cinsiyet	Kadın	227	2(0-6)	0,051
	Erkek	134	2,5(0-5)	
Eğitim Durumu	Okuma-yazma yok	96	1(0-5)	0,40
	Okur-yazar	56	2(0-6)	
	İlkokul	137	2(0-6)	
	Ortaokul	15	3(0-3)	
	Lise	33	2(0-4)	
	Yüksekokul	24	2(0-3)	
Medeni Durum	Bekar	71	2(0-5)	0,13
	Evli	290	2(0-6)	
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız	41	2(0-6)	0,87
	Aile/arkadaş ile birlikte	320	2(0-6)	
Aylık Gelir	1500 tl den az	88	2(0-6)	0,85
	1500-3000 tl	195	2(0-6)	
	3000-4500 tl	58	2(0-4)	
	4500-6000 tl	8	2(0-4)	
	6000 tl den fazla	12	2(0-3)	
Sigara İçme	Evet	46	2(0-5)	0,46
	Hayır	315	2(0-6)	
Sigara Alışkanlığının Pandemideki Değişimi	Arttı	2	3(3-3)	0,48
	Aynı düzeyde	18	2,5(0-4)	
	Azaldı	26	2(0-5)	
Alkol Kullanma	Evet	24	2(0-4)	0,56
	Hayır	337	2(0-6)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi

Sadece tuz tüketimini azalttım diyen katılımcıların HBHTUÖ görüşme alt grup ortanca skoru 3(0-5) olup azalttım demeyen katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,004$). Tuzsuz-yağsız diyet uyguladım diyen katılımcıların ortalama değeri ise 1,73 olarak bulunmuştur ve uygulamayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,003$). Hem diyet hem egzersiz uygulayan katılımcıların ortanca değeri 1(0-4) olarak bulunmuştur ve uygulamayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,003$). Diğer yaşam tarzı değişiklikleri ile HBHTUÖ görüşme alt grup skorları tablo 38’de verilmiştir.

Tablo 38. Katılımcıların Yaşam Tarzı Değişikliği ile HBHTUÖ Görüşme Alt Grubu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortalama	Ortanca (Min-Maks)	p
Sadece tuz tüketimi	Evet	63	2,31	3(0-5)	0,004
	Hayır	298	1,82	2(0-6)	
Yağsız diyet	Evet	9	1,55	1(0-3)	0,45
	Hayır	352	1,91	2(0-6)	
Tuzsuz-yağsız diyet	Evet	219	1,73	2(0-5)	0,003
	Hayır	142	2,17	2(0-6)	
Egzersiz	Evet	59	1,91	2(0-6)	0,92
	Hayır	302	1,90	2(0-6)	
Hem diyet hem egzersiz	Evet	53	1,39	1(0-4)	0,003
	Hayır	308	1,99	2(0-6)	
Stresle etkin baş etme	Evet	64	1,89	2(0-4)	0,93
	Hayır	297	1,91	2(0-6)	
Sigara bıraktım/azalttım	Evet	14	1,78	1,5(1-3)	0,73
	Hayır	347	1,91	2(0-6)	
Kan basıncı takibi	Evet	50	1,96	2(0-5)	0,77
	Hayır	311	1,90	2(0-6)	
İlaç tedavisi	Evet	350	1,90	2(0-6)	0,67
	Hayır	11	2,09	2(1-3)	
Hiçbiri	Evet	4	1,75	1,5(1-3)	0,80
	Hayır	357	1,91	2(0-6)	

Mann-Whitney U Testi. (Sorular çoktan seçmeli olarak uygulanmıştır.)

Pandemiden önce Hipertansiyon için düzenli doktor kontrolüne gittiğini söyleyen katılımcıların HBHTUÖ görüşme alt grupta ortanca değeri 1(0-5) olarak bulunmuş olup skorları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Pandemi sırasında ise düzenli kontrole giden katılımcıların ortanca değeri 2(0-4) ve gitmeyen katılımcıların ortanca değeri 2(0-6) olarak bulunmuştur ve skorları benzerdir ($p = 0,48$). Hipertansiyon hastalığı süresine göre HBHTUÖ görüşme alt grup skorları değişmemektedir ($p = 0,66$). Tablo 39’da Hipertansiyon hastalığı özellikleri ile HBHTUÖ görüşme alt grubu arasındaki ilişkinin istatistiksel analizi gösterilmiştir.

Tablo 39. Hipertansiyon Hastalığı ile HBHTUÖ Görüşme Alt Grubu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Hipertansiyon hastalığınız ne kadar zamandır var?	1 yıldan az	13	2(0-3)	0,66
	1-5 yıl	71	2(0-5)	
	6-10 yıl	101	2(0-6)	
	11-20 yıl	97	2(0-6)	
	20 yıldan fazla	79	2(0-5)	
Pandemi sırasında hastalığınız için kontrole gitmenizde pandemi öncesine nazaran ne yönde değişiklik oldu?	Arttı	4	2,5(0-3)	0,29
	Aynı düzeyde	181	2(0-6)	
	Azaldı	176	2(0-5)	
Pandemiden önce Ht için düzenli doktor kontrolüne gidiyor muydunuz	Evet	147	1(0-5)	<0,001
	Hayır	214	2(0-6)	
Pandemi sırasında Ht için doktor kontrolüne gittiniz mi	Evet	75	2(0-4)	0,48
	Hayır	286	2(0-6)	
Pandemi öncesinde yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyordunuz	Hergün	45	2(0-5)	0,86
	Haftada 1	15	2(0-5)	
	Haftada 2	18	2,5(0-3)	
	Ayda 1	20	2(0-4)	
	Hiç	33	1(0-6)	
	Kendimi kötü hissettikçe	214	2(0-6)	
	Diğer	16	2(0-3)	
Pandemi süresince yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyorsunuz	Hergün	51	2(0-5)	0,89
	Haftada 1	13	2(1-3)	
	Haftada 2	18	2(0-3)	
	Ayda 1	17	2(0-4)	
	Hiç	37	1(0-6)	
	Kendimi kötü hissettikçe	212	2(0-6)	
	Diğer	13	2(0-3)	
Pandemiden önce tansiyon hastalığınızın durumu sizce nasıldı	İyi	278	2(0-6)	0,20
	Orta	71	2(0-5)	
	Kötü	12	3(0-5)	
Pandemi dönemi tansiyon hastalığınızın durumunu ne yönde etkiledi	Etkisi yok	287	2(0-6)	0,50
	Hafif etkiledi	46	1,5(0-5)	
	Orta etkiledi	24	2(0-4)	
	Şiddetli etkiledi	4	2,5(1-3)	
Pandemide ASM'ye gittiniz mi	Evet	196	2(0-5)	0,69
	Hayır	165	2(0-6)	

Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi

Hipertansiyon dışında ek kronik hastalığa sahip olma durumuna göre HBHTUÖ görüşme alt grup skorları değişmemiştir ($p=0,87$). Kronik hastalığa

sahipolduğu için koronaya yakalanma riskinin yüksek olduğunu düşünen ve düşünmeyen katılımcıların skorları benzerdir ($p=0,58$). Tablo 40'ta HBHTUÖ görüşme alt grup skorları ile kronik hastalık durumu arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 40. HBHTUÖ Görüşme Alt Grup Skorları ile Kronik Hastalık Durumu Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Ht dışında ek kronik hastalık varlığı durumu	Ht dışında kronik hastalığı olmayan	143	2(0-5)	0,87
	Ht dışında en az 1 tane kronik hastalığı olan	218	2(0-6)	
Kronik hastalığa sahip olduğunuz için koronaya yakalanma riskinizin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	179	2(0-6)	0,58
	Hayır	181	2(0-5)	

Mann-Whitney UTesti

Tansiyon hastalığı için hiç ilaç kullanmayan, 1 tane kullanan ve 2 tane kullanan katılımcıların HBHTUÖ görüşme alt grup ortanca değeri 2(0-6) ve 3 tane kullanan katılımcıların ortanca değeri 3(2-5) olarak bulunmuş olup istatistiki olarak benzer olduğu görülmektedir ($p=0,23$). Bitkisel tedavi kullanma durumuyla da HBHTUÖ görüşme alt grup skorları değişmemiştir ($p=0,36$). Tablo 41'de HBHTUÖ görüşme alt grup skorları ile ilaç kullanım bilgileri arasındaki ilişki verilmiştir.

Tablo 41. HBHTUÖ Görüşme Alt Grup Skorları ile İlaç Kullanım Bilgileri Arasındaki İlişki

		Sayı(n)	Ortanca (Min-Maks)	p
Tansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz(çeşit olarak)?	0	3	2(2-2)	0,23
	1	268	2(0-6)	
	2	85	2(0-6)	
	3	5	3(2-5)	
Tansiyonunuzu kontrol altına almak için kullandığınız bitkisel bir tedavi yöntemi var mı?	Evet	20	2(0-4)	0,36
	Hayır	341	2(0-6)	

Mann-Whitney UTesti, Kruskal-Wallis Testi

Tansiyonunu evde, eczanede veya sağlık kuruluşunda ölçtüren katılımcıların HBHTUÖ görüşme alt grup skorları benzer bulunmuştur ($p=0,16$).



5.TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Hipertansiyon Hastalığı ile İlgili Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Hipertansiyon hastalığında komplikasyonları önlemek ve/veya azaltabilmek için hipertansiyon hastalarının yaşam tarzı değişikliklerine ve tedaviye uyum sağlamaları gerekmektedir. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarını değerlendiren çeşitli ölçekler mevcuttur. Bizim çalışmamızda ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olan HBHTUÖ kullanılmıştır. Birçok çalışmada HBHTUÖ kullanılmış olsa da pandemi döneminde bu ölçek ilk kez bizim çalışmamızda kullanılmıştır. Ayrıca pandemi döneminde hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Covid-19 pandemisinde birçok kronik hastalık takibi azalmıştır. Çalışmamız bu durumu inceleyip hem hastaların hem de hekimlerin farkındalığını arttırmak için önemli bir araştırmadır.

Çalışmamızda katılımcıların %62,9'u kadın %37,1'i ise erkek olarak bulunmuş olup çoğunluğu kadınlar temsil etmektedir. 2003 yılında Altun ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise %36,1'i kadın %37'si erkektir(13). 2017 yılında Akan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer şekilde kadınların oranı daha yüksektir (Kadın %50.3, Erkek %49.7)(63).

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortanca değeri 67(min 20, maks 89)'dir. Akan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalaması 56.6 ± 9.6 yıl (37-82)(63). 2011 yılında yapılan Gün ve ark'nın çalışmasında ise çalışmamıza benzer olarak hastaların yaş ortalaması 65.21 ± 11.77 'dir (2). Çalışmamızda yaş ortanca değerinin bu değerde olması yaş arttıkça hipertansiyon sıklığının artması ve çalışma yapılan dönemde bu yaş grubunun ASM'lere Covid aşısı için başvuru zamanı olması olabilir(29).

Çalışmamızda eğitim durumu ilköğretim olan katılımcılar çoğunluğu oluşturur (%38).Bunu takip eden 2. çoğunluğu ise okuma-yazma bilmeyen grup oluşturur (%26,6).Yükseköğrenim görmüş olan katılımcı ise %6,6'dır. Yakar ve ark'nın yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde %32'si ilköğretim mezunu olan grup çoğunluğu sağlamaktadır ve bunu takiben %23,3'ü ise okuma-yazma bilmeyen grup gelmektedir(64).Eğitim düzeyi ile hastalık bilgisinin artması ve hastalığa uyumun artması beklenmektedir. Yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların oranı artığında hastalık uyum düzeylerinde farklılıklar gözlenebilir.

Çalışmamızda aylık gelir sorgulandığında 1500-3000 Tl arası gelire sahip katılımcı %54'tür ve çoğunluğu oluşturur. Takiben 1500 Tl'den aylık gelire sahip katılımcı bulunmaktadır (%24,4). Yakar ve ark'nın yaptığı çalışmaya bakılınca aylık gelir algısını kötü olarak değerlendiren%30,0 katılımcı, orta olarak değerlendiren ise %63,3 katılımcı ve iyi diyen ise %6,7 katılımcıdır(64). Çalışmamız bu çalışmayla karşılaştırılınca benzer şekilde aylık geliri yüksek olmayan grupların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Akan ve ark'nın yaptığı çalışmada sigara kullanan %65.3, kullanmayan ise %34.7 katılımcıdır(63). Bizim çalışmamızda ise sigara kullanan %12,7, kullanmayan %87,3 katılımcıdır. Gedik Tekinemre ve ark'nın çalışmasında %17.1'inin sigara kullandığı bulunmuştur (65).Sigara kullanan kişi sayısındaki bu değişkenlik çalışma popülasyonlarındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda daha çok %39,9 katılımcının Ht kontrolü için devlet hastanesine başvurduğu,%31,3 katılımcının rastgele bir birime başvurduğu, %13,9'unun ASM'ye başvurduğu ve sadece %3,6'sının üniversiteye başvurduğu görülmektedir. Üniversiteye başvurunun az olmuş olması ulaşımdaki zorluk nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda bitkisel tedavi kullanan %5,5 katılımcıdır.Bu şekilde bitkisel tedaviden yararlanmak istemelerinin nedeni hastaların doğal yolla da çözülebilir algısında olmaları neden olabilir.

Çalışmamızda pandemi döneminde ASM'ye gittiğini söyleyen %54,3 katılımcı,hiç gitmediğini söyleyen ise %45,7 katılımcı mevcuttur.Öğünç ve ark'nın

aile hekimlerine yaptığı nitel bir çalışmada, aile hekimlerinin “Hastaların bulaş riski nedeniyle hastaneye başvurmaktan çekinip, ASM’ye başvurmayı tercih ettiklerini, sevkini gerekli gördüğü hastaları hastaneye yönlendirmesine rağmen gitmediklerini” ifade etmiştir (66).

Çalışmamızda ASM’ye gittiğini söyleyen katılımcıların %39,1’i ilaç yazdırmaya gittiğini, %9,7’si tahlil vermeye gittiğini ve %23’ü başka bir rahatsızlığı için başvurduğunu söylemiştir. Katılımcıların ilaç yazdırmak için bu kadar fazla gitmesinin sebebi ülkemizde ASM’lerin genel olarak ilaç yazdırmak için kullanılıyor olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %36’sında ek olarak DM hastalığı,%25,5’inde KVS hastalık, %11,4’ünde astım-koah, %6,1’inde tiroid hastalığı mevcuttur.Ek hastalığı olmayıp sadece Ht hastası olan ise %39,6 katılımcıdır.Akan ve ark’nın çalışmasında ise ek kronik hastalığı olmayan %23,3 katılımcıdır(63).Katrancı ark’nın çalışmasında ise %42,5 katılımcının ek hastalığı olmadığı saptanmıştır.Ek hastalığı olanlarda ise çalışmamıza benzer olarak en çok endokrin sistem hastalığı görülmüştür (%71.0).%20,5’inde solunum sistemi rahatsızlığı, %14,0 katılımcıda ise KVS sistem rahatsızlığı mevcut bulunmuştur(67). Çalışmamızda ek hastalığın bu kadar yüksek düzeyde olması hastaların birçoğunun ileri yaşta olmasından kaynaklanabilir.

Pandemi döneminde katılımcıların birçoğu park-bahçe gibi yerlere hava almak için çıktığını (%81,2),%57,3 katılımcı alışveriş için çıktığını ve %45,2’si yakınlarını görmek için çıktığını söylemiştir.Park-bahçe gibi yerlere gitmek için çıktığını söyleyen katılımcıların bu kadar fazla olmasının nedeni sokağa çıkma yasağı olduğu zamanlarda insanların kapalı alanda kalarak çok fazla sıkılmış olabileceği ve park-bahçe gibi alanlarda sosyal mesafeyi koruyarak dolaşabileceğinden ötürü olabilir.

Ailesinde tansiyon hastalığı olan katılımcı %67’dir.Benzer olarak Mete ve ark’nın yaptığı çalışmada da %71 katılımcının birinci derece akrabasında Ht hastalığı mevcut olarak bulunmuştur(68).Ailede bu kadar fazla görülmesinin nedeni Ht oluşumunda genetik alt yapının da etkili olmasıdır.

Mete ve ark'nın yaptığı çalışmada düzenli antihipertansif ilaç kullanan %66,5 katılımcı mevcuttur(68).Katrancı ve ark'nın çalışmasına göre; tuzsuz diyeteye uyan %70,7 katılımcı,az yağlı diyeteye uyan % 62,1 katılımcı, fiziksel aktiviteye uyan %37,1 katılımcı, stresle etkin baş eden %10,3 katılımcı, sigarayı bırakan %11,2 katılımcı, kan basıncı takibi yapan %74,7 katılımcı, vardır(67).Bizim çalışmamızda sadece tuz tüketimimi azalttım diyen %17,5 katılımcı, yağsız diyet uyguladım diyen %2,5 katılımcı, tuzsuz-yagsız diyet uyguladım diyen %60,7 katılımcı, kan basıncı takibi yapıyorum diyen %13,9 katılımcı,ilaç tedavisi kullanıyorum diyen %97 katılımcı, egzersiz yapıyorum diyen %16,3 katılımcı,diyet ve egzersiz yapıyorum diyen %14,7 katılımcı, sigara azalttım/bıraktım diyen %3,9 ve stresle etkin baş ediyorum diyen ise %17,7 katılımcıdır.Bulgularımız ile diğer çalışmalar arasındaki farklılık araştırma yapılan bölge halkının sosyo-kültürel farklılığı, seçeneklerimizdeki farklılık ve en fazla yaptığınız 3 seçeneği işaretleyin diyerek cevaplandırmayı kısıtlamamız olabilir.

Pandemi döneminden önce tansiyon hastalığının iyi şekilde seyrettiğini söyleyen katılımcı %77'dir.%3,3'ü ise kötü olduğunu belirtmiştir.Pandeminin tansiyon hastalığının durumunu etkilemediğini söyleyen katılımcı %79,5'tir.Bunu takiben hafif etkilediğini söyleyen katılımcılar gelmektedir(%12,7).Şiddetli etkilediğini söyleyen ise %1,1 katılımcıdır.Etkisi olmadığını söyleyen katılımcı sayısının fazla olmasının nedeni hastaların birçoğunun yaşlı olup pandemi etkisiyle sosyal yaşantılarının çok da fazla değişmemiş olabileceği ileri sürülebilir.

Kronik hastalığa sahip oldukları için koronavirüse yakalanma risklerinin yüksek olduğunu düşünen katılımcı %49,9, düşünmeyen ise %50,1 katılımcıdır. Bu düşüncede neredeyse yarı yarıya farklılık olmasının nedeni bazı hastaların covronavirüs hastalığı ile daha ilgili olarak haber-gazete karıştırmaları veya kimi hasta grubunun ileri yaşından ötürü kendi sağlığını ve dünya sağlığını etkileyen şeylere ilgisinin az olması olabilir.

Çalışmamızda Hill-bone ölçeği total puan değerlendirmesi sonucu tedaviye tam uyum sağlayan %1,4 katılımcı, medikal alt gruba göre tam uyum sağlayan %26,6 katılımcı, beslenme alt grubuna göre tam uyum sağlayan %14,1 katılımcı ve görüşme alt grubuna göre tam uyum sağlayan ise %19,7 katılımcı bulunmuştur. Tekinemre ve ark'nın çalışmasında HBHTUÖ total skoruna göre tam uyum oranı %12.1, beslenme skoru için tam uyum oranı %19.3, medikal skor için tam uyum

oranı %27.9 olarak bulunmuştur(65).Katrancı ve ark'nın yaptığı çalışmada tam uyumlu hasta %12,9 katılımcıdır(67). Bizim çalışmamızda tam uyum oranının düşük olmasının sebebi hasta popülasyonunun yaş ortalamasının yüksekliği, pandemiden ötürü doktor kontrollerindeki azalma, hastaların eğitim seviyesindeki düşük olması olabilir.

5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Hipertansiyon Hastalığı ile Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Puan Değerleri Arasındaki İlişki

Cinsiyetin kadın veya erkek olması ile HBHTUÖ total puan, beslenme, görüşme ve medikal alt grup puan değerleri benzer bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Deniz Kan ve ark'nın yapmış olduğu çalışmada kadınların Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur(69). Çalışmamızla benzer olarak Yıldırım ve ark'nın yaptığı çalışmada kadın veya erkek olmak ile HBHTUÖ total ve alt grup puan değerleri benzer olarak bulunmuştur (70). Gün ve ark'nın, Akın ve ark'nın ve Mete ve ark'nın çalışmasında da HBHTUÖ total puan skorları benzerdir, fakat Gün ve ark'nın ve Mete ve ark' nın çalışmasında erkeklerin beslenme uyumu düzeyleri kadınlara göre daha düşük bulunmuştur(2, 68, 71).

Çalışmamızda eğitim durumuna göre HBHTUÖ total puan, beslenme, görüşme ve medikal alt grup puan değerleri değişmemektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Mete ve ark'nın yaptığı çalışmada ilköğretim ve altı seviyesindeki eğitim durumuna sahip olan katılımcıların ise tedaviye uyumu daha düşük bulunmuştur(68).Farklı olarak Korkmaz ve ark'nın çalışmasında okur-yazar olmayan grubun beslenme uyumu okuma yazma bilen gruba göre daha düşük bulunmuştur.Beslenme uyumu en düşük olan grupsa yükseköğrenim grubunda bulunmuştur.Bu yapılan çalışmada okuma yazma bilmeyen grubun skorlarının yüksekliği dikkate alınmazsa eğitim düzeyi yüksekliği ile tedaviye uyum ters ilişki içindedir (2). Akgül'ün çalışmasında bizim çalışmamızla benzer olarak eğitim düzeyi ile kontrole gitme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

(72).Çalışmamızda tedaviye uyum ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir fark bulunamamasının nedeni hastalarımızın birçoğunun eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı seviyesinde olması ve büyük çoğunluğunun yaş ortalamasının yüksek oluşu olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların evli veya bekar oluşuna göre HBHTUÖ total ve alt grup puanları değişmemektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Akın ve ark'nın yaptığı çalışmada bekarların tedaviye daha uyumuz olduğu görülmektedir(63). Korkmaz ve ark'nın çalışmasında ise evli olanların total uyum düzeylerinin bekârlara göre daha düşük bulunmuştur (2). Anadol ve ark'nın çalışmasında ise bizim çalışmamızdaki gibi medeni durum ile tedaviye uyum değişmemektedir (73).

Çalışmamızda yalnız yaşama veya biriyle yaşama şartlarına göre HBHTUÖ total ve alt grup puanları değişmemektedir. Benzer olarak Katrancı ve ark'nın ve Tekinemre ve ark'nın çalışmasında da durum böyledir (65, 67). Bu şekilde birlikte veya tek yaşamayla tedavi uyum skorlarının değişmemesinin nedeni insanların hastalığını ve tedavisi için yapılması gerekenleri öncelikle kendilerinin kabul edip buna kendilerinin ikna olmaları gerektiği yatıyor olabilir.

Aylık gelir düzeyine göre HBHTUÖ total puan ve alt grup puan değerleri değişmemektedir. Lowal ve ark'nın, çalışmasına göre sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastaların ilaç uyumu da düşük olarak bulunmuştur (74). Akgöl ve ark'nın çalışmasına göre ise gelirdüzeyi ile tedaviye uyum arasında belirgin bir bağlantı görülememekle birlikte gelir seviyesi düşük hastaların göreceli olarak daha uyumlu olduğu bulunmuştur (72). Katrancı ve ark'nın ve Yakar ve ark'nın çalışmasına göre ise bizim çalışmamıza benzer olarak gelir seviyesine göre tedaviye uyum değişmemektedir. Yine bir metaanalizde bulgularımıza benzer şekilde cinsiyet ve gelir düzeyinin antihipertansif tedavi uyumu ile ilişkisine rastlanmamıştır(64, 67, 75). Çalışmamızda aylık gelir düzeyine göre tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişkinin bulunamamasının nedeni aylık gelir seviyesinin katılımcılarımız arasındaki dağılımın kötü olup genelde 3000 TL ve altında olan katılımcıların çoğunluğu temsil etmiş olması olabilir.

Çalışmamızda halihazırda sigara içme durumu ve yaşam tarzı değişikliği olarak sigarayı bıraktım/azalttım diyen katılımcılara göre HBHTUÖ total ve alt grup

skorları değişmemektedir. Sigara içme durumunun pandemiyle değişime bakıldığında ise HBHTUÖ total puan skorlarına göre sigara içme miktarını arttıranların skorları azaltanlara göre daha yüksek bulunmuş olup tedaviye uyumlarının az olduğu görülmektedir. Aynı şekilde sigara içmeye aynı düzeyde devam eden grubun skorları azalttım diyen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Alt grup skorlarına göre ise sigara içme durumunun pandemiyle değişimi karşılaştırılmış ve sonuçlar benzer bulunmuştur. Akgöl ve ark'nın ve Busnello ve ark'nın çalışmasında sigara içmeyen grupta tedavi uyumu daha iyi olduğu tespit edilmiştir(72, 76) Mete ve ark'nın ve Tekinemre ve ark'nın çalışmasında sigara içen grubun HBHTUÖ total puan,medikal ve beslenme alt grup skorları daha yüksek bulunmuş olup tedaviye uyumsuz olduğu görülmüştür (65, 68). Ayrıca Busnello ve ark'nın çalışmasında sigara içmek tıbbi takibi bırakma ile ilişkili bulunmuştur (76).Tüm bu sonuçlara bakıldığında sigara içmenin katılımcıların tedavi uyumsuzluğunu arttırdığı için sigarayı bırakmaya teşvik edilmesi gerekir. Çalışmamızda sigara içme durumuna göre tedaviye uyumun değişmemesinin nedeni, katılımcılara yöneltilen sorumuzda içip bırakmış olanları da sorgulamamış olmamız ve dolayısıyla içmeyen grubun çoğunlukta olmasıyla değerlendirmemizin eksik olmuş olması olabilir.

Çalışmamızda alkol kullanma durumuna göre HBHTUÖ total ve alt grup puanları benzer olarak bulunmuştur.Çalışmamızla benzer olarak Anadol ve ark'nın ve Mete ve ark'nın çalışmasında da alkol kullana durumu ile tedaviye uyum değişmemektedir(68, 73).

Tuzsuz yağsız diyet uygulayanların, hem diyet hem de egzersiz yapanların HBHTUÖ total puan skorları,beslenme ve görüşme alt grup skorları çalışmamızda daha düşük bulunduğu için tedaviye daha uyum sağladıkları görülmüştür. Yaşam tarzı değişikliklerinden hiçbirini yapmayanların HBHTUÖ total puan skorlarına göre bakıldığında ise tedaviye daha uyumsuz oldukları görülmektedir.Beslenme alt grubu skorlarına bakıldığında ise yağsız diyet uyguladım diyen ve hiçbirini yapmayan katılımcıların ise daha uyumsuz oldukları görülmektedir. Görüşme alt grup skorlarına göre ise sadece tuz tüketimini azalttım diyen katılımcıların tedaviye daha uyumsuz oldukları görülmektedir.Tekinemre ve ark'nın yaptığı çalışmada diyet uygulayanların ve egzersiz yapanların HBHTUÖ toplam puan, beslenme alt skoru ve

medikal alt grup skoruna bakıldığında diyet yapmayanlara/egzersiz yapmayanlara göre daha uyumlu olduğu bulunmuştur (65).Mert ve ark'nın Morisky Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği İle yaptıkları çalışmada katılımcıların çoğunun diyetine uyması ve egzersiz yapması sonucu ilaç tedavisine uyum oranının yüksek olduğu bulunmuştur(77). Akbulut ve ark'nın İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği ile yapmış olduğu çalışmada ise egzersiz yapma, diyet uygulama ve tuz kısıtlaması uygulamaya göre bu uygulamayı yapmama arasında ölçek skorları benzer bulunmuştur(78). Çalışmamızda tuzsuz yağsız diyet uygulayanların, hem diyet hem de egzersiz yapanların daha tedaviye uyumlarının yüksek olmasının nedeni hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olmaları ve tavsiyelere uymaları olabilir. Beslenme alt grubu skorlarındaki yağsız diyet uygulamış olan katılımcıların ve görüşme alt grubunda sadece tuz tüketimini azalttım diyen katılımcıların tedaviye daha uyumsuz oldukları sonucunun çıkması ise cevapların çoktan seçmeli olup tam olarak istenilen düzeyde istatistiki olarak veri elde edilememiş olması olabilir.

Hipertansiyon hastalığı süresi ile HBHTUÖ total ve alt grup değerlendirmesinde çalışmamızda; medikal alt grup skorlarına göre Ht hastalığı süresi 1-5 yıldır olan katılımcıların, 20 yıldan fazla süredir Ht hastası olan katılımcılara göre tedaviye daha uyumsuz oldukları; bunun dışındaki değerlendirmelerde ise herhangi anlamlı bir fark bulunamadığı görülmüştür. Ek kronik hastalık olup olmamasına göre de HBHTUÖ total ve alt grup skorları değişmemektedir. Çalışmamızla paralel olarak Mete ve ark'nın yapmış olduğu çalışmada Ht tanı süresi arttıkça ve ek kronik hastalığa sahip olan katılımcıların HBHTUÖ beslenme, medikal ve total puan değerleri anlamlı şekilde düşük bulunmuştur(68). Obirikorang ve ark'nın ve Busnella ve ark'nın yaptığı çalışmada da aynı şekilde Ht süresi uzadıkça Ht tedavisine daha uyumlu oldukları bulunmuştur (76, 79). Akgöl ve ark'nın çalışmasında bu çalışmalara paralel olarak Ht süresi uzadıkça ve komorbid hastalık arttıkça tedaviye uyumun artmakta olduğu görülmüştür(72). Ht hastalık süresi ve ek kronik hastalık arttıkça tedaviye uyumun artmasının nedeni Ht hastalığının ilk başlarda çok fazla bulgu vermemesi, ileriki yıllarda hastalık algısının daha fazla oturması ve komorbid hastalıkların artmasıyla kullanılacak ilaç miktarındaki artışın da tedaviye uyumu daha çok artırması olabilir. Fakat bizim çalışmamızda ek kronik hastalığa sahip olma durumu ile tedaviye uyum

değişmediği görülmüştür. Bunun altında da hastaların kullanılacak ilaç miktarı arttıkça tedaviden daha çok kaçma isteği dolayısıyla da eğitimsizlik yatabilir.

Pandemi döneminde hastaların HBHTUÖ total, medikal, beslenme ve görüşme alt grup skorlarının kontrole gitme durumuna göre değişmediği bulunmuştur. Pandemiden önce Ht için doktor kontrolüne düzenli gidenlerin ise tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür (beslenme alt grubu hariç). Sadece beslenme alt grubuna göre Ht için doktor kontrol sıklığı pandemiden önce ve sonrası arasında değerlendirildiğinde kontrollerimi azalttım diyen grup ile aynı düzeyde diyen grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Beşışık Yılmaz ve ark'nın yaptığı çalışmada COVID-19 riskini azaltmak için telefon visitleri yaparak hastaların çoğunun tansiyonlarının normal düzeyde olduğu görülmüş ve hastaların bu yöntemle hastaneye başvuruları azaltılmıştır(80). Mollaoğlu ve ark'nın, Gün ve ark'nın ve Yakar ve ark'nın çalışmasında düzenli şekilde antihipertansif tedavi kontrolleri yaptıran ve yaptırmayan hastalar arasında hipertansiyon tedavisine uyum noktasında fark bulunamamıştır (2, 64, 81). Mete ve ark'nın çalışmasında ise düzenli doktor kontrolüne giden katılımcıların HBHTUÖ total, beslenme ve medikal skorları daha düşük olarak bulunmuş olup tedaviye daha uyumlu oldukları görülmüştür (68). Çalışmamızdan farklı olarak Tekinemre ve ark'nın yaptığı çalışmada ise hipertansiyon için kontrole gitme sıklığı arttıkça HBHTUÖ beslenme skorlarının daha düşük olduğu görülmüştür (total ve medikal alt grupta anlamlı fark yok) (65). Çalışmamızda pandemi döneminden önce düzenli kontrole giden kişilerin tedaviye uyumlarının daha iyi olmasının nedeni kontrole gittikçe doktor tavsiyelerinin yinelenip tedaviye uymaları gerektiğinin hastalara hatırlatılmış olması olabilir. Pandemi döneminde anlamlı fark bulunamaması ve pandemiden önce ve sonrası için kontrol sıklığını azalttım diyen grupla aynı düzeyde devam eden grup arasındaki anlamlı farkın bulunmuş olmasının nedeni pandemi döneminde kontrole giden hasta grubundaki azalma olabilir.

Pandemi döneminden önce tansiyon hastalığının durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların, durumunu orta olarak değerlendiren katılımcılara göre HBHTUÖ total puan skorlarına göre tedaviye daha uyumlu oldukları bulunmuştur. Pandemi döneminin tansiyon hastalığının durumunu etkilemesi

hakkındaki değerlendirme sonuçlarına bakılınca ise sonuçlar benzer olarak bulunmuştur. Pandemi döneminden önce ve pandemi süresince tansiyon ölçtürme sıklıkları ise benzer bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Gün ve ark'nın yaptığı çalışmada sadece beslenme alt boyutskoruna göre kan basıncı ölçtürme sıklığı için “kendimi kötü hissedince ölçtürürüm” diyen grubun tedaviye uyumunun dahaiyi olduğu görülmüştür (tam uyumlu) (2). Yakar ve ark'nın çalışmasında ise çalışmamıza paralel olarak tansiyon ölçme sıklığının tedaviye uyum üzerinde herhangi bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür (64). Mete ve ark'nın çalışmasında ise tansiyonunu günde bir veya daha fazla ölçen hastaların; daha uzun aralıkla ölçenlere göre HBHTUÖ total, beslenme ve medikal alt gruba göre tedaviye daha uyumlu oldukları bulunmuştur (68). Katrancı ve ark'nın çalışmasında medikal alt grup ve total skora göre tansiyonunu hiç ölçtürmeyen hastaların tedaviye daha uyumsuz oldukları görülmüştür (67). Tekinemre ve ark'nın çalışmasına göre Tansiyonunu her gün ölçtürenlerin total ve beslenme alt grubuna göre değerlendirildiğinde tedaviye daha uyumlu oldukları tespit edilmiştir (65). Yine Mollaoğlu ve ark'nın yaptığı çalışmada tansiyon kontrolünü düzenli olarak yapan hastaların tedaviye uyumu daha yüksek bulunmuştur (81). Tüm bu çalışmalara bakıldığında genel olarak tansiyon ölçüm sıklığı ile hastaların tedaviye uyumlarının arttığı gözlemlenmiştir. Bizim çalışmamızdaki katılımcılara tansiyon ölçümlerini arttırmalarının tedavi sürecine yarar sağladığı hakkında eğitim verilebilir. Ayrıca çalışmamıza katılan hastalardan pandemi öncesinde hastalık durumlarını iyi olarak değerlendirenlerin tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu gözlemlememizin nedeni hastaların tedaviye uyum sağlayarak yapılması gereken sorumluluğu yerine getirmelerinin verdiği psikolojik iyilik hali ve hipertansiyon hastalığının ortaya çıkardığı semptomların tedaviyle azalmış olup kendilerini iyi hissetmelerine neden olması olabilir. Katılımcılarımızın pandemi döneminin tansiyon hastalığını etkileyip etkilemediği hakkındaki görüşleri incelendiğinde sonuçların benzer olmasının nedeni “etkisi yok” cevabını veren katılımcıların çoğunlukta olması olabilir. “Etkisi yok” cevabının fazla verilmesinin nedeni ise hastalarımızın büyük çoğunluğunu yaşlı hastaların oluşturmuş olması ve zaten bu yaş grubunun evden çıkmayan ve sosyal hayattan izole bir hayat yaşayan dolayısıyla pandemi öncesine nazaran günlük yaşantısı çok fazla etkilenmemiş olması olabilir.

Pandemi döneminde ASM'ye gidip gitmeme durumlarıyla HBHTUÖ total ve alt grup skorları benzer bulunmuştur. Ögünç ve ark'nın birinci basamak hekimlerine yaptığı nitel bir çalışmada hekimlerin; hastaların covid dışındaki hastalıkları için başvurularının azaldığı ve bunun sonucunda da kronik hastalık bakımlarının tehlikeye girebileceğini düşündükleri tespit edilmiştir(66).Yine Danhieux ve ark'nın sağlık çalışanlarına uyguladığı nitel bir çalışmada, katılan tüm sağlık çalışanlarının kronik hastalık için başvurularda genel bir düşüş gözlemledikleri belirtilmiştir ve buna neden olarak da hastaların sağlık merkezlerine gitmekten korktukları söylenmiştir. Çalışmamızda ASM'ye pandemi döneminde gidip gitmeme durumuyla HBHTUÖ skorlarının değişmemesinin nedeni birçok hastanın gitmemesi, dolayısıyla fark gözetilememiş olması veya hasta ve yakınlarının pandemide sokağa çıkma yasağından ötürü birlikte kalmalarının sonucunda hastaya verilen psikolojik destekle pandemi öncesiyle aynı şekilde tedaviye uyum sağlayabilmeleri olabilir.

Katılımcıların tansiyon için kullandığı ilaç sayısına göre ve tansiyonunu kontrol altına almak için bitkisel yöntem kullanma durumuna göre HBHTUÖ total ve alt grup skorları değişmemektedir. Anadol ve ark'nın ve Akbulut ve ark'nın yaptığı çalışmada da çalışmamıza paralel olarak bitkisel tedavi kullananların kullanmayanlara göre sonuçlarının benzer olduğu görülmüştür (73, 78).Akbulut ve ark'nın, Yakar ve ark'nın ve Tekinemre ve ark'nın yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak kullanılan ilaç sayısı ile antihipertansif tedaviye uyumu etkilemediği görülmüştür. (64, 65, 78). Obirikorang ve ark'nın, Kamran ve ark'nın,Mollaoğlu ve ark'nın ve yurtdışında yapılan bir metaanalize göre deJankowska-Polańska ve ark'nın çalışmasında ise tek ilaç kullananların, birden fazla ilaç kullananlara göre tedaviye daha fazla uyum sağladığı saptanmıştır (79, 81-83). Çalışmamız ve birçok literatür taramasında ilaç sayısının tedavi uyumunu etkilemediği fakat bazı çalışmalarda ise tedaviye uyumu etkilediği görülmekte olup bu konuda daha fazla araştırma yapılması veya daha ayrıntılı sorular yöneltilmesi gerekebilir. Bitkisel tedavi kullanan hastaların ise tedaviye uyumlarının benzer olmasının nedeni aynı zamanda ilaçlarını da düzenli kullanıyor olmaları olabilir.

Çalışmamızın anket verilerini toplama zamanının Covid-19 aşısının 65 yaş ve üzeri olan hasta grubuna yapıldığı zamana denk gelmesi ile toplanan

hastalarımızın birçoğunu yaşı hastalar teşkil etmektedir. Bu sebeple hastaların eğitim seviyesi, yaşı vb. gibi sosyodemografik özellikleri daha çok yaş grubu yüksek olan kesimi temsil etmektedir. Çalışma verilerimizi, genç ve orta yaşlı grup azınlıkta olduğu için genellememiz doğru olmayabilir.

Anketimiz Hatay’da izin alınmış ASM’lere başvuran hastalara yapılmış olduğu için sosyoekonomik düzeyi topluma nazaran daha ortalama ve altında olan katılımcılara yapılmış olabilir. Dolayısıyla Hatay bölgesine ve ülke popülasyonuna genellenemez.



7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların pandemi döneminden önce düzenli kontrole gidenlerin tedaviye uyumu yüksek bulunmuştur.Fakat sonuçlarımıza göre pandemi döneminde düzenli kontrole gitme durumu pandemi öncesine nazaran azalmıştır. Bu durum bize hastaların kontrole gitmeleri sonucu hekimin hastalara yaptığı bilgilendirmelerin tedaviye uyumları açısından faydalı olduğunu ve pandemi döneminde de hekimlerin hastaları takip etmede farklı yöntemler uygulayarak hastaların tedaviye uyumlarını arttırabileceğini göstermektedir.

Katılımcıların büyük kısmını birden fazla kronik hastalığa sahip yaşlı hastalar oluşturmaktadır ve hastalarımızın HBHTUÖ'ne göre tedaviye uyum oranları çok düşük çıkmıştır. Bu nedenle hipertansiyon tedavisine uyumu arttırmak için birinci basamak sağlık çalışanlarının özellikle yaşlıları daha sıkı ve ayrıntılı takip programına almaları gerekmektedir.

8.KAYNAKLAR

1. Müdürlüğü TSBTSHG. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı Yayını. 2010.
2. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(2):98-108.
3. Organization WH, Group ISoHW. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. Journal of Hypertension. 2003;21(11):1983-92.
4. Danhieux K, Buffel V, Pairen A, Benkheil A, Remmen R, Wouters E, et al. The Impact Of COVID-19 On Chronic Care According To Providers: A Qualitative Study Among Primary Care Practices in Belgium. BMC Family Practice. 2020;21(1):1-6.
5. covid-19 rehberi genel bilgiler epidemiyoloji ve tani.
6. Bayrakçı N, Özkan G. Covid-19 Pandemisinde Nefroloji kliniklerinin Yönetimi. Namık Kemal Tıp Dergisi.8(3):355-63.
7. Derneği TK. Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi Erişim adresi: <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> Erişim tarihi. 2013;22.
8. Obezite LM, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu. 2019.
9. Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V. Türk Yetişkinlerinde Hiperkolesterolemi ve Hipertansiyon Birlikteliği: Sıklığına ve Kardiyovasküler Riski Öngördürmesine İlişkin TEKHARF Çalışması Verileri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2004;32(8):533-41.
10. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, AbuRmeileh N, Cazaes BA, Acuin C. NCD Risk Factor Collaboration (NCDRisC). Worldwide Trends in Bodymass Index, Underweight, Overweight, And Obesity From 1975 to 2016: A Pooled Analysis of 2416 Population Based Measurement Studies in 128· 9 Million Children, Adolescents And Adults. Lancet. 2017;390(10113):2627.
11. Kılıçkap M, Barçın C, Göksülük H, Karaaslan D, Özer N, Kayıkçıoğlu M, et al. Türkiye'de Hipertansiyon Sıklığı Ve Kan Basıncı Verileri: Kardiyovasküler

Risk Faktörlerine Yönelik Epidemiyolojik Çalışmaların Sistematiik Derleme, Meta-Analiz Ve Meta-Regresyonu. 2018.

12. Kılıç M. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Hipertansiyon Prevalansı, Farkındalığı, Kontrolü ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1).
13. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. Journal of Hypertension. 2005;23(10):1817-23.
14. Bitigen A, Nazlıel B, Işııkay CT, Eyi EY, Tengiz İ, Ateş K, et al. Hipertansiyon Klinik Protokolü. 2020.
15. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2019;47(6):535-46.
16. Bell K, Twiggs J, Rolin B, Date IR. Hypertension: The Silent Killer: Updated JNC-8 Guideline Recommendations. Alabama Pharmacy Association. 2015;334:4222.
17. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Aziz M, Burnier M, 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). European Heart Journal. 2018;39(33):3021-104.
18. Hall JE, Granger JP, Carmo JM, Silva AA, JohnDubinion, George E, et al. Hypertension: Physiology and Pathophysiology. Comprehensive Physiology. 2012;2(4):2393-442.
19. Abaoğlu A. Semptomdan Teşhise 10.Baskı2003. 574-94 p.
20. Pickering TG. Pathophysiology of Systemic Hypertension. The American Journal of Cardiology. 1986;58(8):D12-D5.
21. Thomas G, Pohl FMA, Kunins L. Blood Pressure Measurement in The Diagnosis and Management of Hypertension in Adults. UpToDate; 2018.
22. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, Leeuw PD, YutakaImai, 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. Journal of Hypertension. 2008;26(8):1505-26.
23. Kural B. Sağlam Çocuk İzleminde Hipertansiyon Taraması. Çocuk Dergisi. 2019;19(2):60-2.
24. Durmaz C, Arslan P. Toplumda Hipertansiyon ve Kan Basıncını Etkileyen Etmenler. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2017;45(3):278-86.

25. Özkan S. T.C Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015.
26. Demir ME. Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı ve Tedavi 2020. 1457-61 p.
27. Cooper W, Glover D, Hormbrey J, Kimber G. Headache And Blood Pressure: Evidence Of A Close Relationship. *Journal Of Human Hypertension*. 1989;3(1):41-4.
28. Jamerson K. Practice Patterns, Outcomes, And End-Organ Dysfunction for Patients With Acute Severe Hypertension: The Studying the Treatment of Acute Hypertension (STAT) Registry. *American Heart Journal*. 2009;158(4):599-606. e1.
29. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. *Türkiye Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2013;2014(Suppl 4):1-7.
30. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017ACC/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. *Journal of The American College of Cardiology*. 2018;71(19):e127-e248.
31. Familoni BO, Ogun SA, Aina AO. Knowledge And Awareness Of Hypertension Among Patients With Systemic Hypertension. *Journal Of The National Medical Association*. 2004;96(5):620.
32. Saluveer O, Redfors B, Angerås O, Dworeck C, Haraldsson I, Ljungman C, et al. Hypertension is Associated With Increased Mortality in Patients With Ischaemic Heart Disease After Revascularization With Percutaneous Coronary Intervention—a Report From SCAAP. *Blood Pressure*. 2017;26(3):166-73.
33. Mahon SM, Peto R, Collins R, Godwin J, Cutler J, Sorlie P, et al. Blood Pressure, Stroke, and Coronary Heart Disease: Part 1, Prolonged Differences in Blood Pressure: Prospective Observational Studies Corrected for The Regression Dilution Bias. *The Lancet*. 1990;335(8692):765-74.
34. Perk J, Backer Gd, Gohlke H, Graham L, Reiner Ž, Verschuren M, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of Nine Societies and by Invited Experts) Developed With The Special Contribution of The European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*. 2012;33(13):1635-701.

35. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR. Inter-Society Consensus For the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery*. 2007;45(1):S5-S67.
36. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman DE, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on The Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of The American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of The American College of Cardiology*. 2017;69(11):e71-e126.
37. Lüders S. Drug Therapy for The Secondary Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. *Drugs*. 2007;67(7):955-63.
38. Fernandes IA, Rocha MP, Campos MO, Mattos JD, Mansur DE, Rocha HN, et al. Reduced Arterial Vasodilatation in Response to Hypoxia Impairs Cerebral and Peripheral Oxygen Delivery in Hypertensive Men. *The Journal of Physiology*. 2018;596(7):1167-79.
39. Warnert EAH, Rodrigues JCL, Burchell AE, Neumann S, Ratcliffe LEK, Manghat NE, et al. Is High Blood Pressure Self-Protection for The Brain? *Circulation Research*. 2016;119(12):e140-e51.
40. Hart EC. Human Hypertension Sympathetic Activity and The Selfish Brain. *Experimental Physiology*. 2016;101(12):1451-62.
41. Menne J, Fliser D, Haller H. Niere und Hypertonie. *Herz Kardiovaskuläre Erkrankungen*. 2006;31(4):317-21.
42. Heilpern K. Pathophysiology of Hypertension. *Annals of Emergency Medicine*. 2008;51(3):S5-S6.
43. Wong TY, McIntosh R. Hypertensive Retinopathy Signs As Risk Indicators of Cardiovascular Morbidity And Mortality. *British Medical Bulletin*. 2005;73(1):57-70.
44. Bhargava M, Ikram M, Wong TY. How Does Hypertension Affect Your Eyes? *Journal of Human Hypertension*. 2012;26(2):71-83.
45. Croce JTD, Vitale AT. Hypertension And The Eye. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2008;19(6):493-8.
46. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for The Management of High Blood Pressure in Adults: Report From The Panel Members Appointed to The Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*. 2014;311(5):507-20.
47. Olafiranye O, Zizi F, Brimah P, Jean-Louis G, Makaryus AN, Farlane SM, et al. Management of Hypertension Among Patients With Coronary Heart Disease. *International Journal of Hypertension*. 2011;2011.

48. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination Therapy Versus Monotherapy in Reducing Blood Pressure: Meta-Analysis on 11,000 Participants From 42 Trials. *The American Journal of Medicine*. 2009;122(3):290-300.
49. Shantsila A, Lip GYH. Combining 2 Classes of Blood Pressure-Lowering Drugs Has An Approximately Additive Effect on Systolic Blood Pressure. *Annals of Internal Medicine*. 2009;151(8):JC2-11.
50. Association AD. 9. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2018;41(Supplement 1):S86-S104.
51. Becker GJ, Wheeler DC, Zeeuw DD, Toshiro Fujita, Furth SL, Holdaas H, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline For the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*. 2012;2(5):337-414.
52. Bakris GL, Sarafidis PA, Weir MR, Dahlöf B, Pitt B, Jamerson K, et al. Renal Outcomes With Different Fixed-Dose Combination Therapies in Patients With Hypertension At High Risk for Cardiovascular Events (Accomplish): A Prespecified Secondary Analysis of A Randomised Controlled Trial. *The Lancet*. 2010;375(9721):1173-81.
53. Lea J, Greene T, Hebert L, Lipkowitz M, Massry S, Middleton J, et al. The Relationship Between Magnitude of Proteinuria Reduction and Risk of End-Stage Renal Disease: Results of The African American Study of Kidney Disease and Hypertension. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(8):947-53.
54. Bolli P. Antihypertensive Treatment in Patients With Cerebrovascular Disease: the Lower The Better? *Journal of Hypertension*. 2010;28(7):1380-1.
55. Broderick J, Connolly S, Feldmann E, Hanley D, Kase C, Krieger D, et al. Guidelines For The Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults: 2007 Update: A Guideline From The American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, High Blood Pressure Research Council, And The Quality of Care And Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology Affirms The Value of This Guideline As An Educational Tool For Neurologists. *Stroke*. 2007;38(6):2001-23.
56. Weber T, Lang I, Zweiker R, Horn S, Wenzel RR, Watschinger B, et al. Hypertension and Coronary Artery Disease: Epidemiology, Physiology, Effects of Treatment, and Recommendations. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 2016;128(13):467-79.
57. Murray CJL, Lopez AD. Global Mortality, Disability, and The Contribution of Risk Factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 1997;349(9063):1436-42.

58. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(2).
59. Elliott WJ. Optimizing Medication Adherence in Older Persons With Hypertension. International Urology And Nephrology. 2003;35(4):557-62.
60. Chudasama YV, Gillies CL, Zaccardi F, Coles B, Davies MJ, Seidu S, et al. Impact Of COVID-19 On Routine Rare For Chronic Diseases: A Global Survey Of Views From Healthcare Professionals. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2020;14(5):965-7.
61. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, et al. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması.
62. Karademir M, Köseoğlu İH, Vatansever K, Akker MVD. 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. The European Journal of General Practice. 2009;15(4):207-11.
63. Akan DD, Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ. Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;23(2):241-9.
64. Yakar B, Demir M. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Oranları ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Dicle Tıp Dergisi. 2019;46(4):685-96.
65. Tekinemre DIG. Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu, Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
66. Ögünç DK. Aile Hekimlerinin Covid-19 Pandemisi Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri:Niteliksel Bir Araştırma: Sakarya Üniversitesi Anabilim Dalı; 2020.
67. Katrancı ND. Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi; 2019.
68. Mete DU. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği İle Değerlendirilmesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2020.
69. Akan DD, Dedeli ÖÇ, Pakyüz SÇ. Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumunun Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;23(2):241-9.
70. Yıldırım C, Muz G, Özçelik H. Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerin Kişilik Özelliklerinin, Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2019.

71. Akın Z. Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2017.
72. Akgöl C. Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. TC İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2008.
73. Anadol Z. Hipertansif Hastalarda İlaç Uyumunu ve Hastanın Yaşamına Etkileri: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi 2008.
74. O OJ, SO L. Alcohol Consumption and Heart Failure in Hypertensives. *Int J Cardiol.* 1996;53(1): 81-5.
75. Uchmanowicz B, Jankowska EA, Uchmanowicz I, Morisky DE. Self-reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology.* 2019;10:168.
76. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, et al. Characteristics Associated With The Dropout of Hypertensive Patients Followed Up in An Outpatient Referral Clinic. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia.* 2001;76(5):352-4.
77. Mert H, Kuruoğlu E. Multidisipliner Bir Özel Çalışma Modülü Araştırması: Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* 2011;15(1).
78. Akbulut G. Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum: Namık Kemal Üniversitesi; 2019.
79. Obirikorang Y, Christian Obirikorang, Acheampong E, Anto E, Gyamfi D, Segbefia SP, et al. Predictors of Noncompliance to Antihypertensive Therapy Among Hypertensive Patients Ghana: Application of Health Belief Model. *International Journal of Hypertension.* 2018;2018.
80. Yılmaz DZRB. COVID-19 Pandemisi Süresince Hipertansiyon Hastalarının Kan Basıncı Kontrolünün ve Anti-Hipertansif Kullanımının Değerlendirilmesi: Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi; 2020.
81. Mollaoğlu M, Solmaz G, Mollaoğlu M. Adherence to Therapy and Quality of Life in Hypertensive Patients. *Acta Clinica Croatica.* 2015;54(4.):438-43.
82. Uchmanowicz BDE, Jankowska EA, Uchmanowicz I, Morisky DE. Self-reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales And Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology.* 2019;10:168.
83. Kamran A, Ahari SS, Biria M, Malpour A, Heydari H. Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief

Model Among Rural Patients. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2014;4(6):922-7.



9.EKLER

Ek-A. Onam Formu

Ek-B. Sosyodemografik Veriler ve Hastalıkla İlgili Özellikler Anket Formu

Ek-C. HBHTUÖ

Ek-D. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Karar Formu

Ek-E. Hatay İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



Ek-A. Onam Formu

T.C. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur /(Rıza) Formu

ARAŞTIRMANIN KONUSU: “Pandemi Döneminde Hipertansiyon Hastalarının Takip ve Tedavi Uyumları”
ARAŞTIRMANIN AMACI: “Pandemi Döneminde Hipertansiyon Hastalarının Takip ve Tedavi Uyumları” tespit etmek
Araştırmaya Katılma Süresi : 3 ay
Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı: Şubat – Nisan 2021 tarihleri arasında herhangi bir sebeple ASM ‘ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü Hipertansiyon hastalarına yapılması planlandı.

Sayın Katılımcı;Bu çalışmada ‘Pandemi Döneminde Hipertansiyon Hastalarının Takip ve Tedavi Uyumları’ntespit etmek amaçlanmıştır.Bu nedenle size bazı kişisel bilgilerinizi içeren sorular ve sonrasında Hipertansiyon Hastalığınıza ve pandemi sürecindeki kontrollerinize ve tutumlarınıza dair sorular yönelteceğimiz toplam 46 soruluk bir anketi cevaplamanız istenecektir. Soruları cevaplamanız yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır.Sizin kimliğiniz, varsa başka hastalığınız ve alınan diğer konular ile ilgili tüm bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Katılmadığınız takdirde herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Çalışmaya katılmanız tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır veya tedavi sürecinizde değişiklik yaratmayacaktır. Katılmanız bilim için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olabilecektir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	
Adresi:	
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL	
Adı Soyadı:	
Adresi:	
Yakınlığı:	
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Firdevs Bedel Adresi: HATAY Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği A.D	Telefon : Faks : (0) İmza

Ek-B. Sosyodemografik Veriler ve Hastalıkla İlgili Özellikler Anket Formu

1.KISIM:SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1.Yaş:.....

2.Cinsiyetiniz:

1)Kadın 2)Erkek

3.Mesleğiniz:.....

4.Eğitim Durumunuz

1)Okuma-yazma yok 2)Okur-yazar 3)Orta öğretim 4)İlköğretim 5)Lise 6)Yükseköğrenim

5.Medeni durum

1)Bekar 2)Evli

6.Şuanda kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1)Yalnız yaşıyorum 2)Ailemle birlikte yaşıyorum /Arkadaşımla birlikte yaşıyorum

7.Sizin/ailenizin aylık geliri yaklaşık ne kadar?

1) Aylık 1500 TL den az 2) 1500-3000 TL arası 3) 3000-4500 TL arası
4) 4500-6000 TL arası 5) 6000 TL den fazla

8.Sigara içiyor musunuz?

1)Evet(.....paket/yıl) 2)Hayır

9.(Eğer sigara içiyorsanız bu soruyu yanıtlayınız)Sigara içme miktarınız pandemi sürecinde ne yönde değişti?

1)Arttı 2)Aynı düzeyde
3)Azaldı 4)Sigarayı pandemi sürecinde bıraktım
5) Sigaraya pandemi sürecinde başladım

10.Alkol kullanıyor musunuz?

1)Evet (.....yıldır kullanıyorum) 2)Hayır

2.KISIM: HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

11.Hastalığınız ne kadar süredir var?

1)1 yıldan az 2)1-5 yıl
3)6-10 yıl 4)11-20 yıl5)20 yıldan fazla

12.Tansiyon hastalığınızın kontrolü için daha çok hangi birime başvuruyorsunuz?

1)Aile sağlık merkezine

2)Devlet hastanesi

3)Üniversite-Eğitim araştırma hastanesi

4)Rastgele

5)Özel Hastaneye

13.Pandemi sürecinden önce düzenli olarak tansiyon hastalığınız için doktor kontrolüne gidiyor muydunuz?

1)Evet

2)Hayır

14.Pandemi sırasında tansiyon hastalığınız için ilaç yazdırmak dışında kontrole gittiniz mi?

1)Evet

2)Hayır

15.Sizce pandemi sırasında tansiyon hastalığınız için kontrole gitmenizde pandemi öncesine nazaran neyönde değişiklik oldu?

1)Kontrollerimi artırdım

2)Aynı sıklıkta devam ettim

3)Kontrollerimi azalttım

16. Yukarıdaki soru ile ilgili olarak yanıtınız kontrollerimi artırdım ise, bunun nedeni sizce nedir?

1)Korona virüsün kronik hastaları daha çok etkilediğini öğrenince hastalığımı daha çok kontrol altında tutmak istedim.

2)Evde kalınca daha düzenli bir yaşama geçtiğim için hastalığımı daha iyi kontrol altında tutabileceğimi

düşünerek kontrol sıklığımı arttırdım.

3)Herhangi bir sebepten değil, sadece artık hastalığımı kontrol altına almak istedim.

4)Diğer

17.Onbeşinci soru ile ilgili olarak yanıt kontrollerimi azalttım ise, bunun nedeni sizce nedir?

1)Sosyal hayattan izole bir yaşam beni depresif moda sürükledi, bu da kontrol sıklığımı azaltmama

neden olmuş olabilir.

2)Koronavirüse yakalanmaktan korktuğum için evden dışarı çıkmıyorum, haliyle kontrollerimi de

azalttım

3)Koronavirüsten ötürü sağlık ocağı-hastane gibi yerleri daha riskli buluyorum.

4)Herhangi bir sebepten değil artık hastalığımla mücadele etmek istemiyorum.

5)Diğer.

18.Pandemi öncesinde yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyordunuz?

1)Her gün 2) Haftada 1 kez

3) Haftada 2 kez

4)Ayda 1 kez

5) Hiç ölçtürmüyorum

6)Kendimi kötü hissedince 7) Diğer

19.Pandemi süresince yaklaşık ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyorsunuz?

1)Her gün

2)Haftada 1 kez

3)Haftada 2 kez

4)Ayda 1 kez

5)Hiç ölçtürmüyorum

6)Kendimi kötü hissedince 7) Diğer

20.Tansiyon ölçümünüzü genelde kim yapıyor?

1)Sağlık kuruluşunda(hemşire, doktor,ebe)

2) Eczacı

3) Evde kendim/ yakınım/Komşu

21.Tansiyon nedeni ile kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?

22. Tansiyonunuzu kontrol altına almak için kullandığınız herhangi bir bitkisel tedavi yöntemi var mı?

1)Evet2)Hayır

23.Pandemi sırasında sağlık ocağı (Aile sağlığı merkezi)'na gittiniz mi?

1)Evet

2)Hayır

24.Yukarıdaki soruya yanıtınız evet olduysa bunun sebebi aşağıdakilerden hangisidir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

1)Kronik hastalığım için ilaç yazdırmaya gittim.

2)Kronik hastalığım için tahlil vermeye gittim.

3)Başka bir rahatsızlığım olmuştu, bu nedenle başvurdum.

4)Aklıma takılan bir konuda bilgi almak için gittim.

25.Hipertansiyon dışında hangi kronik hastalığa sahipsiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1)Kardiyovasküler hastalık

2)Tiroid

3)Diyabet

4)Psikiyatrik Hastalık

5)Romatizmal Hastalık

6) Koah-Astım

7)Diğer.....(Belirtiniz)

8)Yok

26. Pandemi sırasında (çalışıyorsanız işe gitme dışında) daha çok hangi nedenle dışarı

çıkıyordunuz?(En çok yaptığınız ilk 3 şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

1)Yakınlarımla görüşmek için çıktım.

2)Eczaneye gitmek için çıktım.

3)Dışarı çıkıp hava almak, park-bahçe gibi yerlere gitmek için çıktım.

4)Sağlık kuruluşuna başvurmak için çıktım.

5)Alışveriş için çıkıyorum.

6)Diğer.

27. Ailenizde tansiyon hastalığı olan var mı?

1)Evet

2)Hayır

28. Tansiyonunuzdaki değişimi fark edebiliyor musunuz?

1)Evet

2)Hayır

29. Tansiyon hastalığınızı kontrol altında tutmak için aşağıdakilerden hangisi/hangilerini

uygulayabiliyorsunuz?(En çok yaptığınız 3 tanesini seçebilirsiniz.)

1)Sadece tuz tüketimimi azalttım

2)Yağsız diyet

3)Tuzsuz-yağsız diyet

4)Egzersiz

5)Hem diyet hem de egzersiz

6)Stresle etkin baş etme

7)Sigara bırakma/azaltma

8)Kan basıncı takibi

9)İlaç tedavisi

10)Hayır hiçbirini uygulayamıyorum

30. Pandemiden önce tansiyon hastalığınızın durumu sizce nasıldı?

1)İyi

2)Orta

3)Kötü

31. Pandemi dönemi tansiyon hastalığınızın durumunu sizce ne yönde etkiledi?

1)Etkisi yok

2)Hafif etkiledi

3)Orta etkiledi

4)Şiddetli etkiledi

32. Kronik hastalığa sahip olduğunuz için korona hastalığına yakalanma riskiniz sizce yüksek mi?

1)Evet

2)Hayır

Ek-C. HBHTUÖ

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Aşağıdaki yer alan her bir soru için yandaki cevaplardan size uygun olanı işaretleyiniz.					
1	Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?				
2	Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz?				
3	Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz?				
4	Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?				
5	Ne sıklıkla (abur cubur) yemek yersiniz?				
6	Ne sıklıkla doktorunuzun yanından ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?				
7	Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?				
8	Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?				
9	Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız?				
10	Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlırsınız?				
11	Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?				
12	Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?				
13	Ne sıklıkla başkalarının tansiyon ilacından alırsınız?				
14	Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?				

Ek-D. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Karar Formu

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12	Tarih: 18/02/2021
	KARAR 12- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr.Öğr. Üyesi Pınar Döner GÜNER'in (Arş.Gör.Dr.Firdevs BEDEL'in uzmanlık tezi) "Pandemi döneminde hipertansiyon hastalarının takip ve tedavi uyumları" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki	Katılım	İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik				E ☒ H ☐	

Ek-E. Hatay İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: MKU Kayıt : [REDACTED]



T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-61909346-604.02
Konu : Araş. Gör. Firdevs BEDEL'in
Araştırma İzni

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 09/03/2021 tarihli ve 91971397-20638 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden, Aile Hekimliği Anabilim Dalında Araş. Gör. olarak çalışmakta olan Firdevs BEDEL'in araştırma başvurusuna ait komisyon kararı ekte sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Mustafa HAMBOLAT
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

Ek: Firdevs BEDEL (Komisyon Kararı)

Kamu Sağlık Tesisleri Birimi Odabaşı Mah. Eski SSK Binası Antakya/HATAY
Telefon: Faks No: 03262901130
e-Posta: [REDACTED]

Bilgi için: [REDACTED]
[REDACTED]
Telefon No: (0 326) 290 11 41

10.ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: [REDACTED]

Doğum Tarihi: [REDACTED]

Doğum Yeri: [REDACTED]

Medeni Durum: [REDACTED]

Okuduğu Okullar:

Yunus Emre İlköğretim Okulu (1998-2006)

Manavgat Anadolu Lisesi (2006-2007)

Özel Manavgat Koleji (2007-2009)

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi (2009-2015)

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
(2018-2021)

Çalıştığı Kurumlar:

Erzurum/Oltu Devlet Hastanesi (2015-2016)

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı (2018-2021)

e-posta: [REDACTED]