

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON HASTALARINDA ANTİHİPERTANSİF
TEDAVİYE UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi
Dr.Cüneyt Akgöl

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Adnan Yaldıran

İstanbul 2008

Teşekkür

Uzmanlık eğitimim süresince öncelikle İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Hasan YAZICI olmak üzere bütün değerli hocalarıma ;

Tezimin her aşamasında desteğini ve bilgisini esirgemeyen değerli danışman hocalarım Prof. Dr. Adnan YALDIRAN ve Prof Dr. Aydın TUNÇKALE'ye;

Sabır ve emekleriyle bugünlere gelmemi sağlayan anneme ve babama ;

Benimle tüm zorlukları paylaşan sevgili eşim Şafer'e

en içten teşekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR

ACE-İ: Anjiotensin Konverting Enzim İnhibitörü

ARB: Anjiotensin Reseptör Blokeri

BB: Beta Bloker

KKB: Kalsiyum Kanal Blokeri

HT: Hipertansiyon

KB: Kan Basıncı

SKB: Sistolik kan basıncı

DKB: Diastolik kan basıncı

VKİ: Vücut kitle indeksi

İKH: İskemik Kalp Hastalığı

DM: Diabetes Mellitus

IGT: Bozulmuş Glukoz Toleransı

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

RA: Romatoid Artrit

SVH: Serebro Vasküler Hastalık

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
GENEL BİLGİLER	1
AMAÇ.....	6
GEREÇ VE YÖNTEM	7
BULGULAR.....	9
TARTIŞMA.....	21
SONUÇ.....	28
ÖZET.....	29
İNGİLİZCE ÖZET.....	30
KAYNAKLAR.....	31
EKLER (ANKET).....	39

GENEL BİLGİLER

Tarihçe

Kan dolaşımının fizyoanatomisinin William Harvey tarafından 17.yüzyılda açıklanmasından sonra kan basıncı konusu bilimsel yaklaşımlarla değerlendirilmeye başlanmıştır(1). Tarihte ilk kan basıncı ölçümü İngiliz Stephan Hales tarafından 1773'te gerçekleştirilmiştir. Ölçüm şeklinin bugün için doğru kabul edilmediği bu ilk deneyde bir at kullanılmıştır(2).

Bundan yaklaşık olarak yarım yüzyıl sonra J.M. Poiseuille, S.Hales'in yöntemini hemodinometer adını verdiği yeni bir düzenekle değiştirmiştir. Ancak bundan sonra girişimsel olmayan ve insanlar üzerinde uygulanabilir yöntemler üzerinde düşünölmeye başlanmış ve 1833 yılında sphygmometer ile a.radialis üzerinden insanlarda girişimsel olmayan yöntemle nabız değerlendirilmiştir.(J. Herrison)

19.yüzyılın sonlarına doğru geçmiş bilgilerin ışığında Von Basch, Potain ve Mosso önceki teknik ve cihazların sınırlamalarının üstesinden gelen eşzamanlı olarak isimlendirdikleri sphygmomanometer'i ortaya koymuşlardır. Ancak tüm bu uygulamalar güvenlik konusundaki sınırlamalar nedeniyle geniş bir kullanım alanı bulamamıştır.

Klinik kan basıncı ölçümlerinde en önemli adım 1896'da İtalyan bilim adamı Riva Rocci'nin 'Gazetta Medica di Torino' dergisinde yayınladığı yazı ile gerçekleşmiştir. Riva Rocci sıkıştırma (occlusion) tekniği ile kola manşet uygulayarak ve kol çevresi boyunca hava şişirerek – a.brachialis çevresinde – kan basıncını okumaya çalışmış ve sistolik arter basıncını ölçebilmiştir(3). Birkaç yıl sonra bu teknik Nikolaj Korotkoff tarafından geliştirilmiş ve böylece dinleyerek (oskültasyon) yapılan değerlendirme, dokunma ile

yapılan nabız değerlendirilmesinin önüne geçmiştir. Korotkoff hem sistolik (faz I) hem de diyastolik kan (faz IV veya V) basınçlarını tanımlamıştır(4).

Yirminci yüzyılda Riva Rocci – Korotkoff tekniği ile kan basıncının ölçümü kalp damar hastalıklarında bilgi birikimi sağlamaya başlamıştır(5).

1890'lı yıllarda arter kan basıncı artışı Allbut tarafından *hiperpiesia* olarak ifade edilmiştir. Ancak bu tanımlama yaygınlaşmamıştır. Onun yerine 1911'li yıllarda Fransızlar *essentielle hypertensionie* yi kullanırken bunu İngilizler değiştirerek *essential hypertenseion* olarak kullanmışlardır(6).

Dinleme cihazı ile uygulanan sfigmomanometrik yöntem zamanla kan basıncı ölçümü ve fizik muayenenin vazgeçilmez bir parçası olmuştur.

Kan basıncının gün içinde değişkenlik göstermediği ve çeşitli faktörlerden etkilendiği gözlemleri 24-48 saat boyunca kan basıncı ölçümünü değerlendirmeyi sağlayabilen yöntemlerin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Bu amaçla ilk olarak 1962 yılında ayaktan kan basıncı ölçümü (ambulator blood pressure monitoring) için uygun bir cihaz geliştirilmiş ve 1966 yılında Sokolow ve ark. tarafından klinik olarak uygulanmaya başlanmıştır(7).

Günümüzde HT, sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde, diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması olarak tanımlanır(8). Amerikan ulusal yüksek kan basıncı eğitim programı kapsamında Amerikan ulusal sağlık enstitülerinin 5 yılda bir yayınladığı Birleşik Ulusal Komite (Joint Committee- JNC) raporları, uluslararası bilimsel ortamda yüksek kan basıncı tanısı, izlemi ve tedavisinde en yaygın olarak kullanılan kılavuzlardır. En son Birleşik Ulusal Komite VII (JNC VII) raporu açıklanmıştır. Bu raporda HT tanımlaması yapılırken öncekinden farklı olarak prehipertansiyon kavramı eklenmiştir (Tablo 1). Prehipertansiyon kan basıncının sistolik 120-139, diyastolik 80-89 mmHg arasında olmasıdır. Bu kavramın eklenmesinin ana amacı daha önce normal olarak

kabul edilen bu kişilerin de aslında risk altında olduklarını daha güçlü vurgulayabilmektir(9).

Tablo-1 Birleşik Ulusal Komite VII (JNC VII)' ye göre hipertansiyon sınıflaması

Sınıflama	Sistolik kan basıncı (mmHg)	Diastolik kan basıncı (mmHg)
Normal	<120	ya da <80
Prehipertansiyon	120-139	ya da 80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ya da 90-99
Evre 2 hipertansiyon	>160	ya da >100

HT günümüzde önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür(10). Bugüne kadar yapılan rastlantısal-plasebo kontrollü klinik çalışmalarda antihipertansif tedavinin inme, koroner kalp hastalığı, böbrek yetersizliği gibi uç organ hasarı gelişimini azalttığı açıkça gösterilmiştir(11,12).

Halka ve hekimlere yönelik sürekli eğitim programlarına rağmen tedavi edilen hastalarda bile hedef kan basıncı değerlerine ulaşabilmek güçtür(13). Kılavuzlarda temel hedef olarak gösterilen kan basıncı değeri <140/90 mmHg dır. Bu değer bazı ek hastalıkların varlığında daha da aşağı seviyelerdedir (14). Ancak yine de pek çok hastada hedef değerlere ulaşabilmek zordur.

Hedef kan basıncı seviyelerine ulaşamamasının belli başlı nedenleri arasında yetersiz ve uygunsuz tedavi programları, tuz ve alkol kısıtlanmasına hastaların uyum göstermemesi, kilo vermede başarısızlık ve düzenli ilaç kullanmama sayılabilir.

Antihipertansif tedavi altında olan hastalar arasında yapılan çalışmalarda kardiyovasküler korunma açısından maksimal korunmanın kan basıncı değerinin <140/90

mm Hg altına düşürülmesinden sonra sağlanmaya başladığı bulunmuştur (15,16,17) ve bu hedefe ulaşabilmek için günümüzde çeşitli ilaçlar ve ilaç kombinasyonlarının kullanılması önerilmiştir (18). Ancak tüm bunlara rağmen gelişmekte olan ülkelerde bile HT tedavisi ve HT'dan farkında olma oranları oldukça düşüktür; buna ek olarak gelişmiş ülkelerde de bu oranlar yüz güldürücü değildir(19). Endüstriyel ülkelerde HT tedavisi altında olan hastaların çoğunda diyastolik kan basıncı değeri >90 mmHg ve sistolik kan basıncı değeri 140 mmHg üzerindedir(19,20,21). Örneğin Amerika'da National Health and Nutrition Examination Survey(NHANES) verilerine göre 1988-1991 yılları arasında HT tanısı ile tedavi edilen hastaların sadece % 27'sinde hedef kan basıncı değerlerine ulaşılabilmiştir(19). Benzer ve daha düşük oranlar Kanada'dan, Avrupa'nın birçok ülkesinden ve Dünyanın diğer ülkelerinden de bildirilmiştir(20,22,23,24,25). Bu da sonuç olarak kan basıncı kontrolünün dünya genelinde yaygın bir problem olduğunu açıkça göstermektedir(26,27,28)

Kan basıncı hedeflerinin tutturulamaması yalnızca kalp-damar hastalıklarının ve bu hastalıkların komplikasyonlarının önlenememesi ile sonuçlanmaz, aynı zamanda ekonomik kayıplara da neden olur. Çünkü bu durumda daha fazla vizite ve ilaç harcamasına, daha fazla komplikasyon tedavisine ve dolayısıyla harcanan paranın artmasına neden olacaktır(29).

Yetersiz kan basıncı kontrolünün nedenleri karmaşıktır. Bu nedenlerin başlıcaları tedaviye yetersiz uyum ve hekim tarafından uygun olmayan ilaç ya da ilaç kombinasyonun seçilmesi sayılabilir.

Genel yaklaşım olarak zayıf uyum(kompliyan) hipertansif populasyon arasında yetersiz kan basıncı kontrolünde ana rolü oynamaktadır(30). Zayıf kompliyanın nedenleri arasında birden fazla ilaç kullanımı, yanlış doz verilmesi, ilacın yanlış zamanda uygulanması, bir ya da birden fazla doz atlanması veya tedavinin erken bırakılması sayılabilir(31). Bu nedenler arasında en önemlisinin "hasta uyumu" olduğu konusunda

hekimler arasında genel bir inanış vardır. İngiltere’de yapılan 10.000’den fazla hastayı içeren bir çalışmada yeni başlanmış diüretik, β -bloker, kalsiyum kanal blokeri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü tedavisinden 6 ay sonra hastaların %50-60’ının ilaçlarını bırakmış oldukları saptanmıştır. Benzer bulgular ise başka ülkelerde yapılan çalışmalarda da rapor edilmiştir(32,33). Tedaviye uyumsuzluk hastanın tedaviye gösterdiği titizlik ve tedavi protokolünün kolay uygulanabilirliği gibi faktörlerle ilişkili olmakla birlikte bireyler arasındaki sosyoekonomik düzey ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sorunlardan da ileri gelir (34-36). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar sosyoekonomik durum ve gelir düzeyinin HT gibi kronik hastalıklarda hasta davranışlarını etkileyerek hasta uyumunu aksattığını göstermiştir(37,38). Ancak hastaların ne kadardan beri antihipertansif kullanıyor oldukları da ilaç uyumunu etkileyebilecek faktörlerden biridir. HT eskidikçe, uç organ hasarı geliştikçe bireyin hastalığı ile ilgili bilgi ve ilgi düzeyi yükselecek ve ilaca olan inancı daha fazla artacaktır.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Genel Dahiliye polikliniğine başvuran antihipertansif tedavi altında olan hastalarda **tedaviye uyumun, bu uyuma antihipertansif ilaç kullanım süresinin etkisinin ve ilaç uyumsuzluğunun nedenlerinin** değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Genel Dahiliye polikliniğine Mayıs 2008 ile Eylül 2008 tarihleri arasında başvuran HT öyküsü olan ve halen antihipertansif tedavi altındaki hastalar, ardışık olarak alındı.

Çalışmaya alınan hastalardan yazılı onam alındı. Hastaların sosyoekonomik ve demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, sosyal güvenlik durumu ve varsa sistemi vs) bir anket formu aracılığı ile soruldu. Okuma yazma bilmeyen hastalara sorular okunarak cevaplar yazıldı.

Hastaların davranışsal risk faktörlerini belirlemek için alışkanlıkları soruldu. HT hakkında ne kadar bilgi sahibi olduklarını anlamak için HT'un etkileri, zararı varsa neler olduğu, HT kontrolünü ne sıklıkta yaptıkları ve kan basınçlarını ne sıklıkta ölçtükleri soruldu.

Anket soruları sorulduktan sonra en az 5 dakikalık istirahat sonrası hastaların kan basınçları ölçüldü. Kan basıncı oturur pozisyonda sağ koldan sfigmomanometrik olarak ölçüldü. Sistolik kan basıncı (SKB) birinci Korotkoff fazına denk gelen ses esnasındaki ve diyastolik kan basıncı (DKB) beşinci Korotkoff fazına denk gelen ses esnasındaki değerler olarak kaydedildi. Sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mmHg , diyastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olduğu kan basıncı değerleri 'kontrol altında olmayan kan basıncı' olarak kabul edildi.

İlaç uyumunu saptamak için, ne kadar zamandır ilaç kullandıkları, ilaç kullanırken karşılaştıkları güçlükler, ilaç dışında HT regülasyonunda kullandıkları yöntemler, ilaç kullanmaya ne kadar ve ne sıklıkta ara verdikleri soruldu.

Hastaların kullandıkları antihipertansif ilaç/ilaçlar ve tedaviye uyumları da yine anket soruları ile değerlendirildi. Hastalar ilaç kullanım sürelerine göre (0-6 ay) (6 ay-1 yıl) (1 yıl-2 yıl) (2 yıl-5 yıl) (5 yıl-10 yıl) ve (10 yıldan fazla) olmak üzere toplam 6 gruba ayrıldı. Kompliyans hastaların bir yıl içerisinde almakta olduğu antihipertansif ilacın % 80 ve daha fazlasını alması olarak tanımlandı(39,40). Bir yıldan az bir süredir ilaç alan hastalarda ise o ana kadar almakta olduğu ilacın % 80 ve daha fazlasını alması olarak tanımlandı.

Sekonder HT saptanan hastalar, yazılı onamı reddeden ya da anket sorularının % 50'sinden fazlasına yanıt vermek istemeyen hastalar çalışmadan çıkarıldı.

İstatiksel değerlendirmede verilerin analizi SPSS 15.0 Paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Student-t testi (gerekli olduğu durumlarda Levene (F) testi ile varyans homojenliği araştırıldı) ve Fisher kesin ki-kare testi ve çoklu grup karşılaştırmalarında One-way Anova testi uygulandı. Tanımlayıcı değerlendirmede, aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma süresince toplam 650 hastaya anket uygulandı. Bu hastaların 100 tanesi anket sorularının % 50'sinden fazlasına yanıt vermek istememeleri nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Hastaların 173 tanesi (% 31.5) erkek, 377 tanesi (% 68.5) kadın idi. Yaş ortalamaları $56,1 \pm 21,8$ yıl olarak belirlendi. Hastaların % 76'sı evli (n=418), % 18.2'si (n=105) dul ve % 5.8'i (n=32) ise bekar idi. Hastaların eğitim durumuna göre sıralanması tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Eğitim düzeyi

Eğitim Düzeyi	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Okuma –yazma yok	63	11
Okur-yazar	36	7
İlk-Ortaokul	258	47
Lise	114	21
Üniversite	79	14

Hastaların meslek gruplarına göre dağılımında ise memur-işçi (n=77) % 14.2, serbest meslek (n=20) % 3.6, ev hanımı (n=264) % 49, emekli (n=159) % 28.9 ve diğer (n=28) % 5.1 olarak saptandı. Çalışma populasyonu daha çok emekli ve ev hanımlarında oluşmaktaydı.

Hastaların sosyal güvencelerine göre sıralamasında ise emekli sandığına üye olanların sayısı (n=273) % 49.6, SSK'lı olanların sayısı (n=211) % 38.4, Bağ-kur'lu olanların sayısı (n=52) % 9.5 , yeşil kartlı ve özel sigortalı olanların sayısı ise eşit (n= 14 kişi) ve % 2.4 idi .

Hastaların ortalama gelir düzeyi 1.096 ± 629 ytl idi. Gelir durumu bireyin aylık kazanç miktarı (<750 ytl, 750-1500 ytl ve >1500 ytl) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Düşük gelir grubunda 169 kişi, orta gelir grubunda 244 kişi, yüksek gelir grubunda ise 137 kişi vardı.

Hastaların HT dışında eşlik eden diğer hastalıklarına bakıldığında ise 178 hastada Tip II DM ve IGT, 61 hastada İKH mevcuttu. Ayrıca 23 hastada hem Tip II DM hem de İKH vardı. 70 hastada hipotiroidi, 17 hastada KBY, 24 hastada osteoporoz, 8 hastada RA, 6 hastada SVO öyküsü olduğu öğrenildi. Geri kalan 24 hastada ise çeşitli GİS ve solunum sistem hastalıkları mevcuttu.

Çalışma kapsamında 13 erkek hasta düzenli olarak alkol kullanmaktaydı. Buna karşın hastalardan 73'ü sosyal içici olduklarını söylemekteydi.

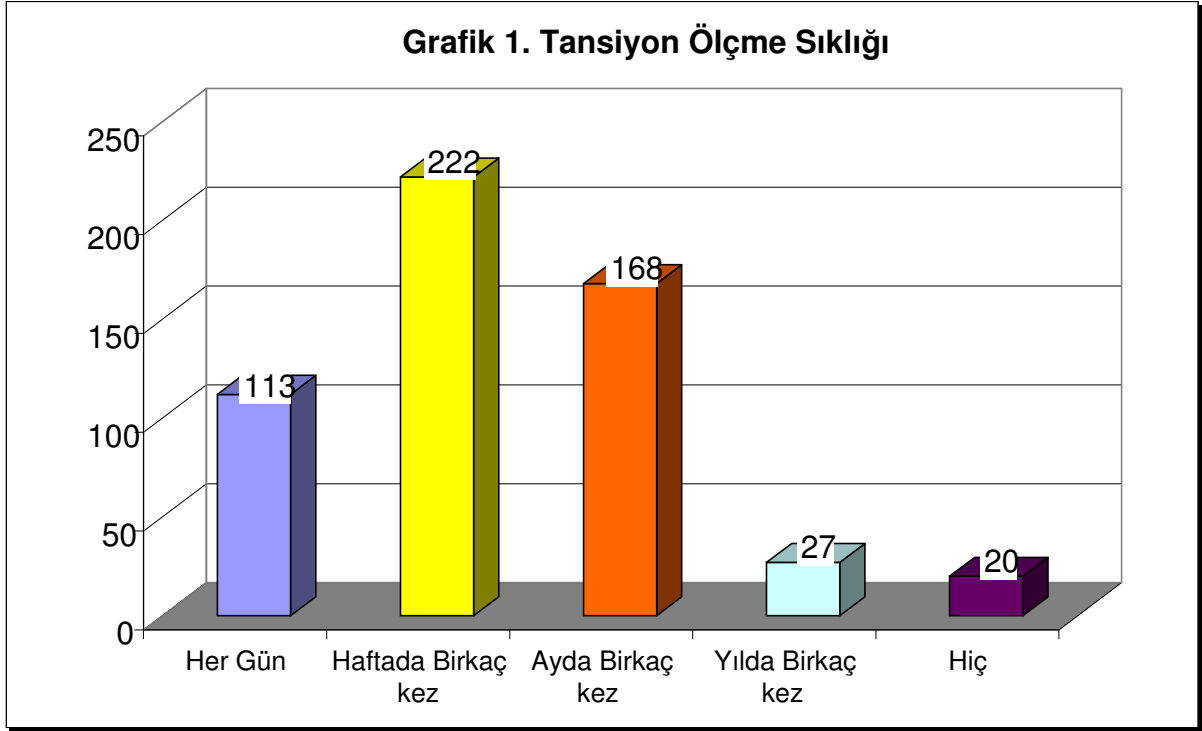
Erkekler arasında sigara içme oranı % 53 iken ,kadınlar arasında bu oran ise % 22 olarak saptandı. İki grup arasında fark ileri düzeyde anlamlı bulundu($p=001$). Sigara içen grup ile içmeyen arasında meslek, eğitim ve gelir düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bağlantı gözlemlendi ($p < 0.05$). Ancak bu bağlantı ters orantı şeklindeydi, hastaların eğitim süresi ve gelir düzeyi artıkça sigara kullanım alışkanlığı artmaktaydı. Cinsiyet dağılımına göre yaş ,SKB, DKB, boy ,kilo ve VKİ' nin karşılaştırılması tablo 3' te özetlenmiştir.

Tablo 3. Cinsiyet dağılımına göre hipertansiyon hastalarının yaş, boy, kilo ,VKİ, kan basıncı ortalamaları

	Kadın (n=377)	Erkek (n=173)	p*
Yaş (yıl)	56.8 ± 10.9	57.1 ± 10.8	0.71
SKB (mmHg)	139 ± 20.4	142 ± 21	0.14
DKB (mmHg)	83.1 ± 12.1	84.3 ± 11.5	0.26
Boy (cm)	159 ± 6.3	169 ± 6.1	0.001
Kilo (kg)	78.3 ± 11.6	81.2 ± 12.3	0.05
VKİ (kg/m2)	30.1 ± 6.6	28.1 ± 4.0	0.001

**Independent samples t testi*

Çalışmadaki kadın erkek cinsiyeti oranları karşılaştırıldığında yaş, SKB, DKB değerlerinde belirgin bir istatistiksel farklılık yokken, boy, kilo ve VKİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi. Erkeklerin kilo ortalamalarının yüksek olmasına rağmen VKİ ile karşılaştırıldığında kadınlardan daha az VKİ'nin olduğu gözlemlendi. Çalışmaya katılan hastaların % 20.5' i kan basınçlarını her gün ölçmekte veya ölçtürmekteydi. Hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığı grafik 1'de verilmiştir.



Hastaların tansiyon ölçtürme sıklığı ile medeni durumları, eğitim düzeyleri, cinsiyet, sosyal güvence düzeyleri gelir dağılımları, sistolik ve diastolik kan basıncı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Hastaların HT sürelerine ve ($p = 0.001$) ve tedaviye uyumlarına göre karşılaştırılmasında ise ($p = 0.03$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık yarısı (% 47.5) son 1 yıl içerisinde kontrole gitmemişti. Kalan hastaların önemli bölümü 3-6 ay arasında kontrole gidiyordu (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Kontrole Gitme Sıklığı

Kontrol Sıklığı	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
Ayda Bir	27	4.9
Üç Ayda Bir	103	18.7
Altı Ayda Bir	104	18.8
Yılda Bir	55	10.0
Hiç	251	47.5

Kontrolle gitme sıklığı ile cinsiyet ,medeni durum eğitim düzeyi,sosyal güvence düzeyi sistolik ve diastolik kan basıncı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$). Tansiyon sürelerine ve tedaviye uyumlarına göre karşılaştırıldığında daha sık kontrole giden hastalarda tedaviye uyumunun daha iyi, tansiyon süreleri uzun olan hastalarında kontrole gitme sıklıkları artmış bulunmakta idi.

Çalışmaya alınan hastalardan 234'ünün (% 42.5) kan basıncı değerleri hedeflenen kan basıncı değerlerinin altında, buna karşın 316'sının (% 57.5) kan basıncı değerleri hedef değerlerin üstünde bulundu. Kan basıncı kontrol altında olan ve olmayan hastaların tedaviye uyumlarının karşılaştırılması tablo 5' te verilmiştir.

Tablo 5. Kan Basıncı Durumuna Göre Hastaların Tedaviye Uyumlarının Karşılaştırılması

Kan Basıncı	Tedaviye Uyum		Toplam	p
	Var	Yok		
Kontrol Altında Olan	202	32	234	0.09
Kontrol Altında Olmayan	256	60	316	
Toplam	458	92	550	

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastalar arasında kan basıncı kontrol altında olan hasta oranı sırasıyla (% 44, % 34, $p=0.09$) saptandı. Tedaviye uyumlu hastaların kan basıncı değerleri göreceli olarak daha iyi olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bağlantı gözlenmedi. Kan basıncı durumuna göre hastaların bazı demografik özellikleri tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Hipertansiyon tedavisi altında iken kan basıncı kontrol altında olan ve olmayan hastaların eğitim düzeyleri, gelir düzeyleri, alışkanlıkları ve medeni durumları

	Hipertansiyon Tedavisi ile Kan Basıncı		
	Kontrol Altında Olan	Kontrol Altında Olmayan	p*
Cinsiyet			
Kadın	162	215	0.76
Erkek	72	101	
Eğitim Düzeyi			
Okuma yazma yok	32	31	0.35
Okur Yazar	11	25	
İlk-Orta	113	145	
Lise	46	68	
Üniversite	32	47	
Gelir Düzeyi			
Düşük < 750 ytl	78	91	0.47
Orta 750-1500 ytl	102	142	
Yüksek >1500	34	83	
Alışkanlık			
Sigara Yok	158	219	0.71
Sigara Var	76	97	
Medeni Durum			
Evli	184	234	0.43
Bekar	13	19	
Dul	37	63	

*Pearson Ki-Kare testi

Hedef kan basıncına ulaşmada sırasıyla kadın ve erkek hastalarda kan basıncı kontrol altında olan hasta oranı (% 42 , % 41, p=0.76) olarak saptandı. Hedef kan basıncına ulaşmada yapılan ayırmada hastaların diğer demografik verilerinde de belirgin bir istatistiksel farklılık saptanmadı. Çalışmaya alınan hastaların demografik özelliklerinin tedaviye uyuma etkileri tablo 7' de özetlenmiştir.

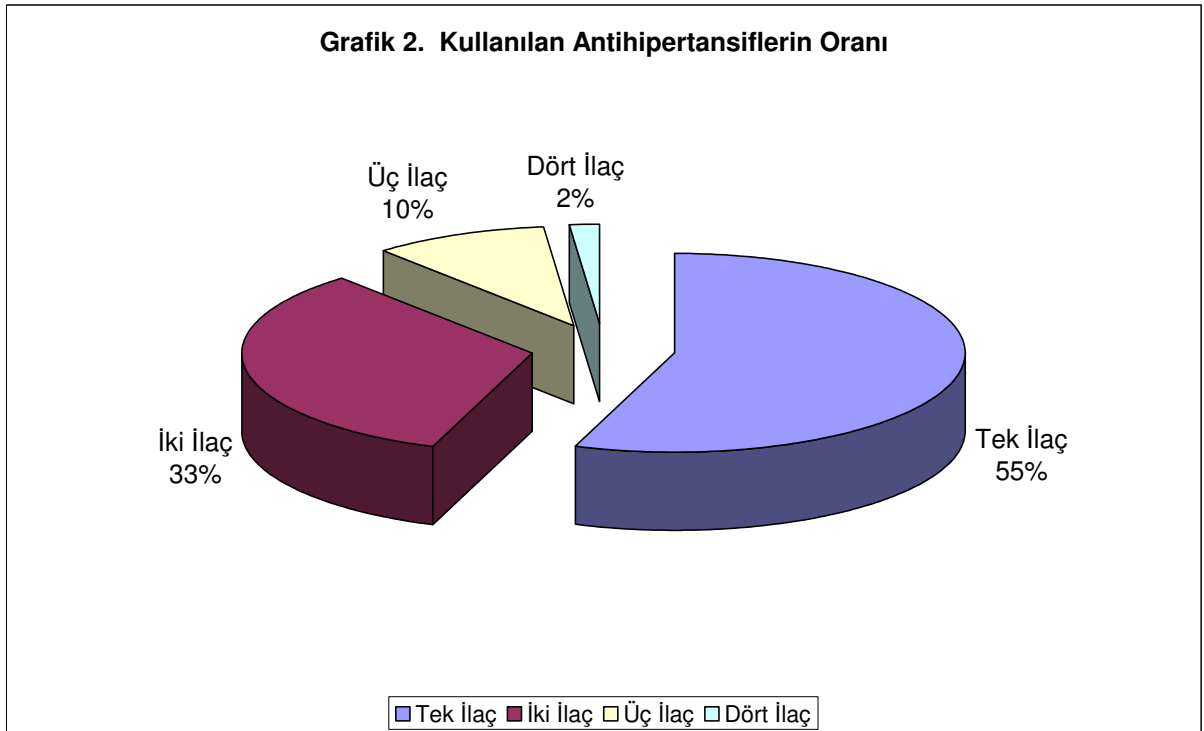
Tablo 7. Hipertansiyon Hastalarında tedaviye uyuma demografik özelliklerin etkileri

Tedaviye Uyum			
	Uyumsuz	Uyumlu	p*
Cinsiyet			
Kadın	56	321	0.08
Erkek	36	137	
Medeni durum			
Evli	71	347	0.8
Bekar	4	28	
Dul	17	83	
Eğitim			
Okuma-yazma yok	11	52	0.06
Okur-yazar	7	29	
İlk-orta	41	217	
Lise	27	87	
Üniversite	6	73	
Gelir Düzeyi			
Düşük <750 ytl	19	150	0.06
Orta 750-1500 ytl	49	195	
Yüksek > 1500 ytl	24	113	
Sigara			
Var	40	133	0.006
Yok	52	325	

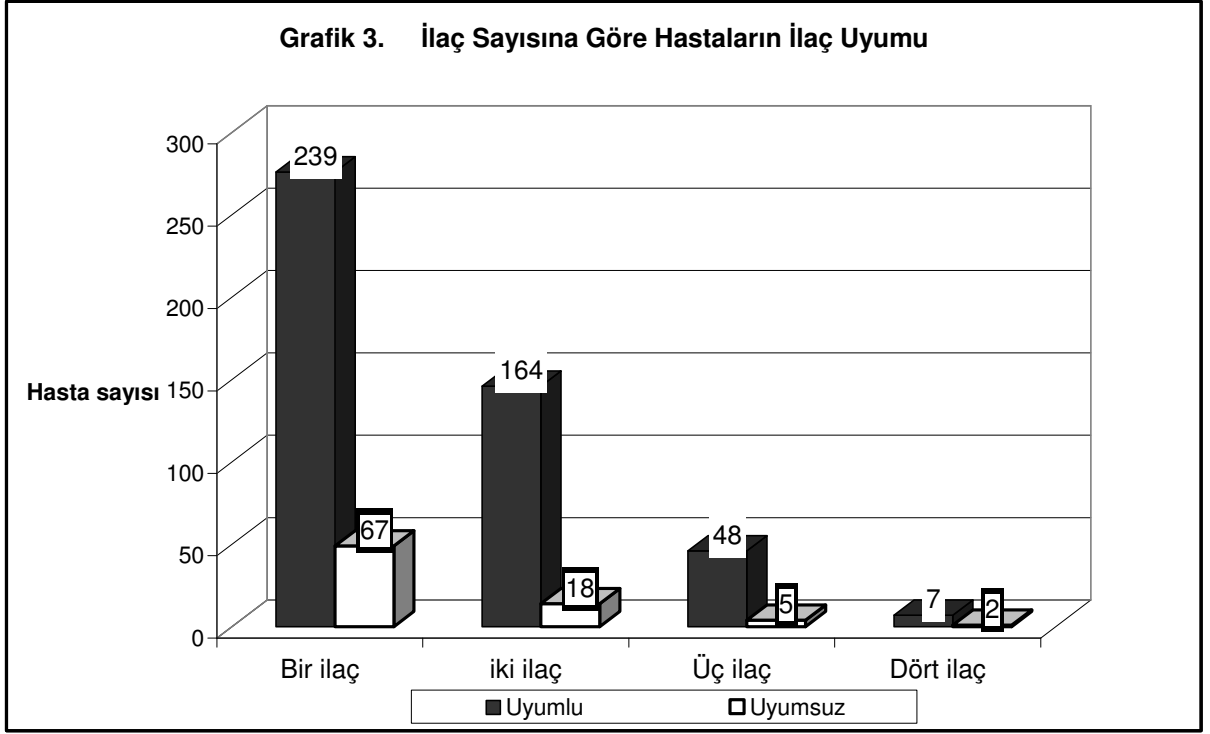
*Pearson Ki-Kare testi

Hastaların tedaviye uyumunun cinsiyete göre karşılaştırılmasında kadın ve erkek tedaviye uyumsuz hastaların oranı sırasıyla (% 14, % 20 p=0.08) olarak saptandı. Medeni durum, eğitim düzeyi, karşılaştırılmasında da ise istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi(p>0.05). Düşük gelir düzeyinde olanlarda tedaviye uyum, orta ve yüksek gelir düzeyindeki hastalarla karşılaştırıldığında göreceli olarak daha iyiydi. Uyumsuz hastaların oranı (sırasıyla % 11, % 20, % 17.5, p= 0.06) saptandı. Öte yandan, sigara içen hastalarda tedaviye uyumsuzluk (% 23 karşı % 13.8, p=0.006) daha sıklı. Diğer parametrelerde ise anlamlı fark gözlenmedi. Ayrıca mesleklerine ve sosyal güvencelerine göre tedaviye uyumlarının karşılaştırılmasında da belirgin bir istatistiksel farklılık gözlenmedi (p>0.05).

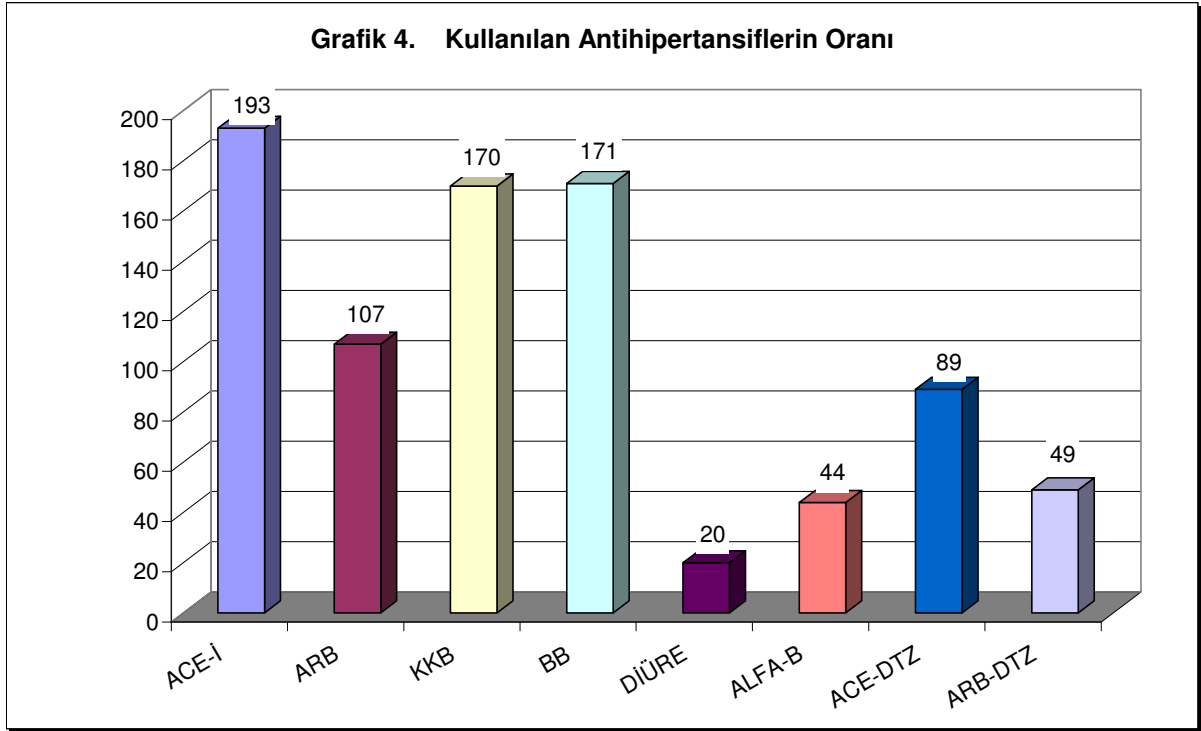
Hastaların kullandıkları antihipertansiflerin adı, günde kaç kere alındığı ve ilaç türü açısından değerlendirildiğinde; 306 hasta tek bir antihipertansif kullanırken, 182 hasta ikili antihipertansif, 53 hasta üçlü antihipertansif ve toplam 9 hasta da dörtlü antihipertansif almaktaydı. Bir veya birden çok çeşit alınan antihipertansiflerin oranları grafik 2’ de gösterilmiştir.



Hastaların büyük çoğunluğunun (> % 95) kullandıkları antihipertansifler günde tek doz alınan formda idi. Kullandıkları antihipertansif sayısına göre hastaların kan basıncı değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0.05$). Kullandıkları antihipertansif sayısına göre hastaların ilaç uyumu grafik 3’ te verilmiştir.



Kullandıkları antihipertansif sayısına göre hastaların ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bağlantı saptandı ($p=0.003$). Monoterapi alan hastaların uyumu iki ve ikiden fazla antihipertansif alan hastalar göre daha kötü durumda idi. Monoterapi alan hastalar çoklu alanlara göre daha genç (55.8 ± 11 vs 58.4 ± 10.7 , $p=0.005$), daha kısa süreden beri antihipertansif tedavi altında idi (2.4 ± 1.6 vs 3.3 ± 1.6 , $p=0.000$) ve bu hastalarda co-morbidite (% 43 karşı % 56, $p= 0.034$) sıklığı daha düşüktü. Ayrıca çalışmaya katılan hastalardan 335'inin (% 61) en az bir kez doz atladığını, 226 (% 51) hastanında üç günden fazla doz atladığı saptandı. Monoterapi alan grupta ilaç sınıflaması yapıldığında 147 hasta ACE-İ / Kombine ACE-İ , 78 hasta ARB / Kombine ARB, 42 hasta KKB, 29 hasta BB, 10 hasta da alfa bloker ve diüretik kullanmaktaydı. Monoterapi alan hastalar arasında aldıkları antihipertansifin türüne göre tedaviye uyum ve hedef kan basıncına ulaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı bağlantı saptanmadı. Hastaların toplamda kullandıkları antihipertansiflerin oranı ise grafik 4'te gösterilmiştir.



Hastalar kan basıncı sürelerine göre sıralandığında grup I' de (0-6 aylık) 66 kişi, grup II' de (6 ay -1yıl) 72 kişi, grup III' te (1-2 yıl) 94 kişi, grup IV' te (2-5 yıl) 107 kişi, grup V' te (5-10 yıl) 105 kişi ve grup VI' da 106 kişi (10 yıldan fazla) vardı. Grupların sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve tedaviye uyum açısından karşılaştırılmaları Tablo 7' de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hipertansiyon süresine göre grupların yaş ,SKB ,DKB ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi

	YAŞ	SKB	DKB	Tedaviye uyum	
				Var	Yok
Grup I (n=66)	50.1±10.8	140.9±18.0	85.5±11.9	48	18
Grup II (n=72) †	53.4±9.3	145.4±19.7	87.7±12.0	43	29
Grup III (n=94)	55.3±9.5	139.6±21.5	83.5±13.2	78	16
Grup IV(n=107)	54.7±9.4	140.7±20.4	83.1±12.0	92	15
Grup V (n=105)	60.7±9.7	140.8±22.9	83.0±11.4	97	8
Grup VI (n=106)	63.4±12.0	134.7±18.5	80.4±10.1	100	6
Toplam	56.9±10.9	140±20.4	83.5±11.9	458	92
P	0.001*	0.03*	0.003*	0.001**	

*One Way Onava testi

** Ki-Kare testi

† Diğer gruplar ile karşılaştırıldığında

Gruplar arasında karşılaştırılma yapıldığında II.Gruptaki hastaların SKB, DKB, değerlerinin daha yüksek ve tedaviye uyum oranında diğer gruplara göre daha az olduğu saptandı. Ayrıca HT süresi uzadıkça hastaların tedaviye verdiği cevap ve tedaviye uyumunda artış gözlemlendi.

Hastalara ilaç tedavisi dışında başka ne tür tedaviler ya da davranış şekilleri uyguladıkları sorgulandığında hastaların büyük çoğunluğu (n=353) tuzsuz diet uyguladıklarını 96 kişi düzenli olarak egzersiz yaptığını, 27 kişi ise tansiyonlarında yükselmeler gözlemlendiğinde bitkisel ilaç kullandığını, 149 kişi de ilaç tedavisi dışında başka hiçbirşey yapmadığını belirtti.

Çalışmaya katılan hastaların 276'sı (% 50.2) ilaç tedavisine başladığı antihipertansif ile devam ettiğini, 274 hasta ise bir veya birden çok kez ilaç değişikliği yaptığını ifade etti. İlaç değişikliği yapılan hastalardan 92 (% 16.7) kişi ilacın tansiyonunu düşürmediğini, 87 hasta (% 15.8) doktorun önerisi ile ilaç değişikliği yaptığını, 72 hasta (% 13.1) ilacın yan etkisi nedeni ile ilacının değiştirildiğini, 25 (% 4.5) hasta ise ilaç yazdırmaya gittiğinde kendinden habersiz olarak ilacının değiştirildiğini ifade etti.

Çalışmaya katılan hastalardan ilaçlarını en azından haftada bir veya birden fazla kez doz atlayarak alan veya tedaviye uyumu iyi olmayan hastalara ilaçları neden düzensiz kullandıklarına dair sorular sorulduğunda aşağıdaki tablo elde edilmiştir(Tablo 8)

Tablo 8. Düzensiz İlaç Kullanma Nedenleri

NEDENLER	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
İlaç yan etkisi	24	6
İlaç almayı unutma	138	40
İlaç kullanmayı sevmeme	21	6
Tansiyonum normal ilaç almayı gerekli görmeme	66	19
Hipertansiyonun etkisini hissetmeme	67	19
İlacın bağımlılık yapmasından korkma	5	1
İlaç yazdırmada zorluk	19	5
İlaçların pahalı olması	2	0.2
Karaciğer ve böbreklerimi ara sıra dinlendirme	3	0.3

Düzensiz ilaç kullanma nedenleri arasında en belli başlı neden ilaç almayı unutma olarak göze çarparken, diğer belli başlı nedenler ise HT'un etkisini hissetmeme ve tansiyon değerleri normalleşmesi üzerine hastaların ilaçlarını aksatmaları olarak gözlemlendi.

TARTIŞMA

Bu çalışmada antihipertansif tedavi altında olan hastalarda tedaviye uyumu, bu uyuma antihipertansif ilaç kullanım süresinin etkisini ve ilaç uyumsuzluğunun nedenlerini inceledik.

Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasında HT tespit edilen kadınların % 38'inin, erkeklerin ise % 28'inin antihipertansif tedavi altında oldukları saptanmıştır. Tedavi alan erkeklerin % 60'ının, kadınların ise % 42'sinin kan basınçlarının kontrol altında bulunduğu belirlenmiştir. Görüldüğü gibi tedavi ile ancak hastaların yarısında kan basıncı kontrol altında alınabilmiştir (41,42). Çalışmamızda ise tedavi altında olan hastaların % 42.5'unda kan basınçlarının kontrol altında olduğu saptanırken erkeklerin ancak % 41'inde kadınların ise ancak % 42'sinde hedef kan basıncı değerlerine ulaşıldığı gözlenmiştir. Bu sonuçlar yüksek başarı gösteren verilerdir. Çünkü pek çok gelişmiş endüstriyel ülkelerde hedef kan basıncı değerlerine ulaşma oranı % 30'ların altındadır (20,22,23,24,25).

Yeterli kan basıncı kontrolü sağlanamamasının en önemli nedeni tedavi uyumsuzluğudur (30,31,43). Tedaviye uyum birçok nedene bağlı olarak değişir. Bu faktörlerden bazıları yaş, cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum ve hastalığın şiddeti, ilaç farklılığı, uygulanan tedavi rejimi, günlük alınan ilaç sayısı, ilaçların istenmeyen etkileri, hastaların yetersiz bilgilendirilmesi, komorbid medikal durumlar, sosyal destek yokluğu ve hasta hekim ilişkisinin zayıflığı olarak sınıflandırılabilir(39,44,45,46,47).

Tedavi süresiyle uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada 6 aylık süre zarfında tedaviye devam, tüm ilaç gruplarında ortalama % 40-50 oranında saptanmıştır. İlaç gruplarına göre uyumun incelendiği diğer bir çalışmada ise ACE-İ ve KKB nin tedaviye uyum açısından BB ve Diüretiklere göre daha üstün oldukları gözlenmiştir(48,49). Bizim çalışmamızda da

tedaviye uyum bakımından en düşük oranda olan grup (6 ay-1 yıl) olan hasta grubuydu. Bu grupta tedaviye uyumsuzluk ile ilaç grubu arasında bir ilişki saptanmadı.

HT tedavisinin yararı ve nedenleri hakkında yeterli bilgi ve görüş sahibi olunması da kompliyansı etkileyen faktörlerdendir. Ayrıca ilacın günde 2 veya 3 kez alınması az da olsa tedaviye uyumu azaltıcı faktörlerdendir (50,51).

Tedavi uyumunun kötü olmasındaki en büyük nedenler arasında, yetersiz kan basıncı kontrolü ve ilaç yan etkisi gelmektedir (44,45,52), bu da ilacın tolerabilitesinin ilacın etkinliği kadar önemli olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon pek çok hastada kardiyovasküler komplikasyonlar oluşuncaya kadar asemptomatiktir. Bu nedenle çoğu hasta ilaç kullanmamayı, semptomsuz kan basıncı yüksekliğini oluşacak olası yan etkileri yaşamamaya tercih etmektedir. Vrijens ve ark. nın 2008 yılında yaptıkları 4783 hastayı kapsayan bir çalışmada hastaların hemen hemen % 95'ine yakınının yılda en az 1 kez doz atladığı, üç günden fazla doz atlama oranının ise % 48 olduğu bildirilmiş, aynı çalışmada mevsimsel olarak nisan ve eylül aylarında tedavi uyumunda aksama gözlenildiği, hafta içine göre hafta sonu arasında doz atlama açısından belirgin farklılık olduğu saptanmıştır (53). Çalışmamızda hastalarımızın % 61'nin en az 1 kez doz atladığını ve üç günden fazla doz atlama oranının ise % 51 olduğunu gördük. Bu oranların bu kadar yüksek olmasının sebebi ilaç alınmasının unutulması, kan basıncının normal olması nedeni ile ilaç almayı gerekli görmeme ve hipertansiyonun belirtisiz seyretmesi ile açıklanabilir.

Bilindiği gibi HT gibi kronik hastalıklarda, sağlık durumu eğitim düzeyindeki farklılığa bağlı olarak değişiklik göstermektedir (34,35,36). Pavlik ve ark. 1997 yılında ABD'de 962 kadın ve erkek hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, HT hakkında bilinçlilik ve kontrole gitme sıklığını araştırmışlar ve Amerikalı zencilerin büyük çoğunluğunun düşük sosyoekonomik düzeyde ve HT kontrolünün zayıf ve HT'a bağlı morbitidite ve mortalitenin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Buna ek olarak aynı çalışmada hastalık hakkında bilinçsiz

olan hastaların kan basınçlarını daha az ölçtükleri, hekim kontrolüne daha az gittikleri ve ilaç uyumlarının da zayıf olduğu ortaya konmuştur(54). Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey ile kontrole gitme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastalar eğitim düzeyi düşük olmasına rağmen kontrole gelmişlerdir. Buna ek olarak düzenli olarak kontrole giden hastalarda ilaç uyumunun gitmeyenlere göre daha iyi durumda olduğu saptanmıştır. Bizim çalışma grubumuzda eğitim düzeyi düşük hastaların çoğunun kadın olması göz önüne alındığında bu sonuç, çalışmamızın bir üniversite hastanesinde yapılmış olmasına, bulunduğumuz şehrin genel eğitim düzeyinin göreceli olarak daha yüksek olmasına ve dolayısıyla çalışmaya alınan hastaların her ne kadar eğitim düzeyi düşük olsa da hastalık hakkında daha fazla bilgi düzeyinde oldukları düşüncesine bağlanabilir.

Zeller ve ark. nın yaptığı, antihipertansif tedavi altında olan 239 hastayı kapsayan bir çalışmada, katılımcılar 4 hafta boyunca takip edilmişler, ilaç kullanımları hem elektronik monitör sistemi ile hem de çalışma öncesi ve sonrası yanıtlanan anket soruları ile denetlenmiştir. Anketlerle elektronik monitör sistemi arasındaki korelasyon ise % 88.3 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada her 10 hastadan 8'inde ya da diğer bir deyişle hastaların % 89'unun mükemmel ve mükemmel yakın bir uyum gösterdikleri hem anket hem de elektronik monitör sistemi ile desteklenmiştir. Aynı çalışmada hastaların sadece % 24'ünde kan basınçlarının kontrol altında olduğu ifade edilmiştir. ancak bu çalışmanın zayıf yanı uyumsuz hastaları saptamada pozitif prediktif değerinin oldukça düşük olmasıdır(55).

Bizim çalışmamızda da hastaların tedaviye uyum oranı % 88.3 gibi yüksek oranda saptanmasına rağmen hastaların sadece % 42'sinde hedef kan basıncı değerlerine ulaşılabildiği gözlenmiştir. Her iki çalışmada uyum oranlarının bu kadar yüksek olmasına rağmen kontrol altında olan kan basıncı değerlerinin bu kadar düşük olması hastaların çalışmaya alınması ile normalden daha değişik olarak ilaç alışkanlıklarını değiştirmesi olarak da bilinen 'hawthorne effect' olabilir(56). Buna karşın diğer bazı çalışmalarda ise hastalar ilaç

alımları hakkında monitörize edildiklerini bilmelerine rağmen tedaviye uyumlarında belirgin bir değişiklik gözlenmemiştir(57,58). Diğer bir neden de anket ile yapılan ölçümlerin kolay ve noninvaziv olmasına rağmen pek güvenilir olmaması olabilir. Yine de yapılan bazı çalışmalarda anket soruları ile yapılan tedaviye uyum ölçümleri hastalık aktivitesi ve kontrolü ile korele bulunmuştur (55,59). Çalışmamızda hastaların son 1 yıl içinde ilaç almadığı günler sorulduğunda hastaların bu soruya normalden fazla veya eksik cevap vermesi de söz konusu olmuş olabilir. Ancak yine de kolay uygulanabilir olması, noninvaziv olması ve herhangi bir maliyet gerektirmemesi nedeni ile tedaviye uyum araştırılırken anket soruları yaygın olarak kullanılmaktadır.

Svensson ve ark. 2000 yılında 33 hastayı kapsayan yaptıkları diğer bir çalışmada hastaların antihipertansif tedaviye uyumunu, hastaların kullandıkları ilaçların plazma düzeylerini ölçerek ve aynı zamanda anket soruları da sorarak değerlendirmişler; hastaların % 73'ünde kan basıncı değerlerinin 140/90 mmHg üstünde olduğunu saptamışlardır. Yine aynı çalışmada uyumsuz hastaların oranı % 42 olmasına rağmen tedaviye uyumu olan ile olmayan arasında kan basıncı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulgu saptamamışlardır. Aynı çalışmada uyumsuz hastalarda uyumsuzluğun nedenleri sorgulandığında, ilaç yan etkisi ve ilaca bağlı anormal hisler en sık neden olarak belirtilmiştir (60).

Pinerio ve ark. 174 hasta üzerinde yaptıkları diğer bir çalışmada % 40 hasta HT hakkında yeterli bilgi sahibi olmamalarını, % 29 hasta ise unutkanlığı uyumsuzluğun ana nedeni olarak söylemişlerdir. Bilgi eksikliği düşük ve orta gelir düzeyine sahip kişilerde eşit olarak görülürken, unutkanlığın yaşlılarda ve orta gelir düzeyine sahip kişilerde daha fazla olduğu görülmüştür (61). Andre ve ark. 2002 yılında yayımladıkları çalışmalarında ise tedaviye uyumsuz hastalardaki nedenleri sıraladıklarında % 42 oranında hastaların tansiyon değerlerinin normalleşmesi ve buna bağlı olarak tedaviyi kesmeleri, % 25 oranında ilaç yan etkisi ve % 20 oranında ise unutkanlık ön plana çıkmıştır (62).

Bizim çalışmamızda düzensiz ilaç kullanımında unutkanlık % 40'lık oranla en başta yer alırken, HT'nun etkisini hissetmeme ve tansiyon değerlerinin normalleşmesi üzerine ilaçlarını almama % 19 ile birbirine eşit şekilde ikinci ve üçüncü sırayı ve % 6 ile ilaç yan etkisi dördüncü sırayı oluşturmuştur. Bu sonuçlar genel olarak diğer çalışmalarda elde edilen verilere benzerdir.

Meslek, eğitim ve gelir düzeyi ile oluşan sosyal sınıf ayrımı, mortalite ve sosyoekonomik düzey arasındaki farklılığın araştırılması için temel oluşturmaktadır (63). Araştırma sonuçları düşük yaşam standartlarının yüksek morbitidite ve mortalite ile ilişkili olduğu yolundaki görüşü desteklemektedir (64). Lowal ve ark. makalesinde sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerde ilaç uyumunun da düşük bulunduğu belirtilmiştir (65). Busnella ve ark. 945 hasta üzerinden tedaviye uyumu etkileyen faktörleri araştırmak üzere yaptıkları diğer bir çalışmada, eğitim süresi 5 yılın altında olanlarda tedaviye uyumun az olduğunu saptamışlardır (66). Ülkemizde ise bu yönde yapılan iki çalışmada da sosyoekonomik düzey ile HT regülasyonu ve kontrolünü etkilediği görülmüş ve düşük gelir düzeyinde ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerin ilaç kullanımında uyum bozukluğu tespit edilmiştir (67,68).

Bizim çalışmamızda ise eğitim ve gelir düzeyi ile tedaviye uyum arasında belirgin bir bağlantı görülmemiştir. Hatta gelir düzeyi düşük hastaların göreceli olarak daha uyumlu oldukları gözlenmiştir. Buradaki farklılığın nedeni, çalışma yapılan yerin tersiyer merkez olmasına, bundan dolayı Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara göre hastaların bilinçlilik düzeyinin daha yüksek olmasına bağlanabilir.

Flack JM ve ark. antihipertansif tedaviye uyumda ve hedef kan basıncı değerlerine ulaşmada kadınların erkeklere göre daha iyi durumda olduklarını bildirmiştir (69). Bizim çalışmamızda ise kadın ile erkek arasında hedef kan basıncı değerlerine ulaşmada belirgin bir fark gözlenmezken tedaviye uyumda kadınlar görece olarak daha iyi durumda bulunmuştur.

Hastaların alışkanlıkları ve tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda sigara içen hastalarda tedaviye uyumun daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar yanında (66) diğer bazı çalışmalarda ise herhangi bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir(63,70). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise sigara içen grupta tedaviye ara verme süresinin anlamlı düzeyde kısa bulunduğu gözlenmiştir (67).

Bizim çalışmamızda ise sigara içmeyen grupta hastaların tedaviye uyumunun daha iyi olduğu saptandı. ($p=0.006$). Buna karşın sigara içen grubun eğitim seviyesi ve gelir seviyesinin daha yüksek olması ise ayrı bir tezat oluşturmaktaydı.

Psoty ve ark. düşük uyum gösteren hastalarda akut kardiyak olay görülme riskinin 4 kat daha fazla olduğunu gözlemlemişlerdir (71). Aynı çalışmada yüksek uyumlu hastaların % 43 oranında kan basıncı kontrolü sağladıkları buna karşın düşük uyum gösterenlerde ise bu oran % 33 oranında kalmıştır. DiMatteo ve ark. 2002 yılında yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında düşük ve yüksek uyumlu hastalar arasındaki kan basıncı farkının yaklaşık olarak % 25 civarında olduğunu belirtmişlerdir(72).

Çalışmamızda tedaviye uyum gösteren hastaların % 44'ünde kan basıncı değerlerinin kontrol altında olduğu tedaviye uyumsuz hastalarda ise bu oran % 32 idi. Her iki grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına rağmen göreceli olarak tedaviye uyumu daha iyi olan hastaların kan basıncı değerleri daha iyi idi.

Hastaların aldıkları antihipertansif sayısı ile tedaviye uyumu araştıran bazı çalışmalarda alınan ilaç sayısı azaldıkça antihipertansif tedavide belirgin komplians artışı sağlandığı gözlenmiş (73,74). Buna karşın Hashmi ve ark. yaptıkları çalışmada kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastaların tedaviye uyumunda arttığı gözlenmiş (75).

Bizim çalışmamızda monoterapi alan hastaların uyumları çoklu sayıda antihipertansif alan hastalara göre daha zayıftı. Bunda etkili olabilecek sebep monoterapi alan hastaların tedaviye yeni başlamış olmaları veya komorbid durumlarının olmaması olabilir.

Son yapılan çalışmalar göstermiştir ki yeni tanı konulan ve tedaviye başlanan hastalardan yaklaşık olarak % 16-50 oranında antihipertansif tedaviyi bir yıl içinde bırakmışlardır (76,77). Andrade ve ark. 2002 yılında yayımladıkları makalede tedaviye bırakma oranı hem erkek hemde kadınlarda tedavi süresi arttıkça artmakta aynı çalışmada 10 yıllık ve daha fazla HT süresi olanlarda tedaviyi bırakma oranı % 31 iken 5-10 yıl olanlarda % 24 son 1 yıl içinde ise % 10 olarak saptanmış (62). Bunun tersi olarak Haynes ve ark (78) ile Lausher ve ark. yaptıkları çalışmada (79) tedavi süresi uzadıkça hastaların tedaviye uyumunda artış gözlenmiş, bu çalışmalara paralel olarak Busnella ve ark. da 5 yıldan az HT süresi olanlarda tedaviye uyumun daha az olduğunu gözlemlemişlerdir(66).

Bizim alışmamızda bu çalışmalara paralel olarak tedavi süresi uzadıkça hastaların tedaviye uyumunda artış gözlendi. Bununda nedeni olarak HT süresi artıkça, eklenen komorbid durumlar ve HT'na bağlı semptomların artması tedaviyi hasta için kaçınılmaz hale getirmekte bu da hastaların ilaçlarını daha düzenli kullanmasına yol açmaktadır. Merlo ve ark. komorbid durumlar ile komplike hale gelen HT'nu olan hastaların daha fazla oranda tedaviye uyum gösterdiklerini saptamışlardır (80). Bizim alışmamızda komorbid hastalığı fazla olan hastaların tedaviye uyumu olmayanlara göre daha iyi durumda idi. Ayrıca tedaviye uyumu en kötü olan grup II'dir (6 ay-1 yıldır ilaç kullanan grup). Bunun da nedeni olarak ilk yıllarda çoğu HT hastasının asemptomatik seyretmesi kan basıncı kontrolünü pek önemsememesi ve ilaç tedavisine başladıktan sonra HT'na bağlı semptomların geçtikten sonra hastaların hayat kalitesini etkilediğini düşünerek ilaçlarını bırakması olabilir. Ayrıca bu grupta uyumun yeni tanı konmuş gruba göre daha kötü olması da ilginç bir bulgudur. Hastaların tedaviye başladıkları, birkaç kutu ilaç kullandıktan sonra da tedaviyi bırakmaya ya da ilaçları doz/dozlar atlayarak kullanmaya devam ettiklerini düşündüren bu bulgunun daha başka araştırmalar ile tam nedeninin ortaya konulması gereklidir.

SONUÇ

HT klinik uygulamada olan fazlaca ilaç tedavi seçenekleri ile komplikasyonların önüne kolayca geçebilecek kronik bir hastalıktır. Ne var ki HT tedavisine uyum henüz istenilen düzeyde değildir. Tedaviye uyumu etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Ancak hastaların ne kadardan beri antihipertansif kullanıyor oldukları da ilaç uyumunu etkileyebilecek faktörlerden biridir. Çalışmamızda HT süresi uzun olan hastaların tedaviye uyumunun daha iyi olduğu görüldü. HT eskidikçe, uç organ hasarı geliştikçe bireyin hastalığı ile ilgili bilgi ve ilgi düzeyi yükselecek ve ilaca olan inancı daha fazla artacaktır.

ÖZET

AMAÇ: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Genel Polikliniğine başvuran antihipertansif tedavi alan hastalarda tedaviye uyum, bu uyuma antihipertansif ilaç kullanım süresinin etkisinin ve ilaç uyumsuzluğunun nedenlerinin değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: Çalışmaya Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları polikliniklerine Mayıs 2008 ile Eylül 2008 tarihleri arasında başvuran antihipertansif tedavi altında olan hastalar alındı. Hastaların kullandıkları antihipertansif ilaç/ilaçlar ve tedaviye uyumları anket soruları ile değerlendirildi. Hastalar ilaç kullanım sürelerine göre (0-6 ay) (6 ay-1 yıl) (1 yıl-2 yıl) (2 yıl-5 yıl) (5 yıl-10 yıl) ve (10 yıldan fazla) olmak üzere toplam 6 gruba ayrıldı. Kompliyans hastaların bir yıl içerisinde almakta olduğu antihipertansif ilacın % 80 ve daha fazlasını alması olarak tanımlandı.

BULGULAR: Çalışmaya 173'ü erkek , 377'si kadın olmak üzere 550 hasta alındı. Yaş ortalamaları 56.1 ± 21.8 yıl olarak saptandı. Çalışmaya alınan hastalardan % 16' sı tedaviye uyumsuzken % 84 'ünün tedaviye uyumlu olduğu saptandı. Tedavi süresine göre hastaların ilaç uyumu karşılaştırıldığında tedavi süresi uzadıkça hastaların tedaviye uyumlarında artış gözlemlendi.

SONUÇ: Hastaların ilaç kullanım süresi ilaç uyumunu etkileyebilecek faktörlerden biridir. Çalışmamızda hipertansiyon süresi uzun olan hastaların tedaviye uyumunun daha iyi olduğu saptandı.

SUMMARY

OBJECT: In this project, compliance to the treatment has been evaluated in a group of patients taking antihypertensive treatment and followed by Cerrahpasa Medical School Internal Medicine outpatient clinics. Effect of treatment duration to the compliance and noncompliance reasons have also been searched.

METHOD: Patients under antihypertensive treatment from Cerrahpasa Medical School Internal Medicine out patient clinics have been enrolled to the study between May- September 2008. Questionnaires were used to ascertain types, numbers of drugs, and compliance rates. Duration of treatment has been categorized in six groups including 0-6 months, 6 months-1 year, 1 year-2 years, 2 years-5 years, 5 years-10 years, and more than 10 years. Compliance was described as taking at least 80 % of annual dose of antihypertensive/s in one year.

RESULTS: 173 men, 377 women (totally 550) patients have been enrolled to the study. Mean age was 56,1±21,8. 16% of patients were noncompliant to the treatment and the Rest (84%) were compliant. Compliance rates have shown to be growing as the total time of treatment increases.

CONCLUSION: Duration of treatment time is one of the factors affecting compliance rates. We showed that compliance rates in patients taking drugs for a long time are better than the ones taking drugs for a while.

KAYNAKLAR

1. Başlangıcından rönesansa kadar Tıp Tarihi Prof. Dr E. M. Ataberk İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları s 1-2
2. Botting JH, Morrison RA, Animal Research Is Vital to Medicine. Scientific American 1997 February; 202-206
3. S. Riva –Rocci. Un nuovo sfigmomanometro. Gazzetta medica di Torino, 1896, 47:981- 996, 1001-1017. Partially translated in Arthur Ruskin: Classics in Arterial Hypertension; Springfield, Illinois, 1956: 103-125
4. Korotkoff, Nikolai Sergeevich. Printed biographies, 1965 . The Francis C.Wood Collection
5. Hypertension ed by Alberto zanchetti, Lennart Hansson, Jose L. Rodicio Mc Graw Hill 2001 s 19-20
6. 6. Oparil&Weber Hypertension : A companion to Brenner and Rector’s the kidney ed by Suzanne Oparil, Michael A. Weber W. B. Saunder’ s company s 1-2
7. Barry P Mc Grath Ambulatory blood pressure monitory MJA 2002 176(12); 588-92
8. JNC VII, The seventh report of the joint national committee on prevention , detection, evaluation and treatment of high blood pressure The JNC VII report JAMA May 21, 2003 –Vol 289 No 19 s 2570
9. JNC VII, The seventh report of the joint national committee on prevention , detection, evaluation and treatment of high blood pressure The JNC VII report JAMA May 21, 2003 – Vol 289 No 19 s 2561
10. JNC VII, The seventh report of the joint national committee on prevention , detection, evaluation and treatment of high blood pressure The JNC VII report JAMA May 21, 2003 –Vol 289 No 19 s 2562

11. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents ; A systematic review and meta-Analysis , JAMA 277; 739-745, 1997
12. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Age specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality . Lancet . 2002; 360; 1903-1913
13. Burt VL, Whelton P, Rocella EJ, et al .Prevalence of hypertension in the US adult Population; Results from the third National Health and Nutrition examination survey 1988-1991. Hypertension 25; 305 -313
14. JNC VII, The seventh report of the joint national committee on prevention , detection, evaluation and treatment of high blood pressure The JNC VII report JAMA May 21, 2003 –Vol 289 No 19 s 2572
15. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists’ Collaboration: Effect of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Lancet 2000;356:1955–1964.
16. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeld D, Julius S, Menard J, Rahn KH, Wedel H, Westerling S: Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. Lancet 1998;351:1755–1762.
17. Estacio RO, Jeffers B, Hiatt WR, Biggstaff SL, Gifford N, Schrier RW: The effect of nisoldipine as compared with enalapril on cardiovascular outcomes in patients with non- insulin-dependent diabetes and hypertension. N Engl J Med 1998;338:645–652.
18. Guidelines Committee: 2003 European Society of Hypertension–European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21:1011–1053.
19. Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, Brown C, Rocella EJ: Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. Hypertension 1995; 26:60–69.

20. Mancia G, Seravalle G, Grassi G: Systolic blood pressure: an underestimated cardiovascular risk factor. *J Hypertens* 2002; 20(suppl 5):S21–S28.
21. Mancia G, Bombelli M, Lanzarotti A, Grassi G, Cesana G, Zanchetti A, Sega R: Systolic versus diastolic blood pressure control in hypertensive patients of the PAMELA population. *Arch Intern Med* 2002;162:582–586.
22. Erdine S: How well is hypertension controlled in Europe? *J Hypertens* 2000;18:1348–1349.
23. Chockalingham A, Fodor JG: Treatment of raised blood pressure in the population: the Canadian experience. *Am J Hypertens* 1998;11: 747–749.
24. Coca A: Actual blood pressure control: are we doing things right? *J Hypertens* 1998;16(suppl 1):S45–S51.
25. Marques-Vidal P, Tuomilhto J: Hypertension awareness, treatment and control in the community: is the ‘rule of halves’ still valid? *J Hum Hypertens* 1997;11:213–220.
26. Jamrozik K, Hockey R: Trends in risk factors for vascular disease in Australia. *Med J Australia* 1989;150:14–18. 21.
27. Hozawa A, Ohkubo T, Kikuya M, Yamaguchi J, Ohmori K, Fujiwara T, Hashimoto J, Matsubar M, Kitaoka H, Nagai K, Tsuji I, Satoh H, Hisamichi S, Imai Y: Blood pressure control assessed by home, ambulatory and conventional blood pressure measurements in the Japanese general population: the Ohasama study. *Hypertens Res* 2002;25:57–63.
28. Benetos A, Thomas F, Bean K, Gautier S, Smulyan H, Guize L: Prognostic value of systolic and diastolic blood pressure in treated hypertensive men. *Arch Intern Med* 2002;162:577–581.23.
29. Ambrosioni E: Pharmacoeconomic challenges in disease management of hypertension. *J Hypertens* 2001;14(suppl 3):S33–S40. 24.
30. Mallion JM, Schmitt D: Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. *J Hypertens* 2001;19:2281–2283.

31. Waeber B, Burnier M, Brunner HR: The problem of compliance with antihypertensive therapy, in Mancia G, Chalmers J, Julius S, Saruta T, Weber M, Ferrari A, Wilkinson I (eds): *Manual of Hypertension*. London, Churchill Livingstone, 2002, pp 499–518.
32. Caro JJ: Stepped care for hypertension: are the assumptions valid? *J Hypertens* 1997;15(Suppl):S35–S39.
33. Rizzo JA, Simons WR: Variations in compliance among hypertensive patients by drug class: implications for health care costs. *ClinTher* 1997;19:1446–1457.
34. Van der Meer JB, Mackenbach JP. Course of health status among chronically ill persons: Differentials according to level of education. *J Clin Epidemiol* 1998; 1(3) 171-9.
35. Colhoun HM, Hemingway H, Poulter NR. Socioeconomic status and blood pressure: an Overview analysis. *J Hum Hypertens* 1998; 12(2): 91-110.
36. Holme I, Helgeland A, Hjermer I, Leren P. Socio-economic status as a coronary risk factor : the Oslo study. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(4): 4348-54
37. Mackenbach JP. Socioeconomic health differences in the Netherlands: a review of recent Empirical findings. *JAMA* 1998; 280(4): 356-62
38. Luoto R, Pekkanen J, Uetela A, Tuomileho J. Cardiovascular risks and socioeconomic status: differences between men and women in Finland. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(2): 108-13
39. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487e97.
40. de Klerk E, van der HD, Landewe R, van der TH, van der LS. The compliance-questionnaire-rheumatology compared with electronic medication event monitoring: a validation study. *J Rheumatol* 2003;30:2469e75
41. Soydan İ. TEKHARF çalışmasında hipertansiyon yönünden elde edilen veriler ve bunların yorumu. In: *Türk erişkinlerinde kalp sağlığının dünü ve bugünü*. Edited by Onat A İstanbul, 1996, pp: 61-78.

42. Onat A, Sansoy V, Yıldırım B ve ark. Erişkinlerimizde kan basıncı: 8-yıllık seyri, tedavi oranı, koroner kalp hastalığı ile ve bazı etkenlerle ilişkileri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 1999; 27:136-143.
43. Mallion JM, Schmitt D: Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. *J Hypertens* 2001;19:2281–2283.
44. Hassan NB, Hasanah CI, Foong K, Naing L, Awang R, et al. (2006) Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. *J Hum Hypertens* 20: 23–29.
45. Bloom BS (2001) Daily regimen and compliance with treatment. *BMJ* 323: 647.
46. Payne KA, Esmond-White S (2000) Observational studies of antihypertensive medication use and compliance: is drug choice a factor in treatment adherence? *Curr Hypertens Rep* 2: 515–524.
47. Jones JK, Gorkin L, Lian JF, Staffa JA, Fletcher AP: Discontinuation of and changes in treatment after start of new courses of antihypertensive drugs: a study of a United Kingdom population. *Br Med J* 1995;311:293–295.
48. Caro JJ: Stepped care for hypertension: are the assumptions valid? *J Hypertens* 1997;15(Suppl):S35–S39.
49. Rizzo JA, Simons WR: Variations in compliance among hypertensive patients by drug class: implications for health care costs. *ClinTher* 1997;19:1446–1457.
50. L: Why don't you do as I tell you? Compliance and antihypertensive regimens. *Int J Clin Pract* 2002;56:191–196.
51. Sica DA: Rationale for fixed-dose combinations in the treatment of hypertension: the cycle repeats. *Drugs* 2002;62:443–462.
52. Dusing R: Adverse events, compliance, and changes in therapy. *Curr Hypertens Rep* 2001;3:488–492.

53. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically complied dosing histories. *BMJ*. 2008 May 17;336(7653):1114-7. Epub 2008 May 14.
54. Pavlik VN, Hyman DJ. Hypertensive awareness and control in an inner city African-American sample . *J. Hypertens* 1997; 277-83
55. Zeller A, Schroeder K, Peters TJ. An adherence self-report questionnaire facilitated the differentiation between nonadherence and nonresponse to antihypertensive treatment. *J Clin Epidemiol*. 2008 Mar;61(3):282-8. Epub 2007 Aug 23
56. Wickstrom G, Bendix T. The Hawthorne effect what- did the original Hawthorne studies actually show? *Scand J Work Environ Health* 2000;26: 363-7
57. Mengden T, Binswanger B, Spuhler T, Weisser B, Vetter W. The use of self-measured blood pressure determinations in assessing dynamics of drug compliance in a study with amlodipine once a day, morning versus evening. *J Hypertens* 1993;11:1403e11.
58. McKenney JM, Munroe WP, Wright JT Jr. Impact of an electronic medication compliance aid on long-term blood pressure control. *J Clin Pharmacol* 1992;32:277e83.
59. Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, DiMatteo MR, Rogers WH, Ordway L, Greenfield S: Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch Intern Med* 1993 , 153: 1869-1878
60. Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Säljö R.. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol*. 2000 Nov-Dec;76(2-3):157-63.
61. Pinerio F, Gill V, Donis M. Factors involved in noncompliance with pharmacological Treatment in arterial hypertension . *Aten-primario* 1997 ; 20(4): 180-4.
62. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspect of adherence to the treatment of hypertension ; *Arg Bras Cardiol*: 2002 Oct;79(4):375-84. English, Portuguese.
63. Fein O. The influence of social class on health status . American and British research on Health inequalities. *J Gen Int Med* 1995; 10(10): 577-86

64. Fox AJ, Goldblatt P. Socioeconomic differentials in mortality 1971-1975. (Office of population Censuses and Surveys Series LSI) London : HMSO ,1989
65. Lowal SO, Olubodun JO. Alcohol consumption and heart failure in hypertensives . *Int J Cardiol* 1996; 53(1): 81-5
66. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Characteristics Associated with the dropout of Hypertensive Patients Followed Up in an Outpatient Referral Clinic. *Arq Bras Cardiol* . 2001 May;76(5):349-54.
67. Ergün UG, Yıldırım MY, Alparslan N . Esansiyel hipertansiyon hastalarında sosyo-ekonomik düzey farklılığı ve ilaç uyuncu . *Türk Aile Hek.Derg* 2002; 6(4): 165-171
68. Aparcı M, Kardeşoğlu E, Yiğiner O, Özmen N, Cingözbay BY, Cebeci BS . Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 2008; 7(4) :333-338
69. Flack JM, Novikov SV, Ferrario CM, et al. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *Eur heart J* 1996; 17(suppl A), 16-20
70. Alderman MH: Barriers to blood pressure control. *Am J Hypertens* 1999;12:1268–1269.
71. Psaty BM, Koespell TD, Wagner EH, et al. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping use of beta blockers. *JAMA* . 1990; 263: 1653-57
72. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence to blood pressure And medical treatment outcomes : a meta-analysis .*Med Care* . 2002; 40: 794-811
73. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2004;164:722-32.

74. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F. Relationship of Blood Pressure Control to Adherence With Antihypertensive Monotherapy in 13 Managed Care Organizations. Vol. 12, No. 3 April 2006 *JMCP*
75. Hashmi SK, Afridi MB, Abbas K, Sajwani RA, Saleheen D, Frossard PM, Ishaq M, Ambreen A, Ahmad U. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in Pakistan . *PLoS ONE*. 2007; 2(3): e280.
76. Dusing R, Weisser B, Mengden T, et al. Changes in antihypertensive therapy-the role of adverse effects and adherence. *Blood Press* 1998; 2: 20-8.
77. Caro JJ, Speckman JL, Sals M, et al. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. *Can J Med Assoc* 1999; 160: 41-6.
78. Haynes RB, Improving patient compliance in the management of hypertension. In: Kaplan NM, Ram CV.(Eds) . *Individualized therapy of hypertension* . New York : Marcel Dekker Inc, 1995; 257-73
79. Lauscher TF, Vetter H, Siegenthaler W, Vetter V. Compliance in hypertension facts and concepts . *J Hypertension* 1985; 3: 3-9
80. Merlo J: Multilevel analytical approaches in social epidemiology: measures of healthvariation compared with traditional measures of association. *J Epidemiol Community Health* 2003, 57:550-552.

HİPERTANSİYON HASTALARINDA ANTİHİPERTANSİF TEDAVİYE UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

TARİH:	
PROTOKOL NO:	
AD-SOYAD:	
CİNSİYET:	
YAŞ:	
KULLANDIĞI ANTİHİPERTANSİFLER:	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
KULLANDIĞI DİĞER İLAÇLAR:	
KAN BASINCI:	
BOY/KİLO:	

- 1) Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekar c) Dul
- 2) Eğitim durumunuz nedir?
a) okuma –yazma bilmiyorum b) okur yazar c) ilk-orta d) lise e) üniversite
- 3) Sosyal güvenceniz nedir?
a) Emekli sandığı b) Bağ-kur c) SSK d) Yeşil Kart e) Güvencem yok f) özel
- 4) Aylık geliriniz ortalama ne kadar ?
- 5) Alışkanlıklarınız var mı?
a) sigara varsa kaç yıl günde kaç paket
b) alkol varsa ne kadar
- 6) Şu an çalışmakta mısınız ya da mesleğiniz nedir?
a) Memur b) Serbest meslek c) Ev hanımı d) Emekli e) Diğer(.....)
- 7) Hipertansiyon haricinde başka hangi hastalıklarınız var?
a) Diyabet (şeker) b) Koroner Kalp hastalığı (varsa stent, KABG) c) Hipotiroidi
d) Hiperlipidemi Diğer (.....)
- 8) Ne zamandan beridir hipertansiyon hastalığınız var?
a) 0-6 ay b) 6 ay-1 yıl c) 1-2 yıl d) 2-5 yıl e) 5-10 yıl f) 10 yıldan fazla
- 9) Ne kadar sıklıkta tansiyonunuzu ölçtüyorsunuz ?
a) Her gün b) Haftada birkaç kez c) Ayda bir d) Yılda bir e) Hiç ölçtürmem
- 10) Hipertansiyon için ne sıklıkta kontrole gidersiniz?
a) Ayda bir b) 3 ayda bir c) 6 ayda bir d) Yılda bir e) hiç gitmem

- 11) Hipertansiyon hastalığınız için ilaç tedavisi dışında ne yaparsınız?
a)Tuzsuz diet yaparım b)Kilo veririm c)Egzersiz yaparım d)Bitkisel ilaç kullanırım.
- 12) Kaç adet hipertansiyon ilacı kullanmaktasınız ?
a.) bir b) iki c) üç d) diğer (....)
- 13) Kullandığınız ilacı nasıl tanıyorsunuz
a) İsminden b) Kutusundan c) Şeklinden
- 14) İlaç tedavisine başladıktan sonra ilaç tedavisinde değişiklik yapıldı mı?
a) evet b)hayır
- 15) Eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni neydi?
a) İlaç yan etki yaptı
b) İlaç tansiyonumu düşürmedi
c) İlaç pahalı idi
d) Doktorumun önerisi idi
e) İlaç yazdırmaya gittiğimde değiştirildi
- 16)İlacınızı nasıl alırsınız ?
a)Her gün düzenli ilacımı alırım
b)haftada birkaç kez almam
c)bazen ilacı alırım
d)hiç almam
- 17) İlaç kullanma alışkanlığınız nasıldır? Son 1 yıl içinde ortalama kaç gün ilacınızı almadınız?
.....
- 18)İlaca ara verdiyseniz ne sıklıkta ara verdiniz ve en uzun ne kadar ara verdiniz?
.....
- 19) Eğer düzenli ilaç kullanmaktaysanız bunun en büyük nedeni nedir?
a) Doktoruma güveniyorum
b) Hipertansiyonun ileride yapacağı etkilerin ne olduğunu biliyorum ve bu etkilerden korunmak için (kalp krizi, felç, kalp ve damar hastalıkları, ani ölüm)
c) Tansiyonum yükselince şikayetlerim ortaya çıkmasın diye. (Baş ağrısı, çarpıntı, yorgunluk)
d) Doktor tarafından verildiği için
e) Diğer (.....)
- 20) İlacınızı düzenli almıyorsanız bunun nedenleri nelerdir?
a) İlacın yan etkilerini görüyorum
b) Unutuyorum
c) Genel olarak ilaç kullanmayı sevmem
d) İlaç almayı gerekli bulmuyorum tansiyonum normal seyrediyor
e) Hipertansiyonun etkisini hissetmiyorum
f) Bağımlılık yapmasından korkuyorum
g) İşe yaradıklarını düşünmüyorum
h) İlaç yazdırmakta zorluk çekiyorum
i) İlaçlar pahalı
j) Karaciğerimi ve böbreklerimi ara sıra dinlendiriyorum
k) Diğer (.....)