

Hipertansif Hastalarda Tedavi Edici Yaşam Tarzı Değişikliğine Uyumun Değerlendirilmesi: Aile Sağlığı Merkezi Örneklemi

Assessment of Compliance with Treatment and Therapeutic Lifestyle Changes in Hypertensive Patients: A Sample of the Family Health Center

Tuna Şanlı¹, Erkan Şengül², Tuncay Müge Alvr³, Semra Selime Çiftlik⁴

¹ İzmit Santral Aile Sağlığı Merkezi, Kocaeli, Türkiye

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye

³ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

⁴ Dilovası İlçe Sağlık Müdürlüğü, Kocaeli, Türkiye

Yazışma Adresi / Correspondence:

Semra Selime Çiftlik

Dilovası İlçe Sağlık Müdürlüğü, Kocaeli, Türkiye

T: +90 506 646 22 30

E-mail: drsmrucar93@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 14.08.2023

Kabul Tarihi / Accepted: 15.11.2023

Çevrimiçi / Online: 30.12.2023

Orcid ve Mail Adresleri

Tuna Şanlı <https://orcid.org/0000-0001-9373-6268>, tuna.sanli@hotmail.com

Erkan Şengül <https://orcid.org/0000-0003-3461-4740>, dr.erkansengul@hotmail.com

Tuncay Müge Alvr <https://orcid.org/0000-0001-6792-5786>, mugealvr@gmail.com

Semra Selime Çiftlik <https://orcid.org/0000-0003-0709-3716>, drsmrucar93@gmail.com

Cite this article/Atf:

Şanlı T., Şengül E., Alvr T.M., Çiftlik S.S. Hipertansif Hastalarda Tedavi Edici Yaşam Tarzı Değişikliğine Uyumun Değerlendirilmesi: Aile Sağlığı Merkezi Örneklemi
Sakarya Med J 2023;13(4): 521-529 10.31832/smj.1342491

Öz

Amaç	Çalışmanın amacı hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliği başarı durumunu ölçmek ve bu durumun kan basıncı kontrolü üzerindeki etkilerini incelemektir.
Yöntem ve Gereçler	Çalışma, 300 hipertansiyon hastası ile yapıldı. Hastaların boy, kilo, kan basıncı ve bel çevresi ölçümleri, biyokimya ve hemogram sonuçları kaydedildi. Hastalara; tıbbi bilgileri, sosyodemografik özellikleri, yaşam tarzı alışkanlıklarını içeren anket soruları soruldu. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısızlığı Değerlendirme Ölçeği uygulandı.
Bulgular	Hastaların yaş ortalaması 62,41±10,49 yıl idi. Ortanca hipertansiyon süresi 10 yıl saptandı. Katılımcıların %36,7'si üç veya daha fazla antihipertansif ilaç kullanmaktaydı. Katılımcıların %44,7'sinde sistolik kan basıncı ≥140 mmHg, %33'ünde diyastolik kan basıncı ≥90 mmHg olarak ölçüldü. Hastaların %52'si tedaviye rağmen hipertansif olarak bulundu. Vücut kitle indeksine göre hastaların %59,7'si obezdi. Vücut kitle indeksi, kadınlarda 34,14±6,84 kg/m ² iken, erkeklerde 30,20±4,76kg/m ² idi (p=0,001). Sistolik ve diyastolik kan basıncı yüksek olanlarda vücut kitle indeksi ve bel çevreleri, kan basıncı normal olanlara göre daha yüksekti (p=0,001 ve p=0,001). Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısızlığı Değerlendirme Ölçeğine göre hastaların %81'i uyumlu idi. Uyumsuz hastaların %66,7'si, uyumlu hastaların %48,6'sı hipertansif idi (p=0,014). Haftada en az 3 gün egzersiz yapan hastalar daha uyumlu bulundu (p=0,007). Uyumlu hasta grubunun obezite oranları daha düşüktü (p=0,047).
Sonuç	Çalışmamızda uyum oranı yüksek olarak değerlendirilen hasta grubunun obezite oranı daha düşük saptandı. Aynı grubun kan basıncı kontrollerinin daha iyi olduğu değerlendirildi. Hipertansiyon tedavisinde başarıya ulaşabilmesi için, hastaların tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliği konularında eğitilmesi gerekir.
Anahtar Kelimeler	Tedaviye Uyum, Hipertansiyon, Yaşam Tarzı Değişikliği, Obezite

Abstract

Introduction	The aim of this study was to measure treatment adherence and lifestyle modification success in hypertensive patients and to examine the effects of these factors on blood pressure control.
Materials and Methods	The study was conducted with 300 hypertensive patients. Measurements of height, weight, blood pressure, and waist circumference, as well as biochemical and hematological results, were recorded. Patients were asked to complete a questionnaire covering medical information, sociodemographic characteristics, and lifestyle habits. The Hypertensive Individuals' Treatment Adherence and Lifestyle Modification Success Assessment Scale was administered.
Results	The mean age of the patients was 62.41±10.49 years. The median duration of hypertension was found to be 10 years. 36.7% of the participants were using three or more antihypertensive medications. Systolic blood pressure was ≥140 mmHg in 44.7% of participants, while diastolic blood pressure was ≥90 mmHg in 33%. Despite treatment, 52% of participants were found to be hypertensive. According to the body mass index (BMI), 59.7% of patients were obese. The BMI was 34.14±6.84 kg/m ² for females and 30.20±4.76 kg/m ² for males (p=0.001). Patients with high systolic and diastolic blood pressure had higher BMIs and waist circumferences compared to those with normal blood pressure (p=0.001 and p=0.001). According to the Hypertensive Individuals' Treatment Adherence and Lifestyle Modification Success Assessment Scale, 81% of patients were adherent. 66.7% of non-adherent patients and 48.6% of adherent patients were hypertensive (p=0.014). Patients who engaged in physical activity for at least 3 days a week were found to be more adherent (p=0.007). The adherent patient group had lower obesity rates (p=0.047).
Conclusion	In our study, the group of patients with higher adherence rates had lower obesity rates. It was also observed that this group had better blood pressure control. To achieve success in hypertension treatment, patients need to be educated about treatment adherence and lifestyle modifications.
Keywords	Compliance to Treatment, Hypertension, Lifestyle Change, Obesity



GİRİŞ

Hipertansiyon, tüm dünyada yaygın görülen, yol açtığı ciddi komplikasyonlar ile morbidite ve mortalite artışına neden olan önemli bir sağlık problemidir. 2000 yılında hipertansiyonu olan erişkin nüfusu 972 milyon iken, 2025 yılında bu sayının %60 oranında artarak 1,56 milyar olacağı tahmin edilmektedir.^{1,2} Ülkemizde, 8 milyon kadının, 6 milyon erkeğin hipertansiyon tanısının bulunduğu tahmin edilmektedir.³

Hipertansiyon tedavisinde non farmakolojik ve farmakolojik tedavi birlikte uygulanmalıdır. Özellikle non farmakolojik tedavi düşük riskli bireylerde başlangıç evresinde tansiyon yüksekliği durumunda tedavi için tek başına yeterli olabilmektedir. İleri evre tansiyon yüksekliği durumlarında da medikal tedavi ile birlikte kontrol altına alınmasını sağlayacaktır. Tuz kısıtlaması, sağlıklı beslenme önerileri, egzersiz, ideal kilonun sağlanması, stres kontrolü, sigaranın bırakılması, alkol ve kafein miktarının sınırlandırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri non farmakolojik tedavinin temelini oluşturur. Farmakolojik tedaviye başlanma kararı ise kişinin sistolojik ve diyastolojik kan basıncı ve total kardiyovasküler risk düzeyine göre belirlenir. Dört major antihipertansif ilaç grubu tiyazid diüretikler, kalsiyum antagonistleri, ACE inhibitörleri ve ARB'ler antihipertansif tedavi başlangıcı ve süresince tek ya da kombinasyon şeklinde kullanılabilir.⁴

Hipertansiyon tedavisinde etkili yöntemler olmasına karşın, farkındalık ve kan basıncı kontrol oranları düşüktür. 2003 yılında yapılan PatenT araştırmasında hipertansiyon hastalarının % 31,1'inin farmakolojik tedavi aldığı ve sadece % 8,1'inin kan basıncının kontrol altında olduğu saptanmıştır. 2012 yılında yapılan PatenT2 araştırmasında ise hastaların %47,4'ünün farmakolojik tedavi aldığı ve %28,7'sinin kan basıncının kontrol altında olduğu saptanmıştır.^{5,6}

Tedavi yetersizliğinde önemli noktalardan birisi, yaşam tarzı değişikliklerinin yeterince önerilmemesidir. İlaç te-

davis alan hastalarda kan basıncı kontrol oranlarının düşüklüğündeki en önemli etkenlerin, ilaç uyumunun yetersiz olması ve hastaların büyük bir çoğunluğunda (%68,4) monoterapi uygulanması olduğu düşünülmektedir.⁷

Kan basıncının başarılı bir şekilde kontrol altına alınması, hasta ve hekim tarafından kabul edilmiş olan tedavi rejimine hasta uyumu ile mümkündür.⁸ Hastanın önerilen diyeti uygulamak veya diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek, ilaçlarını önerilen şekil ve dozda kullanmak anlamında klinik önerilerle uyuma boyutu "uyumu" tanımlar.⁹ Kan basıncı kontrolü yetersiz olan hastaların yaklaşık %50'sinin uyum problemi yaşadığı belirlenmiştir.¹⁰ Bu uyum problemlerini aşmak, hekim ve yardımcı sağlık personelinin kişiyi, hastalığı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesi ile mümkün olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda hekimler tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme ve ilaç tedavisine uyumda etkili olduğu bildirilmiştir.¹¹

Çalışmamızda, hipertansif hastaların tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliğindeki başarı durumlarını ölçmek, bu durumun kan basıncı kontrolü üzerindeki etkisini incelemek ve bu konuda hasta ve hekimler üzerinde farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel çalışma niteliğinde olup, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 12.09.2019 tarih 2019-67 protokol numaralı etik kurulu onayı ve Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğünden alınan araştırma izinleri ile Eylül 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışmanın evrenini bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 1630 hipertansiyon hastası oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hata payı %5, güven aralığı %90-%95 oranında belirlenerek 233-312 hasta aralığında hesaplanmıştır. Hastalara yazılı ve sözlü açıklama yapılarak bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır.

Araştırmamıza, çalışma kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden 300 hasta dâhil edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri; 18 yaşını doldurmuş olmak, hipertansiyon tanısı ile en az 3 aydan beri takipli ve en az bir antihipertansif ilaç kullanmak şeklinde kabul edilmiştir. Araştırmadan dışlanma kriterleri ise; 80 yaşını aşmış olmak, iletişimi engelleyecek veya kan basıncını geçici olarak yükselten durumların (gebelik, ilaç kullanımı v.b.) varlığı olarak belirlenmiştir.

Hastaların boy, kilo, kan basıncı, bel çevresi ölçümleri yapılmış, biyokimya ve kan sayımı sonuçlarına hastane kayıtlarından erişilmiştir. Hastalara tıbbi bilgileri, sosyodemografik özellikleri ve yaşam tarzı alışkanlıklarını içeren anket soruları sorulmuş, son olarak Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.¹²

Kan basıncı ölçümleri, hasta on dakika oturur şekilde dinlendikten sonra, yine oturur şekilde ERKA marka klasik mekanik tansiyon aleti ile her iki koldan kan basıncı ölçümü yapıp, her iki ölçümün ortalaması alınarak yapılmıştır.

Vücut kitle indeksi (VKİ), vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır. $VKİ < 18,5 \text{ kg/m}^2$ olanlar zayıf, $18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$ olanlar normal, $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ olanlar kilolu, $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olanlar obez olarak değerlendirilmiştir.¹³ Bel çevresi göbek deliği hizasından mezura ile ölçülmüştür. Erkeklerde bel çevresi $\geq 87 \text{ cm}$ fazla kilolu, $\geq 95 \text{ cm}$ olanlar obez, kadınlarda bel çevresi $\geq 83 \text{ cm}$ olanlar kilolu, $\geq 88 \text{ cm}$ olanlar obez olarak değerlendirilmiştir.³

İstatistiksel Analizler

Verilerin analizi için IBM Statistical Package for the Social Sciences for Windows version 22 paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın güç analizinde G*Power version 3.1.9.2 (Kiel University, Kiel, Germany) kullanılmıştır. Numerik değişkenler ortalama±standart sapma ve medyan (25-75.

persentil) ve frekans (yüzdeler) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma sahip numerik değişkenlerde Student's t test; normal dağılım göstermeyen numerik değişkenlerde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişki Spearman/Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği

Ölçek Esirgen L.12 tarafından 2018 yılında geliştirilmiştir. Medikal tedaviye uyum, tedavi sürecinde hekim ile iletişim, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü, tuz ve hazır gıda tüketimini içeren 5 faktörden oluşan ölçeğin cronbach alfa değeri 0,720 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten maksimum 90, minimum 18 puan alınırken 68 puan ve üzeri alan bireyler 'uyumlu', 68 puan altı bireyler 'uyumsuz' kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların %47,3'ü (n=142) kadın, %52,7'si (n=158) erkekti. Hastaların yaş ortalaması $62,41 \pm 10,49$ yıl (kadınlarda $62,18 \pm 9,47$ yıl ve erkeklerde $62,63 \pm 11,35$ yıl; $p=0,711$) olarak bulundu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların ortanca hipertansiyon süresi 10 yıldır ve %75,7'sinin (n=227) tansiyon aleti olmasına rağmen %52,7'si (n=158) tansiyonunu hiç ölçmüyor ya da sadece rahatsızlandığı zaman ölçüyordu. Ayrıca %20'si (n=60) bir, %43,3'ü (n=130) iki, %36,7'si (n=110) üç veya daha fazla antihipertansif ilaç kullanmaktaydı.

Hastaların %40,7'sinde (n=122) tip 2 diyabet, %27,7'sinde (n=83) hiperlipidemi, %24,7'sinde (n=74) koroner kalp hastalığı, %5,3'ünde (n=16) kronik böbrek hastalığı mevcuttu.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri			
		n	%
Cinsiyet	Kadın	142	47,3
	Erkek	158	52,7
Medeni Durum	Bekar	52	17,3
	Evli	248	82,7
Meslek	Devlet Memuru	5	1,7
	Özel Sektör	30	10
	Emekli	151	50,3
	Çalışmıyor	114	38
Sosyal Güvence	Yok	9	3
	Sosyal Güvenlik Kurumu	289	96,3
	Özel	2	0,7
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	22	7,3
	Okuryazar	10	3,3
	İlk-ortaokul mezunu	188	62,7
	Lise mezunu	67	22,4
	Üniversite mezunu	13	4,3
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	26	8,7
	Eşiyle	143	47,6
	Eşi ve çocuklarıyla	102	34
	Çocuklarıyla	27	9
	Akrabalarıyla	2	0,7
Aylık Gelir	Gelir giderden az	119	39,7
	Gelir gidere denk	167	55,6
	Gelir giderden fazla	14	4,7

Katılımcıların sadece %32'sine (n=96) hipertansiyon için daha önce bir diyet önerilmesine rağmen tam olarak diyetine uyanların oranı %19'du (n=57). Hastaların %83'ü (n=249) ilaçlarına hiç ara vermediğini veya bırakmadığını belirtti.

Hastaların %55,3'ü (n=166) hiç egzersiz yapmıyordu. %26,7'si (n=80) düzenli egzersiz yapıyordu; %17,7'si (n=53) sigara kullanıyordu; %9,7'si (n=29) düzenli alkol aldığını belirtti.

Hastaların %64'ünün (n=192), hipertansiyonun uzun vadede organlarında hasar oluşturabileceği konusunda bilgisi vardı. Organ hasarı endişe düzeyleri sorgulandığında

%60,7'si (n=182) 'hiç veya az'; %26,3'ü (n=79) 'çok veya oldukça çok' cevabını vermiştir.

Hastaların kan basınçları değerlendirildiğinde %44,7'sinde sistolik kan basıncı (SKB) ≥ 140 mmHg ve %33'ünde (n=99) diyastolik kan basıncı (DKB) ≥ 90 mmHg bulundu. Katılımcıların %52'si (n=156) tedaviye rağmen hipertansifti. Kan basıncı yüksek olanların %51,3'ünü (n=80) erkekler oluşturuyorken %48,7'sini (n=76) kadınlar oluşturmaktaydı (p=0,645). Bekâr olan hastaların %67,3'ü (n=35), evli olanların ise %48,8'i (n=121) hipertansifti (p=0,021).

Hastaların %32,3'ü (n=97) kilolu, %59,7'si (n=179) obez idi. Kadınlarda VKİ ortalaması $34,14 \pm 6,84$ kg/m², erkeklerde $30,20 \pm 4,76$ kg/m² saptandı. (p=0,001). VKİ, bekâr olanlarda $35,5 \pm 9,34$ kg/m² evlilerde $31,60 \pm 5,46$ kg/m² idi (p=0,019). Kadınların %84,5'inde (n=120), erkeklerin %87,3'ünde (n=138) abdominal obezite vardı.

Kadınların bel çevresi ortalaması $103,61 \pm 13,06$ cm, erkeklerin bel çevresi ortalaması $105,65 \pm 11,34$ cm olarak ölçüldü. SKB'ye göre abdominal obezite durumlarına bakıldığında, SKB normal olanların %83,1'inde (n=138), yüksek olanların %89,6'sının (n=120) abdominal obezite vardı (p=0,109). DKB normal olanların %83,1'inde (n=167), yüksek olanların %91,9'unda (n=91) abdominal obezite vardı. DKB yüksek olanlar daha obezdi (p=0,044).

Çalışmamızda Tip 2 diyabeti olan katılımcıların %48,4'ü (n=59); diyabeti olmayan katılımcıların ise %54,5'i (n=97) hipertansifti (p=0,296). Sigara kullanan hastaların kan basıncı durumlarına bakıldığında, sigara kullanan hastaların %43,4'ü (n=23), kullanmayan veya bırakmış hastaların %53,8'i (n=133) hipertansifti (p=0,176). Haftada en az 3 gün egzersiz yapan hastaların %47,5'i (n=38); daha az egzersiz yapan veya hiç yapmayanların %53,6'sı (n=118) hipertansifti (p= 0,347). SKB ve DKB ile klinik, laboratuvar ve tedavi uyumu bulguları arasındaki ilişkiler tablo 2 ve 3'te sunulmuştur.

	SKB (mmHg)	Ortalama değer	p
Total kolesterol (mg/dl)	<140	195,77±47,05	0,130
	≥140	206,46±37,16	
Trigliserid (mg/dl)	<140	158,67±77,97	0,250
	≥140	176,14±115,55	
LDL-kolesterol (mg/dl)	<140	119,27±37,76	0,135
	≥140	128,48±35,98	
HDL-kolesterol (mg/dl)	<140	45,91±10,67	0,759
	≥140	46,51±13,35	
Açlık kan şekeri (mg/dl)	<140	125,29±47,06	0,118
	≥140	116,29±33,16	
Üre (mg/dl)	<140	31,61±16,96	0,976
	≥140	31,54±11,54	
Kreatinin (mg/dl)	<140	0,96±0,38	0,259
	≥140	0,91±0,30	
HbA1c (%)	<140	6,84±1,73	0,401
	≥140	6,57±1,23	
Hemoglobin (gr/dl)	<140	13,18±1,54	0,438
	≥140	13,34±1,49	
Body mass index (kg/m ²)	<140	31,02±5,23	0,001*
	≥140	33,36±6,94	
Bel çevresi (cm)	<140	102,66±11,0	0,002*
	≥140	107,19±13,17	
Uyum puanı	<140	74,63±6,84	0,013*
	≥140	72,51±7,86	

*p<0,05 Kısaltmalar: HbA1c: hemoglobin A1c, HDL:yüksek yoğunluklu lipoprotein, LDL:düşük yoğunluklu lipoprotein, SKB: sistolik kan basıncı

	DKB (mmHg)	Ortalama değer	p
Total kolesterol (mg/dl)	<90	193,15±39,94	0,003*
	≥90	215,16±46,82	
Trigliserid (mg/dl)	<90	161,52±85,38	0,008*
	≥90	175,25±114,24	
LDL-kolesterol (mg/dl)	<90	117,28±36,68	0,028*
	≥90	134±35,92	
HDL-kolesterol (mg/dl)	<90	44,74±11,90	0,028*
	≥90	49,25±11,11	
Açlık kan şekeri (mg/dl)	<90	125,6±46,11	0,013*
	≥90	112,61±29,34	
Üre (mg/dl)	<90	32,15±16,12	0,415
	≥90	30,25±11,59	
Kreatinin (mg/dl)	<90	0,96±0,36	0,113
	≥90	0,88±0,30	
HbA1c (%)	<90	6,83±1,63	0,289
	≥90	6,44±1,28	
Hemoglobin (gr/dl)	<90	13,18±1,59	0,279
	≥90	13,42±1,35	
Body mass index (kg/m ²)	<90	31,04±5,20	0,001*
	≥90	34,13±7,34	
Bel çevresi (cm)	<90	102,87±10,76	0,001*
	≥90	108,35±14,07	
Uyum puanı	<90	74,62±6,94	0,003*
	≥90	71,78±7,88	

* p<0,05 Kısaltmalar: DKB: diyastolik kan basıncı HbA1c: hemoglobin A1c, HDL:yüksek yoğunluklu lipoprotein, LDL:düşük yoğunluklu lipoprotein

Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme Ölçeğine göre hastaların %19'u (n=57) uyumsuz, %81'i (n=243) uyumlu. Kadınların %77,5'i (n=110), erkeklerin %84,2'si (n=133) uyumlu (p=0,144). Evli olanların %17,4'ü (n=46), bekâr olanların %31,4'ü (n=11) uyumsuzdu (p=0,064).

Uyumlu grubun %48,6'sı (n=118), uyumsuz olan grubun %66,7'si (n=38) hipertansifti. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,014).

Uyumlu ve uyumsuz grup arasında, sosyal güvence varlığı (p=0,379), eğitim durumu (p=0,242), tansiyon aletinin olup olmaması (p=0,494), ölçüm sıklığı (p=0,629), sigara kullanımı (p=0,081), hedef organ hasarı ile ilgili bilgi düzeyi (p=0,649) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Uyumlu grupta uyumsuz gruba göre, hedef organ hasarı endişe düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptandı (p=0,027).

Uyumsuz gruptaki hastaların %70,2'si (n=40) obez iken, uyumlu hastaların %57,2'si (n=139) obezdi (p=0,047).

Katılımcıların ilaç kullanım sayısı ile uyum arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,642$). Kan basıncını hiç ölçtürmeyenlerle düzenli ölçtürenler arasında uyum açısından bir fark yoktu ($p=0,381$). Uyumlu olanların hipertansiyon süreleri daha uzundu. Uyumlularda ortanca hipertansiyon süresi 10 yıl (%25=5 yıl, %75=19 yıl), uyumsuzlarda 6 yıl idi (%25=3yıl, %75=14 yıl) ($p<0,05$).

Haftada en az 3 gün egzersiz yapan hastaların %91,3'ü ($n=73$) uyumlu, yapmayanların %77,3'ü ($n=170$) uyumluydu ($p=0,007$).

Diyet listesi olan hastaların %82,6'sı ($n=38$) uyumlu, diyet listesi olmayanların %80,7'si ($n=205$) uyumlu bulundu ($p=0,841$). Diyetine tam veya kısmi olarak uyan hastalarda uyumlu grup %83,6 ($n=158$), diyetine hiç uymayan grupta uyum oranı %76,6 ($n=85$) idi ($p=0,170$). Hastaların uyum durumları ile kan lipid seviyeleri arasında herhangi bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hastaların %81'inin Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeğine göre uyumlu olduğu saptandı. Yapılan iki çalışmada uyum oranı %77,4 ve %86,8 olarak saptanmıştır.^{12,14} Ogedegbe G. hipertansif hastaların tedaviye uyum oranının seçilen ölçeğe bağlı olarak %43 ile %88 arasında değiştiğini belirtmiştir.¹⁵ 25 çalışmanın dâhil edildiği bir meta-analizde hipertansif hastaların önemli bir kısmının (% 45,2) ilaç uyumunun olmadığı, komorbiditesi olan hastaların ise yaklaşık üçte birinin (% 31,2) ilaç uyumunun olmadığı gösterilmiştir.¹⁶ Çalışmamızda saptanan uyum oranı literatürle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda antihipertansif tedavi alan hastalardan kan basınçları kontrol altında olanların oranı %48 olarak saptanmıştır. TEKHARF çalışmasında 2009-2014 kohortunda ilaç tedavisi ile kan basıncının kontrol altına alınma oranı % 48 olarak belirlenmiştir. 2000 yılında her 100 hipertansiyon hastasından %42'sinin ilaç kullandığı ve sadece

%9,6'sının tansiyonunun kontrol altına alındığı saptanmıştır.³ 2006 yılında sağlık ocaklarında yapılan TÜRKSAHA çalışmasında kan basıncı kontrol oranı %24,2 olarak bulunmuştur.¹⁷ Son yıllarda yapılan çalışmalarda kan basıncı kontrol oranlarında gözle görülür bir yükselmenin olduğu görülmekte ve çalışmamızdaki veriler de bunu desteklemektedir.

Birçok çalışmada tedaviye uyumlu hastaların kan basıncı kontrol oranlarının uyumsuz hastalara göre daha iyi olduğu gösterilmiştir.^{18,19} Morisky D.E. ve arkadaşları çalışmalarında, Morisky ölçeğine göre düşük puan alan bireylerin kan basıncı kontrol oranını %42, yüksek puan alanların oranını ise %54 olarak bulmuşlardır.²⁰ Çalışmamızda ölçeğe göre uyumlu bulunan hastaların kan basıncı düzeyleri, uyumsuz olanlara göre anlamlı derecede daha düşük bulundu. Çalışmamızda SKB veya DKB normal olan hastaların uyum puanlarını ayrı ayrı değerlendirdiğimizde, kan basıncı yüksek olan hastalara göre uyum puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu bulduk. Bu da hastaların tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliği başarılarının, kan basıncı kontrolü üzerindeki pozitif etkisini gösteren önemli bir bulgudur.

Ulaştığımız önemli bir diğer bulgu çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezine kayıtlı hipertansif hastaların sadece % 8'inin vücut kitle indeksinin normal sınırlar içinde olmasıydı. Ayrıca çalışmamızda hastaların %32,3'ünün kilolu, %59,7'sinin obez olduğu görüldü. Kadınlar erkeklere göre anlamlı derecede daha obezdi. 2012 yılında Türkiye'de yapılan PatenT2 çalışmasında kadınların ortalama VKİ 28,1 kg/m², erkeklerin ortalama VKİ 26,7 kg/m² bulunmuştur.⁶ Ülkemizde yetişkin toplumda obezite prevalansı kritik sınır olan %30'u aşmıştır. Obezite sıklığı kadınlarda daha yüksek olmakla beraber, son yıllarda erkeklerde de artmaktadır. Satman ve ark.²¹ tarafından yapılan TURDEP-1 çalışmasında Türkiye'de obezite prevalansı %22 olarak bulunmuştur. Yine Satman ve ark.²² tarafından yapılan TURDEP-2 çalışmasında obezite prevalansı %36 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda obezite prevalansının

bu çalışmalardan daha yüksek çıkması Türkiye’de obezitenin gün geçtikçe daha önemli bir sağlık problemi haline geldiğini göstermektedir. Hipertansif bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği puanı yüksek olan hastaların obezite oranlarına baktığımızda uyumlu hastaların obezite oranlarını istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulduk. Esirgen L. çalışmasında kilo kontrolünü başarmanın tedaviye uyumu 2,12 kat arttırdığını belirlemiştir.¹²

Çalışmamızda DKB yüksek olanlarda; abdominal obezite oranı, ortalama VKİ, ortalama bel çevresi oranları anlamlı derecede yüksek idi SKB yüksek olanlarda da ortalama VKİ ve ortalama bel çevresi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi. Amerikada yapılan NHANES II çalışmasında 20-75 yaş arasında $VKİ > 27 \text{ kg/m}^2$ olanlarda hipertansiyonu 3 kat, 20-45 yaş arasında ise 6 kat fazla bulunmuştur.²³ Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar bu verileri destekler niteliktedir.

Çalışmamızda cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, eğitim durumu, tansiyon aletinin olup olmaması, tansiyon ölçüm sıklığı, sigara kullanımı, kullanılan ilaç sayısı, diyet listesinin olup olmaması, diyetle uyum düzeyi, ek hastalık varlığı ile uyum düzeyleri arasında bir ilişki saptanmadı. Bu sonuçlar literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik gösterse de farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da mevcuttur.^{14,24,25} Mollaoğlu ve ark.²⁶ tarafından yapılan çalışmada erkeklerde, iki veya daha fazla ilaç kullananlarda, kan basıncını düzenli olarak kontrol etmeyen hastalarda tedaviye uyumun düşük olduğu saptanmıştır. Gün ve ark.’nın²⁷ yaptığı çalışmada “kan basıncımı hiç ölçtürmem” diyenlerin uyum puanı en düşük grup olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda haftada en az 3 gün egzersiz yapan hastalar ölçeğe göre anlamlı derecede daha uyumlu bulundu. Kim Y. ve ark.²⁸ çalışmasında fiziksel aktivite ile hastalık farkındalığı arasında bir ilişki saptamazken, Esirgen L. çalışmasında haftada 3 gün ve üzeri egzersiz yapanların tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliği başarısının 12,8 kat arttı-

ğını saptamıştır.¹²

Hipertansif bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeğine göre uyumlu bulunan katılımcıların hastalık süreleri, ölçeğe göre uyumsuz bulunan katılımcıların hastalık sürelerinden daha uzundu. Hastalık süresi uzadıkça hastaların tedaviye uyum oranları artmaktaydı. Gün ve ark.’nın²⁷ yaptığı çalışmada benzer şekilde hastalık süresi uzadıkça uyum oranının arttığı saptanmıştır. Lee ve ark.’nın²⁹ yaptığı çalışmada daha genç ve daha kısa süredir antihipertansif tedavi kullanan hastaların, tedaviye uyum düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Mekonnen ve ark.’nın³⁰ çalışmasında, üç yıldan uzun süredir antihipertansif ilaç kullanan katılımcıların ilaç uyum oranlarını, üç yıldan kısa süredir ilaç kullananlara göre iki kat fazla bulmuştur. Hipertansiyon teşhisi yeni konulmuş hastalarda henüz hastalık ile ilgili semptomların ortaya çıkmamış olması, erken dönemde hastalığı kabullenmenin daha az olması, ilerleyen yaşlarda eklenen hastalıklar ile beraber tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliklerinin zorunlu olarak uygulanmaya başlanmasının bu durumda etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda DKB kontrol altında olmayanların ortalama açlık kan şekeri, total kolesterol, trigliserid, LDL seviyeleri DKB kontrol altında olanlara göre anlamlı derecede yüksek idi. Bu durum göz önüne alındığında, katılımcıların hastalıkları konusunda sağladıkları tedavi disiplininin kan şekeri ve lipid verilerine yansdığı söylenebilir.

Çalışmamızda, bekar hastalarda obezite oranları daha yüksek ve kan basıncı kontrol oranları daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar evli çiftlerin tedaviye ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum konusunda birbirlerini motive ettiğini düşündürmüştür. Bekar popülasyon içerisinde dul olan katılımcıların bulunması ve bu katılımcıların çoğunun orta yaş üzerinde bulunmasının da etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliği

başarısını kısmen ya da tam olarak gerçekleştirebilmiş hipertansiyon hastalarının kan basınçlarının daha etkili bir şekilde kontrol altına alınabildiğini gösterdiğimizi düşünmekteyiz.

Çalışmamızın kesitsel nitelikte olması ve hastaların tek bir bölgeden seçilmiş olması nedeniyle sonuçların genelleştirilememesi çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca uyumsuz hasta grubunun eğitimi sonrası yeniden değerlendirmenin yapılacağı prospektif çalışmaların literatüre katkısı olacaktır.

Sonuç olarak, hipertansiyon hastalarında tedavi uyumu, kan basıncı kontrolünü etkilemektedir. Özellikle birinci basamakta olmak üzere, hastaların hekimler tarafından bilgilendirilmesi ve eğitimi önem arz etmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı

Yazarlar çalışmanın bütün aşamalarına katkıda bulunmuş, son halini okumuş ve onaylamıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Türk Kardiyoloji Derneği. Türk kardiyoloji derneği ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu; 2000. <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365(9455): 217-23.
3. Onat A, Can G, Yüksel H, et al. TEKHARF tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. Onat A, editör. İstanbul, Logos Yayıncılık, 2017;1-294.
4. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. TEMD Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2022. <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf> (Erişim tarihi:08.11.2023)
5. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan Ç, et al. Turkish society of hypertension and renal diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in turkey (the patent study) in 2003. *J Hypertens* 2005; 23(10): 1817-23.
6. Sengül S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arıcı M, Sindel S, et al. Turkish society of hypertension and renal diseases. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens* 2016; 34(6): 1208-17.
7. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici U, Nergizoğlu G, Turgan Ç, et al. Türk hipertansiyon prevalans çalışması (Patent). http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevallans_Calismasi_Ozeti-1.pdf
8. Graves JW. Management of difficult to control hypertension. *Mayo Clinic Proceedings* 2000; 75(3): 278-84.
9. Hill M, Miller NH. Antihipertansif tedaviye uyum. Primer hipertansiyon. İzzo JL, Black HR, editörler. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Kitapevi, 2004.
10. Feldman R, Bacher M, Campbell N, Drover A, Chockalingam A. Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Can J of Public Health* 1998; 89(5): 116-8.
11. Gozum S, Hacıhasanoğlu R. Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *Eur J of Cardiovase Nurs* 2009; 8(2): 129-36.
12. Esirgen L. Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirmeye ölçeğinin geliştirilmesi. Uzmanlık tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2018.
13. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, World Health Organization, 1997.
14. Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu; A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension, *Türk Aile Hek Derg* 2011; 15(1): 7-12.
15. Ogedegbe G. Barriers to optimal hypertension control. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008; 10(8): 644-6.
16. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2017; 96(4): e5641.
17. Abaci A, Oğuz A, Kozan O, Toprak N, Senocak H, Deger N, et al. Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). *J Hum Hypertens* 2006; 20(5): 355-61.
18. Alhaddad IA, Hamoui O, Hammoudeh A, Mallat S. Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Eastern population: adherence. *Vasc Health Risk Manag* 2016; 12: 407-13.
19. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJ, Lyra Junior DP. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arq Bras Cardiol* 2012; 99(1): 649-58.
20. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24(1): 67-74.
21. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 25(9): 1551-6.
22. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincceg N, et al; TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013; 28(2): 169-80.
23. Van Italie TB. Health implications of overweight and obesity in the United States. *Am Intern Med* 1985; 103(6): 983-8.
24. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz J, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer Adherence* 2016; 10: 2437-47.
25. Vatanserver Ö, Ünser S. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovase Nurs* 2014; 5(8): 66-74.
26. Mollaoglu M, Solmaz G, Mollaoglu M. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat* 2015; 54(4): 438-44.
27. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. *DEUHYO ED*. 2014; 7(2): 98-108.
28. Kim Y, Kong KA. Do hypertensive individuals who are aware of their disease follow lifestyle recommendations better than those who are not aware? *PloS One* 2015; 10(8): e0136858.
29. Lee GK, Wang HH, Liu KQ, Cheung Y, Morisky DE, Wong MC. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PloS One* 2013; 8(4): e62775.
30. Mekonnen HS, Gebrie MH, Eyasu KH, Gelagay AA. Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Pharmacol Toxicol* 2017; 18(1): 2