



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ANTİHİPERTANSİF İLAÇ KULLANAN HASTALARIN
HASTA EĞİTİMİ, UYUNCU VE HASTA TAKİBİNDE KLİNİK
ECZACININ ROLÜ**

ECE GÖÇMEN

KLİNİK ECZACILIK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. GÜLDEN ZEHRA OMURTAG

İSTANBUL-2020

TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde bana rehberlik eden, yardımını, bilgisini, desteğini ve zamanını esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Gülden Zehra OMURTAG' a

Çalışmam sırasında bana yardımıyla destek veren Öğr. Gör. Neda TANER' e,

Ve tabii bu zorlu süreçte yanımda olan değerli aileme, arkadaşlarıma ve anketlerde gönüllü olan hastalarıma,

Teşekkür ederim.

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACE	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
ADEİ	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü
ARB	: Anjiotensin Reseptör Blokerleri
BPH	: Benign Prostat Hiperplazisi
Ca	: Kalsiyum
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
Dk	: Dakika
DKB	: Diastolik Kan Basıncı
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: Avrupa Hipertansiyon Derneği
G	: Gram
GIA	: Geçici İskemik Atak
HfrEF	: Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
HT	: Hipertansiyon
HDL	: High Density Lipoprotein
IV	: İntravenöz
K	: Potasyum
KAH	: Koroner Arter Hastalığı

KB	: Kan Basıncı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
Kg	: Kilogram
KKB	: Kalsiyum Kanal Blokerleri
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KV	: Kardiyovasküler
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
MI	: Miyokard İnfarktüsü
NSAİİ	: Non Steroidal Anti İnflamatuvar İlaçlar
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
Mg	: Miligram
MmHg	: Milimetre Cıva
POST-MI	: Posterior Miyokard İnfarktüsü
RAAS	: Renin Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
SSS	: Santral Sinir Sistemi
SVEF	: Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu
SVH	: Sol Ventrikül Hipertrofisi
YTD	: Yaşam Tarzı Değişikliği

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.	KB Hedefleri.....	13
Şekil 4.2.	Sekonder Hipertansiyondan Şüphelenilecek Hasta Grupları.....	15
Şekil 4.3.	Yaşa Göre Sekonder HT Tipik Neden ve Sıklıkları.....	15
Şekil 4.4.	Ofis KB Hedef Aralıkları.....	16
Şekil 4.5.	Tedavi Eşik Değerleri.....	17
Şekil 4.6.	Akut İnme ve Serebrovasküler Hastalıklı Hipertansif Hastalarda Tedavi Stratejisi İçin Öneriler.....	18
Şekil 4.7.	İlaç Tedavisi.....	20
Şekil 4.8.	Kombine İlaç Tedavisi.....	22
Şekil 4.9.	Dirençli Hipertansiyon.....	28
Şekil 4.10.	Dirençli HT Karakteristikleri, Sekonder Nedenler ve Katkıda Bulunan Faktörler.....	29
Şekil 6.1.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	37
Şekil 6.2.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	37
Şekil 6.3.	Cinsiyete Göre Yaş Gruplarının Dağılımı.....	38
Şekil 6.4.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Medeni Duruma Göre Dağılımı...39	
Şekil 6.5.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	40
Şekil 6.6.	Hastaların Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı...42	
Şekil 6.7.	Birinci Dereceden Yakınlarında Hipertansiyon Varlığına Göre Hastaların Dağılımları.....	42
Şekil 6.8.	Hastaların Düzenli ve Doğru Tansiyon Ölçümlerine Göre Dağılımları..44	
Şekil 6.9.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyona Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Dağılımları.....	45
Şekil 6.10.	Hastaların Kullandığı İlaç Sayısına Göre Dağılımı.....	46
Şekil 6.11.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Düzenli İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımı.....	50
Şekil 6.12.	Hastaların Tedaviye Yanıtlarına Göre Dağılımları.....	51

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 6.1.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Boy, Ağırlık ve Beden Kitle Endekslerinin Dağılımı.....	40
Tablo 6.2.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Boy, Ağırlık ve Beden Kitle Endekslerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	41
Tablo 6.3.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde İlk Sırada Kullanılan İlaçların Etken Maddeye Göre Dağılımı.....	46
Tablo 6.4.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde İlk Sırada Kullandığı İlaçların Gruba Göre Dağılımı.....	47
Tablo 6.5.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde İkinci Sırada Kullandığı İlaçların Etken Maddeye Göre Dağılımı.....	47
Tablo 6.6.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde İkinci Sırada Kullandığı İlaçların Gruba Göre Dağılımı.....	48
Tablo 6.7.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde Üçüncü Sırada Kullandığı İlaçların Etken Maddeye Göre Dağılımı....	49
Tablo 6.8.	Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde Üçüncü Sırada Kullandığı İlaçların Gruba Göre Dağılımı.....	49

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	iv,v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	6
4.2. Klinik Eczacılık ve Hipertansiyon.....	7
4.3. Klinik Eczacının Görevi.....	8
4.3.1. Klinik eczacılık uzmanlık alanları.....	10
4.3.2. Klinik eczacılık eğitimi.....	10
4.3.3. Farmasötik bakım.....	10
4.4. Hipertansiyon ve Kan Basıncı.....	12
4.4.1. Tanımlar.....	12
4.4.2. Hipertansiyonun epidemiyolojisi.....	13
4.4.3. Hipertansiyonun patofizyolojisi.....	13
4.4.3.1. Primer(Esansiyel) HT'da rolü olan faktörler.....	14
4.4.3.2. Sekonder hipertansiyonda rolü olan faktörler.....	14
4.4.4. Hipertansiyonun belirtileri.....	15
4.4.5. Hipertansiyon hastalarında kardivasküler risk faktörleri.....	16
4.4.6. Diyabetiklerde kan basıncı hedefleri.....	18
4.4.7. Hipertansiyon tedavisi.....	18
4.4.8. Hipertansiyonun ilaç tedavisi.....	20
4.4.8.1. Hipertansiyonun ilaç tedavisinin kontrolü.....	20
4.4.8.2. İlaç grupları.....	21
4.4.8.3. Kesin kontrendikasyonlar.....	22
4.4.8.4. Diüretikler.....	23
4.4.8.5. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri(ade inh)- anjiyotensin reseptör blokörleri (arb).....	24

4.4.8.6. Kalsiyum kanal blokörleri(kkb).....	25
4.4.8.7. Beta blokörler.....	26
4.4.8.8. Diğer antihipertansifler.....	28
4.4.9. Özel hastalarda gruplarında hipertansiyon tedavisi.....	28
4.4.9.1. Yaşlılar.....	29
4.4.9.2. Diyabetikler.....	29
4.4.9.3. Koroner arter hastaları.....	30
4.4.9.4. Kalp yetmezliği hastaları.....	30
4.4.9.5. KOAH hastaları.....	30
4.4.9.6. Gebeler.....	31
4.4.10. Hipertansiyon hastalarında uyunç.....	31
4.4.11. Evde kb ölçümü.....	32
4.4.12. Hipertansiyon hastalarında izlem.....	33
5. MATERİYAL VE METOT.....	34
5.1. Bölge Hakkında Genel Bilgiler.....	34
5.2. Araştırma Modeli.....	34
5.3. Araştırma Evreni.....	34
5.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
5.4.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	35
5.4.2. Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	35
5.5. Araştırmada Kullanılan Araçlar.....	36
5.6. Verilerin Toplanması ve Analizi.....	36
5.7. Araştırmanın Süresi ve Maliyeti.....	36
6. BULGULAR.....	37
7. TARTIŞMA.....	52
8. SONUÇ.....	62
9. KAYNAKLAR.....	64
10. EKLER.....	72
11. ETİK KURUL ONAYI.....	78
12. ÖZGEÇMİŞ.....	81

1. ÖZET

ANTIHIPERTANSİF İLAÇ KULLANAN HASTALARIN HASTA EĞİTİMİ, UYUNCU VE HASTA TAKİBİNDE KLİNİK ECZACININ ROLÜ

Yüksek kan basıncı olarak da adlandırılan hipertansiyon kan basıncının kronik olarak yüksek olduğu tıbbi durumdur. Hipertansiyon dünya çapında en önemli kardiyovasküler risk faktörlerinden biridir. Antihipertansif ilaçlar hipertansiyon tedavisinde kullanılan bir grup ilaçlardır. Antihipertansif ilaçların baş dönmesi, ayak bileği ödemi, baş ağrısı, yorgunluk, göğüs ağrısı ve öksürük gibi yan etkileri mevcuttur. Hipertansiyon tanısı ile antihipertansif ilaç başlanan hastaların yaklaşık %35'i ilk 6 ay içerisinde ilaçlarını bırakmaktadır ve bunun en önemli sebebi ilaç yan etkileri ve hasta memnuniyetsizliğidir. (27) Bu çalışmada serbest eczanede eczacı tarafından antihipertansif ilaç kullanan hastalara 35 soruluk anket yapılmış, hastaların tedaviye uyuncu ve ilaç yan etkileri saptanmış hastalara bu konuda eğitim verilmiş ve yönlendirme yapılmıştır. Bu çalışma Hatay ili Defne İlçesi'nde Ece Göçmen Eczanesi'ne hipertansiyon tanısıyla başvuran 50 hasta üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada hastaların sosyo-demografik özellikleri, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları ve komorbid hastalıkları saptanmış olup, bu faktörlerin hipertansiyon hastalığına etkileri tartışılmış ve literatürde yapılmış olan diğer çalışmalarla karşılaştırması yapılmıştır. Bu araştırma kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırma Ağustos 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilen bireylerin %60,0'ı kadın, %40,0' erkek bireylerden oluşmaktaydı. Araştırmaya dahil edilen hastaların %90,0'ı 40 yaş üzeri, %10,0'u 20-40 yaş arasındaydı. 20 yaş altında hasta bulunmamaktaydı. Cinsiyete göre yaş grupları arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi. Hastaların %86,0'ında tedaviye iyi yanıt, %8,0'ında orta yanıt, %6,0'ında yetersiz yanıt alındığı saptandı. Hastaların %6'sında antihipertansif ilaca bağlı yan etkiler saptandı. Sonuç olarak eczacılar ve diğer sağlık çalışanları hastalarının ihtiyaçlarını ve hastalık risk faktörlerini proaktif olarak belirleyerek, yaşam tarzı değişikliklerinin ve öz-yönetimin özendirilmesi gibi sağlıklı davranışları hayata geçirerek ve hasta bakım hizmetleri sunarak hastalara yardımcı olabilirler.

Anahtar sözcükler: Hipertansiyon, kan basıncı, klinik eczacı

2.ABSTRACT

ROLE OF CLINICAL PHARMACIST IN PATIENT EDUCATION, COMPLIANCE AND FOLLOW-UP OF PATIENTS USING ANTIHYPERTENSIVE DRUGS

Hypertension, also called high blood pressure, is a medical condition where the blood pressure is chronically high. Hypertension is one of the most important cardiovascular risk factors worldwide. Antihypertensive drugs are a group of drugs used to treat hypertension. Antihypertensive drugs have side effects such as dizziness, ankle edema, headache, fatigue, chest pain and cough. Approximately 35% of patients who have been started on antihypertensive drugs with the diagnosis of hypertension discontinue their medication within the first 6 months and the most important reason is drug side effects and patient dissatisfaction. In this study, a 35-item questionnaire was administered to patients using antihypertensive drugs by a free pharmacist, compliance of patients with treatment and drug side effects were determined, patients were trained and directed on this subject. This study was conducted on 50 patients with hypertension admitted to Ece Göçmen Pharmacy in Defne district of Hatay. In this study, socio-demographic characteristics, lifestyles, dietary habits and comorbid diseases of the patients were determined and their effects on hypertension disease were discussed and compared with other studies in the literature. This is a cross - sectional study. This research was conducted between August 2019 and November 2019. 60 % of the participants were female and 40 % were male. 90 % of the participants were over 40 years old and 10.0 % were between 20-40 years old. There were no patients under 20 years of age. There was no significant difference between age groups according to gender. 86 % of the patients had good response to the treatment, 8 % had moderate response and 6 % had inadequate response to the treatment. Antihypertensive drug-related side effects were detected in 6 % of the patients. As a result, pharmacists and other health professionals can help patients by proactively identifying their patients' needs and disease risk factors, implementing healthy behaviors such as encouraging lifestyle changes and self-management, and providing patient care.

Key words: Hypertension, blood pressure, clinical pharmacist

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, toplumların önemli bir halk sağlığı sorununu oluşturan kardiyovasküler hastalıkların en sık görülenidir. Tedavi edilmediğinde kalp yetersizliği, MI, böbrek yetersizliği, felç, görme kaybı gibi pek çok hastalığa neden olabilmektedir. Ayrıca bu hastalık bütün ölümlerin %20-50'sine sebep olan kardiyovasküler mortalitenin temel risk faktörlerindedir (1). Hem artan yaşam süresi hem de diyabet, hormonal hastalıklar, metabolizma hastalıkları ve obezitenin artışı nedeniyle hipertansif hasta sayısı artmaya devam etmekte ve bununla birlikte iyi kontrollü hasta sayısının oranı düşük kalmaktadır (2).

Kronik bir hastalığın olması, ömür boyu hastalıkla yaşam hastayı tedirgin etmekte ve uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.(3)Hipertansiyon hastalarının genellikle zaman içinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve bu durum günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara sebep olmaktadır.(4)

Hipertansiyon yönetiminde başarılı olmak, düzenli kan basıncı kontrolünü, ilaç tedavisine uyumu ve uygun yaşam tarzı değişikliklerini sağlamak için hastaya en yakın sağlık profesyoneli olan eczacıya önemli görevler düşmektedir. Tedaviye uyumun artması ile hipertansiyonun kontrol altına alınması, hastalık ile ilişkili semptomların yaşanmasını azaltarak yaşam kalitesini arttırabilir. Bu çalışmanın amacı; hipertansiyon hastalarının tedavisini ve tedaviye uyuncunu değerlendirmek; yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla klinik eczacılık perspektifi içerisinde hastaları takip etmek ve onlara eğitim vermektir.

Hipertansiyon, birincil ve ikincil hipertansiyon biçiminde 2'ye ayrılır. Birincil hipertansiyonun esas sebebi bilinmemekle beraber, olguların yaklaşık %92-95'ini oluşturmaktadır.(28) İlerleyen yaş, kilo artışı, cinsiyet, ırk/etnik köken, tuz-sigara-alkol tüketimi ve sedanter yaşam birincil hipertansiyon için risk faktörleri arasında yer almaktadır.(55,56)Ayrıca, östrojen, glukokortikoidler, NSAİİ gibi ilaçlar

ve bazı bitkisel ürünler kan basıncını yükseltip ikincil hipertansiyona neden olabilmektedir.(57,95).

Hastaların hipertansiyon ve tedavisine ilişkin farkındalıkları değerlendirildiğinde, hastalığının farkında olan, tedavi gören ya da tedavi ile kontrol altında tutulan bireylerin sayısı optimum düzeylerin oldukça altındadır.(6)Kan basıncı eşik değerlerinin farkında olmayan ve tedavideki hedefler konusunda yeterlibilgi sahibi olmayan hastaların çoğunun hedef kan basıncı değerlerine erişememesindeki en yaygın sebepler arasında “ uyunç sorunu” ve “ilaç kullanımında süreklilik olmaması”dır.(58,60)

Gelişmiş ülkelerde eczacılar, ulaşılması kolay olan birinci basamak sağlık çalışanı olarak görev almakta, sağlık sisteminde eczacılara özellikle kronik hastalıkların tedavisinde ve izleminde daha çok sorumluluklar verilmektedir.(60,63) Eczacılar, kardiyovasküler hastalığı olan ve kardiyovasküler hastalık riski taşıyanlara, bu hastalıklardan korunmaları için tavsiyelerde bulunmakla beraber, kardiyovasküler risklere neden olabilen hipertansiyon, hiperlipidemi ve sigarayı bırakma gibi konularda önemli girişimlerde de bulunmaktadır.(61,62)

Genel olarak toplumda ideal kan basıncı değerlerinin 120/80 mmHg ya da altında olması amaçlanmaktadır. Sistolik kan basıncı değerinin 140 mmHg ve diyastolik kan basıncı değerinin 90 mmHg üstünde olması hipertansiyon olarak tanımlanır.(21) Hipertansiyonun kardiyovasküler hastalıklar açısından risk faktörü olduğu bilinmekle birlikte, yüksek kan basıncı ve ölüm oranları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Kan basıncının kontrol altına alınmasında ve kardiyovasküler mortalitenin azaltılmasında ilaç tedavisinin önemi kanıtlanmıştır. (22) Yalnız, yüksek tansiyonlu hastalarda kan basıncı normal düzeylere indirilse bile, bu hastalarda kardiyovasküler morbidite ve mortalite oranlarının kan basıncı normal kişilerden daha yüksek olduğu bilinmektedir.(23)Ancak unutulmaması gereken diğer bir konu da, antihipertansif tedavinin amacı, yalnız kan basıncını düşürmek değil, hipertansiyonla beraber bulunan risk faktörleriyle de mücadele etmektir.(7)

Hipertansif hastalarda yaşam biçimi değişiklikleri sonucu, SKB / DKB'de düşme, dislipidemi ve glukoz intoleransı gibi parametrelerde iyileşme sağlandığı, kullanılan ilaç sayısında azalma olabileceği gösterilmektedir.(24)Tedavi sürecinde ilacın doğru doz, doğru şekil ve doğru zamanda kullanılması tedavi başarılı olmasının temel şartıdır.(25)

Genel olarak antihipertansif ilaçlar ACE (anjiotensin dönüştürücü enzim) inhibitörleri, anjiotensin reseptör blokerleri, diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, beta blokerler, alfa blokerler ve santral etkili ilaçlar olmak üzere 7 grup olarak incelenebilir. Antihipertansif ilaçların baş dönmesi, ayak bileği ödemi, baş ağrısı, yorgunluk, göğüs ağrısı ve öksürük gibi yan etkileri mevcuttur.(8) Hipertansiyon tanısı ile antihipertansif ilaç başlanan hastaların yaklaşık %35'i ilk 6 ay içerisinde ilaçlarını bırakmaktadır ve bunun en önemli sebebi ilaç yan etkileri ve hasta memnuniyetsizliğidir. Pek çok kişi tarafından kullanılan bu ilaçların çoğu yan etkisini henüz bilmemekteyiz.(26)

Hipertansiyonun önlenmesi, hastalığın izlemi, erken tanı ve hastaların eğitimi konusunda sağlık zincirinin ilk ve son halkasını oluşturan eczacılara önemli görevler düşmektedir. Eczacılar, hipertansiyon tanısı konmuş hastalara, hipertansiyon hakkında genel bilgi, tedaviye uyunç, ilaçların kullanımı, yaşam biçimi değişiklikleri, ilaç etkileşimleri, evde kan basıncı ölçümü ve izlemi gibi türlü konularda hasta eğitimi verebilmektedir. Hipertansiyon tanısı konmamış hastalardaysa risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve riskli hastalara yaşam biçimi değişikliği tavsiyeleriyle riskin azaltılması sonucu hipertansiyonun önlenmesinde de eczacılara önemli görev düşmektedir. Ayrıca, ölçülen kan basıncı sonuçlarına istinaden yüksek değerlere sahip hastaların doktora yönlendirilmesiyle erken tanı konmasında da eczacıların rolü büyük önem arz etmektedir.(66)

4. GENEL BİLGİLER

4. 1. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Küresel prevalansları göz önünde bulundurulduğunda gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerde hızla artmakta olan kronik hastalıklar dünyada görülen en önemli ölüm sebeplerinden biridir. Dünyada her yıl inme ve kalp krizi nedeniyle takribi 12 milyon, HT ve diğer kalp hastalıkları nedeniyleyse 3,9 milyon insan ölmektedir. Takriben bir milyardan fazla yetişkin aşırı kilolu, bu bireylerin 300.000'i ise klinik olarak obezdir.(11)

İki bin yili itibariyle Dünya'da 972 milyon kişide hipertansiyon vardır. Bu sayı dünyadaki yetişkin nüfusunun % 26.4'üne denk gelmektedir.(5)

Ülkemizde 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevelans (Patent) çalışmasında hipertansiyon prevalansının % 31.8 olduğu, farkındalık oranının(%40) ve antihipertansif tedavi alma (%31), hatta tedavi alanlarda bile kan basıncı kontrolünün %20 gibi yeterli oranda olmadığı görülmüştür.(2)

2012 yılında yinelenen Patent2 çalışmasında da hipertansiyon prevalansının %30.3 olduğu, hipertansiyon farkındalık oranının %54.7'ye çıktığı, antihipertansif ilaç kullanımının %47.5 olduğu ve antihipertansif ilaç alanlarda kan basıncının kontrol altına alınma oranının %53'e yükseldiği görülmektedir. Bu sonuçlar her 10 kişiden 3'ünün hipertansiyon hastası olduğunu, hipertansiyonun farkındalığı, tedavi ve kontrolünde olumlu gelişmeler meydana geldiğini, ancak yine de farkındalık ve tedavi oranlarının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.(2) Türkiye'deki takriben 34 milyon yetişkinin toplam 11 milyonunda (5 milyonu erkek, 6 milyonu kadın) hipertansiyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayının içine, kan basıncı normale inmiş olsa dahi antihipertansif ilaç kullananlar da girmektedir. Buna göre yetişkin nüfusta erkeklerin %30-36'sında, kadınların %35-49'unda hipertansiyon görülmektedir. Bu verilere bakıldığında, 50 yaş ve üstündeki 10 erkekte 5'inde, 10 kadından 7'sinde hipertansiyon görüldüğü bilinmektedir.(19)

Cinsiyet farkı yapılmaksızın bakıldığında, obeziteden sonra en çok rastlanan risk faktörü olan hipertansiyona diyabetes mellitus veya koroner arter hastalığının da

eşlik etmesi, benzer seviyede kalp damar hastalığı riskini arttırmaktadır.(6)2005 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik Çalışması'na istinaden hipertansi kalp hastalığının toplam ölümlerin %3'ünü oluşturduğu ve ulusal düzeyde ölüme sebep olan hastalıklar içerisinde 6. sırada olduğu görülmektedir.(9)

4.2. Klinik Eczacılık ve Hipertansiyon

Klinik eczacılık, eczacının tüm eczacılık bilgilerini hasta yararına kullanması manasına gelen bir halk sağlığı bilimidir. Klinik eczacılık kavramı, içerdiği klinik sözcüğü dolayısıyla çoğu zaman hastane eczacılığı olarak düşünülse de buradaki klinik sözcüğü hasta odaklı eczacılık manasına gelmektedir. Günümüzde klinik eczacılık hizmetleri yalnızca hastanelerde değil, eczacıların görev yaptıkları diğer alanlarda ve eczanelerde de verilmektedir. Son yıllarda klinik eczacılık terimi yerine aslında aynı anlama gelen “pharmaceutical care” (eczacılık hizmetleri), “pharmacy practice” (eczacılık uygulamaları), “patient oriented pharmacy” (hasta odaklı eczacılık) ve “social pharmacy” (sosyal eczacılık) gibi ifadeler de kullanılmaya başlanmıştır.(42)

4.3. Klinik Eczacının Görevi

- ❖ Hasta Profili Oluşturmak
- ❖ Hasta Eğitimi
- ❖ İlaç Danışmanlığı
- ❖ Klinik Farmokinetik
- ❖ İlacın İzlenmesi
- ❖ Parenteral Çözeltilerin Hazırlanması
- ❖ Sistemli Tek Dozlu İlaç Dağıtım
- ❖ İlaç Etkileşimlerinin Önlenmesi
- ❖ İlk Yardım

4.3.1. Klinik eczacılık uzmanlık alanları

Klinik eczacılık uzmanlık alanlarından bazıları; pediatrik klinik eczacılık, klinik toksikoloji, onkoloji eczacılığı ve radyofarmasidir.

4.3.2. Klinik eczacılık eğitimi

Amerika'daki Eğitim

Klinik eczacılık, Amerika'da doğmuştur. Eğitim süresi 6 yıldır. İlk 2 yılı fakülte öncesi temel dersler oluşturur. Bunlardan arta kalan saatlerin eczane ve hastane eğitim oluşturur. Bu eğitim sisteminde en önemli unsurlardan biri laboratuvarda uygulama derslerinin yoğun olmasıdır. Bu eğitim modelinde öğrenciler yoğun bir biyomedikal eğitim alarak yaklaşık 9 ay gibi bir süre (son sınıf rotasyonları) klinik stajlarını yaparak klinik eczacı olarak mezun olurlar.

Türkiye'deki Eğitim

Türkiye'de ise gerçek manada bir klinik eczacılık eğitimi ancak lisansüstü düzeyde verilebilmektedir. Verilen yoğun teorik derslerin yanı sıra öğrenciler 2 sömestr boyunca hastanenin dahiliye, pediatri, genel cerrahi ve eczane gibi farklı bölümlerinde staj yapma imkanı bulmaktadırlar.(42)

4.3.3. Farmasötik bakım

Farmasötik bakım "eczacıların ilaç kullanımını en uygun hale getirmek ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için bireylerin bakımına katkısı" olarak tanımlanır.(43) Farmasötik danışmanlık; liderlik, hastalık hakkında klinik bilgi, tedavinin farmasötik olarak anlaşılması, yapılandırılmış iletişim becerileri ve profesyonel danışmanlığı kapsar.(45)

Hastalar için daha iyi klinik sonuçlar verecek bir tedavi planını yerine getirmek için eczacıların hastalarla ve diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapma sürecini kapsar. Hasta bakım sürecindeki üç ana adım şunlardır:

1. Hastanın tıbbi sorununun değerlendirilmesi
2. Bakım planı kapsamında ilaç tedavisine bağlı sorunların saptanması ve çözülmesi için önlemler alınması
3. İzlem değerlendirmesi.

İlacın hastaya sunulmasına ek olarak eczacılar ilaç tedavisinin uygun, güvenli ve etkili şekilde yapılmasını sağlarken, bir yandan da ilaçlarla ilgili danışmanlık yapabilir, ilgili sorunları çözebilir, klinik sonuçları iyileştirmek için tedaviye uyum konusunda hastanın farkındalığını arttırabilirler.(44)

Hastaya verilecek eğitim;

- Kardiyovasküler risk, diyabet riski gibi risk faktörleri de dahil olmak üzere hastalıkların erken tespiti için gerekli olan hedeflere dair bilgi,
- Hastalığa özel durumlar, farmakoterapi, ilaç tedavisi yönetimi, ilaçla ilişkili sorunlar ve iletişim becerileri konularında verilen eğitiminden sonra kazanılan yetkinlik,
- Diyet, beslenme, sigarayı bırakma ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve uyuma yönelik eğitim,
- Cihaz kullanımı ve hasta başı test konusunda eğitim,
- Cihazların ve hasta başı test ekipmanlarının kalite güvencesinden sorumlu olmak,
- Hastalıkların tespiti, yönetimi ve izlenmesinde yeni cihazların ve teknolojik gelişmelerin rolünü değerlendirebilmek,
- Kültürlerarası yetkinlik gelişimi,
- Mesleklerarası uygulama içermelidir.(50)

Yakın geçmişte yayınlanmış olan meta analizler ve kılavuzlar HT hastalarında kan basıncını azaltmak ve kontrolü sağlamak için en etkili yöntemin eczacı ve diğer sağlık personelinin de sürece katılmasıyla ekip çalışmasının faydalı olduğu sonucuna varmışlardır.(51)

4.4. Hipertansiyon ve Kan Basıncı

4.4.1. Tanımlar

Hipertansiyon(HT): Arteriyel kan basıncının kalıcı olarak yüksek olduğu(tekrarlayan ölçümlerde >140 ve /veya >90 mmHg), komplikasyonlara neden olabilen (özellikle renal, kardiyovasküler ve serebrovasküler) kronik bir hastalıktır. Ancak önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.(12)

İzole sistolik hipertansiyon: Diastolik kan basıncının(DKB) 90 mmHg'dan düşük ve sistolik kan basıncının(SKB) ise 140 mmHgveya daha yüksek olmasıdır.(32)

Hipertansif kriz: SKB'nin 180mmHg ve/veya DKB'nin 120 mmHg ve üstünde olduğu durum olarak bilinir, 2 grupta değerlendirilir:

- Akut organ hasarı varsa (normotansif kişiler de dahil) hipertansif aciller olarak adlandırılır.
- Akut organ hasarı yoksa "hipertansif ivedi durum" olarak adlandırılır.

Ortostatik Hipotansiyon: Ayağa kalktıktan sonraki 3 dakikada SKB'de >20 mmHg veya DKB'de >10 mmHg düşüş olarak tanımlanır.

Ortostatik hipotansiyonun mortalite ve KV olaylar için daha kötü bir prognozla ilişkili olduğu belirtilmektedir.(51)

KB HEDEFLERİ	
2013	2018
KB tedavi hedefleri: <140 mmHg bir SKB önerilir.	KB tedavi hedefleri: Tedavi iyi tolere ediliyorsa öncelikli olarak tüm hastalarda <140/90 mmHg KB hedeflenmesi önerilir. Tedavi edilen çoğu hastada <130/80 mmHg değerleri hedeflenmelidir. 65 yaşın altındaki çoğu hastada SKB'nın, 120-129 mmHg aralığına düşürülmesi önerilir.
65-80 yaş arası hastalarda KB: 140-150 mmHg arasında bir SKB değeri önerilir.	65-80 yaş arası hastalarda KB: 130-139 mmHg arasında bir SKB değeri hedeflenmelidir.
80 yaşın üzerindeki hastalarda KB: Başlangıç SKB?160 mmHg olan iyi fiziksel ve mental duruma sahip olan hastalarda 140-150 mmHg arası bir SKB düşünülmalıdır.	80 yaşın üzerindeki hastalarda KB: Tolere edilebiliyorsa 130-139 mmHg arasında bir SKB değeri önerilir.
DKB hedefleri: Diyabetik hastalar haricinde tüm hastalarda <90 mmHg DKB daima önerilir. Diyabetiklerde bu değer <85 mmHg olması önerilir.	DKB hedefleri: Risk seviyesinden ve komorbiditelerden bağımsız olarak tüm hastalarda DKB'nın <80 mmHg hedeflenmesi düşünülmalıdır.
Sınıf I: Önerilir	Sınıf IIA: Düşünülmeli
Sınıf IIB: Düşünülebilir	Sınıf III: Önerilmez
KB: Kan basıncı, SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı.	

Şekil 4.1. KB Hedefleri (81)

4.4.2. Hipertansiyonun epidemiyolojisi

Erişkinde hipertansiyon prevalansı %35-46' dır.Türkiye'de erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %31.8, kadınlarda %36.1 erkeklerde ise %27.5'tur.Hipertansiyon komplikasyonları nedeniyle dünyada her yıl 9.4 ölüm Ht'nin sorumlu olduğu ölümler kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45inden inmeye bağlı ölümlerin %51 inden sorumludur.(81)

4.4.3. Hipertansiyonun patofizyolojisi

HT iki ana nedenle oluşur:

- Primer HT(Esansiyel) HT, nedeni tam olarak bilinmeyen(olguların > %90ı)
- Sekonder HT, belli bir nedene bağlı olan (<% 10) demektir.

4.4.3.1. Primer(Esansiyel) HT'da rolü olan faktörler

- Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi(RAAS)
- Natriüretik hormon
- İnsülin direnci
- Adrenerjik reseptörler veya baro reseptörlerde bozukluk
- Böbrekten sodyum atılımının bozulması,
- Damar endotelindeki vazodilatör maddelerin(nitrik oksit-bradikinin ve prostasiklin) sentezinde azalma
- Aşırı sodyum tüketimi

4.4.3.2. Sekonder hipertansiyonda rolü olan faktörler

- Kronik böbrek hastalığı veya renovasküler hastalıklar
- Primer aldosteronizm, cushing sendromu, hiperparatiroidizm, hipertiroidizm
- Obstrüktif uyku apnesi,
- Aort koarktasyonu
- Bazı ilaçlar
- KB yükseltebilen ilaçlar
- Oral kontraseptifler(kullanıcıların yaklaşık %5inde KB'de küçük ama anlamlı artış)
- Dekonjestan burun damlaları
- Kokain, amfetamin
- Glukokortikoid ve mineralokortikoidler
- NSAIİ
- Meyankökü-karbnoksolon
- Siklosporin
- Takrolimus
- Eritropoetin
- Sibutramin
- Ergo alkaloidleri
- Venlafaksindir.

Sekonder hipertansiyondan şüphelenilecek hasta grupları
Evre 2 HT'na sahip genç hastalar (<40 yaş) veya herhangi bir evredeki çocukluk yaş hipertansiyonu
Daha önce kronik stabil normotansiyonu dokümanede edilmiş ancak akut kötüleşme gelişen hastalar
Dirençli HT
Ciddi HT (Evre 3) veya Hipertansif acil durum
Yaygın hipertansiyonla ilişkili hedef organ hasarı varlığı
Endokrin kökenli HT veya kronik böbrek hastalığına işaret eden klinik veya biyokimyasal özellikler
Obstrüktif uyku apnesini gösteren özellikler
Feokromasitomayı gösteren özellikler veya aile öyküsü olması

Şekil 4.2. Sekonder Hipertansiyondan Şüphelenilecek Hasta Grupları (81)

Yaşa göre sekonder HT tipik neden ve sıklıkları		
Yaş grubu	Yüzde olarak altta yatan neden	Tipik nedenler
Genç çocuklar (<12 yaş)	70-85	-Renal parankimal hastalık -Aort koarktasyonu -Monojenik hastalıklar
Adölesanlar (12-18 yaş)	10-15	-Renal parankimal hastalık -Aort koarktasyonu -Monojenik hastalıklar
Genç yetişkinler (19-40 yaş)	5-10	-Renal parankimal hastalık -Fibromusküler displazi (özellikle kadınlarda) -Tanı konulmamış monojenik hastalıklar
Orta yaş yetişkinler (41-65 yaş)	5-15	-Primer aldosteronizm -Obstrüktif uyku apnesi -Cushing hastalığı -Feokromasitoma -Renal parankimal hastalık -Aterosklerotik renovasküler hastalık
Yaşlı yetişkinler (>65 yaş)	5-10	-Aterosklerotik renovasküler hastalık -Renal parankimal hastalık -Tiroid hastalığı

Şekil 4.3. Yaşa Göre Sekonder HT Tipik Neden ve Sıklıkları (81)

4.4.4. Hipertansiyonun belirtileri

Komplike olmayan primer hipertansiyon hastaları başlangıçta genelde asemptomatiktir. Sekonder hipertansiyon hastalarında ise altta yatan hastalığın belirtileri görülür. Hedef organ hasarı bulguları genellikle göz, böbrek, beyin, kalp ve periferik damarlarda görülür.

Tanısal değerler

Ofis KB ölçümü ≥ 140 ve/veya ≥ 90 mmHg,

Evde kan basıncı ölçüm ortalaması ≥ 135 ve/veya ≥ 85 mmHg,

Ambulatuvar kan basıncı(24 saat boyunca) ortalaması ≥ 130 ve/veya 80 mmHg'dır.(100)

Ofis KB Hedef Aralıkları						
Yaş grupları	Ofis SKB Tedavi Hedef Aralıkları (mmHg)					Ofis DKB Tedavi Hedef Aralıkları (mmHg)
	HT	+DM	+KBY	+KAH	+İnme/GİA	
18-65	Hedef 130 Tolere ediliyorsa daha düşük <120 olmamalı	Hedef 130 Tolere ediliyorsa daha düşük <120 olmamalı	Hedef <140 Tolere ediliyorsa 130	Hedef 130 Tolere ediliyorsa daha düşük <120 olmamalı	Hedef 130 Tolere ediliyorsa daha düşük <120 olmamalı	70-79
65-79*	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	70-79
≥80*	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	Tolere ediliyorsa Hedef 130-139	70-79
Ofis DKB Tedavi Hedef Aralıkları (mmHg)	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

KB: Kan basıncı, SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, KBY: Kronik böbrek hastalığı, KAH: Koroner arter hastalığı, GİA: Geçici iskemik atak.
*Kırılganlık durumuna göre tedavi kararı ve hedefler modifiye edilebilir

Şekil 4.4. Ofis KB Hedef Aralıkları (90)

4.4.5. Hipertansiyon hastalarında kardivasküler risk faktörleri

Cinsiyet(erkek>kadın), yaş, sigara(geçmiş veya devam eden), total kolesterol ve HDL, ürik asit, diyabet, aşırı kilo veya obezite, erken KVH aile öyküsü(erkek<55 yaş, kadın<65 yaş), ailede veya ebeveynlerde erken dönem ht öyküsü, erken menopoz,

sedanter yaşam, psikosozal ve sosyoekonomik kalp atımı(istirahatte>80/dk en önemli risk faktörleridir.(80)

Sistolik kan basıncının 10mmHg, Diastolik basıncının ise 5 mmHg düşürülmesi koroner kalp hastalığını %22, İnmeyi ise %41 oranında azaltmaktadır.(82)

Tedavi hedefleri;

- Tüm hastalıklar için öncelikli hedef<140/90 mmHg olmalıdır.(80)
- Tedavi almakta olan çoğu hasta için <130/80 mmHg
- 65 yaş üstü ve tedavi altındakilerde SKB 130-139 mmHg
- Eğer bir KVH riski varsa veya 10 yıllık risk>%10 ise <130/80 mmHg olması önerilir.
- KVH riskinin arttığını gösteren bir belirteç yoksa<130/80 mmHg uygun olabilir.(Kanıt düzeyi IIb)

TEDAVİ EŞİK DEĞERLERİ		
2013	2018	
Yüksek normal KB (130-139/85-89 mmHg): Gerekli kanıt olmadıkça antihipertansif tedavi başlanması önerilmemektedir.	Yüksek normal KB (130-139/85-89 mmHg): Özellikle KAH gibi KVH bulunan çok yüksek riskli hastalarda ilaç tedavisi düşünülebilir.	
Düşük riskli Evre 1 HT: Makul bir süre YTD'ne rağmen tekrarlayan veya ambulatuar ölçümlerde Evre 1 HT seviyesinde kalan düşük-orta riskli hastalarda ilaç tedavisi düşünülmelidir.	Düşük riskli Evre 1 HT: YTD'ne rağmen Evre 1 HT seviyesinde kalan HT aracılı hedef organ hasarı saptanmayan düşük-orta riskli hastalarda ilaç tedavisi önerilir.	
Yaşlı hastalar: SKB 140-159 mmHg arasında olan yaşlı hastalarda (en azından 80 yaşından daha genç olanlarda) antihipertansif tedavi iyi tolere ediliyorsa ilaç tedavisi düşünülebilir.	Yaşlı hastalar: SKB Evre 1 olan (140-159 mmHg) sağlıklı yaşlı hastalarda (65-80 yaş arası) antihipertansif tedavi iyi tolere ediliyorsa ilaç tedavisi ve YTD önerilir.	
Sınıf I: Önerilir	Sınıf IIA: Düşünülmeli	
	Sınıf IIB: Düşünülebilir	Sınıf III: Önerilmez
KB: Kan basıncı, KAH: Koroner arter hastalığı, KVH: Kardiyovasküler hastalık, HT: Hipertansiyon, YTD: Yaşam tarzı değişikliği, SKB: Sistolik kan basıncı.		

Şekil 4.5. Tedavi Eşik Değerleri (89)

Akut inme ve serebrovasküler hastalıklı hipertansif hastalarda tedavi stratejisi için öneriler (öneri sınıfı, kanıt seviyesi)
<p>Akut intraserebral kanamalı hastalarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistolik KB <220 mmHg olan hastalarda ivedilikle KB düşürülmesi önerilmemektedir (IIIA). Sistolik KB ≥220 mmHg olan hastalarda, İV tedavi ile dikkatli bir şekilde akut olarak KB'nin 180 mmHg'nin altına çekilmesi düşünülmelidir (IIaB). <p>Akut iskemik inme sırasında aşağıdaki durumlar hariç antihipertansif tedavi ile rutin KB düşürülmesi önerilmemektedir (IIIA).</p> <ul style="list-style-type: none"> Trombolizis tedavisine uygun olan hastalarda, trombolizisten sonra en az 24 saat, kan basıncı <180/105 mmHg seviyelerinde tutulmalıdır (IIaB). Fibrinolizis almayacak ancak belirgin KB yüksekliği olan hastalarda, klinik durum göz önünde tutularak, inme başlangıcından ilk 24 saat içerisinde KB'ında %15 azalma sağlayacak şekilde ilaç tedavisi düşünülebilir (IIbC).
<p>Akut serebrovasküler olay geçiren hipertansif hastalarda antihipertansif tedavi aşağıda hallerde önerilir (IA).</p> <ul style="list-style-type: none"> Geçici iskemik ataklı hastalarda ivedilikle (IA) İskemik inmeden birkaç gün sonra (IA) <p>İskemik inme veya geçici iskemik ataklı tüm hipertansif hastalarda sistolik KB hedefi 120-130 mmHg aralığı olarak düşünülmelidir (IIaB).</p> <p>İnme önlenmesi için önerilen antihipertansif ilaç tedavisi stratejisi bir RAS blokörüne KKB veya tiazid benzeri bir diüretik eklenmesidir (IA).</p> <p>KB: Kan basıncı, RAS: Renin anjiyotensin sistemi, KKB: Kalsiyum kanal blokörü.</p>

Şekil 4.6. Akut İnme ve Serebrovasküler Hastalıklı Hipertansif Hastalarda Tedavi Stratejisi İçin Öneriler (83)

4.4.6. Diyabetiklerde kan basıncı hedefleri

KB<140/90 mmHg olmalıdır. Genç diyabetiklerde 130/80 mmHg'nin altına indirmek hedeflenebilir. KV riski yüksek olanlarda <130/80 mmHg olmalıdır.(81)

4.4.7. Hipertansiyon tedavisi

Hipertansiyon tedavisinde ilaç tedavisi ile birlikte mutlaka yaşam tarzı değişikliği yapılmalıdır.

Yüksek Kanıt Düzeyli Öneriler: Kilo verme, DASH diyeti (Hipertansiyona özel diyet), sodyum kısıtlaması, potasyum takviyesi(KVH olanlar hariç), fiziksel aktivite, alkol kullanımının azaltılmasıdır.

Düşük Kanıt Düzeyli Öneriler: Probiyotik kullanımı, protein, lif ve keten tohumu tüketimi, balık yağı, kalsiyum veya magnezyum takviyesi, düşük karbonhidrat ve vejeteryan diyet, sarımsaktır (83).

- Kilo Verme

Hasta fazla kilolu ise uygun kiloya inmesi önerilmelidir.

Vücut ağırlığının en az %5-%10u kadar kilo vermelidir.

Her 1 kg'a karşın 1mmHg düşüş görülür.(81)

Bir meta-analizde ortalama 5.1 kg verme ile SKB ve DKB sırasıyla 4.4 mmHg ve 3.6 mmHg kadar düşmüştür.(80)

- Sağlıklı Beslenme

Sebze ve meyve, az yağlı besinler, tam tahıl, sebze kaynaklı protein

Haftada en az 2 kez balık

Akdeniz tipi beslenme

DASH diyeti ile 11 mmHg düşüş sağlanmalıdır.(81,83)

- Hareketli Yaşam

Genel olarak haftada 5-7 kez 30 dakikadan az olmayan dinamik egzersiz önerilmektedir. Buna ek olarak gün boyunca da hareketli bir yaşam tavsiye edilmelidir. Bununla yaklaşık 4-5 mmHg düşüş sağlanmaktadır.

- Tuz Kısıtlaması

Türkiye'de ortalama günlük tuz tüketiminin 15-16 g olduğu tahmin edilmektedir. Tuz tüketiminin %80'inin gizli tuz tüketiminden oluştuğu hastalara hatırlatılmalıdır. Günlük sodyum alımı 2-2.4 g (5-6 g tuz) ile sınırlandırılmalıdır.(81)

Tuz kısıtlamasıyla kan basıncı 5-6 mmHg düştüğü gösterilmiştir.(83)Günde en az 3500-5000 mg potasyum tüketilmelidir.(Tercihen potasyumca zengin gıdalarla SKB'de 4-5 mmHg düşüş olur.

DSÖ yetişkinlerin günde 2 g'dan az sodyum, 5g'dan az tuz, 3.5 g'dan fazla potasyum tüketmelerini önermektedir.(84)

- Alkol Kısıtlaması

Hipertansiyon hastaların alkol kullanması önerilmez. Eğer kullanıyorlarsa, erkekler için en fazla 20-30 g/gün, kadınlar için en fazla 10-20 g/gün olmalıdır. Alkol kullanımının azaltılması SKB'nı 4 mmHg düşürür.(81,83)

Diğer yaşam tarzı önerileri

Sigaranın bırakılması

Sigara bırakma programlarına yönlendirme

Stres yönetimidir.(46)

4.4.8. Hipertansiyonun ilaç tedavisi

Genel popülasyonda tedaviye başlama için eşik değeri sistolik KB ≥ 140 mmHg veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg olmalıdır.

Evrelere göre ilaç tedavisi; Evre 2 ve evre 3 HT olanlarda hemen başlanmalıdır.Evre 1 HT'de ise; diyabet, KBH ve KAH varlığında hemen başlanır.(81)

İLAÇ TEDAVİSİ	
2013	2018
Bazal KB değerleri belirgin yüksek veya yüksek KV riski olan hastalarda ikili ilaç kombinasyonu ile antihipertansif tedaviye başlanması düşünülebilir.	Kırlan yaşlı ve Evre 1 hipertansiyonu olup düşük riskli hastalar (özellikle SKB<150 mmHg olan hastalar) haricinde, antihipertansif tedaviye tercihen tek ilaç kombinasyonu olacak şekilde ikili ilaç kombinasyonu ile başlanması önerilir.
Sınıf I: Önerilir	Sınıf IIA: Düşülmeli
	Sınıf IIB: Düşünülebilir
	Sınıf III: Önerilmez
KB: Kan basıncı, KV: Kardiyovasküler, SKB: Sistolik kan basıncı.	

Şekil 4.7. İlaç Tedavisi (88)

4.4.8.1. Hipertansiyonun ilaç tedavisinin kontrolü

Antihipertansif ilaç tedavisi başlanan veya tedavi rejiminde değişiklik yapılan hastalarda KB 3-4 hafta sonra değerlendirilmelidir.120/80-140/90 mmHg olup KVH riski $< 10\%$ ise non-farmakolojik tedavi önerilir ve 3-6 ay sonra değerlendirilir. KVH riski yüksekse bir ilaç eklenir ve bir ay sonra kontrol edilir.

4.4.8.2. İlaç grupları

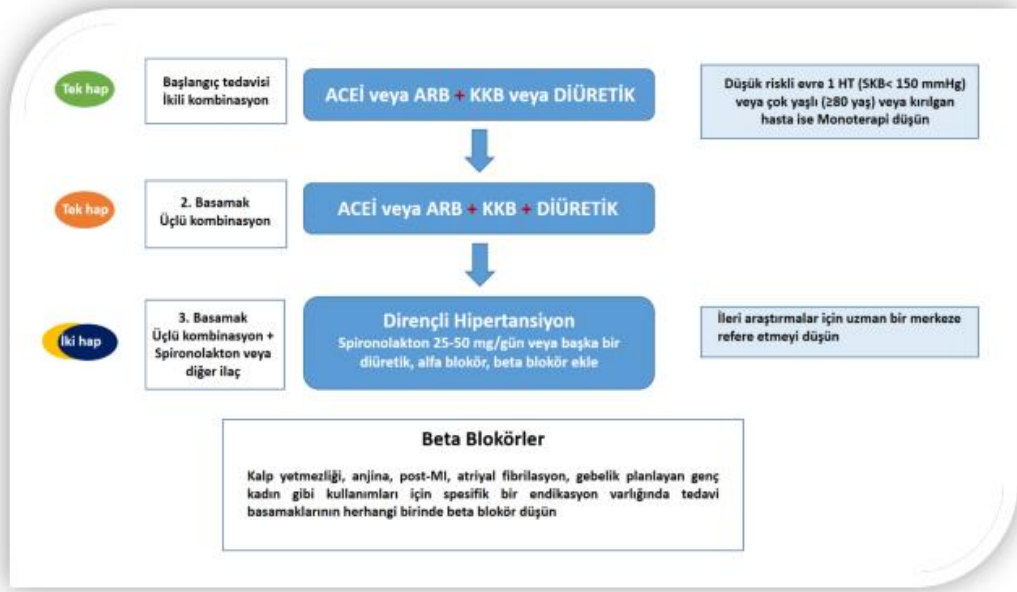
- Ade İnhibitörleri
- At Reseptör Blokeri(Arb)
- Diüretikler
- Kalsiyum Kanal Blokörleri
- Beta Blokörler

Tedaviye bu 5 ilaç grubundan herhangi biriyle başlanabilir. Birbirleriyle kombine edilebilirler (ADE inh-ARB hariç). Diğer gruplar yan etkileri nedeniyle öncelikli değildir (Alfa blokörler, santral etkili ilaçlar ve mineraolokortikoid reseptör antagonistleri).

Kombine Tedavi

Meta analizlerde iki ajanın kombine kullanımının bu iki ajandan birinin dozunun artırılmasından daha fazla KB düşürdüğü gösterilmiştir.

Farklı farmakolojik etkiyle sinerji sağlanır (Daha yüksek KB düşüşü ve daha az yan etki).İleri evre HT hastalarında 2 ilaçla kombinasyon yapılır.



Şekil 4.8. Kombine İlaç Tedavisi

4.4.8.3. Kesin kontrendikasyonlar

ACE İnhibitörleri; gebelik, anjiyönötik ödem öyküsü, hiperkalemi, bilateral renal arter darlığında,

ARB grubu; gebelik, hiperkalemi, bilateral renal arter darlığında,

Diüretikler (Tiyazidler, klortalidon ve indapamid), gut hastalığında kullanılmazlar.

Beta blokörler, astım, yüksek derece sinoatriyal veya atriyoventriküler blok, bradikardide,

Ca kanal blokörleri(verapamil ve diltiazem) , yüksek derece sinoatriyal veya atriyoventriküler blok, ciddi sol ventriküler işlev bozukluğu(SV EF<40), bradikardide kullanılmazlar.(80)

4.4.8.4. Diüretikler

Hidroklorotiyazid ve tiazid benzerleri(klortalidon ve indapamid) HT tedavisinde hala önemli bir yere sahiptirler. Hidroklorotiyazid ülkemizde ADE inh/ARB ve Beta blokörler ile kombine halde; spironolakton ile kombinasyonu da HT'de etkilidir. Klortalidon atenolol ile kombine edilebilir.(92)İndapamid tek başına veya perindopril ile kombine edilebilir.

Diüretiklerin avantajları

KV mortaliteyi ve morbiditeyi önleyici etkileri yeterince kanıtlanmıştır.

Kalp yetmezliğini diğer ajanlara göre daha iyi önledikleri kabul edilir.

Üçünün de benzer oranda KV sonuçlara sahip olduğu bildirilmiştir.

Diüretiklerin dezavantajları

Potasyum kaybına neden olurlar.

Yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakma oranları daha yüksektir.

Metabolik yan etkileri ve insülin direnci nedeniyle diyabetin erken ortaya çıkmasına neden olabilirler.(Bu yan etki potasyum tutucu diüretik eklenerek azaltılabilir.)eGFR <30 ml/dk olanlarda etkisizdirler.(indapamid kullanılabilir.)(80)

Diüretiklerde izlem;

Hipokalemi ve hiponatremi açısından izlenmelidir.

Ürik asit ve kalsiyum düzeyleri izlenmelidir. Gut öyküsü olanlarda kullanılmamalıdır.(özellikle ürik asit düşürücü bir ilaç kullanmıyorsa)

Diüretiklerde Hasta Eğitimi;

Hastanın doğru doz aldığından emin olunması gerekir

Aşırı idrara çıkmayı önlemek için uygun zamanlama yapılmalıdır. Kas zayıflığı, bilinç bulanıklığı, baş dönmesi gibi yan etkiler açısından hastanın bilgilendirilmesi ve dikkatli takibi yapılmalıdır.

4.4.8.5. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri(ade inh)-anjiyotensin reseptör blokörleri (arb)

ADE İNH. ve ARB hala en fazla kullanılan ve benzer özelliklere sahip antihipertansif ilaç grubudur.

ADE İNH'ne örnekler: Kaptopril, enalapril, fosinopril, ramipril, lisinopril, trandolapril, perindopril

ARB örnekleri: Kandesrtan, irbesartan, losartan, valsartan, olmesartan, telmisartan

Adei-Arb Avantajları;

Proteinüriyi diğer gruplardan daha iyi azaltırlar. Bu nedenle diyabetik/non-diyabetik kronik böbrek hastalığı gelişimini geciktirirler.(Son evre böbrek hastalığı dahil) Sol ventrikül hipertrofisini önlerler. Atriyal fibrilasyon insidansını azaltırlar. Post-MI ve HFrEF (Düşük EF'li kalp yetmezliği) hastalarında etkilidirler.

Adei-Arb Dezavantajları;

Hiperkalemi riski taşırlar.(özellikle KBH ve K takviyesi veya K tutucu ilaç kullananlarda)Bilateral renal arter stenozu olanlarda akut böbrek yetmezliği riskini arttırırlar. ADEİ anjiyonörotik ödem riskini az da olsa arttırabilir.(özellikle siyahi ırkta)ADEİ %20 hastada kuru öksürük yapabilir. Gebelikte kullanılmazlar.

Adei-Arb'lerde Hasta İzlemi;

ADEİ düşük dozlarda başlanmalıdır. Hipotansiyon ve baş dönmesi açısından hasta uyarılmalı ve izlenmelidir.(özellikle kalp yetmezliği olanlarda, yaşlılarda, diüretik veya vazadilatör kullananlarda)Kızarıklık açısından hasta izlenmelidir.

4.4.8.6. Kalsiyum kanal blokörleri(kkb)

KKB için örnekler:

Non-Dİhidropiridinler: Verapamil, diltiazemdir.

Dihidropiridinler: Amlodipin, nifedipin, felodipin, lerkanidipin, nisoldipindir.

Kkb Avantajları;

KKB'nin inmeyi önleyici etkileri daha iyidir. Ama HFrEF önleyici etkisi daha az olabilir.

Beta blokörlerden daha üstün oldukları alanlar; karotid ateroskleroza gelişimini yavaşlatma, sol ventriküler hipertrofi gelişimini azaltma, proteinüriyi önleme

Kkb Dezavantajları;

HFrEF hastalarında tercih edilmemelidirler.(Gerekirse amlodipin ve felodipin kullanılabilir.)Dihidropiridinler için dozla ilişkili ayak ödemi(özellikle kadınlarda daha yaygındır.)Non-dihidropiridinler için beta blokörlerle rutin kullanılmamalıdır.(Bradikardi ve kalp bloğu riskini arttırırlar.)Fazla sayıda ciddi ilaç etkileşimi gösterirler.

Kkb'de İzlem Ve Hasta Eğitimi;

Verapamile bağlı kabızlık yan etkisi(%7) olabilir.

Amlodipine bağlı ayak bileği ödemi olabilir.

Hastalar hipotansiyon, sersemlik, diş eti kabarıklığı, kızarıklık ve baş ağrısı açısından izlenmelidirler.

Diltiazem ve verapamil kullanan hastaların nabızlarını takip etmeleri gerekir.(Bradikardi açısından)

4.4.8.7. Beta blokörler

Negatif kronotropik ve inotropik etkiyle kardiyak outputu azaltan ve böbreklerden renin salgısını inhibe eden ilaçlardır.

HT tedavisinde özellikle vazodilatör etkili olanlar son yıllarda daha fazla tercih edilmektedir.(Nebivolol, labetolol, karvedilol)

Kardiyoselektifler; atenolol, bisoprolol, metoprololsüksinat, metoprololtartarat

Kardiyoselektif ve vazodilatörler; nebivolol

Non-kardiyoselektifler; propanolol

İntrinsik semptomimetik aktiviteliler; asebutolol, pindolol

Alfa ve Beta blokasyon yapanlar; karvedilol

Beta Blokörlerin Avantajları;

Majör KV olayları önleyici etkileri diğer ajanlar gibidir; ancak inme için daha azdır. Özellikle bazı spesifik tanılarda faydalı etkileri vardır; semptomatik anjina, post-MI, kalp hızı kontrolünde, HFrEF hastalarında.(özellikle metoprolol, karvedilol ve bisoprolol)Gebelik planlayan genç kadınlarda iyi bir tercihtir.

Beta Blokörlerin Dezavantajları;

İskemik kalp hastalığı veya kalp yetmezliği olmadıkça ilk tercih değildir.

Bronkospazm öyküsü olanlarda kardiyoselektif olanlar tercih edilmelidir.

Sol ventrikül hipertrofisini RAS blokörleri ve KKB'den biraz daha az önledikleri bildirilmiştir. Diyabet gelişme riskini arttırabilirler. Yan etkileri nedeniyle tedaviyi daha fazla bırakma ihtimali vardır.

-Nebivolol-

- Nitrik oksit kaynaklı vazodilatasyon sağlar.
- Diğer beta blokörlere bazı üstünlükleri vardır.
- Genel kan basıncını daha iyi düşürür.
- Aort kalınlaşması ve endotel disfonksiyonu üzerine etkileri daha iyidir.
- Diyabet geliştirme riski yoktur.
- Genel yan etkileri daha azdır.
- Cinsel işlev kaybı yan etkisi daha azdır.

Beta Blokörlerde İzlem Ve Hasta Eğitimi;

- İlaç kesileceğinde mutlaka kademeli azaltmanın gerekliliği anlatılmalıdır.(Doz bir iki haftaya yayılarak kesilmelidir.)
- Bradikardi açısından izlem yapılmalıdır.
- Hipotansiyon, baş dönmesi, baş ağrısı bakımından izlem yapılmalıdır.
- Olası gece rüyaları konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.

4.4.8.8. Diğer antihipertansifler

Dirençli olgularda veya diğer ilaçlara kontrendikasyon olanlarda ikinci basamak olarak tercih edlirler.

---Alfa blokörler(doksazosin, prazosin) benign prostat hipertrofisi (BPH) varsa eklenebilir. Ortostatik hipotansiyon sık görülür.

---Klonidin, metildopa gibi santral etkililer son tercih olmalıdır. Santral sinir sistemi(SSS) yan etkileri sıktır.

---Direkt vazodilatörler(hidralazin ve minoksidil).Hidralazin yüksek dozlarda lupus benzeri yan etkilere sebep olabilir.

DİRENÇLİ HİPERTANSİYON	
2013	2018
Kontrendikasyon bulunmadıkça tedavide mineralokortikoid reseptör antagonistleri, amilorid veya alfa-1 blokör doksazosin düşünülmelidir.	Dirençli hipertansiyon tedavisinde mevcut tedaviye düşük doz spironolakton eklenmesi, spironolakton intoleransı varsa eplerenon, amilorid, yüksek doz tiyazid/tiyazid benzeri diüretik veya bir loop diüretik ile diüretik tedavinin artırılması veya bisoprolol, doksazosin eklenmesi önerilir.
Sınıf I: Önerilir	Sınıf IIA: Düşülmeli
	Sınıf IIB: Düşünülebilir
	Sınıf III: Önerilmez

Şekil 4.9. Dirençli Hipertansiyon (80)

4.4.9. Özel hastalarda gruplarında hipertansiyon tedavisi

Yaşlılar, diyabetikler, kronik böbrek hastaları, koroner arter hastaları, kalp yetmezliği, KOAH ve gebeler özel hasta gruplarını oluşturur.

Dirençli HT karakteristikleri, sekonder nedenler ve katkıda bulunan faktörler		
Dirençli HT'lu hasta karakteristikleri	Dirençli HT'nun sekonder nedenleri	KB'nı yükselten ilaç ve maddeler
<p>Demografik özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> • İleri yaş (özellikle <75 yaş) • Obezite • Siyah ırk • Diyet ile aşırı sodyum alımı 	<p>Sık nedenler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer hiperaldosteronizm • Aterosklerotik renovasküler hastalık • Uyku apnesi • KBY 	<p>Reçete ilaçları</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oral kontraseptifler • Sempatomimetik ajanlar • Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar • Siklosporin • Eritropoietin • Steroidler • Bazı kanser tedavileri
<p>Eşlik eden hastalıklar</p> <p>Hipertansiyon ilişkili organ hasarı: SVH ve/veya KBY</p> <p>Dişabet</p> <p>Aterosklerotik vasküler hastalık</p> <p>Aortik sertleşme ve izole sistolik HT</p>	<p>Nadir nedenler</p> <p>Feokromasitoma</p> <p>Fibromusküler displazi</p> <p>Aortik koarktasyon</p> <p>Cushing hastalığı</p> <p>Hiperparatiroidizm</p>	<p>Reçete dışı ilaçlar</p> <p>Özel ilaçlar (kokain, amfetaminler, anabolik steroidler vs.)</p> <p>Aşırı likör kullanımı</p> <p>Bitkisel maddeler</p>
<p>HT: Hipertansiyon, KB: Kan basıncı, KBY: Kronik böbrek yetmezlik, SVH: Sol ventrikül hipertrofisi.</p>		

Şekil 4.10. Dirençli HT Karakteristikleri, Sekonder Nedenler ve Katkıda Bulunan Faktörler (80)

4.4.9.1. Yaşlılar

Yaşlılarda (≥ 65 yaş) öncelikli olarak kalsiyum kanal blokörleri veya diüretikler, daha sonra ADEİ/ARB grubu ilaçlar önerilebilir.

Özel bir endikasyon olmadığı sürece beta blokörlerin ilk seçenek olarak kullanımından kaçınılmalıdır.

4.4.9.2. Diyabetikler

KB > 140/90 mmHg ise tedaviye başlanmalıdır.

Tedaviye ADEİ/ARB grubu ile başlanması önerilir.

Yeterli olmayan hastalarda KKB eklenebilir.

3. ilaç olarak diüretikler eklenebilir.

Kronik böbrek hastaları KBH'de tedavi eşiği 140/90 mmHg'dir ve hedef SKB'yi 130-139 mmHg arasında tutmaktır.

Tedaviye ADEİ/ARB ile başlanması önerilir.

--KKB veya diüretiklerle kombine edilebilirler.

--eGFR<30 ml/dk ise furosemit tercih edilmelidir.(85)

4.4.9.3. Koroner arter hastaları

KB hedefi<130/80 mmHg olmalı; ancak 120/70 mmHg'nin altına inmemelidir.

--yaşlılarda ise SKB 130-140 mmHg olabilir.

MI öyküsü olanlarda beta blokörler ve RAS blokörleri tercih edilir.

4.4.9.4. Kalp yetmezliği hastaları

Diüretikler ile ADEİ/ARB kombinasyonu ilk tercihtir.

Daha sonra beta blokörler eklenir.

3.tercih olarak spironolakton eklenebilir.

Sol ventriküler hipertrofi varsa RAS blokörleri ile KKB veya diüretikler kombine edilir.

4.4.9.5. KOAH hastaları

KKB, ADEİ/ARB veya bunların kombinasyonu ilk tercihtir.

Diüretikler KOAH hastalarında genellikle tercih edilmezler.

Ancak ilk tercih ilaçlara yeterli cevap alınamayan hastalarda tiyazid diüretikleri ve beta-1 selektif blokörler düşünülebilir.

4.4.9.6. Gebeler

İlk tercih ilaçlar; metil-dopa, Labetolol, KKB'dir.

ADEİ/ARB tercih edilmemelidir.

4.4.10. Hipertansiyon hastalarında uyunç

- Uyunç Oranları;

HT hastalarında uyunç oranlarının %50-70 arasında değiştiği bilinmektedir.

Hastaların 1/3'ü 6 ayda tedaviyi bırakmaktadır.1 yılda ise yarısı tedaviyi bırakmaktadır.(80)

- Uyunçsuzluk Nedenleri;

Uzun süren tedavi

Semptomsuz seyir

İlaç yan etkileri

Karmaşık tedavi rejimleri ve anlaşılmayan tedavi planları

Motivasyon eksikliği

Hasta inançları(86)

- Uyuncu Arttırmak İçin Yapılabilecekler;

Dozların basitleştirilmesi

Hasta eğitimi

Diğer sağlık personelinin de hasta odaklı bakım içine dahil edilmesi

Hasta görüşlerinin de dikkate alınması gerekir.(86)

Kendi kendine KB izlemi
Kendi kendine tedavi yönetimi
Daha basit tedavi kürleri
Hatırlatıcı ambalajlar
Sosyal destek ve ev ziyaretleri, izlem,
Eczacıya yönelik girişimler (80)

Ayrıca Chapman ve Banner'in (2004) yaptığı bir alan çalışmasında ise 10 yıldan daha uzun süredir ilaç tedavisi alanlarda ilaç uyumu daha kısa süredir ilaç tedavisi alanlardan daha fazla bulunmuştur. Zaman ve kronik hastalığın kendisi de ilaç uyumunu etkileyen faktörler arasındadır. Amerika'da yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında hastaların ilk üç aylık ilaç uyumu %45 iken, 12. ayın sonunda bu oran %35'lere gerilemiştir.(87)

4.4.11. Evde kb ölçümü

--Evde KB ölçümünde kol için uygun manşonlu mekanik veya elektronik tansiyon ölçüm aleti kullanılabilir.

Ev ölçümleri en az 3 gün, tercihen 6-7 gün yapılmalıdır.

-Ölçümler;

---Sessiz bir odada,

---Sabah ve akşam saatlerinde,

---En az 5 dakika oturur vaziyette istirahat sonrası,

---Ölçüm için önerilen standart önlemlere dikkat edilerek yapılmalıdır.

---1-2 dk arayla en az iki ölçüm alınmalıdır.

---KB yüksek çıkan koldan ölçülmeye devam edilmelidir.

-Ölçüm için önerilen standart önlemler

---Yarım saat öncesine kadar yemek yenmemeli, çay, kahve ve sigara tüketilmemelidir.

---Ayaklar yere basmalıdır.

---Sırt arkaya yaslanmalı ve kol kalp hizasında olacak şekilde desteklenmelidir.

4.4.12. Hipertansiyon hastalarında izlem

-En az 2 yılda bir risk faktörlerinin ve klinik belirti göstermeyen organ hasarının değerlendirilmesi önerilir.

-DSÖ'ye göre;

---Kan glukozu ve lipit düzeylerinin kontrolü ve idrar albümin ölçümü

---KV risk ölçümünün nasıl yapılacağını bilmek

---ilaçları düzenli almak ve tüm tıbbi tavsiyelere uymak gerekir.(80,84)

Hipertansiyon hastalarında sıklıkla sorun olan hasta uyuncunun ve bilgi eksikliğinin iyileştirilmesinde eczacıların önemli katkıları olduğu görülmektedir.

Eczacının HT yönetiminde başarılı olabilmesi için

---güncel bilgiye

---iyi bir iletişime

---klinik deneyime

---sürekli mesleki gelişime gereksinimi vardır.

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Bölge Hakkında Genel Bilgiler

Araştırma Hatay ili Defne ilçesi Turunçlu Mahallesi'nde Ece Göçmen Eczanesi'nde yapılmıştır.

Hatay şehri Türkiye'nin güneyinde, İskenderun körfezinin doğu kıyılarında yer alır. Batıdan Akdeniz, güney ve doğudan Suriye, kuzeybatıdan Adana, kuzeyden Osmaniye ve kuzeydoğudan Gaziantep ile çevrilidir. Yüzölçümü göller hariç 5.524 km² olup, il topraklarının %46,1'ini dağlar, %33,5'ini ovalar ve %20,4'ünü platolar oluşturur. Defne, Hatay'ın güneyinde yer alan ilçesidir. Hatay, Türkiye'nin bir ili ve ülkenin en kalabalık on üçüncü şehridir. 2018 yılı itibari ile 1.609.856 nüfusa sahiptir.

5.2. Araştırma Modeli

Bu araştırma, analitik araştırma modellerinden biri olan kesitsel (crosssectional) bir araştırmadır. Bu çalışmada "Antihipertansif İlaç Kullanan Hastaların, Hasta Eğitimi, Uyuncu ve Hasta Takibinde Klinik Eczacının Rolü" incelenmiştir.

5.3. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini, Ağustos 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında Defne ilçesinde Eczane Ece Göçmen'e hipertansiyon hastalığıyla başvuran 50 hasta oluşturmaktadır. Eczane Ece Göçmen'e başvuran 50 hastayla görüşülerek bu konu hakkında anket yapılmıştır. Anket sonunda hastaların verileri toplanarak bugüne kadar yapılmış olan diğer çalışmalarla kıyaslanmıştır.

5.4. Araştırmanın Değişkenleri

5.4.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Yaş
Cinsiyet
Boy
Kilo
Aile öyküsü
Düzenli tansiyon ölçümü
Düzenli doktor kontrolü
Kororbit hastalık varlığı
Beslenme alışkanlıkları
Tuz tüketme alışkanlığı
Sigara kullanım durumu
Alkol kullanım durumu
Tansiyon aleti kullanımı
Medeni durum
Eğitim düzeyi
Görme kaybı
Felç
Horlama
İlaç yan etkileri
Kullanılan ilacın etkin maddesi
İlacın dozu ve zamanı

5.4.2 Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Kan basıncı ölçümü

5.5. Araştırmada Kullanılan Araçlar

Araştırmada hipertansiyon hastalarının yaşları, cinsiyetleri, boy, kilo, kan basıncı değerleri, aile öyküleri, yaşam tarzı alışkanlıkları, fiziksel aktivite alışkanlıkları, beslenme alışkanlıkları, sigara-alkol kullanım durumları, komorbit hastalık durumları, felç geçirip geçirmediikleri, düzenli kullanmakta oldukları hipertansiyon ilaçları, medeni durum ve eğitim düzeyi, hastalık tanı yılları, hastalık hakkında hasta bilgi düzeyi gibi soruları barındıran 35 soruluk anket yapılmıştır.

5.6. Verilerin Toplanması ve Analizi

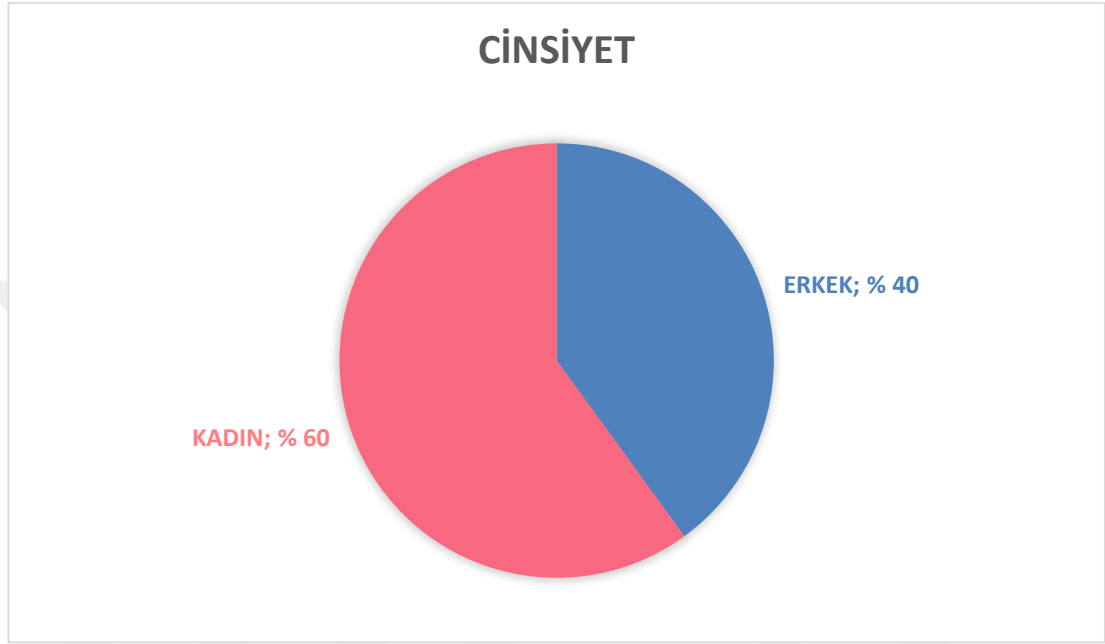
Elde edilen veriler SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak çözümlendi. Tanımlayıcı istatistiklerle beraber Ki-Kare ve Mann Whitney U kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde nominal değişkenleri tanımlarken sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenleri tanımlarken ortalama, standart deviasyon, en düşük ve en yüksek değerler kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0,05 kabul edildi.

5.7. Araştırmanın Süresi ve Maliyeti

Araştırma üzerinde Ağustos 2019' dan itibaren çalışılmaya başlanmıştır. Anket soruları 30 Temmuz 2019'de son halini almıştır ve Eylül 2018' de etik kurulu onayı alınmıştır. 2019 Ağustos-Kasım ayları arasında hastalara anket formları uygulanmıştır. Anket validasyonu yapıldıktan sonra analizi 2019 Kasım ayında yapılmıştır.

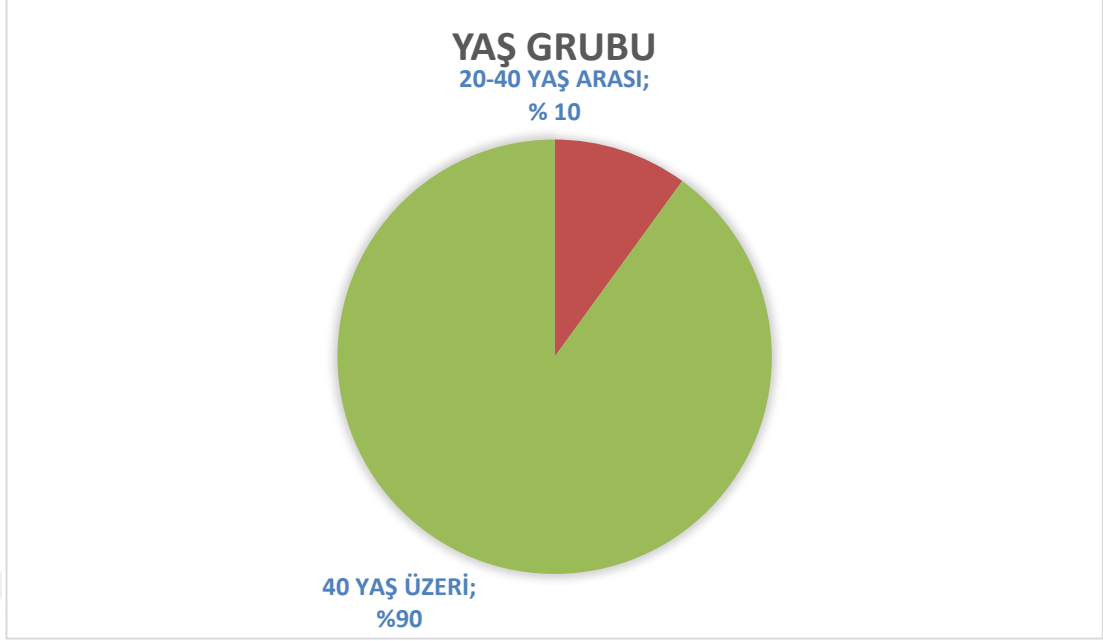
6. BULGULAR

Araştırmaya 50 antihipertansif ilaç kullanan birey dahil edildi. Araştırmaya dahil edilen bireylerin cinsiyetlere göre dağılımı Şekil 6.1’de gösterilmiştir.



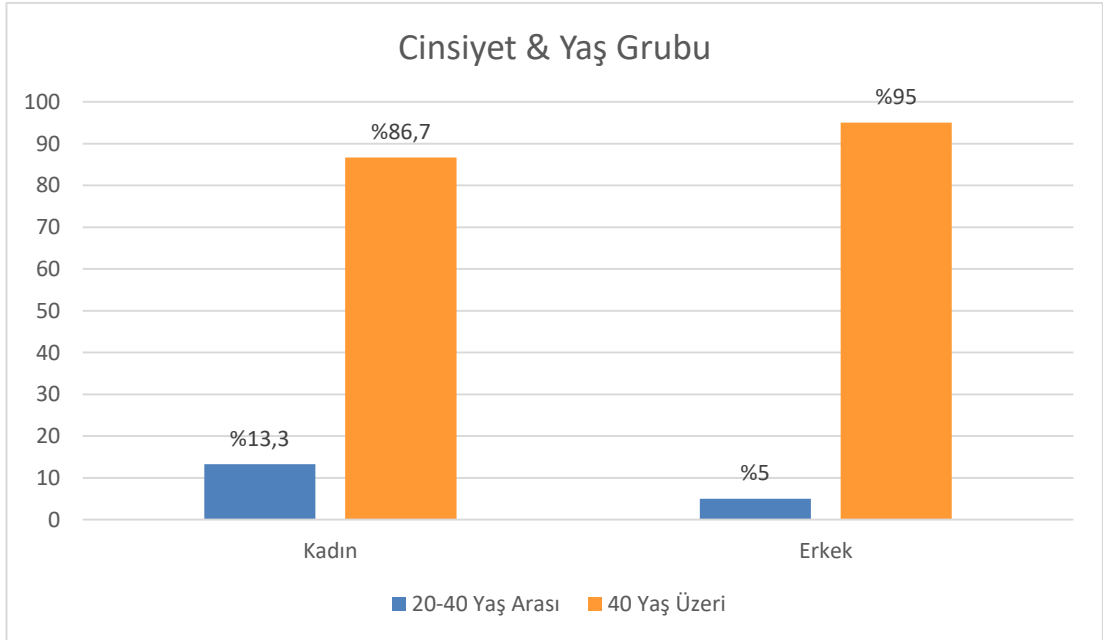
Şekil 6.1. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Araştırmaya dahil edilen bireylerin %60,0’ı(n=30) kadın, %40,0’ı(n=20) erkek bireylerden oluşmaktaydı. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 6.2’de gösterilmiştir.



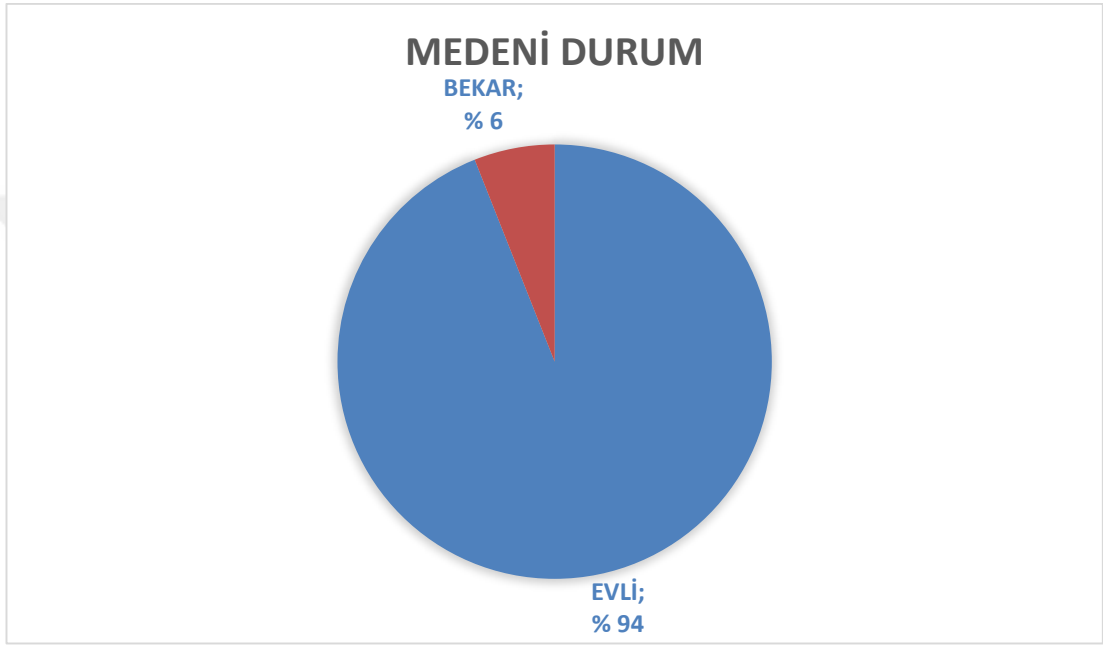
Şekil 6.2. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Araştırmaya dahil edilen hastaların %90,0'ı (n=45) 40 yaş üzeri, %10,0'ı (n=5) 20-40 yaş arasındaydı. 20 yaş altında hasta bulunmamaktaydı. Cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımı Şekil 6.3'te gösterilmiştir.



Şekil 6.3. Cinsiyete Göre Yaş Gruplarının Dağılımı

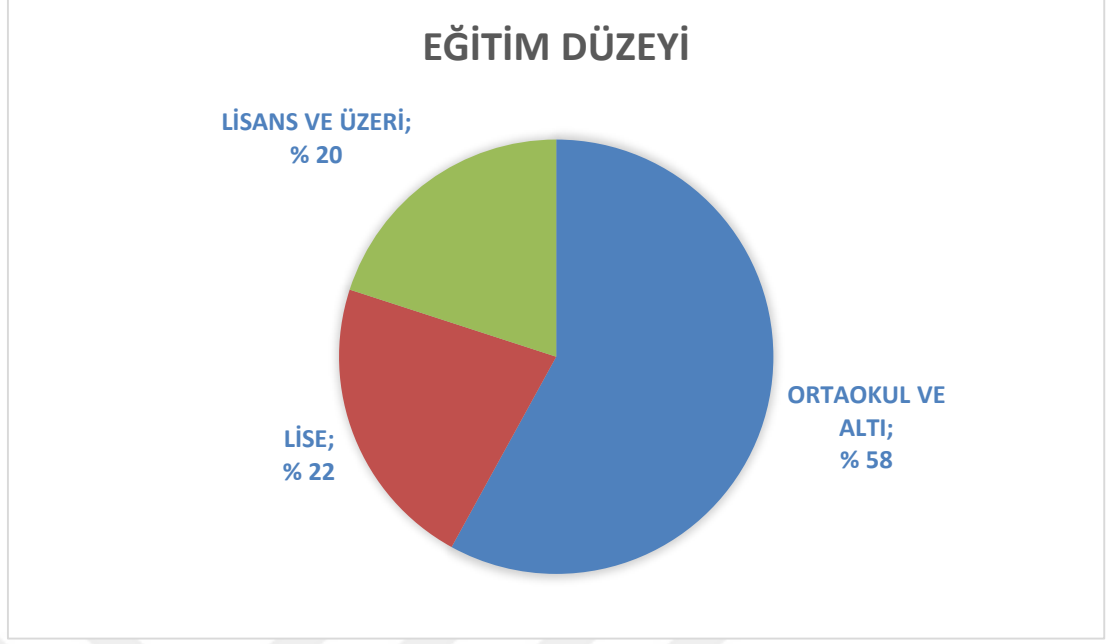
Cinsiyete göre yaş grupları arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi($p=0,336$). Kadın hastaların %13,3'ü($n=4$) 20-40 yaş arasındayken, %86,7'si($n=26$) 40 yaş üzeri gruptaydı. Erkek hastaların %5,0'ı($n=1$) 20-40 yaş arasındayken, %95,0'ı($n=19$) 40 yaş üzeri gruptaydı. Hastaların medeni duruma göre dağılımı Şekil 6.4'te gösterilmiştir.



Şekil 6.4. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Araştırmaya dahil edilen hastaların %94,0'ı($n=47$) evli iken, %6,0'ı($n=3$) bekarı. Cinsiyete göre medeni durum arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi($p=0,145$). Kadınların %10,0'ı($n=3$) bekar iken, erkekler arasında bekar yoktu.

Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı Şekil 6.5'te gösterilmiştir.



Şekil 6.5. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Hastaların %58,0'ının(n=29) eğitim düzeyi ortaokul ve altı, %22,0'ının(n=11) lise, %20,0'ının(n=10) lisans ve üzeriydi. Cinsiyete göre eğitim düzeyleri arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi(p=0,250). Kadınların %66,7'sinin(n=20) eğitim düzeyi ortaokul ve altı, %20,0'ının(n=6) lise, %13,3'ünün(n=4) lisans ve üzeriydi. Erkeklerin %45,0'ının(n=9) eğitim düzeyi ortaokul ve altı, %25,0'ının(n=5) lise, %30,0'ının(n=6) lisans ve üzeriydi.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin boy, ağırlık ve beden kitle endekslerinin(BMI) dağılımı Tablo 6.1'de gösterilmiştir.

Tablo 6.1. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Boy, Ağırlık ve Beden Kitle Endekslerinin Dağılımı

Değişken	Ortalama	SD	En Düşük	En Yüksek
Boy	164,78	8,47	145,00	183,00
Ağırlık	78,96	15,35	55,00	138,00
BMI	29,14	5,57	21,48	49,48

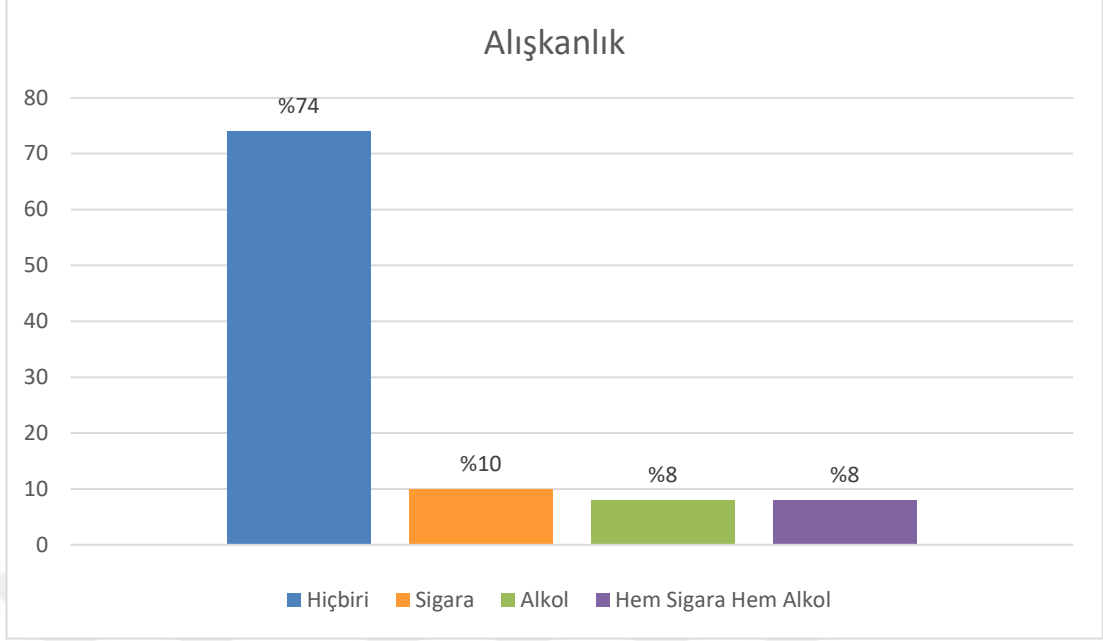
Araştırmaya dahil edilen bireylerin boyları ortalama $164,78 \pm 8,47$ (En düşük=145, En yüksek=183) cm, ağırlıkları ortalama $78,96 \pm 15,35$ (En düşük=55, En yüksek=138)kg, beden kitle endeksleri ortalama $29,14 \pm 5,57$ (En düşük=21,48, En yüksek=49,48) kg/m^2 olarak hesaplandı. Araştırmaya dahil edilen bireylerin boy, ağırlık ve beden kitle endekslerinin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 6.2’ de gösterilmiştir.

Tablo 6.2. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Boy, Ağırlık ve Beden Kitle Endekslerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Değişken	Cinsiyet				P Değeri
	Kadın		Erkek		
	Ortalama± SD	En düşük- En yüksek	Ortalama± SD	En düşük- En yüksek	
Boy	160,67±7,10	145,00-175,00	170,95±6,44	160,00-183,00	0,000
Ağırlık	78,10±18,43	55,00-138,00	80,25±9,29	65,00-105,00	0,042
BMI	30,20±6,38	21,48-49,48	27,53±3,65	23,30-39,52	0,076

Erkek hastaların boyları ve ağırlıkları kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi(Sırasıyla $p=0,000$ ve $p=0,042$). Erkek hastaların boyları ortalama $170,95 \pm 6,44$ (En düşük=160,00, En yüksek=183,00) cm iken kadın hastaların boyları ortalama $160,67 \pm 7,10$ (En düşük=145,00, En yüksek=175,00) cm olarak hesaplandı. Erkek hastaların ağırlıkları ortalama $80,25 \pm 9,29$ (En düşük=65,00, En yüksek=105,00)kg iken kadın hastaların ağırlıkları ortalama $78,10 \pm 18,43$ (En düşük=55,00, En yüksek=138,00)kg olarak tespit edildi. Cinsiyete göre BMI ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi ($p=0,076$).

Hastaların sigara ve alkol kullanım alışkanlıklarına göre dağılımı Şekil 6.6’ da gösterilmiştir.



Şekil 6.6. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Araştırmaya dahil edilen bireylerin %10,0'ı(n=5) sigara, %8,0'ı(n=4) alkol, %8,0'ı(n=4) hem sigara hem alkol tüketmekteydi. Hastaların %74,0'ı(n=37) sigara ve alkol tüketmemekteydi. Birinci dereceden yakınlarında hipertansiyon varlığına göre hastaların dağılımları Şekil 6.7' de gösterilmiştir.



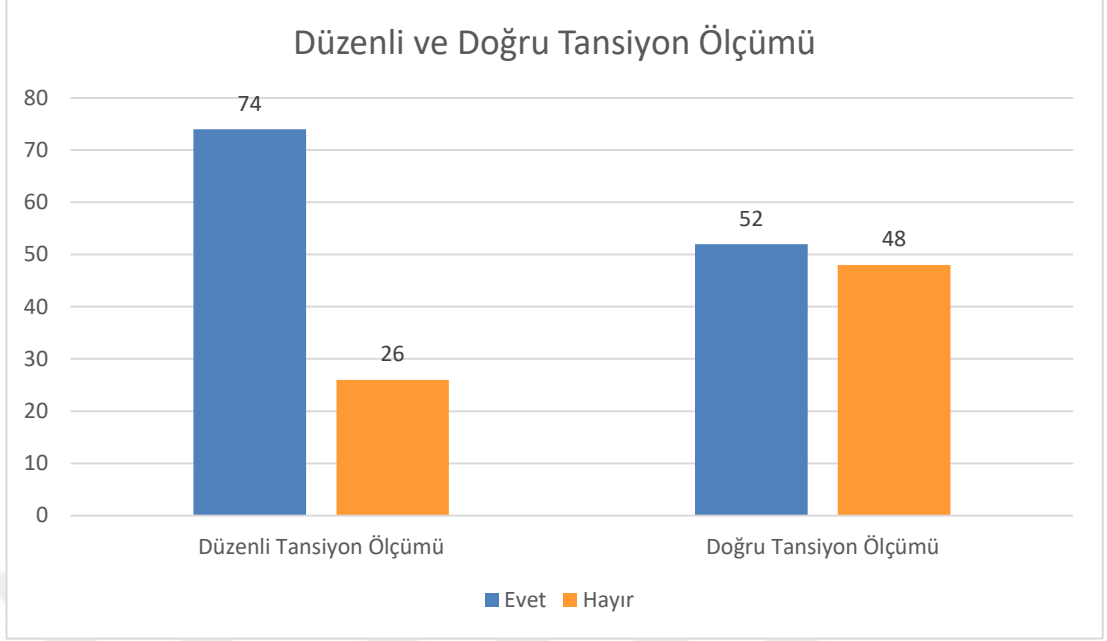
Şekil 6.7. Birinci Dereceden Yakınlarında Hipertansiyon Varlığına Göre Hastaların Dağılımları

Hastaların %94,0'nun(n=47) birinci derece yakınlarında hipertansiyon tanısı alan bireyler bulunmaktaydı.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin %16,0'ı(n=8) beslenme ve yeme alışkanlıklarına doktor tavsiyesi doğrultusunda hiç uymadığını, %46,0'ı(n=23) her zaman uyduğunu, %38,0'ı(n=19) bazen uyduğunu belirtti. Hastaların %90,0'nun(n=45) yemeklerin tuzsuz olmasına dikkat ettiği, %10,0'nun(n=5) yemeklerde bulunan tuz miktarına dikkat etmediği saptandı. Hastaların %74,0'ı(n=37) yürüyüş yaptığını, %26,0'ı(n=13) yürüyüş yapmadığını belirtti. Ortalama haftada $138,34 \pm 125,76$ (En düşük=0, En Yüksek=540) dk yürüyüş yapıldığı hesaplandı.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin ortalama $11,68 \pm 9,39$ (En Düşük=1, En Yüksek=37) yıldır hipertansiyon tanısı bulunmaktaydı. Bireylerin %10,0'nun(n=5) kendi hastalığıyla ilgili hiç, %82,0'nun(n=41) biraz, %8,0'nun(n=4) çok bilgisi bulunmaktaydı. Hastaların %92,0'ı(n=46) düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini belirtti. Hastaların %44,0'ı(n=22) hipertansiyon sebebini bildiğini, %56,0'ı(n=28) bilmediğini ifade etti. Hastaların tamamı (%100,0) eczacı tarafından hastalık ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünmekteydi.

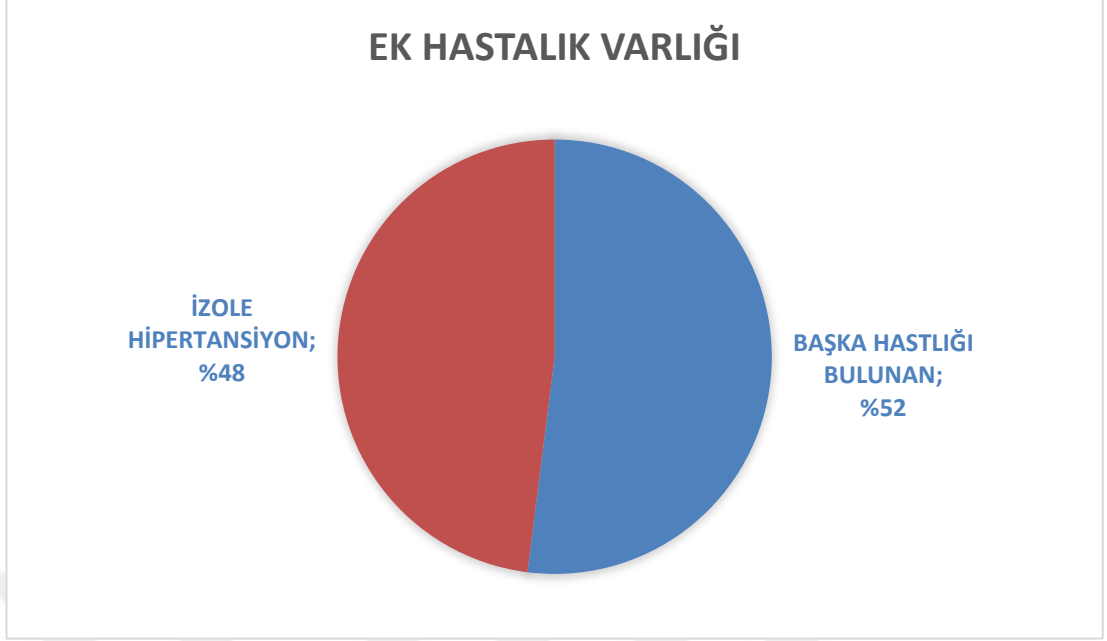
Hastaların %68,0'nun(n=34) evinde tansiyon ölçme cihazı bulunmaktaydı. Hastaların %86,0'ı(n=43) hipertansiyon için kan basıncı sınır değerlerini bildiğini, %14,0'ı(n=7) da bilmediğini belirtti. Hipertansiyon için kan basıncı sınır değerlerini bilenlerin %4,7'si(n=2) bu değer 80/120mm Hg, %95,3'ü(n=41) de 90/140mm Hg olduğunu ifade etti. Hastaların düzenli ve doğru tansiyon ölçümlerine göre dağılımları Şekil 8'de gösterilmiştir.



Şekil 6.8. Hastaların Düzenli ve Doğru Tansiyon Ölçümlerine Göre Dağılımları

Hastaların %74,0'ı(n=37) düzenli tansiyon ölçümü yaptığını, %26,0'ı(n=13) düzenli ölçüm yapmadığını belirtmiştir. Bireylerin %52,0'ı(n=26) tansiyonunu doğru ölçmeyi bilmekteydi. %48,0'ı(n=24) doğru ölçmeyi bilmemekteydi.

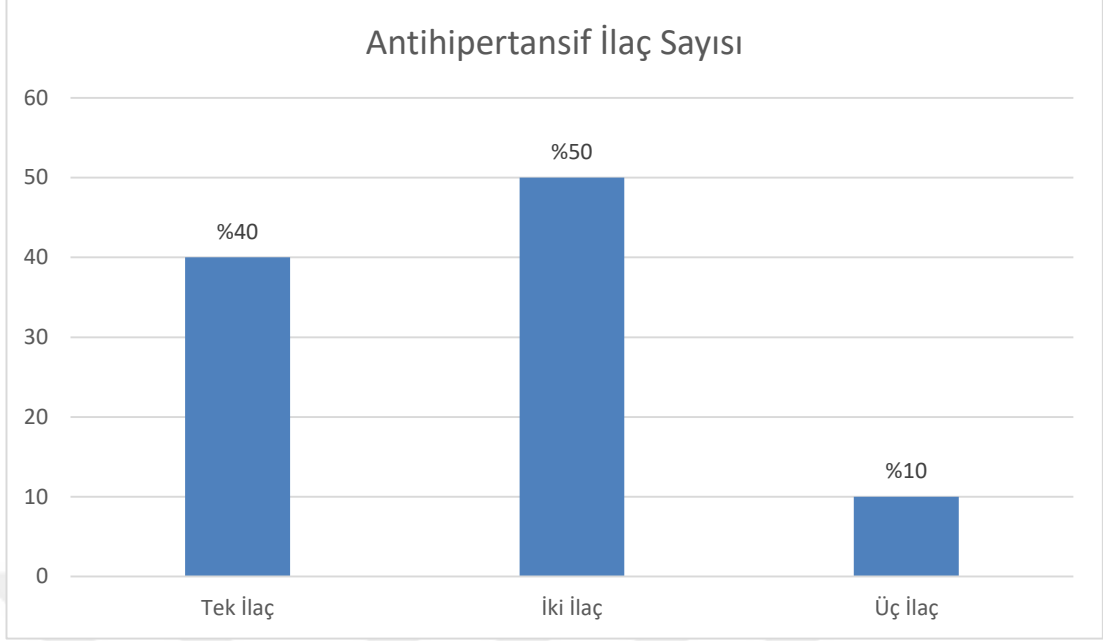
Araştırmaya dahil edilen bireylerin hipertansiyona eşlik eden hastalık varlığına göre dağılımları Şekil 6.9'da gösterilmiştir.



Şekil 6.9. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyona Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Dağılımları

Bireylerin %52,0'ında(n=26) hipertansiyona eşlik eden başka hastalık bulunmaktaydı. %48,0'ında(n=24) izole hipertansiyon bulunmaktaydı. Hastaların %76,0'ı(n=38) uyurken horladığını, %22,0'ı(n=11) görme kaybı olduğunu, %4,0'ı(n=2) felç geçirdiğini belirtti.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin ortalama $1,70 \pm 0,64$ (En Düşük=1, En Yüksek=3) antihipertansif ilaç kullandığı saptandı. Hastaların kullandığı ilaç sayısına göre dağılımı Şekil 6.10' da gösterilmiştir.



Şekil 6.10. Hastaların Kullandığı İlaç Sayısına Göre Dağılımı

Hastaların %40,0'ı(n=20) tedavide bir ilaç, %50,0'ı(n=25) iki ilaç, %10,0'ı(n=5) üç ilaç kullanmaktaydı. Hipertansiyon tedavisinde ilk sırada kullanılan ilaçların etken maddeye göre dağılımı Tablo 6.3'te gösterilmiştir.

Tablo 6.3. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde İlk Sırada Kullanılan İlaçların Etken Maddeye Göre Dağılımı

Etken Madde	Sayı(n)	Yüzde(%)
Perindopril Arjini	10	20,0
Olmesartan Medoksomil	8	16,0
Kandesartan Sileksetil	5	10,0
Perindopril Erbumin	4	8,0
Ramipril	4	8,0
Losartan Potasyum	3	6,0
Telmisartan	3	6,0
Valsartan	3	6,0
İndapamid	2	4,0
Lerkanidipin	2	4,0

Atenolol	1	2,0
Benidipin Hcl	1	2,0
İrbesartan	1	2,0
Lisinopril	1	2,0
Nebivolol	1	2,0
Trandorapril	1	2,0
Toplam	50	100,0

Araştırmaya dahil edilen bireylerin hipertansiyon tedavisinde ilk sırada kullandığı ilaçların gruba göre dağılımı Tablo 6.4'te gösterilmiştir.

Tablo 6.4. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde İlk Sırada Kullandığı İlaçların Gruba Göre Dağılımı

Grup	Sayı(n)	Yüzde(%)
Anjiyotensin II Reseptör Antagonisti	23	46,0
Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü	20	40,0
Kalsiyum Kanal Blokeri	3	6,0
Diüretik	2	4,0
S Beta Bloker	2	4,0
Toplam	50	100,0

Hastaların %60,0'ı(n=30) hipertansiyon tedavisinde ikinci antihipertansif ilaç kullanmaktaydı. Araştırmaya dahil edilen bireylerin hipertansiyon tedavisinde ikinci sırada kullandığı ilaçların etken maddeye göre dağılımı Tablo 6.5'te gösterilmiştir.

Tablo 6.5. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde İkinci Sırada Kullandığı İlaçların Etken Maddeye Göre Dağılımı

Etken Madde	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hidroklorotiyazi	11	36,7

Amlodipin	7	23,0
İndapamid	5	16,7
Propranolol Hcl	2	6,7
Benidipin Hcl	1	3,4
Metoprolol Süksin	1	3,4
Nebivolol	1	3,4
Ramipril	1	3,4
Verapamil	1	3,4
Toplam	30	100,0

Araştırmaya dahil edilen bireylerin hipertansiyon tedavisinde ikinci sırada kullandığı ilaçların gruba göre dağılımı Tablo 6.6’da gösterilmiştir.

Tablo 6.6. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde İkinci Sırada Kullandığı İlaçların Gruba Göre Dağılımı

Grup	Sayı(n)	Yüzde(%)
Diüretik	16	53,3
Kalsiyum Kanal Blokeri	9	30,0
N.S. Beta Bloker.	2	6,7
S. Beta Bloker	2	6,7
Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü	1	3,3
Toplam	50	100,0

Hastaların %10,0’ı(n=5) hipertansiyon tedavisinde üçüncü antihipertansif ilaç kullanmaktaydı. Araştırmaya dahil edilen bireylerin hipertansiyon tedavisinde üçüncü sırada kullandığı ilaçların etken maddeye göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 6.7. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde Üçüncü Sırada Kullandığı İlaçların Etken Maddeye Göre Dağılımı

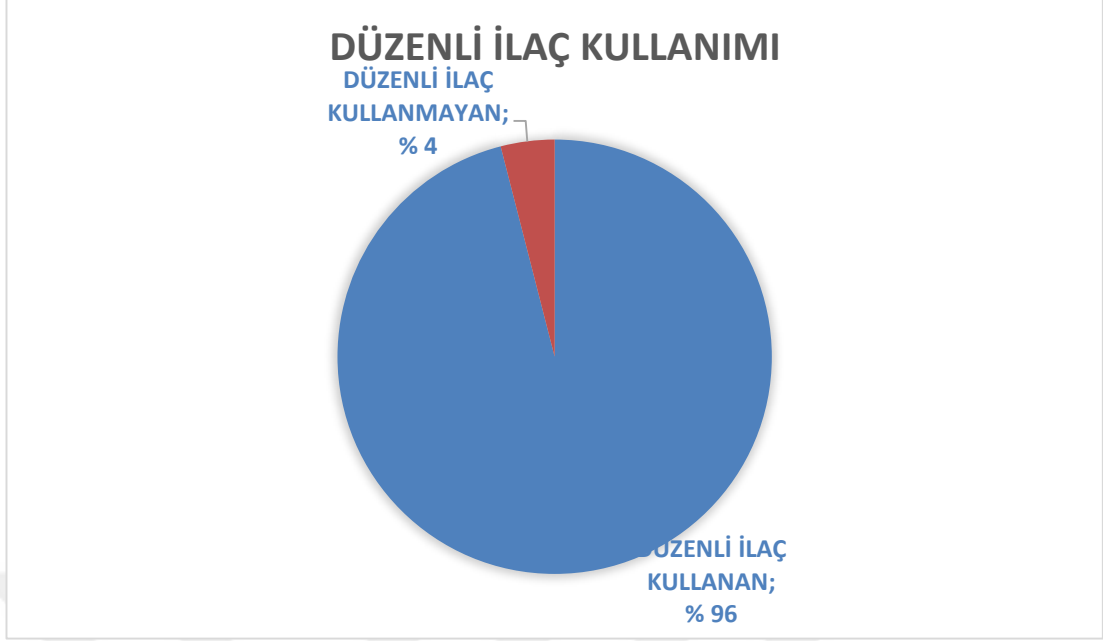
Etken Madde	Sayı(n)	Yüzde(%)
İndapamid	1	20,0
Losartan Potasyum	1	20,0
Metoprolol Süksin	1	20,0
Nebivolol	2	40,0
Toplam	5	100,0

Araştırmaya dahil edilen bireylerin hipertansiyon tedavisinde üçüncü sırada kullandığı ilaçların gruba göre dağılımı Tablo 6.8’de gösterilmiştir.

Tablo 6.8. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Hipertansiyon Tedavisinde Üçüncü Sırada Kullandığı İlaçların Gruba Göre Dağılımı

Grup	Sayı(n)	Yüzde(%)
Anjiyotensin II Reseptör Antagonisti	1	20,0
Diüretik	1	20,0
S. Beta Bloker	3	60,0
Toplam	5	100,0

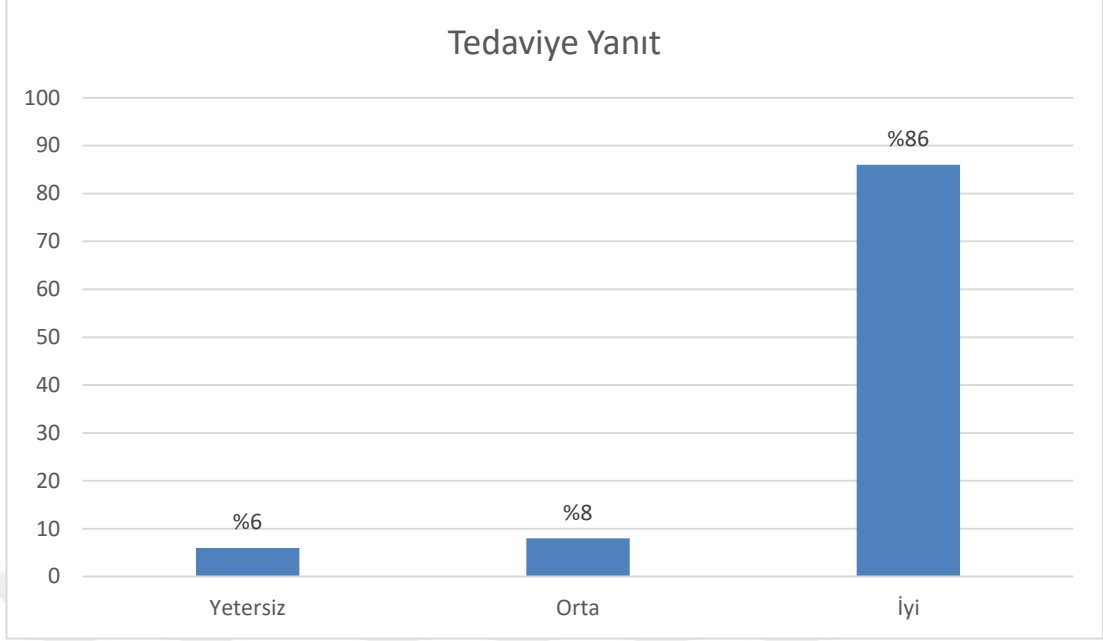
Araştırmaya dahil edilen bireylerin düzenli ilaç kullanımlarına göre dağılımı Şekil 6.11’de gösterilmiştir.



Şekil 6.11. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Düzenli İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımı

Hastaların %96,0'ı(n=48) ilaçlarını düzenli kullandığını, %4,0'ı(n=2) düzenli kullanmadığını belirtti. Hastaların %16,0'ı(n=8) kan basıncının normal değerlere geldiğini düşünerek ilacını bırakma denemesi yaptığını ifade etti. Hastaların %96,0'ı(n=48) hastalık takip ve tedavisini etkileyen çevresel faktörler olduğunu düşünmekteydi. Hastaların %70,0'ı(n=35) 80 mg lık bir ilacın 5 mg lık ilaçtan daha etkili olduğunu düşünmekteydi. Hastaların %84,0'ı(n=42) kullanmakta olduğu hipertansiyon ilacının adını bilmekteydi. Hastaların tamamı(%100,0) antihipertansif ilaçlarını ne zaman ve nasıl alınacağını bildiğini belirtti. Hastaların %52,0'ının(n=26) antihipertansif ilaçları neden kullandığını bilmediği, %46,0'mın(n=23) kan basıncını düşürmek için kullandığı, %2,0'mın(n=1) ilacın mekanizmasını kesin şekilde tanımlayabildiği gözlemlendi. İlacının bir dozunu almayı unuttuğunuzda ne yaparsınız sorusuna hastaların %94,0'ı(n=47) hiç unutmadığını, normal şekilde devam edeceğini veya doktor/eczacıya danışacağını belirtirken, %6,0'ı(n=3) bilmediğini ya da çift doz alacağını söyledi.

Hastaların tedaviye yanıtlarına göre dağılımları Şekil 6.12'de gösterilmiştir.



Şekil 6.12. Hastaların Tedaviye Yanıtlarına Göre Dağılımları

Hastaların %86,0'ında(n=43) tedaviye iyi yanıt, %8,0'ında(n=4) orta yanıt, %6,0'ında(n=3) yetersiz yanıt alındığı saptandı.

Hastaların %34,0'ı(n=17) anti-hipertansif ilacın hangi yan etkilere yol açabileceğini bilmediğini, fakat böyle bir durum olduğunda ne yapması gerektiğini bildiğini, %20,0'ı(n=10) ilacın yan etkilerini ve bunlar gözlemlendiğinde ne yapacağını bildiğini, %2,0'ı(n=1) ilacın hangi yan etkilere yol açabileceğini bildiğini, fakat böyle bir durum olduğunda ne yapması gerektiğini bilmediğini, %44,0'ı da(n=22) ne yan etkileri ne de yapılacakları bildiğini belirtti. Hastaların %6'sında(n=3) antihipertansif ilaca bağlı yan etkiler saptandı. Tedavide telmisartan ve hidroklorotiyazid etken maddeli ilaç kullanan 1 hastada baş ağrısı, ramipril etken maddeli ilaç kullanan 1 hastada kuru öksürük, nebivolol ve indapamid etken maddeli ilaç kullanan 1 hastada da konjonktival hemoraji görüldü.

7. TARTIŞMA

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm sebepleri içerisinde önde gelen risk faktörlerinden biridir. Ülke genelinde yaygınlığı, komorbid hastalık ve risk faktörleri ile birlikte göz önüne alındığında ülkemiz için önemli bir halk sağlığı problemidir.(10)

Dünya nüfusu da Türkiye nüfusu da giderek yaşlanmaktadır. Ülkemizde 2000 yılında %5,7 olan 65 yaş üstü nüfus 2010 yılında %7,2 , 2011 yılında %7,3 olmuştur.(48)2050 yılında bu rakamın %17,6 olması beklenmektedir. Nüfusun giderek yaşlanması yanısıra sosyoekonomik, kültürel alışkanlıklar, değişen yaşam biçimi ile birlikte stres ve hareketsizlikten kaynaklı olarak bireylerin kronik hastalıklara yakalanma riski artmıştır.(52)

Yapmış olduğumuz araştırma Hatay İli Defne İlçesi'nde Ece Göçmen Eczanesi'ne hipertansiyon tanısıyla başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır. Sonuçlar Akdeniz bölgesini ve Türkiye genelini temsil etmemektedir. Araştırmaya 50 antihipertansif ilaç kullanan birey dahil edildi. Araştırmaya dahil edilen hastaların %90,0'ı(n=45) 40 yaş üzeri, %10,0'ı(n=5) 20-40 yaş arasındaydı.20 yaş altında hasta bulunmamaktaydı. Araştırmaya katılan bireyler hipertansiyon hastalığı tanısı komuş bireylerdi ve random seçilmişlerdi. Günümüzde modern tıbbin imkânlarından daha çok yararlanılması, ekonomik ve sosyokültürel koşulların iyileşmesi, doğum oranının azalması gibi etkenlere paralel olarak dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Bu durum gelişmiş ülkelerde dikkat çekici boyutlardadır.(49) Yüzyıl önce Amerika Birleşik Devletleri'nde bu nüfusun yalnız %2'sini yaşlılar oluştururken, günümüzde bu oran %12'nin üstündedir.2050 yilindaysa nüfusun %20'sinin yaşlılardan oluşacağı tahmin edilmektedir.(67).Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2009 verilerine göre ülke nüfusu 72.561.312'dir. Aynı sayımda bildirilen 65 yaş ve üzeri kişi sayısıysa 1.723.714'tür.(68)Çalışmaya katılan hastaların %90'ının 40 yaş ve üzerinde olması yaşlanmayla birlikte kronik hastalığa yakalanma riskinin arttığını doğrular niteliktedir. Ülkemizde Prevalans 30-39 yaş grubunda %19 civarındayken 50-59 yaş grubunda erkeklerin yarısından biraz azı, kadınların yarısından fazlası hipertansiyonludur. Altmış

yaşını aşkın bireylerimizde ise, hipertansiyona her üç kişinin ikisinde rastlanmaktadır.(91)

Çalışmamızda cinsiyete göre yaş grupları arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi($p=0,336$). Araştırmaya dahil edilen bireylerin %60,0'ı($n=30$) kadın, %40,0'ı($n=20$) erkek bireylerden oluşmaktaydı. Kadın hastaların %13,3'ü($n=4$) 20-40 yaş arasındayken, %86,7'si($n=26$) 40 yaş üzeri gruptaydı. Erkek hastaların %5,0'ı($n=1$) 20-40 yaş arasındayken, %95,0'ı($n=19$) 40 yaş üzeri gruptaydı. Ancak ülkemizde toplam 34 milyon tahmin edilen 20 yaş ve üzerindeki Türk yetişkinlerinden 5 milyon erkek ve 6 milyon kadın olmak üzere 11 milyonu standart tanımlama ile hipertansiyonlu sayılmaktadır. Bu tahmine göre, tüm yetişkin erkeklerin %30'u kadınların %35'i yüksek tansiyona sahiptir. (91)

Araştırmaya dahil edilen hastaların %94,0'ı ($n=47$) evli iken, %6,0'ı ($n=3$) bekarı. Cinsiyete göre medeni durum arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi($p=0,145$). Kadınların %10,0'ı($n=3$) bekar iken, erkekler arasında bekar yoktu. Yalnız kalan yaşlıların dışında, ailesiyle kalan yaşlıların bir kısmının kendi ilaçlarını kendilerinin içtiği söylenebilir. Yapılan birçok çalışma ilaç kullanımında ailenin yaşlı üzerindeki etkisinin önemini göstermektedir.(38, 39)

Araştırmamızda hastaların %58,0'mın ($n=29$) eğitim düzeyi ortaokul ve altı, %22,0'mın($n=11$) lise, %20,0'mın($n=10$) lisans ve üzeriydi. Cinsiyete göre eğitim düzeyleri arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi($p=0,250$). Kadınların %66,7'sinin($n=20$) eğitim düzeyi ortaokul ve altı, %20,0'mın($n=6$) lise, %13,3'ünün($n=4$) lisans ve üzeriydi. Erkeklerin %45,0'mın($n=9$) eğitim düzeyi ortaokul ve altı, %25,0'mın($n=5$) lise, %30,0'mın($n=6$) lisans ve üzeriydi. Ancak toplumun tedavi süreci ile ilgili yeterli farkındalık sahibi olmaması, hastanın var olan sağlık sistemi ile senkronize olabilecek bir eğitime sahip olmaması, toplumun ilaç okur-yazarlığı seviyesinin yetersizliği tedaviye uyuncu önemli oranda azaltılmaktadır(35) Yapılan çalışmalar yaşlılarda ilaç kullanımını etkileyen en önemli problemlerden birinin eğitim seviyesinin düşüklüğü olduğunu bildirmektedir.(36,37)

Çalışmada erkek hastaların boyları ve ağırlıkları kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi(Sırasıyla $p=0,000$ ve $p=0,042$). Erkek hastaların boyları ortalama $170,95\pm 6,44$ (En düşük=160,00, En yüksek=183,00) cm iken kadın hastaların boyları ortalama $160,67\pm 7,10$ (En düşük=145,00, En yüksek=175,00) cm olarak hesaplandı. Erkek hastaların ağırlıkları ortalama $80,25\pm 9,29$ (En düşük=65,00, En yüksek=105,00)kg iken kadın hastaların ağırlıkları ortalama $78,10\pm 18,43$ (En düşük=55,00, En yüksek=138,00)kg olarak tespit edildi. Cinsiyete göre BMI ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi($p=0,076$). Artmış vücut ağırlığı sıklıkla artmış kan basıncı ile birlikte dir. Tüm dünyada özellikle sanayi toplumlarında obezite ve hipertansiyon hızla artmaktadır. Hipertansif hastaların en az 1/3-2/3'ü obezdir. Obezlerde ise hipertansiyon gözlenme olasılığı 3 kez fazladır.(93,71)Yapılan bir araştırmada hipertansif erkeklerin %70, kadınların %60'ından fazlasının obez olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışma sonuçlarına göre ideal kilonun %20 üstünde hipertansiyon gözlenme olasılığı 8 kat artmaktadır(32,96). Beden kütle indeksi (BKİ) arttıkça hipertansiyon görülme olasılığı artar (93).

Araştırmaya dahil edilen bireylerin %10,0'ı($n=5$) sigara, %8,0'ı($n=4$) alkol, %8,0'ı($n=4$) hem sigara hem alkol tüketmekteydi. Hastaların %74,0'ı($n=37$) sigara ve alkol tüketmemekteydi. Alkol, sempatik aktiviteyi ve RAS'ı aktive eder. Plazma kortizol düzeyi yükselir. Alkol kısıtlamasıyla kan basıncı $-4.8/-3.3$ mmHg azalır. Kilo kaybıyla beraber olursa kan basıncı $-10.2 /-7.5$ mmHg azalır.(97,98)

Hastaların %94,0'ının($n=47$) birinci derece yakınlarında hipertansiyon tanısı alan bireyler bulunmaktaydı. Erişkin dönemde ortaya çıkan kan basıncı yüksekliğinin temellerinin çocuklukta atıldığı düşünülmektedir. Hipertansiyonun ortaya çıkışında çevresel olduğu kadar genetik nedenler de suçlanmıştır. Bu konudaki çalışmalar esansiyel hipertansiyonun poligenik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile multifaktoryel kalıtım gösterdiğini, hipertansiyon etiolojisinde monogenik nedenlerin ise çok daha net tanımlandığını göstermiştir. Etiyolojiyi anlamak, özellikle genetik nedenleri saptamak, klinik ortaya çıkmadan önlemler almayı ve tedaviyi yönlendirmeyi kolaylaştırabilir.(99)

Araştırmaya dahil edilen bireylerin %16,0'ı(n=8) beslenme ve yeme alışkanlıklarına doktor tavsiyesi doğrultusunda hiç uymadığını, %46,0'ı(n=23) her zaman uyduğunu, %38,0'ı(n=19) bazen uyduğunu belirtti. Hastaların %90,0'mın(n=45) yemeklerin tuzsuz olmasına dikkat ettiği, %10,0'mın(n=5) yemeklerde bulunan tuz miktarına dikkat etmediği saptandı. Hastaların %74,0'ı(n=37) yürüyüş yaptığını, %26,0'ı(n=13) yürüyüş yapmadığını belirtti. Ortalama haftada 138,34±125,76(En düşük=0, En Yüksek=540)dk yürüyüş yapıldığı hesaplandı. Birkaç yıl öncesine kadar hipertansiyon ve kardiyovasküler ölümler denilen infarktüs, inme gibi klinik tablolarda azalma için sodyum kısıtlaması önemli olduğu belirtilmiş Amerika orijinli bir çalışmadaysa meta-analiz değerlendirmeleri sonucunda hipertansiyon ve kalp hastalıklarına bağlı ölümler için sadece sodyum kısıtlaması değil tuz kullanım kısıtlamasının mortaliteye büyük ölçüde azalma sağlayacağını göstermiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi uygulayan doktorlara yıllık 600 milyon civarında hasta başvurmuş ve bu tedavilere 1990-1997 yılları arasında 27 milyar dolar harcandığı bildirilmiştir. Almanya ve Fransa'da 45 yaş üstü kişilerde fitoterapi kullanım oranının %64-68 civarında olduğu bu süreç içerisinde 45 yaş altı kişilerde de kullanım oranının %34'ten 68'lere çıktığı görülmüştür.(72) National Health Interview Survey 2002'nin verileri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada, 65 yaş ve üstü bireylerle ilgili önemli bulgular bildirilmiştir: Son 12 ay boyunca bireyler %90'ni bitkisel ilaçlar, fonksiyonel yiyecekler (sarımsak), hayvansal destek ekleri (glikozamin) içeren doğal ürünler kullanmıştır. Bireylerin sarımsağı hipertansiyon, glikozamini de eklem ve artrit için kullandıkları belirtilmiştir. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin kullanımları bireylerin kendi sağlık yönetim davranışları, kronik sağlık durumları, hastalığı tedavi etmelerindeki kişisel ve davranışsal faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir.(73,74,75)

Bu alanda ülkemizde yapılan bir çalışmada, 65 yaş üstü kişilerin %92.9' unun doktor tavsiyesi haricinde ilaç kullandığı, %89.3'ünün ise bitkisel kökenli ilaç/karışımlar kullandığı belirlenmiştir. İlaç kullanımı için arkadaş ve akrabalarından

öneri alanlarda ilaç yan etkilerinin görülme sıklığının da fazla olduğu bildirilmiştir.(76)

Bitkisel kaynakların etkilerinin toplum içinde ve basında abartılması, bitkilerin toplanma, saklanma ve kullanımında yapılan hatalar ve uygulamaların tip eğitimi almamış kişilerce yapılması hastaya uygulanan tıbbi tedavinin başarısını etkilemektedir.(77,78)

Hastalar, çoğunlukla bilinçsiz bir şekilde, uygulanan tedaviye destek sağlamak üzere veya uygulanan tedaviden fayda görememe kaygısıyla tedaviyi bırakarak bitkisel ilaçlara veya tamamlayıcı tedavilere yönelmektedir. Yapılan bilimsel araştırmalar, bitkisel ilaç ve diyet ürünlerinin hatta gıdaların bile hekimlerin uyguladığı tıbbi tedavi ile doğrudan etkileştiğini göstermektedir. Hastaların %70'nin bitkisel ilaç veya sağlık destek ürünleri kullandığını sağlık personeline çekindiğinden veya bu ürünleri ilaç olarak değerlendirmediklerinden hekim veya diğer sağlık personellerine bildirmediği gösterilmiştir. Hastanın bu tip ürünleri kullanması bazı hastalık durumlarında semptomları gizleyebileceği ve hekimin de doğru tanıyı koymasına engel olacağı bildirilmektedir.(79)

Araştırmaya dahil edilen bireylerin ortalama $11,68 \pm 9,39$ (En Düşük=1, En Yüksek=37) yıldır hipertansiyon tanısı bulunmaktaydı. Bireylerin %10,0'nin (n=5) kendi hastalığıyla ilgili hiç, %82,0'nin (n=41) biraz, %8,0'nin (n=4) çok bilgisi bulunmaktaydı. Hastaların %92,0'ı (n=46) düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini belirtti. Hastaların %44,0'ı (n=22) hipertansiyon sebebini bildiğini, %56,0'ı (n=28) bilmediğini ifade etti. Hastaların tamamı (%100,0) eczacı tarafından hastalık ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünmekteydi. Chapman ve Banner'in (2004) yaptığı bir alan çalışmasında 10 yıldan daha uzun süredir ilaç tedavisi alanlarda ilaç uyumu daha kısa süredir ilaç tedavisi alanlardan daha fazla bulunmuştur. Zaman ve kronik hastalığın kendisi de ilaç uyumunu etkileyen faktörler arasındadır. Amerika'da yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında hastaların ilk üç aylık ilaç uyumu %45 iken, 12. ayın sonunda bu oran %35'lere gerilemiştir.(87)

Yaşlı kişilerde ilaç tedavisiyle meydana gelen istenmeyen etkilerin önlenmesinde doktor, hemşire ve eczacı sorumlu olmalıdır. Bu nedenle de yaşlı bireylerde yaşı ilerlemesi ile oluşan ve organizmada ilaç metabolizmasını etkileyebilecek değişikliklerle beraber, bu yaş grubunda kullanılması sakıncalı ya da riskli olan ilaçları, ilaç etkileşimlerini, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini de bilmelidirler. Hekimin, hemşire ve eczacının bu konuda bilgisinin bulunması, olası faktörlerin değerlendirilebilmesi açısından önemlidir.(87) Farmasötik bakım hizmetlerinin incelendiği bir meta analize dahil edilen çalışmaların %80 inde farmasötik bakım hizmetlerinin sistolik kan basıncını düşürmede etkili olduğu; ancak sadece %53 ünde diastolik KB nin düşürebildiği görülmüştür. Bu çalışmaların %45 inde farmasötik bakımın hasta uyuncuna pozitif etkisi olduğu görülmüştür.(51)Brezilya’da yapılan bir çalışmada eczacı 590 öneri yapmış 214’ü ilaç tedavisiyle ilgili 376’sı sağlıklı yaşam ile ilgili 214 ilaç kaynaklı sorunun %35 igünlük müdahaleler ile çözülürken , %65 inde doktor işbirliğine gerek duyulmuştur. Doktorlar ilaç tedavi rejimlerinin %86’sındaki değişiklik önerilerini kabul etmişlerdir.(52)Brezilya’da yapılan bu çalışmada 1 yıllık farmasötik bakım planı sonrasında hastaların HT ilişkili çıktılarında %27 oranında kilo azalması KB ölçüm sonuçlarında azalma Sistolik KB 18 mmHg Diastolik KB 12 mmHg olmuştur.(52) Nijerya’da yapılan bir çalışmada eczacılar önce farmasötik bakım ve HT konusunda eğitim almışlar.Bu çalışmada KB değerlerinde 6 ay sonra anlamlı düşüşler görülmüş sistolik KB 187 mmHg’dan 137 mmHg’ya, diastolik KB 117 mmHg’dan 89 mmHg’ya düşmüştür.(53) Polonya’da yapılan bir çalışmanın sonucunda Farmasötik bakım hizmeti alan hasta grubunda KB hedeflerine daha fazla ulaşılmış, hastalık ve ilaç bilgisine pozitif bir katkı sağlanmıştır. Farmasötik bakım hizmeti veren eczacı grubunda; farmokoterapi bilgileri artmış iş memnuniyeti artmıştır.(54) Eczacılar, kardiyovasküler hastalığı olan ve kardiyovasküler hastalık riski taşıyan hastalara, bu hastalıklardan korunmaları için tavsiyelerde bulunmakla birlikte, kardiyovasküler risklere sebep olabilecek hiperlipidemi, hipertansiyon ve sigarayı bırakma gibi konularda gerekli girişimlerde de bulunmaktadır.(61,62) Eczacıların hipertansiyon tedavisindeki rolünü araştıran ve sistolik kan basıncının düzenlenmesi amacıyla gerçekleştirilen 13 çalışmayı değerlendiren bir meta-analizde, eczacıların içinde bulunduğu programların sistolik kan basıncını iyileştirmede önemli etkileri olduğu

gösterilmiştir. Başka bir kontrollü çalışmadaysa, eczacıların aktif rol almasıyla kan basıncının daha iyi kontrol edildiği görülmüştür.(63) Kanada’da 14 eczacının katıldığı bir çalışmada, hipertansiyonun risk faktörleri ve önlenmesi konusunda eğitim alan eczacılar ve hemşireler, kan basınçları 130/80 mmHg üzeri olan ve randomize olarak seçilen diyabet hastalarına, kan basıncı ölçümü, kardiyovasküler riskler ve hipertansiyon hakkında eğitim vererek bilgilendirme yapmıştır. Çalışma sırasında her iki grupta da sistolik kan basıncı azalmış olsa da, eczacılar tarafından bilgilendirme yapılan gruptaki sistolik kan basıncında iyileşme daha çok görülmüştür.(64)Altı ay süren randomize olmayan başka bir araştırmada, eczacı müdahalesiyle hasta bireylerin kan basıncında daha çok iyileşmeler görülmüştür. Ayrıca, eczacıların verdiği eğitimle kan basıncı evde ölçülmüş , hastaların doktora gitme sıklığında azalma görülmüştür.(65)

Hastaların %68,0’ının(n=34) evinde tansiyon ölçme cihazı bulunmaktaydı. Hastaların %86,0’ı(n=43) hipertansiyon için kan basıncı sınır değerlerini bildiğini, %14,0’ı(n=7) da bilmediğini belirtti. Hipertansiyon için kan basıncı sınır değerlerini bilenlerin %4,7’si(n=2) bu değerin 80/120mm Hg, %95,3’ü(n=41) de 90/140mm Hg olduğunu ifade etti. . Hastaların %74,0’ı(n=37) düzenli tansiyon ölçümü yaptığını, %26,0’ı(n=13) düzenli ölçüm yapmadığını belirtmiştir. Bireylerin %52,0’ı(n=26) tansiyonunu doğru ölçmeyi bilmekteydi. %48,0’ı(n=24) doğru ölçmeyi bilmemekteydi. Literatürdeki çalışmalarda kan basıncını ölçtürme sıklığı ve kontrole gitme sıklığı ile Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği arasında önemli ilişki saptanmıştır.(87)

Bireylerin %52,0’ında(n=26) hipertansiyona eşlik eden başka hastalık bulunmaktaydı. %48,0’ında(n=24) izole hipertansiyon bulunmaktaydı. Hastaların %76,0’ı(n=38) uyurken horladığını, %22,0’ı(n=11) görme kaybı olduğunu, %4,0’ı(n=2) felç geçirdiğini belirtti. Araştırmaya dahil edilen bireylerin ortalama $1,70 \pm 0,64$ (En Düşük=1, En Yüksek=3) antihipertansif ilaç kullandığı saptandı. Hastaların %40,0’ı(n=20) tedavide bir ilaç, %50,0’ı(n=25) iki ilaç, %10,0’ı(n=5) üç ilaç kullanmaktaydı. Hastaların %60,0’ı(n=30) hipertansiyon tedavisinde ikinci

antihipertansif ilaç kullanmaktaydı. Hastaların %10,0'ı(n=5) hipertansiyon tedavisinde üçüncü antihipertansif ilaç kullanmaktaydı.

Yapılan çeşitli çalışmalar, altmış beş yaşın üzerindeki kişilerde polifarmasinin yaygınlığını göstermektedir.(31,34) Yaşlanma süreci beraberinde fizyolojik ve ruhsal problemleri de getirmektedir. Bu süreçte yaşlılarda karşılaşılan en önemli problemlerden birisi de ilaç kullanımında karşılaşılan güçlüklerdir.(34)Japonya'da yapılan bir çalışmada 65 yaş üzeri yaşlı bireylerin %61'inin sürekli bir ilaç aldıkları tespit edilmiştir.(40) Yaşlı hastalarda çoğul hastalık olasılığının artması ve değişik tedavilerin beraber kullanılması, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, duyu fonksiyonlarındaki azalmalar gibi durumlar nedeniyle ilaç kullanımlarında problemler ve hatalar olabilmektedir. Bu nedenlere bakıldığında, belirli bir planlama ile rahatlıkla üstesinden gelinecek problemler olduğu görülebilmektedir.(41) Yaşlanmayla birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama, yakın bellek zayıflığı gibi değişimler yaşam sürecini olumsuz yönde etkiler. (29,30)

Hastaların %96,0'ı(n=48) ilaçlarını düzenli kullandığını, %4,0'ı(n=2) düzenli kullanmadığını belirtti. Hastaların %16,0'ı(n=8) kan basıncının normal değerlere geldiğini düşünerek ilacını bırakma denemesi yaptığını ifade etti. Hastaların %96,0'ı(n=48) hastalık takip ve tedavisini etkileyen çevresel faktörler olduğunu düşünmekteydi. Pek çok epidemiyolojik araştırma hipertansiyon tedavisi ile sağlıkla ilişkili hayat kalitesi arasındaki ilişkiyi incelerken(13,14) toplum tabanlı çalışmalarda hipertansiyonluların yaşam kalitelerinin normal toplum popülasyonuna göre daha düşük seviyelerde olduğu ortaya konmuştur.(15,16)

Bunun yanında hipertansiyon ile birliktelik gösterebilen yandaş hastalık varlığının da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediği de gösterilmiştir.(17,18)

Hastaların %70,0'ı(n=35) 80 mg lık bir ilacın 5 mg lık ilaçtan daha etkili olduğunu düşünmekteydi. Hastaların %84,0'ı(n=42) kullanmakta olduğu

hipertansiyon ilacının adını bilmekteydi. Hastaların tamamı(%100,0) antihipertansif ilaçlarını ne zaman ve nasıl alınacağını bildiğini belirtti. Hastaların %52,0'nın(n=26) antihipertansif ilaçları neden kullandığını bilmediği, %46,0'nın(n=23) kan basıncını düşürmek için kullandığı, %2,0'nın(n=1) ilacın mekanizmasını kesin şekilde tanımlayabildiği gözlemlendi. İlacının bir dozunu almayı unuttuğunuzda ne yaparsınız sorusuna hastaların %94,0'ı(n=47) hiç unutmadığını, normal şekilde devam edeceğini veya doktor/eczacıya danışacağını belirtirken, %6,0'ı(n=3) bilmediğini ya da çift doz alacağını söyledi. Yapılan çalışmalarda, 1 yılın sonunda ilaç kullanımını süreklilik oranının %50'nin altında olduğu; reçete edilen ilaçların %10'unun ise hastalar tarafından keyfi olarak bırakıldığı gösterilmiştir.(58,59)Bu da özellikle kronik hastalıkların tedavisinde ve izleminde eczacıya daha çok sorumluluklar vermektedir.(60)

Hastaların %34,0'ı(n=17) anti-hipertansif ilacın hangi yan etkilere yol açabileceğini bilmediğini, fakat böyle bir durum olduğunda ne yapması gerektiğini bildiğini, %20,0'ı(n=10) ilacın yan etkilerini ve bunlar gözlemlendiğinde ne yapacağını bildiğini, %2,0'ı(n=1) ilacın hangi yan etkilere yol açabileceğini bildiğini, fakat böyle bir durum olduğunda ne yapması gerektiğini bilmediğini, %44,0'ı da(n=22) ne yan etkileri ne de yapılacakları bildiğini belirtti. Hastaların %6'sında(n=3) antihipertansif ilaca bağlı yan etkiler saptandı. Tedavide telmisartan ve hidroklorotiyazid etken maddeli ilaç kullanan 1 hastada baş ağrısı, ramipril etken maddeli ilaç kullanan 1 hastada kuru öksürük, nebivolol ve indapamid etken maddeli ilaç kullanan 1 hastada da konjonktival hemoroji görüldü. Yaşlı bireyin kullandığı ilaç sayısının artması, ilaçlara bağlı yan etkilerin daha çok olmasına sebep olmaktadır. Beş ilaç kullanan birinde beklenen istenmeyen reaksiyon riski %4 iken, 6-10 ilaç kullananlarda % 7, 11-15 ilaç kullananlarda % 24, 16-20 ilaç kullananlarda %54'tür. Yaşlılarda hastaneye yatırılma nedenlerinin %28'ini ilaca bağlı sorunlar oluşturmaktadır. Bu sorunların %95'nin önceden tespit edilebilir, %66'sinin da önlenabilir olduğu saptanmıştır.(70)

Hastaların %86,0'ında(n=43) tedaviye iyi yanıt, %8,0'ında(n=4) orta yanıt, %6,0'ında(n=3) yetersiz yanıt alındığı saptandı. Kan basıncı eşik değerlerinin farkında olmayan ve tedavideki hedefler konusunda yeterince bilgi sahibi olmayan hastaların

büyük çoğunluğunun hedef kan basıncı değerlerine ulaşamamalarındaki en yaygın sebeple arasında “ilaç kullanımında süreklilik olmaması” ve “tedavideki uyum sorunu” gelmektedir.(48) Yaşlı kişilerde ilaç kaynaklı istenmeyen etkilerin önlenmesinde doktor, hemşire ve eczacı sorumlu olmalıdır. Bu sebeple de yaşlı bireylerde yaşı ilerlemesiyle oluşan ve organizmada ilaç metabolizmasını etkileyebilecek değişikliklerle beraber, bu yaş grubunda kullanılması sakıncalı veya riskli olan ilaçları, ilaç etkileşimlerini, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini de bilmelidirler. Eczacıların ve hekimlerin bu konuda bilgisinin bulunması, olası faktörlerin değerlendirilebilmesi açısından elzemdir.

Yakın geçmişte yayınlanmış olan meta analizler ve kılavuzlar HT hastalarında kan basıncını azaltmak ve kontrolü sağlamak için en etkili yöntemin eczacı ve diğer sağlık personelinin de sürece katılması olduğu yani ekip çalışmasının faydalı olduğu sonucuna varmışlardır.(51)

8. SONUÇ

Araştırma kapsamına giren 50 hipertansiyon hastasına anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılım oranı %100'dür. Araştırmada hipertansiyon hastalarının yaşları, cinsiyetleri, boy, kilo, kan basıncı değerleri, aile öyküleri, yaşam tarzı alışkanlıkları, fiziksel aktivite alışkanlıkları, beslenme alışkanlıkları, sigara-alkol kullanım durumları, komorbid hastalık durumları, felç geçirip geçirmediği, düzenli kullanmakta oldukları hipertansiyon ilaçları, medeni durum ve eğitim düzeyi, hastalık tanı yılları, hastalık hakkında hasta bilgi düzeyi gibi soruları barındıran 35 soruluk anket yapılmış literatürde yapılmış olan diğer çalışmalar ile kıyaslanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %90'ının 40 yaş ve üzerinde olması yaşlanmayla beraber kronik hastalığa yakalanma riskinin arttığını doğrular niteliktedir. Türkiye'de prevalans 30-39 yaş grubunda %19 civarındayken 50-59 yaş grubunda erkeklerin yarısından biraz azı, kadınların yarısından fazlası hipertansiyonludur. Altmış yaşını aşkın bireylerdeyse hipertansiyona her üç kişinin ikisinde rastlanmaktadır.(91)

Hastaların %94,0'ının(n=47) birinci derece yakınlarında hipertansiyon tanısı alan bireyler bulunmaktaydı. Erişkin dönemde ortaya çıkan kan basıncı yüksekliğinin temellerinin çocuklukta atıldığı düşünülmektedir. Hipertansiyonun ortaya çıkışında çevresel olduğu kadar genetik nedenler de suçlanmıştır. Bu konudaki çalışmalar esansiyel hipertansiyonun poligenik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile multifaktoryel kalıtım gösterdiğini, hipertansiyon etiyojisinde monogenik nedenlerin ise çok daha net tanımlandığını göstermiştir. Etiyolojiyi anlamak, özellikle genetik nedenleri saptamak, klinik ortaya çıkmadan önlemler almayı ve tedaviyi yönlendirmeyi kolaylaştırabilir.(99)

Hastaların %90,0'ının(n=45) yemeklerin tuzsuz olmasına dikkat ettiği, %10,0'ının(n=5) yemeklerde bulunan tuz miktarına dikkat etmediği saptandı.

Hastaların %92,0'ı(n=46) düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini belirtti. Hastaların %96,0'ı(n=48) ilaçlarını düzenli kullandığını, %4,0'ı(n=2) düzenli kullanmadığını belirtti. Hastaların %6'sında(n=3) antihipertansif ilaca bağlı yan etkiler saptandı. Tedavide telmisartan ve hidroklorotiyazid etken maddeli ilaç kullanan 1

hastada baş ağrısı, ramipril etken maddeli ilaç kullanan 1 hastada kuru öksürük, nebivolol ve indapamid etken maddeli ilaç kullanan 1 hastada da konjonktival hemoroji görüldü. Hastaların %86,0'ında(n=43) tedaviye iyi yanıt, %8,0'ında(n=4) orta yanıt, %6,0'ında(n=3) yetersiz yanıt alındığı saptandı. Literatürdeki birçok çalışmada; hipertansif kadınlardaki yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur. Tedaviye uyum arttıkça, yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir.(94)

Anket çalışması sırasında hastaların kan basınçları ölçülmüş, ölçüm sırasında doğru kan basıncı ölçümü yapabilmeleri için gerekli bilgiler verilmiştir. Düzenli doktor kontrolüne gitmenin öneminin üzerinde durulmuş, haftada 5-7 gün, günde 30 dk yürüyüş yapılması önerilmiştir.3 hastada ilaç yan etkisi tespit edilmiş, acilen doktora gitmeleri gerektiği söylenmiştir. Kullanmakta oldukları ilaçların yan etkileri hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Yemeklerde tuz tüketmeye devam eden hastalarda (hastaların %10'u) tuz tüketmenin hastalığı olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Beden kitle indeksi yüksek olan hastalara diyet yapılmasının gerektiği, sahip oldukları kilonun %5-10 kaybı dahilinde kan basınçlarında anlamlı bir düşüş yaşanacağı anlatıldı. Sigara ve alkol tüketen hastalara sigara ve alkolün kan basıncını yükselteceği, tedaviye uyuncu azaltacağı ve felç riskini arttıracacağı anlatıldı. İlacın doğru doz ve zamanda alınmasının öneminden bahsedilmiş ve ilaç bırakma denemesi yapmamaları gerektiği anlatılmıştır. Tedaviye orta ve yetersiz düzeyde yanıt alan hastalar doktora yönlendirilmiş düzenli tahlil yaptırmanın öneminden bahsedilmiştir.

Araştırmaya katılanlar arasında eğitim düzeyi düşük hastaların da olması bu kişiler tarafından soruların tam anlaşılmasına neden olabilmıştır. Aynı zamanda ankete katılanlar arasında yaşlıların olması hafıza problemi ve etkili iletişim kurulamaması nedeniyle anket sorularının etkin şekilde cevaplanmasına engel teşkil etmiştir. Bu durumların anketin başarısını etkileyebileceği düşünülmelidir.

Klinik eczacının görevi kendisine başvuran hastaların problemlerini değerlendirirken hastalık ve tedavi sürecinde hekimle birlikte terapötik sürecin yönetimini yürütmek olmalıdır.

9. KAYNAKLAR

- 1_ Öztürk, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği; 2012.
- 2-Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği; 2012.
- 3- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı; 2003.
- 4- Özpancar N. Fesci H. Hipertansiyon Ve Yaşam Kalitesi. Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi Aralık; 2008.
- 5- Altun B ve ark. Prevalence, Awareness, Treatment And Control Of Hypertension İn Turkey Hypertens Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases; 23: 1817-1823; 2005.
- 6-Öngen Z. Çözümü zor bir toplumsal sorun: hipertansiyon. Klinik Gelişim; 18: 4-7; 2005.
- 7- Soydan İ, Hipertansiyon ile ilgili TEKHARF çalışması verileri ve yorumu. In: Onat A (ed). Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı (TEKHARF). İstanbul: Argos iletişim; 2003.
- 8- METSAR araştırmacıları Türk erişkinlerde metabolik sendrom prevalansı. TKD XX. Ulusal kongresi Antalya; 2004.
- 9-T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü. Final Rapor. Aralık; 2004.
- 10-Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi; 1: 1-5; 2006.
- 11-Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: cevap kayması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 5: 382-389; 2006.
- 12- S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 15 Kızılcı; 3: 18-26; 1999.
- 13- Banegas JR et al, Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. Am J Hypertens; 19: 686-693; 2006.
- 14-Coyne KS, Darlene Davis D, Frech F, Hill MN. Healthrelated

quality of life in patients treated for hypertension:a review of the literature from 1990 to 2000. *Clin Ther*; 24: 142-169; 2002.

15- Bardage C, Isacson Dag GL. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol*; 54: 172-181; 2001.

16-Lawrence WF et al, Health status and hypertension: a populationbased study. *J Clin Epidemiol*; 49: 1239-1245; 1996.

17-Aydemir O, Cenk Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the 36: a primary-carebased study among hypertensives. *Arch Med Res*; 36: 136-141; 2005.

18-Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*; 15: 83-91; 2006.

19-Onat A et al, To the light of a secret of defective heart of the Turkish population an input to medicine TEKHARF Çalışması İstanbul: Figur Grafik ve Matbaacılık;. p.74-88; 2009.

20- Chobanian AV et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure;National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*;289(19):2560-72; 2003.

21- Mancia G, et al, Guidelines for the management of arterial hypertension:The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2007;28(12):1462-536; 2007.

22- ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial *JAMA*;288(23):2981-97; 2002.

23-World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. Journal of Hypertension;17(2):151-83; 1999.

24-Appel LJ et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med c;336(16):1117-24; 1997.

25-İNRUD İlaç Kullanım Standartları, Akılcı İlaç Kullanımı, D.S.Ö. Veri Tabanı, S:8-9;2014.

26-Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. BMJ;336:1114-7; 2008.

27-DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu; 2010.

28-THSKBBSH veri rehberi; 2013.

29- Yıldız M . Dindarlık ve Ölüm Kaygısı. Tasavvufi Yaklaşım ve Günümüz Üniversite Öğrenciler. Journal of Religious Culture,; Nr. 43b: 1-7; 2001.

30- Fessman N., Lester D. Loneliness and depression among elderly nursing home patients. Int J Aging Hum Dev.; 51:137-141; 2000.

31-Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly. Clin Ther.; Jul-Aug; 20(4): 764-71; 1998.

32-Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens.;21:1011-1053; 2003.

33- Swales JD. Manual of Hypertension. Blackwell Science, Oxford: 1-3, 119-123, 153-160; 1995.

34- Turkish Journal of Geriatrics.; 5(2):68-74; 2002.

35- Sosyal Güvenlik Kurumu verileri; 2012.

36- Solmaz T. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. Yüksek lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı. Konya, 2008.

37- Kesioğlu P ve ark. İzmir Çamdibi 1 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşlılarda

yetersiz kronik hastalık prevalansı. Turkish Journal of Geriatrics; 6(1): 27-30; 2003.

38- Bayık A ve ark. Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Turkish Journal of Geriatrics; 2002.

39- Eşer İ . Yaşlılarda meydana gelen fizyolojik değişiklikler. Ege Üniv. HYO Dergisi.1991; 7(1):52-57; 5(2):68-74; 2002.

40-World Health Organization and International Federation of Medical Students Associations Global survey on geriatrics in the medical curriculum Ekim 2007.

41- Kutsal YG. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics.; 9 : 37-44 etkilemektedir; 2006.

42- Klinik Eczacılık Derneği; 1998.

43-Allemann S. et al. Farmasötik Bakım: PCNE tanımı Int. J. of Clin. Pharm.;544-55; 2014.

44- Cipolle R, Strand L, Morley P. Farmasötik Bakım Uygulaması: Klinisyenin

Rehberi, İkinci Baskı: Klinisyenin Rehberi McGraw-Hill Companies, Birleştirilmiş; 25 Mayıs 2004.

45- İyi Eczacılık Uygulaması. İyi Eczacılık Uygulaması üzerine Ortak FIP/DSÖ Kılavuzu: Kaliteli Eczacılık Uygulaması için Standartlar. Lahey ve Cenevre: FIP ve DSÖ; 2011.

46- Uluslararası Eczacılık Federasyonu. Tütünsüz toplumlar yaratmak: Eczacılar için pratik bir rehber. Lahey: Uluslararası Eczacılık Federasyonu; 2015.

47- Avrupa Birliği İlaç Grubu .Serbest eczacılık, bir halk sağlığı merkezi: Yıllık Rapor. Brüksel, (Belçika): PGEU; 2016.

48-Morrison CM, et al. Halk Sağlığı Programı Rehberi: Kronik Hastalıkların Önlenmesi

ve Kontrolünde Eczacılarla Ortaklık Atlanta; 2016.

49-Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. Yüksek Tansiyonu Yönetmek için Eczacıların Hasta Bakımı Süreçlerini Kullanmak: Eczacılar için bir Kaynak Kılavuzu. Atlanta (GA): CDC, ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2016.

50-Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele - Eczacıların Katkısı Türk Eczacıları Birliği; 2019.

51-Agular et al./Research in Social and Administrative Pharmacy 383-396; ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2012.

52-.Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences vol.44, n.3,jul./set; 2008.

53-The International Journal of Pharmacy Practice 14:115-122june; 2006.

54-Pharmacy Practice Apr-Jun;9(2):110-115; 2011.

55- Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States .JAMA 290(2):199-206; 1988-2000.

56-- Cutler JA, Follmann D, Allender PS. Randomized trials of sodium reduction: an overview. Am J Clin Nutr;65(2 Suppl); 1997.

57- Grossman E, Messerli FH. Drug-induced hypertension:an unappreciated cause of secondary hypertension. Am J Med;125(1):14-22; 2012.

58-. Burnier M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. Am J Hypertens; 2006.

59- Hansson L, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and lowdose aspirin in patients with hypertension:principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. Lancet;351(9118):1755-62; 1998.

60- George PP et al.The evolving role of the community pharmacist in chronic disease management-a literature review. Ann Acad Med Singapore;39(11):861-7; 1998.

61- Blenkinsopp A, Anderson C, Armstrong M. Systematic review of the effectiveness of community pharmacy-based interventions to reduce risk behaviours and risk factors for

coronary heart disease. J Public Health Med;25(2):144-53; 2003.

62- Atalay L, Sancar M, Okuyan B, Izzettin FV.The impact of pharmacist-led smoking cessation program at community pharmacy Journal of Marmara University Institute of

Health Sciences (MUSBED);2(1):20-5; 2003.

63-Cote I, Gregoire JP, Moisan J, Chabot I, Lacroix G. A pharmacy-based health promotion programme in hypertension: cost-benefit analysis. *Pharmacoeconomics*21(6):415-28; 2003.

64- McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, King KM, Makowsky MJ, Jones CA, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood

pressure management in patients with diabetes mellitus: study of cardiovascular risk intervention by pharmacists-hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med*;168(21):2355-61; 2008.

65-Kicklighter CE, Nelson KM, Humphries TL, Delate T. A randomized trial of the effect of

community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients

with diabetes mellitus: study of cardiovascular risk intervention by pharmacists-hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med*;168(21):2355-61; 2008.

66- Ezzo DC, Ambizas EM. Hypertension: how pharmacists can help patients. *US Pharmacist* ;32(2):99-108; 2007.

67- Oktay Ş, Akıncı A. Yaşlılarda ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi karar verme süreci. *Türk Geriatri Dergisi*.;4(3):127-133; 2001.

68-. Oymak O. Hipertansiyon Ve Böbrek. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3:33-37; 2007.

69-Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi.*Türk Geriatri Dergisi*;3(2):56-60; 2000.

70-. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğler T. Yaşlıda ilaç kullanımı.*Türk Geriatri Dergisi*. ;2(1):33-8; 1999.

71- Narkiewicz K. Obesity-related hypertension: relevance of vascular responses to mental stress. *J Hypertens* 20(7): 1277-1278, 2002.

72-Doruk H. Yaşlılarda ilaç kullanımının temel ilkeleri II. *Ulusal Geriatri Kongresi Kongre Kitabı Antalya*; 2003.

73- Eisenberg DM., Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States results of a follow-up national survey. *JAMA*; 1998.

74- King M, Pettigrew A. Complementary and alternative therapy use by older adults in three ethnically diverse populations: A pilot study. *Geriatric Nursing*;25(1):30-7; 2003.

75- Arcury TA, Bell RA, Snively BM et al. Complementary and alternative medicine use as health self-management: Rural older adults with diabetes. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci.*;61(2):62-70; 2006.

76- Özdemir CL, Akgün Ş. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı ve geleneksel uygulamalar. *MN Dahili Tıp Bilimleri Dergisi.*;1(1):27-34; 2006.

77- Akben A: Şifalı bitkilerle tedavi: Fitoterapi. Lamure Yayın Grubu, İstanbul; 2004.

78-. Çağdaş A: Anti-aging: Genç kalmak hakkında her şey. Boyut Yayın Grubu, İstanbul; 2004.

79- Yeşilada E: Ortodoks tıp ve fitoterapi: Hekim bitkisel ilacı bilmeli mi? II. Ulusal Geriatri Kongresi, Kongre Kitapçığı, Antalya; 2003.

80- ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu; 2006.

81- Türk Uzlaşma raporu, Türk Kardiyol Derneği Arş; 43(4):402-409; 2015.

82- BMJ;338:b1665; 2009.

83- ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA; 2017.

84-. A Global brief on hypertension, World Health Day, WHO; 2017.

85- ADA, Diabetes Care; 2018.

86- Schroeder K ARCH/INTERN MED/VOL164, APR 12, 2004.

87- Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 26(2): 79-92; 2017.

88- Pharmacotherapy Handbook, Ninth Edition; 1998.

89- High BP Clinical Guideline; 2017.

90- TEMD Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018

91- Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Bültenleri; 2014.

92- Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*; 12: 113-116; 2003.

93- King DS, Wofford MR. Obesity and hypertension. Drug Topics 3: 59-67; 2000.

94- Dalak, H. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi) Mersin Üniversitesi; 2010.

95- Hulisz D, Lagzdins M. Drug-induced hypertension. US Pharmacist ;33(9):HS11-HS20; 2008.

96- Sharma AM, Engeli S. Managing big issues on lean evidence: treating obesity hypertension. Nephrol Dial Transplant 17: 353-355; 2002.

97-Kaya A. Hipertansiyonda nonfarmakolojik tedavi. Hipertansiyon Kurs KitabıKonya,99-112;2000.

98-Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; 2016.

99-Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci.;13(4):366-9Article;2017.

100- Bruce NG, Cook DG, Shaper AG, et al. Geographical variations in blood pressure in British men and women. J Clin Epidemiol;43:385-98;1990.

10. EKLER

10.1 ANKET

Ek-1

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK ECZACILIK ABD
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

“Antihipertansif İlaç Kullanan Hastaların Hasta Eğitimi, Uyuncu ve Hasta Takibinde Klinik Eczacının Rolü”

Hipertansiyon tedavisinin başarılı olması, alışkanlıkların değiştirilmesi, yaşam düzeni değişikliklerinin önemi büyüktür. Bu anketin amacı alışkanlıklarımızı gözden geçirmek, eşlik eden sorunlarımızı saptamak ve hipertansiyon hakkındaki temel bilgileri tekrarlamaktır.

1- Kaç yaşındasınız?

a.<20

b. 20-40

c. >40

2- Cinsiyetiniz nedir?

a. Kadın

b. Erkek

3- Boyunuz?.....

Kilonuz?.....

4- Birinci derece yakınlarınızda hipertansiyon tanısı konmuş kimse var mı?

a. Evet

b. Hayır

5-Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?

a. Hiçbirini kullanmıyorum.

b. Sigara kullanıyorum.

c. Alkol kullanıyorum.

d. Hem sigara hem alkol kullanıyorum.

6- Hipertansiyon tanısı alalı kaç yıl oldu?

.....

7. Evde düzenli tansiyon ölçümü yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

8-Düzenli olarak doktor kontrolüne gidiyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

9. Eşlik eden hastalık var mı?

a. Evet

b. Hayır

10. Beslenme ve yeme alışkanlıklarınıza doktorunuzun tavsiyesi doğrultusunda dikkat ediyor musunuz?

a. Beslenmeme hiç dikkat etmiyorum.

b. Beslenmeme her zaman dikkat ediyorum.

c. Beslenmeme bazen dikkat ediyorum.

11-Hastalığınızla ilgili bilginiz ne düzeyde?

a. Hiç bilğim yok.

b. Az bilğim var.

c. Çok bilgiliyim.

12. -Uygulanan tıbbi tedavi nedir?

.....

13. Takip ve tedavinizi etkileyen faktörler olduğunu düşünüyor musunuz?(yaşam tarzı kültürel psikolojik eğitimsel sosyal ekonomik)

a. Evet

b. Hayır

14. .Eczacınız tarafından hastalık ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

15. Hangi kan basıncı değerleri hipertansiyondur biliyor musunuz?
a.Evet.....
b.Hayır
- 16.Yemeklerinizin tuzsuz olmasına dikkat ediyor musunuz?
a.Evet
b.Hayır
- 17.Yürüyüş yapıyor musunuz?(kaç dakikalık?)
a.Evet.....
b.Hayır
- 18.Horluyor musunuz?
a.Evet
b.Hayır
- 19.İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?
a.Evet
b.Hayır
- 20.Arada tansiyonum acaba normal değerine geldi mi diye ilaçlarınızı bırakma denemesi yapıyor musunuz?
a.Evet
b.Hayır
- 21.Hipertansiyonunuzun sebebini biliyor musunuz?
a.Evet
b.Hayır
- 22.Evde tansiyon ölçen aletinizi var mı?
a.Evet
b.Hayır
- 23.Görme kaybınız var mı?
a.Evet
b.Hayır
- 24.Felç geçirdiniz mi?
a.Evet
b.Hayır

25.80 mg lık bir ilacın 5 mg lık ilaçtan daha etkili mi olduğunu düşünüyorsunuz?

a.Evet

b.Hayır

26.Kullanmakta olduğunuz hipertansiyon ilacının adını biliyor musunuz?

a.Biliyor(.....)

b.Bilmiyor

27.H.T ilacını neden kullanmakta olduğunuzu biliyor musunuz?

a.Bilmiyor

b.Kan basıncını düşürmek için kullandığımı biliyor.

c.İlacın mekanizmasını kesin şekilde tanımlayabiliyor.

28.H.T ilacının nasıl ve ne zaman alınacağını biliyor musunuz?

a.Bilmiyor

b.Zamanını biliyor fakat nasıl alınacağını bilmiyor.

c.Nasıl alınacağını biliyor fakat ne zaman alınacağını bilmiyor.

d.İlacın nasıl ve ne zaman alınacağını biliyor.

29.H.T ilacının hangi yan etkilere yol açabileceğini ve bu yan etkiler görüldüğünde ne yapmanız gerektiğini biliyor musunuz?

a.Bilmiyor

b.Yan etkileri biliyor fakat ne yapması gerektiğini bilmiyor.

c.Ne yapması gerektiğini biliyor fakat yan etkileri bilmiyor.

d.Yan etkilerini ve bunlar gözlemlendiğinde ne yapacağını biliyor.

30.H.T ilacının bir dozunu almayı unuttuğunuzda ne yapmanız gerektiğini biliyor musunuz?

a.Bilmiyor veya çift doz alırım diyor.

b.Hiç doz kaçırmıyor veya normal şekilde devam ederim veya doktor veya eczacıya sorarım diyor.

31.Hasta kan basıncını doğru ölçmeyi biliyor mu?

a.Biliyor

b.Bilmiyor

32.Hastanın medeni durumu

a.Evli

b.Bekar

33.Hastanın eğitim düzeyi

a.İlköğretim

b.Lise

c.Lisans

34.Tedaviye ne düzeyde cevap alınmış?

a.Yetersiz

b.Orta

c.Yeterince iyi

35.İlaç hastada herhangi bir yan etkiye sebep olmuş mu?

.....



11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.5618
Konu : Etik Kurulu Kararı

17/02/2018

Sayın Ece GÖÇMEN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Antihipertansif İlaç Kullanan Hastaların Hasta Eğitimi, Uyuncu ve Hasta Takibinde Klinik Eczacının Rolü” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 17.02.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 4A6F354CXE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44

İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Antihipertansif İlaç Kullanan Hastaların Hasta Eğitimi,Uyuncu ve Hasta Takibinde Klinik Eczacının Rolü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ece GÖÇMEN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Eczacı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	29.01.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.01.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 124		Tarih: 14/02/2018			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı	ECE	Soyadı	GÖÇMEN
Doğum Yeri	HATAY	Doğum Tarihi	13.09.1992
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	
E-mail	Ecegocmen11@hotmail.com	Tel	05373427430

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	2016
Lise	SELİM NEVZAT ŞAHİN ANADOLU LİSESİ ANTAKYA/HATAY	2010

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)	
1.Eczacısı ve Mesul Müdürü	ECE GÖÇMEN ECZANESİ	3	
2.			
3.			
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	İYİ	İYİ	İYİ

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	YDS	ELTS	TOEFLIBT	TOEFL PBT	TOEFLCBT	FCE	CAE	CPE
------	-----	------	----------	-----------	----------	-----	-----	-----

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır # KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	64,5	64,6	64,7
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
WINDOWS	İYİ
OFFICE (WORD, EXCEL, POWER POINT)	İYİ

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin