



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON TANILI HASTALARIN HEKİM DIŞI ÖNERİLERLE AĞRI
KESİCİ KULLANIM FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ**

Dr. Ömer KIPIK

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2025

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON TANILI HASTALARIN HEKİM DIŞI ÖNERİLERLE AĞRI
KESİCİ KULLANIM FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ**

Dr. Ömer KIPIK

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKKCERAN

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

KONYA – 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, asistanlık sürecinin her aşamasında desteğini hissettiğim ve mesleki deneyimime katkı sağlayan, Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU, Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN ve Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ hocalarıma, yoğun akademik sorumluluklarına rağmen her yanına gittiğimde sabırla, gülen yüzüyle yardımcı olan, tez sürecimde büyük destek veren, çalışkanlığıyla ve pozitifliğiyle yanımda olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN hocama çok teşekkür ederim.

Benim için büyük fedakarlıklar yapan, her konuda, her an desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren ve benim için hala çabalayan, emek harcayan, canım babam Ahmet KIPIK'a, canım annem Ayten KIPIK'a, canım ablam Gönül Çiftci'ye hayatımda oldukları için çok teşekkür ederim.

Asistanlık süresince birlikte çalıştığım, birçok şeyi paylaştığım, günlerimin güzel geçmesini sağlayan, kader birlikteliği yaptığım başta Dr. Arif Sami KARAVELİ, Dr. Ahmet ÇELİK, Dr. Ahmet Faruk YALIM, Dr. Erhan UZUN olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm sekreterimiz sevgili Birsen BATAŞ'a, destekleri ve anlayışları için teşekkür ederim.

Her an hep yanımda olan, en büyük fedakarlıkları yapan, sırdaşım, en iyi arkadaşım, her konuda sonsuz destekçim, bir tanecik eşim Aylin AKAY KIPIK'a, yaşam kaynaklarım, ilk göz ağrım Ahmet KIPIK ve aslan parçam Ayberk KIPIK'a çok teşekkür ederim.

Ömer KIPIK

EKİM- 2025

ÖZET

HİPERTANSİYON TANILI HASTALARIN HEKİM DIŞI ÖNERİLERLE AĞRI KESİCİ KULLANIM FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ

Dr. Ömer KIPIK

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2025

Amaç: Nonsteroid antiienflamatuar ilaçların (NSAİİ) toplumda yaygın olarak ve kolaylıkla temin edilebilmesi, buna karşın hipertansiyonun da sık görülen ve yaşla birlikte prevalansı artan bir hastalık olması, hipertansiyon tanılı bireylerde NSAİİ kullanım sıklığını artırmaktadır. Bu durum, akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimliği disiplini çerçevesinde, hipertansiyon tanısı almış bireylerin hekim önerisi olmaksızın analjezik (ağrı kesici) ilaç kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve davranıőlarını değerlendirmek ve akılcı ilaç kullanımını konusundaki farkındalık düzeylerini belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın evrenini hipertansiyon tanılı hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğü online hesaplama programı (sample size calculator) ile belirlendi. Evreni bilinmeyen örneklem formülünde, hipertansiyon toplumda görünme oranı %30 kabul edilerek en az 323 kişinin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. Oluşturulan anket formu 18 yaş üzerindeki yetişkinlere Google Forms ile online ve araştırmacı tarafından Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Hesaplanan örneklem büyüklüğüne 01/06/2023-31/12/2023 tarihleri arasında ulaőtıldı ve 355 verileri tam olan anket değerlendirmeye alındı. Oluşturulan anket formunda; sosyodemografik bilgiler, bireylerin hipertansiyon hastalığıyla ilgili bilgileri, ek hastalıkları, kullandığı ilaçları, ağrı kesici kullanımı, ağrı kesicilerin yan etkileri hakkında bilgileri ve Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği (AİKÖ) yer aldı. Veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. $p<0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 355 katılımcının yaş ortancası 58 yıl (min:27; maks:89 yıl) olup, %71,5'i (n=254) 65 yaş ve üzerinde, %51,3'ü (n=182) kadın, %87,3'ü (n=310) evli, %47,9'u (n=170) ilköğretim düzeyinde eğitime sahipti. Katılımcıların %17,5'i (n=62) sigara kullanıyordu. Hastaların %69,9'un (n=248) on yıl ve daha az süredir hipertansiyon tanısı vardı, %82'si (n=291) ilk tanı aldıkları anda hekimleri tarafından hipertansiyon hastalığı hakkında bilgilendirilmişti. Bilgilendirme içeriği sorgulandığında %10,9'u ağrı kesicilerin tansiyon üzerine etkileri açısından bilgilendirildiklerini belirtti. Katılımcıların %87,3'ü (n=310) düzenli antihipertansif kullanmaktaydı fakat %26,0'ı (n=88) zaman zaman doktoruna danışmadan ilacını kesmekteydi. Düzenli kan basıncı ölçümü yapanların oranı %49,0'ı (n=174) olup, %84,7'si (n=155) evde kendi cihazıyla ölçüm yapmaktaydı. Katılımcıların %7,6'sı (n=27) ağrı kesici kullanmadığını belirtirken, ağrı kesici kullananların %37,5'i (n=123) doktor önerisi olmadan haftada birkaç kez ve daha fazla ağrı kesici kullanıyordu. Ağrı kesici kullananların %33,6'sı (n=255) baş ağrısı ve %30,2'si (n=229) eklem ağrısı için kullandığını belirtti. Hastaların %33,8'i (n=111) ise birden fazla farklı ağrı kesici kullandığını bildirdi. Ağrı kesicileri %68,3'ü (n=224) reçeteli olarak temin etmekteydi. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların, ağrı kesicilerin yan etkileri konusunda %26,7'si (n=95) bilgi sahibiydi ve %31,8'i (n=113) kişi ağrı kesicilerin kan basıncını yükseltebileceğinin farkındaydı. AİKÖ ortalama puanı $36,9 \pm 5,22$ ve ölçeğin Cronbach's α değeri 0,811 olarak hesaplandı. AİKÖ puanı 35 ve üzerinde olanların oranı %77,1 (n=274) olarak bulundu. AİKÖ puanları incelendiğinde, 64 yaş ve altı grubun puanı ($37,61 \pm 4,98$), 65 yaş ve üzerinden ($35,14 \pm 5,42$) anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$). Üniversite mezunlarının AİKÖ puanı ($38,40 \pm 5,07$), ilköğretim mezunlarından ($35,82 \pm 4,94$) yüksekti ($p < 0,001$). Hipertansiyon süresi 10 yıl ve altında olanların puanı ($37,33 \pm 5,21$), 11 yıl ve üzerineliklerden ($35,91 \pm 5,14$) yüksekti ($p = 0,018$). Düzenli antihipertansif kullananların AİKÖ puanı ($37,28 \pm 4,79$), ara sıra kullananlardan ($34,31 \pm 7,12$) anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$). Ağrı kesici kullanma durumu ile AİKÖ puanı arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p = 0,145$). Ağrı kesicilerin yan etkileri konusunda bilgisi olanların AİKÖ puanı ($37,92 \pm 4,94$), bilgisi olmayanlardan ($35,00 \pm 5,95$) anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$). Ağrı kesiciyi halsizlik-yorgunluk için kullananların AİKÖ puanı ($35,55 \pm 5,67$), bu sebeple kullanmayanlardan ($37,16 \pm 5,10$) düşük bulundu ($p = 0,034$).

Sonuç: Yapılan çalışmada yaklaşık %80 katılımcının akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olduğu tespit edildi. Akılcı ilaç kullanım bilgisi düzeyi yaş, eğitim durumu, hastalık

süresi, tansiyon ilacını düzenli kullanım durumundan etkilenmekteydi. Hipertansiyon hastaları ağrı kesicileri çoğunlukla reçeteli temin etmesine rağmen, hekim önerisi olmadan yaklaşık %40 katılımcının düzenli ağrı kesici kullanması ilginç bir sonuçtur. Sadece dört katılımcıdan birisi ağrı kesicilerin yan etkilerinden haberdardı ve bu kişilerin akılcı ilaç kullanım bilgisi diğerlerine göre daha fazlaydı. Bu bulgular ışığında; ilk temas noktası olan ve koruyucu sağlık hizmetinin ön planda olduğu aile hekimliği uygulamasında hasta eğitimi ve danışmanlığın önemi birkez daha öne çıkmaktadır. Özellikle ileri yaş ve düşük eğitim düzeyindeki bireylere yönelik hedeflenmiş eğitim programları hem hipertansiyon yönetimini hem de akılcı ilaç kullanımını destekleyecek stratejik bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, ağrı kesici kullanımı, hekim dışı öneriler, akılcı ilaç kullanımı

ABSTRACT

DETERMINING THE AWARENESS OF PAIN RELIEF USE AMONG PATIENTS DIAGNOSED WITH HYPERTENSION BASED ON NON-MEDICAL ADVICE

Dr. Ömer KIPIK

THE MASTER THESIS

KONYA - 2025

Objective: The widespread availability and ease of access to non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in society, coupled with the fact that hypertension is a common disease whose prevalence increases with age, has led to an increase in the frequency of NSAID use among individuals diagnosed with hypertension. This situation may lead to irrational drug use. Therefore, the aim of this study is to evaluate the knowledge, attitudes, and behaviours of individuals diagnosed with hypertension regarding the use of analgesic (painkiller) drugs without a doctor's recommendation within the framework of family medicine, which forms the basis of primary health care, and to determine their level of awareness regarding rational drug use.

Materials and methods: The population of this descriptive study consisted of patients diagnosed with hypertension. The sample size was determined using an online calculation programme (sample size calculator). In the formula for an unknown population, the prevalence of hypertension in the community was assumed to be 30%, and it was calculated that at least 323 people needed to be included in the study. The questionnaire form was administered online via Google Forms to adults over the age of 18 and in person by the researcher at the Family Medicine Clinic of Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine. The calculated sample size was reached between 01/06/2023 and 31/12/2023, and 355 questionnaires with complete data were evaluated. The questionnaire form included sociodemographic information, information about individuals' hypertension, comorbidities, medications used, painkiller use, information about the side effects of painkillers, and the Rational Medication Use Scale (RMUS). The data were analysed using the Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 20.0 programme. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Findings: The median age of the 355 participants included in the study was 58 years (min: 27; max: 89 years), 71.5% (n=254) were aged 65 years or older, 51.3% (n=182) were

female, 87.3% (n=310) were married, and 47.9% (n=170) had primary education. Seventeen point five per cent (n=62) of participants were smokers. Sixty-nine point nine per cent (n=248) of patients had been diagnosed with hypertension for ten years or less, and eighty-two per cent (n=291) had been informed about hypertension by their physicians at the time of initial diagnosis. When asked about the content of the information provided, 10.9% stated that they had been informed about the effects of painkillers on blood pressure. 87.3% of participants (n=310) were taking antihypertensive medication regularly, but 26.0% (n=88) occasionally stopped taking their medication without consulting their doctor. The proportion of those who regularly measured their blood pressure was 49.0% (n=174), and 84.7% (n=155) measured it at home with their own device. While 7.6% (n=27) of participants stated that they did not use painkillers, 37.5% (n=123) of those who used painkillers () used them several times a week or more without a doctor's recommendation. Of those who used painkillers, 33.6% (n=255) stated they used them for headaches and 30.2% (n=229) for joint pain. 33.8% of patients (n=111) reported using more than one type of painkiller. 68.3% (n=224) obtained their painkillers with a prescription. Among the participants included in the study, 26.7% (n=95) were aware of the side effects of painkillers, and 31.8% (n=113) were aware that painkillers could raise blood pressure. The mean AIKÖ score was 36.9 ± 5.22 , and the Cronbach's α value of the scale was calculated as 0.811. The proportion of those with an AIKÖ score of 35 or above was found to be 77.1% (n=274). When AIKÖ scores were examined, the score of the 64 years and under group (37.61 ± 4.98) was significantly higher than that of the 65 years and over group (35.14 ± 5.42) ($p < 0.001$). The AIKÖ score of university graduates (38.40 ± 5.07) was higher than that of primary school graduates (35.82 ± 4.94) ($p < 0.001$). The score of those with hypertension duration of 10 years or less (37.33 ± 5.21) was higher than that of those with 11 years or more (35.91 ± 5.14) ($p = 0.018$). The AIKÖ score of those who regularly used antihypertensive drugs (37.28 ± 4.79) was significantly higher than that of those who used them occasionally (34.31 ± 7.12) ($p < 0.001$). No significant difference was found between the use of painkillers and the AIKÖ score ($p = 0.145$). The AIKÖ score of those who were aware of the side effects of painkillers (37.92 ± 4.94) was significantly higher than that of those who were unaware (35.00 ± 5.95) ($p < 0.001$). The AIKÖ score of those who used painkillers for fatigue-tiredness (35.55 ± 5.67) was lower than those who did not use them for this reason (37.16 ± 5.10) ($p = 0.034$).

Result: The study found that approximately 80% of participants possessed knowledge of rational medication use. The level of knowledge of rational medication use was influenced

by age, educational status, duration of illness, and regular use of blood pressure medication. Although hypertensive patients mostly obtain painkillers with a prescription, it is interesting to note that approximately 40% of participants used painkillers regularly without a doctor's recommendation. Only one in four participants was aware of the side effects of painkillers, and these individuals had more knowledge about rational drug use than the others. In light of these findings, the importance of patient education and counselling in family medicine practice, which is the first point of contact and where preventive healthcare is at the forefront, is once again highlighted. Targeted education programmes, especially for older individuals and those with low levels of education, can be considered a strategic approach to support both hypertension management and rational medication use.

Keywords: Hypertension, Analgesic use, Non-prescription use, Rational drug use

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
ABSTRACT.....	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XV
TABLolar LİSTESİ.....	XV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	XVI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Hipertansiyonun Tanımı.....	3
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Hipertansiyon Risk Faktörler.....	4
2.3.1. Hipertansiyonun Değiştirilemez Risk Faktörleri.....	5
2.3.1.1. Aile.....	5
2.3.1.2. Cinsiyet.....	5
2.3.1.3. Yaş.....	5
2.3.1.4. Etnik Köken.....	5
2.3.2. Hipertansiyonun Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	5
2.3.2.1. Beslenme/Tuz tüketimi.....	5
2.3.2.2. Sedanter yaşam.....	6
2.3.2.3. Tütün Kullanımı.....	6
2.3.2.4. Alkol kullanımı.....	6
2.3.2.5. Obezite.....	6
2.3.2.6. Diyabet.....	7
2.3.2.7. Dislipidemi.....	7
2.3.2.8. Psikososyal Faktörler.....	7
2.3.2.9. Obstruktif Uyku Apnesi.....	7
2.3.2.10. İlaçlar / Takviye Gıdalar.....	8
2.4. Toplam Kardiyovasküler Risk.....	8
2.5. Hipertansiyon Tedavisi.....	8
2.5.1. Farmakolojik tedavi.....	9
2.6. Ağrı.....	9
2.6.1. Analjezikler.....	9
2.6.1.1. Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar (NSAİİ).....	9

2.6.2.	Yan etkiler.....	10
2.6.2.1.	Gastrointestinal Sistem (GİS) Yan Etkileri.....	10
2.6.2.2.	Renal Sistem Yan Etkileri.....	10
2.6.2.3.	Kardiyovasküler Sistem Yan Etkileri.....	11
2.6.2.4.	Pulmoner ve Alerjik Yan Etkiler.....	11
2.6.2.5.	Hematolojik Sistem Yan Etkileri.....	11
2.7.	Akılcı İlaç Kullanımı (AİK).....	12
2.7.1.	Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri.....	13
2.7.2.	Hipertansiyon Hastalarında Aile Hekimliği Uygulamalarında Akılcı NSAİİ Kullanımının Önemi.....	13
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1.	Araştırmanın Şekli.....	16
3.2.	Araştırmanın Evreni.....	16
3.3.	Araştırmanın Örneklemi.....	16
3.4.	Çalışmaya dahil edilme kriterleri;.....	16
3.5.	Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	16
3.6.	Etik Kurul Onayı ve Onam.....	16
3.7.	Veri Toplama Araçları.....	17
3.7.1.	Sosyodemografik Bilgi Formu.....	17
3.7.2.	Akılcı ilaç kullanım ölçeği (AİKÖ).....	17
3.8.	Verilerin İstatiksel Analizi.....	17
4.	BULGULAR.....	19
4.1.	Sosyodemografik özelliklerin incelenmesi.....	19
4.2.	Ölçeğin Ortalama Puanı ve Cronbach's Alpha Değeri.....	26
	Akılcı İlaç Kullanım Ölçeğinin ortalama puanı 36,9±5,22 olarak hesaplandı. Tablo 13'de AİKÖ ortalama puanı ve Cronbach's alpha değeri gösterilmiştir.....	26
4.3	Akılcı ilaç kullanım ölçeğinden (AİKÖ) alınan puanların sosyodemografik verilerle karşılaştırılması.....	27
4.4.	AİKÖ'den alınan puanların sigara, hipertansiyon, ek kronik hastalık ve kullandığı ilaçlara ait verilerle karşılaştırılması.....	28
4.4.1.	AİKÖ'den alınan puanların hipertansiyon tanı konulması esnasında hekimi tarafından bilgilendirilen hastaların verileriyle karşılaştırılması.....	30
4.4.2.	AİKÖ'den alınan puanların yaşam tarzı değişiklikleri ve doktor önerisi olmadan tansiyon ilacını kesen hastaların verileriyle karşılaştırılması.....	30
4.5.	AİKÖ'den alınan puanların ağrı kesici kullanım sıklığı, sayısı ve yan etkileri hakkında farkındalık bilgileri ile karşılaştırılması.....	31

4.5.1. AİKÖ puanlarının, bireylerin ağrı kesici ilaçları hangi durumlarda kullandıklarına ilişkin verilerle karşılaştırılması	32
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ.....	43
7. ÖNERİLER.....	44
8. KAYNAKLAR.....	45
EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. PatenT ve PatenT-2 çalışmaları hipertansiyon farkındalık ve ilaç kullanımı..... 4

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Ofis ve ofis dışı kan basıncı ölçüm sonuçlarına göre hipertansiyon sınır değerleri 3
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 19
Tablo 3. Katılımcıların sigara, hipertansiyon, ek kronik hastalıkları ve kullandığı ilaçlara ait bilgiler 20
Tablo 4. İlk tanı esnasında hipertansiyon hastalığı hakkında hekimin bilgilendirilme yaptığı konuların dağılımı 21
Tablo 5. Katılımcıların hipertansiyon için uyguladıkları yaşam tarzı değişiklikleri 22
Tablo 6. Doktoruna danışmadan hipertansiyon ilacını kesen hastaların ilacı kesme sebepleri 22
Tablo 7. Katılımcıların hipertansiyona ek kronik hastalık dağılımı 23
Tablo 8. Katılımcıların antihipertansif dışı ilaç kullanımları 23
Tablo 9. Katılımcıların ağrıkesici kullanımı ve yan etkileri hakkında farkındalık bilgileri 24
Tablo 10. Katılımcıların ağrı kesici ilaçları hangi durumlarda kullandığına ait bilgiler 25
Tablo 11. Katılımcıların ağrı kesicilere bağlı yan etki yaşama durumu 25
Tablo 12. Ağrı kesicilerin yan etkileri ile ilgili verilen cevapların dağılımı 26
Tablo 13. AİKÖ ortalama puanı ve Cronbach's Alpha değeri 26
Tablo 14. Katılımcıların AİKÖ verdiği cevapların oranları 26
Tablo 15. AİKÖ alınan puanların sosyodemografik verilerle karşılaştırılması 28
Tablo 16. AİKÖ alınan puanların sigara, hipertansiyon, ek kronik hastalık ve kullandığı ilaçlara ait verilerle karşılaştırılması 29
Tablo 17. AİKÖ alınan puanların ilk tanı esnasında hipertansiyon hastalığı esnasında hekimi tarafından bilgi alan/bilgi almayan hastaların verileriyle karşılaştırılması 30
Tablo 18. AİKÖ alınan puanların yaşam tarzı değişiklikleriyle ilgili soruya verilen cevaplarla karşılaştırılması 30
Tablo 19. AİKÖ alınan puanlarından alınan verilerin ağrıkesici kullanım sıklığı, sayısı ve yan etkileri hakkında farkındalık bilgileri ile karşılaştırılması 31
Tablo 20. AİKÖ elde edilen puanların, bireylerin ağrı kesici ilaçları hangi durumlarda kullandıklarına ilişkin verilerle karşılaştırılması 32

SİMGELER VE KISALTMALAR

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği

DASH: Dietary Approaches To Stop Hypertension

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GİS: Gastrointestinal Sistem

HT: Hipertansiyon

IASP: International Association For The Study Of Pain

NSAİİ: Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar

OSA: Obstrüktif Uyku Apnesi

Patent/ Patent-2: Prevalence, Awareness And Treatment Of Hypertension In Turkey

SCORE: Sistematik Koroner Risk Değerlendirmesi

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları Ve Risk Faktörleri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, tekrarlanan ofis ölçümlerinde arteriyel kan basıncının $\geq 140/90$ mmHg olmasıyla tanımlanan, toplumda yaygın görülen ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen önemli bir sağlık sorunudur. Genel popülasyonda prevalansı %30–45 arasında değişmekte olup, ileri yaşla birlikte belirgin şekilde artmaktadır (1, 2). Hipertansiyon; kardiyovasküler, serebrovasküler ve renal hastalıklar ile erken mortalite ve yeti yitimi gibi ciddi sonuçlara yol açarak sağlık sistemleri ve toplum üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Bununla birlikte, büyük ölçüde önlenebilir ve tedavi edilebilir bir halk sağlığı sorunudur (3). İleri yaşta birçok hasta, kronik hastalıkları nedeniyle birden fazla ilaç kullanmakta ve bu durum etkileşim riskini artırmaktadır. Hipertansiyonlu bireylerde uzun süreli ve bilinçsiz analjezik kullanımı kan basıncı kontrolünü zorlaştırmakta, özellikle nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) yeni hipertansiyon gelişimine veya tedavi direncine yol açabilmektedir. Bu nedenle birinci basamakta ilaç kullanım alışkanlıklarının dikkatle sorgulanması ve uygun eğitimlerin verilmesi önemlidir. Örneğin, NSAİİ'ler anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin etkisini azaltarak hipertansiyon tedavisinin kontrolünü güçleştirebilir. Bu durum, özellikle böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda ciddi klinik sonuçlara yol açabilmektedir (1,4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını, “hastaların ilaçlara klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerine yetecek dozlarda, en uygun süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyette ulaşmalarını sağlayan kurallar bütünü” olarak tanımlamaktadır. İlaçların hekim önerisiyle, uygun doz ve zamanda kullanılması, yan etkilerin izlenmesi ve başkasının ilacının kullanılmaması gibi temel ilkeler, DSÖ'nün akılcı ilaç kullanımını bileşenleri arasında yer almaktadır (5). Akılcı ilaç kullanımı; doğru tanı konması, uygun tedavinin seçilmesi, gerektiğinde ilacın doğru reçetelenip takip edilmesi ve hastanın sürece katılımını içerir. Bu süreçte ilaç dışı seçenekler ile etkinlik, güvenilirlik ve maliyet unsurları da dikkate alınmalıdır (6).

Günümüz modern tıbbında ağrı tedavisi denildiğinde akla ilk gelen ilaç grubu NSAİİ'ler, Türkiye ve dünyada en sık tüketilen ilaç grupları arasında bulunmakta ve en çok reçete edilen ilaçların başında gelmektedir (7). Dünya genelinde NSAİİ'lerin kullanım oranının toplumun yaklaşık %30–40'ına ulaştığı, özellikle gelişmiş ülkelerde bu oranın %50'ye kadar çıktığı bilinmektedir (8, 9). Türkiye'de de NSAİİ kullanım oranı yüksektir ve bu ilaçların çoğu reçetesiz veya hekim dışı önerilerle temin edilmektedir (10). DSÖ'ye göre dünya genelinde ilaçların yarısından fazlası uygunsuz kullanılmaktadır. Bu durum akılcı ilaç kullanımı ilkesine

aykırı olmakta ve ciddi halk sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. Uygunsuzlukların başlıca nedenleri; artan hasta talepleri, hekimler tarafından endikasyona uygun olmayan reçeteleme ve hastaların ilacı reçetesiz, bilinçsiz kullanmaları veya önerilen şekilde kullanmamalarıdır (11). Analjeziklerin reçetesiz satışı, yanlış ve bilinçsiz kullanımı artmakta ve bu durum önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu nedenle analjeziklerin akılcı kullanımını hem birey hem de toplum sağlığı için önemlidir (7). Yapılan araştırmalar, hastaların önemli bir kısmının NSAİİ'lerin olası yan etkileri, ilaç etkileşimleri ve doğru doz kullanımını konusunda yeterli farkındalığa sahip olmadığını göstermektedir (10, 12). Türkiye'de birinci basamakta yürütülen hasta eğitimi programlarının, özellikle aile hekimliği uygulamaları kapsamında NSAİİ farkındalığını artırmada ve irrasyonel ilaç kullanımını azaltmada kritik bir rol üstlendiği bildirilmektedir (13, 14).

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde analjeziklerin akılcı kullanımının sağlanması kilit bir role sahiptir. Aile hekimleri, hastaların ağrı yönetimi sürecinde gereksiz ve kontrolsüz analjezik kullanımını önlemeye, ilaçların doğru endikasyonlarda ve uygun dozlarda kullanılmasını sağlamaya yönelik danışmanlık sunar. Ayrıca, yan etkiler, ilaç etkileşimleri ve kronik hastalıklarda (zellikle hipertansiyon gibi) NSAİİ kullanımının riskleri hakkında hasta eğitimleriyle farkındalığı artırır. Bu yönüyle aile hekimliği disiplini, toplumda akılcı ilaç kullanım kültürünün yerleşmesinde temel bir halk sağlığı görevi üstlenmektedir.

Literatürde akılcı ilaç ve analjezik kullanımına ilişkin çok sayıda çalışma yapılmış olup hipertansiyonu olan hastaların analjezik kullanımlarıyla alakalı çalışmalar sınırlıdır. Toplumda NSAİİ'lerin sık kullanılması ve kolay ulaşılabilir olması, hipertansiyonun toplumda sık görülen ve prevalansıda yaşla birlikte artan bir hastalık olması, hipertansif hastalarda NSAİİ kullanımını artırmaktadır. Bu durum akılcı olmayan ilaç kullanımına zemin hazırlamaktadır. Bu sebeple bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimliği disiplini bağlamında, hipertansiyon tanısı almış bireylerin hekim nerisi dışında analjezik (ağrı kesici) ilaç kullanımına ilişkin bilgi düzeylerini, tutumlarını ve davranışlarını değerlendirmek; ayrıca bu bireylerin akılcı ilaç kullanımını konusundaki farkındalıklarını belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon, büyük ölçüde önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, tüm dünyada en yaygın görülen kronik hastalıklardan biri olmaya devam etmekte ve prevalansı giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, kan basıncı yüksekliği; kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği ve serebrovasküler hastalıklar gibi mortalite ile ilişkili kronik hastalıkların etyopatogenezinde temel risk faktörlerinden biri olarak ön plana çıkmaktadır (15). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2022 yılı hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre hipertansiyon sınır değerleri tablo 1'de gösterilmiştir (1).

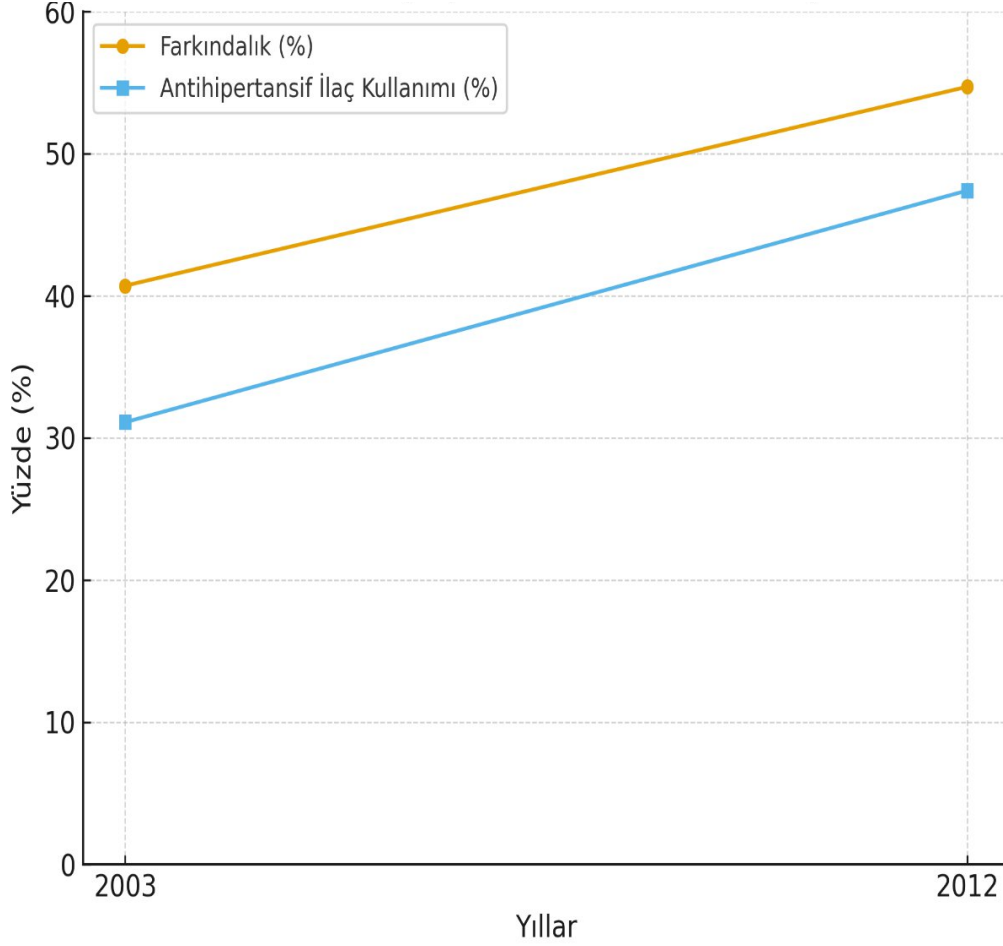
Tablo 1. Ofis ve ofis dışı kan basıncı ölçüm sonuçlarına göre hipertansiyon sınır değerleri

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Ofis Kan Basıncı	≥140	ve/veya	≥90
Ambulatuvar Kan Basıncı			
Gündüz	≥135	ve/veya	≥85
Gece	≥120	ve/veya	≥70
24 saat	≥130	ve/veya	≥80
Evde Ölçülen Kan Basıncı	≥135	ve/veya	≥85

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Ülkemizde hipertansiyon prevalansına ilişkin gerçekleştirilen ilk kapsamlı epidemiyolojik çalışma, “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışmasıdır. Bu çalışmanın bulgularına göre, erişkin bireylerde hipertansiyon prevalansı %33,7 olarak saptanmış; ayrıca yaşla birlikte hipertansiyon sıklığının anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir (16). 2003 ve 2012 yıllarında Türkiye’de temsili erişkin bir örneklem grubuyla yürütülen kesitsel anket temelli Türkiye’de hipertansiyonun prevalansı, farkındalığı, tedavisi ve kontrolü PatenT ve PatenT-2 çalışmalarının karşılaştırmalı analizinde, yüksek kan basıncı prevalansının her iki dönemde de yaklaşık %30 düzeyinde sabit kaldığı görülmektedir. Ancak PatenT-2 bulguları, hipertansiyona ilişkin farkındalık, tedaviye erişim ve kan basıncı kontrol oranlarında, 2003 yılına kıyasla anlamlı bir artış olduğunu ortaya koymuştur. 2003 yılında hipertansiyon

tanısı almış bireylerin %40,7'si durumunun farkındayken, bu oran 2012'de %54,7'ye yükselmiştir. Benzer şekilde, antihipertansif ilaç kullanımı oranı %31,1'den %47,4'e çıkmıştır (Şekil 1) (1, 17).



Şekil 1. PatenT ve PatenT-2 çalışmaları hipertansiyon farkındalık ve ilaç kullanımı

2.3. Hipertansiyon Risk Faktörler

Hipertansiyon risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayrılır.

Değiştirilebilir risk faktörleri arasında dengesiz beslenme (aşırı tuz alımı, yüksek oranda doymuş ve trans yağ içeren diyet, yetersiz meyve-sebze tüketimi), sedanter yaşam tarzı, tütün ve alkol kullanımı ile fazla kilolu ya da obez olma durumu yer almaktadır. Ayrıca, hipertansiyon ve ilişkili kardiyovasküler hastalıklar açısından çevresel bir etken olarak hava kirliliği de dikkate değer bir risk unsurudur.

Değiştirilemeyen risk faktörleri ise hipertansiyon öyküsüne sahip bir ailede doğmuş olmak, cinsiyet, etnik köken ve 65 yaş ve üzeri olmak (1).

2.3.1. Hipertansiyonun Değiştirilemez Risk Faktörleri

2.3.1.1. Aile

Ailede hipertansiyon öyküsü, modifiye edilemeyen risk faktörleri arasında en belirgin olanıdır. Yapılan çalışmalarda; anne, baba veya her iki ebeveynde hipertansiyonun bulunması durumunda bireyde hipertansiyon gelişme riskinin yaklaşık iki kat arttığı gösterilmiştir (18).

2.3.1.2. Cinsiyet

Cinsiyetin arteriyel kan basıncı üzerindeki etkisi çok yönlü ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Epidemiyolojik veriler, hipertansiyon prevalansının kadın ve erkek bireyler arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Erkek bireylerde hipertansiyon, daha genç yaşlarda kadınlara kıyasla daha yüksek oranlarda görülmekte; ancak menopoz sonrası dönemde bu eğilim değişmekte ve kadınlarda hipertansiyon sıklığında belirgin bir artış gözlenmektedir (19).

2.3.1.3. Yaş

Yaşın ilerlemesiyle birlikte hipertansiyon prevalansında belirgin bir artış gözlenmektedir. Bu durum, yaşlanmaya bağlı olarak arter duvarlarında meydana gelen sertleşme, endotel fonksiyonlarının bozulması ve vazodilatasyonu sağlayan nitrik oksit üretiminde azalma gibi fizyopatolojik değişikliklerle ilişkilendirilmektedir (20).

2.3.1.4. Etnik Köken

Etnik köken, hipertansiyon açısından anlamlı bir risk faktörüdür. Irksal farklılıklar; kan basıncının düzeyi, hastalığın başlangıç yaşı ve hedef organlar üzerinde oluşturduğu hasarın boyutu üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Siyah bireylerde, bu parametreler açısından daha yüksek risk taşıdığı bilimsel verilerle ortaya konmuştur (21).

2.3.2. Hipertansiyonun Değiştirilebilir Risk Faktörleri

2.3.2.1. Beslenme/Tuz tüketimi

Hipertansiyonun kontrol altına alınmasında DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti önemli bir beslenme modeli olarak öne çıkmaktadır. Yapılan bilimsel

çalışmalar, bu diyetin kan basıncı üzerinde anlamlı düzeyde düzenleyici etkiler sağladığını ortaya koymuştur. DASH diyeti; sebze, meyve, diyet posası, az yağlı süt ürünleri, tam tahıllar, balık, yağsız beyaz et, sert kabuklu kuru yemişler ve çoklu doymamış yağ asitleri bakımından zengindir. Aynı zamanda, doymuş ve trans yağlar, sodyum ile rafine şeker oranı yüksek gıdaların tüketiminden kaçınılmasını önermektedir (22). Genel toplum düzeyinde günlük tuz tüketiminin 5–6 gram ile sınırlandırılması önerilmektedir. Ancak birçok ülkede bireylerin ortalama günlük tuz alımı 9–12 gram arasında değişmektedir (23).

2.3.2.2. Sedanter yaşam

Bireyin hastalık durumu gözetilmeksizin, tüm yetişkinler için günlük en az 30 dakikalık tempolu yürüyüş gibi aerobik egzersizlerin düzenli olarak uygulanması önerilmektedir. Normotansiflerde, düzenli egzersiz sistolik kan basıncını 3 ila 5 mm Hg, diyastolik kan basıncını ise 2 ila 3 mm Hg düşürür. Randomize kontrollü çalışmalar, kan basıncını düşürmede en etkili egzersiz türünün, sistolik kan basıncında ortalama 5–7 mmHg azalma sağlayan aerobik egzersizler olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, dinamik ve statik egzersizlerin de ortalama 4–5 mmHg'lik bir düşüş sağladığı bildirilmektedir (24).

2.3.2.3. Tütün Kullanımı

Sigara kullanımı, merkezi sinir sistemi düzeyinde sempatik aktivasyonu ve periferik sinir uçlarında stimülasyonu tetiklemektedir. Bu durum, sigara içimini takiben kan basıncı ve kalp hızında artışa yol açmakta; söz konusu etkiler genellikle 15 dakika veya daha uzun süre devam etmektedir. Ambulatuvar kan basıncı izleme yöntemini kullanan çalışmalar hem normotansif bireylerde hem de tedavi almayan hipertansif sigara kullanıcılarında, sigara içmeyenlere kıyasla daha yüksek günlük kan basıncı düzeylerinin izlendiğini ortaya koymuştur (2).

2.3.2.4. Alkol kullanımı

Alkol alımının sempatik aktiviteyi artırarak kan basıncını artırdığı düşünülmektedir. Alkol tüketimi ile kan basıncı, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riski arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır (1).

2.3.2.5. Obezite

Obezite, dünya genelinde prevalansı giderek artan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Güncel hipertansiyon kılavuzları, kan basıncının kontrol altına alınmasında vücut ağırlığının

azaltılmasını temel yaşam tarzı değişikliklerinden biri olarak önermektedir. Gerek çocukluk çağında gerekse erişkinlikte aşırı kilolu olmak, hipertansiyon gelişimi için önemli bir predispozan faktör olarak değerlendirilmektedir. Öte yandan, hipertansiyon tanılı bireylerde kilo kaybının, antihipertansif ilaç gereksinimini azalttığı da çeşitli klinik çalışmalarda gösterilmiştir (25).

2.3.2.6. Diyabet

İnsülin direnci ve diyabet birlikteliği, hipertansiyon gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Bu metabolik durumlar, sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini aktive ederek vasküler tonusu artırmakta ve renal sodyum retansiyonunu teşvik etmektedir. Bu mekanizmalar sonucunda kardiyovasküler yük artmakta, kan basıncında yükselme meydana gelmektedir. Ayrıca diyabet, vasküler düz kas hücrelerinde proliferasyonu artırarak damar duvarında yapısal değişikliklere ve arteriyel sertliğe neden olmaktadır (26).

2.3.2.7. Dislipidemi

Birçok epidemiyolojik çalışma, hipertansiyon ile dislipideminin birlikte görülme sıklığının %15 ile %31 arasında değiştiğini ortaya koymuştur. Bu iki majör kardiyovasküler risk faktörünün eş zamanlı varlığı, vasküler endotelyum üzerinde yalnızca kümülatif bir zarara değil, aynı zamanda sinerjistik bir etkiye neden olmakta; bu durum, aterosklerotik süreçlerin hızlanmasına ve kardiyovasküler hastalık riskinin anlamlı düzeyde artmasına yol açmaktadır. Bu bağlamda yapılan bazı çalışmalarda, hipertansiyon ve dislipideminin birlikte bulunması ve bu birlikteliğin fizyopatolojik etkileşimi incelenmiş; araştırmacılar bu durumu tanımlamak üzere “lipitension” terimini kullanmışlardır (27).

2.3.2.8. Psikososyal Faktörler

Özellikle zihinsel stres ve duygusal gerginlik, hipertansiyonun gelişiminde önemli bir nedensel rol oynamakta ve sıkça başlıca etken olarak gösterilmektedir (28).

2.3.2.9. Obstrüktif Uyku Apnesi

Hipertansiyon ile obstrüktif uyku apnesi (OSA) sıklıkla birlikte görülmektedir. Son yıllarda, bu iki durum arasındaki ilişkinin daha fazla fark edildiği ve araştırıldığı dikkat çekmektedir. OSA'nın hipertansiyon açısından bağımsız bir risk faktörü olduğunu değerlendiren çok sayıda çalışma mevcuttur. OSA tanısı alan bireylerin yaklaşık %50'sinde hipertansiyon bulunmakta, dirençli hipertansiyonu olan hastalarda ise OSA sıklığı %85'e kadar

çıkabilmektedir. Kesitsel çalışmalar, OSA'nın yaş ve obezite gibi diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak hipertansiyon sıklığını artırdığını göstermektedir (29).

2.3.2.10. İlaçlar / Takviye Gıdalar

Literatürde birçok ilaç ve gıda takviyesinin hipertansiyon gelişimine katkıda bulunabileceği gösterilmiştir. Steroidler, oral kontraseptifler, analjezikler, dekonjestanlar, immüsupresifler ve antidepresanlar gibi çeşitli ilaçların yanı sıra; meyan kökü, efedra ve ginseng gibi bazı bitkisel ürünlerin de kan basıncını artırıcı etkileri olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, hasta değerlendirmesi sırasında reçeteli veya reçetesiz kullanılan tüm ilaçlar ve gıda takviyeleri mutlaka ayrıntılı şekilde sorgulanmalıdır (1).

2.4. Toplam Kardiyovasküler Risk

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar için önemli ve yaygın bir risk faktörüdür. Farklı yaş ve sağlık profiline sahip bireylerde benzer kan basıncı düzeyleri olsa da kardiyovasküler risk düzeyleri değişiklik gösterebilir. Bu nedenle, hipertansiyon tanısı alan bireylerde yalnızca kan basıncının ölçülmesi yeterli olmayıp, uygun tedavi stratejisinin belirlenebilmesi için toplam kardiyovasküler risk değerlendirmesi de yapılmalıdır. Hipertansif hastaların düşük, orta, yüksek veya çok yüksek risk kategorilerine ayrılabilmesi amacıyla çeşitli kardiyovasküler risk hesaplama modelleri geliştirilmiştir. Bu amaçla kullanılan bilgisayar destekli yöntemlerden biri olan Sistemik Koroner Risk Değerlendirmesi (SCORE) modeli, günümüzde en yaygın kullanılan araçlardan biridir. SCORE sistemi, bireyin yaşı, cinsiyeti, sigara içme durumu, toplam kolesterol düzeyi ve sistolik kan basıncına göre önümüzdeki 10 yıl içinde kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm riskini (yalnızca koroner değil, tüm kardiyovasküler ölümler) tahmin etmektedir (1, 2).

2.5. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinin temel hedefi, kardiyovasküler hastalık riskini ve buna bağlı morbidite ile mortaliteyi azaltmaktır. Hastalığın evresinden bağımsız olarak tedavide ilk basamak, yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesidir. Gerektiği durumlarda ise farmakolojik tedavi süreci geciktirilmeden başlatılmalıdır (1).

- Tuz alımının azaltılması
- Alkol alımının azaltılması
- Sağlıklı beslenme

- Düzenli fiziksel egzersiz yapılması
- Kilo verme ve ideal kilonun korunması
- Sigaranın bırakılması

2.5.1. Farmakolojik tedavi

Antihipertansif ilaç tedavisine başlanmasında yalnızca kan basıncı ölçümleri değil, bireyin taşıdığı risk faktörleri ile mevcut komorbiditeleri de dikkate alınmalıdır. Genel popülasyonda tedavi başlatmak için belirlenen klinik eşik değerler, sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olmasıdır. Ancak, 80 yaş ve üzeri bireylerde bu eşik daha yüksektir; bu yaş grubunda sistolik kan basıncının ≥ 150 mmHg olması antihipertansif tedavi başlangıcı için kriter olarak kabul edilmektedir (3).

2.6. Ağrı

Ağrı, insanlık tarihi boyunca varlığını sürdüren temel bir duyuşsal ve duygusal deneyimdir. İnsanlar, tarih öncesi dönemlerden itibaren ağrıyı hafifletme amacıyla çeşitli yöntemler geliştirmiş; ağırlı bölgelere soğuk su uygulamış veya güneşte ısıtılmış taşları kullanarak basit fiziksel müdahalelerle rahatlama sağlamaya çalışmışlardır (30). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği International Association for the Study of Pain (IASP), ağrıyı "gerçek ya da olası doku hasarı ile ilişkili ya da böyle bir hasar ile benzer özellikler taşıyan, hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyim" olarak tanımlamaktadır. Ağrı her zaman biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden farklı derecelerde etkilenen kişisel bir deneyimdir (31).

2.6.1. Analjezikler

Ağrının varlığı ve onu hafifletmeye yönelik analjeziklerin kullanımı, insanlık tarihi kadar eskidir. Farmakolojik açıdan bilinen en eski tedavi yaklaşımlarından biri, morfin, opium ve benzeri türevlerin kullanımınıdır. Analjezik ilaçlar içerisinde en geniş grubu oluşturan nonsteroidal antiinflatuvar ilaçlar (NSAİİ) arasında, en eski ve en bilinen bileşik salisilik asittir (aspirin) (32).

2.6.1.1. Non-Steroid Anti-İnflatuvar İlaçlar (NSAİİ)

NSAİİ'ler yaygın olarak analjezik (ağrı kesici), antipiretik (ateş düşürücü) ve antiinflatuvar (iltihap giderici) etkileri nedeniyle klinik pratikte sıklıkla tercih edilen farmakolojik ajanlardır. Bu ilaç grubunun temel etki mekanizması, siklooksijenaz enzimlerinin

inhibisyonuna dayanmaktadır. Siklooksijenaz enzimleri, arşidonik asitten prostaglandin ve tromboksan gibi biyolojik olarak aktif lipid mediyatörlerin sentezinde görev alır (33).

2.6.2. Yan etkiler

NSAİİ'ler arasında farmakolojik etki açısından gözlenen bireyler arası farklılıklar, yan etkiler bakımından da geçerlidir. Bu advers etkiler genellikle doza bağlı olarak ortaya çıkmakta olup, ilaca verilen bireysel yanıtla yakından ilişkilidir (34). NSAİİ bağlı advers etkilerin sık görülmesinin başlıca nedenleri, bu ilaçların genellikle yüksek dozlarda ve uzun süreli kullanımları ile özellikle 65 yaş ve üzeri bireylerde yaygın olarak reçetelenmeleridir. Bu durum, yaşla birlikte artan fizyolojik değişiklikler ve eşlik eden komorbiditeler nedeniyle ilaca duyarlılığı artırmaktadır. NSAİİ kullanımına bağlı en sık karşılaşılan ve klinik açıdan en önemli advers etkiler ise gastrointestinal sistem üzerinde görülmekte olup; gastrit, peptik ülser, kanama ve perforasyon gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir (35).

2.6.2.1. Gastrointestinal Sistem (GİS) Yan Etkileri

NSAİİ'lere bağlı gastrointestinal advers etkiler açısından risk altındaki hasta grupları; ileri yaş, yüksek doz NSAİİ kullanımı, eş zamanlı kortikosteroid tedavisi, birden fazla NSAİİ'lerin birlikte kullanımı ve önceden peptik ülser öyküsüne sahip bireyler olarak tanımlanmaktadır. NSAİİ kullanan hastaların yaklaşık %25'inde hazımsızlık, epigastrik yanma, dispepsi ve yaygın abdominal rahatsızlık gibi GİS'e ait semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlara ek olarak, ülser gelişimi ve komplikasyon riski (özellikle gastrointestinal kanama, perforasyon ve nadiren ölüm) de anlamlı ölçüde artmaktadır. NSAİİ kullanımına bağlı olarak mide ve duodenum mukozasında gelişen erozyon, ülser ve benzeri lezyonlar, literatürde analjezik gastropatisi veya NSAİİ gastropatisi olarak adlandırılmaktadır (33, 36).

2.6.2.2. Renal Sistem Yan Etkileri

NSAİİ böbrek fizyolojisinde vazodilatasyon sağlayan prostaglandin E₂ ve prostasiklin sentezini inhibe ederek renal hemodinamiklerde çeşitli değişikliklere neden olurlar. Bu inhibisyon sonucunda, böbrek kan akımı, renin sekresyonu ve glomerüler filtrasyon hızı azalır. Ayrıca, sodyum ve su atılımının baskılanması yoluyla sıvı retansiyonu gelişir; bu durum özellikle hipertansif bireylerde kan basıncının yükselmesine neden olabilir.

Bu renal etkiler, ileri yaş ve/veya yüksek doz NSAİİ kullanımı gibi predispozan durumlarda belirginleşerek akut böbrek yetmezliği gelişimine yol açabilmektedir. Bu nedenle, özellikle risk altındaki bireylerde NSAİİ kullanımı dikkatle değerlendirilmelidir (36).

2.6.2.3. Kardiyovasküler Sistem Yan Etkileri

NSAİİ'ler, prostaglandin E₂ sentezini inhibe ederek renal potasyum atılımını azaltır. Bu durum, renin sekresyonunun da baskılanmasıyla birlikte hiperreninemik hipoaldosteronizm tablosuna yol açabilir ve sonuçta hiperkalemi gelişebilir. Özellikle yaşlı bireylerde ve eşlik eden böbrek yetmezliği durumlarında bu etki klinik olarak daha belirgin hale gelir.

NSAİİ'lerin sistemik vasküler direnci artırmaları ve renal sodyum-su retansiyonuna neden olmaları sonucunda kan basıncında ortalama 3–6 mmHg'lik bir artış gözlenebilir. Yapılan klinik çalışmalarda, hipertansiyon hastalarında kan basıncını en fazla artıran NSAİİ'nin naproksen ve indometazin olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, özellikle seçici siklooksijenaz-2 inhibitörleri, kardiyovasküler güvenlilik açısından daha dikkatli kullanılmalıdır; çünkü bu ilaçların miyokard enfarktüsü ve iskemik inme riskini artırabileceği çeşitli prospektif çalışmalarla ortaya konmuştur (8, 37).

2.6.2.4. Pulmoner ve Alerjik Yan Etkiler

Siklooksijenaz enzimlerinin inhibisyonu sonucu prostaglandin sentezinin baskılanması, bazı bireylerde bronkospazm gelişimine neden olabilmektedir. Bu durum özellikle aspirin duyarlılığı bulunan hastalarda daha sık gözlenmektedir.

Bronkodilatör etkili prostaglandinlerin sentezinin engellenmesi; mast hücre stabilitesinin bozulmasına, bunun sonucunda ise histamin ve benzeri vazoaktif aminlerin salınımına yol açar. Bu biyokimyasal değişiklikler, duyarlı bireylerde astım atakları, ürtiker, serum hastalığı benzeri immün yanıtlar veya anjiyoödem gibi ciddi alerjik reaksiyonlarla sonuçlanabilir (38).

2.6.2.5. Hematolojik Sistem Yan Etkileri

NSAİİ'ler tromboksan A₂ sentezini inhibe ederek antitrombotik etki gösterirler. Bu etki, platelet agregasyonunun azalması ve hemostaz sürecinin yavaşlaması ile sonuçlanır; dolayısıyla kanama süresinde uzama meydana gelebilir.

NSAİİ kullanımına bağlı hematolojik yan etkiler, özellikle 60 yaş ve üzerindeki bireylerde daha sık görölmektedir. Bu yaş grubunda kemik iliği rezervlerinin azalması ve eşlik eden komorbiditeler nedeniyle hematolojik toksisiteye karşı duyarlılık artmaktadır.

NSAİİ nadir fakat ciddi hematolojik advers etkileri arasında şunlar yer almaktadır:

- Aplastik anemi
- Trombositopeni
- Agranülositoz
- Çeşitli kan diskrazileri

Bu nedenle, özellikle ileri yaş hastalarda ve hematolojik hastalık öyküsü bulunan bireylerde NSAİİ tedavisi dikkatle izlenmeli ve gerekirse alternatif analjezik yaklaşımlar değerlendirilmelidir (39).

2.7. Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) 1985 yılında akılcı ilaç kullanımını, hastaların klinik gereksinimlerine uygun ilaçları, bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda ve en uygun süreyle hem kendileri hem de toplum açısından en düşük maliyetle temin etmelerini sağlayan ilke ve kurallar bütünü olarak tanımlamaktadır (5). Dünya Bankası, akılcı ilaç kullanımını iki temel ilke çerçevesinde tanımlamaktadır. İlk olarak, ilaçların etkililik, güvenlik ve uygunluk açısından bilimsel kanıtlara dayalı olarak kullanılması; ikinci olarak ise, mevcut sağlık sisteminin kaynak ve kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak, ilaçların maliyet açısından en uygun şekilde kullanılması esas alınmaktadır (40).

Türkiye’de yapılan araştırmalar, toplumda akılcı ilaç farkındalığının giderek arttığını ancak hâlâ istenen düzeye ulaşamadığını göstermektedir. Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı farkındalığının son yıllarda sağlık politikaları, e-reçete uygulamaları ve halk eğitimleriyle geliştiğini; ancak reçetesiz ilaç kullanımının, özellikle analjezik ve antibiyotiklerde yayınlığını sürdürdüğünü bildirmiştir (11).

İrrasyonel (akılcı olmayan) ilaç kullanımının, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu; bu durumun tedavi başarısızlığına, advers (istenmeyen) ilaç etkilerinin artmasına ve sağlık harcamalarının yükselmesine yol açtığı bildirilmektedir. Bu nedenle, akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi hem bireysel hem de toplumsal düzeyde tedavi etkinliğini

artırmak ve sağlık sistemine olan ekonomik yükü azaltmak açısından büyük önem taşımaktadır (40).

Genel olarak akılcı ilaç kullanımı, bir hastalığın her evresinde uygun ilacın, doğru dozlarda ve doğru srelerde uygulanmasıdır. Bu kavram, ilaç tedavisinin güvenli, yüksek etkinlikte ve maliyet açısından uygun biçimde yürütülmesini sağlayan tüm süreçleri içeren sistematik bir yaklaşımı ifade eder. Bu süreçte, başta hekimler ve tüm sağlık çalışanları olmak üzere, devletler, ilaç endüstrisi ve toplumun akılcı tutum sergilemesi büyük önem taşımaktadır (5).

2.7.1. Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri

Artan nüfus yoğunluğuna bağlı olarak ilaç ihtiyaı her geçen gün artmakta, bu nedenle mevcut kaynakların doğru ve verimli kullanılması büyük önem taşımaktadır. Bu durumun sağlanabilmesi için, akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri doğrultusunda; etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet unsurları dikkate alınarak tedavi planlaması yapılmalıdır. Bu ilkeler řu Şekilde zetlenebilir (41):

- Hekim tarafından hastanın kapsamlı bir Şekilde değerlendirilerek hastalığın doğru biçimde teşhis edilmesi,
- Etkin, güvenilir ve uygun tedavi yönteminin (ilaçlı veya ilaçsız) belirlenmesi,
- Tedavinin maliyetinin ve uygulanabilirliğinin gözden geçirilmesi,
- Tedavi sürecinin düzenli olarak izlenmesi ve takibinin yapılması,
- Olumsuz gelişmelerde tedavi basamaklarının yeniden değerlendirilmesi.

2.7.2. Hipertansiyon Hastalarında Aile Hekimliği Uygulamalarında Akılcı NSAİİ Kullanımının nemi

Ülkemizde hipertansiyon, yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri dikkate alındığında, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, toplumun bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi; etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi ve bu stratejilerin etkinliğinin izlenmesi büyük önem taşır. Bu çerçevede, koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca risk altındaki bireyler için değil, sağlıklı bireyler açısından da kritik bir rol üstlenmektedir. Söz konusu hizmetler, sağlık risklerinin tespit edilmesi ve azaltılması, erken tanı belirtilerinin risk grubundaki bireylere aktarılması ve toplumun genel sağlık düzeyinin en üst seviyeye çıkarılmasına katkı sağlamaktadır. Literatürde yer alan bulgular, bireylerin

hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin yükselmesinin, toplum genelinde hastalıkla ilgili farkındalığın, tedaviye erişimin ve hastalık kontrolünün artmasına katkı sağladığını ortaya koymaktadır (42). Hipertansiyonun yaşa bağlı prevalans artışı dikkate alındığında, 60–69 yaş aralığındaki bireylerin yaklaşık %50'sinde, 70 yaş ve üzeri bireylerin ise %75'inde hipertansiyon saptandığı bildirilmektedir (43). Ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artmasına paralel olarak NSAİİ grubu ilaçların tüketiminde de belirgin bir artış gözlenmektedir. Yapılan bir araştırmada, 65–70 yaş aralığındaki bireylerin %33,9'unun NSAİİ kullandığı tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerde, birden fazla ilacın eş zamanlı kullanımı sonucu ilaç yan etkileri ile ilaç-ilaç etkileşimleri gibi ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir. (NSAİİ'ler, antihipertansif ilaçların diüretik ve vazodilatör etkilerini azaltarak kan basıncının yükselmesine neden olabilmektedir. Ayrıca, NSAİİ'ler ile antihipertansif ilaçların etkileşiminin akut böbrek hasarı riskini artırabileceği de bildirilmektedir (12). Hekim kontrolü dışında bilinçsizce kullanılan ağrı kesiciler, ağrıyı baskılayarak hastalık tanısının konulamamasına veya atlanmasına neden olabilmektedir. Bireylerin bu ilaçları çoğunlukla zaman tasarrufu sağlamak, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksekliği, sağlık kuruluşlarına erişimin zor olması, ayrıca televizyon, sosyal medya ve arkadaş önerileri gibi güvenilir olmayan bilgi kaynaklarının etkisiyle kendi kendine kullanmayı tercih ettikleri bilinmektedir. Bu nedenle hastaların ağrı kesici kullanımı konusunda mutlaka hekimine danışması, ilacı yalnızca hekim reçetesi doğrultusunda ve eczaneden temin ederek kullanması gerekmektedir (10). Aile sağlığı merkezleri, bireylerin sağlık hizmetlerine kolay erişebildikleri ve hızlı geri dönüş alabildikleri birimler olmaları nedeniyle genellikle ilk başvuru noktası olarak tercih edilmektedir. Günümüzde reçetelerin önemli bir kısmının bu birimlerde düzenlenmesi, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının önemini daha da artırmaktadır (44). Aile hekimleri, hastalarının tüm sağlık sorunlarına bütüncül bir yaklaşımla müdahale etmekte; sağlığın korunması ve geliştirilmesini de kapsayan hizmetler sunmaktadır. Toplum yönelimli çalışma prensibi doğrultusunda, toplumda görülen hastalıklar ve risk faktörlerine ilişkin veriler toplar, çözüm odaklı ve toplum katılımını içeren planlar geliştirir ve uygular. Sağlığın belirlenmesinde toplumsal, kültürel ve ailevi faktörlerin etkisini göz önünde bulundurarak hastaya kapsamlı bir yaklaşım sergiler; kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlar (45). Aile hekimleri; gereksiz antibiyotik, analjezik veya kronik hastalık ilaçlarının kullanımını önleyerek tedaviye uyumu artırır, advers ilaç reaksiyonlarını azaltır ve sağlık sisteminin mali yükünü hafifletir. Bu yönüyle aile hekimliği, hasta eğitimi ve danışmanlık faaliyetleri yoluyla akılcı ilaç kullanımının toplum genelinde benimsenmesinde

kilit rol oynamaktadır. Sağlık eğitimi sunmak, aile hekimliği disiplininin temel unsurlarından biridir. Bu bağlamda, toplumda yaygın olarak kullanılan ve birçok hastalık açısından risk faktörü oluşturan NSAİİ'lerin olumsuz etkilerini en aza indirebilmek amacıyla hem hastaların hem de sağlıklı bireylerin bu ilaçların doğru kullanımı konusunda bilgilendirilmesi, aile hekimlerinin önemli sorumluluk alanlarından birini oluşturmaktadır (46). Bazı hastaların, gerçek bir tıbbi gereksinim olmaksızın ilaç talebinde bulunmaları ve kendilerine uygun olmayan ilaçların reçetelenmesi konusunda ısrarcı davranmaları, hekimler üzerinde baskı oluşturmakta ve hekim-hasta arasındaki güven ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir. Gereksiz ve uygunsuz şekilde reçetelenen her ilaç, yalnızca bireyin sağlığını riske atmakla kalmayıp aynı zamanda sağlık sistemine ek mali yük getirmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, etkisiz tedavi süreçleri, ilaçlara bağlı advers etkiler ve semptomların tekrarlaması gibi olumsuz sonuçlara yol açaabilmektedir. Bu nedenle, aile sağlığı merkezleri; bu tür sorunların önlenmesi ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması açısından kritik bir rol üstlenmektedir (47).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 18 yaş ve üzeri hipertansiyon tanısı almış yetişkinler oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Türkiye'de yetişkinlerin yaklaşık %30'u hipertansiyon hastasıdır (48). Örneklem hesabı online bir (sample size calculator) programından yararlanılarak belirlendi. Evreni bilinmeyen ve toplumda görünme oranı %30 olarak yapılan hesaplamada, örneklem büyüklüğü 323 bulundu. Anket sorularının eksik doldurulması ve çalışmaya katılmayı reddetme gibi ihtimaller göz önüne alınarak %10'luk bir artışla en az 350 kişinin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Bu amaçla oluşturulan anket formu, 18 yaş üstü hipertansiyon tanısı almış yetişkinlere Google Forms ile online ve araştırmacı tarafından Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. 01/07/2023-31/12/2023 tarihleri arasında 370 katılımcıya ulaşıldı. Toplanan anketler değerlendirildi, soruları tam doldurulmayan ve çalışmaya alınma kriterlerine uymayan anketler (15 adet) elendi ve kalan 355 anketin verileri analiz edildi.

3.4. Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri hipertansiyon tanısı olmak

3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- Ana dili Türkçe olmamak, Türkçe okuyup anlayamamak.
- Gebe olmak
- Görme ve işitme engeli olmak

3.6. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 02.06.2023 tarih ve 2023/4365 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi etik kurulu onaylıdır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen ve iki bölümden oluşan soru formları kullanıldı.

- Sosyodemografik bilgi formu
- Akılcı ilaç kullanım ölçeği (AİKÖ)

Anket formları Google Forms üzerinden online olarak ve araştırmacı tarafından yüz yüze olarak katılımcılara uygulandı (Ek-1).

3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu sosyodemografik form, konuyla ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlandı. Formda katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, evin sağlık kurumuna mesafesi gibi tanımlayıcı soruların yanında; hipertansiyon tanısını nerde aldığı, ilk tanı koyan hekim tarafından bilgilendirme yapılıp yapılmadığı, yapıldıysa hangi konularda bilgilendirildiği, hipertansiyon tedavisi için hangi yaşam tarzı değişikliğini uyguluyor, hipertansiyon tedavisi için ilaç kullanıyor mu, kullanmıyorsa hangi durumlarda kullanmıyor, kronik hastalık ve kullanılan ilaçlarının olup olmadığı, sigara kullanım durumları, ağrı kesici kullanım durumları, ağrı kesicileri nasıl temin ettikleri, ağrı kesicileri hangi durumda kullandıkları, ağrı kesicileri ne sıklıkla ve kaç adet kullandıkları, ağrı kesicilere bağlı yan etki yaşama durumları ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olup olmadıkları soruldu.

3.7.2. Akılcı ilaç kullanım ölçeği (AİKÖ)

Demirtaş ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geliştirilen ölçek toplam Cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak hesaplanmıştır. Ölçek 10 doğru, 11 yanlış önerme içeren 21 sorudan oluşmaktadır. Her önermeye ‘doğru’, ‘yanlış’ ve ‘bilmiyorum’ cevaplarından birinin verilmesi katılımcıdan istenir. Verilen doğru cevaplar 2 puan yanlış cevaplar 0 puan ve bilmiyorum cevapları 1 puan olarak değerlendirilerek toplam skor hesaplanır. Ölçekten alınabilecek en fazla puan 42 olup, 35 puan ve üzeri puan alan katılımcılar akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olarak kabul edilir (49).

3.8. Verilerin İstatiksel Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0” kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

Nümerik değişkenlerde normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda “Student-t Testi”, üç ve daha fazla olan gruplarda “One Way ANOVA Testi” uygulandı. Verileri normal dağılan ve değişkenleri homojen olan verilerin kendi içinde anlamlılığını değerlendirmek için “Post Hoc Analiz” de “Tukey Testi” kullanıldı. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik özelliklerin incelenmesi

Çalışmaya dahil edilen 355 anket verilerinin analizi yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortancası 58 yıl (min:27; maks:89) olup, %71,5'i (n=254) 65 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %51,3'ü (n=182) kadın, %87,3'ü (n=310) evli ve %47,9'u (n=170) ilköğretim düzeyinde eğitime sahipti ve %61,7'si (n=219) çalışmıyordu. Gelir durumu incelendiğinde, %49'u (n=174) geliri giderine eşit olduğu belirlendi. Katılımcıların %55,2'sinin (n=196) ikamet ettiği ev, bir sağlık kuruluşuna yürüme mesafesindedir. Sağlık kuruluşunu belirten %41,4 (n=147) kişiden %81,6'sının (n=120) kişinin evi aile sağlığı merkezine yürüme mesafesindedir. (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Yaş		
65 yaş ve üstü	254	71,5
65 yaş altı	101	28,5
Cinsiyet		
Kadın	182	51,3
Erkek	173	48,7
Medeni durum		
Evli	310	87,3
Bekar	45	12,7
Eğitim durumu		
İlköğretim	170	47,9
Lise	73	20,6
Yüksek okul/Üniversite	112	31,5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	136	38,3
Çalışmıyor	219	61,7
Aylık gelir durumu		
Gelir giderden az	128	36,1
Gelir gidere denk	174	49,0
Gelir giderden fazla	53	14,9
Evin sağlık kurumuna uzaklık durumu		
Yürüme mesafesinde	196	55,2
Yürüme mesafesinde değil	159	44,8
Yürüme mesafesinde olan sağlık kuruluşunun türü *		
Aile sağlığı merkezi	120	81,6

Devlet hastanesi	27	18,4
Toplam	355	100

*147 kişi tarafından cevaplandı.

Katılımcıların sigara kullanım oranı %17,5'i (n=62) ve sigara kullananların %56,5'inin (n=35) sigara kullanım süresi 20 ve altı paket/yıl idi. Katılımcıların %69,9'u (n=248) hipertansiyon hastalığının süresi on yıl ve altı idi, %62,3'ü (n=221) hipertansiyon tanısını devlet hastanesinde almıştır. Hastaların %82'si (n=291) ilk tanı aldıkları anda hekimleri tarafından hipertansiyon hastalığı hakkında bilgilendirildiğini ve %87,3'ü (n=310) hipertansiyon tedavisi için ilacını düzenli kullandığını belirtti. Hipertansiyon ilacını düzenli ve ara sıra kullanan (n=339) kişilerin %26'sı (n=88) hipertansiyon ilacını doktoruna danışmadan kestiği dönemler oluyordu. Katılımcıların %49'u (n=174) düzenli kan basıncı ölçümünü yapıyor. Kan basıncı ölçtürenlerin %84,7'si (n=155) kişi evde kendi cihazıyla ölçüm yapıyordu. Hipertansiyon dışı ek kronik rahatsızlığı olanların oranı %58,3 (n=207) ve antihipertansif harici ilaç kullanım oranı %55,5 (n=197) idi. (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların sigara, hipertansiyon, ek kronik hastalıkları ve kullandığı ilaçlara ait bilgiler

	n	%
Sigara kullanım durumu		
Kullanan	62	17,5
Bırakan	115	32,4
Kullanmayan	178	50,1
Kullanılan sigara miktarı (Paket/Yıl) (n=62)		
20 paket yıl ve altı	35	56,5
20 paket yıl üstü	27	43,5
HT hastalığının süresi		
10 yıl ve altı	248	69,9
10 yıl üstü	107	30,1
HT tanısı alınan yer		
Aile sağlığı merkezi	77	21,7
Devlet hastanesi	221	62,2
Üniversite hastanesi	57	16,1
İlk tanı anında hekimin HT hakkında bilgilendirme durumu		
Bilgi verdi	291	82,0
Bilgi vermedi	64	18,0
Tansiyon ilacı kullanma durumu		
Kullanıyor	310	87,3
Kullanmıyor/bazen	45	12,7

kullanıyor		
Doktoruna danışmadan HT ilacını kestiği zamanların olması durumu (n=339)		
Hayır kesmedim	251	74,0
Evet kestim	88	26,0
Düzenli kan basıncı ölçümü yapma durumu		
Yapıyor	174	49,0
Yapmıyor	181	51,0
Kan basıncı ölçümünün yapıldığı yer (n=183)		
Aile sağlığı merkezi	28	15,3
Evde kendi cihazıyla	155	84,7
HT dışı ek kronik hastalık durumu		
Yok	148	41,7
Var	207	58,3
HT ilacı harici ilaç kullanım durumu		
Yok	158	44,5
Var	197	55,5
Toplam	355	100

HT=Hipertansiyon

Katılımcıların %82'si (n=291) ilk tanı esnasında hekimi tarafından hipertansiyon hastalığı hakkında bilgilendirilmiş olup %31,8'i (n=215) en çok yaşam tarzı değişikliği hakkında bilgi almışlardır (Tablo 4)

Tablo 4. İlk tanı esnasında hipertansiyon hastalığı hakkında hekimin bilgilendirilme yaptığı konuların dağılımı

Hipertansiyon bilgilendirme	n*	%
Yaşam tarzı değişikliği	215	31,8
Hastalığın gidişatı	194	28,8
Tedavinin olası faydaları ve/veya yan etkileri	100	14,8
Başka hastalıklarla etkileşimi	92	13,7
Ağrı kesicilerin tansiyon üzerine etkileri	74	10,9
Toplam	675	100

*Cevap sayısını ifade etmektedir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcıların %29,4'ü (n=326) yaşam tarzı değişikliklerinden en çok tuz kısıtlamasını uygulamaktadır (Tablo 5)

Tablo 5. Katılımcıların hipertansiyon için uyguladıkları yaşam tarzı değişiklikleri (n=355)

Yaşam tarzı değişiklikleri	n*	%
Tuz kısıtlaması	326	29,4
Doymuş yağın azaltılması	187	16,8
Sebze ve meyveden zengin diyet	151	13,6
Kilo verme	150	13,6
Fiziksel egzersiz	135	12,2
Düşük yağlı süt ürünlerinin tüketilmesi	102	9,2
Sigaranın bırakılması	58	5,2
Toplam	1109	100

*Cevap sayısını ifade etmektedir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

Hipertansiyon ilacını kullanan (n=88) kişilerden doktoruna danışmadan hipertansiyon ilacını kesenler %25 (n=36) oranla en çok rahatsızlık /şikâyet hissetmedikleri zaman kestiklerini ifade ettiler (Tablo 6)

Tablo 6. Doktoruna danışmadan hipertansiyon ilacını kesen hastaların ilacı kesme sebepleri (n=88)

İlacın kesildiği durumlar	n*	%
Rahatsızlık/şikâyet hissetmediğim zaman	36	25,0
İlaç içmeyi unuttuğumda	35	24,3
Kan basıncım normal seviyelerde olduğunda	31	21,5
İlaç yan etkisi	14	9,7
İlaç sayımın fazla olması	12	8,4
İlaçların bağımlılık yapması	10	6,9
İlaç kullanma fikrinin sıkıntı vermesi	6	4,2
Toplam	144	100

* Cevap sayısını ifade etmektedir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcılar kronik hastalıklara açık uçlu cevaplar verdi. Üç araştırmacı tarafından açık uçlu cevaplar değerlendirildi ve alt gruplara ayrıldı. Hastalıklar Diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, kas-iskelet/romatoloji hastalıkları, göğüs hastalıkları, tiroid hastalıkları ve diğer (nöropsikiyatrik hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları, kanser,

böbrek hastalıkları) olarak sınıflandırıldı ve %29,5 (n=92) oranla en çok diyabetes mellitus hastası vardı (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların hipertansiyona ek kronik hastalık dağılımı (n=207)

Kronik hastalık	n*	%
Diyabetes mellitus	92	29,5
Kardiyovasküler hastalık	90	28,9
Kas-iskelet/Romatoloji hastalıkları	28	9,0
Göğüs hastalıkları	26	8,4
Tiroid disfonksiyonu	21	6,8
Diğer	54	17,4
Toplam	311	100

* Cevap sayısını ifade etmektedir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcılardan antihipertansif dışı ilaç kullananlar, kullandıkları ilaçları açık uçlu olarak belirtti. Üç araştırmacı tarafından açık uçlu cevaplar değerlendirildi ve alt gruplara ayrıldı. Kullanılan ilaçlar antidiyabetikler, kardiyovasküler sistem ilaçları, antiagreganlar, romatizmal/analjezikler, antihiperlipidemikler, nöroloji/psikiyatri ilaçları, göğüs hastalıkları ilaçları, prostat ilaçları, tiroid ilaçları, diğer (onkoloji, gastrointestinal sistem, böbrek hastalıkları ilaçları) (Tablo 8)

Tablo 8. Katılımcıların antihipertansif dışı ilaç kullanımları (n=196)

Kullanılan ilaç	n*	%
Antidiyabetikler	72	22,1
KVS ilaçları	56	17,2
Antiagreganlar	50	15,4
Romatizmal/analjezikler	28	8,6
Antihiperlipidemikler	22	6,8
Nöroloji/psikiyatri ilaçları	20	6,3
Göğüs hastalıkları ilaçları	18	5,5
Prostat ilaçları	16	4,9
Tiroid ilaçları	15	4,6
Diğer	28	8,6
Toplam	325	100

KVS= Kardiyovasküler sistem

* Cevap sayısını ifade etmektedir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcıların %81,4'ü (n=289) ağrı kesicileri bazen kullanıyordu. Birden çok farklı ağrı kesici kullanım oranları sorgulandığında soruya cevap veren 328 kişiden %33,8'i (n=111) kişi birden çok farklı ağrı kesici kullandığını, %68,3'ü (n=224) ağrı kesicileri reçeteyle temin ettiğini belirtti. Hastaların %44,8'i (n=159) ağrı kesicilerin yan etkileri konusunda kısmen bilgiye sahipti (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların ağrı kesici kullanımı ve yan etkileri hakkında farkındalık bilgileri

	n	%
Ağrı kesici kullanma durumu		
Hayır hiç kullanmam	27	7,6
Evet bazen kullanırım	289	81,4
Evet sık sık kullanırım	39	11,0
Birden çok, farklı ağrı kesici kullanımı*		
Yok	217	66,2
Var	111	33,8
Birden fazla farklı ağrı kesici kullanım adedi**		
İki adet	66	59,5
Üç ve üstü	45	40,5
Doktor önerisi olmadan ağrı kesici kullanım sıklığı*		
Haftada birkaç kez ve fazlası	123	37,5
Ayda birkaç kez	139	42,4
Yılda birkaç kez ve daha az	66	20,1
Ağrı kesicileri temin etme yöntemi*		
Reçeteli	224	68,3
Reçetesiz	24	7,3
Reçeteli+reçetesiz	80	24,4
Şikayetiniz olmadan doktorundan ağrı kesici yazmasını isteme durumu*		
Hayır	150	45,7
Evet	78	23,8
Bazen	100	30,5
Ağrı kesiciye bağlı yan etki yaşama durumu*		
Hayır	309	94,2
Evet	19	5,8
Ağrı kesicilerin yan etkileri konusunda bilgi farkındalığı olması durumu		
Bilgisi yok	101	28,5
Bilgisi var	95	26,7
Kısmen bilgisi var	159	44,8
Toplam	355	100

*Ağrı kesici kullanan 328 kişi cevaplandırmıştır.

** Birden çok farklı ağrı kesici kullanan 111 kişi cevaplandırmıştır.

Ayrı kesici kullanan katılımcıların %33,6'sı (n=255) ağrı kesicileri en çok baş ağrısı için kullanmaktaydı (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların ağrı kesici ilaçları hangi durumlarda kullandığına ait bilgiler (n=328)

Ağrı kesici kullanım şikayetleri	n*	%
Baş ağrısı	255	33,6
Eklem ve kas ağrıları	229	30,2
Diş ağrısı	125	16,4
Halsizlik ve yorgunluk	60	7,9
Karın ağrısı	46	6,1
Adet ağrısı	24	3,2
Solunum yolu enfeksiyonları	20	2,6
Toplam	759	100

* Cevap sayısını ifade etmektedir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcıların yaşadıkları ağrı kesici yan etkileri üç gruba ayrılmış olup gastrointestinal sistem yan etkileri, alerjik reaksiyonlar ve kan basıncı yükselmesi olarak gruplandırılmıştır. Yaşadığı yan etkiyi belirten 15 kişinin %75'i (n=12) GİS yan etki olduğunu ifade etti. (Tablo 11)

Tablo 11. Katılımcıların ağrı kesicilere bağlı yan etki yaşama durumu (n=15)

Yan etki	n*	%
GİS yan etkileri	12	75,0
Alerjik reaksiyon	3	18,8
Kan basıncı yükselmesi	1	6,2
TOPLAM	16	100

GİS=Gastrointestinal sistem

* Cevap sayısını ifade etmektedir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

Katılımcılara ağrı kesicilerin yan etkileri ile ilgili bazı hastalıklar/semptomlar sıralandı ve 'ağrı kesiciler hangisi/hangileri yapar?' şeklinde sorulan soruya her bir hastalık/semptom için 'hayır', 'evet' 'bilгим yok' şeklinde seçenekler sunuldu. Katılımcıların %51,3'ü (n=182) ağrı kesicilerin akut böbrek yetersizliği yaptığını bilirken astım atağındaki artış konusunda da %87,6'sının (n=311) bilgisi yoktu %5,9 (n=21) katılımcı ağrı kesicilerin mide ülseri yapmadığını düşünüyordu (Tablo 12) (Şekil 2)

Tablo 12. Ağrı kesicilerin yan etkileri ile ilgili verilen cevapların dağılımı

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bilgim yok n (%)
Mide ülseri	150 (42,3)	21 (5,9)	184 (51,8)
Mide kanaması	172 (48,5)	14 (3,9)	169 (47,6)
Astım atağı riskinde artış	31 (8,7)	13 (3,7)	311 (87,6)
Kan basıncında yükselme	113 (31,8)	17 (4,8)	225 (63,4)
Kalp yetmezliği	54 (15,2)	16 (4,5)	285 (80,3)
Kalp krizi riskinde artış	75 (21,1)	10 (2,8)	270 (76,1)
Akut böbrek yetmezliği	182 (51,3)	10 (2,8)	163 (45,9)
Kaşıntılı cilt lezyonu	61 (17,2)	14 (3,9)	280 (78,9)
Psikolojik yan etkiler	53 (14,9)	17 (4,8)	285 (80,3)
Diğer ilaçlarla etkileşim	119 (33,5)	13 (3,7)	223 (62,8)

4.2. Ölçeğin Ortalama Puanı ve Cronbach's Alpha Değeri

Akılcı İlaç Kullanım Ölçeğinin ortalama puanı $36,9 \pm 5,22$ olarak hesaplandı. Tablo 13'de AİKÖ ortalama puanı ve Cronbach's alpha değeri gösterilmiştir.

Tablo 13. AİKÖ ortalama puanı ve Cronbach's Alpha değeri

	Madde sayısı	Min-Maks	Ort±SD	Cronbach' alpha
Akılcı ilaç kullanım ölçeği	21	8-42	$36,9 \pm 5,22$	0,811

Katılımcıların AİKÖ cevapları değerlendirildiğinde %95,5 (n=339) ile "Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir" ve %94,1 (n=334) ile "Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler" önermeleri en çok doğru bilinen ilk iki önerme olarak tespit edildi. En az doğru bilinen önermeler ise sırasıyla %66,8 (n=237) ile "Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir" ve %69,6 (n=237) ile "Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz" önermeleri olmuştur. (Tablo 14)

Tablo 14. Katılımcıların AİKÖ verdiği cevapların oranları

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bilmiyorum n (%)
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir	339 (95,5)	7 (2,0)	9 (2,5)
2. Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	25 (7,0)	293 (82,5)	37 (10,5)
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	334 (94,1)	4 (1,1)	17 (4,8)
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir	318 (89,6)	14 (3,9)	23 (6,5)
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	22 (6,2)	274 (77,2)	59 (16,6)
6. İlaç doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir	54 (15,2)	261 (73,5)	40 (11,3)
7. İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir	264 (74,4)	29 (8,2)	62 (17,4)
8. İlaç doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	283 (79,7)	43 (12,1)	29 (8,2)
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.	43 (12,1)	237 (66,8)	75 (21,1)
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur	17 (4,8)	259 (73)	79 (22,2)
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız	333 (93,8)	10 (2,8)	12 (3,4)
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	333 (93,8)	7 (2,0)	15 (4,2)
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	70 (19,7)	247 (69,6)	38 (10,7)
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	290 (81,7)	20 (5,6)	45 (12,7)
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	19 (5,3)	281 (79,2)	55 (15,5)
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır	15 (4,2)	270 (76,1)	70 (19,7)
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	18 (5,1)	299 (84,2)	38 (10,7)
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	307 (86,5)	21 (5,9)	27 (7,6)
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.	17 (4,8)	292 (82,2)	46 (13,0)
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.	9 (2,5)	308 (86,8)	38 (10,7)
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır	298 (83,9)	8 (2,3)	49 (13,8)

AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği

Çalışmaya dahil edilenlerin AİKÖ ortalaması $36,9 \pm 5,22$ olarak hesaplandı. AİKÖ puanı 35 ve üzerinde olanların oranı %77,1 (n=274) olarak bulundu.

4.3 Akılcı ilaç kullanım ölçeğinden (AİKÖ) alınan puanların sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

64 ve altı yaş grubunun aldığı puan ($37,61 \pm 4,98$), 65 ve üstü yaş grubunun aldığı puandan ($35,14 \pm 5,42$) anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$).

Katılımcıların eğitim durumları ve AİKÖ'den alınan puanlar kıyaslandığında; Yüksek okul/Üniversite mezunu grubun aldığı puan (38,40±5,07), İlk öğretim mezunu grubun aldığı puandan (35,82±4,94) anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 15)

Tablo 15. AİKÖ'den alınan puanların sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

		AİKÖ* puanları		
		Ort±SD	p**	p***
Cinsiyet	Kadın	37,26±4,91	0,191	
	Erkek	36,53±5,52		
Yaş	65 altı	37,61±4,98	<0,001	
	65 ve üst	35,14±5,42		
Medeni durum	Evli	37,00±5,21	0,395	
	Bekar	36,28±5,29		
Eğitim durumu	İlk öğretim ^a	35,82±4,94		<0,001 ^{ca}
	Lise ^b	37,13±5,56		
	Yüksek okul/Üniversite ^c	38,40±5,07		
Çalışma durumu	Çalışıyorum	37,55±5,61	0,065	
	Çalışmıyorum	36,50±4,94		
Gelir durumu	Gelir giderden az	36,35±5,65		0,316
	Gelir gidere denk	37,19±4,48		
	Gelir giderden fazla	37,32±6,30		
Evinizin sağlık kurumuna uzaklığı	Yürüme mesafesinde	36,97±5,08	0,796	
	Yürüme mesafesinde değil	36,83±5,41		

*AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği. ** İkili değişkenlerde Student t-testi kullanılmıştır.

***Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

4.4. AİKÖ'den alınan puanların sigara, hipertansiyon, ek kronik hastalık ve kullandığı ilaçlara ait verilerle karşılaştırılması

AİKÖ alınan toplam puan ile katılımcıların hipertansiyon hastalığının süresi on yıl ve altı olan grubun aldığı puan (37,33±5,21) on bir yıl ve üstü aldığı puandan (35,91±5,14) anlamlı olarak yüksekti ($p=0,018$).

Katılımcılardan hipertansiyon ilacı kullananların puanı (37,28±4,79) hipertansiyon ilacı kullanmayan ya da ara sıra kullanan grubun puanından (34,31±7,12) yüksek derecede anlamlı çıktı ($p<0,001$). Katılımcılardan düzenli kan basıncı ölçümü yapanların puanı (37,68±4,83) kan basıncı ölçümünü düzenli yaptırmayanların puanından (36,16±5,49) anlamlı olarak yüksekti ($p=0,006$). Düzenli kan basıncı takibini evde kendi cihazıyla yapanların oranı (38,05±4,60) ASM'de kan basıncı takibi yapanların oranından (35,35±5,83) anlamlı olarak yüksek çıktı ($p=0,007$) (Tablo 16)

Tablo 16. AİKÖ'den alınan puanların sigara, hipertansiyon, ek kronik hastalık ve kullandığı ilaçlara ait verilerle karşılaştırılması

		AİKÖ* puanları		
		Ort±SD	p**	p***
Sigara kullanım durumu	Kullanan	37,45±4,89		0,564
	Bırakan	37,01±5,43		
	Kullanmayan	36,65±5,21		
Kullanılan sigara miktarı (Paket/Yıl)	20 ve altı	37,20±4,33	0,311	
	20 yıl üstü	38,37±4,64		
Kaç yıldır HT hastasıdır	10 yıl ve altı	37,33±5,21	0,018	
	10 yıl üstü	35,91±5,14		
HT tanısı alınan yer	Aile sağlığı merkezi	36,89±5,19		0,493
	Devlet hastanesi	36,72±5,34		
	Üniversite hastanesi	37,64±4,82		
İlk tanı anında hekimin HT hakkında bilgilendirme durumu	Evet	37,01±5,23	0,425	
	Hayır	36,43±5,18		
Tansiyon ilacı kullanma durumu	Evet	37,28±4,79	<0,001	
	Kullanmıyorum yada ara sıra kullanıyorum	34,31±7,12		
Doktoruna danışmadan HT ilacını kestiği zamanların olması durumu	Hayır kesmedim	37,24±5,38	0,164	
	Evet kestim	36,35±4,45		
Düzenli kan basıncı ölçümü yapma durumu	Evet	37,68±4,83	0,006	
	Hayır	36,16±5,49		
Kan basıncı ölçümünü nerde yaptırıyorsunuz	Aile sağlığı merkezi	35,35±5,83	0,007	
	Evde kendi cihazıyla	38,05±4,60		
HT dışı ek kronik hastalık durumu	Yok	37,38±5,51	0,148	
	Var	36,57±5,00		
HT ilacı harici ilaç kullanım durumu	Yok	37,37±5,10	0,130	
	Var	36,53±5,30		

HT= Hipertansiyon *AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği. ** İkili değişkenlerde Student t-testi kullanılmıştır. ***Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

4.4.1. AİKÖ'den alınan puanların hipertansiyon tanı konulması esnasında hekimi tarafından bilgilendirilen hastaların verileriyle karşılaştırılması

Katılımcılardan ilk tanı esnasında hipertansiyon hastalığının başka hastalıkla etkileşimi olacağı konusunda hekimi tarafından bilgi alan hastaların puanı (38,19±3,88) hekimi tarafından bilgi almayan hastaların puanına (36,46±5,55) kıyasla anlamlı olarak yüksekti(p=0,006) (Tablo 17)

Tablo 17. AİKÖ'den alınan puanların ilk tanı esnasında hipertansiyon hastalığı esnasında hekimi tarafından bilgi alan/bilgi almayan hastaların verileriyle karşılaştırılması

	AİKÖ* puanları		
	Ort±SD		
	Bilgi verdi	Bilgi vermedi	p**
Yaşam tarzı değişikliği	37,32±5,07	36,27±5,41	0,066
Hastalığın gidişatı	37,14±5,04	36,62±5,43	0,344
Tedavinin olası faydaları ve/veya yan etkileri	37,15±4,61	36,81±5,45	0,573
Başka hastalıklarla etkileşimi	38,19±3,88	36,46±5,55	0,006
Ağrı kesicilerin tansiyon üzerine etkileri	37,62±4,61	36,72±5,36	0,188

*AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği. ** İkili değişkenlerde Student t-testi kullanılmıştır.

4.4.2. AİKÖ'den alınan puanların yaşam tarzı değişiklikleri ve doktor önerisi olmadan tansiyon ilacını kesen hastaların verileriyle karşılaştırılması

Katılımcıların yaşam tarzı değişiklikleri ve doktor önerisi olmadan tansiyon ilacını kesen hastaların alt soru verileriyle AİKÖ puanlarının karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 18)

Tablo 18. AİKÖ alınan puanların yaşam tarzı değişiklikleriyle ilgili soruya verilen cevaplarla karşılaştırılması

	AİKÖ* puanları		
	Ort±SD		
	Uyguluyor	Uygulamıyor	p**
Tuz kısıtlaması	36,97±5,04	36,17±7,02	0,429
Doymuş yağın azaltılması	37,33±4,42	36,44±5,97	0,109

Sebze ve meyveden zengin diyet	36,70±5,75	37,05±4,80	0,533
Kilo verme	37,38±5,42	36,56±5,06	0,147
Fiziksel egzersiz	36,94±5,89	36,89±4,78	0,931
Düşük yağlı süt ürünlerinin tüketilmesi	36,44±5,35	37,09±5,35	0,284
Sigaranın bırakılması	36,81±5,75	36,92±5,12	0,874

*AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği. ** İkili değişkenlerde Student t-testi kullanılmıştır.

4.5. AİKÖ'den alınan puanların ağrı kesici kullanım sıklığı, sayısı ve yan etkileri hakkında farkındalık bilgileri ile karşılaştırılması

Ağrı kesicilerin yan etkisi konusunda bilgisi olan grubun (37,92±4,94) bilgisi olmayan gruba (35,00±5,95) ve kısmen bilgisi olan grubun da (37,51±4,56) bilgisi olmayan gruba göre aldığı puan istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$) (Tablo 19)

Tablo 19. AİKÖ'den alınan puanlarından alınan verilerin ağrı kesici kullanım sıklığı, sayısı ve yan etkileri hakkında farkındalık bilgileri ile karşılaştırılması

		AİKÖ* puanları		
		Ort±SD	p**	p***
Ağrı kesici kullanma durumu	Hayır hiç kullanmam	37,14±4,53		0,145
	Evet bazen kullanırım	37,09±5,11		
	Evet sık sık kullanırım	35,35±6,25		
Birden çok, farklı ağrı kesici kullanımı	Hayır	37,29±5,23	0,05	
	Evet	36,09±5,31		
Birden fazla farklı ağrı kesici kullanım adedi	İki adet	37,28±5,13	0,751	
	Üç ve üstü	36,95±5,77		
Doktor önerisi olmadan ağrı kesici kullanım sıklığı	Haftada birkaç kez ve fazlası	36,05±5,85		0,082
	Ayda birkaç kez	37,47±4,67		
	Yılda birkaç kez ve daha az	37,21±5,24		
Ağrı kesicileri temin etme yöntemi	Reçeteli	37,07±4,72		0,646
	Reçetesiz	36,29±5,47		
	Reçeteli+reçetesiz	36,56±6,59		
Şikayetiniz olmadan doktorunuzdan ağrı kesici yazmasını isteme durumu	Hayır	36,81±4,91		0,870
	Evet	37,16±5,79		
	Bazen	36,79±5,45		
Ağrı kesicilere bağlı yan etki yaşama durumu	Hayır	36,88±5,28	0,961	
	Evet	36,94±5,42		
Ağrı kesicilerin yan etkileri konusunda bilgisinin olması durumu	Bilgisi yok ^a	35,00±5,95		<0,001 ^{ac} <0,001 ^{ab}
	Bilgisi var ^b	37,92±4,94		
	Kısmen bilgisi var ^c	37,51±4,56		

*AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği. ** İkili değişkenlerde Student t-testi kullanılmıştır.

***Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

4.5.1. AİKÖ puanlarının, bireylerin ağrı kesici ilaçları hangi durumlarda kullandıklarına ilişkin verilerle karşılaştırılması

Diş ağrısı için ağrı kesici kullanmayan grubun AİKÖ'den aldığı puanlar (37,39±4,84) kullanan grubun aldığı puanlardan (35,99±5,79) anlamlı olarak yüksekti (**p=0,016**).

Adet ağrısı için ağrı kesici kullanmayan grubun aldığı puan (36,69±5,23) ağrısı kesici kullanan grubun aldığı puandan (39,83±4,29) anlamlı olarak düşüktü. (**p=0,004**).

Halsizlik yorgunluk için ağrı kesici kullanmayan grubun aldığı puan (37,16±5,10) ağrı kesici kullanan grubun aldığı puandan (35,55±5,67) anlamlı olarak yüksekti (**p=0,034**) (Tablo 20)

Tablo 20. AİKÖ puanlarının, bireylerin ağrı kesici ilaçları hangi durumlarda kullandıklarına ilişkin verilerle karşılaştırılması

Ağrı kesici kullanma endikasyonu	AİKÖ* puanları		
	Ort±SD		
	Kullanırım	Kullanmam	p**
Baş ağrısı	36,75±5,45	37,47±4,25	0,289
Solunum yolu enfeksiyonları	37,11±5,10	36,89±5,24	0,867
Diş ağrısı	35,99±5,79	37,39±4,84	0,016
Adet ağrısı	39,83±4,29	36,69±5,23	0,004
Eklem ve kas ağrıları	37,00±5,01	36,73±5,59	0,637
Halsizlik yorgunluk	35,55±5,67	37,16±5,10	0,034
Karın ağrısı	35,48±5,71	37,11±5,13	0,051

*AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği. ** İkili değişkenlerde Student t-testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif tedavi kadar, eşlik eden hastalıklarda kullanılan ilaçların kan basıncına etkilerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (50, 3). Özellikle hekim önerisi dışında başvuru analjezikler, yaygın kullanımları, reçetesiz temin edilebilmeleri ve NSAİİ'lerin kan basıncını yükseltici etkileri nedeniyle hipertansiyon kontrolünde kritik bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır (8). Sunulan çalışma, hipertansiyon tanılı bireylerde hekim dışı önerilerle analjezik kullanım farkındalığını inceleyerek literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Genel popülasyonda akılcı ilaç ve analjezik kullanımına odaklanan çok sayıda araştırma bulunmasına rağmen, hipertansiyon hastalarında bu konudaki veriler sınırlıdır. Hipertansiyon hastalarının analjeziklere karşı duyarlılıkları göz önünde bulundurulduğunda, kontrolsüz kullanımın kardiyak, renal ve GİS komplikasyonlara yol açabileceği açıktır. Bu bağlamda çalışmamız, yalnızca bu riskleri vurgulamakla kalmayıp aynı zamanda akılcı ilaç kullanımına yönelik farkındalık düzeyini de ortaya koymaktadır. Sunulan çalışmada hipertansiyon tanılı hastaların üçte birinden fazlasında haftada birkaç kez ve daha fazla sayıda doktor önerisi olmadan ağrı kesici kullanmaktadır. Katılımcıların yarıdan fazlası şikayeti olmadan doktorundan ağrı kesici yazmasını istemekte ve üç kişiden ikisi de ağrı kesiciyi reçeteli temin edebilmektedir. Dört kişiden birisi ise ağrı kesicilerin yan etkileri hakkında bilgisi olduğunu belirtmektedir.

Sunulan çalışmada kullanılan AİKÖ'ne göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu, ölçekten alınan ortalama puanın $36,9 \pm 5,22$ ve katılımcıların yaklaşık %80'inin 35 ve üzeri puan alarak akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olduğu belirlendi. Aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde; 2018 yılında Demirtaş ve arkadaşlarının AİKÖ geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek puan ortalamasını $33,6 \pm 6,2$ olarak bulunmuştur (49). 2021 yılında Bayer ve arkadaşları, 65 yaş ve üzeri hipertansiyon hastalarında ölçek puan ortalamasını $33,55 \pm 3,16$ olarak belirlemiştir (51). Kan ve arkadaşlarının 2023 yılında sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, ölçek puan ortalaması $38,82 \pm 3,90$ düzeyinde bulunmuştur (52). Güner ve arkadaşlarının yapmış olduğu diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada ölçek puanı $31,30 \pm 8,85$ olarak bulunmuştur (53). Sunulan çalışmada ortalama puanın yüksek olması yıllar geçtikçe toplumdaki akılcı ilaç kullanım farkındalığının arttığına ve hipertansiyon tanısı sonrası hekim bilgilendirmesinin yaygın olması, ilaçların büyük ölçüde reçeteli temin edilmesi ve düzenli antihipertansif ilaç kullanımının yüksek oranda bulunması ile açıklanabilir. Literatürdeki farklı

sonuçların sebebi ise çalışmaların yapıldığı popülasyonun sosyokültürel ve yaş ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Kadın ve erkek oranının hemen hemen eşit dağıldığı sunulan çalışmada, her iki cinsiyetin de ilaç kullanımıyla ilgili farkındalıklarının yeterli olduğu saptandı. Ağrı kesici kullanım farkındalığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Literatürde ilaç kullanımı farkındalığında cinsiyetin belirleyici bir faktör olup olmadığı konusunda farklı sonuçlar tespit edilmiştir. Günel ve arkadaşlarının 2024'te çoğunluğunu hipertansiyon hastalarının oluşturduğu kronik hastalar ile yapılan bir çalışmada cinsiyetin akılcı ilaç kullanım düzeyini etkilemediği vurgulanmıştır (54). Buna karşın Özkan ve arkadaşları, bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıklarıyla alakalı çalışmada erkeklerin kadınlara göre olumsuz yönde tutum sergilediğini belirtmiştir. İlaç prospektüslerini okumama, ilaç son kullanma tarihine bakmama ve akraba/arkadaş/komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma, erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (55). Demirtaş ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların akılcı ilaç kullanım farkındalığı daha yüksek bulunmuştur (49). Yapılan çalışmada fark çıkmamasının nedeni, kadın ve erkek hastaların benzer sağlık bilgisine sahip olmaları ve hipertansiyon nedeniyle her iki grubun da düzenli sağlık hizmeti alarak ilaç kullanımı konusunda ortak bir farkındalık geliştirmesiyle açıklanabilir.

Hipertansiyon hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen çalışmamızda, yaklaşık üç kişiden ikisinin yaşının 65 yaş ve üstü olması beklenen bir durumdur. Altun B ve arkadaşlarının 2003 yılında yürüttüğü PATENT çalışmasında 40-70 yaşları arasında hipertansiyonun sık görüldüğünü bildirilmiş ve altmış yaşından sonra hipertansiyon prevalansı %60-80'lere kadar yükseldiği rapor edilmiştir (16).

Sunulan çalışmada 65 yaş ve üzeri grubun ilaç kullanım farkındalıklarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu görüldü. Günel ve arkadaşlarının 2024 yılında kronik hastalığı olan bireylerin ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmada 65 yaş altı grubun ilaç kullanım farkındalıkları daha yüksek, 65 yaş ve üstü grubun ise daha düşük olduğu bildirilmiştir (54). Benzer şekilde, Şengül ve arkadaşlarının farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımı üzerine yaptığı bir çalışmada da, ileri yaşla birlikte akılcı ilaç kullanımının azaldığı belirlenmiştir (56). Yaşın artması ile ilaçların bilinçli kullanımının azalmasının; ileri yaşlarda kronik hastalık görülme sıklığının ve yaşlılarda polifarmasinin yaygınlaşmasıyla ilişkili

olabileceği, uzun süreli ilaç kullanımının akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açması ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyini de olumsuz etkilemesiyle ilişkili olabilir.

Sunulan çalışmada katılımcıların yaklaşık %90'ının evli olduğu belirlendi ve medeni durum ile ilaçların bilinçli kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Semerci ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde medeni durum ile akılcı ilaç kullanım arasında ilişki olmadığını belirtmiştir (14). 2021 yılında Uçman ve arkadaşlarının yetişkinlerde yaptığı çalışmada ise evli bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgisi daha yüksek bulunmuştur (57). Bu durumun sebebi hipertansiyon tanılı hastalarda yapılan çalışmalarda yaş faktörüne bağlı evli kişilerin oranının yüksek olması olabilir.

Literatürde, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin ilaçların yan etkileri, doğru doz kullanımı ve prospektüs okuma gibi konularda daha bilinçli olduklarının vurgulandığı çalışmalar mevcuttur (49, 54). Sunulan çalışmada eğitim durumuna bakıldığında katılımcıların neredeyse yarısının ilköğretim düzeyinde, üçte birinin ise üniversite/yüksekokul mezunu olduğu belirlendi. İlköğretim düzeyinde olan bireylerin ilaç kullanım oranlarının daha düşük olduğu, lise ve üniversite mezunlarında ise farkındalık düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgu literatürü desteklemektedir ve eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte sağlık okuryazarlığının ve dolayısıyla ilaç kullanım bilincinin artışı beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların yarıdan fazlasını çalışmayan bireylerin oluşturduğu ve yarısına yakınının gelir-gider dengesinin eşit olduğu görüldü. Bu bulgu, sosyoekonomik durumun genel olarak homojen olduğunu ve bilinçli ilaç kullanım farkındalığında belirgin bir farklılık yaratmadığını düşündürdü. Çalışan bireylerin ilaç kullanım bilincinin daha yüksek olduğu, çalışmayanlarda ise daha düşük bulunduğu tespit edildi; yani fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Semerci ve arkadaşları tarafından, çalışma durumu ile akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmişti (14). Bu durum, çalışanların sağlık hizmetlerine daha düzenli başvurmaları ve sağlık okuryazarlığı açısından daha avantajlı olmaları ile açıklanabilse de farkın anlamlı çıkmaması sosyoekonomik koşulların ve sağlık hizmetine erişimin benzerliğini düşündürdü.

Ekonomik düzeylerindeki farklılıkların ilaçları bilinçli kullanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlendi. Literatürde, ekonomik durumun ilaç erişiminde önemli bir etken olabileceği belirtilmiş fakat ilaç kullanım farkındalığını tek başına açıklamada yeterli olmadığını vurgulanmıştır (54). Öztürk ve arkadaşlarının tarafından 2019 da yapılan

Türkiye’de reçetesiz ilaç kullanımının yaygınlığı ve belirleyenleri konulu bir çalışmada, gelir düzeyinin artmasının reçetesiz ilaç kullanımını artırdığı bildirilmişti (10). Bu durum, ekonomik faktörlerin ilaç erişimi ve kullanım alışkanlıklarını etkileyebilmesine rağmen, akılcı ilaç kullanım farkındalığının daha çok sağlık okuryazarlığı ve bireysel davranışlarla ilişkili olduğunu düşündürdü.

Yapılan çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının evlerinin sağlık kurumuna yürüme mesafesinde bulunması ve bunların büyük çoğunluğunun aile sağlığı merkezine yakın ikamet etmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin kolay olduğunu göstermektedir. Fakat bu durum ilaç kullanım farkındalığı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Demirtaş ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada yaşadığı yerin sağlık kuruluşuna uzaklığı 1 km ve altında olanların akılcı ilaç kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur (49). Özellikle sağlık kuruluşuna yakın yaşayan bireylerin sağlık personeline daha kolay ulaşabilmeleri ve ilaç kullanımı konusunda daha fazla bilgi edinebilmeleri, farkındalık düzeylerinin yüksek olmasına katkı sağlayabilir. Fakat bizim çalışma grubumuz en az bir kronik hastalığı olan bireylerden oluştuğu için, düzenli aralıklarla hem kontrole hem de ilaç yazdırmaya gitmesi sebebiyle sağlık kuruluşunun evine uzaklığı ilaç kullanım farkındalığını etkilememiş olabilir.

Sigara kullanım oranı %17,5 olarak tespit edilen çalışmada, sigara kullanım durumu ile ilaç kullanım bilgi düzeyi arasında ilişki tespit edilmedi. Fakat literatürde sigara içen bireylerin özellikle hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda ilaç kullanım uyumunun içmeyenlere kıyasla daha düşük olduğunu gösteren araştırma mevcuttur (58). Sonuçlardaki farklılığın sebebi, akılcı ilaç kullanım farkındalığının birden fazla faktörle ilişkili olması olabilir.

Yapılan çalışmada hipertansiyon hastalarının büyük çoğunluğunun hastalık süresi on yıl ve altındaydı. Hipertansiyon süresi kısa olan bireylerde, ilaç kullanımına ilişkin farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Hastalık süresi uzadıkça bu farkındalığın azaldığı belirlendi. Literatürde de benzer şekilde Güner ve arkadaşlarının tarafından 2020 de diyabet tanısı almış bireylerde yapılan çalışmada, hastalık süresi uzadıkça akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirgin şekilde azaldığı bildirilmiştir (53). Bu bulgu, kronik hastalık süresinin uzamasının bireylerde tedaviye uyum ve ilaç kullanımında motivasyon kaybına yol açabileceğini göstermektedir. Ayrıca kronik hastalık süresi artıkça yaşın ilerlemesi de akılcı ilaç kullanım bilgisini olumsuz etkilemiş olabilir.

Hipertansiyon tanısı alan bireylerin büyük çoğunluğunun ilk tanı anında hekimleri tarafından bilgilendirildiği belirlendi. İlk tanı anında bilgi verilen bireylerin ilaç kullanım farkındalıklarının bilgi verilmeyenlere göre daha yüksek olduğu görüldü; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Jankowska Polańska ve arkadaşlarının tarafından 2016'da hipertansiyonlu hastalarda bilgi düzeyi ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada, hipertansiyon bilgi düzeyinin yükselmesinin ilaç tedavisine uyum ile paralel ilişkiye sahip olduğu bildirilmişti. Hipertansiyon hakkında iyi bilgiye sahip bireylerin ilaçlarını daha düzenli kullandıkları ve tedaviye uyumun belirgin şekilde arttığı vurgulanmıştı (58). Buna rağmen, farkın anlamlı çıkmaması, hipertansiyon gibi kronik bir hastalık nedeniyle bireylerin zaman içinde çeşitli sağlık kurumlarından düzenli bilgilendirme alması ve böylece farkındalık düzeylerinin birbirine yaklaşması ile açıklanabilir.

Literatürde yaşam tarzı değişikliklerinin hipertansiyon yönetiminde tedavinin temel basamağı olduğu ve düzenli eğitimlerle desteklendiğinde ilaç kullanımına olan gereksinimi azaltabildiği bildirilmişti (60). Sunulan çalışmada hipertansiyon hastalarının yaklaşık üçte birinin yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgilendirildiği ve yaşam tarzı değişikliği önerisi arasında da üçte bir oranla en fazla tuz kısıtlamasının yer aldığı tespit edildi. Yaşam tarzı değişikliği önerisi alan hastaların bilgi düzeyi daha yüksek olduğu tespit edilse de bu fark anlamlı değildi. Yaşam tarzı müdahalelerinin etkinliği konusunda yapılan meta-analizlerde, hastalara verilen beslenme, fiziksel aktivite ve tuz kısıtlaması gibi önerilerin kan basıncını anlamlı ölçüde düşürdüğü ve ilaç tedavisine olan ihtiyacı azalttığı gösterilmişti (61). Özkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ile sağlıklı yaşam becerileri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada sağlıklı beslenmeyle akılcı ilaç kullanım açısından anlamlı fark çıkmamıştır (55). İlaç kullanım farkındalık düzeyi, yalnızca başka hastalıklarla etkileşim konusunda bilgi alanlarda anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ise hemşireler tarafından hipertansiyon hastalarına verilen eğitimlerin, sağlık okuryazarlığını ve akılcı ilaç kullanım düzeylerini anlamlı biçimde artırdığı bildirilmişti (14). Hatır ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı çalışmada, hipertansif hastalara verilen eğitimin bilgi-motivasyon düzeyini ve sağlık algısını artırdığını göstermiştir (13). Bu bulgular, bilgilendirmenin özellikle etkileşimler ve yaşam tarzı değişikliklerine odaklandığında daha etkili olduğunu ve bunun da hastaların ilaç kullanım farkındalık düzeylerindeki farklılıkları açıklayabileceğini göstermektedir.

Literatürde, kronik hastalığı olan bireylerde ilaç uyumunun artmasıyla akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyinin de anlamlı biçimde yükseldiği bildirilmiştir (54). Hatır ve arkadaşlarının 2022 yılında aile hekimliği ve kardiyoloji polikliniğine müracaat eden hipertansif hastalara verilen eğitimin, bireylerde sağlık algısını ve ilaç uyumunu artırdığı gözlenmiştir (13). Hipertansiyon tanılı bireylerin 10 da 9'unun düzenli olarak tansiyon ilacı kullandığı bu çalışmada, tansiyon ilacını düzenli kullanan bireylerde ilaç kullanım farkındalıklarının daha yüksek olduğu, ilacı ara sıra kullanan ya da hiç kullanmayanlarda ise bu farkındalığın belirgin biçimde daha düşük olduğu saptandı. Dolayısıyla, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda düzenli ilaç kullanımının teşviki ve tedaviye uyumun artırılması hem klinik kontrolün sağlanması hem de ilaç kullanım farkındalığının geliştirilmesi açısından kritik bir strateji olarak değerlendirilebilir.

Sunulan çalışmada, hipertansiyon tanılı bireylerin yaklaşık yarısının düzenli kan basıncı ölçümü yaptırdığı belirlendi. Düzenli ölçüm yapan bireylerin ilaç kullanım farkındalıklarının, düzenli ölçüm yapmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde de benzer şekilde, hipertansiyon hastalarının kendi kan basıncını evde düzenli takip etmesinin tedaviye uyum ve hastalık yönetimini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (62). Evde kendi cihazıyla ölçüm yapan bireylerin farkındalıklarının aile sağlığı merkezinde ölçüm yaptıranlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Literatürde de evde yapılan ölçümlerin bireyin farkındalığını artırarak ilaçlarını düzenli kullanma davranışını desteklediği vurgulanmıştır (63). Bu durum, kendi sağlık durumunu takip eden ve tedavi sürecine aktif olarak katılan bireylerin ilaç kullanımında daha bilinçli davrandığını, evde kendi cihazına sahip olarak düzenli ölçüm yapmanın farkındalığı artırıcı bir faktör olabileceğini ve özellikle antihipertansif tedavi yanında sık kullanılan NSAİİ'lerde olası yan etkilerin erken fark edilmesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Hipertansiyon tanılı bireylerin yarısından fazlasında ek kronik hastalık bulunduğu tespit edilen bu çalışmada, en sık eşlik eden kronik hastalıkların diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıklar olduğu saptandı. Buna paralel olarak, hastaların en çok antidiyabetik ilaçlar, kardiyovasküler ilaçlar ve antiagreganlar kullandıkları, diğer ilaç gruplarının ise daha düşük oranlarda kullanıldığı belirlendi. Ancak ek kronik hastalığı olan veya ilave ilaç kullanan bireylerin ilaç kullanım farkındalık düzeylerinde anlamlı bir farklılık görülmedi. Kan ve arkadaşlarının 2023 yılında sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmenin yapıldığı çalışmalarında kronik hastalık ve ek ilaç kullanımı

arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (52). Kalmaz ve arkadaşları kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde özellikle kronik hastalıklarda farkındalık düzeylerinin benzer seyrettiğini bildirmiştir (64). Bu sonuç, ilaç kullanım farkındalığının sağlık okuryazarlığı, tedaviye yönelik tutumları ve sağlık profesyonelleriyle olan iletişimleri gibi çok boyutlu faktörlerle şekillenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Sunulan çalışmada, hipertansiyon tanılı bireylerin yaklaşık dörtte birinin zaman zaman doktoruna danışmadan ilaçlarını kestiği belirlendi. İlaçlarını bırakmayanlarla kıyaslandığında anlamlı bir fark görülmedi. İlaçlarını kesme nedenleri incelendiğinde, en sık nedenin şikâyetlerin ortadan kalkması ve ilacın gereksiz görülmesi olduğu belirlendi. Literatürde de benzer şekilde, tedaviyi bırakma nedenleri arasında semptomların ortadan kalkması, yan etki kaygıları ve polifarmasiye bağlı yükün öne çıktığı belirtilmişti (65). Bu bulgularla ilaç kesilme nedenleri çoğunlukla hasta algısı ve yanlış inanışlarla ilişkiliydi. Bu durum, hipertansiyon tedavisinde hekim-hasta iletişiminin ve hasta eğitimlerinin önemini ortaya koydu.

Katılımcılar arasında ‘ağrı kesiciyi bazen kullanıyorum’ şeklinde belirtenler çoğunlukta olup, ağrı kesici kullanım durumuyla akılcı ilaç kullanım farkındalığı arasında ilişki tespit edilmedi. Balbaloğlu ve arkadaşları 2017 yılında 65 yaş üzerindeki bireylerin büyük kısmının düzenli olarak ağrı kesici kullandığını ve bu grubun ağrı kesicilerin yan etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir (12). Benzer şekilde Öksüz ve arkadaşları, yaşlı bireylerde analjezik kullanım sıklığının yüksek olduğunu belirtmiştir (70). Özkan ve arkadaşları öğrencilerle yaptığı çalışmada, en çok ağrı kesicileri kullanmakta oldukları ve düzenli olarak ilaç kullandığını belirten öğrencilerin akılcı ilaç kullanımının düşük olduğu belirlenmiştir (55). Yaşlı ve arkadaşları 2023 de öğrencilerde baş ağrısı gibi basit şikâyetlerde analjezik kullanımının sık görüldüğünü ve bu durumun bilgi düzeyinden bağımsız olduğunu bildirmişlerdi (66). Analjeziklerin sık ve kolay ulaşılabilir olmasının, bilgi düzeyinden bağımsız şekilde bilinçsiz kullanıma zemin hazırladığı söylenebilir.

Sunulan çalışma da katılımcıların üçte birinden fazlasının birden fazla analjezik kullandığı, bunlar arasında en çok iki farklı ilaç kullananların yer aldığı, daha az sayıda katılımcının ise üç ve üzeri analjezik kullandığı belirlendi. İlaç kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmadı, ancak genel olarak birden fazla analjezik kullanan bireylerin bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlendi. Elkin ve arkadaşlarının 2020’de, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik değerlendirmesinde birden fazla ilaç kullanımının akılcı ilaç ilkelerinin uygulanmasını güçleştirdiğine dikkat çekmiştir (67). Ayrıca Gülhan ve arkadaşları,

analjeziklerin özellikle yaşı bireylerde sık kullanıldığını, çoklu ilaç kullanımının advers olay riskini artırdığını ve akılcı ilaç kullanım ilkelerinin bu bağlamda daha da kritik bir önem taşıdığını bildirmiştir (39). Bu bulgular, analjezik sayısının artmasının bilgi düzeyine doğrudan yansımadağını, fakat çoklu analjezik kullanımının tek başına akılcı ilaç kullanımı açısından bir risk oluşturduğunu düşündürdü. Birden fazla analjezik kullanımı akılcı ilaç farkındalığını azaltarak tedavi uyumu, advers etkiler ve ilaç etkileşimleri açısından önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

Hipertansiyon hastalarının üçte birinden fazlası haftada birkaç kez ve daha fazla sayıda, doktor önerisi olmadan ağrı kesici kullanmaktaydı ve büyük bir çoğunluğu ağrı kesicileri reçeteli olarak temin etmekteydi. Analjezik kullanım sıklığı, doktor önerisine göre analjezik kullanım durumu ve ilaç temin yöntemleriyle ilaçların bilinçli kullanımı arasında anlamlı fark saptanmadı. Pałasz ve arkadaşlarının kardiyoloji servisinde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada da katılımcıların üçte birinin haftada üç kez ağrı kesici kullanmış olduğu ve büyük bir çoğunluğunun da bu ilaçları doktor önerisi olmadan kullanmış oldukları bildirilmiştir (68). Yaşlı ve arkadaşları öğrencilerin büyük bir bölümünün analjezikleri reçetesiz temin ettiği, ancak bu durumun akılcı ilaç kullanımı açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (66). Solmaz ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerini kapsayan çalışmasında, katılımcıların büyük çoğunluğunun ilaçlarını reçeteli olarak temin ettiği, ancak ilaç temin şekli ile akılcı ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. (69). Şengül ve arkadaşlarının farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımı üzerine yaptıkları çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasının evde yedek ilaç bulundurmuş olduğu, ancak akılcı ilaç kullanımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (56). Öztürk ve arkadaşları Türkiye’de reçetesiz ilaç kullanımının yaygınlığı ve belirleyenleri konulu bir çalışmada, özellikle 2014 yılı sonrası reçetesiz ilaç kullanımı bir önceki yıllara göre artmıştır (12). Bu bulgular, hipertansiyon hastalarında analjezik kullanımının aile hekimlerinin reçete yazma sürecinde hasta taleplerinden çok akılcı ilaç kullanım ilkeleri doğrultusunda yönlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle analjeziklerin yaygın ve kolay ulaşılabilir olması, hipertansiyon tedavisinin bütüncül yönetiminde önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ağrı kesicilerin en sık kullanım en sık nedeni sırasıyla baş ağrısı ve eklem ağrısı olarak tespit edildi. Türkiye’de yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada analjezik kullanımının en sık nedenlerinden birinin diş ve kas-iskelet sistemi ağrıları olduğu, ancak bu ilaçların çoğunlukla reçetesiz olarak ve düşük farkındalık düzeyiyle kullanıldığı bildirilmiştir (70).

Yüceer ve arkadaşları üniversite öğrencilerinin en çok baş ağrısı için analjezik kullandığını ve büyük bir çoğunluğunun reçetesiz kullandığını belirtmiştir (71). Hipertansif hastalarda baş ağrısı ya da regüle olmayan kan basıncı yüksekliğinden dolayı gelişen baş ağrısı sıklıkla analjezik kullanımına yol açmaktadır. NSAİİ'lerin kullanımının kan basıncını yükselterek analjezik kullanımının tedavi uyumunu ve kan basıncının kontrolünü olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir; nitekim Tomaszewski ve arkadaşları baş ağrısı olan hipertansiflerde analjezik kullanımının yaygın ve uygunsuz olduğunu, Huang ve arkadaşları analjezik aşırı kullanımının yüksek kan basıncı ile birlikteliğini, Rivasi ve arkadaşları ise hem ağrının hem de analjeziklerin kan basıncı üzerinde belirgin etkiler yaratabildiğini bildirmiştir (73, 74, 75). Bu bulgular, analjeziklerin toplumda özellikle günlük yaşam kalitesini etkileyen yakınmalarda hızlı rahatlama amacıyla sık tercih edildiğini ve hipertansiyon hastalarında bu durumun çoğunlukla kan basıncı regülasyonundaki yetersizlikle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bilinçsiz analjezik kullanımı ise hem akılcı ilaç kullanım farkındalığını azaltmakta hem de hipertansiyon tedavisinin etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yapılan çalışmada, akılcı ilaç kullanım düzeylerinin analjezik kullanım nedenlerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Adet ağrısı nedeniyle analjezik kullanan bireylerde farkındalık düzeyi daha yüksek bulunurken, diş ağrısı ile halsizlik-yorgunluk için ilaç kullananlarda daha düşük puanlar elde edilmiştir. Bu durum, özellikle diş ve genel yorgunluk kaynaklı analjezik kullanımında akılcı ilaç kullanımı bilincinin zayıf olduğunu göstermektedir. Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında, NSAİİ kullanan hastalarda analjeziklerin uygunsuz kullanımının daha yaygın olduğu saptanmıştır (10). Dismenore gibi günlük yaşamı etkileyen ağrılar NSAİİ kullanım endikasyonu olan bir durumdur ve hekim tarafından da tavsiye edilmiş olabilir. Fakat halsizlik-yorgunluk veya diş ağrısı gibi semptomların sebebe yönelik tedavilerden daha fazla fayda görme ihtimali olan hastaların ağrı kesici kullanmayı tercih etmesi, bu hastalarda ilaç kullanım farkındağının düşük olduğunu işaret etmektedir.

Katılımcıların yaklaşık %6'sı analjezik kullanımına bağlı yan etki yaşadığını bildirdi. En sık görülen yan etkilerin GİS yakınmaları olduğu, daha az sayıda ise alerjik reaksiyonlar ve kan basıncı artışlarının raporlandığı belirlendi. Bu bulgu, literatürde NSAİİ'lerin en sık karşılaşılan yan etkilerinden birinin GİS hasarı olduğuna dair verilerle uyumludur. Sohail ve arkadaşlarının, NSAİİ'lerin üst, orta ve alt GİS üzerinde hasara yol açabildiğini ve ciddi komplikasyonlar dahil olmak üzere geniş bir yan etki spektrumuna sahip olduklarını kapsamlı bir şekilde ortaya koymuşlardır (76). Kan basıncındaki artış da dikkate değer bir bulgudur.

Morgan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada NSAİİ'lerin renal fonksiyonlar üzerindeki etkileri sebebiyle sodyum ve sıvı retansiyonuna yol açtığını, bunun özellikle tuz duyarlılığı olan ve antihipertansif tedavi alan hipertansiyonlu bireylerde kan basıncı kontrolünü bozarak değerlerin yükselmesine neden olabildiğini göstermiştir (77). Bu bulgular, analjeziklerin özellikle GİS sistemi ve kan basıncı üzerinde olumsuz etkiler oluşturabileceğini, bu nedenle hipertansiyon hastalarında NSAİİ kullanımının dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sunulan çalışmada katılımcıların üçte biri analjeziklerin yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtirken yaklaşık yarısı bu konuda bilgisini yetersiz görüyordu ve dörtte biride bilgi sahibi olduğunu belirtti. Bilgi sahibi olmayanların farkındalıkları anlamlı derecede düşüktü. Gastrointestinal yan etkiler (ülser ve kanama) en çok bilinen yan etkiler arasında yer alırken, kan basıncında yükselmesi yaklaşık her üç kişiden birisi tarafından biliniyordu. Coşkuner ve arkadaşları 2021'de aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde NSAİİ farkındalığının düşük olduğunu, özellikle kardiyak ve renal komplikasyonların yeterince bilinmediğini belirtmiştir (78). Alharbi ve arkadaşları, kronik hastalığı olan yetişkinlerde öz-ilaç kullanımının yaygın olduğunu, analjeziklerin bu grupta en sık tercih edilen ilaçlar arasında yer aldığını ve yan etki farkındalığının genel olarak düşük olduğunu bildirmiştir (79). Abd ElHafeez ve arkadaşları, kronik böbrek hastalarında NSAİİ yaygın olarak kullanıldığı, fakat yan etki farkındalığının düşük kaldığını ve bu ilaçların kullanımından olabildiğince kaçınılması gerektiğini vurgulamıştır (80). NSAİİ'lerin yan etkileri konusunda farkındalığın az olmasının sebebi hastalarda semptomatik bir etki yaratmaması olabilir.

6. SONUÇ

Hipertansiyon tanısı almış bireylerde hekim dışı önerilerle analjezik kullanım farkındalıklarının belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada;

Katılımcılar genel olarak akılcı ilaç kullanımı konusunda olumlu bir farkındalık göstermektedir. Bununla birlikte yaş, eğitim düzeyi, hastalık süresi ve düzenli ilaç kullanımı gibi demografik ve klinik özellikler farkındalık düzeyini belirleyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Özellikle ileri yaş grubundaki ve eğitim düzeyi düşük bireylerde akılcı ilaç kullanım düzeyleri daha düşük seyretmektedir.

Cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum ve sağlık kuruluşuna erişim gibi değişkenlerin akılcı ilaç kullanımı üzerinde belirleyici bir etki göstermediği görülmüştür. Ancak, düzenli kan basıncı ölçümü yapan ve antihipertansif tedavisini kesintisiz sürdüren bireylerin daha yüksek farkındalığa sahip olması, tedavi uyumu ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koymaktadır.

Analjezik kullanım alışkanlıkları incelendiğinde, analjezikleri hekim önerisi olmaksızın da sıkça tercih edilebildiğini; yakınması olmasa dahi hekimden analjezik talep edilmesinin mümkün olduğunu ve analjeziklerin çoğu kez reçete üzerinden temin edildiğini göstermektedir, çoğunlukla baş ağrısı, kas-eklem ağrısı ve diş ağrısı gibi şikâyetlerde tercih ettiği belirlenmiştir. Ancak analjeziklerin olası yan etkileri konusunda farkındalığın sınırlı olduğu, özellikle gastrointestinal dışındaki kardiyak, renal ve psikiyatrik etkilerin yeterince bilinmediği ortaya çıkmıştır. Bu durum, analjeziklerin kontrolsüz kullanımının hipertansiyon yönetiminde önemli riskler taşıdığını göstermektedir.

7. ÖNERİLER

Elde edilen sonuçların birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve ilaç politikalarının geliştirilmesine katkı sağlaması ve ulusal ile uluslararası düzeyde yapılacak gelecekteki çalışmalara öncülük etmesi beklenmektedir. Hipertansiyon tanılı bireylerde akılcı ilaç kullanım farkındalığının artırılabilmesi için, özellikle analjeziklerin yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimlerine yönelik düzenli eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir. Bu eğitimlerde yalnızca sindirim sistemi değil, kardiyak, renal ve psikiyatrik etkilerin de vurgulanması; yaşlı bireyler ve düşük eğitim düzeyine sahip gruplar için sade, anlaşılır ve görsel materyallerle desteklenen içeriklerin kullanılması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamaları kapsamında akılcı ilaç kullanımına yönelik danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, ayrıca evde kan basıncı ölçümünün teşvik edilerek hasta farkındalığı ve tedaviye uyumun artırılması önemli görülmektedir. Reçetesiz ve kontrolsüz analjezik kullanımını sınırlayacak politikaların geliştirilmesi, eczacıların analjezik talebinde bulunan bireyleri yan etkiler ve kullanım riskleri konusunda bilgilendirmeleri yönünde desteklenmesi gerekmektedir. Toplum genelinde sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla televizyon, internet ve sosyal medya gibi kitle iletişim araçları aracılığıyla bilinçlendirme kampanyalarının düzenlenmesi, ayrıca hipertansiyon gibi kronik hastalıkların uzun süreli tedavisinde hasta motivasyonunu korumak amacıyla sürekli ve tekrarlayan eğitim programlarının planlanması önerilmektedir. Gelecek araştırmalarda ise yalnızca hipertansiyon değil, farklı kronik hastalık gruplarında da analjezik kullanım farkındalığının incelenmesi; nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanıldığı araştırmalarla hasta davranışlarının nedenlerinin daha iyi anlaşılması ve ulusal düzeyde geniş örneklemli çalışmalarla polifarmasi, analjezik kullanımı ve akılcı ilaç farkındalığı arasındaki ilişkilerin ayrıntılı biçimde ortaya konması gerekmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2022.
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Arterial Hypertension*. 2013;17(2):69-168.
3. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2019;47(6):535-46.
4. Uluoğlu C. İlaç etkileşmelerine akılcı yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*. 2015;3(1).
5. World Health Organization. *Promoting rational use of medicines: core components*. Geneva: World Health Organization; 2002. p.1-6. Erişim tarihi:23.08.2025 Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf
6. Solak Y, Kaya E, Yoldaşcan B. Aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumları. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021;18(2):193-8.
7. Eser UDU. Akılcı analjezik kullanım ilkeleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2016;9(1):44-7.
8. Meek IL, Van de Laar MA, Vonkeman HE. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: an overview of cardiovascular risks. *Pharmaceuticals*. 2010;3(7):2146-62.
9. Rivasi G, Menale S, Turrin G, Coscarelli A, Giordano A, Ungar A. The effects of pain and analgesic medications on blood pressure. *Current hypertension reports*. 2022;24(10):385-94.
10. Öztürk S, Başar D. Türkiye’de reçetesiz ilaç kullanımının yaygınlığı ve belirleyicileri. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2019;21(2):205-18.ö
11. Yılmaztürk A. Türkiye’de ve dünyada akılcı ilaç kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2013;2(2):42-9.
12. Balbaloğlu Ö. 65 yaş üstündeki bireylerin ağrı kesici kullanım sıklığı ve özellikleri. *Bozok Tıp Dergisi*. 2017;7(2):7-13.
13. Hatır AE, Karaoğlu N, Alsancak Y. Investigation of the effects of education on drug compliance and treatment for hypertensive patients. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2022;16(4):699-710.
14. Semerci Çakmak V, Pakyuz S. The effects of education given by nurses on rational drug use and health literacy of patients receiving hypertension treatment. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2021;8:246.
15. Vishram JK, Borglykke A, Andreasen AH, Jeppesen J, Ibsen H, Jørgensen T, et al. Impact of age on the importance of systolic and diastolic blood pressures for stroke risk: the MONica, Risk, Genetics, Archiving, and Monograph (MORGAM) Project. *Hypertension*. 2012;60(5):1117-23.
16. Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Can G, Sansoy V. Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF Çalışması verileri.

17. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici U. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of Hypertension*. 2005;23:1817-23.
18. Cuffee YL, Wang M, Geyer NR, Saxena S, Akuley S, Jones L, et al. Vitamin D and family history of hypertension in relation to hypertension status among college students. *Journal of Human Hypertension*. 2022;36(9):839-45.
19. Tikhonoff V, Casiglia E, Gasparotti F, Spinella P. The uncertain effect of menopause on blood pressure. *Journal of human hypertension*. 2019;33(6):421-8.
20. Lee J-H, Kim K-I, Cho M-C. Current status and therapeutic considerations of hypertension in the elderly. *The Korean journal of internal medicine*. 2019;34(4):687.
21. Carson AP, Howard G, Burke GL, Shea S, Levitan EB, Muntner P. Ethnic differences in hypertension incidence among middle-aged and older adults: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Hypertension*. 2011;57(6):1101-7.
22. Poyraz SS, Çiftçi S. Yaşlılarda Akdeniz diyeti ve dash diyetinin kan glukoz düzeyinin korunmasına etkisi. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;6(3):226-35.
23. He FJ, MacGregor GA. How far should salt intake be reduced? *Hypertension*. 2003;42(6):1093-9.
24. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the national high blood pressure education program. *Jama*. 2002;288(15):1882-8.
25. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *Journal of hypertension*. 2024;42(1):23-49.
26. Zhou M-S, Schulman IH, Zeng Q. Link between the renin-angiotensin system and insulin resistance: Implications for cardiovascular disease. *Vascular medicine*. 2012;17(5):330-41.
27. Dalal JJ, Padmanabhan T, Jain P, Patil S, Vasawala H, Gulati A. Lipid tension: Interplay between dyslipidemia and hypertension. *Indian journal of endocrinology and metabolism*. 2012;16(2):240-5.
28. Rosenthal T, Alter A. Occupational stress and hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2012;6(1):2-22. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2011.09.002>
29. Lavie P, Hoffstein V. Sleep apnea syndrome: a possible contributing factor to resistant hypertension. *Sleep*. 2001;24(6):721-5. <https://doi.org/10.1093/sleep/24.6.721>
30. Öztürk H. Ağrının tarihçesi üzerine bir değerlendirme. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2013:26-7.
31. International Association for the Study of Pain. IASP announces revised definition of pain. Erişim tarihi :01.09.2025 Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
32. Montinari MR, Minelli S, De Caterina R. The first 3500 years of aspirin history from its roots—A concise summary. *Vascular pharmacology*. 2019;113:1-8.
33. Özbudak H, Ünal Z, Sabuncupğlu S. Gebelikte non-steroidal antiinflamatuvar ilaçların kullanımının değerlendirilmesi. *Marmara Pharmaceutical Journal*. 2016;20(2):64-71.

34. Kaplan YC, Can H, Demir Ö, Karadaş B, Yılmaz İ, Temiz TK. İlaçların gebelikte kullanımlarına dair risk iletişiminde yeni dönem: FDA gebelik risk kategorileri değişiyor. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(4):195-8.
35. Ince-Askan H, Dolhain RJ. Pregnancy and rheumatoid arthritis. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2015;29(4-5):580-96.
36. Pellicano R. Gastrointestinal damage by non-steroidal anti-inflammatory drugs: updated clinical considerations. *Minerva gastroenterologica e dietologica*. 2014;60(4):255-61.
37. Bodur H, Borman P. Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçların geriatride kullanımı. *Geriatrici*. 2002;5(1):23.
38. Aşçı H, Cankara F, Özer M. Astımda analjezik (nsaii) kullanımı. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*. 2012;19(3):111-9.
39. Küçükşahin O, Turgay M. Analjezik, antiinflamatuvar ilaçların yan etkileri ve bunların yönetimi. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2013;20:39-47.
40. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational use of medicines a summary of key concepts. *Pharmacy*. 2016;4(4):35.
41. Gülhan R. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2013;29(2):99-105.
42. Akan DD, Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ. Hipertansiyon tanısı olan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2020;23(2):241-9.
43. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *Jama*. 2003;289(19):2560-71.
44. Orhaner E, Salgın E. Akılcı ilaç kullanımında aile hekiminin rolü: bitlis ilinde bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2018;4(3):212-26.
45. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile hekimliği: çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. *GeroFam*. 2010;1(1):15-28.
46. Kshirsagar NA. Rational use of medicines: Cost consideration & way forward. *Indian J Med Res*. 2016 Oct;144(4):502-505. doi: 10.4103/0971-5916.200901. PMID: 28256457; PMCID: PMC5345295.
47. Demirkıran M, Şahin B. Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2010;13(1):1-28.
48. Türk Kardiyoloji Derneği. Hipertansiyonun tanımı ve sınıflandırılması. *Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuzları*. 2013 [Erişim tarihi: 05.05.2023]. Erişim adresi: https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_2d304.htm?wbnum=110460.
49. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, et al. Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;3(3):37-46.
50. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*. 2018;39(33):3021-104.

51. Bayer N, Uzuntarla Y. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve geleneksel tıp tutumlarının belirlenmesi: akılcı ilaç kullanımı ve geleneksel tıp. *Journal of Social and Analytical Health*. 2022;2(1):21-7.
52. Kan Z, Sevim E. Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2023;26(3):641-54.
53. Güner TA, Kuzu A, Bayraktaroğlu T. Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*. 2020;4(3):214-23
54. Günel M, Demirtaş A. Kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı hastaların ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2024;11(1):82-92.
55. Özkan S, Özbay Od, Aksakal Fn, İlhan Mn, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2005;4(5):223-37.
56. Şengül BN, Akyıl S. Farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımı ve sağlık algısının incelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2022;5(3):169-78.
57. Uçman T, Uysal N. Yetişkin bireylerde akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2021;3(2):126-33.
58. Sherman BW, Lynch WD. The association of smoking with medical treatment adherence in the workforce of a large employer. *Patient preference and adherence*. 2014;4:77-86.
59. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient preference and adherence*. 2016:2437-47.
60. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison himmelfarb c, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;71(19):e127-e248.
61. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, Cooper LS, Obarzanek E, Elmer PJ, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the premier clinical trial. *Jama*. 2003;289(16):2083-93.
62. Niiranen TJ, Hänninen M-R, Johansson J, Reunanen A, Jula AM. Home-measured blood pressure is a stronger predictor of cardiovascular risk than office blood pressure: the Finn-Home study. *Hypertension*. 2010;55(6):1346-51.
63. Uhlig K, Patel K, Ip S, Kitsios GD, Balk EM. Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2013;159(3):185-94.
64. Kalmaz A, Temel M. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2024;8(1):42-54.
65. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*. 2012;73(5):691-705.

66. Yashı G, Turhan E. Rational drug use status of students at a university hospital. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2023;17(2):283-95.
67. Elkin N. Yaşlılarda polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımına aile hekimliği yaklaşımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020(11):279-90.
68. Palasz I, Reczek L, Schonborn M, Janiec S, Cebenko M. Frequency of analgesic drugs use and patients' awareness of their possible interactions with antiplatelet therapy in coronary heart disease: PS199. *Porto Biomedical Journal*. 2017;2(5):232.
69. Solmaz T, Bulut TY, Saraçoğlu E. Üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*. 18(3):354-64.
70. Öksüz A, Atadağ Y, Aydın A, Kaya D. The frequency of analgesic drug use and causes in 65 years old and above; A family medicine unit experience. *Journal of Surgery and Medicine*. 2017;1(1):12-4.
71. Yüceer B, Aküzüm BS, Erol K, Kılınç M, Çakar ZM, Boztepe H. Üniversite öğrencilerinin ağrı inançları, ağrıyla başa çıkma ve reçetesiz ilaç kullanma durumlarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2024;17(2):179-92.
72. Tomaszewski M, Łacka B, Zukowska-Szzechowska E, Grzeszczak W, Gosek K. Evaluation of the relationship between the occurrence of headache, use of analgesics and realizing a therapeutic effect among patients with hypertension. *Przełąd lekarski*. 2000;57:639-42.
73. Huang Q, Li W, Li N, Wang J, Tan G, Chen L, et al. Elevated blood pressure and analgesic overuse in chronic daily headache: an outpatient clinic-based study from China. *The journal of headache and pain*. 2013;14(1):51.
74. Rivasi G, Menale S, Turrin G, Coscarelli A, Giordano A, Ungar A. The effects of pain and analgesic medications on blood pressure. *Current Hypertension Reports*. 2022;24(10):385-94.
75. Oksuz E, Sozen F, Kavas E, Arik EP, Akgun Y, Bingol P, et al. Usage of analgesics among young girls and dysmenorrhea. *Konuralp Medical Journal*. 2017;9(3):213-21.
76. Sohail R, Mathew M, Patel KK, Reddy SA, Haider Z, Naria M, et al. Effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and gastroprotective NSAIDs on the gastrointestinal tract: a narrative review. *Cureus*. 2023;15(4).
77. Morgan T, Anderson A. The effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure in patients treated with different antihypertensive drugs. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2003;5(1):53-7.
78. Coşkuner İ, Yılmaz TE. Awareness among patients taking oral non-steroidal anti-inflammatory drugs as analgesics: a cross-sectional study. *Journal of Health Sciences and Medicine*. 2021;4(1):63-70.
79. Alharbi AO, Almjayishi SA, Aldarwish RI, Almeshari MA, Aljummy MT, Faraj RM, et al. Knowledge about and the use of oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs among patients with rheumatic disorders in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2023;15(11).
80. Abd ElHafeez S, Hegazy R, Naga Y, Wahdan I, Sallam S. Non-steroidal anti-inflammatory drugs among chronic kidney disease patients: an epidemiological study. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2019;94(1):8.

EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

HİPERTANSİYON TANILI HASTALARIN HEKİM DIŞI ÖNERİLERLE AĞRI KESİCİ KULLANIM FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ

Sayın katılımcı,

Aşağıda size yöneltilen sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamındadır. hipertansiyon tanılı hastaların hekim dışı önerilerle ağrı kesici kullanım farkındalıklarının belirlenmesi amacı ile sorulmaktadır. İsminizi belirtmenize gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Hipertansiyon hastalığınız varsa size uygun yanıtları doldurarak ve/veya kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayabilirsiniz. Yardıminız için teşekkür ederiz.

1- Yaşınız (yıl):.....

2- Cinsiyetiniz: Erkek Kadın

3-Medeni durumunuz : Evli Bekar Diğer (Lütfen Belirtiniz.....)

4-Öğrenim durumu:

İlköğretim Lise Yüksekokul/Üniversite

5- Çalışma durumunuzu belirtiniz

Çalışıyorum Çalışmıyorum

6- Mesleğiniz var ise lütfen belirtiniz (eğitimini aldığınız iş-avukat/mimar/öğretmen gibi) nedir?

7- Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız ?

Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden fazla

9- Sigara kullanıyor musunuz?

Hayır hiç kullanmadım Hayır, bıraktım
 Evet, evet ise günde kaç adet..... kaç yıldır.....

10- Evinizin sağlık kuruluşuna mesafesini nasıl tanımlarsınız?

Yürüme mesafesinde (Sağlık kuruluşunu belirtiniz.....)
 Yürüme mesafesinde değil

11- Tansiyon hastalığı dışında başka bir kronik hastalığınız (şeker, kalp hastalığı, romatizmal hastalık, tiroid hastalığı vb) var mı? (Varsa hangileri olduğunu yazınız.)

Yok Var.....

12- Hipertansiyon tanınızı nerede aldınız?

Aile sağlığı merkezi Devlet hastanesi Üniversite hastanesi Diğer.....

13- İlk tanı konduğu zaman hipertansiyon hakkında hekiminiz tarafından bilgilendirme yapıldı mı?

Evet Hayır

14-Cevabınız evet ise hangi konuda bilgi aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilir)

Hastalığın gidişatı

- Başka hastalıklarla etkileşimi
- Yaşam tarzı değişikliği (Sağlıklı beslenme, stres, fiziksel aktivite, sigara kullanımı)
- Tedavinin olası faydaları ve/veya yan etkileri
- Ağrı kesicilerin tansiyon üzerine etkileri
- Diğer.....

15- Hipertansiyon hastalığınız kaç yıldır var?

16-Hipertansiyonunuz için aşağıdaki yaşam tarzı değişikliklerinden hangisi/hangilerini uyguluyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Tuz kısıtlaması (yiyeceklere konan tuzun azaltılması)
- Düşük yağlı süt ürünlerinin tüketilmesi
- Doğmuş yağın azaltılması (ayçiçeği yağı, zeytin yağı tüketiminin artırılması)
- Sebze ve meyveden zengin diyet
- Fiziksel egzersiz (spor için ayrı bir zaman)
- Kilo verme
- Sigaranın bırakılması
- Diğer

17- Hipertansiyon tedavisinde tansiyon ilacı kullanıyor musunuz?

- Hayır Evet Bazen kullanıyorum

18- Kullanıyor iseniz tansiyon ilaçlarınızı doktorunuza danışmadan kestığınız zamanlar oldu mu?

- Evet Bazen Hayır

19- Cevabımız “evet” ya da “bazen” ise nedeni aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Kan basıncım normal seviyede olduğunda
- Herhangi bir rahatsızlık/şikâyet hissetmediğim zaman
- İlaç yan etkisinden korktuğum için
- İlaçların bağımlılık yapacağı korkusu
- İlaç sayımın fazla olması
- İlaç kullanma fikrinin sıkıntı vermesi
- İlaç içmeyi unuttuğumda
- Diğer

20- Kan basıncı ölçümünü düzenli olarak yapıyor musunuz?

- Hayır
- Evet

21. Cevabımız evet ise kan basıncı ölçümlerini nerede yaptırıyorsunuz?

- Aile Sağlığı Merkezinde
- Evde kendi cihazım var
- Eczanede
- Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

22- Tansiyon düşürücü ilaçlarımız dışında kullandığınız ilaç var mı?

- Yok
 Var (Lütfen belirtiniz.....)

23- Ağrı kesici ilaçlar kullanır mısınız?

- Hayır hiç kullanmam
 Evet bazen kullanırım
 Evet sık sık ağrı kesici kullanırım (23.Soruya cevabınız hayır ise 30. Soruya geçebilirsiniz)

24- Ağrı kesici ilaçları hangi durumlarda kullanırsınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Baş ağrısı
 Solunum yolu enfeksiyonları
 Diş ağrısı
 Adet ağrısı
 Eklem ve kas ağrıları
 Halsizlik ve yorgunluk
 Karın ağrısı
 Diğer.....

25- Birden çok, farklı ağrı kesiciler kullanır mısınız?

- Yok
 Var Kaç tane

26- Doktor önerisi olmadan, ağrı kesici ilacı ne sıklıkla kullanıyorsunuz.

- Her gün
 Haftada birkaç kez
 Ayda birkaç kez
 Yılda birkaç kez
 Neredeyse hiç

27- Ağrı kesicileri nasıl temin ediyorsunuz?

- Reçeteli
 Reçetesiz
 Reçeteli+reçetesiz

28- Şikayetiniz olmadığı halde doktordan reçetenize ağrı kesici ilaç eklemesini ister misiniz ?

- Hayır Evet Bazen

29- Ağrı kesicilere bağlı yan etki yaşama durumunuz oldu mu?

- Hayır Evet ise yaşadığımız yan etki

30- Ağrı kesicilerin yan etkileri hakkında bilginiz var mı?

- Hayır Evet Kısmen

31- Ağrı kesiciler aşağıdakilerden hangisi/hangilerini yapar?

Mide ülseri	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Mide kanaması	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Astım atağı riskinde artış	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Tansiyonda yükselme	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Kalp yetmezliği	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Kalp krizi riskinde artış	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Akut böbrek yetmezliği	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Ürtiker	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Psikolojik yan etkiler	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok
Diğer ilaçlarla etkileşim	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Bilgim yok

AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİ (AİKÖ)

Aşağıdaki her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun kutucuğu ‘X’ ile işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir			
2. Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.			
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir			
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir			
7. İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir			
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur			
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız			
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır			
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			

18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır			